

sts  
solutions tarifaires suisses ag  
Waisenhausplatz 25  
3011 Bern  
Schweiz

Zürich, 27.März 2023

## Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Radiologie (SGR-SSR) zum Katalog der ambulanten Fallpauschalen in Version 0.3

### 1. Grundsätzliche Anmerkungen

Diese Stellungnahme der SGR-SSR richtet sich an die sts AG und ergeht nachrichtlich auch an die FMH, H+ und das BAG. Aus Sicht der SGR-SSR ist der Prozess der Entwicklung des Pauschaltarifs vollständig intransparent und erfolgt ohne Abstimmung mit den Fachgesellschaften. Auf ein aktives Angebot der SGR-SSR zur Mitarbeit an den Pauschalen erging vom Geschäftsführer der sts AG am 16.11.2022 eine ablehnende Antwort. Dies ist für die SGR-SSR nicht nachvollziehbar und zeigt, dass die sts AG kein Interesse an der Ausarbeitung eines fachlich fundierten Tarifs hat. Dies ist enttäuschend, zumal die SGR-SSR einem Pauschaltarif immer positiv gegenüberstand und bereits in der Vergangenheit als Vorreiter zusammen mit FMCH, H+ und santésuisse viel Arbeit in die Entwicklung eines eigenen Fallpauschalenkatalogs investiert hat und über entsprechend viel Fachkompetenz verfügt.

Erschreckend ist, dass nun mit der Version 0.3 trotz der vielen inhaltlichen Hinweise der SGR-SSR zu den Vorgängerversionen erneut ein inhaltlich schlicht unbrauchbarer Fallpauschalenkatalog präsentiert wurde. Auf dieser Basis kann und wird die SGR-SSR der Einführung eines Pauschaltarifs definitiv nicht zustimmen und wird alle Möglichkeiten bis hin zur Klage ausschöpfen um die Einführung dieses Pauschaltarifs zu verhindern. Wir verweisen diesbezüglich auf Art. 43 KVG, nachdem vor dem Abschluss von Tarifverträgen die Organisationen anzuhören sind, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten.

Die SGR-SSR bezweifelt grundsätzlich, dass es möglich ist, rein auf Basis der spitalambulanten Routinedaten (Kosten und Abrechnung) einen für die Radiologie sinnvollen Tarif zu entwickeln. Die Faktoren, die in der Radiologie massgeblich den Aufwand und damit die Kosten bestimmen sind in diesen Daten nur bedingt erfasst und können somit nur sehr eingeschränkt als Splitfaktoren für die Zuordnung zu Fallpauschalen herangezogen werden. Allen voran sei hier auf das konkrete Untersuchungsprotokoll hingewiesen, das massgeblich die Dauer und den Umfang der Untersuchung und damit auch den Aufwand bestimmt. Andere wesentliche Faktoren sind das Alter des Patienten, der Zustand des Patienten (liegend, intubiert, Beweglichkeit, etc.) und der Umstand der Untersuchung (Routineuntersuchung zu Bürozeiten oder Notfalluntersuchung in der Nacht). Auch die Durchführung von Untersuchungen unter Gabe von Kontrastmittel oder sonstige Spezialuntersuchungen (wie z. B. Spektroskopie) lassen sich nicht auf Basis von Kosten- oder Abrechnungsdaten identifizieren. Da der vorliegende Tarifentwurf zwangsläufig auf Basis von TARMED ermittelt wurde, sind aufgrund der völlig veralteten Grundlage von TARMED viele neue

Technologien (z. B. Dual-Energy, Tomosynthese, Cone-Beam-CT) überhaupt nicht erfasst und abgebildet. Der Ansatz einen neuen Tarif auf Basis einer hoffnungslos veralteten Abrechnungsgrundlage zu erstellen ist höchst fragwürdig.

Nachfolgend zeigen wir die inhaltlichen Defizite des ambulanten Fallpauschalenkatalogs V 0.3 auf.

## 2. Kritische Beurteilung der Version 0.3

### 2.1. Kritik an der grundlegenden Systematik des Fallpauschalenkatalogs

#### 2.1.1. Baserate

Wie bereits in unseren früheren Stellungnahmen, weisen wir darauf hin, dass uns eine ökonomische Bewertung der ambulanten Pauschalen nicht möglich ist, da es bislang lediglich eine kalkulatorische und damit aus Sicht der SGR-SSR unverbindliche Angabe zur Baserate gibt. Auch wenn die sts AG immer wieder darauf hinweist, dass «der Preis» getrennt von der «Struktur» zu betrachten ist, so fehlt aus Sicht der SGR-SSR ohne Aussage zur Baserate ein wesentliches Element für einen genehmigungsfähigen Tarif, da dieser nach dem Gesetz wirtschaftlich sein muss. Ohne Preisschild kann die Wirtschaftlichkeit eines Tarifs nicht bewertet werden. Darüber hinaus ist fraglich, ob der gesundheitsökonomische Grundsatz «gleicher Preis für gleiche Leistung», der gemäss U. Kieser und W. Oggier ein wesentliches Kriterium bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, der Billigkeit und der Sachgerechtigkeit<sup>1</sup> ist, wirklich eingehalten werden kann. Ist gewährleistet, dass die Baserate für ein Spital der Maximalversorgung genauso hoch ist wie die einer radiologischen Praxis? Nur dann wäre der Grundsatz «gleicher Preis für gleiche Leistung» erfüllt. Ohne Aussage der sts AG zu dieser Frage, bestehen seitens der SGR-SSR erhebliche Zweifel in dieser Hinsicht.

Aber selbst ohne Kenntnis der Baserate lehnt die SGR-SSR die vorliegende Version 0.3 grundsätzlich ab, da auch in der Tarifstruktur massive ökonomische Defizite im Bereich der bildgebenden Diagnostik zu erkennen sind. Konkret sind die Kostengewichte einzelner Pauschalen im Vergleich zueinander nicht stimmig. Damit ist die Voraussetzung der Sachgerechtigkeit gemäss Art. 43 Abs. 4 Satz 2 KVG nicht erfüllt. Darauf wird nachfolgend noch im Detail eingegangen.

#### 2.1.2. Dignität

Auch auf das völlige Fehlen eines Dignitätskonzeptes hat die SGR-SSR bereits in vorangegangenen Abstimmungsrunden deutlich hingewiesen. Eine Auflösung des Dignitätskonzeptes würde zu einer massiven Mengenausweitung im Bereich der bildgebenden Diagnostik führen. Die Radiologie arbeitet grundsätzlich nur auf Fremdzweisung und kann damit keine selbstinduzierte Mengenausweitung verursachen. Neben der Mengenausweitung droht auch ein Qualitätsverlust, sollten zukünftig neben den hochspezialisiert ausgebildeten Radiologinnen und Radiologen andere Fachdisziplinen zur Abrechnung von MR-, CT- und Mammografieuntersuchungen, sowie von interventionell-radiologischen Eingriffen berechtigt werden. Dies ist bereits heute im Bereich des Ultraschalls und Röntgen zu sehen, bei dem die Ausbildungsanforderungen für Nicht-Radiologen bestenfalls einem Minimalstandard entsprechen. Zudem würde es dem allgemein anerkannten und erstrebenswerten Trend zur stärkeren Konzentration auf hochspezialisierte Leistungserbringer widersprechen. Der bisherige Verweis der sts AG, dass das Dignitätskonzept keine

---

<sup>1</sup> Kieser U, Oggier W; Neue ambulante Tarifstrukturen im eidgenössischen Krankenversicherungsgesetz (KVG) – Rechtliche und gesundheitsökonomische Grundlagen, Edition HAVE, 2022, S. 65 f.

Frage des Tarifs, sondern anderer Autoritäten ist, greift ins Leere, da es bislang keine Instanz gibt, die für die fachlich-medizinische Zuordnung von Leistungen und Qualifikationen zuständig ist. Es ist utopisch, anzunehmen, dies könnte bis zur Einführung eines Pauschaltarifs organisiert werden. Die SGR-SSR lehnt jeglichen Tarifvorschlag ohne zugehöriges Dignitätskonzept grundsätzlich ab.

### 2.1.3. Datengrundlage

Des Weiteren wurde von der SGR-SSR bereits kommuniziert, dass wir erhebliche Zweifel an der Eignung der Datengrundlage und der Vorgehensweise zur Berechnung eines Tarifs für bildgebende Diagnostik haben. Die Verwendung von Abrechnungs- und Kostendaten in den Spitälern ist mit erheblichen Ungenauigkeiten verbunden, die sich insbesondere im Bereich der Diagnostik widerspiegeln. Auch wenn die konkreten Berechnungsmodelle nie offengelegt wurden, ist anzunehmen, dass vor allem die Komplexität und Heterogenität der Fallzuordnung zu erheblichen Verzerrungen führt. So ist es gängige Praxis, dass in den Spitälern ambulante Fälle über einen längeren Zeitraum „offen“ bleiben und mehrere Leistungen, die teilweise in keinem medizinischen Zusammenhang stehen auf einem Fall verbucht werden. Gerade im Hinblick auf bildgebende Diagnostik kommt es auch häufig zu Überschneidungen zwischen Radiologie und anderen behandelnden Einheiten, die ebenfalls bildgebende Diagnostik (z. B. Ultraschall) einsetzen. Dies führt zu inhaltlichen Verzerrungen für die Bewertung der eigentlichen radiologischen Leistungen. Kombinationen aus Ultraschall (z. B. erbracht auf der Notfallstation) und CT-Diagnostik sind häufig ein Signal für komplexe (und damit aufwändigere) klinische Fälle, die jedoch nichts mit den tatsächlichen Aufwänden in der Radiologie zu tun haben.

Zudem ist zu bemängeln, dass die Fallzahlen bei einigen Pauschalen als sehr gering anzusehen ist und deshalb die statistische Aussagekraft in Frage zu stellen ist. Gemäss dem öffentlich zugänglichen Datenspiegel der Version 0.3 basiert über ein Drittel (36%) der Pauschalen auf weniger als 200 Fällen. Über die Hälfte (55%) aller Pauschalen basiert auf weniger als 1'000 Fällen. Zum Vergleich und zur Einordnung sei hier festgehalten, dass an einem einzelnen MR-Scanner pro Jahr zwischen 3'000 und 4'000 Untersuchungen durchgeführt werden. Zudem weisen 16% aller Pauschalen einen sehr geringen Homogenitätsindex von  $< 0.6$  auf. Dies unterstützt die These, dass es kaum möglich ist aus den spitalambulant Daten vernünftige Pauschalen für die Radiologie abzuleiten.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Betrachtung und Bewertung diagnostischer radiologischer Leistungen im Kontext der spitalambulant klinischen Fälle nicht für die Kalkulation radiologischer Fallpauschalen geeignet sind. Insbesondere deshalb nicht, weil die ambulanten Fallpauschalen auch für die Vergütung niedergelassener radiologischer Praxen funktionieren muss, wo grundsätzlich immer eine klare Trennung zwischen der klinischen (behandelnde Ärztin oder Arzt) und der diagnostischen radiologischen Leistung (Radiologiepraxis) gegeben ist.

Im Folgenden wird noch aufgezeigt, wie aus Sicht der SGR-SSR diese komplexe Thematik zu inhaltlich fragwürdigen Pauschalen geführt hat.

### 2.1.4. Entkopplung der radiologischen Diagnostik

Auch aus dem zuletzt genannten Punkt fordert die SGR-SSR, dass diagnostische radiologische Leistungen grundsätzlich von den klinischen Leistungen entkoppelt werden müssen. Jegliche Vermischung von klinischen und diagnostischen radiologischen Leistungen führt zu Problemen in der Umsetzung, insbesondere im System der niedergelassenen Ärzteschaft. Nur durch die stringente Entkopplung ist es

möglich ein Dignitätskonzept aufrechtzuerhalten und damit auch einer Mengenausweitung durch Selbstzuweisung entgegenzutreten. Für die SGR-SSR hätte hingegen die Pauschalierung von Ultraschalluntersuchungen im Bereich der Grundversorgung ein grosses Potenzial zur Kosteneinsparung, da die Ausgaben für Ultraschall in den vergangenen Jahren überdurchschnittlich stark zugenommen haben. Dies zeigt die Problematik der selbstinduzierten bildgebenden Diagnostik in diesem Bereich. Wir empfehlen die Einführung einer Pauschale für (haus-)ärztliche Grundkonsultationen in Verbindung mit einer Ultraschalldiagnostik und würden auch bei der Ausarbeitung entsprechender Pauschalen unterstützen. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass im nicht-radiologischen Ultraschall häufig einfache low-end Ultraschall-Geräte oder heutzutage sogar mobile Tablet-Ultraschallgeräte zum Einsatz kommen, die nur 1/10tel des Preises eines high-end Ultraschallgerätes kosten.

## 2.2. Kritik an der Sachlogik des Fallpauschalenkatalogs

### 2.2.1. Fehlende Sachgerechtigkeit des Fallpauschalenkatalogs

Gemäss des Gutachtens von U. Kieser und W. Oggier<sup>2</sup> zum Fallpauschalenkatalog der sts AG ist ein wesentliches Merkmal zur Genehmigung eines Tarifs die Sachgerechtigkeit. Die SGR-SSR unterstützt das Urteil des Gutachtens und sieht beim Fallpauschalenkatalog das Merkmal der Sachgerechtigkeit als nicht erfüllt an. Die Voraussetzung der Sachgerechtigkeit alleine erfordert zwingend eine Abstimmung mit den Experten der medizinischen Fachgesellschaften. Wie kann ein Tarif sachgerecht sein, wenn die medizinischen Experten auf diesem Gebiet nicht in die Gestaltung des Tarifs eingebunden werden und deren sachliche inhaltliche Kommentare in der weiteren Ausgestaltung des Tarifs nicht berücksichtigt wurden?

Nach G. Eugster ist die Struktur eines Tarifs dann sachgerecht, „...wenn sie sich in der Wahl und Konzipierung der Leistungspositionen von der Sachlogik der zu tarifierenden Materie leiten lässt, betriebswirtschaftlich orientiert ist und sich gleichzeitig durch eine zweckmässige Auswahl und thematische Differenzierung der Positionen in den Dienst der gesetzlichen Tarifziele stellt.“<sup>3</sup> Dass dies beim vorliegenden Entwurf des Fallpauschalenkatalogs nicht gegeben ist, zeigen die folgenden Beispiele.

### 2.2.2. Konkrete Beispiele für die Verletzung der Sachgerechtigkeit

#### C03.31A Eingriffe an der Mundhöhle mit CT/MR mit Anästhesie

Eine solche Pauschale ist medizinisch unsinnig. Es ist der SGR-SSR keine Prozedur bekannt, bei der ein Eingriff an der Mundhöhle CT- oder MR-gestützt durchgeführt wird, also eine konkrete Steuerung des Eingriffs unter zeitgleicher Bildgebung per CT oder MR erfolgt. Es ist zudem kaum vorstellbar, dass ein solcher Eingriff – sofern es ihn denn gäbe – unter Anästhesie überhaupt ambulant durchgeführt werden könnte. Sehr wahrscheinlich entsteht eine solche Pauschale durch die statistische Vermischung von Leistungen verschiedener Fachdisziplinen an unterschiedlichen Tagen auf einem ambulanten Fall. Eine solche Ungenauigkeit in der Fallzuordnung ist in den Spitälern sehr häufig gegeben und zeigt, wie wenig die Herangehensweise der sts AG für die Erarbeitung eines medizinisch sachgerechten Tarifs geeignet ist. Wird also davon ausgegangen, dass hier nach einer CT- oder MR-Diagnostik zu einem späteren Zeitpunkt

<sup>2</sup> Kieser U, Oggier W; Neue ambulante Tarifstrukturen im eidgenössischen Krankenversicherungsgesetz (KVG) – Rechtliche und gesundheitsökonomische Grundlagen, Edition HAVE, 2022, S. 86

<sup>3</sup> Eugster G; Soziale Sicherheit, E Rz. S. 989-993

gestützt auf den Bilddaten der Radiologie eine Intervention an der Mundhöhle erfolgte, so ist die Bildgebung als eigenständige diagnostische Leistung zu sehen und nicht als eine die Intervention unterstützende zeitgleiche Leistung. Aber warum sollte es dann eine solche Komplexpauschale geben. Gleiches müsste dann für jede andere Bildgebung auch gelten, auf die später irgendeine beliebige Intervention folgt. Hier zeigt sich als Paradebeispiel die Unzulänglichkeit einer rein statistisch-ökonomischen Tarifentwicklung ohne Betrachtung der medizinischen Realitäten.

#### C30.51A Knochendichtemessung, u. 18 J.

Die Knochendichtemessung ist in aller Regel aufgrund der nachlassenden Knochendichte und dem damit verbundenen höheren Risiko für Frakturen vor allem bei älteren Menschen induziert. Knochendichtemessungen bei Menschen unter 18 Jahren sind äusserst selten. Zudem ist nach Meinung der SGR-SSR, auch die Altersgrenze aus prozessualen Gründen als Splitfaktor viel zu hoch angesetzt. Die Durchführung einer Knochendichtemessung bei einem z. B. 16-jährigen Patienten ist genauso aufwändig wie bei einem 30-jährigen Patienten. Wenn, dass müsste das Alter als Splitfaktor deutlich niedriger liegen, da bei Kindern (nicht Jugendlichen) die Compliance deutlich schlechter und damit der Aufwand (die Dauer der Untersuchung) höher ist.

#### Kombinationsuntersuchungen am Beispiel von C30.05B und C30.05E

Grundsätzlich ist es aus Sicht der SGR-SSR sinnvoll bestimmte Kombinationsuntersuchungen zu pauschalisieren, da diese sehr häufig vorkommen. Es ist auch gerechtfertigt diese bestimmten Kombinationsuntersuchungen mit einem Abschlag zu versehen, da der Aufwand geringer ist, als bei anderen Kombinationsuntersuchungen. So kann z. B. die Kombination einer CT-Untersuchung des Thorax sehr einfach mit der Untersuchung der Brustwirbelsäule kombiniert werden. Die Kombination einer MRI-Untersuchung der Schulter und eines Sprunggelenks hat so gut wie keine Synergien. Am Beispiel der C30.05B MRI Wirbelsäule in Kombination mit weiteren Lokalisationen und C30.05E MRI Abdomen mit weiteren Lokalisationen zeigt sich, dass der vorliegende Entwurf des Pauschalenkatalogs in sich unlogisch ist. Nach welcher Ziffer wäre in diesem konkreten Beispiel eine Kombination aus Abdomen und Wirbelsäule abzurechnen? Die Zuordnung ist nicht eindeutig. Ein Beispiel für die handwerklichen und logischen Fehler im Fallpauschalenkatalog.

#### C30.44A MR- u. CT-Arthrographie kombiniert

Auch eine solche Kombination ist nicht sachrichtig, da praktisch niemals gleichzeitig eine MR- und CT-Arthrografie durchgeführt wird. Sehr häufig sind MR-Arthrografien, nachdem zuvor unter Durchleuchtung ein Kontrastmittel in das Gelenk appliziert wurde. Nur in sehr seltenen Fällen erfolgt diese Kontrastmittelgabe aber unter CT-Steuerung. Es wäre also deutlich sinnvoller eine Pauschale für die sehr häufige MR-Arthrografie mit vorhergehender durchleuchtungsgesteuerter Kontrastmittelgabe zu definieren. Auch dieses Beispiel zeigt wie die spitalambulant Daten zu nicht sachgerechten Pauschalen führen.

### C30.20E CT v. Knie u. Oberschenkel od. CT dental

Dieses Beispiel zeigt, dass es hinsichtlich der Sachgerechtigkeit schon bei der Bezeichnung der Pauschalen mangelt. In diesem Fall ist völlig unklar, ob in der Bezeichnung die Konjunktion „und“ zwischen Knie und Oberschenkel bedeutet, dass für die Abrechnung dieser Ziffer eine Kombination einer Knie und Oberschenkel-Untersuchung voraussetzt, oder ob es als „oder“-Verknüpfung im Sinne einer separaten Betrachtung der beiden Körperregionen – wie in der „oder“-Verknüpfung zum „CT dental“ zu verstehen ist. Da das CT dental mit „oder“ aufgeführt ist, liegt die Vermutung nahe, dass das „und“ zwischen Knie und Oberschenkel eine Kombinationsuntersuchung voraussetzt. Dann aber, gäbe es im vorliegenden Katalog keine Ziffer mit der eine isolierte Knie-Untersuchung abgerechnet werden könnte.

### Verzerrung zwischen spitalambulanten und praxisambulanten Bereich am Beispiel C30.15C

Die Ziffer C30.15C Einzelne MRI od. CT mit Ultraschall zeigt die Problematik der unterschiedlichen Betrachtungsweise von spitalambulanten und praxisambulanten Bereich deutlich auf. Aus Sicht der SGR-SSR entsteht diese Fallpauschale statistisch durch die häufig in Notfällen initiale Diagnostik per Ultraschall der dann in der spitalambulanten Weiterbehandlung oft eine erweiterte Diagnostik per CT oder MR folgt. Hier scheint es auf den ersten Blick zwar sinnvoll, dies in einer Pauschale zu kombinieren. Im Bereich der praxisambulanten Leistungserbringer wird die initiale Diagnostik per Ultraschall aber häufig vom behandelnden Arzt – also einem Nicht-Radiologen – durchgeführt und abgerechnet, der den Patienten dann zur weiteren Diagnostik an das Radiologieinstitut überweist, wo dann die CT- oder MR-Diagnostik erfolgt und separat abgerechnet wird. Natürlich sind die Kosten für solche CT- und MR-Untersuchungen gerade in Notfallsituationen nachts und am Wochenende enorm hoch. Würde hier eine Pauschale eingeführt, würde dies zu einer massiven strukturellen Untertarifierung zu Ungunsten der Spitäler führen.

## 2.3. Kritik an der betriebswirtschaftlichen Logik des Tarifs

### 2.3.1. Fehlende Informationen zur Beurteilung der ökonomischen Aspekte

Wie bereits einleitend erläutert, ist eine abschliessende Bewertung der ökonomischen Aspekte nur mit Kenntnis der zu erwartenden Höhe der Baserate möglich. Doch verweigert die sts AG jegliche konkrete Aussage, über die Grössenordnung der Baserate und auch wie und wer die Baserate am Ende verhandeln wird. Hier müssen aus Sicht der SGR-SSR zwingend verbindliche Aussagen getroffen werden, da ansonsten der Tarif nicht genehmigungsfähig sein wird. Bedenklich ist dabei auch die Ungewissheit, ob z. B. in der gleichen Region Spitäler und niedergelassene Leistungserbringer nach der gleichen Baserate abrechnen können. Aus Sicht der SGR-SSR muss dies zwingend gegeben sein, da ansonsten dem Grundsatz „gleicher Preis für gleiche Leistung“ nicht entsprochen würde.

### 2.3.2. Konkrete Beispiele für eine mangelhafte betriebswirtschaftliche Logik des Pauschaltarifs

#### Falsche betriebswirtschaftliche Gewichtung bei CT und MR am Beispiel C30.20E und C30.30C

In der vorliegenden Version 0.3 des Fallpauschalenkatalogs ist der Leistung C30.20E MRI Knie ein Kostengewicht in Höhe von 0.809 und der Leistung C30.30C ein Kostengewicht von 1.185 zugeordnet. Damit ist eine CT-Untersuchung der gleichen Körperregion um 46.5% besser vergütet als eine MR-Untersuchung. Dies ist betriebswirtschaftlich in keiner Weise zu begründen. MR-Geräte sind in der

Anschaffung bei gleichem Qualitätsstandard in etwa 50% bis 100% teurer. Die Wartungsverträge und damit die laufenden Kosten der MR-Geräte liegen ebenfalls um ca. 50% über denen der CT-Geräte. Die Untersuchungszeit der MR-Untersuchungen übersteigen die der CT-Untersuchungen um ein Mehrfaches. Gleiches gilt für den Stromverbrauch. Auch die Einrichtungskosten sowie die Zubehörcosten der MR-Geräte liegen deutlich über denen der CT-Geräte. Auch der Personalbedarf sowohl auf Seiten des technischen Personals als auch bei den Radiologinnen und Radiologen ist höher. Es lässt sich also betriebswirtschaftlich nicht begründen, warum eine MR-Untersuchung schlechter vergütet wird als eine CT-Untersuchung. Die SGR-SSR sieht die Ursache dieser unsinnigen Kostengewichte wiederum in der ungeeigneten Datenbasis der spitalambulant Daten. CT-Untersuchungen in den Spitälern sind häufig Notfalluntersuchungen bei schweren Fällen mit hoher klinischer Komplexität und damit hohen Fallkosten. MRI-Untersuchungen sind auch in den Spitälern häufig elektive Sekundär-Untersuchungen mit dezidierten Fragestellungen (z. B. kleinere fokussierte MR-Untersuchung des Knies nach Skiunfall). Dennoch sind die Kosten einer MR-Untersuchung im Vergleich zu einer CT-Untersuchung durchschnittlich immer höher. Erneut ist also festzuhalten, dass die spitalambulant Daten nicht alleinig geeignet sind einen isolierten Pauschaltarif für die Radiologie zu berechnen, der auch im praxisambulant Bereich eingesetzt werden kann.

#### C30.15C Einzelne MRI od. CT mit Ultraschall

Die Ziffer C30.15C ist mit einem Kostengewicht von 2.199 hinterlegt. Im Vergleich zu einer einfachen MR-Untersuchung wie der C30.20E MRI Knie (cw = 0.809) wird der zusätzlich durchgeführte also mit einem zusätzlichen Kostengewicht von 1.390 bewertet und damit um 71.8% höher als die zugrundeliegende MR-Untersuchung. Bei einer exemplarisch angenommenen Baserate von CHF 450, wäre demnach die Ultraschalluntersuchung mit CHF 625.50 vergütet und die MR-Untersuchung mit CHF 364.05. Dieser Vergütungsansatz ist schlichtweg absurd und durch nichts betriebswirtschaftlich zu begründen. Es sei hier nur darauf hingewiesen, dass ein qualitativ hochwertiges Ultraschallgerät ca. CHF 100'000 und ein hochwertiges MR-Gerät an die CHF 2'000'000 kostet.

### 3. Fazit

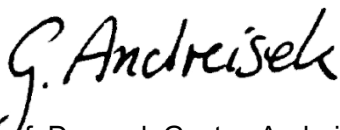
Der aktuell vorliegende Entwurf des Fallpauschalenkatalogs V0.3 wird seitens der SGR-SSR aus den nachfolgenden Gründen vollumfänglich abgelehnt:

- Die Datengrundlage der spitalambulant Kosten- und Abrechnungsdaten in Verbindung mit der rein statistischen und nicht fachlich-medizinischen begründeten Herangehensweise ist ungeeignet um einen für die radiologische Diagnostik sachrichtigen und betriebswirtschaftlich begründeten Tarif zu entwickeln.
- Der vorliegende Entwurf verletzt in vielfacher Hinsicht das Gebot der Sachgerechtigkeit und der Billigkeit.
- Der vorliegende Entwurf lässt sich nicht betriebswirtschaftlich nachvollziehen.

Aus Sicht der SGR-SSR ist der von der sts AG eingeschlagene und auf rein statistischen Methoden basierende Weg der Definition von Pauschalen grundsätzlich nicht geeignet um für die bildgebende Diagnostik inhaltlich vernünftige Pauschalen abzuleiten. Dies zeigt sich darin, dass jede bislang vorgestellte Version erhebliche inhaltliche Mängel aufzeigte. Eine positive Entwicklung von Version 0.1 bis zur jetzt vorliegenden Version 0.3 ist nicht zu erkennen.

Sollten die Anregungen der Fachgesellschaften erneut ignoriert werden, werden wir alle rechtlichen Möglichkeiten prüfen die Fallpauschalen der sts AG juristisch zu verhindern.

Die SGR-SSR steht der Entwicklung und Einführung ambulanter Pauschalen jedoch nach wie vor offen gegenüber sofern diese in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften sachlogisch und betriebswirtschaftlich begründet entwickelt werden. Um unsere Bereitschaft zur gemeinsamen Entwicklung gemeinsamer Fallpauschalen zu demonstrieren legen wir diesem Schreiben einen Gegenentwurf vor, den wir gerne in Zusammenarbeit mit der neu gegründeten OAAT weiterentwickeln möchten. Gerne stehen wir auch für ein Pilotprojekte zur Verfügung um sinnvolle und den Einzelleistungstarif TARDOC ergänzende Pauschalen gemeinsam zu entwickeln.



Prof. Dr. med. Gustav Andreisek  
Leiter Tarife SGR-SSR



Achim Escher  
Tarifexperte SGR-SSR