



Auslegeordnung Abrechnung von Rauchstoppberatungen in verschiedenen medizinischen und angrenzenden Berufsgruppen

Bericht zuhanden des Tabakpräventionsfonds (TPF)

Luzern, den 24. November 2023

| Autorinnen und Autoren

Dr. Tamara Bischof (Projektleitung)

Dr. Sarah Ziegler (Projektmitarbeit)

Dr. des. Zora Föhn (Projektmitarbeit)

Dr. Gina Di Maio (Projektmitarbeit)

Dr. Birgit Laubereau (Qualitätssicherung)

| INTERFACE Politikstudien

Forschung Beratung AG

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

Rue de Bourg 27

CH-1003 Lausanne

Tel +41 (0)21 310 17 90

www.interface-pol.ch

| Auftraggeber

Tabakpräventionsfonds (TPF)

| Zitiervorschlag

Bischof, Tamara; Ziegler, Sarah; Föhn, Zora; Di Maio, Gina; Laubereau, Birgit (2023): Auslegeordnung Abrechnung von Rauchstoppberatungen in verschiedenen medizinischen und angrenzenden Berufsgruppen. Bericht zuhanden des Tabakpräventionsfonds (TPF). Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.

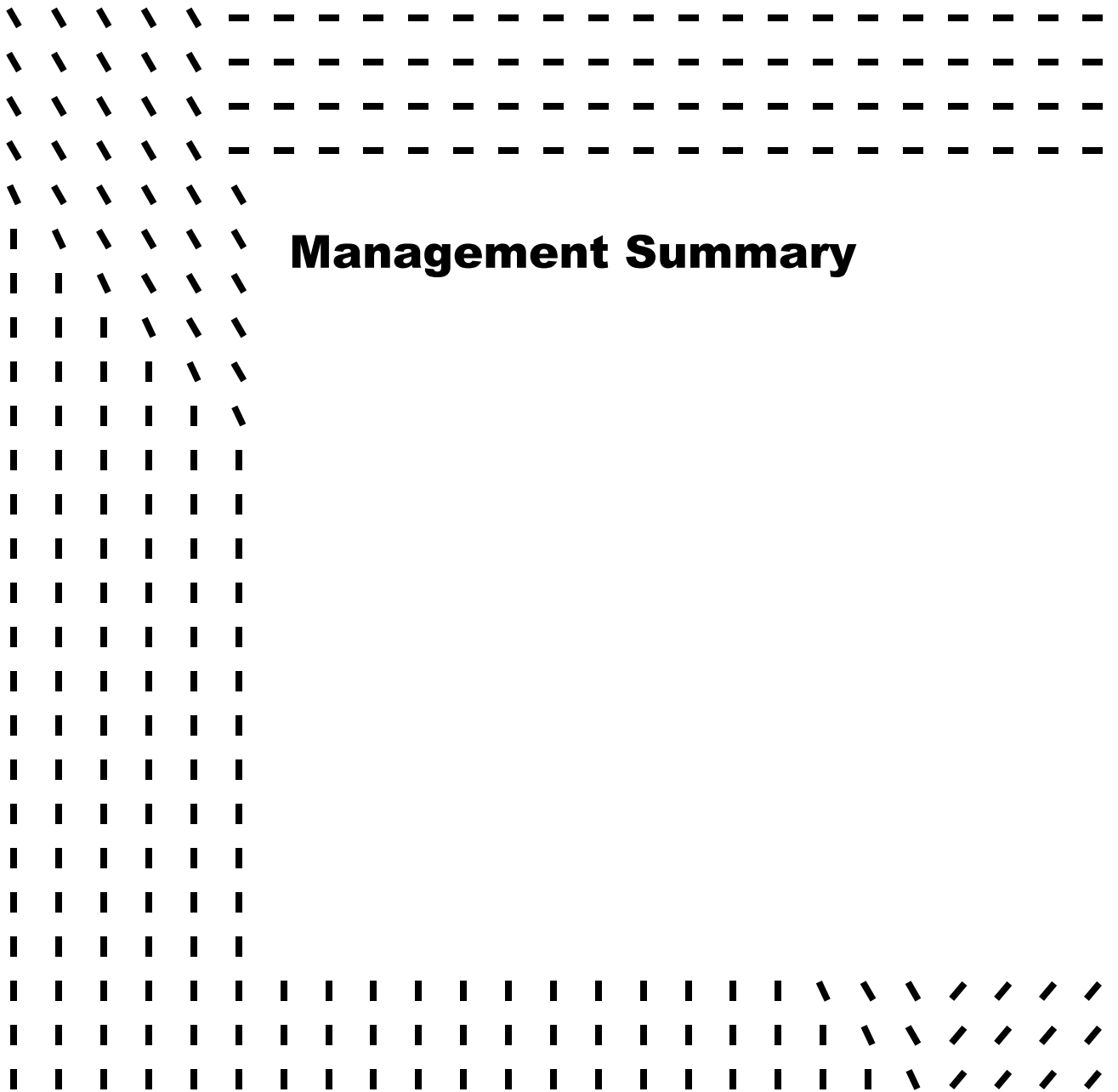
| Laufzeit

Januar 2023 bis November 2023

| Projektreferenz

Projektnummer: 23-005

Management Summary	4
1. Hintergrund, Ziel und Vorgehen	10
1.1 Hintergrund und Ziel	11
1.2 Vorgehen	12
1.3 Chancen und Grenzen des Berichts	14
2. Thematische Eingrenzung	15
2.1 Eingrenzung des Begriffs «Rauchstoppberatung»	16
2.2 Untersuchte Berufsgruppen	16
3. Abrechnungs- und Finanzierungspraxis für acht zentrale Berufsgruppen	18
3.1 Berufsgruppe 1: Fachärzteschaft (Kardiologie/Pneumologie, spitalambulant)	20
3.2 Berufsgruppe 2: Hausärzteschaft	21
3.3 Berufsgruppe 3: Pflegefachpersonen in Spitälern	21
3.4 Berufsgruppe 4: MPA/MPK	22
3.5 Berufsgruppe 5: Hebammen	24
3.6 Berufsgruppe 6: Apotheker/-innen	25
3.7 Berufsgruppe 7: Psychologische Psychotherapeuten/-innen	26
3.8 Berufsgruppe 8: Selbstständige Berater/-innen	27
3.9 Einschätzungen zu einem interprofessionellen Profil «Rauchstoppberatung»	28
4. Rechtliche Grundlagen für acht zentrale Berufsgruppen	30
4.1 Voraussetzungen für Tätigkeit zu Lasten der OKP	31
4.2 Berufsgruppe 1: Fachärzteschaft (Kardiologie/Pneumologie, spitalambulant)	32
4.3 Berufsgruppe 2: Hausärzteschaft	32
4.4 Berufsgruppe 3: Pflegefachpersonen in Spitälern	32
4.5 Berufsgruppe 4: MPA/MPK	34
4.6 Berufsgruppe 5: Hebammen	35
4.7 Berufsgruppe 6: Apotheker/-innen	35
4.8 Berufsgruppe 7: Psychologische Psychotherapeuten/-innen	36
4.9 Berufsgruppe 8: Selbstständige Berater/-innen	36
5. Verbesserungsmöglichkeiten	38
Vorschlag 1: Prüfung eines KLV-Antragsprozesses für die Leistung «Rauchstoppberatung»	40
Vorschlag 2: Erstellung einer Übersicht der Leistungen der Zusatzversicherer	42
Vorschlag 3: Koordination der Ausbildung und Erstellung eines Kompetenzprofils «Rauchstoppberater/-in»	44
Anhang	47



Hintergrund und Ziel der Studie

Evidenzbasierte Rauchstoppberatungen gelten als erfolgreicher und weitverbreiteter Ansatz für den Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit. Ein wichtiges Anliegen des Tabakpräventionsfonds (TPF) ist es, rauchstoppwillige Konsumentinnen und Konsumenten durch wirksame Angebote in ihrem Vorhaben zu unterstützen und dafür zu sorgen, dass diese Angebote niederschwellig zugänglich sind. Medizinische Fachpersonen haben eine hohe Glaubwürdigkeit und können ihre Patienten/-innen direkt im Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen auf ihr Rauchverhalten ansprechen, beraten oder an weitere Beratungsangebote vermitteln. Es stellt sich die Frage der Finanzierung dieser Dienstleistung. Die Grundlagen für die Abrechnung der Beratung sind komplex und abhängig davon, von wem und in welchem Kontext die Beratung angeboten wird.

Der TPF erachtet die Finanzierung der Beratungsleistungen als eine wichtige Frage, denn sollten Lücken bestehen, müssen diese prioritär angegangen werden. Aus diesem Grund hat der TPF Interface Politikstudien Forschung Beratung mit der Erarbeitung einer Auslegeordnung zur Abrechnung von Rauchstoppberatungen beauftragt.

Die Auslegeordnung verfolgt drei Ziele:

1. Übersicht über die aktuelle Abrechnungspraxis verschiedener Berufsgruppen.
2. Übersicht über bestehende rechtliche Grundlagen für die Abrechnung von Rauchstoppberatungen.
3. Formulierung von konkreten und umsetzbaren Verbesserungsmöglichkeiten zur Abrechenbarkeit und Finanzierung der Rauchstoppberatungen.

Damit soll zu einer klareren und zugänglicheren Abrechnung und Finanzierung von Rauchstoppberatungen beigetragen werden.

Vorgehen

Zur Erarbeitung der Auslegeordnung wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt, beruhend auf den folgenden empirischen Grundlagen:

- *Dokumentenanalyse* zur Eingrenzung des Untersuchungsgegenstands Rauchstoppberatungen.
- *Explorative Interviews* zur thematischen Eingrenzung von Rauchstoppberatungen und der Festlegung zentraler Berufsgruppen: Von Februar bis März 2023 wurden vier explorative Interviews mit Akteuren aus der Tabakprävention durchgeführt.
- *Leitfadengestützte Interviews mit Fachpersonen festgelegter Berufsgruppen* zur Beleuchtung der Abrechnungspraxis: Von März bis September 2023 wurden 18 leitfadengestützte Interviews mit Fachpersonen aus acht zentralen Berufsgruppen durchgeführt.

- *Analyse rechtlicher Grundlagen:* Es wurden Gesetze, Verordnungen und Tarifbestimmungen in Bezug auf die Abrechnung von Leistungen der Rauchstoppperatungen analysiert.
- *Experteninterviews* zur Prüfung der rechtlichen Grundlagen: Im Juli 2023 wurden zwei Interviews mit Experten/-innen für die rechtlichen und tarifarischen Grundlagen der Abrechnung von medizinischen Leistungen durchgeführt.
- *Workshop* zur Ausarbeitung von Empfehlungen: Im September 2023 fand ein Validierungs-Workshop mit neun relevanten Akteuren statt, beispielsweise mit Vertretenden zentraler Berufsgruppen und Vertretenden von Präventionsverbänden.

Rauchstoppperatungen

Im vorliegenden Mandat wurden unter dem Begriff Rauchstoppperatung evidenzbasierte¹ Beratungsangebote von qualifizierten Fachpersonen verstanden, welche die bio-psycho-sozialen Aspekte der Nikotin-Abhängigkeit angehen und eine Nachbetreuung gewährleisten können. Im Fokus der Auslegeordnung lag die Finanzierung von physischen² Intensivberatungen, die von der Ärzteschaft, nicht-ärztlichen medizinischen Fachpersonen und beratenden Fachpersonen (mit Ausbildung im Bereich Rauchstopp) erbracht werden. In Ergänzung dazu wurde das telefonische Angebot der Rauchstopplinie untersucht.

Untersuchte Berufsgruppen

Im Fokus der Auslegeordnung standen acht Berufsgruppen bestehend aus Vertretenden der Ärzteschaft, nicht-ärztlichen medizinischen Fachpersonen und beratenden Fachpersonen. Die Auswahl der Berufsgruppen erfolgte in Absprache mit dem TPF und gestützt auf Experteneinschätzungen der explorativen Interviews.³

Folgende Berufsgruppen wurden untersucht:

D 1.1: Untersuchte Berufsgruppen

Ärztenschaft	Nicht-ärztliche medizinische Fachpersonen	Beratende Fachpersonen
Berufsgruppe 1 Fachärzte/-innen* (spitalambulant)	Berufsgruppe 3 Pflegefachpersonen (in Spitälern)	Berufsgruppe 7 Psychologische Psychotherapeuten/-innen
Berufsgruppe 2 Hausärzte/-innen	Berufsgruppe 4 Medizinische Praxisassistenten/-innen (MPA)** Medizinische Praxiskoordinatoren/-innen klinische Richtung (MPK)**	Berufsgruppe 8 Selbstständige Berater/-innen** in privaten Organisationen (z.B. Lungenligen, Krebsliga)
	Berufsgruppe 5 Hebammen (in freier Praxis, ambulant in Spitälern)	
	Berufsgruppe 6 Apotheker/-innen	

Quelle: Darstellung Interface.

Legende: * In diesem Bericht sind Fachärzte/-innen Ärzte/-innen mit einem Facharztstitel, die nicht in der Grundversorgung tätig sind, beispielsweise Pneumologen/-innen. ** Fachpersonen mit Ausbildung im Bereich der Rauchstoppperatung.

¹ S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-006>, Zugriff: 7. Januar 2023.
² Mindestens physischen Erstkontakt. Die Verlaufskontrolle kann auch telefonisch erfolgen.
³ Die untersuchten Berufsgruppen sind keine abschliessende Aufzählung von Fachpersonen, die heute oder in der Zukunft in der Rauchstoppperatung tätig sind.

Abrechnungspraxis und Finanzierungsquellen der Berufsgruppen

I Abrechnung für Ärzteschaft und psychologische Psychotherapeuten/-innen klar
 Fachärzte/-innen, Hausärzte/-innen und psychologische Psychotherapeuten/-innen (bedingt ärztliche Verordnung) rechnen die Rauchstoppberatung über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ab. Diese Berufsgruppen dürfen die Leistungen zu Lasten der OKP erbringen, was grösstenteils positiv beurteilt wird und vergleichsweise einfach in der Handhabung ist. Diese Finanzierungsart ermöglicht einen einfachen Zugang für alle Versicherten.

I Weniger klare Situation für nicht-ärztliche medizinische Fachpersonen und beratende Fachpersonen

Bei anderen Berufsgruppen ist die Abrechnungspraxis zu Lasten der OKP weniger einheitlich. *Erstens* kann die Abrechnung zu Lasten der OKP auf gewisse Patientengruppen beschränkt sein. Beispielsweise auf Rauchstoppberatungen für Diabetiker/-innen durch Pflegefachpersonen mit Zusatzqualifikation «Diabetesberater/-in», oder gewisse Beratungsleistungen durch Hebammen in Risikoschwangerschaften. *Zweitens* lassen sich unterschiedliche Praktiken beobachten, für die eine klare rechtliche oder tarifarische Grundlage nach Ansicht von Experten/-innen fehlt. Diese Praktiken werden von einigen Versicherern akzeptiert, allerdings besteht eine Unsicherheit, da sich die Leistungserbringer in einer rechtlichen Grauzone bewegen. Dies betrifft vor allem MPA/MPK und Hebammen.

Weitere Finanzierungsquellen sind Selbstkostenbeiträge der Patienten/-innen und Leistungsverträge mit Kantonen, Lungenligen oder dem TPF. Seltener erfolgt eine Teilfinanzierung durch Betriebe oder über die Fallpauschalen der OKP. Besonders für nicht-ärztliche medizinische Fachpersonen und beratende Fachpersonen ist es in der Regel notwendig, verschiedene Finanzierungsquellen zu kombinieren:

- *Selbstzahler*: Bei Rauchstoppberatungen durch Fachpersonen nicht-ärztlicher Berufsgruppen tragen vielfach die Patienten/-innen einen Teil oder seltener die ganzen Kosten. Dies betrifft die Berufsgruppen der Pflegefachpersonen, MPA/MPK, Hebammen, Apotheker/-innen, sowie die selbstständigen Berater/-innen bei kantonalen Lungenligen. Der Selbstkostenbeitrag wurde in den Erhebungen vielfach als Hürde bezeichnet, die den Zugang für Patienten/-innen erschwert. Gleichzeitig wurde auch das Argument aufgeführt, dass die finanzielle Beteiligung der Patienten/-innen deren Motivation steigern könne. Die Administration der Selbstkostenbeiträge wurde unterschiedlich eingeschätzt, sie wurde sowohl als einfach wie auch als aufwändig beschrieben.
- *Zusatzversicherungen*: Verschiedene Zusatzversicherungen übernehmen die Kosten von nicht-ärztlichen Rauchstoppberatungen ganz oder teilweise. In der Regel wird damit der Selbstkostenanteil rückerstattet, der durch die Versicherten selbst getragen werden muss. Die Leistungen hängen von der Deckung des entsprechenden Versicherungsvertrags ab und setzen voraus, dass die Patienten/-innen Zusatzversichert sind. Diese Finanzierungsquelle ist relevant für alle nicht-ärztlichen Berufsgruppen, deren Leistungen nicht von der OKP getragen werden, beispielsweise Hebammen, Apotheker/-innen oder MPA/MPK. Diese Finanzierungsquelle wird gemäss Einschätzung des Forschungsteams noch nicht vollständig ausgeschöpft, da sowohl Leistungserbringer als auch Patienten/-innen nicht hinreichend über diese Möglichkeit informiert sind.
- *Leistungsverträge (Kantone, Lungenligen, TPF)*: Verschiedene Berufsgruppen sind in einer Einrichtung tätig, deren Kosten ganz oder teilweise durch Dritte getragen werden. Die Leistungen sind in der Regel in einem Leistungsvertrag festgehalten. Beispielsweise können so die Personalkosten von Pflegefachpersonen getragen werden, die ihre Rauchstoppberatungsleistungen nicht über die OKP finanzieren können. In der Regel wird diese Finanzierungsmöglichkeit mit anderen Finanzierungsquellen kombiniert, beispielsweise mit einem Selbstkostenbeitrag. Eine Ausnahme stellt die

Rauchstopplinie der Krebsliga dar, die gänzlich vom TPF finanziert wird. Im Allgemeinen zeigten sich die Befragten mit dieser Finanzierungsform zufrieden, wiesen aber daraufhin, dass die Kombination verschiedener Finanzierungsquellen aufwändig ist. Zudem können die Leistungsverträge auch eingestellt werden. Die Finanzierungsquelle ist relevant für Gesundheitsligen und Spitalambulatorien (Finanzierung von Pflegefachpersonen).

- *Weitere Quellen:* Weitere Finanzierungsmöglichkeiten, die seltener genutzt werden, sind erstens eine Finanzierung durch *Betriebe*. Dies betrifft in der Regel Gruppenberatungen, die für die Belegschaft angeboten werden. Zweitens können die Kosten für Rauchstoppperatungen für stationäre Patienten/-innen in der Akutsomatik über die jeweiligen Fallpauschalen zu Lasten der OKP finanziert werden. Letztere Möglichkeit wurde in den Erhebungen aber nur selten aufgezeigt. Sie betrifft in Akutspitalern tätige Fachärzte/-innen, psychologische Psychotherapeuten und Pflegefachpersonen. Drittens werden verbleibende Finanzierungslücken teilweise durch *Quersubventionierung* der jeweiligen Einrichtung getragen, beispielsweise durch die Spitalklinik oder die Gesundheitsliga.

Fazit

Die Erhebungen zeigen, dass die Abrechnung von Rauchstoppperatungen für Ärzteschaft und psychologische Psychotherapeuten/-innen klar und verständlich ist. Für nicht-ärztliche medizinische Fachpersonen ist die Situation hingegen weniger klar.

- Die Rauchstoppperatungen müssen erstens über eine Kombination verschiedener Finanzierungsquellen gedeckt werden und zweitens ist die Finanzierung in einigen Fällen nicht klar geregelt. So ergibt sich ein rechtlicher und tarifarischer Graubereich, der künftig geklärt werden sollte. Dies betrifft insbesondere die Leistungen von MPK und Hebammen.
- Viele Berufsgruppen sind auf einen Selbstkostenbeitrag der Patienten/-innen angewiesen, was in den Erhebungen mehrheitlich negativ und als Zugangshürde beurteilt wird. Unter den Gesichtspunkten des niederschweligen Zugangs und der Chancengerechtigkeit ist dieser Aspekt negativ zu bewerten. Gleichzeitig lässt sich aber auch feststellen, dass zahlreiche Angebote mit Selbstkostenbeiträgen regelmässig in Anspruch genommen werden, wie die Erhebungen zeigen. Zudem besteht mit der Rauchstopplinie ein schweizweit zugängliches kostenloses Angebot.
- Wichtige Voraussetzungen für eine Tätigkeit zu Lasten der OKP sind eine Zulassung als Leistungserbringer sowie eine definierte Leistung. Diese Voraussetzungen sind derzeit für nicht-ärztliche medizinische Fachpersonen nicht erfüllt. In den Erhebungen wiesen verschiedene Berufsgruppen darauf hin, dass künftig Möglichkeiten geschaffen werden sollten für eine nicht-ärztliche Rauchstoppperatung zu Lasten der OKP. In diesem Zusammenhang wurden insbesondere die Rauchstoppperatung durch Pflegefachpersonen und MPK genannt. Auch die Schaffung eines (interprofessionellen) Profils «Rauchstoppperater/-in» wurde mehrheitlich positiv bewertet.
- Schliesslich stellt die Zusatzversicherung eine Finanzierungsmöglichkeit dar, die derzeit noch nicht voll ausgeschöpft wird. Wie die Erhebungen zeigen, fehlt den Leistungserbringern und den Patienten/-innen oft das nötige Wissen dazu.

Über alle Berufsgruppen hinweg wurden in den Interviews zwei Wünsche angebracht: Erstens sollen Nikotinersatzprodukte über die OKP gedeckt werden und zweitens sollen Präventionsleistungen künftig stärker durch die OKP vergütet werden.

Verbesserungsvorschläge

Das Forschungsteam formuliert nachfolgend vier Verbesserungsvorschläge zuhanden des TPF. Die Verbesserungsvorschläge zielen darauf ab, kurz- und langfristig eine klarere und zugänglichere Abrechnung und Finanzierung von Rauchstoppperatungen zu ermöglichen.

I Vorschlag 1: Prüfung eines KLV-Antragsprozesses für die Leistung «Rauchstoppperatung»

Wir empfehlen dem TPF, zu prüfen, ob ein Antragsprozess angestoßen werden soll für die Kostenübernahme einer neuen Leistung «Rauchstoppperatung» in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Damit könnte längerfristig eine klar geregelte Vergütung für eine oder mehrere Berufsgruppen erreicht werden.

I Vorschlag 2: Erstellung einer Übersicht der Leistungen der Zusatzversicherungen

Wir empfehlen dem TPF, eine Übersicht über die Zusatzversicherungsverträge zu erstellen, die Rauchstoppperatungen vergüten. Diese Übersicht soll interessierten Leistungserbringern und Patienten/-innen über geeignete Kanäle zur Verfügung gestellt werden. Dieser Vorschlag erleichtert die Finanzierung von Rauchstoppperatungen über die Zusatzversicherungen.

I Vorschlag 3a: Koordination der Ausbildung zur «Rauchstoppperater/-in»

Wir empfehlen dem TPF, gemeinsam mit wichtigen Akteuren die Aus- und Weiterbildungsangebote zur «Rauchstoppperater/-in» zu koordinieren und eine Übersicht der bestehenden Angebote (Zielgruppe, Umfang, Inhalte) zu erstellen. Diese Arbeiten dienen als Basis zur Abklärung der nötigen (Zusatz-)Qualifikationen im Rahmen eines möglichen Antragsprozesses der Leistung «Rauchstoppperatung» in der KLV (vgl. Vorschlag 1) und als Grundlage für die Erarbeitung eines Kompetenzprofils «Rauchstoppperater/-in» (Vorschlag 3b).

I Vorschlag 3b: Erarbeitung eines Kompetenzprofils «Rauchstoppperater/-in»

Wir empfehlen dem TPF, gemeinsam mit anderen Akteuren (Berufsverbände, Verbände Tabakprävention, Bildungsinstitute) ein Kompetenzprofil «Rauchstoppperatung» zu erstellen. Dieses soll festhalten, welche Kompetenzen «Rauchstoppperater/-innen» ausweisen sollten. Damit kann zum Ziel beigetragen werden, die Zahl der qualitativ hochstehenden Beratungen zu erhöhen. Das Kompetenzprofil dient zudem ebenfalls als Vorbereitung für einen möglichen Antrag der Leistung «Rauchstoppperatung» in der KLV (vgl. Vorschlag 1).



1. Hintergrund, Ziel und Vorgehen

1.1 Hintergrund und Ziel

Ein wichtiges Anliegen des Tabakpräventionsfonds (TPF) ist es, rauchstoppwillige Konsumentinnen und Konsumenten durch wirksame Angebote in ihrem Vorhaben zu unterstützen und dafür zu sorgen, dass diese Angebote niederschwellig zugänglich sind. Evidenzbasierte Rauchstoppperberatungen gelten als erfolgreicher und weitverbreiteter Ansatz für den Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit. Medizinische Fachpersonen haben eine hohe Glaubwürdigkeit und können ihre Patientinnen und Patienten direkt im Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen auf ihr Rauchverhalten ansprechen, beraten oder an weitere Beratungsangebote vermitteln.⁴ Es stellt sich die Frage der Finanzierung dieser Dienstleistung. Die Grundlagen für die Abrechnung der Beratung sind komplex und abhängig davon, von wem und in welchem Kontext die Beratung angeboten wird.

Der TPF erachtet die Finanzierung der Beratungsleistungen als eine wichtige Frage, denn sollten Lücken bestehen, müssen diese prioritär angegangen werden. Aus diesem Grund hat der TPF Interface Politikstudien Forschung Beratung mit der Erarbeitung einer Auslegeordnung zur Abrechnung von Rauchstoppperberatungen beauftragt.

Mit der Auslegeordnung verfolgen wir drei Ziele, welche die Kapitel des Berichts strukturieren:

1. Übersicht über die aktuelle Abrechnungspraxis verschiedener Berufsgruppen (Kapitel 3).
2. Übersicht über bestehende rechtliche Grundlagen für die Abrechnung von Rauchstoppperberatungen (Kapitel 4).
3. Formulierung von Empfehlungen zur Verbesserung der Abrechenbarkeit der Rauchstoppperberatungen (Kapitel 5).

Für jedes dieser Ziele wurden spezifische Fragestellungen beantwortet. Damit sollen konkrete und umsetzbare Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert und vorgeschlagen werden, um die Abrechnung von qualifizierten Rauchstoppperberatungen klarer und zugänglicher zu machen. Zudem wurde der Untersuchungsgegenstand eingegrenzt und es wurden in Absprache mit dem TPF acht zentrale Berufsgruppen bestimmt, deren Abrechnungspraxis in der Auslegeordnung untersucht wird (Kapitel 2). Eine Auflistung der Fragestellungen findet sich in Anhang DA 1.

⁴ Dey, M.; Haug, S. (2016): Rauchstoppperberatung durch Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz 2016. Schriftliche Befragung von fünf Berufsgruppen, im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz, Zürich.

1.2 Vorgehen

1.2.1 Untersuchungsgegenstand

Die nachfolgende Darstellung fasst den Untersuchungsgegenstand zusammen. Zunächst grenzen wir den Untersuchungsgegenstand ein. Wir definierten den Begriff der Rauchstoppberatung für die vorliegende Auslegeordnung und bestimmten in Absprache mit dem Auftraggeber acht zentrale Berufsgruppen. Im Anschluss daran erhoben wir für diese ausgewählten Berufsgruppen die *Praxis* der Abrechnung und Finanzierung und arbeiteten die entsprechenden *Rechtsgrundlagen* auf. Schliesslich leiteten wir daraus *Verbesserungsmöglichkeiten* für die aktuelle Situation der Abrechnung und Finanzierung von Rauchstoppberatungen ab.

D 1.1: Darstellung des Untersuchungsgegenstands, der zentralen Fragen und der Verortung im Bericht

	Angebote	Fachpersonen	Abrechnungspraxis	Rechtliche Grundlagen	Verbesserungsmöglichkeiten
Untersuchungsgegenstand	Rauchstoppbegleitung	Fachärzte/-innen	OKP	Krankenversicherungsrecht (KVG, KLV, KVV)	Prüfung KLV-Antrag «Rauchstoppberatung»
	Rauchstopplinie	Hausärzte/-innen	Zusatzversicherung	Versicherungsvertragsrecht (VVG, ...)	Übersicht Leistungen Zusatzversicherungen
	Rauchstoppsprechstunde	Pflegefachpersonen (stationär/ambulant)	Selbstzahler	Tarifverträge (Tarmed, Tardoc, ...)	Koordination Ausbildung und Erstellung Kompetenzprofil «Rauchstoppberater/-in» durch TPF
	Rauchstoppkurs	MPA/MPK	Leistungsvertrag	Gesetzliche Grundlagen für kantonale Leistungsaufträge (AlKG, ...)	
	Tabakentwöhnungsberatung	Hebammen	...		
	...	Apotheker/-innen			
		Psychologische Psychotherapeuten/-innen			
		Selbstständige Berater/-innen (Lungenliga, Krebsliga, ...)			
		...			
Fragestellungen	1. Art der Rauchstoppberatung	2. Primäre Fachpersonen (Berufsgruppen, Settings)	3. Abrechnungspraktiken 4. Vor- und Nachteile Abrechnung 5. Finanzierungsmodelle 6. Vor- und Nachteile Finanzierungsmodelle	7. Rechtliche Grundlagen	8. Massnahmen zur Verbesserung 9. Chancen und Risiken der Massnahmen 10. Kostenfolgen
Kapitel	Kapitel 2: Thematische Eingrenzung		Kapitel 3: Abrechnungs- und Finanzierungspraktiken	Kapitel 4: Rechtliche Grundlagen	Kapitel 5: Verbesserung der Abrechenbarkeit und Finanzierung

Quelle: Darstellung Interface.

Legende: MPA = Medizinische Praxisassistenten/-innen; MPK = Medizinische Praxiskoordinatoren/-innen; OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung; TPF = Tabakpräventionsfonds.

1.2.2 Empirische Grundlagen

Zur Erarbeitung der Auslegeordnung wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt, beruhend auf den folgenden empirischen Grundlagen:

- *Dokumentenanalyse* zur Beschreibung des Untersuchungsgegenstands: Um den Begriff der Rauchstoppberatung thematisch einzugrenzen, haben wir Berichte analysiert und auf gängige Definitionen untersucht.⁵ Diese Dokumente dienten als Grundlage für die explorativen Interviews und die Eingrenzung des Untersuchungsgegenstands.

⁵ Wichtige Dokumente waren die S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-006>, Zugriff: 7. Januar 2023; Cornuz, J.; Jacot Sadowski, I.; Humair, J.-P. (2015): Ärztliche Rauchstoppberatung. Die Dokumentation für die Praxis. Projekt FREI VON TABAK, Nationales Rauchstopp-Programm, Bern; Hartmann-Boyce, J.; Livingstone-Banks, J.; Ordóñez-Mena, J. M.; Fanshawe, T. R.; Lindson, N.; Freeman, S. C.; Sutton, A. J.; Theodoulou, A.; Aveyard, P. (2021): Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021 (1).

- *Explorative Interviews:* Von Februar bis März 2023 führten wir vier explorative Interviews mit Akteuren aus der Tabakprävention (vgl. Anhang A 2). Ziel der Interviews war die thematische Eingrenzung von Rauchstoppberatung für die vorliegende Untersuchung sowie die Bestimmung zentraler Berufsgruppen. Durch offene Fragen und exploratives Nachfragen wurde eine Übersicht des Themas und der Angebotslandschaft geschaffen.
- *Leitfadengestützte Interviews mit Fachpersonen der Berufsgruppen:* Von März bis September 2023 führten wir 18 leitfadengestützte Interviews mit Fachpersonen aus acht zentralen Berufsgruppen (vgl. Anhang A 4). Um die Abrechnungspraxis der verschiedenen Berufsgruppen zu beleuchten, wurden folgenden Themen besprochen: Nutzung von Abrechnungs- und Finanzierungsmöglichkeiten durch die Fachpersonen, deren Vor- und Nachteile, Kenntnisse weiterer Möglichkeiten zur Finanzierung von Rauchstoppberatungen und Verbesserungspotenzial.
- *Analyse rechtlicher Grundlagen:* Ausgehend von den Erkenntnissen aus den Interviews mit den Berufsgruppen analysierten wir Gesetze, Verordnungen und Tarifbestimmungen im Bereich der Abrechnung von Leistungen der Rauchstoppberatungen, um die rechtlichen Grundlagen der Abrechnungsmöglichkeiten für Rauchstoppberatungen darzulegen. Dazu gehören das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)⁶, die dazugehörigen Verordnungen: die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)⁷, die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)⁸ und die Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung⁹; zudem das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) für die Leistungen der Zusatzversicherung¹⁰ sowie die relevanten Tarifsysteme und -verträge für die unterschiedlichen Berufsgruppen (vgl. Anhang A 5).
- *Experteninterviews:* Im Juli 2023 führten wir zwei Interviews mit Experten/-innen für rechtliche und tarifarische Grundlagen der Abrechnung von medizinischen Leistungen (vgl. Anhang A 3). Ziel der Interviews war es, eine Beurteilung der Experten/-innen zu den zentralen rechtlichen Grundlagen einzuholen, um die Ergebnisse der Analyse der rechtlichen Grundlagen zu validieren und nach Bedarf zu ergänzen. Die interviewten Experten/-innen wurden zu ihrem spezifischen Wissen und ihren langjährigen Erfahrungen befragt, um möglichst viele Aspekte zur Beurteilung des Untersuchungsgegenstands herauszuarbeiten. Die Experteninterviews wurden anhand eines Leitfadens geführt und anschliessend entlang der Untersuchungsfragen ausgewertet.
- *Workshop:* Um Erfahrungen und Einschätzungen aus der Praxis der Rauchstoppberatung und der Tabakprävention in die Verbesserungsvorschläge einfliessen zu lassen, führten wir am 6. September 2023 einen Workshop in Bern durch (vgl. Anhang A 6). Gemeinsam mit relevanten Akteuren haben wir Verbesserungsmöglichkeiten in Bezug auf Machbarkeit, Umsetzung und weitere Faktoren validiert und diskutiert. Die Validierung der Empfehlungen erfolgte hauptsächlich in moderierten Kleingruppen. Zentrale Befunde der Diskussionen wurden im Plenum zusammengetragen und protokolliert. Die Workshop-Ergebnisse sind bei der Ausarbeitung der Empfehlungen berücksichtigt worden.

⁶ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10).

⁷ Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31).

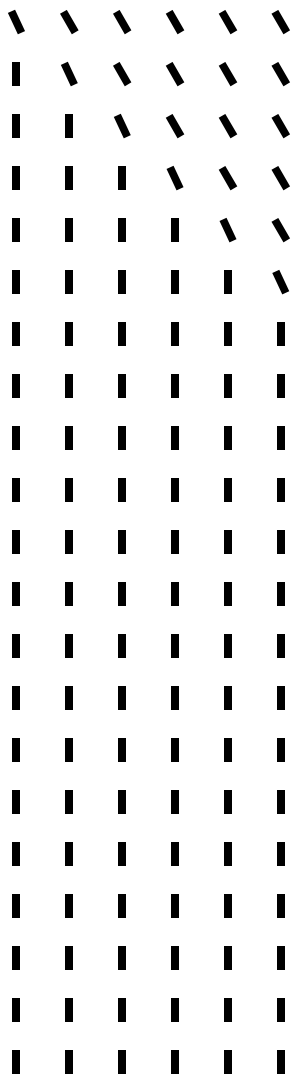
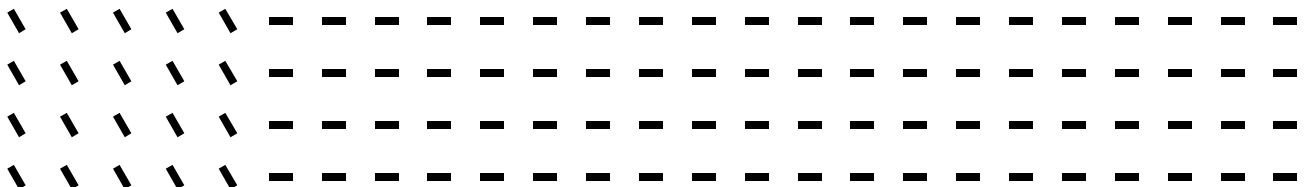
⁸ Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102).

⁹ Verordnung vom 20. Juni 2014 über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (SR 832.102.5).

¹⁰ Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz, VVG; SR 221.229.1).

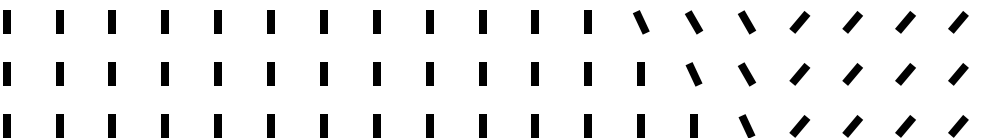
1.3 Chancen und Grenzen des Berichts

- Durch das qualitative Vorgehen, insbesondere die Interviews mit Vertretern/-innen der Berufsgruppen, kann ein genaues Bild davon geschaffen werden, inwiefern Fachpersonen Rauchstoppperatungen in der Praxis abrechnen. Pro Berufsgruppe wurden mehrere Interviews mit Personen geführt, die in unterschiedlichen Institutionen tätig sind. Trotzdem kann mit diesem Vorgehen keine repräsentative Beschreibung der Abrechnungspraxis ermittelt werden.
- Der Bericht beschreibt Abrechnungspraxis und rechtliche Grundlagen für acht Berufsgruppen. Diese wurden gemeinsam mit Experten/-innen und dem TPF ausgewählt. Der Bericht beinhaltet keine abschliessende Beschreibung aller Berufsgruppen, die Rauchstoppperatungen anbieten.
- Da der Fokus des Berichts auf der Finanzierung der Rauchstoppperatung liegt, werden Inhalt und Form der Rauchstoppperatungen im Bericht nicht erläutert.



2. Thematische Eingrenzung

**Welche Arten von Rauchstoppberatungen untersucht dieser Bericht?
Welche Berufsgruppen führen diese Beratungen durch?**



Das vorliegende Kapitel definiert den Untersuchungsgegenstand für die Auslegeordnung und grenzt diesen ein. Die Definition wurde gemeinsam mit dem Auftraggeber erarbeitet und stützt sich auf relevante Unterlagen und die Einschätzungen der Expertinnen und Experten in den explorativen Interviews. In Absprache mit dem TPF wurden acht zentrale Berufsgruppen festgelegt, deren Abrechnungs- und Finanzierungspraxis in Kapitel 3 dargelegt werden. Die Priorisierung erfolgte gestützt auf die explorativen Interviews.

2.1 Eingrenzung des Begriffs «Rauchstoppberatung»

Unter dem Begriff «Rauchstoppberatung» werden für das vorliegende Mandat evidenzbasierte¹¹ Beratungsangebote von qualifizierten Fachpersonen verstanden, welche die biopsycho-sozialen Aspekte der Nikotin-Abhängigkeit angehen und eine Nachbetreuung gewährleisten können. Im Rahmen des vorliegenden Mandats wird die Finanzierung von physischen¹² Intensivberatungen untersucht, die von der Ärzteschaft, nicht-ärztlichen medizinischen Fachpersonen und beratenden Fachpersonen (mit Ausbildung im Bereich Rauchstopp) erbracht werden. Eine Intensivberatung findet mehrmalig im Rahmen von Einzel- oder Gruppeninterventionen¹³ mit oder ohne Nikotinsubstitution¹⁴ und Medikamenten statt. Zusätzlich wird das telefonische Angebot der Rauchstopplinie untersucht, demgemäss Einschätzungen in den explorativen Interviews eine wichtige Rolle zukommt.

Die Finanzierung von Minimalberatungen einschliesslich Kurzinterventionen ohne gewährleistete Nachsorge (z.B. Rat zum Rauchstopp) ist nicht Teil der vorliegenden Auslegeordnung.

2.2 Untersuchte Berufsgruppen

In der vorliegenden Auslegeordnung wurden die nachfolgend aufgezählten acht Berufsgruppen untersucht. Diese übernehmen heute eine wichtige Rolle in der

¹¹ S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-006>, Zugriff: 7. Januar 2023. Angebote wie Akupunktur, Hypnose und autogenes Training werden nicht berücksichtigt, da diese derzeit gemäss den deutschen S3-Leitlinien nicht zu den evidenzbasierten Methoden zählen. Komplementärmedizinische Angebote können eine Therapie ergänzen, gehören aber nicht zu einer Rauchstoppberatung im engeren Sinn.

¹² Mindestens physischen Erstkontakt. Die Verlaufskontrolle kann auch telefonisch erfolgen.

¹³ Solche Interventionen können Massnahmen der Psychoedukation, Massnahmen zur Motivationsstärkung, Massnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe, Massnahmen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit sowie konkrete Verhaltensinstruktionen und praktische Bewältigungsstrategien im Alltag beinhalten.

¹⁴ Die Finanzierung der Nikotinsubstitution und der Medikamente ist nicht Teil des Untersuchungsgegenstands und wird im vorliegenden Mandat nicht untersucht.

Rauchstoppberatung und können eine Nachbetreuung gewährleisten. Die Liste ist keine abschliessende Auflistung der Berufsgruppen, die eine Rauchstoppberatung anbieten.

| Ärzteschaft

- Fachärzte/-innen¹⁵ (ambulant): Kardiologie, Pneumologie
- Hausärzteschaft

| Nicht-ärztliche medizinische Fachpersonen

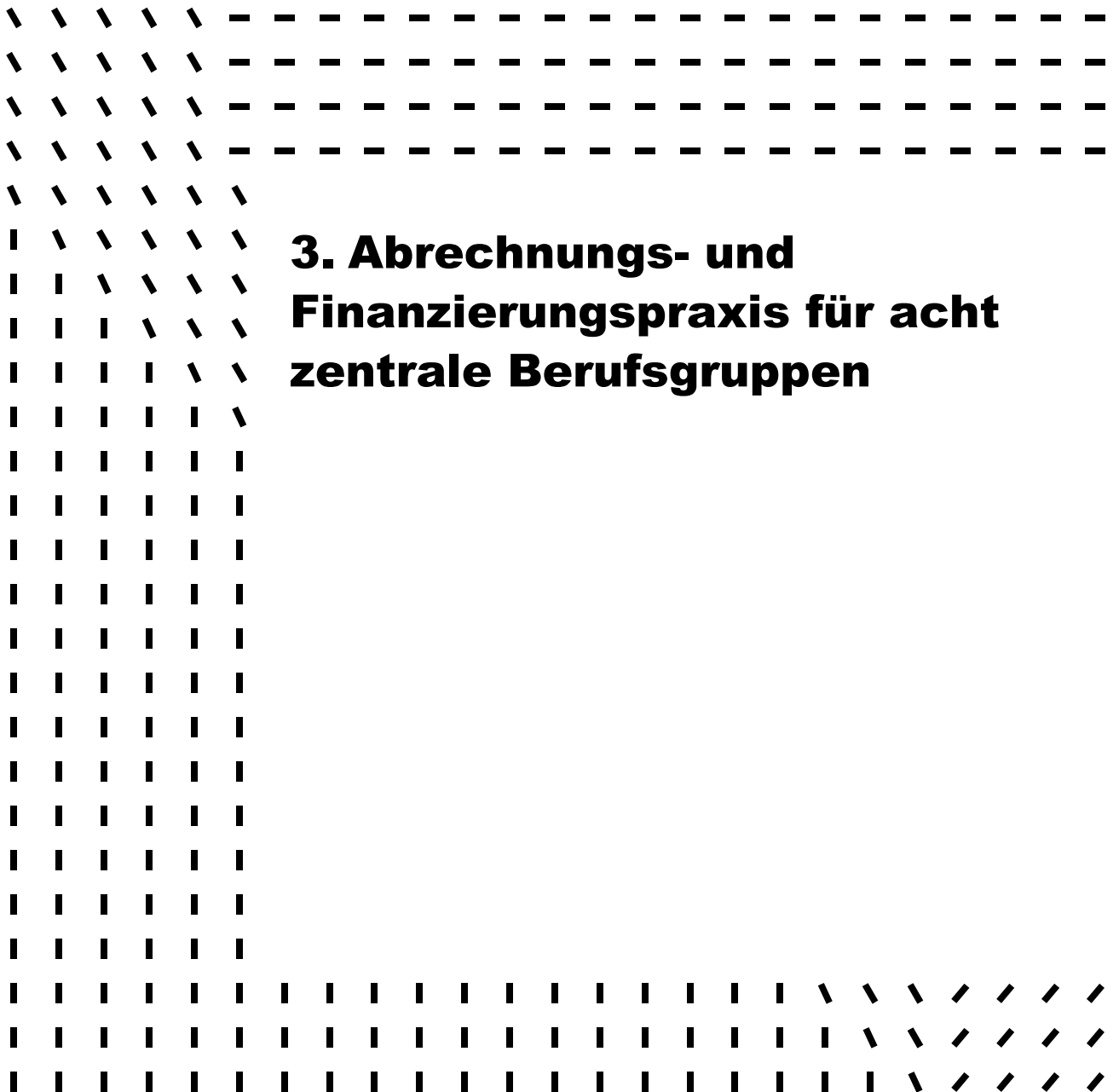
- Medizinische Praxisassistenten/-innen (MPA) und medizinische Praxiskoordinatorinnen/-innen klinische Richtung (MPK), *mit Ausbildung im Bereich der Rauchstoppberatung*
- Pflegefachpersonen (in Spitälern)
- Hebammen (in freier Praxis, ambulant in Spitälern)
- Apotheker/-innen

| Beratende Fachpersonen

- Psychologische Psychotherapeuten/-innen¹⁶
- Selbstständige Berater/-innen in privaten Organisationen (z.B. Lungenligen, Krebsliga), *mit Ausbildung im Bereich der Rauchstoppberatung*

¹⁵ In diesem Bericht sind Fachärzte/-innen Ärzte/-innen mit einem Facharztstitel, die nicht in der Grundversorgung tätig sind, beispielsweise Pneumologen/-innen.

¹⁶ Eidg. Dipl. Psychologen/-innen mit eidgenössischem Weiterbildungstitel Psychotherapie.



3. Abrechnungs- und Finanzierungspraxis für acht zentrale Berufsgruppen

Dieses Kapitel zeigt für acht Berufsgruppen auf, welche Möglichkeiten zur Abrechnung und Finanzierung wichtig sind (Abschnitte 3.1 bis 3.8). Am Anfang jedes Abschnitts befindet sich ein blauer Kasten. Darin ordnen wir ein, wie häufig die jeweiligen Berufsgruppen in der Rauchstoppberatung tätig sind und leiten ein Fazit ab. Anschliessend beschreiben wir beispielhaft für jede Berufsgruppe die heutige Abrechnungs- und Finanzierungspraxis sowie deren Vor- und Nachteile und zeigen Verbesserungsmöglichkeiten aus Sicht der Fachpersonen auf. Grundlage dazu sind die Interviews mit Fachpersonen sowie vereinzelt Aussagen aus den explorativen Interviews. Je untersuchte Berufsgruppe kommen vorwiegend die zur Berufsgruppe gehörigen Fachpersonen zu Wort.

Darstellung D 3.1 fasst die wichtigsten Finanzierungsquellen für die verschiedenen Berufsgruppen zusammen.

D 3.1: Übersicht wichtiger Finanzierungsquellen für die untersuchten Berufsgruppen

	OKP	Selbstzahler	Zusatzversicherung	Weitere	Herausforderung
Arzt/Ärztin	Ja	–	–	Zum Teil (Lungenliga)	Die Arbeit der Pflegefachpersonen kann nicht zu Lasten OKP vergütet werden und muss über andere Quellen finanziert werden.
Pflegefachperson	Zum Teil*,***	Ja	Ja	Ja (Kanton, Lungenliga, Spital)	Die Arbeit der Pflegefachpersonen kann meist nicht zu Lasten OKP vergütet werden.
MPA/MPK	Zum Teil*,**	Ja	Ja	Ja (Ärzt Netzwerk)	Keine rechtliche und tarifarische Grundlage für Vergütung zu Lasten OKP (Graubereich).
Hebamme	Zum Teil*,**	Ja	Ja	–	Vergütung zu Lasten OKP in Risikoschwangerschaften möglich
Apotheker/-in	–	Ja	Ja	–	Keine Vergütung der Beratungsleistungen von Apothekern/-innen
Psychologische/-r Psychotherapeut/-in	Ja*	–	–	–	Vergütung zu Lasten OKP bedingt Psychotherapie-Ausbildung
Selbstständige/-r Berater/-in	Zum Teil*	Meistens	Ja	Ja (TPF, interne Quersubventionierung)	Meistens ist eine Kombination verschiedener Finanzierungsquellen nötig. Für die meisten Berater/-innen fehlt die Grundlage zur Vergütung zu Lasten OKP.

Quelle: Darstellung Interface.

Legende: MPA = Medizinische/-r Praxisassistent/-in, MPK = Medizinische/-r Praxiskoordinator/-in, OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung, TPF = Tabakpräventionsfonds. Die Gruppe «Arzt/Ärztin» umfasst Hausärzte/-innen und Fachärzte/-innen; * ärztliche Verordnung nötig, ** weitere Bedingungen nötig, *** nur für gewisse Patientengruppen.

3.1 Berufsgruppe 1: Fachärzteschaft (Kardiologie/Pneumologie, spitalambulant)

Führen regelmässig Rauchstoppperatungen durch.

Fazit: Die Rauchstoppperatung als ärztliche Leistung ist grundsätzlich gedeckt. Die spitalambulante Rauchstoppperatung erfolgt oft in Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen. Deren Leistungen können nicht zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abgerechnet werden (vgl. Abschnitt 3.3), weshalb weitere Finanzierungsquellen zugezogen werden müssen.

Nach Einschätzung der Experten/-innen in den explorativen Interviews erfolgt die fachärztliche Rauchstoppperatung vor allem durch Kardiologen/-innen und Pneumologen/-innen an Spitalern. Die interviewten Fachpersonen sind an einem Spital tätig und beraten hauptsächlich ambulante Patienten/-innen. Sie führen die Rauchstoppperatung oft gemeinsam mit einer Pflegefachperson mit Zusatzausbildung in Rauchstoppperatung durch.¹⁷ Das Erstgespräch werde in der Regel gemeinsam durch den/die Facharzt/-ärztin und die Pflegefachperson geführt und dauere zwischen 45 und 60 Minuten. Bei Bedarf erfolge eine Kohlenmonoxidmessung. Anschliessend gebe es bis zu zehn Folgekonsultationen zwischen 15 und 45 Minuten. Dabei gestalte sich die Zusammenarbeit unterschiedlich: Nachfolgetermine würden gemeinsam oder teilweise auch selbstständig durch die Pflegefachperson übernommen, wobei der/die Facharzt/-ärztin bei Bedarf beigezogen werde. Dazu seien weitere Finanzierungsquellen nötig (Quersubvention, Selbstzahler, Drittmittel, vgl. Abschnitt 3.3).

Folgende *Finanzierungsquellen* wurden in den Interviews genannt:

- *Grundversicherung (Tarmed)*: nur ärztliche Leistung.¹⁸
- *Grundversicherung (SwissDRG)*: Fallpauschalen für stationäre Patienten/-innen.
- *Zusatzversicherung*: für Leistungen der Pflegefachpersonen.
- *Weitere Finanzierung durch Dritte*: Finanzierung der Anstellung von Pflegefachpersonen durch Leistungsvertrag mit einer kantonalen Lungenliga.

Die Interviewpartner/-innen nannten folgende *Vor- und Nachteile der genutzten Finanzierungsquellen*:

Vorteile

- Die Vergütung der ärztlichen Leistungen über den Tarmed ist einfach und klar.
- Die Finanzierung der Pflegefachperson durch einen Leistungsvertrag wird positiv beurteilt (Deckung der Finanzierungslücke).

Nachteile

- Für die beteiligten Pflegefachpersonen müssen weitere Finanzierungsquellen gesucht oder die Kosten vom Spital getragen werden. Das ist aufwändig.
- Die zeitlichen Limitationen im Tarmed werden als zu tief erachtet. Die verfügbare Zeit sei nicht ausreichend für eine gute Intervention.

In den Interviews wurde folgendes *Verbesserungspotenzial* genannt, um die Abrechnung und Finanzierung von Rauchstoppperatungen für die Berufsgruppe zu verbessern:

- Vergütung der Leistungen von Pflegefachpersonen klären

¹⁷ Genannt wurden eine Zusatzausbildung des Forums Tabakprävention in Gesundheitsinstitutionen Schweiz (FTGS) und ein Fachkurs an der Berner Fachhochschule (BFH).

¹⁸ Die relevanten Tarifpositionen sind in Anhang A 7 aufgeführt.

- Finanzieller Beitrag des TPF für Sprechstunden

3.2 Berufsgruppe 2: Hausärzteschaft

Führen regelmässig Rauchstoppperatungen durch.

Fazit: Die hausärztlichen Leistungen sind in der Rauchstoppperatung grundsätzlich gedeckt.

In der Hausarztpraxis umfasst die Rauchstoppperatung eine Erstberatung sowie zwei bis zehn Folgekonsultationen. Selten erfolgen telefonische Folgekonsultationen. Die Ausgestaltung der Beratung hängt stark von den Bedürfnissen der Patienten/-innen ab. Bei einer körperlichen Abhängigkeit können die Hausärzte/-innen zusätzlich Nikotinersatzprodukte oder Medikamente verschreiben.

Folgende *Finanzierungsquellen* wurden in den Interviews genannt:

- *Grundversicherung (Tarmed)*: «übliche» hausärztliche Tarifpositionen, sowie eine Tarifposition der Psychosomatik¹⁹ oder psychosozialen Beratung.²⁰

Die Interviewpartner/-innen nannten folgende *Vor- und Nachteile der genutzten Finanzierungsquellen*:

Vorteile

- Die Abrechnung über Tarmed ist einfach und klar.

Nachteile

- Die Beratungsleistungen sind im Tarmed insgesamt zu knapp bemessen.
- Wie bei anderen Suchterkrankungen steht zu wenig Zeit zur Verfügung für die Beratung.

In den Interviews wurde folgendes *Verbesserungspotenzial* genannt, um die Abrechnung und Finanzierung von Rauchstoppperatungen für die Berufsgruppe zu verbessern:

- Vergütung für Beratungsleistungen im Tarmed erhöhen
- Zeitliche Limitationen erhöhen
- Vergütungsmöglichkeiten für nicht-ärztliche Berufsgruppen schaffen (z.B. MPK, APN) um Task-Shifting/Task-Optimizing in der Hausarztpraxis zu ermöglichen.

3.3 Berufsgruppe 3: Pflegefachpersonen in Spitälern

Führen regelmässig Rauchstoppperatungen durch.

Fazit: Die Rauchstoppperatung durch Pflegefachpersonen kann nicht zu Lasten der OKP abgerechnet werden. Deshalb müssen die Kosten über andere Finanzierungsquellen getragen werden. Meistens werden dazu verschiedene Finanzierungsquellen kombiniert: ein Selbstkostenbeitrag der Patienten/-innen (ggf. gedeckt durch eine Zusatzversicherung) und eine Deckung der Personalkosten durch Kanton, Lungenligen oder Spital.

In verschiedenen Spitälern wird eine nicht-ärztliche Rauchstoppperatung angeboten. Beide interviewten Fachpersonen haben eine Zusatzausbildung um Rauchstoppperatung anzubieten: ein Kurs des FTGS, der Fachkurs «Nikotinberatung und Tabakentwöhnung» der BFH und das «Rauchfrei-Programm» des Instituts für Therapieforchung (IFT) München.

¹⁹ Voraussetzung ist der Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM).

²⁰ Die relevanten Tarifpositionen sind in Anhang A 7 aufgeführt.

Die Beratung umfasst ein Paket mit einer Erstberatung von 45 bis 60 Minuten, drei Nachfolgeberatungen von 30 bis 40 Minuten sowie gegebenenfalls telefonische Follow-ups. Zusätzlich kann eine ärztliche Lungenfunktionsmessung in Anspruch genommen werden (vgl. Abschnitt 3.1).

Folgende *Finanzierungsquellen* wurden in den Interviews genannt:

- *Selbstzahler*: Selbstkostenbeitrag, zirka 150 bis 200 Franken für Paket mit vier Beratungen.²¹
- *Weitere Finanzierung durch Dritte*: Anstellung der Pflegefachpersonen durch kantonale Lungenliga oder Kanton, Leistungsvertrag mit Kanton (Gemeinwirtschaftliche Leistungen GWL), Deckung von Finanzierungslücken durch das Spital.
- *Zusatzversicherung*: Durch Patienten/-innen getragene Kosten werden von einigen Zusatzversicherungen rückerstattet.
- *Grundversicherung (SwissDRG)*: Rauchstoppperatungen für stationäre Patienten/-innen werden im Rahmen der jeweiligen Fallpauschalen zu Lasten der OKP finanziert.

Die Interviewpartner/-innen nannten folgende Vor- und Nachteile der genutzten Finanzierungsquellen:

Vorteile

- Festanstellung der Rauchstoppperater/-innen bietet Sicherheit.
- Das Angebot ist nur dank GWL möglich.
- Subvention ermöglicht kostengünstiges Angebot für Patienten/-innen.

Nachteile

- Der Selbstkostenbeitrag der Patienten/-innen ist nicht kostendeckend.
- Unsicherheit aufgrund der angespannten finanziellen Situation vieler Spitäler

In den Interviews wurde folgendes *Verbesserungspotenzial* genannt, um die Abrechnung und Finanzierung von Rauchstoppperatungen für die Berufsgruppe zu verbessern:

- Nicht-ärztliche Rauchstoppperatung OKP-pflichtig machen
- Wunsch nach Finanzierung aus einer Hand, zum Beispiel durch TPF
- Wunsch nach Kostenbeitrag des TPF

3.4 Berufsgruppe 4: MPA/MPK

Führen selten Rauchstoppperatungen durch.

Fazit: Die Rauchstoppperatung durch MPA/MPK kann in der Regel nicht zu Lasten der OKP abgerechnet werden. Deshalb müssen die Kosten über andere Mittel gedeckt werden, meistens über einen Selbstkostenbeitrag der Patienten/-innen (ggf. gedeckt durch eine Zusatzversicherung). Bei einigen MPK hat sich eine Abrechnungspraxis zu Lasten der OKP etabliert, die nach Ansicht der interviewten Fachpersonen und Experten/-innen rechtlich und tarifarisch nicht vorgesehen ist. Diese Praxis wird derzeit von vielen Versicherern toleriert, es besteht allerdings keine rechtliche Grundlage dazu.

Die Rauchstoppperatung einer interviewten Fachperson umfasst eine einstündige Erstberatung sowie rund zwei Nachfolgetermine (ggf. telefonisch), deren Kosten die Patienten/-innen tragen. Eine interviewte Fachperson führt Rauchstoppperatungen als Teil von

²¹ In den Interviews wurde dargelegt, dass der Selbstkostenbetrag in gewissen Einrichtungen für spezifische Patientengruppen entfällt. Beispielsweise für das Spitalpersonal, für Patienten/-innen in einem ambulanten Kardiovaskulären Rehabilitationsprogramm, oder beim Erstberatungstermin für stationäre Patienten/-innen.

ärztlich verordnetem «Chronic Care Management» bei Diabetes oder Herzvorfällen durch. Je Rauchstoppberatung umfasst dies fünf bis sechs Termine von rund 30 Minuten zu Lasten der OKP.

Die Interviewten unterscheiden sich darin, wie sie die nötigen Kompetenzen erlernt haben. Eine Fachperson verfügt über informelle langjährige Ausbildung und Begleitung. Die andere Fachperson schloss das Modul Diabetes der Ausbildung zur MPK (klinische Richtung) und eine Zusatzausbildung der Lungenliga (IFT München) ab.

Folgende *Finanzierungsquellen* wurden in den Interviews genannt:

- *Selbstzahler*: 100 Prozent, zirka 100 Franken pro Sitzung.²²
- *Zusatzversicherung*: falls vorhanden (Sache der Patienten/-innen).
- *Grundversicherung (Tarmed)*: Leistungen der Diabetesberatung für Diabetespatienten/-innen (MPK klinische Richtung mit Modul Diabetes)²³; Leistungen des «Chronic Care Management» für Patienten/-innen mit chronischer Krankheit.²⁴

Hinweis: Bereits in den Interviews mit den Fachpersonen wurde darauf hingewiesen, dass die verwendeten Tarmed-Tarifpositionen tarifarisch nicht für die Leistungen von MPA/MPK vorgesehen sind. Gemäss Aussage einer Fachperson sei dies ein Graubereich, der von den Krankenkassen akzeptiert werde. Bisher habe es noch keine Rückweisungen gegeben. Diese Art der Abrechnung spreche sich langsam unter MPK herum, so eine Fachperson (siehe dazu die Erläuterungen im Abschnitt 4.5).

Die Interviewpartner/-innen nannten folgende *Vor- und Nachteile der genutzten Finanzierungsquellen*:

Vorteile

- Ein Selbstkostenbeitrag kann Motivation der Patienten/-innen erhöhen.

Nachteile

- Selbstkostenbeitrag als Zugangshürde für Patienten/-innen
- Die Abrechnung des Selbstkostenbeitrags ist administrativ aufwändig.
- Die Abrechnung über die genannten Tarmed-Positionen ist ein rechtlicher und tarifarischer Graubereich. Beispielsweise sind nicht alle Praxisinhaber/-innen dazu bereit.
- MPK kann nicht eigenständig beraten
- Telefonisches Nachfassen nach sechs Monaten ist nicht finanziell gedeckt.

In den Interviews wurde folgendes *Verbesserungspotenzial* genannt, um die Abrechnung und Finanzierung von Rauchstoppberatungen für die Berufsgruppe zu verbessern:

- Sensibilisierung von MPK für das Thema Rauchstoppberatung und gegebenenfalls Information über die heute praktizierten Abrechnungsmöglichkeiten. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass es sich um einen Graubereich handelt.
- Hoffnung auf Verbesserung im Tardoc durch Schaffung neuer Tarifpositionen für MPK (vgl. Abschnitt 4.5)
- Kostenlose Erstberatung könnte Hemmschwelle für Patienten/-innen senken (z.B. Vergütung über Tarmed).

²² Preisreduktion für Versicherte ausgewählter Versicherungsmodelle (mediX-Ärzt Netzwerk).

²³ Siehe dazu die Erläuterungen in den Abschnitten 4.4 und 4.5.

²⁴ Die relevanten Tarifpositionen sind in Anhang A 7 aufgeführt.

3.5 Berufsgruppe 5: Hebammen

Führen selten Rauchstoppperatungen durch.

Fazit: Die Rauchstoppperatung durch Hebammen kann unter gewissen Umständen zu Lasten der OKP abgerechnet werden. Dazu muss eine ärztlich bestätigte Risikoschwangerschaft vorliegen und es ist eine ärztliche Anordnung nötig. Aus Sicht der befragten Experten/-innen ist nicht abschliessend geklärt, ob für diese Praxis eine rechtliche und tarifarische Grundlage besteht. Wird die Rauchstoppperatung nicht durch die OKP getragen, so entfällt ein Selbstkostenbeitrag auf die Patienten/-innen (ggf. gedeckt durch eine Zusatzversicherung).

In den Interviews wurde die Situation von selbstständigen Hebammen in freier Praxis untersucht, zudem ein spitalambulantes Rauchstoppperatungsangebot durch Hebammen, die an einem Spital angestellt sind. Die interviewten Fachpersonen führen jeweils mindestens drei Rauchstoppperatungen durch und bieten diese ausschliesslich ambulant an. Die Rauchstoppperatung endet mit der Entbindung. In den verschiedenen Settings ergeben sich Unterschiede. Im spitalambulanten Setting werden Schwangere im Rahmen der ärztlichen Kontrolluntersuchungen zu ihrem Rauchverhalten befragt. Raucherinnen werden an Hebammen weiterverwiesen für eine Abklärung, anschliessend erfolgen zweiwöchentliche Rauchstoppperatungstermine bis zur Geburt. Die interviewten Fachpersonen verfügen über eine Zusatzqualifikation in der Rauchstoppperatung (Zertifikat FTGS, Aus-/Weiterbildung durch CIPRET).

Folgende *Finanzierungsquellen* wurden in den Interviews genannt:

- *Grundversicherung (Hebammentarife)*: Voraussetzung sind eine ärztlich bestätigte Risikoschwangerschaft sowie eine ärztliche Anordnung der Beratung.²⁵
- Selbstkostenbeitrag (selten)
- *Zusatzversicherungen*: Durch Patienten/-innen getragene Kosten werden von einigen Zusatzversicherungen rückerstattet.
- *Weitere Finanzierungsquellen*: Anschubfinanzierung durch Pilotprojekt, Finanzierung durch Spital.

Hinweis: Die interviewten Fachpersonen schilderten sehr unterschiedliche Situationen. Grundsätzlich könne eine Rauchstoppperatung durch Hebammen zu Lasten der OKP abgerechnet werden, falls eine ärztlich bestätigte Risikoschwangerschaft vorliege und die Leistungen der Hebammen ärztlich angeordnet seien. Nach Aussage der interviewten Fachpersonen qualifizieren sich starke Raucherinnen als Risikoschwangere. Allerdings können diese Anforderungen für Hebammen in freier Praxis eine Herausforderung darstellen, da viele Patientinnen als Voraussetzung zur Rauchstoppperatung keine/-n Arzt/Ärztin aufsuchen möchten, zudem seien einige Ärzte/-innen nicht bereit, eine Risikoschwangerschaft auf Wunsch der Hebammen zu bestätigen. In einem anderen Interview wurde jedoch eine andere Situation beschrieben. Hier wurde berichtet, dass in einem Spital eine Rauchstoppperatung eingerichtet wurde. Die betreuenden Gynäkologen/-innen dieses Spitals würden die schwangeren Raucherinnen an die Rauchstoppperatung der Hebammen verweisen. Die ärztliche Bestätigung der Rauchstoppperatung stelle in diesem Fall kein Hindernis dar.

Die Interviewpartner/-innen nannten folgende *Vor- und Nachteile der genutzten Finanzierungsquellen*:

²⁵ Die relevanten Tarifpositionen sind in Anhang A 7 aufgeführt.

Vorteile

- Bei einem integrierten Modell im Spitalambulatorium funktioniert die Finanzierung aus Sicht der Befragten gut. Die Beratungen können abgerechnet werden.

Nachteile

- Notwendigkeit der ärztlichen Anordnung und Bestätigung der Risikoschwangerschaft als Hindernis für frei praktizierende Hebammen
- Frage nach Zusatzversicherung (plus ggf. Verweis an Ärzte) ist zu aufwändig
- Eine Beratung des rauchenden Partners oder der rauchenden Partnerin einer Schwangeren erfordert eine ärztliche Überweisung. Gemäss Interviewaussagen seien nicht alle Ärzte/-innen dazu bereit, eine entsprechende Überweisung anzuordnen.

In den Interviews wurde folgendes *Verbesserungspotenzial* genannt, um die Abrechnung und Finanzierung von Rauchstoppperatungen für die Berufsgruppe zu verbessern:

- Rauchstoppperatungen durch Hebammen ohne ärztliche Verordnung vergüten (ähnlich zu Stillberatung im Wochenbett)
- Zusammenarbeit von Ärzten/-innen und Hebammen verstärken (wie z.B. bestehendes Modell an Spitälern)
- Wunsch nach grösserer Eigenständigkeit in der Abrechnung für Gesundheitsfachpersonen mit Abschluss auf Tertiärstufe A (Fachhochschule oder Universität)

3.6 Berufsgruppe 6: Apotheker/-innen

Führen selten Rauchstoppperatungen durch.

Fazit: Die Rauchstoppperatung durch Apotheker/-innen kann nicht zu Lasten der OKP abgerechnet werden. Deshalb tragen die Patienten/-innen einen Teil der Kosten im Rahmen eines Selbstkostenbeitrags, der gegebenenfalls durch Zusatzversicherungen gedeckt werden kann. Eine allfällige Finanzierungslücke wird durch die Apotheke getragen. Im Kanton Basel-Stadt und anderen Kantonen gab es Pilotprojekte, in deren Rahmen die Kosten der Apotheken (teilweise) getragen wurden.

Der Umfang der Leistung hängt von den Bedürfnissen der Patienten/-innen ab, wird aber meist als Paket von mehreren Beratungen angeboten. Dieses Paket umfasst ein Erstgespräch von mindestens 40 Minuten sowie mehrere Folgegespräche von unterschiedlicher Dauer. Die Beratungen finden in einem separaten Raum ausserhalb des Kundenraums statt. Die interviewten Apotheker/-innen wiesen Zusatzqualifikationen für die Rauchstoppperatung auf, die sich speziell an Apotheker/-innen richten, beispielsweise einen Kurs im Rahmen eines kantonalen Pilotprojekts zum Aufbau einer Rauchstoppperatung in der Apotheke oder einen mehrtägigen Kurs eines Apothekerverbands. Eine Fachperson verfügt zudem über eine Coaching-Ausbildung. Das Rauchstoppperatungsangebot der interviewten Apotheker/-innen wird nur selten in Anspruch genommen. Die Interviewten zeigten sich auch skeptisch zu einem künftigen Ausbau der Rauchstoppperatung in der Apotheke. Ihrer Ansicht nach ist das Interesse der Apotheker/-innen eher gering, wie sich beispielsweise an einem eingestellten Pilotprojekt im Kanton Basel-Stadt zeigte.

Folgende *Finanzierungsquellen* wurden in den Interviews genannt:

- *Selbstzahler*: 95 bis 120 Franken pro Paket.
- *Zusatzversicherungen*: falls vorhanden (Sache der Patienten/-innen).

Die Interviewpartner/-innen nannten folgende *Nachteile der genutzten Finanzierungsquellen*. Es wurden keine Vorteile genannt:

Nachteile

- Selbstkostenbeitrag stellt Hürde für Patienten/-innen dar
- Rauchstoppperatung – wie auch andere Beratungsleistungen – lohnt sich finanziell nicht für die Apotheke
- Versicherungsdeckung der verschiedenen Zusatzversicherungen ist den Fachpersonen nicht bekannt

In den Interviews wurde folgendes *Verbesserungspotenzial* genannt, um die Abrechnung und Finanzierung von Rauchstoppperatungen für die Berufsgruppe zu verbessern:

- Rauchstoppperatung in Pharmazie-Grundausbildung aufnehmen
- Wunsch nach Vergütung durch die OKP, den TPF oder kantonale Präventionsprogramme mit kleiner Selbstbeteiligung, wie bei anderen Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck, Cholesterinwerte) beziehungsweise Beratungen (z.B. Ernährungsberatung)
- Allgemeine Erhöhung der Vergütung von Präventionsleistungen

3.7 Berufsgruppe 7: Psychologische Psychotherapeuten/-innen

Führen regelmässig Rauchstoppperatungen durch.

Fazit: Grundsätzlich sind die Rauchstoppperatungen durch psychologische Psychotherapeuten/-innen gedeckt, da diese seit 2022 zu Lasten der OKP abrechnen können.

In den Interviews mit den Fachpersonen wurde mehrheitlich Bezug genommen auf ärztlich angeordnete Rauchstoppperatungen durch eine/-n psychologische/-n Psychotherapeuten/-in in einem spitalambulanten Setting. Die Beratung umfasst in der Regel ein einstündiges Erstgespräch und mehrere Folgetermine im Umfang von 30 bis 60 Minuten. Die nötige Überweisung erfolgt meist durch einen Arzt oder eine Ärztin des Spitals.

Nach Ansicht verschiedener Interviewpartner/-innen sind Psychotherapeuten/-innen grundsätzlich für die Rauchstoppperatung qualifiziert, da Suchttherapie Teil der Psychotherapie-Ausbildung ist. Nach Ansicht dieser Personen ist deshalb keine Aus- oder Weiterbildung nötig.

Folgende *Finanzierungsquellen* wurden in den Interviews genannt:

- *Grundversicherung* (Tarmed bzw. Übergangstarif Tarif 581): Abrechnung als Psychotherapie auf ärztliche Anordnung

Die Interviewpartner/-innen nannten folgende *Vor- und Nachteile der genutzten Finanzierungsquellen*:

Vorteile

- Seit 2022 gute Situation, keine Schwierigkeiten

Nachteile

- Es ist allgemein schwierig, psychologische Psychotherapeuten/-innen zu finden.
- Fallpauschalen stationäre Psychiatrie: Tabakkonsum sollte als Komorbidität erfasst, berücksichtigt und vergütet werden.

In den Interviews wurde folgendes *Verbesserungspotenzial* genannt, um die Abrechnung und Finanzierung von Rauchstoppperatungen für die Berufsgruppe zu verbessern:

- Für Psychologen/-innen ohne Psychotherapie-Ausbildung Abrechnung zu Lasten der OKP ermöglichen, falls diese eine Zusatzqualifikation in der Rauchstoppberatung ausweisen (z.B. CAS Tabaccologia).

3.8 Berufsgruppe 8: Selbstständige Berater/-innen

Führen regelmässig Rauchstoppberatungen durch.

Fazit: Die Rauchstoppberatung durch selbstständige Berater/-innen kann in der Regel nicht zu Lasten der OKP abgerechnet werden. Deshalb müssen die Kosten über andere Quellen getragen werden. Meistens werden dazu verschiedene Finanzierungsquellen kombiniert: ein Selbstkostenbeitrag der Patient/-innen (ggf. gedeckt durch eine Zusatzversicherung), Beiträge von Betrieben oder eine Deckung der Finanzierungslücke mittels Quersubventionierung aus anderen Leistungen der Organisationen. Eine Ausnahme stellt die Rauchstopplinie der Krebsliga dar, die durch den TPF finanziert wird. Insgesamt ist die Situation komplex, da die kantonalen Lungenligen unterschiedliche Leistungspakete anbieten und Fachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen beschäftigen.

In den Organisationen der interviewten Fachpersonen umfasst die Rauchstoppberatung mehrere Konsultationen von unterschiedlichem Umfang. Die Leistungen werden oft als Paket angeboten, können aber bei Bedarf meistens auch einzeln bezogen werden. In der Regel werden Gruppenkurse angeboten, beispielsweise drei dreistündige Kurse verbunden mit einem Telefoncoaching. Einige Organisationen bieten auch Gruppenkurse in Firmen an. Viele Organisationen bieten auch oder ausschliesslich Einzelberatungen an, beispielsweise eine längere Erstkonsultation von 60 bis 80 Minuten sowie drei bis fünf weitere Konsultationen unterschiedlicher Dauer (z.B. 45 bis 60 Minuten). Die Rauchstopplinie der Krebsliga ist ein rein telefonisches Angebot. Sie umfasst eine halbstündige Erstberatung sowie in der Regel mindestens vier weitere Telefontermine, die zwischen zehn und dreissig Minuten dauern.

Die Rauchstoppberatung bei Lungenligen erfolgt durch Fachpersonen aus verschiedenen Berufsgruppen. Gemäss einer Aussage in den Interviews unterscheiden sich die Angebote der kantonalen Lungenligen stark bezüglich den involvierten Fachpersonen, was sich auch in den Interviews bestätigte. So sind nicht-ärztliche Gesundheitsfachpersonen im Einsatz (z.B. Pflegefachpersonen), aber auch Fachpersonen aus dem Sozialbereich (z.B. Sozialarbeiter/-innen, soziokulturelle Animatoren/-innen). In der Regel werden die Rauchstoppberater/-innen spezifisch geschult.²⁶ Vielfach werden die Berater/-innen durch andere Fachpersonen unterstützt, beispielsweise durch eine/-n Psychologen/in, eine Ärztin oder einen Arzt.

Folgende *Finanzierungsquellen* wurden in den Interviews genannt:

- *Selbstzahler*: Beispielsweise eine kostenlose Erstberatung und anschliessend 100 Franken pro Stunde oder eine Pauschale (Paket mit sechs Einzelberatungen pauschal 260 Franken, Gruppenkurs pauschal 390 Franken).²⁷
- *Zusatzversicherungen*: falls vorhanden.
- *Betriebe*: bis zu 100-prozentige Übernahme der Vollkosten bei betrieblichen Kursen.
- *Grundversicherung (Tarmed)*: Rauchstoppberatung durch Pflegefachpersonen, auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag (vgl. Abschnitt 3.3).
- *Leistungsvertrag*: Objektfinanzierung durch TPF (Rauchstopplinie).

²⁶ Häufig genannt wurden das Rauchfrei-Programm des IFT München, oder ein «intensives» internes Training und laufende Weiterbildungen. Siehe dazu auch <https://www.ift-gesundheit.de/programme-zur-gesundheitsfoerderung/das-rauchfrei-programm.html>, Zugriff: 7. Juni 2023.

²⁷ Einzelne Lungenligen bieten ein vergünstigtes Angebot für Mitglieder an.

- *Quersubventionierung durch Organisation*: anteilmässig bis vollständig; zum Beispiel Kosten für nicht-ärztliche Berater/-innen.

Durch die grossen Unterschiede in der Organisation der Rauchstoppperatung sowie den involvierten Berufsgruppen zeigten sich in den Interviews viele verschiedene Finanzierungsquellen. Grundsätzlich lassen sich dabei drei Modelle unterscheiden: Erstens eine vollständige Objektfinanzierung durch einen Leistungsvertrag (Rauchstopplinie, Leistungsvertrag mit TPF). Zweitens das Selbstzahlermodell für Rauchstoppperatungen durch nicht-ärztliche und/oder nicht-medizinische Fachpersonen. Drittens eine Finanzierung zu Lasten der OKP für die ärztliche Beratung sowie die ärztlich angeordnete Beratung durch Pflegefachpersonen der Lungenliga. Viele Angebote sind nicht kostendeckend, das heisst sie werden durch andere Mittel der Lungenligen querfinanziert.

Die Interviewpartner/-innen nannten folgende *Vor- und Nachteile der genutzten Finanzierungsquellen*:

Vorteile

- Die Administration des Selbstkostenbeitrags ist einfach.
- Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen zu Lasten der OKP mittels Tarmed ist einfach und klar.

Nachteile

- Der Selbstkostenbeitrag ist eine Zugangshürde für Patienten/-innen.
- Der erhobene Selbstkostenbeitrag ist nicht kostendeckend und erfordert eine Quersubventionierung der Rauchstoppperatungen durch andere Mittel der Lungenligen.
- Keine Vergütung des nicht-medizinischen Personals zu Lasten der OKP
- Rauchstoppperater/-innen kennen die Deckung der einzelnen Zusatzversicherungen nicht.

In den Interviews wurde folgendes *Verbesserungspotenzial* genannt, um die Abrechnung und Finanzierung von Rauchstoppperatungen für die Berufsgruppe zu verbessern:

- Tarifpositionen zu Lasten der OKP schaffen für Rauchstoppperatung durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, beispielsweise für zertifizierte Rauchstoppperater/-innen oder Institutionen der Rauchstoppperatung. Dabei ist zu klären, welche Qualifikation nötig ist.
- Kostenlose Rauchstoppperatung für alle Patienten/-innen ermöglichen, indem Selbstkostenbeträge durch andere Finanzierungsquellen ersetzt werden (z.B. TPF).
- Sockelbeitrag durch Stiftung (z.B. TPF)
- Ein Übersichtsdokument zur Deckung der Rauchstoppperatung bei Zusatzversicherungen bereitstellen.

3.9 Einschätzungen zu einem interprofessionellen Profil «Rauchstoppperatung»

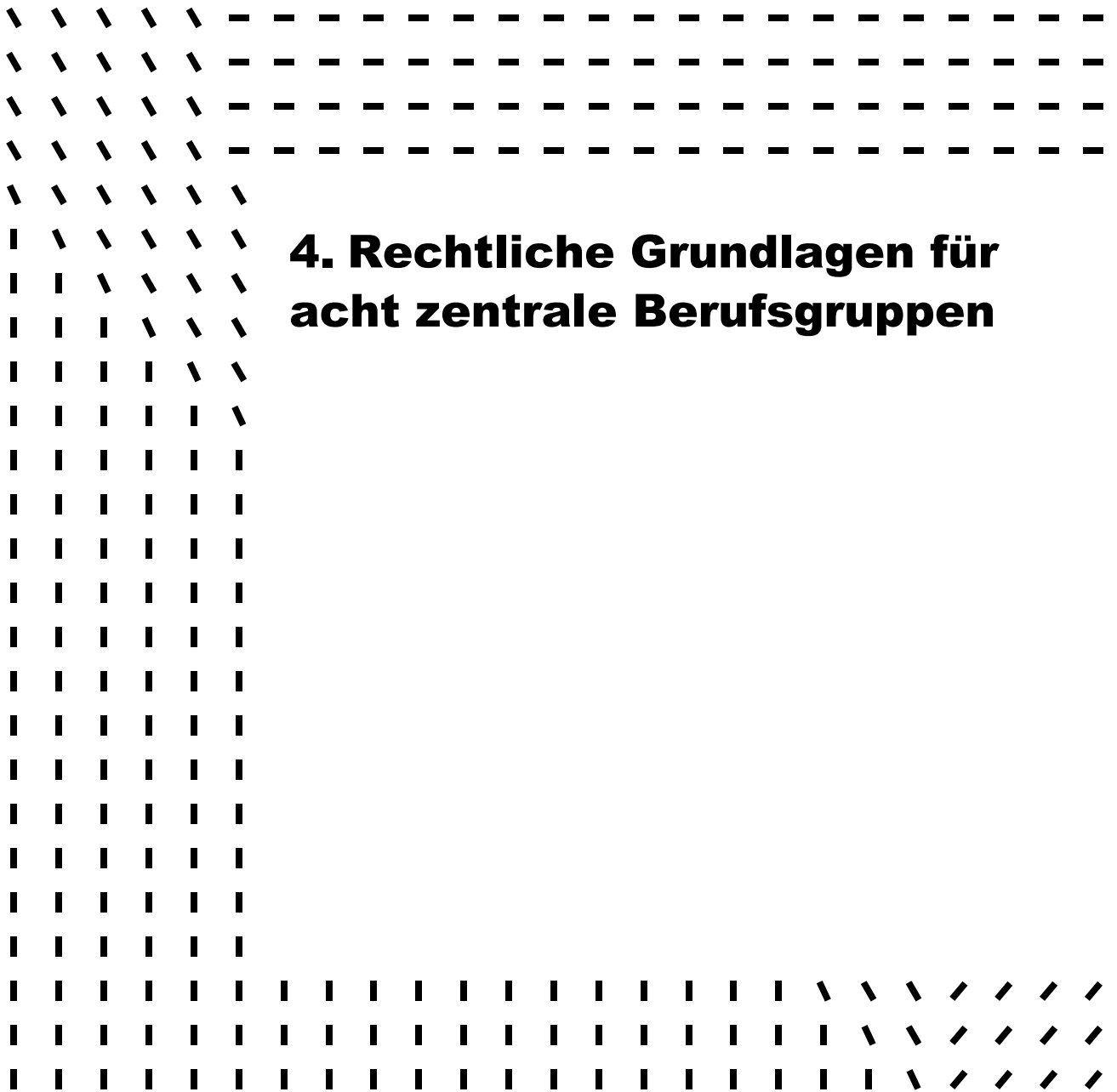
Die meisten interviewten Fachpersonen würden es begrüssen, wenn ein interprofessionelles Profil «Rauchstoppperatung» geschaffen würde, damit eine Tätigkeit zu Lasten der OKP ermöglicht würde. Die Abrechnung zu Lasten der OKP wird als einfach und klar wahrgenommen, zudem wurde angeführt, dass so Finanzierungssicherheit geschaffen würde. Eine Abrechnung zu Lasten der OKP würde zu wichtigen Verbesserungen führen in der Finanzierungssituation für nicht-ärztliche Berufsgruppen und im Zugang zu Rauchstoppperatungen durch eine mögliche Abschaffung der heutigen Selbstkostenbeiträge für Patienten/-innen. In den Interviews wurde von den Fachpersonen mehrfach betont, dass dazu wichtige Fragen geklärt sein müssen:

- Beispielsweise müsse geklärt werden, *welche Berufsgruppen* ein solches Profil einschliessen solle. Die Interviewpartner/-innen sprachen sich grossmehrheitlich für eine Beschränkung auf Medizinal- und Gesundheitsberufe aus. Einige möchten das Profil auf medizinische Fachpersonen mit Hochschulabschluss beschränken (z.B. Pflegefachpersonen, Hebammen), andere könnten sich auch Rauchstoppberatung durch MPA und MPK unter ärztlicher Supervision vorstellen.
- Zudem müsse geklärt werden, welche *Weiterbildung* respektive welche *Kompetenzen* die Fachpersonen aufweisen müssten. Es sei zu prüfen, welchen Umfang diese Weiterbildung haben müsse und wie dies geprüft werde. Mehrere Fachpersonen wünschen eine niederschwellige Ausbildung und raten davon ab, zu viele Weiterbildungen oder Kurse zu verlangen. In den Interviews wurden zwei bis fünf Ausbildungstage und zwei bis drei Tage Supervision bei erfahrenen Rauchstoppberatern/-innen angeregt.

Es gibt allerdings auch kritische Stimmen, die ein solches Profil unnötig finden, da sie keinen Bedarf dazu sehen oder die berufsgruppenübergreifende Koordination als zu kompliziert erachten.

I Weiteres

- Gemäss Einschätzung eines/-r interviewten Facharztes/-ärztin braucht es Informationsmaterial zur Sensibilisierung weiterer Berufsgruppen (z.B. Hebammen)
- Gemäss Einschätzung eines/-r interviewten Hausarztes/-ärztin sollten alle Gesundheitsberufe für eine Minimalberatung sensibilisiert werden (z.B. Hebammen, Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten): zwei bis drei Minuten den Tabakkonsum abfragen und Vorteile eines Rauchstopps zeigen. Der/die Interviewpartner/-in ist aber unsicher, inwiefern so eine kurze Beratung verrechnet werden kann.



4. Rechtliche Grundlagen für acht zentrale Berufsgruppen

Dieses Kapitel legt wichtige rechtliche Grundlagen für die in Kapitel 3 beschriebenen Abrechnungspraktiken dar. Basis dazu sind Experteninterviews und eine Analyse der relevanten Rechtsgrundlagen.

Die Diskussion der rechtlichen Grundlagen fokussiert auf die Vergütung über die OKP (vgl. Abschnitt 1.2.2). Dazu werden zunächst wichtige Grundlagen für die Tätigkeit zu Lasten der OKP aufgezeigt (Abschnitt 4.1). Anschliessend gliedert sich das Kapitel entlang der acht Berufsgruppen. Dazu wird beschrieben:

- Ist die Berufsgruppe als Leistungserbringer zugelassen?
- Welche Leistungen darf sie erbringen?
- Welche Tarifverträge sind relevant?

4.1 Voraussetzungen für Tätigkeit zu Lasten der OKP

Die Leistungserbringer, die zu Lasten der OKP tätig sein dürfen, sind in Art. 35 Abs. 2 KVG aufgezählt. Nach Art. 25 Abs. 1 KVG übernimmt die OKP Kosten für Leistungen der Leistungserbringer, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, solange diese Leistungen die gesetzlichen Anforderungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Art. 32 KVG erfüllen. Hier stellt sich die grundsätzliche Frage, ob die Beratung zum Rauchstopp unter die Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen subsumiert werden kann und beispielsweise als Behandlung einer Tabakabhängigkeit verstanden wird, oder ob sie alternativ unter die medizinische Prävention nach Art. 26 KVG fällt und als präventive Massnahme zu Gunsten von Versicherten mit erhöhtem Risiko betrachtet wird. In einem Interview mit Experten/-innen für rechtliche und tarifarische Grundlagen wurde betont, dass die OKP gemäss KVG die Kosten von Krankheiten und deren Folgen zu decken habe. Die Rauchstoppberatung hingegen falle ihrer Ansicht nach in den Bereich der Prävention, für den die Kantone zuständig sind und nicht die OKP.

Gemäss Art. 43 KVG rechnen die Leistungserbringer, wie zum Beispiel die Ärzte/-innen, nach Tarifen oder Preisen ab, wobei der Tarif die Grundlage für die Berechnung der Vergütung bildet. Die Tarife und Preise werden gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG in Tarifverträgen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern vereinbart oder in den vom Gesetz vorgesehenen Fällen von der zuständigen Behörde festgesetzt.

Gemäss Art. 49 KVG vereinbaren die Vertragsparteien die Abgeltung der stationären Behandlungs-, Aufenthalts- und Pflegeleistungen in Form von Pauschalen, in der Regel Fallpauschalen. Diese sind leistungsbezogen und basieren auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Anhand bestimmter Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und weiterer Faktoren werden Patienten/-innen einer Gruppe von Behandlungsfällen zugeordnet und entsprechend vergütet. Die Organisation SwissDRG AG hat dazu drei gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen entwickelt, eine für die Akutsomatik

(SwissDRG), eine für die Psychiatrie (TARPSY) und eine für die Rehabilitation (ST Reha). Eine Rauchstoppberatung als Intervention im Rahmen eines stationären Aufenthalts würde somit im Rahmen der zugeordneten Fallpauschalen gemäss dem SwissDRG vergütet.

4.2 Berufsgruppe 1: Fachärzteschaft (Kardiologie/Pneumologie, spitalambulant)

Ärzte/-innen werden nach Art. 35, Bst. a KVG als Leistungserbringer zugelassen und dürfen entsprechend zu Lasten der OKP tätig sein. Konkret werden Ärzte und Ärztinnen rechtlich zugelassen, wenn sie die Voraussetzungen nach Art. 37 Abs. 1 und 3 KVG und nach Art. 38 Abs. 1 bis 3 KVV erfüllen. Darin werden Anforderungen wie die notwendige Berufserfahrung im Fachgebiet, Sprachkenntnisse, kantonale Berufsausübungsbewilligung, eidgenössische Weiterbildungstitel im Fachgebiet oder Qualitätsanforderungen definiert.

Die aktuelle Tarifstruktur für die Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen in Arztpraxen und Spitälern mit Einzelleistungstarif ist Tarmed. Die relevanten Tarmed-Positionen sind im Anhang A 7 aufgeführt. Zurzeit wird von Curafutura und der FMH eine neue Tarifstruktur (Tardoc) erarbeitet. Diese wurde jedoch noch nicht vom Bundesrat genehmigt. In der aktuellen Version von Tardoc sind alle in Anhang A 7 aufgeführten Tarmed-Tarifpositionen weiterhin enthalten.

4.3 Berufsgruppe 2: Hausärzteschaft

Alle Ausführungen zu den rechtlichen Grundlagen für die Berufsgruppe der Fachärzteschaft im Abschnitt 4.2 sind auch für die Hausärzte/-innen relevant. Dabei ist zu berücksichtigen, dass gewisse Tarifpositionen nur mit spezifischen Facharzttiteln oder Fähigkeitsausweisen – sogenannten qualitativen Dignitäten – anwendbar sind. Zusätzlich enthält der Tarmed Zuschläge für hausärztliche Leistungen, die mit gewissen Positionen kombiniert werden können. Im geplanten Tardoc werden diese Zuschläge durch eigene Tarifpositionen ersetzt. Die für die Rauchstoppberatung relevanten Tarifpositionen sind in Anhang A 7 aufgeführt.

4.4 Berufsgruppe 3: Pflegefachpersonen in Spitälern

Pflegefachpersonen sind nach Art. 35 KVG nicht selbstständig als Leistungserbringer zugelassen. Ihre Zulassung richtet sich nach Art. 35 Bst. e KVG entweder an Personen, die Leistungen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbringen oder an Organisationen, die solche Personen beschäftigen. Pflegefachpersonen gelten als Leistungserbringer, die Leistungen auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erbringen dürfen, wenn sie die Voraussetzungen nach Art. 49 KVV erfüllen. In den meisten Fällen sind Pflegefachpersonen, die Rauchstoppberatungen durchführen, in Spitälern angestellt und die Finanzierung der Beratung wird über das Spital abgewickelt (vgl. Abschnitt 3.3). Im Folgenden werden weitere Abrechnungsmöglichkeiten für die Rauchstoppberatung durch Pflegefachpersonen in Spitälern erörtert.

I Ambulante Leistung

Art. 7 KLV umschreibt den Bereich der Krankenpflege zu Hause und in Pflegeheimen. Das beinhaltet Leistungen von Pflegefachpersonen, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie von Pflegeheimen, die auf ärztliche Anordnung oder in ärztlichem Auftrag erbracht werden. Diese Leistungen umfassen Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Untersuchungs- und Behandlungsmassnahmen sowie Massnahmen der Grundpflege. Die Rauchstoppberatung ist jedoch nach Einschätzung von interviewten Experten/-innen keine Pflegeleistung und fällt somit nicht unter Art. 7 KLV. Entsprechend leisten die Krankenversicherungen aufgrund der fehlenden Pflegeleistung keinen Beitrag an Rauchstoppberatungen durch Pflegefachpersonen basierend auf

Art. 7 KLV. In der Praxis werden Rauchstoppperatungen aber punktuell basierend auf Art. 7 KLV abgerechnet (siehe Beispiel unter Abschnitt 4.9).

I Leistungen der Diabetesberatung

Die Diabetesberatung nach Art. 9c KLV wurde von den befragten Fachpersonen nicht genannt, dennoch ist sie eine für die Rauchstoppperatung relevante Leistung durch Pflegefachpersonen. Die OKP übernimmt die Kosten für Diabetesberatungen, die auf ärztliche Anordnung oder im Auftrag des/-r Arztes/Ärztin durchgeführt werden, wenn sie von Pflegefachpersonen (Art. 49 KVV) mit einer vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) anerkannten speziellen Ausbildung oder von einer nach Art. 51 KVV zugelassenen Diabetesberatungsstelle der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft, die über das diplomierte Fachpersonal mit einer vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) anerkannten speziellen Ausbildung verfügt, durchgeführt wird. Diese Form der Leistungsvergütung ist für Pflegefachpersonen, die an Spitälern angestellt sind, nur relevant, falls sie nach Art. 49 KVV zugelassen sind oder wenn das Spital nach Art. 51 KVV als Diabetesberatungsstelle zugelassen ist. Die Diabetesberatung umfasst nach KLV Art. 9c, Abs. 2 eine Beratung zur Zuckerkrankheit (*Diabetes mellitus*) und die Schulung im Umgang mit dieser Krankheit. Gemäss Art. 9c, Abs. 3 KLV können bis zu zehn Sitzungen erfolgen, danach ist ein Antrag an eine/-n Vertrauensarzt/-ärztin nötig. Die Vergütung von Leistungen der Diabetesberatung gemäss KVG wird in den Tarifverträgen von H+, HSK und Tarifsuisse festgehalten. Anhang A 7 führt Tarifpositionen auf, die für die Rauchstoppperatung relevant sind.

I Stationäre Leistungen

Voraussetzungen für die selbstständige Tätigkeit von Pflegefachpersonen auf Anordnung oder im Auftrag eines/-r Arztes/Ärztin nach Art. 49 KVV sind eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung oder eine weitere anerkannte Bewilligung, zwei Jahre praktische Tätigkeit in einem definierten Setting²⁸, die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV und die selbstständige Ausübung des Berufs auf eigene Rechnung. Letzteres wird bei Pflegefachpersonen, die in Spitälern tätig sind, kaum erfüllt sein. Entsprechend ist die Anerkennung des Spitals als Organisation, die zu Lasten der OKP tätig ist, relevanter. Die Zulassungskriterien für Spitäler als Leistungserbringer sind in Art. 39 KVG geregelt.

Eine Rauchstoppperatung als Intervention im Rahmen eines stationären Aufenthalts in der Akutsomatik würde gemäss Art. 49 KVG im Rahmen der zugeordneten Fallpauschalen gemäss dem SwissDRG vergütet. Art. 49 KVG schreibt weiter vor, dass die Vergütung der stationären Behandlungen nach KVG keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten darf. Darunter fallen insbesondere die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie die Forschung und universitäre Lehre. Die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen werden von den Kantonen entsprechend abgegolten und sind in den kantonalen Gesetzgebungen geregelt. Dabei soll die Entschädigung des Kantons für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen höchstens die ermittelten und ausgewiesenen Kosten decken.²⁹ Wie die Interviews mit Fachpersonen zeigen,

²⁸ Erstens eine Pflegefachperson, die nach KVV zugelassen ist; zweitens in einem Spital oder Pflegeheim unter der Leitung einer Pflegefachperson, die die Zulassungsvoraussetzungen gemäss KVV erfüllt; drittens in einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause unter der Leitung einer Pflegefachperson, die die Zulassungsvoraussetzungen gemäss KVV erfüllt.

²⁹ Siehe dazu Ecoplan (2019): Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone. Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung im Auftrag des BAG, Bern.

finanzieren einige Kantone die ambulante und stationäre Rauchstoppperatung in Spitälern teilweise über Präventionsfonds für gemeinwirtschaftliche Leistungen.

4.5 Berufsgruppe 4: MPA/MPK

MPA und MPK sind keine Leistungserbringer im Sinne des Gesetzes und können daher keine Leistungen direkt über die OKP abrechnen. Ihre Leistungen werden über die ärztlichen Leistungen und somit über den Tarmed vergütet. Bei den meisten Aufgaben wird die Unterstützung durch MPA oder MPK in den ärztlichen Tarifpositionen mitberücksichtigt. Darüber hinaus gibt es einzelne Tarifpositionen, die explizit für Aufgaben vorgesehen sind, die selbstständig durch nicht-ärztliches Fachpersonal durchgeführt werden und bei denen eine Fachärztin oder ein Facharzt unmittelbar verfügbar sein muss. Einige dieser Tarifpositionen könnten auch für die Rauchstoppperatung relevant sein (Tarmed-Tarifpositionen 00.1430, 00.1440, 00.1370, siehe Anhang A 7).

Es ist umstritten, ob Ärztinnen und Ärzte diese Tarifpositionen für die Verrechnung der Leistungen ihrer MPK verwenden können. Während der Tarifiedienst der FMH davon abrät, hat der Hausärzteverband mfe laut einem Artikel von Tackenberg (2017) zugestimmt. Für die Vertreter der Versicherer (KPT und Visana) ist die Entschädigung der MPK grundsätzlich als Teil der ärztlichen Leistung im Tarif enthalten. Da die Tarifstruktur aber nicht mehr der Realität entspreche, bestehe Handlungsbedarf. Eine künftige tarifarische Abbildung der Arbeit der MPK sei für sie nur dann realistisch, wenn nachvollziehbar dargelegt werde, dass es zu keiner Mengenausweitung und zu keiner Kostensteigerung komme.³⁰ Nach Einschätzung von interviewten Experten/-innen sind selbstständige Beratungsleistungen durch MPA oder MPK aktuell strikt tarifarisch nicht vorgesehen, da sie keine selbstständigen Leistungserbringer sind. In einem geführten Interview wurde genannt, dass die Diabetesberatung in der Praxis als Abrechnungsgrundlage für Rauchstoppperatung durch MPK verwendet wird (siehe Kapitel 2). Dafür gibt es laut Experten/-innen keine rechtliche Grundlage, die Handhabung scheint aber seitens der Krankenversicherer toleriert zu werden.

I Tardoc

In der aktuellen Version des Tardoc sind hingegen explizite Tarifpositionen vorgesehen, um nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements durch MPK zu vergüten.³¹ Dies für Asthma oder COPD (AK.05.0010), Diabetes mellitus (AK.05.0020), Herzinsuffizienz oder koronare Herzkrankheiten (AK.05.0030) und Rheuma (AK.05.0040). Für die nicht-ärztlichen Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Asthma oder COPD wird als Leistung explizit die Tätigkeit «Information zu evidenz-basierten pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Therapien wie *Rauchstopp*, Impfungen, körperliche Aktivität, ambulante und stationäre pulmonale Rehabilitation» genannt. Somit könnten qualifizierte MPK künftig Rauchstoppperatungen für spezifische Patientengruppen zu Lasten der OKP erbringen. Die interviewten Experten/-innen für tarifarische und rechtliche Grundlagen wiesen allerdings darauf hin, dass diese Tarifpositionen nicht der Absicht des Gesetzgebers entsprächen: Da MPK nicht als Leistungserbringer zugelassen seien, fehle dafür eine rechtliche Grundlage.

³⁰ Tackenberg, Marco (2017): Rolle und Stellenwert der MPK in der Grundversorgung. In: doc.be, 06/2017. Das Magazin der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Bern, 9–11.

³¹ Voraussetzung dazu ist der Abschluss als MPK klinische Richtung und das Absolvieren der entsprechenden Ausbildungsmodule.

4.6 Berufsgruppe 5: Hebammen

Hebammen gelten als Leistungserbringer im Sinne von Art. 35 Bst. d KVG und können dementsprechend zu Lasten der OKP tätig werden. In Art. 45 KVV sind die Zulassungsvoraussetzungen wie Bewilligung, geforderte praktische Tätigkeit und Qualitätsanforderungen für Hebammen aufgeführt. In Art. 16 KLV sind die Leistungen der zugelassenen Hebammen genannt, die zu Lasten der OKP übernommen werden. Vorgesehen sind gemäss Art. 16 Abs. 1 Bst. a KLV sieben Kontrolluntersuchungen während einer normalen Schwangerschaft, eine Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt bei einer Risikoschwangerschaft ohne manifeste Pathologie und eine Leistungserbringung auf ärztliche Anordnung bei einer Risikoschwangerschaft mit manifester Pathologie.³²

Die Inhalte der Kontrolluntersuchungen werden in Art. 13 KLV näher aufgeschlüsselt. Im Rahmen der Kontrolluntersuchungen sind Beratungen bei der Erstkonsultation, zu aufgetretenen Schwangerschaftsbeschwerden und bei der Nachkontrolle vorgesehen. Für die Geburtsvorbereitung nach Art. 14 KLV übernimmt die Versicherung einen Beitrag von 150 Franken für Geburtsvorbereitungskurse und für ein Beratungsgespräch mit der Hebamme im Hinblick auf die Geburt, die Planung und Organisation des Wochenbetts zu Hause und die Stillvorbereitung. Eine Beratung zu Suchtproblemen wie Rauchen während der Schwangerschaft ist nicht explizit vorgesehen.

In der aktuellen Praxis werden Rauchstoppberatungen durch Hebammen bei Risikoschwangerschaften mit manifester Pathologie nach Art. 16 Abs. 1 Bst. a Ziff. 1 KLV teilweise durch die OKP abgerechnet. Nach Einschätzung der interviewten Experten/-innen ist diese aktuelle Praxis umstritten, da die Rauchstoppberatung zu weit von den Kernkompetenzen der Hebammen entfernt sei. Auch in der Betreuung von Frauen mit Risikoschwangerschaften seien solche Beratungen durch das Gesetz nicht vorgesehen und rechtlich nicht zugelassen. Um dies zu ändern, müssten Rauchstoppberatungen separat in die Leistungen aufgenommen werden, so die Einschätzung.

Die aktuellen Tarifverträge zwischen den Versicherern und den Hebammen nach Art. 43 Abs. 4 KVG sind der Tarifvertrag H+ (Spitalambulant) und SHV (freie Praxis). Die Tarifposition für die Betreuung bei Risikoschwangerschaften ist 51.1030, dabei werden pro angebrochene 30 Minuten 43 Taxpunkte verrechnet.

4.7 Berufsgruppe 6: Apotheker/-innen

Apotheker/-innen gelten als Leistungserbringer im Sinne von Art. 35 Bst. b KVG. Sie können zu Lasten der OKP tätig werden. Die rechtlichen Grundlagen für die Zulassung der Apotheker/-innen werden in Art. 40 Ziff. 1 KVV aufgeführt. Dazu gehört eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung und ein Nachweis der Qualitätsanforderung.

In Art. 4a KLV werden die Leistungen definiert, für die die Versicherung die Kosten für Dienstleistungen von Apothekern/-innen übernehmen (Tarifvertrag LOA/IV 1). Dazu gehört die Beratung beim Ausführen einer ärztlichen Verordnung, die mindestens ein Arzneimittel der Spezialitätenliste enthält; Ersatz eines ärztlich verordneten Originalpräparats oder eines Generikums durch ein preisgünstigeres Generikum und ärztlich angeordnete Betreuung bei der Einnahme eines Arzneimittels. Darin ergibt sich keine Möglichkeit für die Abrechnung von Rauchstoppberatungen. Art. 4a Ziff. 2 KLV sieht zwar die Möglichkeit vor, dass die Versicherung die Kosten für weitergehende kostendämpfende Leistungen zu Gunsten einer Gruppe von Versicherten im Rahmen eines Tertiärvertrags übernimmt. Dies ist gemäss Einschätzung eines/-r Experten/-in für rechtliche und tarifarische Grundlagen allerdings keine Möglichkeit für die Vergütung von Rauchstoppberatungen

³² Gemäss Aussage in einem Experteninterview ist dies bei zehn Zigaretten am Tag gegeben.

durch Apotheker/-innen, da dabei die Optimierung von Arzneimittelabgaben das Ziel sein soll. Dies ist bei Rauchstoppberatungen nicht der Fall. Rechtliche Grundlagen für die Abrechnung von Rauchstoppberatungen durch Apotheker/-innen fehlen.

4.8 Berufsgruppe 7: Psychologische Psychotherapeuten/-innen

Seit Juli 2022 sind psychologische Psychotherapeuten/-innen als Leistungserbringer zu Lasten der OKP zugelassen, wenn sie die Voraussetzungen gemäss Art. 50c KVV erfüllen. Die rechtlichen Grundlagen für die Zulassung sehen vor, dass die psychologischen Psychotherapeuten/-innen über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung verfügen, drei Jahre klinische Erfahrung nachweisen können,³³ den Beruf selbstständig und auf eigene Rechnung ausüben und die Qualitätsanforderungen erfüllen.

Gemäss Art. 11b KVV übernimmt die Versicherung die Kosten für Leistungen der psychologischen Psychotherapie, wenn diese von einem Arzt oder einer Ärztin mit entsprechendem Weiterbildungstitel verordnet wird. Leistungen, die gemäss Art. 2 Abs. 1 KLV von der Versicherung gedeckt werden, müssen Methoden anwenden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist.

Voraussetzung, dass psychologische Psychotherapeuten/-innen zu Lasten der OKP selbstständig tätig sein können ist eine neue Tarifstruktur für die Abrechnung der psychologischen Psychotherapie für selbstständige psychologische Psychotherapeuten/-innen, Organisationen der psychologischen Psychotherapie sowie für Kliniken. Die Tarifpartner konnten sich bisher nicht auf eine Tarifstruktur einigen. Als Übergangslösung bis Ende 2024 haben die Psy-Verbände, H+ und die HSK einen Tarif vereinbart und diesen den Kantonen zur Bewilligung und Festsetzung per 1. Juli 2022 eingereicht. Anhang A 7 enthält die relevanten Tarifpositionen für Rauchstoppberatungen.

Im Interview mit Experten/-innen wurde betont, dass die Finanzierung der Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten/-innen davon abhängt, ob es sich bei der Leistung um eine psychotherapeutische Leistung handelt. Ob dies bei der Rauchstoppberatung der Fall ist, wird in Frage gestellt und sollte weiter diskutiert werden.

I Exkurs: Psychologen/-innen ohne Psychotherapie-Ausbildung

Psychologen/-innen ohne Psychotherapie-Ausbildung sind nicht als Leistungserbringer zu Lasten der OKP zugelassen. Von ihnen erbrachte Leistungen im stationären Setting können von anerkannten Institutionen über die Tarifpositionen des Tarmed-Kapitels 02.04 «Nicht-ärztliche ambulante psychiatrische Leistungen in anerkannten Institutionen und Spitalabteilungen» abgerechnet werden. Wichtige Voraussetzungen dazu sind ein Leistungsauftrag zur gemeindenahen Versorgung an die jeweilige Spitalabteilung oder spitalunabhängige Institution. Diese müssen zudem unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin mit einer der folgenden qualitativen Dignitäten stehen: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie.³⁴

4.9 Berufsgruppe 8: Selbstständige Berater/-innen

Nach Art. 35 Abs. 2 Bst. e KVG werden neben den explizit im Artikel genannten Gesundheitsfachpersonen und Einrichtungen auch Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche

³³ Davon mindestens zwölf Monate in psychotherapeutisch-psychiatrischen Institutionen.

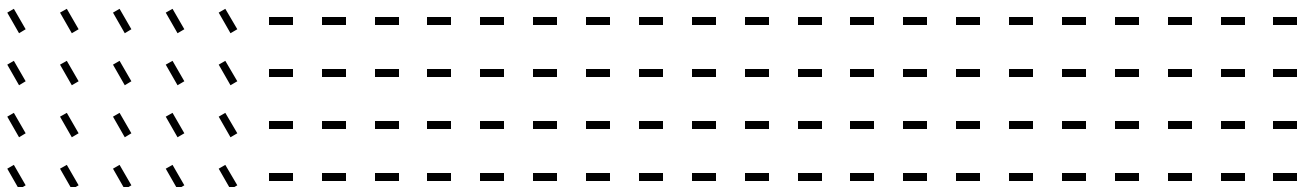
³⁴ Die sogenannte «Sparten Anerkennung» der Institution erfolgt durch die Paritätische Kommission Dignität und Sparten (PaKoDig). Gemäss einer Wegleitung der PaKoDig ist diese «sehr schwer zu erreichen». PaKoDig Tarmed (2022): Checkliste für Selbstdeklarationsbögen, Version August 2022, 15.

Personen beschäftigen, als Leistungserbringer zugelassen. Diese Personen und Organisationen werden im Abschnitt 6 des KVV genauer umschrieben. Eine im Abschnitt 6 des KVV aufgeführte Institution, die als Leistungserbringer zugelassen ist, ist nach Art. 51 KVV Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause. Damit diese Organisationen als Leistungserbringer zugelassen werden, müssen sie nach der Gesetzgebung des Kantons, in dem sie tätig sind, zugelassen sein; ihren örtlichen, zeitlichen, sachlichen und personellen Tätigkeitsbereich festgelegt haben; über das erforderliche Fachpersonal, das eine dem Tätigkeitsbereich entsprechende Ausbildung hat, verfügen; die für die Leistungserbringung notwendigen Einrichtungen haben und die Qualitätsanforderungen nach Art. 58g KVV erfüllen. Je nach Auslegung könnte dies auf die Lungenliga zutreffen, bei der freiberufliche Berater/-innen mit einer Ausbildung als Pflegefachperson Rauchstoppberatungen durchführen.

Weiter sieht Art. 9c KLV vor, dass Diabetesberatungen über die OKP abgerechnet werden können. Diese können entweder durch selbstständige Pflegefachpersonen nach Art. 49 KVV durchgeführt und abgerechnet werden oder durch zugelassene Diabetesberatungsstellen der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft, die das diplomierte Fachpersonal mit einer vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) anerkannten speziellen Ausbildung haben. Dies wird beispielsweise bei der Lungenliga Neuchâtel gemacht, welche die Arbeit der Pflegefachpersonen über die OKP nach den Richtlinien von tarifsuisse abrechnen.³⁵ Dabei stützt sie sich auf Art. 7 Abs. 2 Bst. a Ziff. 1 bis 3 KLV und Art. 7 Abs. 2 Bst. b Ziff. 1, 4, 7, 9 und 10 KLV. Als Begründung für den erhöhten Pflegebedarf wird dabei die Rauchstoppberatung (individuelle Leistung am Patienten (Aufnahme- und Entlassungsgespräch, Einzelsitzung, telefonische Nachbetreuung)) angegeben.

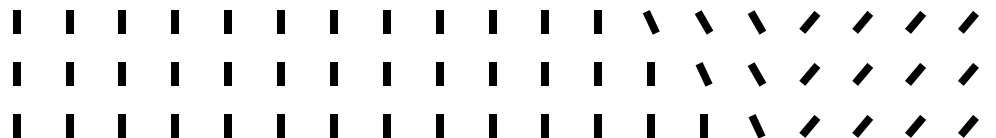
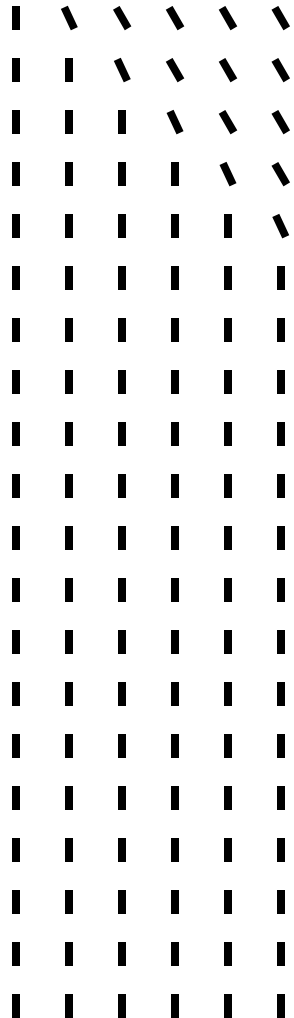
Schliesslich ist festzuhalten, dass Personen ohne Ausbildung in einem Medizinal- oder Gesundheitsberuf nicht als Leistungserbringer zugelassen werden können. In den Experteninterviews wurde darauf hingewiesen, dass eine solche Zulassung nicht der Meinung des Gesetzgebers entspreche. Dies betrifft beispielsweise Berater/-innen mit einer Ausbildung wie Soziokulturelle Animatoren/-innen oder Sozialarbeiter/-innen.

³⁵ Formulaire de prescription soins ambulatoires ou à domicile (2015): <https://lpne.ch/wp-content/uploads/2021/01/Formulaire-6-Soins-ambulatoires-ou-a-domicile.pdf>, Zugriff: 24. Oktober 2023.



5. Verbesserungsmöglichkeiten

Wie kann die Abrechnung und Finanzierung von Rauchstoppberatungen verbessert werden?








Basierend auf den Erkenntnissen und dem eruierten Handlungsbedarf in Kapitel 3 hat das Projektteam vier Verbesserungsvorschläge zuhanden des TPF erarbeitet:

- Vorschlag 1: Prüfung eines KLV-Antragsprozesses für die Leistung «Rauchstoppberatung»
- Vorschlag 2: Erstellung einer Übersicht der Leistungen der Zusatzversicherungen
- Vorschlag 3a: Koordination der Ausbildung zur «Rauchstoppberater/-in»
- Vorschlag 3b: Erarbeitung eines Kompetenzprofils «Rauchstoppberater/-in»

Die Vorschläge wurden in Absprache mit dem TPF entwickelt und im Rahmen eines Workshops mit wichtigen Akteuren diskutiert.

Die Verbesserungsvorschläge werden in diesem Kapitel erläutert. Für jeden Verbesserungsvorschlag wurde ein Steckbrief erarbeitet, der den Vorschlag entlang wichtiger Eckpunkte charakterisiert. Jeder Steckbrief umfasst folgende Punkte:

	Wichtigste Berufsgruppen
	Chancen/Risiken
	Machbarkeit
	Notwendige Schritte zur Umsetzung
	Gegebenenfalls Überlegungen zu Kostenfolgen

Hinweis: Die Einschätzung der wichtigsten Berufsgruppen beschränkt sich auf die acht Berufsgruppen, die im vorliegenden Bericht untersucht werden. Es ist davon auszugehen, dass auch weitere Berufsgruppen von den Verbesserungsvorschlägen profitieren können.

Vorschlag 1: Prüfung eines KLV-Antragsprozesses für die Leistung «Rauchstoppberatung»

Wir empfehlen dem TPF zu prüfen, ob ein Antragsprozess angestossen werden soll für die Kostenübernahme einer neuen Leistung «Rauchstoppberatung» in der KLV. Damit könnte längerfristig eine klar geregelte Vergütung für eine oder mehrere Berufsgruppen erreicht werden.

Die Leistungen von nicht-ärztlichen Leistungserbringern zu Lasten der OKP sind abschliessend in der KLV definiert. Wie unsere Erhebungen zeigen, gibt es derzeit keine spezifische Leistung für die Rauchstoppberatung. Die Kostenübernahme neuer Leistungen kann im Rahmen eines formalen Antragsprozesses bei der zuständigen Eidgenössischen Kommission für Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) beantragt werden. Da die Anträge üblicherweise durch Berufsverbände oder Fachgesellschaften eingereicht werden, raten wir dem TPF davon ab, selbst einen solchen Antrag zu erstellen.

Nach Einschätzung des Forschungsteams ist der Antragsprozess für neue Leistungen sehr aufwändig, weshalb eine sorgfältige Vorbereitung unabdingbar ist.³⁶ Es scheint deshalb angezeigt, zunächst sorgfältig zu prüfen, inwiefern ein solcher Antrag verfolgt werden soll. Wenn ein Antrag gestellt werden soll, empfehlen wir dem TPF zudem, diesen auf Berufsgruppen zu beschränken, die bereits in der KVV als Leistungserbringer zugelassen sind, um die Erfolgchancen zu erhöhen. Dieses Vorgehen wurde in den Erhebungen von den interviewten Experten/-innen empfohlen.

I Vorschlag 1: Prüfung eines KLV-Antragsprozesses für die Leistung «Rauchstoppberatung»

Der TPF stösst einen entsprechenden Prüfprozess an, vernetzt interessierte Verbände und unterstützt sie in der fundierten Abklärung eines Antragsprozesses; dies beispielsweise durch Bereitstellung von finanziellen und organisatorischen Ressourcen. Im Rahmen des Prüfprozesses sollen fundierte Informationen zum Ablauf und den nötigen Vorarbeiten eines Antragsprozesses gesammelt werden (z.B. Definition von Umfang, Dauer und Periodizität der Leistung, Definition der Zusatzqualifikationen, Prüfung der WZW-Kriterien³⁷), beispielsweise durch den Einbezug von Fachpersonen mit Erfahrung in der Antragsstellung. Diese Informationen dienen als Grundlage um gemeinsam mit interessierten Berufsverbänden Chancen und Risiken abzuwägen.

Der TPF prüft zunächst, inwiefern Ressourcen bereitgestellt werden können für den Prüfprozess und eine allfällige spätere Unterstützung im Antragsprozess. Zudem prüft der TPF vorgängig, wie die Verbände erreicht werden können. Beispielsweise über eine öffentliche Ausschreibung, einen Informationsanlass oder gezielte Kontaktaufnahme mit interessierten Verbänden.

Für einen späteren Antrag sehen wir zwei Varianten, die sich in der Machbarkeit unterscheiden. Wir empfehlen dem TPF, bereits vor Kontaktaufnahme mit den Verbänden eine Variante zu wählen. Variante A verfolgt die Leistungsaufnahme für *eine Berufsgruppe*, während Variante B eine Leistungsaufnahme für *mehrere verschiedene Berufsgruppen*

³⁶ Für einen Antrag sind beispielsweise folgende Schritte nötig: Nötige Aus-/Weiterbildungen festlegen (Umfang? Anbieter?); Leistung(en) definieren: Umfang, Dauer, Periodizität usw. der Rauchstoppberatung; frühzeitig Austausch mit KUV suchen für nötige Schritte (z.B. WZW-Kriterien); Antrag zuhanden ELGK erstellen (inkl. Nachweis der WZW-Kriterien); Austausch mit Tarifpartnern suchen.

³⁷ Leistungen zu Lasten der OKP müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 32 Abs. 1 KVG).

anstrebt. Aus Sicht des Forschungsteams ist Variante A vorzuziehen, da die Machbarkeit der Variante B als tief beurteilt wird. Gegen Variante B sprechen die Komplexität eines berufsübergreifenden Antrags sowie die herausfordernde Koordination von Anforderungen und Bedürfnissen mehrerer Berufsverbände.

Variante A: Prüfung der KLV-Aufnahme für eine Berufsgruppe:

Leistung «Rauchstoppberatung»

Der TPF prüft, inwiefern eine Leistung «Rauchstoppberatung» in die KLV aufgenommen werden soll. Die Leistung «Rauchstoppberatung» kann auf ärztliche Anordnung von *einzelnen* zu definierenden KVV-anerkannte Leistungserbringern erbracht werden (z.B. Pflegefachpersonen, Hebammen, evtl. künftig MPK). Als Vorbild dient die Leistung «Diabetesberatung» (Art. 9c KLV), die auf ärztliche Anordnung durch «Diabetesberater/-innen» erbracht werden kann (Pflegefachpersonen mit SBK-anerkannter Weiterbildung).

Variante B: Prüfung der KLV-Aufnahme berufsgruppenübergreifend:

Leistung «Rauchstoppberatung» durch «Rauchstoppberater/-in»

Der TPF prüft, inwiefern eine Leistung «Rauchstoppberatung» in die KLV aufgenommen werden soll. Die Leistung «Rauchstoppberatung» wird auf ärztliche Anordnung durch qualifizierte «Rauchstoppberater/-innen» erbracht. Das sind verschiedene KVV-anerkannte Leistungserbringer mit Zusatzqualifikation (z.B. Pflegefachpersonen, Hebammen, evtl. künftig MPK). Auch hier dient als Vorbild die Leistung «Diabetesberatung» (KLV, Art. 9c), die auf ärztliche Anordnung durch «Diabetesberater/-innen» erbracht wird. Im Unterschied zu «Diabetesberater/-in» (Pflegefachpersonen mit SBK-anerkannter Weiterbildung) umfasst «Rauchstoppberater/-in» aber verschiedene Berufsgruppen (z.B. Pflegefachpersonen, Hebammen, evtl. künftig MPK).

Vorschlag 1 wird nachfolgend in den Varianten A und B entlang der Kriterien erläutert.

Steckbrief zu Vorschlag 1 Prüfung der KLV-Aufnahme der Leistung «Rauchstoppperatung» für eine Berufsgruppe (Variante A) oder berufsgruppenübergreifend durch «Rauchstoppperater/-innen» (Variante B)



Wichtigste Berufsgruppen

- Pflegefachpersonen, Hebammen
- (inkl. als selbstständige Berater/-innen* in privaten Organisationen tätige Pflegefachpersonen)
- ➔ KVV-erkannte Leistungserbringer mit Zusatzqualifikationen



Chancen

Variante A: Koordination mit einer einzelnen Berufsgruppe mit grosser Motivation zur Antragstellung, erster Schritt zu einer klar geregelten Vergütung für eine Berufsgruppe, die bereits als Leistungserbringer zugelassen ist und dadurch einfacherer Zugang zu Rauchstoppperatungen.

Variante B: Koordination verschiedener Berufsgruppen, erster Schritt zu einer klar geregelten Vergütung für mehrere Berufsgruppen, die bereits als Leistungserbringer zugelassen sind und dadurch einfacherer Zugang zu Rauchstoppperatungen.

Risiken

Variante A: beim TPF wenig Wissen zum Antragsprozess vorhanden; Auswahl einer spezifischen Berufsgruppe ist herausfordernd und kann zu Unmut führen; grosses Engagement einer Berufsgruppe nötig; späterer Antragsprozess ist aufwändig, erfordert rechtliche Änderungen und bietet keine Lösung für andere Berufsgruppen oder bisher nicht zugelassene Leistungserbringer (z.B. MPK).

Variante B: beim TPF wenig Wissen zum Antragsprozess vorhanden; möglicherweise unvereinbare Ansprüche und Erwartungen verschiedener Berufsgruppen müssen koordiniert werden (z.B. Art und Umfang der Leistung, Höhe Vergütung, Ansprüche an Qualifikation); grosses Engagement vieler Berufsgruppen nötig; späterer Antragsprozess ist aufwändig, erfordert rechtliche Änderungen und bietet keine Lösung für bisher nicht zugelassene Leistungserbringer (z.B. MPK).



Machbarkeit

Variante A: eher machbar; langwieriger Prozess, abhängig von Motivation der Berufsgruppen.

Variante B: schwierige Machbarkeit; langwieriger Prozess, verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Interessen, Leistungserbringer mit unterschiedlichen Qualifikationen für Rauchstoppperatung.



Notwendige Schritte zur Umsetzung

- Informationen und Wissen zum Antragsprozess einholen
- Variante A: Kontakt mit einzelnen Berufsgruppen suchen (wer ist interessiert?)
- Variante B: Kontakt mit verschiedenen Berufsgruppen suchen (wer ist interessiert?)
- Auswahl einer oder mehrerer geeigneter Berufsgruppen
- Erwartungen, Rollen und Zuständigkeiten klären (wer finanziert? wer initiiert? wer übernimmt den Lead?)
- Unterstützung der Berufsgruppe/-n



Überlegungen zu Kostenfolgen

Kosten für Vorbereitung des Antrags und der Antragsstellung (TPF, Berufsverbände)

Quelle: Darstellung Interface.

Legende: * mit Ausbildung im Bereich der Rauchstoppperatung.

Vorschlag 2: Erstellung einer Übersicht der Leistungen der Zusatzversicherungen

Wir empfehlen dem TPF, eine Übersicht über die Zusatzversicherungsverträge zu erstellen, die Rauchstoppperatungen vergüten. Diese Übersicht soll interessierten Leistungserbringern und Patienten/-innen über geeignete Kanäle zur Verfügung gestellt werden und dadurch die Finanzierung von Rauchstoppperatungen über die Zusatzversicherungen erleichtern.

Die Erhebungen zeigen, dass verschiedene Zusatzversicherungen nicht-ärztliche Rauchstoppperatungen ganz oder teilweise finanzieren. Einige Leistungserbringer weisen ihre Patienten/-innen auf diese Möglichkeit hin, können aber keine weitere Auskunft zur Versicherungsdeckung geben. Die Versicherten sind meist schlecht über den Umfang ihrer Versicherungsdeckung informiert.

Vorschlag 2: Erstellung einer Übersicht der Leistungen der Zusatzversicherungen
 Der TPF erstellt eine Liste mit Zusatzversicherungsverträgen, die nicht-ärztliche Rauchstoppperatungen vergüten. Diese Liste enthält allfällige Voraussetzungen für eine Kostenübernahme wie beispielsweise Art der Leistungserbringer, Anzahl und Dauer der Beratungen, Alter der Patienten/-innen. Anschliessend stellt der TPF diese Listen den Leistungserbringern und gegebenenfalls den Patienten/-innen über geeignete Kanäle zur Verfügung, beispielsweise über die Berufsverbände und www.stop-smoking.ch. Die Liste wird jährlich aktualisiert.

Dieser Vorschlag ist aus Sicht des Forschungsteams gut machbar, denn es sind dazu weder rechtliche noch regulatorische Anpassungen nötig.

Steckbrief zu Vorschlag 2: Erstellung einer Übersicht der Leistungen der Zusatzversicherungen



Wichtigste Berufsgruppen

- Pflegefachpersonen, Hebammen, Apotheker/-innen, selbstständige Berater/-innen* in privaten Organisationen (z.B. Lungenligen), gegebenenfalls MPA*/MPK*
- ➔ Berufsgruppen mit Selbstzahlern/-innen oder anderen Finanzierungen



Chancen

Keine rechtlichen Anpassungen nötig; Leistungserbringer/-innen können Patienten/-innen niederschwellig auf das Angebot aufmerksam machen, da auf einen Blick klar ersichtlich ist, welche Leistungen gedeckt werden; Entlastung für Zusatzversicherte; keine Mehrkosten für OKP.

Risiken

Mitarbeit der Versicherer nötig; aufwändige Informationsbeschaffung; Liste muss jährlich aktualisiert werden; zukünftige Mehrkosten für Versicherer; negative Auswirkung auf Chancengerechtigkeit



Machbarkeit

Gut, falls der TPF die nötigen finanziellen und personellen Ressourcen bereitstellt und die Versicherer Informationen zur Verfügung stellen.



Notwendige Schritte zur Umsetzung

- Projektteam innerhalb des TPF organisieren
- Liste inkl. Kontakt aller Zusatzversicherer erstellen, Zusatzversicherer informieren und zur Mitarbeit anregen
- Liste zusammenstellen und publizieren
- Geeignete Kanäle bestimmen zur Verbreitung unter den Leistungserbringern und Patienten/-innen (z.B. über Berufsverbände, www.stop-smoking.ch)
- Liste regelmässig aktualisieren



Überlegungen zu Kostenfolgen

- Kosten für Projektbearbeitung TPF
- Mögliche Mehrkosten für Zusatzversicherer
- Entlastung für Patienten/-innen mit Zusatzversicherung

Quelle: Darstellung Interface.

Legende: * mit Ausbildung im Bereich der Rauchstoppperatung.

Vorschlag 3: Koordination der Ausbildung und Erstellung eines Kompetenzprofils «Rauchstoppberater/-in»

Wir empfehlen dem TPF, die Aus- und Weiterbildungsangebote zur «Rauchstoppberater/-in» zu koordinieren und unter Einbezug wichtiger Akteure festzulegen, welche Kompetenzen «Rauchstoppberater/-innen» ausweisen sollten. Damit kann zum Ziel beigetragen werden, die Zahl der qualitativ hochstehenden Beratungen zu erhöhen.

Derzeit gibt es verschiedene Aus- und Weiterbildungen im Bereich Rauchstoppberatung, die sich hinsichtlich Zielgruppe, Umfang oder Leistungsnachweis unterscheiden. Diese Spannweite reicht von einzelnen Lektionen bis zu einem umfassenden Certificate of Advanced Study (CAS). Einen standardisierten Leistungsnachweis zur Prüfung der Kompetenzen von «Rauchstoppberatern/-innen» – unabhängig von der jeweiligen Weiterbildung – gibt es nicht.

I Vorschlag 3a: Koordination der Ausbildung zur Rauchstoppberater/-in

Der TPF erstellt eine Übersicht der bestehenden Angebote (Zielgruppe, Umfang, Inhalte) und koordiniert gemeinsam mit zentralen Akteuren (Berufsverbände, Verbände Tabakprävention, Bildungsinstitute) die Aus- und Weiterbildung im Bereich «Rauchstoppberatung». Diese Arbeiten dienen als Basis zur Abklärung der nötigen (Zusatz-)Qualifikationen im Rahmen eines möglichen Antragsprozesses der Leistung «Rauchstoppberatung» in der KLV (vgl. Vorschlag 1) sowie als Grundlage für die Erarbeitung eines Kompetenzprofils «Rauchstoppberater/-in» (Vorschlag 3b).

I Vorschlag 3b: Erarbeitung eines Kompetenzprofils «Rauchstoppberater/-in»

Der TPF erarbeitet gemeinsam mit anderen Akteuren (Berufsverbände, Verbände Tabakprävention, Bildungsinstitute) ein Kompetenzprofil «Rauchstoppberatung». Dazu können bestehende Grundlagen weiterentwickelt werden, beispielsweise das 2022 erarbeitete «Kompetenzprofil Sucht»³⁸ oder das 2010 erarbeitete Kompetenzprofil «Tabakentwöhnung»³⁹. Das Kompetenzprofil «Rauchstoppberatung» kann als Ausgangspunkt dienen, um einen Vorschlag zu erarbeiten, wie die definierten Kompetenzen künftig geprüft werden sollen. Das Kompetenzprofil dient zudem ebenfalls als Vorbereitung für einen möglichen Antrag der Leistung «Rauchstoppberatung» in der KLV (vgl. Vorschlag 1).

Aus Sicht des Forschungsteams sind beide Vorschläge machbar, wobei die Machbarkeit von Vorschlag 3a höher beurteilt wird. Hauptgrund dafür ist die herausfordernde Erarbeitung eines standardisierten Kompetenzprofils (Vorschlag 3b), das allen Berufsgruppen gerecht wird. Die beiden Vorschläge 3a und 3b werden nachfolgend entlang der Kriterien erläutert.

³⁸ Amberg, Helen; Thorshaug, Kristin; Bischof, Tamara; Salazar, Julián; Bieri, Oliver (2022): Kompetenzprofil Sucht, Suchthilfe und Suchtprävention für Tabak, Alkohol, psychoaktive Substanzen und Verhaltenssuchte. Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.

³⁹ Ernst, Marie-Louise; Rither, Elisabeth (2010): Kompetenzprofil Tabakentwöhnung. Expertengruppe Weiterbildung Sucht, Bern.

Steckbrief zu Vorschlag 3a: Koordination der Ausbildung zur «Rauchstoppperater/-in»



Wichtigste Berufsgruppen

- Pflegefachpersonen, Hebammen, MPA*/MPK*
- Apotheker/-innen, psychologische Psychotherapeuten/-innen, selbstständige Berater/-innen* in privaten Organisationen (z.B. Lungenligen)



Chancen

Koordination der Akteure; Stärkung des Profils «Rauchstoppperater/-in» durch gemeinsam definierte Ausbildungsziele; Vorarbeit für KLV-Antrag

Risiken

Konsens über Umfang und Ziel der Ausbildungen erforderlich; möglicherweise geringe Motivation zur Mitarbeit der Hochschulen/Bildungsinstitute; Mitarbeit verschiedener Berufs- und Präventionsverbände für eine breite Abstützung nötig, die möglicherweise unvereinbare Interessen haben; herausfordernde Koordination der Akteure; verschiedene Berufsgruppen mit unterschiedlichen Qualifikationen müssen in der Ausbildung berücksichtigt werden; voraussichtlich sind dazu unterschiedliche Kurse nötig



Machbarkeit

Eher ja



Notwendige Schritte zur Umsetzung

- Übersicht der bestehenden Angebote und Anbieter erstellen
- Koordination der Akteure (Berufsverbände, Fachgesellschaften, Tabakpräventionsverbände) und Anbieter (Hochschulen/Bildungsinstitute, ggf. weitere)
- Gemeinsame Koordination des Aus- und Weiterbildungsangebots



Überlegungen zu Kostenfolgen

Keine Belastung für Sozialversicherungen

Aufwand für TPF und für weitere Akteure für Koordination und Erarbeitung

Quelle: Darstellung Interface.

Legende: * mit Ausbildung im Bereich der Rauchstoppperatung.

Steckbrief zu Vorschlag 3b: Erarbeitung eines Kompetenzprofils «Rauchstoppperater/-in»



Wichtigste Berufsgruppen

- Pflegefachpersonen, Hebammen, MPA*/MPK*
- Apotheker/-innen, psychologische Psychotherapeuten/-innen, Selbstständige Berater/-innen* in privaten Organisationen (z.B. Lungenligen)



Chancen

Stärkung des Profils «Rauchstoppperater/-in» durch gemeinsam definierte Kompetenzen; Basis für künftige Ausgestaltung von Aus- und Weiterbildungen und Kompetenznachweisen; Vorarbeit für Aufnahme in KLV

Risiken

Konsens über Kompetenzen erforderlich; Mitarbeit verschiedener Berufs- und Präventionsverbände für eine breite Abstützung nötig, die möglicherweise unvereinbare Interessen haben; Berücksichtigung verschiedener Berufsgruppen mit unterschiedlichen Qualifikationen erfordert möglicherweise die Entwicklung berufsspezifischer Kompetenzprofile



Machbarkeit

Eher ja, falls der TPF personelle und finanzielle Ressourcen bereitstellt und die relevanten Akteure mitarbeiten.



Notwendige Schritte zur Umsetzung

- Übersicht der Lernziele und Leistungsnachweise bestehender Kurse und Lehrgänge erstellen (vgl. Vorschlag 3a)
- Koordination der Akteure (Berufsverbände, Fachgesellschaften, Tabakpräventionsverbände, Hochschulen/Bildungsinstitute, ggf. weitere)
- Gemeinsame Entwicklung der notwendigen Kompetenzen und Leistungsnachweise

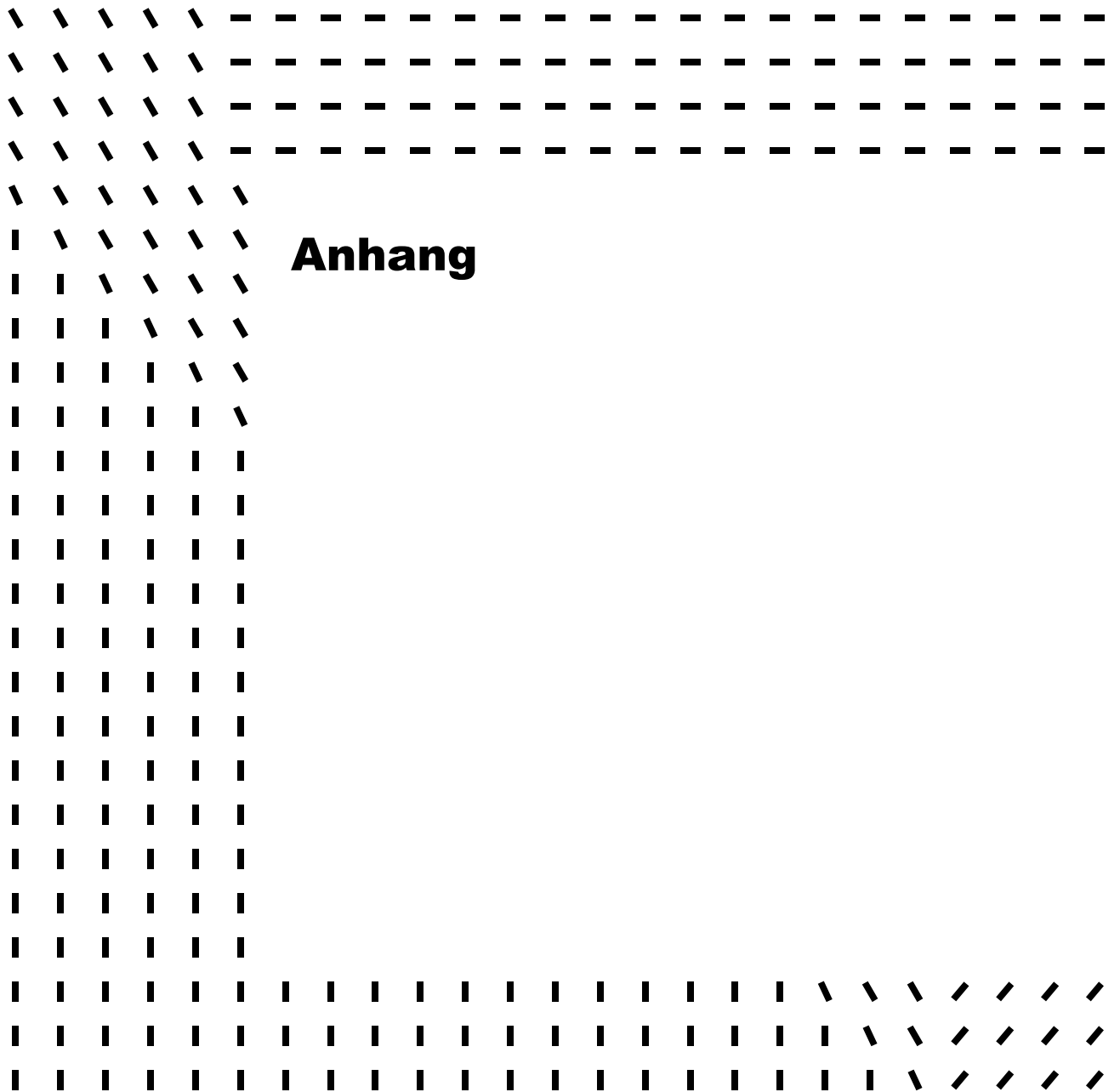


Überlegungen zu Kostenfolgen

Aufwand für TPF und für weitere Akteure für Koordination und Erarbeitung

Quelle: Darstellung Interface.

Legende: * mit Ausbildung im Bereich der Rauchstoppperatung.



Anhang

A 1 Zentrale Fragestellungen

DA 1: Zielsetzungen und zentrale Fragestellungen

<i>Zielsetzungen</i>	<i>Zentrale Fragestellungen</i>
Ziel 0 – Operationalisierung Konzepte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Arten von Rauchstoppperatungen sollen in der vorliegenden Untersuchung integriert werden? 2. Welche medizinischen und nicht-medizinischen Fachpersonen führen diese Beratungen primär in welchen Settings durch (Berufsgruppen, Settings und Art der Rauchstoppperatung)?
Ziel 1 – Abrechnungspraxis	<ol style="list-style-type: none"> 3. Wie werden diese Rauchstoppperatungen in der Praxis abgerechnet? 4. Welche Vor- und Nachteile bringen diese Abrechnungspraktiken mit sich? 5. Welche Finanzierungsmodelle von Rauchstoppperatungen (z.B. Leistungsaufträge, Selbstzahlende) lassen sich in der Praxis identifizieren? 6. Welche Vor- und Nachteile bringen diese Finanzierungsmodelle mit sich?
Ziel 2 – Rechtliche Grundlagen	<ol style="list-style-type: none"> 7. Welche rechtlichen Grundlagen für die Abrechnung beziehungsweise Finanzierung von Rauchstoppperatungen gibt es?
Ziel 3 – Verbesserungsmöglichkeiten	<ol style="list-style-type: none"> 8. Mit welchen Massnahmen kann die Situation der Abrechenbarkeit und Finanzierung der Rauchstoppperatungen verbessert werden? Was wäre der Vorteil der Schaffung eines Profils «Rauchstoppperater/-in» und wie könnte dadurch die Abrechnung erleichtert werden? 9. Was sind die Chancen und Risiken der einzelnen Verbesserungsvorschläge? 10. Welche groben Überlegungen sind bei der Berechnung der Kostenfolgen dieser Verbesserungsvorschläge zu berücksichtigen?

Quelle: Darstellung Interface.

A 2 Interviewpartner/-innen explorative Interviews

DA 2: Interviewpartner/-innen explorative Interviews

<i>Person</i>	<i>Institution</i>	<i>Funktion</i>
Isabella Sudano	Universitätsspital Zürich USZ; Forum Tabakprävention in Gesundheitsinstitutionen Schweiz FTGS	Leitende Ärztin, Klinik für Kardiologie; Vorstandsmitglied
Barbara Weil	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH	Leiterin Abteilung Public Health
Franca Meyer	Lungenliga Schweiz	Abteilungsleiterin Weiterbildung
Isabelle Jacot Sadowski	Unisanté	Responsable unité tabac, Département promotion de la santé et préventions, Secteur consultations cliniques et recherche

Quelle: Darstellung Interface.

A 3 Interviewpartner/-innen rechtliche und tarifarische Grundlagen

DA 3: Interviewpartner/-innen rechtliche und tarifarische Grundlagen

<i>Person</i>	<i>Institution</i>
Stefan Otto Elisabeth von Gunten	BAG, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung (KUV), Abteilung Leistungen Krankenversicherung
Maja Eckold Aline Schnyder	Curafutura

Quelle: Darstellung Interface.

A 4 Interviewpartner/-innen Berufsgruppen

DA 4: Interviewpartner/-innen Berufsgruppen

<i>Berufsgruppe</i>	<i>Person</i>	<i>Institution</i>
Fachärzteschaft	Facharzt (Kardiologie)	Spital Deutschschweiz
Fachärzteschaft	Facharzt (Pneumologie)	Spital Deutschschweiz
Hausärzteschaft	Hausärztin	Hausarztpraxis Französischsprachige Schweiz
Hausärzteschaft	Hausarzt	Hausarztpraxis Deutschsprachige Schweiz
MPA/MPK	Medizinische Praxiskoordinatorin	Gruppenpraxis Deutschsprachige Schweiz
MPA/MPK	Medizinische Praxiskoordinatorin	SVA, Hausarztpraxis Deutschsprachige Schweiz
Pflegefachpersonen in Spitälern	Pflegefachfrau	Spital Deutschsprachige Schweiz
Pflegefachpersonen in Spitälern	Leiterin Fachstelle Prävention	Spital Deutschsprachige Schweiz
Hebammen	Hebamme	Spital Französischsprachige Schweiz
Hebammen	Hebamme	Freie Praxis Deutschsprachige Schweiz
Apotheker/-innen	Apotheker	Apotheke Deutschsprachige Schweiz
Apotheker/-innen	Apothekerin	Apotheke Französischsprachige Schweiz
Psychologische Psychotherapeuten/-innen	Psychologische Psychotherapeutin	Verband Addiction Psychology Schweiz (Französischsprachige Schweiz)
Psychologische Psychotherapeuten/-innen	Psychologische Psychotherapeutin	Spital Deutschsprachige Schweiz
Selbstständige Berater/-innen	Pflegefachmann	Kantonale Lungenliga Französischsprachige Schweiz
Selbstständige Berater/-innen	Fachberaterin*	Rauchstopplinie (ganze Schweiz)
Selbstständige Berater/-innen	Leiterin Gesundheitsförderung und Prävention	Kantonale Lungenliga Deutschsprachige Schweiz
Selbstständige Berater/-innen	Responsabile servizio prevenzione e promozione della salute respiratorio	Kantonale Lungenliga Italienischsprachige Schweiz

Quelle: Darstellung Interface.

Legende: MPA = Medizinische/-r Praxisassistent/-in, MPK = Medizinische/-r Praxiskoordinator/-in, HUG = Hôpitaux Universitaires Genève, SVA = Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen; * schriftliche Beantwortung der Fragen

A 5 Tarifsysteme und -verträge unterschiedlicher Berufsgruppen

Im Mandat wurden folgende Tarifstrukturen berücksichtigt:

- Ärztliche Leistungsstruktur *Tarmed*⁴⁰
- Vorschlag zur Aktualisierung der ambulanten ärztlichen Leistungsstruktur *Tardoc*⁴¹
- *Tarif Diabetes H+* (Tarif für ambulante Diabetesberatung von H+)⁴²
- *Tarif Diabetes HSK* (Tarif betreffend Vergütung von Leistungen der Diabetesfachberatung gemäss KVG der HSK)⁴³
- *Tarif Diabetes tarifsuisse* (Tarif zur Vergütung von Leistungen der Diabetesfachberatung gemäss KVG von tarifsuisse)⁴⁴
- *Hebammenvertrag Tarifsuisse* (Tarifvertrag SHV-tarifsuisse der Hebammenleistungen in der freien Praxis)⁴⁵
- *Hebammenvertrag H+* (Tarifvertrag über die Abgeltung von nicht-ärztlichen Beratungs- und Pflegeleistungen in Spitälern von H+)⁴⁶
- Tarifvertrag «Leistungsorientierte Abgeltung (LOA IV/I)» für die Apotheker/-innen-Leistungen⁴⁷
- *Tarif 581* (Tarifvertrag betreffend ambulante, psychologische Psychotherapie auf ärztliche Anordnung HSK)⁴⁸
- *SwissDRG* für stationäre Fallpauschalen⁴⁹

⁴⁰ Rahmenvertrag *Tarmed* zwischen *santésuisse* – Die Schweizer Krankenversicherer (*santésuisse*) und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) vom 5. Juni 2002.

⁴¹ Tarifstruktur *Tardoc* 1.0 und 1.1 von *curafutura* und der FMH, am 12. Juli 2019 dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt.

⁴² Tarifvertrag für ambulante Leistungen der Diabetesberatung zwischen H+ und *santésuisse* vom 25. September 2002.

⁴³ Tarifvertrag zwischen der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft (SDG) und der Einkaufsgemeinschaft HSK AG (HSK) vom 1. Januar 2015.

⁴⁴ Nationaler Tarifvertrag betreffend Vergütung von Leistungen der Diabetesfachberatung gemäss KVG zwischen der SDG und *tarifsuisse* vom 1. Januar 2016.

⁴⁵ Vertrag zwischen dem Schweizerischen Hebammen-Verband (SHV) und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) vom 28. Dezember 1995.

⁴⁶ Tarifvertrag über die Abgeltung von nicht-ärztlichen Beratungs- und Pflegeleistungen in Spitälern zwischen H+ und *santésuisse* vom 19. Januar 2005.

⁴⁷ Tarifvertrag *LOA IV/1* zwischen dem Schweizerischen Apothekerverband (*pharmaSuisse*), der *tarifsuisse ag*, der Einkaufsgemeinschaft HSK und der CSS Kranken-Versicherung AG vom 1. Januar 2016.

⁴⁸ Tarifvertrag betreffend ambulante, psychologische Psychotherapie auf ärztliche Anordnung zwischen der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP), der Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP), dem Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie (SBAP) und H+ Die Spitälern der Schweiz (H+) vom 1. Juli 2022.

⁴⁹ Fallpauschalen-Katalog *SwissDRG*-Version 12.0. Abrechnungsversion (2023/2023). Genehmigt vom Verwaltungsrat der *SwissDRG AG* am 20. Juni 2022. Stand: 31. Mai 2023.

A 6 Teilnehmer/-innen Workshop

DA 5: Teilnehmer/-innen Workshop

<i>Person</i>	<i>Institution/Verband</i>
Jocelyne Gianini	Lega polmonare Ticinese
Sabine Giebl	Schweizerischer Hebammenverband SHV
Maria Rosa Joller	Schweizer Berufsverband Pflegefachpersonen SBK
Ineke Keizer	Addiction Psychology Schweiz
Franca Meyer	Lungenliga Schweiz
Sasha Moore	Arbeitsgemeinschaft Tabak AT Schweiz
Kevin Selby	Unisanté
Katharina Tritten Schwarz	Schweizerischer Hebammenverband SHV
Barbara Weil	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH
Quelle: Darstellung Interface.	

A 7 Relevante Tarifpositionen

Im Folgenden werden Tarifpositionen der verschiedenen Tarifstrukturen aufgeführt, die basierend auf den Erhebungen nach Ansicht des Forschungsteams relevant sein können für die Rauchstoppberatung zu Lasten der OKP. Dabei sind die Limitationen der einzelnen Tarifpositionen zu berücksichtigen, beispielsweise sind nicht alle aufgeführten Tarifpositionen kumulierbar. Einige Tarifpositionen verlangen einen spezifischen Facharztstitel oder eine ärztliche Anordnung. Es sind auch Tarifpositionen aufgeführt, die gemäss unseren Erhebungen in der Praxis verwendet werden, obwohl die rechtlichen und tarifarischen Voraussetzungen dazu möglicherweise nicht gegeben sind. Siehe dazu die Ausführungen in Kapitel 3. Die Tarifpositionen sind nach Berufsgruppe sowie – falls relevant – nach Tarifvertrag geordnet.

A 7.1 Berufsgruppe 1: Fachärzteschaft (Kardiologie/Pneumologie, spital-ambulant)

I Tarmed

In den Interviews wurden folgende Tarifpositionen (Tarmed) genannt:

- 00.0010: Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)
- 00.0020: + Konsultation bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)⁵⁰
- 00.030: + Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)
- 00.0510: Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.⁵¹ (*nur mit Facharztstitel Allgemeinarzt*⁵²)
- 00.0520: Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min. (*nur mit Facharztstitel Allgemeinarzt*)
- 00.0610: Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.⁵³
- 15.0330: CO-Gehalt Expirationsluft

I Tardoc

- AA.00.0010: Ärztliche Konsultation, erste 5 Min.
- AA.00.0020: + Ärztliche Konsultation, jede weitere 1 Min.
- AA.00.0070: Instruktion von Selbstmessungen und/oder Selbstbehandlungen durch den Arzt, pro 1 Min.
- JZ.00.0020: Psychosoziale Beratung, pro 1 Min.
- JZ.00.0010: Psychosomatische Therapie, pro 1 Min.
- TG.05.0260: CO-Gehalt, jede Methode nichtinvasiv

⁵⁰ Für einige Personengruppen gilt eine andere Tarifposition, die grosszügiger bemessene zeitliche Limitationen hat: 00.025/26: + Konsultation bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren/bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, jede weiteren 5 Min., jede weiteren 5 Min. [max. 4x/Sitzung].

⁵¹ Für einige Personengruppen gilt eine andere Tarifposition, die grosszügiger bemessene zeitliche Limitationen hat: 00.0515/16: Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren/bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, pro 5 Min.

⁵² Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktische/-r Arzt/Ärztin (sowie Pädiatrie).

⁵³ Für einige Personengruppen gilt eine andere Tarifposition, die grosszügiger bemessene zeitliche Limitationen hat: 00.0615/16: Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren/bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, pro 5 Min.

A 7.2 Berufsgruppe 2: Hausärzteschaft

I Tarmed

In den Interviews wurden keine Tarifpositionen genannt. Gemäss einer Recherche sind beispielsweise folgende Tarifpositionen relevant:

- 00.0010: Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)
- 00.0020: + Konsultation bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)⁵⁴
- 00.030: + Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)
- 00.0510: Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.⁵⁵
- 00.0520: Psychotherapeutische/psychosoziale Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.
- 00.0525: Psychosomatische Einzeltherapie, pro 5 Min.⁵⁶ *nicht kumulierbar mit 00.0510/15/16; 00.0520*
- 00.0610: Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.⁵⁷
- 15.0330: CO-Gehalt Expirationsluft

Zudem kann ein Zuschlag für hausärztliche Leistungen angewandt werden:

- 00.0015 (Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Praxis)

I Tardoc

- CA.00.0010: Hausärztliche Konsultation, erste 5 Min.
- CA.00.0020: «+» Hausärztliche Konsultation, jede weitere 1 Min.
- CA.00.0030: Hausärztliche Beratung, pro 1 Min.

A 7.3 Berufsgruppe 3: Pflegefachpersonen in Spitälern

I Diabetesberatung: Tarife Diabetes H+, Tarif Diabetes tarifsuisse und Tarif Diabetes HSK

- 7921: 1.-4. Sitzung Diabetesberatung (Tarif Diabetes H+)
- 7922: 5.-9. Sitzung Diabetesberatung (Tarif Diabetes H+)
- 7924: 1.-4. Gruppensitzungen (Tarif Diabetes H+)
- 7901: Pauschale 1. bis 4. Sitzung für Diabetesfachberatung (Tarif Diabetes tarifsuisse)
- 7902: Pauschale 5. bis 10. Sitzung für Diabetesfachberatung (Tarif Diabetes tarifsuisse)
- Diabetesfachberatung Sitzungspauschale (Tarif Diabetes HSK)

⁵⁴ Für einige Personengruppen gilt eine andere Tarifposition, die grosszügiger bemessene zeitliche Limitationen hat: 00.025/26: + Konsultation bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren/bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, jede weiteren 5 Min., jede weiteren 5 Min. [max. 4x/Sitzung].

⁵⁵ Für einige Personengruppen gilt eine andere Tarifposition, die grosszügiger bemessene zeitliche Limitationen hat: 00.0515/16: Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren/bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, pro 5 Min.

⁵⁶ Voraussetzung ist der Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM).

⁵⁷ Für einige Personengruppen gilt eine andere Tarifposition, die grosszügiger bemessene zeitliche Limitationen hat: 00.0615/16: Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren/bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, pro 5 Min.

A 7.4 Berufsgruppe 4: MPA/MPK**I Tarmed**

In den Interviews wurden die untenstehenden Tarifpositionen genannt, die auf ärztliche Anordnung im Rahmen von «Chronic Care Management» genutzt werden. Bereits in den Interviews wurde darauf hingewiesen, dass diese Tarifpositionen tarifarisch nicht für die Leistungen von MPA/MPK vorgesehen sind, siehe dazu die Ausführungen in Abschnitt 4.5.

- 00.1430: Nicht-ärztliche Behandlung und Betreuung ambulanter, onkologischer/hämatologischer/diabetologischer Patienten, erste 15 Min.
- 00.1440: + nicht-ärztliche Behandlung und Betreuung ambulanter, onkologischer/hämatologischer/diabetologischer Patienten, jede weiteren 15 Min.
- 00.1370 Nachbetreuung/Betreuung/Überwachung in der Arztpraxis bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 15 Min, max. 4x/Sitzung

I Tardoc (nur MPK)

- AK.05.0010: Nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Asthma oder COPD, pro 1 Min.
- AK.05.0020: Nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Diabetes mellitus, pro 1 Min.
- AK.05.0030: Nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements bei Herzinsuffizienz oder koronaren Herzkrankheiten, pro 1 Min.
- AK.05.0040: Nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen des delegierten Chronic Care Managements Rheuma, pro 1 Min.

A 7.5 Berufsgruppe 5: Hebammen

Gemäss Interviewaussagen und einer Recherche können folgende Tarifpositionen angewandt werden, falls die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- 51.1030: Betreuung bei Risikoschwangerschaft (Hebammenvertrag H+)
- A3: Betreuung bei Risikoschwangerschaft (Hebammenvertrag Tarifsuisse)

A 7.6 Berufsgruppe 6: Apotheker/-innen

Keine relevanten Tarifpositionen

A 7.7 Berufsgruppe 7: Psychologische Psychotherapeuten/-innen**I Tarif 581**

- PA010: Diagnostik und Therapie mit einem Patienten in Anwesenheit
- PE010: Vor- und Nachbereitung der Therapiesitzung