

Tarifkommission

Präsidentin: Dr. med. Charlotte Meier Buenzli

## **Stellungnahme der SGAR zu den tarifarischen Rahmenbedingungen bei der Verwendung von Inhalationsanästhetika (Sevofluran, Desfluran u.a.)**

### **Ausgangslage**

Ablehnung der Kostenübernahme von Inhalationsanästhetika durch Kostenträger im ambulanten Bereich.

### **Medizinische Grundlagen**

Allgemeinanästhesien (Vollnarkose) gehören seit Jahrzehnten zum Standard bei ambulanten diagnostischen und therapeutischen Eingriffen bei Kindern und Erwachsenen.

Die medizinischen Komponenten einer Allgemeinanästhesie sind Hypnose (Schlaf) und Analgesie (Schmerzlinderung). In vielen Fällen ist zusätzlich eine Muskelrelaxation (Muskelerschlaffung) notwendig.

Die Analgesie wird durch die intravenöse Gabe hochpotenter Opiate (z. B. Fentanyl®, Ultiva®, usw.) und die Muskelrelaxation durch die intravenöse Gabe von Muskelrelaxantien (Esmeron®, Mivacron®, usw.) erreicht.

Für die Einleitung und Aufrechterhaltung der Hypnose stehen zwei verschiedene Verabreichungsformen zur Verfügung. Erstens die intravenösen Anästhetika (Propofol, Midazolam usw.) und zweitens die hier zur Diskussion stehenden inhalativen Anästhetika wie Sevofluran, Desfluran, usw.

Die Auswahl des Verfahrens (intravenöse oder inhalative Hypnose) wird von medizinischen Gegebenheiten diktiert und obliegt der Verantwortung des Anästhesiearztes. Bei jüngeren Kindern erfolgt beispielweise die Einleitung der Narkose meistens inhalativ, um die für die intravenöse Einleitung notwendige Venenpunktion im Wachzustand zu umgehen. Ebenso profitieren Patienten mit asthmoiden Lungenerkrankungen vom Einsatz von Inhalationsanästhetika, da diese bronchialerweiternd wirken können und bei Patienten mit Herzkrankheiten ist der Einsatz von Inhalationsanästhetika von grossem Vorteil, da sich die Narkosetiefe besser steuern lässt und Kreislaufprobleme so besser kontrolliert werden können.

Zur Beatmung während einer Allgemeinanästhesie muss immer ein Gas (Luft, Sauerstoff, ev. Lachgasgemisch) verwendet werden. Dies ist allen Allgemeinanästhesien verfahrensunabhängig gemeinsam. Mit diesem Gas allein kann aber keine Anästhesie (Bewusstlosigkeit) des Patienten herbeigeführt werden. Diese kann nur durch die zusätzliche Verdampfung eines Inhalationsanästhetikums ins als Träger fungierende Gas erreicht werden.

### **Tarifarische Rahmenbedingungen**

Der TARMED sieht in KI-28-3 vor, dass die im Rahmen der Anästhesie verwendeten Pharmaka nicht in den technischen Leistungskomponenten (TL) inbegriffen sind und somit separat verrechnet werden dürfen. Hingegen sind die sogenannten Medizinalgase ausdrücklich in der TL eingeschlossen (KI-28-4). Bei diesen handelt es sich um die erwähnten Trägergase wie Luft oder Sau-

erstoff, welche bei jeder Allgemeinanästhesie zur Beatmung benötigt werden - unabhängig davon, ob die Hypnose intravenös oder inhalativ durchgeführt wird. Der Einschluss der Medizinalgase in der TL ist deshalb logisch begründet.

Als Medizinalgase werden von Swissmedic bezeichnet: Sauerstoff, Stickstoff, Luft, Lachgas, Stickstoffmonoxid, Kohlenstoffdioxid und das Gasgemisch Sauerstoff/Lachgas.

(siehe [www.swissmedic.ch](http://www.swissmedic.ch); *Wegleitung Zulassung Medizinalgase 01.01.2019, Seite 4*)

## Schlussfolgerung

Der Standpunkt, dass es sich bei den Inhalationsanästhetika ebenfalls um „Medizinalgase“ im obigen Sinne handle und diese somit in der TL pauschal abgegolten seien, ist sachlich falsch. Der alleinige Verweis auf den Applikationsweg (inhalativ) verschliesst sich der Differenzierung zwischen hypnoseinduzierendem Medikament (= Flüssigkeit, welche in das Trägergas verdampft wird) und Trägergas per se, welches nota bene auch bei intravenösen Anästhesien zur Beatmung benutzt werden muss.

Ein Inhalationsanästhetikum, wie beispielsweise Sevofluran, ist ein flüssig konfektioniertes Medikament, das verdampfen muss, um überhaupt wirksam zu sein und von Swissmedic als Pharmakon freigegeben wurde. Vergleichbar ist die therapeutische Inhalation beim Asthmatiker, der ein bronchienerweiterndes Medikament (z.B. Ventolin®, Atrovent®, usw.) mit einem Trägergas inhalieren muss.

Die Kostenübernahmeverweigerung ist auch aus weiteren Gründen nicht korrekt. Das Inhalationsanästhetikum ist Bestandteil eines Behandlungskomplexes bei einer bestimmten Patientengruppe (Kinder, Asthmatiker, u. a.), welcher zu deren Vorteil gereicht. (*Siehe auch ein Bundesgerichtsurteil aus dem Jahr 1998*). Es ist eine Ungleichbehandlung zweier gleichwertiger Hypnosemethoden mit der finanziellen Bevorzugung der total intravenösen Anästhesie und somit Einschränkung die Therapiefreiheit.

Bei Befolgen der SGAR-Empfehlung zur korrekten Verbrauchsberechnung sind die Kosten für eine inhalative und eine intravenöse Anästhesie etwa identisch.

Seit der Einführung des TARMED hat sich die SGAR mit Unterstützung von Vertretern seitens BAG, H+ und Kostenträgern immer wieder um die tarifarisch korrekte Berücksichtigung der Inhalationsanästhetika bemüht. Sie hat ebenfalls eine wissenschaftlich abgestützte Empfehlung zur Verbrauchsberechnung auf der Website veröffentlicht.

Die meisten Kostenträger übernehmen seither die Kosten aufgrund obiger Sachlage widerspruchslos. Den sporadisch auftauchenden Diskussionen oder Kostenübernahmeverweigerungen liegt leider die unpräzise bzw. unvollständige Formulierung in der Kapitelinterpretation des in all den Jahren nicht revidierten bzw. nicht revidierbaren TARMED zu Grunde. Im neuen Tarif TARDOC wurde diesem Umstand Rechnung getragen und die Kapitelinterpretation lässt keine willkürlichen Auslegungen mehr zu.

Die SGAR unterstützt ihre Mitglieder in dieser Sachfrage und empfiehlt ihnen bei einer Nichteinigung vom Krankenversicherer eine schriftliche Verfügung (gemäss Art. 51 Abs. 2 ATSG) zu verlangen.

Horw, 15.02.2020



Dr. Ch. Meier Buenzli

Chefärztin Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie  
Kantonsspital Nidwalden  
Vorstandsmitglied und Präsidentin der Tariffkommission SGAR-SSAR