



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung

Änderungen per 1. Januar 2017

Inhalt der Änderungen und Kommentar

Bern, im Oktober 2017

I. Allgemeiner Teil

1. Ausgangslage

1.1. Anpassung der Verordnung

Der Bundesrat verfügt grundsätzlich über zwei subsidiäre Kompetenzen betreffend Einzelleistungstarifstrukturen, diejenige zur Festlegung von Einzelleistungstarifstrukturen nach Artikel 43 Absatz 5 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) sowie diejenige zur deren Anpassung nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} KVG.

Da im Bereich der physiotherapeutischen Leistungen ab 1. Januar 2018 keine gesamtschweizerisch vereinbarte einheitliche Einzelleistungstarifstruktur mehr besteht, muss diese Einzelleistungstarifstruktur nach Artikel 43 Absatz 5 vom Bundesrat festgelegt werden, um einen tarifstrukturlosen Zustand zu verhindern. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen nimmt der Bundesrat seine subsidiäre Kompetenz zur Anpassung von Einzelleistungstarifstrukturen nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} KVG wahr und passt die revisionsbedürftige Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED), Version 1.08, per 1. Januar 2018 an. Da es per 1. Januar 2018 keine von allen Tarifpartnern gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur mehr gibt, muss die durch den Bundesrat angepasste Tarifstruktur gleichzeitig nach Artikel 43 Absatz 5 KVG als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen festgelegt werden. Entsprechend dem Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts vom 28. August 2014 ist eine hoheitliche Festlegung einer Tarifstruktur durch den Bundesrat generell-abstrakter Natur und muss daher in Verordnungsform erfolgen (C-2461/2013, C-2468/2013, Erwägung 5.5.3).

Der Bundesrat hat am 20. Juni 2014 mit der Verabschiedung der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (SR 832.102.5) ein erstes Mal von seiner subsidiären Kompetenz nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} KVG Gebrauch gemacht und die Einzelleistungstarifstruktur TARMED angepasst. Die Verordnung trat am 1. Oktober 2014 in Kraft.

Da im Bereich der physiotherapeutischen Leistungen seit dem 1. Oktober 2016 keine gesamtschweizerisch vereinbarte einheitliche Einzelleistungstarifstruktur mehr besteht, musste diese Einzelleistungstarifstruktur nach Artikel 43 Absatz 5 KVG vom Bundesrat festgelegt werden, um einen tarifstrukturlosen Zustand zu verhindern. Die Festlegung wurde befristet bis Ende 2017. Mit Entscheid vom 23. November 2016 wurde die Verordnung vom 20. Juni 2014 über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung daher derart geändert, dass sie neu beide subsidiäre Kompetenzen des Bundesrates zu den Einzelleistungstarifstrukturen, das heisst sowohl die Kompetenz zur Festlegung von Einzelleistungstarifstrukturen nach Artikel 43 Absatz 5 KVG als auch die Kompetenz zur deren Anpassung nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} KVG beinhaltet (AS 2016 4635). Zudem wurden die im Jahr 2014 erlassenen Bestimmungen zur Tarifstruktur TARMED in der Verordnung für ein Jahr aufgehoben, da der Bundesrat gleichzeitig eine bis Ende 2017 befristete Vereinbarung der Tarifpartner betreffend der Anwendung der Version 1.08_BR (d.h. die seit 1. Oktober 2014 gültige Tarifstruktur TARMED) genehmigt hatte. Diese Vereinbarung wurde notwendig, da H+ den Rahmenvertrag zu TARMED mit santésuisse per Ende 2016 gekündigt hat und damit auch im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen die Gefahr eines tarifstrukturlosen Zustands (in dem Sinne, dass es keine von allen Tarifpartnern gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur mehr gibt) per 1. Januar 2017 drohte (siehe auch Punkt 1.2.).

Die Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (AS 2016 4635) beinhaltet in ihrer aktuellen Fassung somit lediglich die Festlegung der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen nach Artikel 43 Absatz 5 KVG bis Ende 2017. Mit vorliegender Änderung der Verordnung wird nun die revisionsbedürftige Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED), Version 1.08 – vereinbart im Rahmenvertrag inkl. Anhänge zwischen santésuisse und FMH vom 20. Juni 2002 und vom Bundesrat genehmigt am 30. September 2002 – per 1. Januar 2018 angepasst und die angepasste Tarifstruktur gleichzeitig als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen festgelegt. Zudem wird die Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen erneut festgelegt, um einen tarifstrukturlosen Zustand ab dem 1. Januar 2018 zu verhindern.

1.2. Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED)

TARMED („tarif médical“) stellt die nach Artikel 43 Absatz 5 KVG gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen dar. Die Tarifstruktur TARMED umfasst insgesamt etwa 4500 Tarifpositionen mit Bewertungen der ärztlichen Leistungen (AL) und der Infrastruktur (technische Leistung (TL)) in Form von Taxpunkten. Die Taxpunkte werden anhand der Kosten einer bestimmten Leistung berechnet und legen die Relation der Leistungen zueinander fest. Die Taxpunkte der AL legen die Vergütung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes fest. Sie berechnen sich durch Multiplikation des Kostensatzes AL (Kosten pro Minute) mit den pro Tarifposition hinterlegten Minutagen (Minutage für Leistung im engeren Sinn, Vor- und Nachbereitung und Berichtserstellung). Die Kostensätze AL sind abhängig vom Bruttojahreseinkommen der Ärztin bzw. des Arztes, dem Bruttojahreseinkommen der Assistenzärztin bzw. des Assistenzarztes, der Jahresarbeitszeit, der quantitativen Dignität der jeweiligen Tarifposition sowie der entsprechend der funktionalen Einheit (Sparte) zugewiesenen Produktivität. Die Taxpunkte der TL berechnen sich ebenfalls durch Multiplikation des Kostensatzes TL (Kosten pro Minute) mit den pro Tarifposition hinterlegten Minutagen (Minutage für Raumbellegung sowie Minutage für Wechsel). Die Kostensätze hängen ihrerseits von den jährlichen Infrastrukturkosten (insbesondere abhängig von: Ausstattung mit Geräten sowie ihre Anschaffungskosten, Amortisation, Grösse der Räume, kalkulatorischer Zins), den Kosten für nichtärztliches Personal (insbesondere abhängig von: Personalausstattung, Löhne, produktive Arbeitszeit, Sozialabgaben), den Materialkosten sowie der jährlichen Betriebszeit der jeweiligen Sparte ab. Die Tarifstruktur TARMED wurde unter der Annahme eines nationalen, hypothetischen Taxpunktwerts von 1 Franken berechnet. Obwohl die Tarifstruktur einheitlich ist, kann der Taxpunktwert variieren, da er auf kantonaler Ebene von den Tarifpartnern verhandelt wird und von den zuständigen kantonalen Behörden genehmigt werden muss.

Die Tarifpartner haben die Tarifstruktur TARMED im Rahmenvertrag inkl. Anhänge zwischen santésuisse und H+ vom 17. Mai 2002 und im Rahmenvertrag inkl. Anhänge zwischen santésuisse und FMH vom 20. Juni 2002 vereinbart. Auf Antrag der Tarifpartner hat der Bundesrat am 30. September 2002 die Rahmenverträge inklusive die TARMED Tarifstruktur Version 1.1 genehmigt und als gesamtschweizerisch einheitliche Einzelleistungstarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen festgelegt. Die bis dahin kantonal unterschiedlichen Arzttarife sowie der Spitalleistungskatalog (SLK) wurden somit durch eine gesamtschweizerisch einheitliche Struktur ersetzt. Die Tarifpartner haben seitdem einzelne Tarifpositionen des TARMED angepasst und dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt, die Tarifstruktur wurde jedoch nie gesamthaft revidiert. Die letzte Genehmigung durch den Bundesrat einer solchen Anpassung durch die Tarifpartner erfolgte am 15. Juni 2012, es handelte sich um die Version 1.08 der Tarifstruktur. Mit der Verabschiedung der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung am 20. Juni 2014 strebte der Bundesrat primär ein Deblockieren der Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern an, um nach Artikel 43 Absatz 6 KVG eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu erreichen.

Der Revisionsbedarf der Tarifstruktur TARMED ist grundsätzlich unbestritten. Der Grundsatz der Tarifautonomie besagt, dass es zunächst Sache der Tarifpartner ist, die Tarife in Verträgen zu vereinbaren. Ein Teil der Tarifpartner (FMH, H+ und später auch curafutura) arbeitete daher seit mehreren Jahren an einer Gesamtrevision der Tarifstruktur TARMED. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) begleitete diesen Prozess stetig und macht die Tarifpartner wiederholt auf die Rahmenbedingungen für die Genehmigung einer gemeinsam eingereichten Tarifstruktur aufmerksam. Mit Schreiben vom 2. Juni 2015 hat zudem der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) im Auftrag des Bundesrates den Tarifpartnern die Rahmenbedingungen betreffend Revision der Tarifstruktur TARMED kommuniziert. Die Tarifpartner haben es jedoch, entgegen ihrer Ankündigung gegenüber dem EDI und dem BAG nicht geschafft, per Ende Juni 2016 eine revidierte Tarifstruktur einzureichen.

Am 30. Juni 2016 hat H+ dem Vorsteher des EDI die revidierte Tarifstruktur ohne Beteiligung der anderen Tarifpartner zur Information eingereicht und den im Jahr 2002 mit santésuisse vereinbarten Rahmenvertrag per Ende 2016 gekündigt. Durch diese Kündigung ergab sich im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen die Gefahr eines tarifstrukturlosen Zustands (in dem Sinne, dass es keine von allen Tarifpartnern gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur mehr gibt) per 1. Januar 2017. Um die Rechtssicherheit für die Tarifpartner sowie die Stabilität der Tarife für die Versicherten zu garantieren, hat der

Vorsteher des EDI die Tarifpartner aufgefordert, rasch eine Vereinbarung zu treffen, um die Gültigkeit der bestehenden Tarifstruktur für eine befristete Zeit aufrecht zu erhalten.

Am 15. September 2016 haben die Tarifpartner die Anwendung der Tarifstruktur TARMED Version 1.08_BR (d.h. die seit 1. Oktober 2014 gültige Tarifstruktur TARMED, welche die am 15. Juni 2012 vom Bundesrat genehmigte Version 1.08 sowie die vom Bundesrat am 20. Juni 2014 verordneten Anpassungen dieser Struktur beinhaltet) vereinbart und diese Vereinbarung anschliessend dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet. Mit der Genehmigung der Vereinbarung vom 15. September 2016 durch den Bundesrat am 23. November 2016 verloren Artikel 2 der Verordnung vom 20. Juni 2014 sowie der Anhang betreffend der Anpassungen des TARMED (Anhang 1) ihre Existenzberechtigung, da ihr Inhalt bereits in der vereinbarten und genehmigten Tarifstruktur TARMED 1.08_BR integriert war. Diese Bestimmungen wurden daher für die Gültigkeitsdauer der genehmigten Vereinbarung, d.h. vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017, aufgehoben (AS 2016 4635).

Im Sinne der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben liegt damit – unabhängig von der Befristung bis Ende 2017 – jedoch keine langfristige Lösung vor. Der Revisionsbedarf der Tarifstruktur TARMED ist nach wie vor zwingend gegeben. Die Weiterführung der aktuell gültigen Tarifstruktur TARMED versteht sich daher als Übergangslösung bis zum Inkrafttreten einer Totalrevision der Tarifstruktur, die vom Bundesrat nach Massgabe von Artikel 46 Absatz 4 i.V. mit Artikel 43 Absatz 5 KVG genehmigt wird bzw. bis zur erneuten Anpassung der Tarifstruktur nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} KVG sowie allenfalls Festlegung einer Tarifstruktur als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen durch den Bundesrat nach Artikel 43 Absatz 5 KVG. Der Vorsteher des EDI hat deshalb den Tarifpartnern mit Schreiben vom 1. Juli 2016 im Sinne der Tarifautonomie eine Frist bis Ende Oktober 2016 gewährt, um sich auf eine genehmigungsfähige revidierte Tarifstruktur zu einigen. Sollte eine entsprechende Einigung nicht möglich sein, wurden die Tarifpartner aufgefordert, innert derselben Frist gemeinsam oder auch individuell Vorschläge zur Anpassung der in der aktuellen Tarifstruktur übertarifierten Bereiche einzureichen. Seit dem Eingriff im Jahr 2014 hatte das BAG gegenüber den Tarifpartnern mündlich in Sitzungen oder auch schriftlich im Anschluss an die Sitzungen festgehalten, dass mit oder ohne Gesamtrevision übertarifizierte Leistungen in gewissen hinlänglich bekannten Bereichen des TARMED zu korrigieren seien. Hinweise für übertarifizierte Leistungen gebe es insbesondere in folgenden medizinischen Bereichen: Radiologie, Radiotherapie, Ophthalmologie, Urologie, ambulante Chirurgie, einige Bereiche der Dermatologie und der Otorhinolaryngologie.

Die Tarifpartner haben per Ende Oktober 2016 keinen gemeinsamen Antrag auf Genehmigung einer gesamt- oder teilrevidierten Tarifstruktur eingereicht. curafutura reichte am 28. Oktober 2016 Vorschläge zur Anpassung der aktuell gültigen Tarifstruktur ein. Am gleichen Tag unterbreiteten santésuisse und die fmch tarifUNION (welche die chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften repräsentiert) einen Vorschlag zur Pauschalierung auf Basis des bestehenden TARMED. Der Spitalverband H+ hat am 3. November 2016 eine totalrevidierte Tarifstruktur zur Festsetzung durch den Bundesrat eingereicht. Sie entspricht grundsätzlich der bereits im Juni eingereichten Struktur von H+, welche sie seither aber noch angepasst haben.

Das BAG als zuständiges Fachamt wurde beauftragt, Anpassungen an der bisher gültigen Tarifstruktur vorzubereiten und dem Bundesrat anschliessend diese Anpassungen zur Verabschiedung vorzulegen. Im Vordergrund der Anpassungen sollten dabei medizinische Leistungen, die aktuell als übertarifiert erachtet werden, stehen. Die von den Tarifpartnern eingereichten Vorschläge sollten geprüft und soweit möglich und mit Datengrundlagen gestützt berücksichtigt werden. Da die Tarifpartner ihre Vereinbarung zur Anwendung der Tarifstruktur TARMED Version 1.08_BR auf ein Jahr beschränkt haben, sollte eine Inkraftsetzung der Ordnungsänderung per 1. Januar 2018 angestrebt werden.

1.3. Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen

Die Kündigung des mit dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK, später santésuisse) vereinbarten gesamtschweizerischen Tarifvertrags durch physioswiss (Nachfolgeorganisation des SPV) hatte zur Folge, dass die einheitliche Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen ungültig wurde (C-2461/2013, C-2468/2013, E. 5.5.3). Deshalb vereinbarten die Tarifpartner der Physiotherapie (physioswiss, SVFP, H+, santésuisse und curafutura) im Vertrag vom 1. Februar 2015, der

vom Bundesrat am 29. April 2015 genehmigt wurde, die bis anhin geltende Tarifstruktur bis am 31. Dezember 2015 zu verlängern. Im Oktober 2015 einigten sich diese Tarifpartner darauf, den Vertrag vom 1. Februar 2015 bis am 30. September 2016 zu verlängern. Der Bundesrat hat diese Verlängerung am 18. Dezember 2015 genehmigt.

Im Verlauf von 2016 wurden dem Bundesrat verschiedene Tarifstrukturen zur Kenntnis, zur Festlegung oder zur Genehmigung unterbreitet. Mit Schreiben vom 14. Juli 2016 stellten physioswiss und der Schweizerische Verband Freiberuflicher Physiotherapeuten (SVFP) dem Bundesrat je separat eine leicht angepasste Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen zu. Am 15. Juli 2016 unterbreitete santésuisse dem Bundesrat eine aus Revisionsarbeiten der Tarifpartner und Verhandlungen zwischen H+, curafutura und santésuisse hervorgegangene Tarifstruktur lediglich zur Information. Am 15. August 2016 unterbreiteten H+ und curafutura dem Bundesrat einen bilateralen nationalen Vertrag mit einer Tarifstruktur für den Bereich der Physiotherapie zur Genehmigung, die identisch mit der von santésuisse vorgelegten Tarifstruktur war. Diese Vorschläge der Tarifpartner wurden zu spät eingereicht, um noch geprüft werden zu können und am 1. Oktober 2016 in Kraft zu treten. Zudem erfüllten sie die Vorgabe der Einheitlichkeit einer Tarifstruktur nach Artikel 43 Absatz 5 KVG nicht.

Gestützt auf Artikel 43 Absatz 5 KVG entschied der Bundesrat am 23. November 2016, die Tarifpositionen aus der bis am 30. September 2016 geltenden Tarifstruktur als einheitliche Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen bis am 31. Dezember 2017 festzulegen. Mit dieser Lösung sollte nicht nur ein tarifstrukturloser Zustand verhindert und die Rechtssicherheit für die Tarifpartner und die Stabilität der Tarife für die Versicherten gewährleistet werden, sondern den Tarifpartnern auch Gelegenheit gegeben werden, eine Einigung zu erzielen. Der Bundesrat kündigte an, selber eine Prüfung der festgelegten Tarifstruktur vorzunehmen, um deren Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben zu prüfen und gegebenenfalls, unter gebührender Berücksichtigung der Vorschläge der Tarifpartner, die nötigen Korrekturen anzubringen, falls sich die Tarifpartner nicht innert angemessener Frist einigen könnten.

Obwohl die Tarifpartner der Physiotherapie seit mehreren Jahren an einer Revision der Tarifstruktur arbeiten, konnten sie bis heute keine gemeinsame Vereinbarung erzielen. Die Voraussetzungen nach Artikel 43 Absatz 5 KVG, die den Bundesrat berechtigen, eine einheitliche Tarifstruktur für die physiotherapeutischen Leistungen festzulegen, sind somit erneut erfüllt. Der Bundesrat hat eine Prüfung der bis am 31. Dezember 2017 geltenden Tarifstruktur vorgenommen und legt nun eine angepasste Tarifstruktur fest, mit dem Ziel, deren Vereinbarkeit mit den gesetzlichen Vorgaben im Tarifbereich zu verbessern. Die Anpassungen tragen soweit möglich auch den Vorschlägen der Tarifpartner Rechnung. Die Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen ist zeitlich nicht befristet. Die Festlegung der Tarifstruktur stellt somit eine stabile Übergangslösung dar, bis von den Tarifpartnern eine neue, den KVG-Vorgaben entsprechende Tarifstruktur vereinbart, dem Bundesrat vorgelegt und von diesem genehmigt wird. Sie hat zum Ziel, einen tarifstrukturlosen Zustand in diesem Bereich zu verhindern, um die Rechtssicherheit für die Tarifpartner sowie die Stabilität der Tarife für die Versicherten zu gewährleisten.

2. Grundzüge der Verordnungsänderung

2.1. Allgemeine Erläuterungen

Die subsidiären Kompetenzen des Bundesrates nach Artikel 43 Absatz 5 und Absatz 5^{bis} KVG gelten für alle gesamtschweizerisch einheitlichen Einzelleistungstarifstrukturen. Aufgrund der Einheitlichkeitsanforderung nach Artikel 43 Absatz 5 KVG kommt die Tarifstruktur für alle davon betroffenen Leistungserbringer zur Anwendung, unbesehen davon, ob sie einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen haben oder einem solchen beigetreten sind, sobald sie ihre Leistungen mit einem Einzelleistungstarif abrechnen.

Die subsidiären Kompetenzen sind so auszulegen, dass der Bundesrat gerade so viel regelt, wie für das Bestehen einer Struktur notwendig ist, um den Vorrang der Tarifautonomie so weit wie möglich zu berücksichtigen. Der Bundesrat hat zudem einzig eine Kompetenz zur Festlegung bzw. Anpassung der Einzelleistungstarifstruktur. Taxwertpunkte kann der Bundesrat hingegen nicht festsetzen. Diese können einzig von den Tarifpartnern – als nationale oder kantonale Werte – vereinbart oder im Streitfall von den Kantonsregierungen nach Artikel 47 KVG festgesetzt werden.

Die folgenden Ausführungen gelten sowohl für die Festlegung einer Einzelleistungstarifstruktur nach Artikel 43 Absatz 5 KVG, sowie auch für die Anpassung von Einzelleistungstarifstrukturen nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} KVG.

Die subsidiären Kompetenzen des Bundesrates ermöglichen Eingriffe bei allen Einzelleistungstarifstrukturen im Anwendungsbereich der sozialen Krankenversicherung. Der Unterhalt und die Pflege der jeweiligen Tarifstrukturen obliegen nach wie vor den Tarifpartnern. Die Versicherer sind insbesondere nach Artikel 42 Absatz 3 KVG verpflichtet, die Abrechnungen der Leistungserbringer und somit auch die abgerechneten Leistungen auf Grundlage der in dieser Verordnung festgelegten bzw. angepassten Einzelleistungstarifstrukturen zu überprüfen. Die Verordnung hält daher allgemeine und besondere Bestimmungen zu den jeweiligen Einzelleistungstarifstrukturen fest. Die vom Bundesrat nach Artikel 43 Absätze 5 und 5^{bis} KVG festgelegte oder angepasste Einzelleistungstarifstruktur wird in der Verordnung jeweils spezifiziert. Je nach Fall wird die vom Bundesrat festgelegte Tarifstruktur oder die vorgenommenen Anpassungen an der Tarifstruktur als Anhang hinzugefügt. Für eine Tariffestsetzung durch den Bundesrat gelten gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung die Tarifgestaltungsgrundsätze genauso wie für Tarifverträge (Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts, C-4308/2007, Erwägung 3.1, in Bezug auf kant. Ersatztarife.). Bei der Festlegung ist insbesondere dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit Rechnung zu tragen (Art. 46 Abs. 4 KVG). So legt Artikel 43 Absatz 4 KVG fest, dass bei der Festlegung der Tarife auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur zu achten ist, wobei das Ziel darin besteht, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu erreichen (Art. 43 Abs. 6 KVG). Bei der Festlegung eines Tarifs ist somit, unter Beachtung von Artikel 59c Absatz 1 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) zu beurteilen:

- ob der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung deckt (Bst. a);
- ob der Tarif höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten deckt (Bst. b);
- ob ein Wechsel des Tarifmodells (keine) Mehrkosten verursacht (Bst. c).

Eine Struktur kann als sachgerecht bezeichnet werden, wenn sie auf einem kohärenten Tarifmodell beruht und sich auf betriebswirtschaftlich bemessene Parameter abstützt sowie die vorgenannten Vorgaben erfüllt.

Die Tariffestsetzung ist im Unterschied zur Tarifgenehmigung jedoch auch eine gestalterische Aufgabe, bei deren Wahrnehmung der festsetzenden Behörde ein Ermessenspielraum zukommen kann. In Bezug auf die kantonale Praxis wird betont, „dass die Behörde bei der Festsetzung des Ersatztarifs durchaus einen strengen Massstab anlegen darf und soll, geht es doch darum, den in Artikel 43 Absatz 6 KVG genannten Zielen nachzukommen (...), aber auch einen Anreiz zu schaffen, dass sich die Tarifpartner auf eine autonome Konfliktlösung besinnen (Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts, C-4308/2007, Erwägung 3.2.). Bei der behördlichen Tariffestlegung kann und soll daher das Gebot der Wirtschaftlichkeit auch im Dienst der Kosteneindämmung in der Krankenversicherung stehen und insbesondere medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitungen entgegenwirken.

Die Festlegung einer Tarifstruktur umfasst die generell-abstrakte Festlegung eines Einzelleistungstarifs in dem Sinne, dass der Wert von einzelnen Leistungen in Form von Taxpunkten in einem bestimmten Verhältnis zueinander festgelegt wird. Die Multiplikation der Taxpunkte mit einem Taxpunktwert ergibt die konkrete Vergütung, die in Rechnung gestellt werden kann (Art. 43 Abs. 2 Bst. b KVG). Die Kompetenz zur hoheitlichen Tariffestsetzung umfasst neben der Bestimmung der Preise auch die abstrakte Umschreibung der damit abgegoltenen Leistungen und jene übrigen Vorschriften im Sinne von Modalitäten, die bei der Ausstellung einer Rechnung im Einzelfall berücksichtigt werden müssen, damit die Höhe des geschuldeten Betrages ordnungsgemäss errechnet und geltend gemacht werden kann ((ZH) Spitaltarif, BRE 19.12.2001; RKUV 4/2002 309; bestätigt in (TG) Spitaltarif, BRE 26.6.2002; RKUV 6/2002, 480). In der Sache ist im vertragslosen Zustand die hoheitliche Regelung von Modalitäten soweit zulässig, als diese die zwingenden Vorschriften des KVG beachten und sachlich notwendig sowie geeignet sind, um den mit ihnen verfolgten Zweck (z.B. ordnungsgemässe Rechnungsstellung) zu erreichen.

2.2. Anpassung der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED)

2.2.1. Erläuterungen zum Umfang

Der Bundesrat kann gestützt auf Artikel 33 Absatz 1 KVG die von Ärzten und Ärztinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden. Dieses Konzept beruht auf der im Einzelfall widerlegbaren Vermutung, dass Ärzte und Ärztinnen wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlungsmethoden anwenden. Mit der Festlegung nach Artikel 43 Absatz 5 KVG der nach Artikel 43 Absatz 5^{bis} KVG angepassten Tarifstruktur als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen durch den Bundesrat wird von dieser gesetzlichen Pflichtleistungsvermutung nicht abgewichen. Die Tarifstruktur enthält nach wie vor keine umfassende und abschliessende Aufzählung der ärztlichen Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 in Verbindung mit Artikel 33 Absatz 1 KVG. Ebenso ist es möglich, dass eine aufgeführte Leistung mangels Pflichtleistungscharakter von der OKP nicht übernommen wird.

Die gesetzliche Grundlage für die Kostenübernahme von Leistungen der sozialen Krankenversicherung, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, stellt das KVG dar. Nähere Ausführungen hierzu, auch was allfällige Limitierungen und Interpretationen betrifft, finden sich in der KVV, die ergänzt wird durch die Bestimmungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 des Eidgenössischen Departements des Innern (KLV; SR 832.112.31).

2.2.2. Erläuterungen zum Inhalt der Anpassungen

Die Verordnung passt die Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED), Version 1.08 – vereinbart im Rahmenvertrag inkl. Anhänge zwischen santésuisse und FMH vom 20. Juni 2002 und vom Bundesrat genehmigt am 30. September 2002 – per 1. Januar 2018 an und legt diese gleichzeitig als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen fest. Die Anpassungen an der Tarifstruktur sind im Anhang 1 dieser Verordnung aufgeführt.

Wie unter Punkt 1.2. erwähnt, haben die Tarifpartner im Herbst 2016 individuell Vorschläge für Anpassungen in der aktuell gültigen Tarifstruktur TARMED Version 1.08_BR eingereicht. Diese Vorschläge sowie in der Zwischenzeit vorgenommene Recherchen und Analysen, ermöglichen es, heute einen erneuten und differenzierteren Eingriff in die Tarifstruktur vorzunehmen als es im Jahr 2014 möglich war.

Aus Sicht der Prämienzahler ist es wichtig, dass die in einer Tarifstruktur abgebildeten Leistungen wirtschaftlich tarifiert sind, da sonst Fehlanreize entstehen, unnötige medizinische Leistungen erbracht werden, die Kosten weiter steigen und nicht zuletzt auch die Versorgungsqualität schlechter werden wird. Die fehlende Sachgerechtigkeit der heutigen Tarifstruktur wird von den Tarifpartnern im Grundsatz anerkannt. Eine Zielsetzung der vorliegenden Änderungen an der Tarifstruktur muss daher die Wiederherstellung oder zumindest die Verbesserung der Sachgerechtigkeit sein, d.h. dass die Vergütung der verschiedenen Leistungen untereinander in einer angemesseneren Relation steht. Auch muss auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife geachtet werden, d.h. das Primat einer aufwand- und verursachergerechten Entschädigung der Leistungen eingehalten werden. Die durch den Bundesrat angepasste und festgelegte Tarifstruktur muss dem Gebot von Wirtschaftlichkeit und Billigkeit entsprechen. Dies bedeutet, dass bei gleichem Leistungsangebot (gleiche Qualität und Menge der erbrachten Leistungen) grundsätzlich keine Kostensteigerungen resultieren dürfen. Ausgewiesene Kostensenkungen (z.B. aufgrund der Reduktion von Operationszeiten) müssen ins Tarifmodell einfließen.

Bei vorliegenden Anpassungen an der Tarifstruktur durch den Bundesrat handelt es sich nicht um eine einheitliche Gesamtrevision der Tarifstruktur. Im Sinne des Vorrangs der Tarifautonomie ist eine komplett neue, noch nie angewandte Tarifstruktur von den Tarifpartnern zu vereinbaren und zur Genehmigung durch den Bundesrat einzureichen. Bei den vorliegenden Änderungen an der Tarifstruktur TARMED geht es daher insbesondere darum, übertarifierte Leistungen in gewissen Bereichen des TARMED zu korrigieren und dadurch die Tarifstruktur sachgerechter zu machen, so dass sie die Vorgaben des KVG besser erfüllt. Zudem werden durch die Tarifstruktur entstandene Anreize zur vermehrten oder unsachgemässen Abrechnung gewisser Positionen korrigiert.

Die vertiefte Überprüfung der Tarifstruktur hat ergeben, dass Übertarifierungen insbesondere in folgenden -techniklastigen oder invasiven- Bereichen zu finden sind: Radiologie, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Gastroenterologie, Radio-Onkologie und Strahlentherapie, Kardiologie, Plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie, Anästhesiologie, Nuklearmedizin, Handchirurgie, Neurologie, Ophthalmologie, Angiologie.

Aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts ist davon auszugehen, dass die in den Berechnungsmodellen hinterlegten Produktivitäten und Minutagen insbesondere in diesen Bereichen nicht mehr korrekt sind. Auch haben sich die Gerätepreise in diesen Bereichen seit den 90er Jahren stark verändert, die meisten sind deutlich gesunken.

Seit Einführung des TARMED kann eine starke Entwicklung der ambulanten Konsultationen bei den Spezialisten von 33% (2005 – 2014, SASIS AG Datenpool) festgestellt werden. Im Vergleich dazu betrug die Zunahme bei den Grundversorgern lediglich 13%. Auch die Kosten pro Konsultation stiegen im gleichen Zeitraum bei den Spezialisten mit 32% deutlich stärker an als bei den Grundversorgern mit 20%. Die Bruttoleistungen TARMED nahmen von 2010 bis 2014 bei den Grundversorgern um 11% zu, bei den Spezialisten um 29% und bei den Spitälern um 30% (SASIS AG Datenpool). Diese Entwicklungen sowie die Tatsache, dass die Einkommensunterschiede zwischen den technischen Fachspezialitäten und den Grundversorgern seit Einführung des TARMED im Jahr 2004 zu- statt wie beabsichtigt abgenommen haben, verstärken die Vermutung von Übertarifierungen in gewissen spezialisierten Fachgebieten.

Die vorgenommenen Anpassungen an der Tarifstruktur TARMED durch den Bundesrat stellen eine Übergangslösung dar, bis von den Tarifpartnern eine den KVG-Vorgaben entsprechende Lösung vereinbart, dem Bundesrat vorgelegt und von diesem genehmigt worden ist. Die Tarifpartner sind aufgefordert, die gewonnene Zeit zu nutzen, um eine Einigung betreffend der künftigen Tarifstruktur zu finden.

Die Anpassungen aus dem Jahr 2014 werden weitergeführt, da sie vom Bundesrat mit Entscheid vom 20. Juni 2014 verabschiedet wurden. Aktuell sind diese ebenso Inhalt der bis Ende 2017 befristeten Vereinbarung der Tarifpartner betreffend der Anwendung der Version 1.08_BR. Es ist daher davon auszugehen, dass die Anpassungen von den Tarifpartnern als sachgerecht akzeptiert wurden. Mit den Anpassungen, die der Bundesrat im Jahr 2014 vorgenommen hat, wurde primär ein Deblockieren der Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern angestrebt. Es wurde eine Zuschlagsposition (00.0015) für die Leistungserbringergruppen Allgemeine Innere Medizin, praktischer Arzt, Kinder und Jugendmedizin in der Arztpraxis im Wert von 10 Taxpunkten für die ärztliche Leistung (TP AL) eingeführt sowie die Bewertung der Taxpunkte der technischen Leistung (TP TL) für Tarifpositionen von 13 Kapiteln¹ um 8.5% gesenkt, um die Produktivitätsgewinne in diesen Bereichen zumindest teilweise zu kompensieren. Die Datenlage präsentierte sich so, dass nur die Tarifpartner in der Lage sind, die exakten Verhältnisse der Produktivitätsgewinne je Leistung zu ermitteln. Die dem Bundesrat zur Verfügung stehenden Daten erlaubten es ihm nicht, auf Ebene der einzelnen Leistungspositionen differenzierte Eingriffe vorzunehmen. Mit einer linearen Kürzung sollte aber auch bewusst möglichst wenig in die Tarifstruktur eingegriffen werden. Die Kürzungen wurden zeitlich zwar nicht befristet, waren jedoch als Übergangsmassnahme bis zum Inkrafttreten einer Totalrevision der Tarifstruktur, die vom Bundesrat nach Massgabe von Artikel 46 Absatz 4 i.V. mit Artikel 43 Absatz 5 KVG genehmigt wird, zu verstehen. Die Anpassungen sollten bis zu der damals von einigen Tarifpartnern angekündigten Gesamtrevision Ende 2015 grundsätzlich zu einer stärkeren Gewichtung der intellektuellen ärztlichen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen beitragen und dem stärkeren Wachstum des Taxpunktolumens der technischen Leistungen der letzten Jahre gegenüber den ärztlichen Leistungen entgegen wirken. Da am Umfang der Leistungen nichts geändert wurde, wurden die Anpassungen im Sinne von Artikel 43 Absatz 6 i.V. mit Artikel 46 Absatz 4 KVG kostenneutral ausgestaltet, d.h. so, dass sie zu keinen Mehrkosten führen. Der Zuschlag sowie auch die Kürzungen entsprachen einem Betrag von ca. 200 Mio. CHF pro Jahr, der Eingriff ist daher von der Grössenordnung her als sehr moderat einzustufen (im Vergleich zu 9.5 Mrd.

¹ Die technischen Leistungen in folgenden Kapiteln wurden um 8.5% gekürzt: 4, 5, 8, 15, 17, 19, 21, 24, 31, 32, 35, 37, 39. In diesen Kapiteln war das abgerechnete Taxpunktolumen der technischen Leistungen in absoluten Zahlen hoch und hatte in den Jahren 2009 - 2012 stark zugenommen (Steigerung TL absolut > 1 Mio). Zudem waren bei diesen Kapiteln mindestens 50% der Steigerung (2009 - 2012) des Gesamtvolumens (AL + TL) auf das gestiegene Volumen TL in der gleichen Zeit zurückzuführen.

CHF Bruttoleistungen TARMED 2014). Leider muss heute, wie bereits unter Punkt 1.2. erläutert, festgestellt werden, dass die Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern nach wie vor blockiert sind. Das primär angestrebte Ziel des Eingriffs aus dem Jahr 2014 konnte somit nicht erreicht werden. Zudem hat der subsidiäre Eingriff des Bundesrates zwischen 2014 und 2015 mit 6.1% insgesamt zu einer leicht höheren Kostenentwicklung – im Vergleich zum durchschnittlichen Wachstum – geführt. Bei den Spitälern ist der Anstieg mit 3.8% geringer geworden. Bei den Spezialisten ist der Anstieg mit 5.1% zwar ebenfalls geringer geworden, jedoch längst nicht im selben Ausmass wie bei den Spitälern. Dies deutet darauf hin, dass die Spezialisten die Kürzungen teilweise mit Mengenausweitungen kompensiert haben.

Vorliegend werden daher zusätzliche Anpassungen an der Tarifstruktur vorgenommen. Einerseits um die Blockade in den Tarifverhandlungen zu lösen und andererseits, um die Tarifstruktur mittels eines differenzierten Eingriffs sachgerechter zu machen sowie durch die Tarifstruktur entstandene Anreize zur vermehrten oder unsachgemässen Abrechnung gewisser Positionen zu korrigieren.

Im Folgenden werden die neuen Änderungen an der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED), Version 1.08_BR, d.h. derjenigen Version, die seit 1. Oktober 2014 gültig ist und angewendet wird – beschrieben und begründet. Die konkreten Auswirkungen auf die aktuell gültige und angewendete Tarifstruktur Version 1.08_BR (d.h. inklusive der durch den Bundesrat im Jahr 2014 verordneten Anpassungen) sowie die finanziellen Auswirkungen der Änderungen im Vergleich zu eben dieser Version werden unter Ziffer II, Anhang 1 erläutert.

Änderungen, die zu neuen Bewertungen, d.h. zu höheren oder tieferen Taxpunkten bei allen oder einem Teil der Tarifpositionen führen (Schätzung der Auswirkungen möglich):

1. Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

Die Dignitätsstufen wurden ursprünglich eingeführt, um der unterschiedlichen Weiterbildungsdauer der Fachärzte gerecht zu werden. Jeder Tarifposition wurde eine sogenannte quantitative Dignität zugeordnet (FMH5 bis FMH12), welche mit einem definierten Dignitätsfaktor verbunden ist (von FMH5=0.905 bis FMH12=2.2625). Die quantitative Dignität beeinflusst die Taxpunkte der ärztlichen Leistungen (TP AL) der jeweiligen Tarifposition, je höher die Dignität der Tarifposition, desto höher waren auch die TP AL. Da die Ausbildungsdauer gemäss Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11) für alle Facharzttitel 5 oder 6 Jahre beträgt, sind die unterschiedlichen Dignitätsfaktoren nicht gerechtfertigt und führen insbesondere zu einer Verletzung des Gebots der Billigkeit. Neu werden daher alle Leistungen mit einem einheitlichen Dignitätsfaktor hinterlegt. Da bei den Ärztinnen und Ärzten mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt / Praktische Ärztin“ die Ausbildungsdauer nur 3 Jahre beträgt, wird für diese ein Skalierungsfaktor in der Höhe ihrer Besserstellung durch die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors eingeführt (alleinige Titelträger, ohne Doppeltitelträger). Dieser Faktor gilt auch für Ärztinnen und Ärzten mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt / Praktische Ärztin“, welche in einem Spital oder einer Einrichtung nach Artikel 36a KVG angestellt sind (Kontrolle über GLN-Nummer). Die Vereinheitlichung der Dignitätsfaktoren führt zu einem geringeren Unterschied im abgerechneten Taxpunktolumen zwischen den technischen Fachspezialitäten und den Grundversorgern.

2. Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten

Jeder Kostenstelle (= Sparte) in der Tarifstruktur TARMED ist eine Produktivität zugewiesen. Um von der Jahresarbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte zur tarifwirksamen Zeit zu gelangen, wird die „unproduktive“ Zeit abgezogen. In dieser Zeit verrichtet der Arzt Tätigkeiten, die nicht direkt via TARMED-Positionen verrechnet werden können. Einerseits wird ein spartenunabhängiger Abzug vorgenommen (z.B. persönliche Inkonvenienzen, Telefonate mit Ämtern, gesetzliche Pausen, Wegzeiten innerhalb Praxis), andererseits ein Abzug für spartenspezifische, nicht abrechenbare Tätigkeiten (Praxismanagement/Personalführung, Teambesprechungen, Qualitätskontrollen, Statistiken, etc.). Die Produktivitäten beeinflussen die Höhe der TP AL, je tiefer sie angesetzt werden, desto höher sind die TP AL für die entsprechende Leistung. Die ursprünglich erhobenen Werte waren insbesondere bei den OP-Sparten (OPI = 72%; OPII = 65%; OPIII = 65%) deutlich höher als die nach Verhandlungen tatsächlich verwendeten Produktivitäten (OPI

= 45%; OPII = 50%; OPIII = 55%). Die tatsächlich verwendeten Produktivitäten in den OP-Sparten bedeuten, dass die Hälfte – bei OP I sogar noch mehr – der Jahresarbeitszeit einer Ärztin bzw. eines Arztes „unproduktiv“ ist. Bei keiner anderen Sparte ist die Produktivität so tief (praktisch überall > 70%). Es gibt keine sachliche Begründung für solch tiefe Produktivitäten in den OP-Sparten. Ist die unproduktive Zeit zu hoch angesetzt (d.h. die Produktivität zu tief), kann der Leistungserbringer seine Zeit doppelt abrechnen, da er in der als unproduktiv hinterlegten Zeit andere Leistungen abrechnen kann. Die Produktivitäten sollen deshalb höher festgelegt werden, jedoch wie im heute gültigen TARMED, weiterhin gestaffelt. Ausgegangen wird davon, dass die durchschnittliche Zeit für die Leistung im engeren Sinn im OPI geringer ist als im OPII und im OPIII und kürzere Operationen mit gleichbleibenden nicht-tarifierten Zeiten eine geringere Produktivität aufweisen. Als Basis für die Staffelung wird die tiefste ursprünglich erhobene Produktivität der Sparte OPIII gewählt (65%). Die Produktivität der Sparte OPII wird wie im heute gültigen TARMED 5% tiefer festgelegt und die Produktivität der Sparte OP I nochmals 5% tiefer. Durch die Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten werden die operativen Tätigkeiten im Vergleich zu nicht-invasiven Tätigkeiten schlechter gestellt. Somit verringert sich der Anreiz, eine Operation ohne zwingende medizinische Notwendigkeit durchzuführen.

3. Senkung der Kostensätze bei gewissen Sparten

Die Kostensätze von Sparten mit Investitionskosten für Anlagen, Geräte und Apparate > 750'000 CHF werden um 10% gesenkt, da deren Auslastung (Bruttobetriebszeit) mit 9 Stunden pro Werktag² bzw. für MRI und CT mit 12 Stunden pro Werktag als zu wenig wirtschaftlich betrachtet wird. Die Senkung um 10% ist geschätzt tiefer als die Differenz zwischen einem Kostensatz mit 9-stündiger Auslastung und einem solchen mit 12-stündiger Auslastung bzw. bei MRI und CT zwischen einem Kostensatz mit 251 Bruttobetriebsstagen pro Jahr und einem solchen mit 300 Betriebsstagen pro Jahr. Hinzu kommt, dass die Kosten der Geräte seit Einführung des TARMED teilweise gesunken³ und die Abschreibungsdauer insbesondere bei MRI- und CT-Geräten mit 6 Jahren zu tief angesetzt sind. Eine Erhöhung von 6 auf 8 Jahre Abschreibungsdauer alleine würde den geschätzten Kostensatz bei den Sparten MRI und CT bereits um fast 10% verringern. Hier zu erwähnen ist zudem, dass die Dichte der MRI- und CT-Geräte in der Schweiz im OECD-Vergleich hoch ist.⁴ Nebst diesen offenkundigen Gründen für eine Senkung der Kostensätze, gibt es weitere Parameter im Tarifmodell, deren eingesetzter Wert anzuzweifeln ist, zumal die Berechnungsgrundlagen nie offengelegt wurden. Dazu gehört bspw. der sogenannten SUK-Satz im Kostenmodell INFRA. Er dient dazu, die Gemeinkosten als Sach- und Umlagekosten mit einem fixen Prozentsatz – bei den meisten Sparten 70% – von Infrastruktur- und Personalkosten auf alle Sparten hinzuzurechnen. Würde der SUK-Satz halbiert, wären die Kostensätze um bis zu 20% tiefer.

Die Kürzung der Kostensätze TL in gewissen Sparten trägt – wie die Anpassungen aus dem Jahr 2014 – grundsätzlich zu einer stärkeren Gewichtung der intellektuellen ärztlichen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen bei. Die Kürzungen aus dem Jahr 2014 wurden jedoch aus einem anderen Grund (siehe S. 8, Produktivitätsgewinne) als den ob genannten Gründen (Auslastung, tiefere Gerätekosten, Abschreibungsdauer, SUK-Satz) vorgenommen.

4. Einführen von Handlungsleistungen (Minutage 5 Minuten) im Falle der Anwesenheit des Radiologen während der CT- oder MRI-Untersuchung und Vereinheitlichung der Minutagen für die Berichtserstellung

Aktuell sind bei den Tarifpositionen für CT- und MRI-Untersuchungen sowohl Minutagen für die ärztliche Leistung im engeren Sinn als auch für die Berichtserstellung hinterlegt. Die Summe dieser Minutagen wird mit dem spartenspezifischen Kostensatz multipliziert, um die TP AL zu berechnen. Da der Facharzt für Radiologie bei der Durchführung einer CT- oder MRI-Untersu-

² Die Normauslastung der Sparten pro Jahr beträgt 251 Betriebsstage (365 Tage – 104 arbeitsfreie Tage (Sa/So) – 10 Feiertage). Die Normauslastung der Sparte pro Tag beträgt 9 Betriebsstunden (u.a. bei den Sparten MRI und CT sind bereits 12 Betriebsstunden hinterlegt).

³ Studie INFRAS „Kosten und Rentabilitäten von kostenintensiven Infrastrukturen, Geräten und Einrichtungen sowie damit verbundenen Leistungen in der ambulanten Medizin“, Schlussbericht vom 18. Oktober 2016

⁴ OECD Health Statistics 2016; http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

chung i.d.R. nicht oder nicht die ganze Zeit beim Patienten anwesend ist, wird bei diesen Tarifpositionen die Minutage für die ärztliche Leistung gestrichen und dafür jeweils eine neue Zuschlagsposition als Handlungsleistung für die ärztliche Leistung im Falle einer persönlichen Betreuung der CT- bzw. MRI-Untersuchung durch den Facharzt für medizinische Radiologie mit einer hinterlegten Minutage von 5 Minuten eingeführt. Der Radiologe muss bei den meisten CT- und MRI-Untersuchung für eine kurze Zeit anwesend sein, um die ihm obliegenden Pflichten gemäss Strahlenschutzverordnung zu erfüllen (z.B. Indikationsprüfung, Aufklärung, Anpassung der Untersuchungsparameter, etc.). In aufwändigen Fällen kann es vorkommen, dass der Radiologe auch bei einem Teil oder gar der ganzen CT- und MRI-Untersuchung dabei sein muss. Mit einer Minutage von 5 Minuten in den neu eingeführten Handlungsleistungen, welche als Durchschnittswert zu verstehen ist, kann der Radiologie seine Anwesenheit während der Untersuchung abrechnen. Teilweise wird er nur 1-2 Minuten ganz am Anfang anwesend sein, teilweise länger. Im Durchschnitt sind die ärztlichen Leistungen des Radiologen damit genügend abgebildet. In der restlichen Zeit kann der Facharzt für Radiologie andere Leistungen erbringen und abrechnen. In Fällen, in welchen er gar nicht anwesend ist, darf er die Positionen nicht abrechnen. Die Minutage zur Erstellung des Berichts im Anschluss an eine MRI- oder CT-Untersuchung, welche ebenfalls die TP AL beeinflusst, wird für die Hauptleistungen leicht erhöht und vereinheitlicht, für die Zuschlagsleistungen hingegen gestrichen. Die Änderung führt dazu, dass der Facharzt für Radiologie seine Zeit nicht doppelt abrechnet, wenn er während einer CT- oder MRI-Untersuchung andere Leistungen erbringt. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird verbessert.

5. Senkung von zu hohen Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen

Die Minutagen von gewissen Tarifpositionen, für welche es konkrete Hinweise für zu hoch angesetzte Minutagen gibt, werden gesenkt. Aktuell eingesetzte Untersuchungs- und Eingriffsverfahren und heute verwendete technische Hilfsmittel und Diagnosegeräte führen zu einem tieferen Zeitbedarf. Bei folgenden Leistungen werden daher die Minutagen im Sinne der Durchschnittswerte für die Erbringung dieser Leistungen gesenkt: Kataraktoperation, Intravitreale Injektion, Belastungs- und Holter-EKG, Koloskopie und Stereotaktische Radiotherapie. Die Hinweise zur Senkung der Minutagen bei diesen Leistungen stammen mehrheitlich von Versichererseite, welche ihre Schätzungen mit ihren Vertrauensärzten sowie teilweise mit Werten aus dem Einheitlichen Bewertungsstab in Deutschland plausibilisiert haben. Für eine Kataraktoperation inkl. Implantation einer künstlichen Linse und Einsetzen eines Kapselspannrings ist in der aktuell gültigen Tarifstruktur über eine Stunde hinterlegt, obwohl eine solche Operation heute weniger als halb so lange dauert. Auch die alleinige Intravitreale Injektion dauert heute nur noch wenige Minuten, ist aber in der Tarifstruktur zusammen mit der länger dauernden Glaskörperbiopsie tarifiert und mit 30 Minuten hinterlegt. Das Belastungs- und Holter-EKG ist in der aktuell gültigen Tarifstruktur mit über 30 Minuten hinterlegt, obwohl sie gemäss Versicherer – Automatisierung habe zu einer wesentlichen Reduktion der Dauer für diese Untersuchung geführt – maximal 25 Minuten dauern. In Deutschland für die Tarifierung ärztlicher Leistungen geltenden Einheitlichen Bewertungsstab (EBM Deutschland) sind das Belastungs-EKG sowie das Holter-EKG (Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer) mit einer Kalkulationszeit von 10 Minuten hinterlegt. Auch die vollständige Koloskopie sowie die Koloskopie durch Stoma sind in der aktuell gültigen Tarifstruktur mit über 33 bzw. 30 Minuten hinterlegt, obwohl sie im Durchschnitt maximal 25 Minuten dauern. Gemäss den Versicherern (Vertrauensärzte) sollte eine Minutage von 20 Minuten für die vollständige Koloskopie sowie die Koloskopie durch Stoma ausreichen. Gemäss einer Studie der European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) aus dem Jahr 2017⁵ dauert eine Koloskopie zwischen 30 und 45 Minuten. In der Tarifstruktur von H+ sowie im EBM Deutschland ist die Koloskopie mit 30 Minuten hinterlegt. In Patienteninformationen von Spitälern wird eine Dauer von 20 bis 30 Minuten genannt. Resultierend aus diesen Informationen wird die Minutage für die vollständige Koloskopie und die Koloskopie durch Stoma daher neu auf 25 Minuten festgelegt, Die Minutage für die partielle oder linksseitige Koloskopie im gleichen

⁵ <http://www.esge.com/performance-measures-for-lower-gastrointestinal-endoscopy.html>

Verhältnis wie in der aktuellen Tarifstruktur entsprechend tiefer. Während der Koloskopie (und auch während der Rektoskopie/Sigmoidoskopie) werden häufig Polypen entfernt. Die Minutagen für die entsprechenden Tarifpositionen sind gemäss Versicherer ebenfalls deutlich zu hoch angesetzt und werden daher gesenkt. Bei der stereotaktischen Radiotherapie hat in den letzten Jahren eine enorme technische Entwicklung stattgefunden, was dazu führt, dass die hinterlegten Minutagen deutlich zu hoch angesetzt sind.

Die Senkung der Minutagen erhöht die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, da in derselben Zeit nicht mehrere Leistungen abgerechnet werden können. Da bereits im Jahr 2014 Kürzungen der TP TL dieser Tarifpositionen aus demselben Grund (Produktivitätsgewinne) vorgenommen wurden, wurden diese vorliegend bei der Berechnung der neuen Taxpunkte berücksichtigt.

6. Umwandlung der Handlungsleistungen „Untersuchung durch den Facharzt“ in Zeitleistungen

Die Handlungsleistungen „Untersuchung durch den Facharzt...“ (10 Tarifpositionen) werden von Handlungsleistungen mit hinterlegter Minutage in Zeitleistungen, abrechenbar in 5-Minutenschritten, umgewandelt. Die Limitation pro Monat wird beibehalten, aber umgerechnet. Zusätzlich wird eine Limitation pro Sitzung eingeführt, die maximal der vormaligen Minutage der Handlungsleistung entspricht. Gemäss Aussage der Versicherer werden die in der Interpretation dieser Tarifpositionen aufgeführten Leistungen nicht immer alle vorgenommen. Die Minutage ist somit tendenziell zu hoch angesetzt und somit nicht wirtschaftlich. Zudem handelt es sich bei diesen Untersuchungen nicht um homogene Leistungen, die Dauer der Untersuchung ist von Leistungserbringer zu Leistungserbringer und von Patient zu Patient sehr unterschiedlich. Es ist deshalb sachgerechter, diese Untersuchungen als Zeitleistungen pro 5 Minuten – mit Limitation – auszugestalten. Bei den Tarifpositionen mit Aufzählungen von Leistungsteilen, aus denen der Leistungserbringer auswählen kann, muss er im Sinne der Transparenz zukünftig in der Patientenakte festhalten, welche Untersuchungen er genau gemacht hat.

Änderungen in den Abrechnungsregeln einzelner oder mehrerer Tarifpositionen (Schätzung der Auswirkungen kaum oder gar nicht möglich):

7. Anwendung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte

Der Vermerk „Diese Limitierung entfällt für elektronisch abrechnende Fachärzte.“ bei 20 Tarifpositionen wird gelöscht. Mit diesem Vermerk sollte bei der Einführung des TARMED die elektronische Abrechnung mit einem in der Tarifstruktur verankerten Anreiz gefördert werden. Die in diesen Tarifpositionen hinterlegten Mengen- und Zeitlimitationen entfallen dadurch für jene Leistungserbringer, die elektronisch abrechnen. Da den Versicherern gemäss eigener Aussage die Unterscheidung zwischen elektronisch abrechnenden Leistungserbringern und anderen in der Praxis schwer fällt, ist zu vermuten, dass die Limitationen bei diesen Positionen grundsätzlich nicht kontrolliert bzw. durchgesetzt werden konnten. Zudem ist der gesetzte Anreiz hinfällig, weil der Grossteil der Leistungserbringer heute elektronisch abrechnet.

Jedoch werden die Limitationen für bestimmte Alters- und Patientengruppen erhöht. Demzufolge werden für Kinder unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren die Limitationen verdoppelt. Bei Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf werden die Limitationen ebenfalls verdoppelt (sogenannte Ausnahmeregelung). Ein erhöhter Behandlungsbedarf im Sinne eines ausnahmsweise erhöhten Zeitbedarfs kann beispielsweise bei multimorbiden Patienten, bei Patienten mit mittlerer oder schwerer kognitiver Funktionseinschränkung, bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen oder bei Patienten in einer instabilen und schweren Krankheits-situation (z.B. akutes Koronarsyndrom, instabile Krebserkrankung) auftreten. Die Behandlung der genannten Patienten berechtigt jedoch nicht automatisch zur Anwendung höherer Limitationen, der erhöhte Behandlungsbedarf eines Patienten ist gegenüber dem Versicherer zu begründen. Es ist zu erwarten, dass sich die abgerechneten Mengen der neuen Positionen im Rahmen der bisherigen Quoten für die Überschreitung der mit dieser Massnahme für alle Leistungserbringer aktivierten Limitationen bewegen werden. Die Tarifpartner sind aufgefordert,

wenn möglich gemeinsame oder zumindest aufeinander abgestimmte Lösungen für die Anwendung der verdoppelten Limitationen zu finden. Die Grenze von 6 Jahren wird aufgrund der erhöhten Urteilsfähigkeit der Kinder ab der Einschulung festgelegt. Die Grenze von 75 Jahren wird gewählt, weil das Risiko für viele Krankheiten ab diesem Alter steigt. Zudem dauern die Behandlungen gemäss aktuellen Zahlen ab einem Alter von 75 Jahren tendenziell länger.

Auch die Tarifposition „Telefonische Konsultation durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.“ ist von den Limitationen betroffen. Damit die Fachärzte für Psychiatrie in Krisensituationen dennoch genügend Zeit für telefonische Gespräche mit der Patientin bzw. dem Patienten aufwenden können, wird bei der Tarifposition „Psychiatrische Krisenintervention, pro 5 Min.“ ergänzt, dass diese auch bei telefonischer Krisenintervention abgerechnet werden kann.

Limitationen dienen grundsätzlich dazu, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Sinne von Artikel 56 KVG zu garantieren. Werden sie nicht eingehalten bzw. können sie nicht kontrolliert werden, ist die Leistungserbringung nicht wirtschaftlich. Die Entwicklung der Verrechnung der bedingt limitierten Leistungspositionen sowie die Dauer der Konsultation geben einen Anhaltspunkt, dass die Positionen heute viel öfter und länger verrechnet werden, als es die bisher nicht angewandten Limitationen zulassen würden. Mit vorliegender Änderung soll dem entgegen gewirkt werden.

8. Interpretation der Leistungen in Abwesenheit des Patienten (LiA) präzisieren sowie die jeweiligen Limitationen anpassen

Die Tarifpositionen mit der Bezeichnung „Leistung in Abwesenheit des Patienten“ (LiA) (00.0140, 02.0070, 02.0160, 02.0260) zeigen in den letzten Jahren eine starke Mengenzunahme. Es ist zu vermuten, dass die Leistungserbringer Tätigkeiten, die nicht im direkten Kontakt mit dem Patienten stehen, über diese Tarifpositionen verrechnen, obwohl die Tätigkeiten bereits über die Produktivität, d.h. durch die nicht-produktive Zeit, abgegolten wären (vgl. weiter oben). Die Möglichkeit der Abrechnung dieser Tarifpositionen soll mittels diverser Änderungen eingeschränkt werden, da heute weder von den Versicherern noch von den Patienten eine Kontrolle gemacht werden kann.

In der Interpretation der Tarifpositionen wird zunächst eine Ergänzung in dem Sinne vorgenommen, dass sie nicht für Leistungen in Abwesenheit des Patienten, die in Zusammenhang mit der Erstellung von ärztlichen Zeugnissen, Berichten und Schreiben nach Kapitel 00.06 erbracht werden, gelten. Dies, weil in den Tarifpositionen des Kapitel 00.06 die Leistungen, die in der Position Leistung in Abwesenheit des Patienten aufgeführt sind, bereits enthalten sind. Die zusätzliche Verrechnung von anderen Leistungspositionen für die Tätigkeit des Berichtsschreibens ist daher nicht korrekt.

Weiter wird für jede mögliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (z.B. Aktenstudium, Erkundigungen bei Dritten) künftig eine separate Tarifposition geführt, so dass klar wird, was genau der Leistungserbringer gemacht hat. Nebst den bereits jetzt aufgeführten Leistungen in der Interpretation der Tarifposition 00.0140 wird auch eine Position „Tumorboard in Abwesenheit des Patienten“ für die Teilnahme an Tumorboards geschaffen. Die Aufteilung in mehrere Tarifpositionen erhöht die Transparenz und die Kontrollmöglichkeit insbesondere für die versicherte Person und senkt den Anreiz für den Leistungserbringer, diese Tarifposition unbedacht abzurechnen.

Bei den ärztlichen LiA (00.0141ff) werden die heute hinterlegten Limitationen für nicht elektronisch abrechnende Fachärzte für alle Fachärzte aktiviert (siehe Punkt 7 oben) und halbiert, um der oben erwähnten starken Mengenzunahme entgegen zu wirken. Diese Halbierung gilt nicht für LiA bei Kindern unter 6 Jahren und Menschen über 75 Jahren, die Limitationen bei diesen Altersgruppen werden bei den bisherigen Werten belassen. Bei Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf werden die Limitationen ebenfalls nicht halbiert, die sogenannte Ausnahmeregel (analog Punkt 7 oben) gilt demzufolge auch für die ärztlichen LiA mit den Positionen 00.0141ff. Betreffend der konkreten Umsetzung in der Tarifstruktur siehe Ziffer II. Mit dieser Erweiterung wird insbesondere dem Bedürfnis der Leistungserbringer für eine Abgeltung eines wachsenden Koordinationsaufwandes mit dem sozialen, schulischen und beruflichen Umfeld des Patienten (sogenannte Umfeldarbeit) entsprochen.

Die Limitationen bei den ärztlichen Leistung in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, behandelnden bzw. delegierten Psychologen/Psychotherapeuten (02.0071ff, 02.0161ff, 02.0261ff) werden für alle Leistungserbringer (nicht nur für nicht elektronisch abrechnende Fachärzte) aktiviert (siehe Punkt 7 oben).

Die Limitationen gelten jeweils kumuliert für alle Tarifpositionen LiA. Dazu werden neue Leistungsgruppen gebildet.

Um zu verhindern, dass angefangene 5 Minuten bei den mehrteiligen „Leistungen in Abwesenheit“ (z.B. Aktenstudium und Ausstellen Rezept) tendenziell aufgerundet und in der Summe so das abgerechnete Volumen ansteigt, werden alle Positionen Leistung in Abwesenheit des Patienten neu pro Minute statt pro 5 Minuten tarifiert.

9. Interpretation bei den Notfallzuschlägen präzisieren

Bei den Tarifpositionen mit der Bezeichnung „Notfall-Inkonvenienzpauschale“ (00.2510 bis 00.2590) wird die Interpretation präzisiert. Die Notfallkriterien für die Notfälle während des Tages werden schärfer umschrieben, so dass klarer wird, in welchen Fällen diese Notfall-Inkonvenienzpauschale abgerechnet werden kann. Bei einem direkten Arzt-Patientenkontakt (Anamnese möglich mit oder in Anwesenheit des Patienten) muss eine Störung der vitalen Funktionen vorhanden, zu befürchten bzw. nicht auszuschliessen sein. Die Position ist auch abrechenbar bei Patienten, bei denen eine akute Erkrankung, ein Trauma oder eine Vergiftung eine Organschädigung hervorrufen oder zu Folge haben können. Im Bereich der Psychiatrie ist von einem Notfall auszugehen bei Erregungszuständen, Selbst- und Fremdgefährdung, Bewusstseinsstörungen sowie kataton-stuporösen Zuständen. Dabei geht es immer um die Einschätzung des Arztes bzw. der Ärztin vor der Behandlung (ex ante Beurteilung). In Fällen ohne direkten Arzt-Patientenkontakt (z.B. Telefon) gilt nach wie vor, dass die sofortige Behandlung medizinisch notwendig und/oder vom Patienten, Angehörigen oder Dritten als offensichtlich notwendig erachtet wird und sich der Facharzt sofort und verzugslos mit dem Patienten befasst bzw. ihn aufsucht. Bei den Notfall-Inkonvenienzpauschalen B und C (Mo-So 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, So 7-19 Uhr und Mo-So 22-7 Uhr) werden die bis anhin geltenden Notfallkriterien um einen Punkt ergänzt, so dass klarer wird, in welchen Fällen sie abgerechnet werden kann und in welchen nicht. Neu als Notfall-Kriterium aufgenommen wird, dass bei einem direkten Arzt-Patientenkontakt der Facharzt die sofortige Behandlung als medizinisch notwendig erachtet. In Fällen ohne direkten Arzt-Patientenkontakt (z.B. Telefon) gilt nach wie vor, dass die sofortige Behandlung medizinisch notwendig ist und/oder vom Patienten, Angehörigen oder Dritten als offensichtlich notwendig erachtet wird. Der Leistungserbringer muss durch die Präzisierung im Falle eines direkten Arzt-Patientenkontakts mehr Verantwortung für die Einschätzung der Situation übernehmen.

Weiter wird das Zeitfenster für die Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale F bei dringlichen Konsultationen/Besuchen ausserhalb der regulären Sprechstundenzeiten, sowie Mo-Fr 19-22 Uhr, Sa 12-19 Uhr, sowie So 7-19 Uhr auf den Samstagvormittag 7-12 Uhr erweitert. Dies, weil der Samstagvormittag ausserhalb der regulären Sprechstundenzeiten liegt. Damit wird zudem verhindert, dass die Akutpatientinnen und -patienten am Samstagvormittag von den Arztpraxen bzw. von den dem Spital vorgelagerten und von Hausärzten geführten Notfallpraxen direkt in den Spitalnotfall geschickt werden.

10. Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal anpassen

Bei den Tarifpositionen 00.0715 (Punktion, venös, zwecks Blutentnahme, jede Lokalisation durch nichtärztliches Personal) und 00.0716 (Blutentnahme kapillär, jede Lokalisation durch nichtärztliches Personal) wird die Limitierung gelöscht, wonach diese nur durch das ärztliche Praxislabor im Rahmen der Präsenzdiagnostik anwendbar ist.

Die Position 00.0710 „Punktion, venös, zwecks Blutentnahme, jede Lokalisation“ ist Bestandteil von 'Allgemeine Grundleistungen', d.h. wenn der Arzt bzw. die Ärztin die Punktion macht, kann sie über die Konsultation abgerechnet werden. In der Interpretation von 00.0710 steht auch, dass Punktionen durch nichtärztliches Personal zwecks Blutentnahmen für Laboruntersu-

chung(en) in Spitallaboratorien und Laboratorien mit der entsprechenden Tarifposition der eidgenössischen Analysenliste abgerechnet werden. Dies war bei der Einführung des TARMED noch so, ist heute jedoch nicht mehr der Fall. Da Blutentnahmen (venös oder kapillär) von nicht-ärztlichem Personal, die nicht im eigenen Praxislabor ausgewertet werden, heute nicht gestützt auf die Analysenliste abgerechnet werden können, liegt die Vermutung nahe, dass diese teilweise über 00.0710 abgerechnet werden, obwohl diese Position nur dann angewendet werden darf, wenn die Blutentnahmen durch den Arzt bzw. die Ärztin vorgenommen wurde. Es besteht auch der Anreiz, dass eine Untersuchung im eigenen Praxislabor gemacht wird, die gar nicht nötig wäre, damit die Position trotzdem abgerechnet werden kann. Dies gilt es zu vermeiden, insbesondere da die Tarifposition 00.0710 im Gegensatz zu den anderen beiden auch TP AL beinhaltet. Die Änderung ermöglicht die korrekte Abrechnung der Blutentnahme von nichtärztlichem Personal.

11. Tarifposition „00.0610 Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.“ umtarifieren und Interpretation präzisieren

In der Interpretation der Tarifposition „00.0610 Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.“ sind *Injektionen, Inhalation, Bougierungen, Magensonde, Blasenkatheter* als Beispiele für Leistungen, die über diese Position abgerechnet werden können, genannt. In diversen Anfragen von versicherten Personen ist jedoch darauf hingewiesen worden, dass die Leistungserbringer diese Position insbesondere auch für die Abrechnung von nicht in der Interpretation aufgeführten Leistungen verwenden, allenfalls weil sie höher tarifiert ist als die Grundkonsultation (Sparte UBR Grundversorger statt Sparte Sprechzimmer). Dieser Anreiz soll unterbunden werden, indem die Tarifposition in die Sparte Sprechzimmer umtarifiert wird. Da es sich um eine Instruktion für eine Selbstmessung oder Selbstbehandlung durch die Patientin bzw. den Patienten handelt, ist nicht ersichtlich, wieso diese in einem anderen Raum (UBR Grundversorger) als die Grundkonsultation (Sprechzimmer) erfolgen soll. Zudem wird die Interpretation präzisiert, um die Verwendung der Position einzuschränken sowie eine Limitation pro Sitzung dazu gefügt.

Weitere Änderungen (Schätzung der Auswirkungen nicht möglich)

12. Zuschlag von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten löschen

Die Generelle Interpretation GI-20 wird derart verändert, dass kein Zuschlag von 10% auf den Einstandspreis von Verbrauchsmaterialien und Implantaten mehr abgerechnet werden kann. Dieser Zuschlag diente dazu, den Aufwand für die Logistik (Bestellung, Lagerung, Kontrolle, etc.) in Zusammenhang mit Verbrauchsmaterialien und Implantaten abzugelten. Der prozentual fixe Zuschlag ohne Deckelung ist einerseits sachlich nicht gerechtfertigt, da der Aufwand für die Logistik bei teureren Materialien nicht automatisch grösser ist als bei Artikeln mit tieferem Einkaufspreis. Zudem gibt es auf dem Markt z.B. bei Implantaten Beschaffungslösungen, die eine klassische Lagerhaltung und Logistik obsolet machen bzw. für den Leistungserbringer praktisch kostenlos sind. Andererseits werden im Kostenmodell INFRA die Gemeinkosten als Sach- und Umlagekosten mit einem fixen Prozentsatz von Infrastruktur- und Personalkosten auf alle Sparten hinzugerechnet (SUK-Satz). Zu diesen Sach- und Umlagekosten gehören auch die Kosten für Einkauf/Zentrallager sowie Infrastruktur, Support und Service (techn. Dienst, Logistik, interne und externe Transporte, EDV/Informatik, etc.). Die Logistikleistungen sind aus den Kostenmodellen nicht herausgerechnet, mit dem Zuschlag von 10% auf den Einstandspreis werden die Logistikleistungen heute somit doppelt verrechnet. Die Leistungserbringung ist somit nicht wirtschaftlich. Durch das Löschen dieses Zuschlags kann auch der Anreiz zur Verwendung von teuren Verbrauchsmaterialien und Implantaten eliminiert werden. Die Interpretation wird klarer formuliert, so dass nicht mehr vom Einstandspreis, sondern vom Einkaufspreis (Stückpreis nach Abzug von Rabatten und Preisnachlässen) gesprochen wird. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Logistikkosten unter dem Einstandspreis subsumiert werden.

Zudem wird auch der Verweis auf die Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) gestrichen. Die MiGeL regelt die Mittel und Gegenstände, die von der OKP übernommen werden; dabei handelt es sich um Mittel und Gegenstände, die von den Versicherten selbst oder einer nichtberuflich

an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden. Von der OKP werden die in der MiGeL aufgeführten Mittel und Gegenstände bis zu dem in der MiGeL aufgeführten Höchstvergütungsbetrag (HVB) vergütet. Es handelt sich bei der MiGeL also nicht um eine Preisliste für in der Behandlung vom Leistungserbringer verwendetes Verbrauchsmaterial. Diese sollte daher in der GI-20 auch nicht erwähnt werden.

13. Streichen von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie alle Verweise auf das Gesetz streichen

Tarifpositionen, bei welchen die Behandlungsart „stationär“ hinterlegt ist, die Tarifpositionen zur Betreuung des hospitalisierten Patienten sowie Tarifpositionen mit dem Vermerk „Gesetz: Nur Leistung der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung“ werden nicht angepasst bzw. nicht festgelegt. Zudem werden sämtliche Verweise auf das Gesetz (KVG und seine Ausführungsbestimmungen KVV und KLV) sowie auf die Analysenliste gestrichen. Die Kompetenzen des Bundesrates nach Artikel 43 Absatz 5 und 5^{bis} KVG beschränken sich auf die Festlegung bzw. Anpassung von gesamtschweizerischen ambulanten Tarifstrukturen, die die Basis für Einzelleistungstarife bilden. Für den stationären Bereich ist im KVG eine Vergütung über Pauschalen vorgesehen. Auch beschränken sich die Kompetenzen auf Leistungen der Krankenversicherung. Um zu vermeiden, dass bei Gesetzes- und/oder Verordnungsänderungen sowie Änderungen in der Analysenliste laufend die Verweise in der Tarifstruktur angepasst werden müssen, werden die Verweise gänzlich gestrichen. Das Gesetz und seine Ausführungsverordnungen müssen unabhängig von den Verweisen in der Tarifstruktur eingehalten werden. Es steht den Tarifpartnern frei, in ihren Abrechnungssystemen diese Verweise und allenfalls zugehörige Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die OKP zu hinterlegen.

Zusätzliche Anpassung: Nebst den Untersuchungen durch den Facharzt (siehe oben Punkt 6) wird auch die Tarifposition 00.2205 „Formalisierter Arztbericht“ von einer Handlungsleistung in eine Zeitleistung mit Limitation umgewandelt und neu nummeriert (00.2206). Diese Anpassung erfolgt, weil die Tarifpositionen 00.2230 und 00.2240 „Formalisierter erster Arztbericht an die IV, erste 10 Minuten bzw. jede weiteren 10 Minuten“ gestrichen werden müssen (siehe oben). Die Invalidenversicherung muss im Falle einer Übernahme der Tarifstruktur somit nur die Limitation anpassen, um der Vielzahl formalisierter Arztberichte in der IV gerecht werden zu können.

14. Separate Wegentschädigung für die Psychiatrie einführen

Durch die Anpassungen in der Tarifstruktur wird die psychiatrische Diagnostik und Therapie tiefer bewertet als die dazu verrechenbare Wegentschädigung, wenn der Psychiater bspw. zum Patienten nach Hause geht. Der Grund dafür ist, dass die psychiatrische Diagnostik und Therapie (FMH6) in der Sparte Sprechzimmer Psychiatrie tarifiert ist und die Wegentschädigung (FMH5) in der Sparte Sprechzimmer. Die Wegentschädigung sollte jedoch grundsätzlich in derselben Sparte wie das Sprechzimmer des jeweiligen Facharztes tarifiert sein, da durch die TP TL die Kosten der Infrastruktur und für das nichtärztliche Personal auch während der Abwesenheit des Facharztes gedeckt sein sollen. Daher wird neu eine separate Wegentschädigung für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit der gleichen Tarifierung wie die psychiatrische Diagnostik und Therapie und der gleichen Interpretation wie die bisher anwendbare Wegentschädigung eingeführt.

15. Phytotherapie gleich tarifieren wie die andere Komplementärmedizin

Am 16.06.2017 hat der Bundesrat entschieden, dass die Leistungen der Komplementärmedizin – Anthroposophische Medizin, klassische Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin und Phytotherapie – ab dem 1. August 2017 definitiv von der Krankenversicherung vergütet werden. Voraussetzung ist, dass die Methoden von einem Schulmediziner praktiziert werden, der in einer der vier Methoden einen FMH-anerkannten Fähigkeitsausweis erworben hat. Die phytotherapeutischen Leistungen sind in der aktuell geltenden Tarifstruktur im Gegensatz zu den anderen komplementärmedizinischen Leistungen (Akupunktur, Homöopathie, Neuraltherapie, TCM und Anthroposophische Medizin) nicht explizit tarifiert, sondern über die allgemeinen Grundleis-

tungen (Konsultation) abrechenbar. Für die Phytotherapie werden nun analog separate Positionen eingeführt. Dies hat keine Kostenfolgen, da die neuen Positionen gleich tarifiert sind wie die Konsultation, über welche die Leistungen ansonsten abgerechnet werden könnten. Ausserdem ist es für das Monitoring besser, wenn diese Leistungen separat ausgewiesen sind.

2.3. Festlegung der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen

Die Verordnung legt die gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante physiotherapeutische Leistungen fest. Die festgelegte Tarifstruktur ist in Anhang 3 dieser Verordnung vollständig aufgeführt (mit allen Tarifpositionen und ihrer Beschreibung sowie den Abrechnungsregeln und den generellen Interpretationen der Struktur). Sie tritt am 1. Januar 2018 in Kraft, um das ununterbrochene Bestehen einer einheitlichen Einzelleistungstarifstruktur und somit die Rechtssicherheit der Tarifpartner und die Stabilität der Tarife für die Versicherten zu garantieren.

Aufgrund des gesetzlich verankerten Grundsatzes der Tarifautonomie sollte der Bundesrat grundsätzlich keine komplett neue, noch nie angewandte Tarifstruktur festlegen müssen. Die festgelegte Tarifstruktur basiert daher auf der bis am 31. Dezember 2017 geltenden einheitlichen Tarifstruktur. Diese wurde einer Prüfung unterzogen und angepasst, so dass sie dem Gesetz besser entspricht. Die Anpassungen berücksichtigen soweit möglich die von den Tarifpartnern eingereichten Vorschläge und das Ergebnis der Vernehmlassung. Somit stellt die festgelegte Tarifstruktur eine stabile Übergangslösung dar, bis von den Tarifpartnern eine neue, den KVG-Vorgaben entsprechende Tarifstruktur vereinbart, dem Bundesrat vorgelegt und von diesem genehmigt wird. Sie ist daher zeitlich nicht befristet.

Die bis am 31. Dezember 2017 festgelegte Tarifstruktur umfasst die von den Physiotherapeutinnen und -therapeuten in privater Praxis oder im Spital erbrachten ambulanten Leistungen weitgehend. Das Modell, das für deren Ausarbeitung verwendet wurde, basiert auf in selbstständigen Praxen, Spitälern und spezialisierten Kliniken und Instituten erhobenen Kosten- und Leistungsdaten. Es trägt – in Form der «Produktivität» – nicht nur der Arbeit der Physiotherapeutinnen und -therapeuten Rechnung, die über eine Tarifposition in der Tarifstruktur direkt abgegolten wird (so genannte produktive Arbeitszeit), sondern auch derjenigen, die nicht direkt via Tarifstruktur abgerechnet werden kann (so genannte «unproduktive» Arbeitszeit). Zur unproduktiven Arbeit gehören insbesondere Kontakte mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Berufskolleginnen und -kollegen und Institutionen, die Erstellung interner Berichte und die übrigen administrativen Arbeiten. Konkret berücksichtigt das Tarifstrukturmodell eine tägliche Arbeitszeit von 8,4 Stunden und eine Produktivität von 83,1 %. Dies entspricht einer täglichen produktiven Arbeitszeit von rund 7 Stunden und einer täglichen unproduktiven Arbeitszeit von etwa 1,4 Stunden. Hier sei auch erwähnt, dass der Katalog der Leistungen der Physiotherapeutinnen und -therapeuten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung seit der Einführung der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen nicht geändert hat. Mit der Änderung der KLV vom 27. Oktober 2009, die am 1. Januar 2010 in Kraft getreten ist, wurde in Artikel 5 Absatz 1 lediglich eine neue Terminologie für die physiotherapeutischen Leistungen eingeführt. Es dürfte daher keine physiotherapeutischen Leistungen geben, die nicht in der Tarifstruktur aufgeführt sind und somit eine Anpassung der Struktur, die zusätzliche Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verursachen würde, rechtfertigen würden.

Dem Bundesrat liegt eine Reihe von Hinweisen vor, aufgrund derer die Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen in Frage gestellt werden kann.

Die bis am 31. Dezember 2017 geltende Tarifstruktur ist rund um Sitzungspauschalen aufgebaut, die in Abhängigkeit der gängigen Dauer einer Physiotherapiesitzung in der Praxis und im Spital berechnet sind. Die Dauer der Sitzungen ist jedoch nicht erwähnt. Die Tatsache, dass die Dauer der Sitzungen in der Tarifstruktur nicht erwähnt ist, führt zu fehlender Transparenz gegenüber den Patientinnen und Patienten. Dies verleitet auch dazu, die verwendete Zeit für die Behandlung im Rahmen einer Sitzung zu senken, was wiederum der Qualität der Behandlung schadet. Zudem kann dies auch zu einer stärkeren Kostenzunahme führen, weil die Physiotherapeutinnen und -therapeuten kürzere Sitzungen abhalten können, als es die hinterlegte Dauer vorsieht, und trotzdem dieselbe Anzahl Taxpunkte abrechnen.

Seit der Einführung der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen nehmen die Kosten der Physiotherapie zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stetig zu. Allein im Zeitraum von

2011 bis 2015 sind die Gesamtkosten für Physiotherapie um 41 % angestiegen, während die Gesamtkosten zulasten der OKP im gleichen Zeitraum um 21 % angestiegen sind. Auch wenn die Zunahme der Anzahl Rechnungen (+34 % in betrachteten Zeitraum) vermuten lässt, dass es eine starke Zunahme der ärztlichen Verschreibungen für die Physiotherapie und somit der Anzahl Fälle gegeben hat, muss auch der sogar noch stärkere Anstieg der Anzahl Konsultationen (+46 % im betrachteten Zeitraum) und somit der Anzahl Konsultationen pro Rechnung (von 6.6 auf 7.2 Konsultationen pro Rechnung) berücksichtigt werden. Diese Zunahme kann sich zum Teil durch den erwähnten Anreiz zur Senkung der Sitzungsdauer verstärkt haben.

Im Übrigen kann die Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur in Anbetracht des grossen Taxpunkt volumens, das über eine einzige Tarifposition abgerechnet wird, in Frage gestellt werden. Über die Sitzungsposition 7301 allein werden fast 74 % des Taxpunkt volumens in der Tarifstruktur abgerechnet. Dies sollte nur der Fall sein, wenn ein Grossteil der physiotherapeutischen Leistungen in Bezug auf die Dauer und Infrastruktur homogen sind. Nach Auffassung der Physiotherapeutinnen und -therapeuten weist ein wesentlicher Teil der über diese Position abgerechneten Leistungen aus therapeutischen Gründen eine kürzere Dauer auf. Dies spräche dafür, die Tarifpositionen zumindest entsprechend der Behandlungsdauer besser zu differenzieren. Da das Kostenmodell der aktuellen Tarifstruktur auf einer einzigen funktionalen Einheit (Sparte) basiert, die alle anrechenbaren Kosten einer Physiotherapiepraxis umfasst (Physiotherapeutinnen und -therapeuten, die Praxisinhaberinnen bzw. -inhaber sind, diplomiertes Pflegepersonal, nicht-diplomiertes Personal, Infrastruktur und Einrichtungen etc.), wird das Verhältnis der Tarifpositionen untereinander durch die Dauer bestimmt, die für die Sitzungen definiert wurde (eine Art von Minutagen). Im Tarifmodell der Tarifstruktur wird der Tarifposition 7301 eine Sitzungsdauer von 32,6 Minuten zugewiesen. Es ist daher gerechtfertigt, von den Physiotherapeutinnen oder -therapeuten zu erwarten, dass sie für die Behandlungssitzung dieselbe Zeit aufwenden, da dem Bundesrat im Rahmen der Vernehmlassung keine Studien und Daten vorgelegt worden sind, wonach kürzere Sitzungen sinnvoll sind.

Die Prüfung der bis am 31. Dezember 2017 festgelegten Tarifstruktur hat auch gezeigt, dass einige Anpassungen notwendig sind, um die Verständlichkeit und Transparenz der Tarifstruktur zu verbessern und Fehlanreize oder unerwünschte Auswirkungen zu vermeiden. In syntaktischer Hinsicht wurde zudem festgestellt, dass die Beschreibung der Tarifpositionen nicht mehr dem neuen Wortlaut von Artikel 5 Absatz 1 KLV entspricht und einen grossen Interpretationsspielraum bietet. Die unklare Abgrenzung zwischen den Basispositionen (Sitzungspauschalen) sowie die fehlende Klarheit bei den erlaubten Kombinationen von Basispositionen mit Zuschlagspositionen und bei den erlaubten Mengen können Anlass zu Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Versicherern geben und zu einer Abrechnung führen, die nicht mit den Kriterien der Wirtschaftlichkeit vereinbar ist.

Da der Bundesrat die Tarifposition 7360 für die Vergütung der Mittel und Gegenstände und des nötigen Materials nicht festgelegt hat, weil diese auf die Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) verweist, ist die Vergütung des Behandlungsmaterials in der bis am 31. Dezember 2017 geltenden Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen nicht mehr ausdrücklich geregelt. Wie im erläuternden Bericht erwähnt, erfolgte die Nichtfestlegung der Tarifposition 7360 aus Gründen der Gesetzmässigkeit, stellte aber den Grundsatz nicht in Frage, dass das im Rahmen einer physiotherapeutischen Behandlung verwendete Material, das zuvor über die Position 7360 abrechenbar war, auch in Zukunft verrechnet werden kann.

Auf Basis der vorliegenden Daten ist es nicht möglich, zum jetzigen Zeitpunkt sämtliche nötigen Korrekturen anzubringen. Um zudem einer partnerschaftlichen Lösung eine letzte Chance einzuräumen, begnügt sich der Bundesrat hier damit, einige Anpassungen in der Tarifstruktur im Sinne einer Klärung der Tarifpositionen und Harmonisierung mit dem Gesetz vorzunehmen. Um die Rechtssicherheit sowie die Stabilität der Tarife zu gewährleisten, legt der Bundesrat die angepasste Tarifstruktur als Übergangslösung fest.

Die festgelegte Tarifstruktur enthält folgende Änderungen:

1. Anpassung an den Wortlaut von Artikel 5 Absatz 1 KLV

Die Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen wurde so angepasst, dass sie der neuen Terminologie von Artikel 5 Absatz 1 KLV – in Kraft seit dem 1. Januar 2010 – Rechnung trägt.

2. Klärung der Tarifstruktur und der Tarifpositionen in der Tarifstruktur

Zur Gewährleistung einer einheitlicheren Interpretation der Tarifpositionen sieht die festgelegte Tarifstruktur künftig eine kleinere Zahl von Tarifpositionen (namentlich bei den Basispositionen) vor und präzisiert gewisse Abrechnungsregeln. Zudem sind die erlaubten Kombinationen von Basispositionen mit Zuschlagspositionen aufgeführt und die Mengenlimitationen für die Basis- und die Zuschlagspositionen geklärt. Weiter enthält die festgelegte Tarifstruktur eine neue Tarifposition für die Abrechnung des benötigten Behandlungsmaterials. Mit der Einführung einer neuen Tarifposition wird die Transparenz auf den Abrechnungen verbessert und das Monitoring der mit diesem Material verbundenen Kosten vereinfacht. Um die Kontrolle zu erleichtern, enthalten die Abrechnungsregeln eine abschliessende Liste der Materialkategorien, die über diese Position abgerechnet werden können. Die Leistungserbringer geben die betreffende Materialkategorie (anhand der erwähnten Liste) und die verwendete Menge sowie den Einkaufspreis an. Zur Verringerung des damit zusammenhängenden administrativen Aufwands werden die Mengen und Preise bei Behandlungsende summarisch aufgeführt, d.h. als Gesamtwert zum Abrechnungszeitpunkt oder nach den höchstens neun Behandlungssitzungen, die die KLV je ärztliche Verordnung übernimmt.

Diese Änderungen stützen sich soweit wie möglich auf die Vorschläge, die die Tarifpartner dem Bundesrat im Verlauf von 2016 unterbreitet haben, sowie auf die Informationen, die über die Erarbeitung der aktuellen Tarifstruktur vorliegen. Sie tragen auch dem Ergebnis der Vernehmlassung Rechnung. Die Änderungen führen zu einer Verbesserung der Klarheit der Tarifstruktur und der Übereinstimmung mit dem Gesetz und sollten somit die Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern erleichtern und die Transparenz für die Patientinnen und Patienten verbessern. Es zeigt sich, dass die Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen gesamthaft überarbeitet werden muss. Im Sinne der gesetzlich verankerten Tarifautonomie sind die Tarifpartner aufgefordert, dem Bundesrat möglichst rasch gemeinsam eine revidierte Tarifstruktur oder, wenn dies nicht möglich ist, eine angepasste Tarifstruktur zur Genehmigung zu unterbreiten. Andernfalls kann der Bundesrat eingreifen und die als erforderlich betrachteten Anpassungen vornehmen. Von den Tarifpartnern wird erwartet, dass sie das EDI regelmässig über den Stand der Arbeiten informieren.

II. Besonderer Teil

Erläuterung der einzelnen Bestimmungen

Art. 2 Tarifstruktur für ärztliche Leistungen

Artikel 2 der Verordnung vom 20. Juni 2014 über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung tritt per 1. Januar 2018 wieder in Kraft und wird wie folgt geändert: Absatz 1 hält fest, dass im Anhang 1 die Anpassungen an der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED) Version 1.08 – vereinbart im Rahmenvertrag inkl. Anhänge zwischen santésuisse und FMH vom 20. Juni 2002 und vom Bundesrat genehmigt am 30. September 2002 – aufgeführt werden. Diese sind von den Tarifpartnern zwingend anzuwenden, sofern nach der Einzelleistungstarifstruktur TARMED abgerechnet wird. Die Version 1.08, auf welche sich die Anpassungen beziehen, wird auf der Internetseite des BAG einsehbar gemacht. Absatz 2 legt die Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED), Version 1.08, mit den Anpassungen nach Anhang 1 als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur fest, da es sonst per 1. Januar 2018 keine von allen Tarifpartnern gemeinsam vereinbarte und einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen geben würde. Diese gesamtschweizerische einheitliche Tarifstruktur wird im Anhang 2 wiedergegeben.

Art. 2a Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen

Artikel 2a der Verordnung vom 20. Juni 2014 über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung wird per 1. Januar 2018 weitergeführt und bildet die Grundlage für die Festlegung der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen im ambulanten Bereich, die in Anhang 3 zu finden ist.

Anhang 1 Anpassungen der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen

Anhang 1 beinhaltet die Anpassungen an der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED), Version 1.08. Anhang 1 wird weder in der amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) noch der Systematischen Rechtssammlung (SR) publiziert. Die Anpassungen an der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED), Version 1.08, sind auf der Internetseite der Bundeskanzlei abrufbar.

Die Änderungen, welche bereits unter Punkt 2.2.2. beschrieben und begründet wurden, führen zu konkreten Anpassungen in der Tarifstruktur Version 1.08_BR, welche im Folgenden erläutert werden.

Änderungen, die zu neuen Bewertungen, d.h. zu höheren oder tieferen Taxpunkten bei allen oder einem Teil der Tarifpositionen führen (Schätzung der Auswirkungen möglich):

1. Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

Die quantitativen Dignitäten sind nach wie vor bei allen Tarifpositionen hinterlegt. Sämtlichen Dignitäten wird jedoch ein einheitlicher **Dignitätsfaktor von 0.985** zugewiesen. Die TP AL für Leistungen mit der hinterlegten quantitativen Dignität FMH5 (z.B. Grundkonsultation oder Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern) erhöhen sich (ursprünglicher Faktor = 0.905), die TP AL für Leistungen mit einer höheren quantitativen Dignität (z.B. Koloskopie oder Strahlentherapie) reduzieren sich (ursprüngliche Dignitätsfaktoren: FMH6 = 1.0436; FMH7 = 1.086; FMH8 = 1.3046; FMH9 = 1.4785; FMH10 = 2.2625; FMH12 = 2.2625). Somit sind alle Tarifpositionen in der Tarifstruktur, welche TP AL enthalten, von dieser Änderung betroffen. Der Dignitätsfaktor wurde so gewählt, dass statisch gesehen keine Auswirkung auf das Taxpunktolumen resultiert.

Zudem wird ein Skalierungsfaktor für Ärztinnen und Ärzte mit einem alleinigen eidgenössischen Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt / Praktische Ärztin“ (ohne Doppeltitelträger) eingeführt. Auf sämtliche Leistungen, die von einer Ärztin oder einem Arzt mit dem eidgenössischen Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» abgerechnet werden, erfolgt eine Skalierung von 0.93 der TP AL. Dieser Abschlag entspricht der Höhe ihrer Besserstellung durch die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors.

2. Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten

Durch die Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten sind die Tarifpositionen in der Sparte OP I (ca. 1500 Tarifpositionen), OP II (ca. 1000 Tarifpositionen) und OP III (ca. 50 Tarifpositionen) betroffen. Der Kostensatz für die ärztlichen Leistungen (Taxpunkte pro Minute) der Sparten und damit die TP AL der in der Sparte enthaltenen Tarifpositionen sinken durch die Erhöhung der Produktivitäten. Dies weil die produktive Zeit in der entsprechenden Sparte steigt. Bei der Sparte OP I wird die Produktivität von 45% auf 55% erhöht, bei der Sparte OP II von 50% auf 60% und bei der Sparte OP III von 55% auf 65%.

Die TP AL der Tarifpositionen der Operationssparten sind sowohl von der Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors (siehe oben Punkt 1) als auch von der Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten betroffen.

3. Senkung der Kostensätze bei gewissen Sparten

Von der Reduktion der Kostensätze für die technischen Leistungen von Sparten mit Investitionskosten für Anlagen, Geräte und Apparate > 750'000 CHF um 10 % sind die Tarifpositionen aus folgenden Sparten betroffen:

- 45 Praxis-OP
- 49 OP I
- 50 OP II
- 51 OP III
- 62 Elektrophysiologisches Labor/Katheterplatz
- 80 Urologischer Endoskopieraum
- 81 Urologische Funktionsdiagnostik
- 82 Extrakorporale Lithotripsie (ESWL)
- 122 Hyperbare Sauerstofftherapie
- 188 Kardangiografie/kardiologische-interventionelle Radiologie

- 190 Gamma-Kamera
- 191 Nuklearmedizinische Diagnostik II (PET)
- 210 Hochvoltradiotherapie
- 211 Simulator
- 213 Brachytherapie
- 223 Histologisches Speziallabor
- 402 Radiochirurgie/Radiotherapie
- 420 Ganzkörper-Bestrahlung
- 422 Tiefenhyperthermie
- 600 CT-überwachte Eingriffe
- 900 MRI-überwachte Eingriffe
- 5004 Röntgenraum III
- 5006 Angiografie/nicht kardiologisch interventionelle Radiologie
- 5007 Computer-Tomographie (CT)
- 5008 Magnet Resonanz Imaging (MRI)

Die Taxpunkte der technischen Leistungen (TP TL) werden durch die Reduktion der Kostensätze im gleichen Ausmass reduziert (TP TL = Kostensatz TL * Minutage).

Die Änderung der Kostensätze TL führt zu veränderten TP TL bei Tarifpositionen, deren TP AL durch die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors (siehe oben Punkt 1) sowie durch die Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten (siehe oben Punkt 2) betroffen sind. Mit der Änderung der Kostensätze TL werden nur die TP TL dieser Tarifpositionen verändert, nicht jedoch die TP AL. Die TP TL eines Teils dieser Tarifpositionen waren ausserdem bereits von der Kürzung im Jahr 2014 betroffen, jedoch aus anderen Gründen.

4. Einführen von Handlungsleistungen (Minutage 5 Minuten) im Falle der Anwesenheit des Radiologen während der CT- oder MRI-Untersuchung und Vereinheitlichen der Minutagen für die Berichtserstellung

Von dieser Änderung betroffen sind die Tarifpositionen aus den Unterkapiteln 39.04.02 und 39.04.03 (CT Untersuchung und Interventionen) sowie 39.05.02 und 39.05.03 (MRI Untersuchung der Organe und Interventionen), dies sind 21 CT-Positionen (17 Hauptleistungen, 4 Zuschlagsleistungen) und 23 MRI-Positionen (19 Hauptleistungen, 4 Zuschlagsleistungen). In den Hauptleistungen wird die Minutage für die Leistung im engeren Sinn gestrichen, dafür werden zwei neue Zuschlagspositionen als Handlungsleistungen (39.4015 „Ärztliche Leistung im Falle einer persönlichen Betreuung der CT-Untersuchung durch den Facharzt für medizinische Radiologie“ bzw. 39.5015 „Ärztliche Leistung im Falle einer persönlichen Betreuung der MRI-Untersuchung durch den Facharzt für medizinische Radiologie“) mit einer hinterlegten Minutage von jeweils 5 Minuten eingeführt. Die Interpretation der beiden Tarifpositionen lautet wie folgt:

„Abrechenbar bei persönlicher Betreuung der Untersuchung durch den Facharzt für medizinische Radiologie.“

Beinhaltet patientenindividuell: Indikationsstellung gemäss aktuellen Leitlinien, Aufklärungs- und Dokumentationspflicht, Fachkundige Optimierung (der Strahlendosis sowie) der Bild- und Befundqualität“

Wenn die Minutagen für die Leistung im engeren Sinn bei den Hauptleistungen gestrichen werden und die Minutage für die Erstellung des Berichts vereinheitlicht wird (bei MRI auf 25 Minuten, bei CT auf 20 Minuten), reduzieren sich die TP AL bei diesen Tarifpositionen zwischen 20% und 60% (ceteris paribus). Da bei den Zuschlagsleistungen die Minutage zur Erstellung des Berichts ganz gestrichen wird, reduzieren sich die TP AL bei diesen Tarifpositionen um 100% (ceteris paribus).

Die Veränderung der Minutagen bei den Tarifpositionen aus den erwähnten Unterkapiteln führen zu tieferen TP AL. Die TP AL dieser Tarifpositionen werden auch gesenkt durch die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors (siehe oben Punkt 1). Die TP TL dieser Tarifpositionen sind zudem durch die Kürzung der Kostensätze TL der Sparten CT und MRI um 10% (siehe oben Punkt 3) betroffen.

5. Senkung von zu hohen Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen

Kataraktoperation: Folgende Tarifpositionen werden zu einer Position zusammengefasst und die Minutagen werden gesenkt:

- 08.2760 Extractio lentis/Phakoemulsifikation
- 08.2780 + Implantation einer künstlichen Linse bei Extractio lentis/Phakoemulsifikation
- 08.2820 + Einsetzen eines Kapselspannrings bei Extractio lentis/Phakoemulsifikation

→ Position 08.2760 neu inkl. Implantation künstliche Linse und Einsetzen Kapselspannring: Leistung im engeren Sinn (LieS) von total 64 auf neu 22 Minuten, Vor- und Nachbereitung bleibt bei 11, Bericht von total 6 auf neu 3 Minuten, Raumbelegung von total 64 auf neu 22 Minuten

→ Dies führt zu neuen TP AL (bereits betroffen von Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors und Erhöhung der Produktivitäten bei den Operationssparten, siehe oben Punkte 1 und 2) und zu neuen TP TL (bereits betroffen von der Reduktion des Kostensatzes der Sparte OP I, siehe oben Punkt 3), die deutlich tiefer sind.

Glaskörperbiopsie u/o intravitreale Injektion: Die Tarifposition 08.3350 Glaskörperbiopsie für zytologische Diagnostik u/o intravitreale Injektion wird in eine Position Glaskörperbiopsie für zytologische Diagnostik umgewandelt. Diese Position behält die gleichen Minutagen wie die aktuelle Position 08.3350 (LieS = 30 min, VNB = 11 min, Bericht = 3 min, Raumbelegung = 30 min). In der Interpretation der Position wird ergänzt, dass eine während der Glaskörperbiopsie durchgeführte intravitreale Injektion enthalten ist. Eine neue Tarifposition « 08.3355 Alleinige intravitreale Injektion » mit einer Minutage LieS von 10 min, VNB 11 min, Bericht 3 min und Raumbelegung 10 min wird geschaffen. Die beiden Positionen werden zudem mit einem Kumulationsverbot hinterlegt.

→ Dies führt für die intravitreale Injektion zu tieferen TP AL (bereits betroffen von der Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors und Erhöhung der Produktivitäten bei den Operationssparten, siehe oben Punkte 1 und 2) und zu tieferen TP TL (bereits betroffen von der Reduktion des Kostensatzes der Sparte OP I, siehe oben Punkt 3).

Belastungs-EKG: Bei der Position „17.0090 Belastungs-EKG, Ergometrie“ wird die Minutage LieS von 32 auf 25 Minuten und die Minutage Raumbelegung von 40 auf 35 Minuten reduziert.

→ Dies führt zu tieferen TP AL (bereits betroffen von der Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors, siehe oben Punkt 1) und TP TL.

Holter-EKG: Bei der Position „17.0150 Holter-EKG, 16 bis 24 Std., Auswertung“ werden die Minutage LieS sowie die Minutage Raumbelegung von 30 auf 25 Minuten reduziert.

→ Dies führt zu tieferen TP AL (bereits betroffen von der Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors, siehe oben Punkt 1) und TP TL.

Koloskopie, etc.: Bei den Hauptleistungen (19.1010 Koloskopie vollständig, 19.1200 Koloskopie partiell und linksseitig und 19.1210 Koloskopie durch Stoma) werden die Minutagen LieS (33 → 25, 20 → 15, 30 → 25) reduziert. Die Minutagen für die Raumbelegung werden ebenfalls reduziert (43 → 35, 30 → 25, 40 → 35). Die Minutage zur Erstellung des Berichts wird einheitlich auf 3 Minuten (vorher 5, 4 und 4), die Minutage Wechsel einheitlich auf 20 Minuten gesetzt (vorher 20, 30 und 30).

Bei den Zuschlagsleistungen 19.1120/19.1330/19.1490 + Entfernung sessiler Polypen bis 1 cm Durchmesser bei Koloskopie/Rektoskopie/Sigmoidoskopie, pro Polyp, bei den Zuschlagsleistungen 19.1130/19.1340/19.1500 + Entfernung sessiler Polypen mehr als 1 cm Durchmesser bei Koloskopie/Rektoskopie/Sigmoidoskopie, pro Polyp sowie bei den Zuschlagsleistungen 19.1100/19.1310/19.1480 +Entfernung gestielter Polypen bei Koloskopie/Rektoskopie/Sigmoidoskopie, pro Polyp werden die Minutagen LieS und Raumbelegung deutlich reduziert (40 bis 60%).⁶

⁶ 19.1120/19.1330/19.1480 von 12 auf 4 Min; 19.1130/19.1340 von 32 auf 18 Min; 19.1490 von 10 auf 4 Min; 19.1100/19.1310 von 15 auf 5 Min; 19.1500 von 28 auf 16 Min

→ Bei allen erwähnten Positionen führen die Änderungen zu tieferen TP AL (bereits betroffen von der Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors sowie teilweise von der Erhöhung der Produktivitäten bei den Operationssparten, siehe oben Punkte 1 und 2) und TP TL (bereits betroffen von der Reduktion des Kostensatzes in der Sparte OP II, siehe oben Punkt 3).

Stereotaktische Radiotherapie: Im Sinne der Harmonisierung und Kohärenz des Kapitels wird eine neue Tarifposition 32.1130 „Technische Grundleistung 0, Stereotaktische Radiotherapie, ambulanter Patient“ mit einer Minutage Wechsel von 5 Minuten für die technische Leistung in der Sparte Radiochirurgie/Radiotherapie geschaffen. Sie kann einmal pro Sitzung, d.h. einmal pro stereotaktischer Radiotherapie, unabhängig von der Anzahl Fraktionen, abgerechnet werden. Sie kann somit in Kombination mit den Positionen 32.0610 „Stereotaktische Radiotherapie, erste Fraktion“ und 32.0615 „Stereotaktische Radiotherapie, zweite bis sechste Fraktion“ abgerechnet werden. Dafür wird die Minutage Wechsel bei der Tarifposition 32.0610 gestrichen. Bei den Tarifpositionen 32.0610 und 32.0615 werden die Minutagen LieS und Raumbelugung deutlich gesenkt (180/180 auf 60/70 und 90/95 auf 40/45).

→ Dies führt zu deutlich tieferen TP AL (bereits betroffen von der Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors, siehe oben Punkt 1) und TP TL (bereits betroffen von der Reduktion des Kostensatzes in der Sparte Radiochirurgie/Radiotherapie, siehe oben Punkt 3).

Die TP TL aller unter dieser Änderung aufgeführten Tarifpositionen wurden bereits im Jahr 2014 gekürzt. Die prozentualen Kürzungen der Taxpunkte fallen geringer aus als die prozentualen Kürzungen der Minutagen, da die Kürzungen aus dem Jahr 2014 (8.5%) bei der Berechnung berücksichtigt wurden.

6. Umwandlung der Handlungsleistungen „Untersuchung durch den Facharzt“ in Zeitleistungen

Die Handlungsleistungen „Untersuchung durch den Facharzt“ werden in Zeitleistungen, abrechenbar in 5-Minuten-Schritten, umgewandelt. Die Tarifpositionen werden somit im Titel ergänzt um den Zusatz « pro 5 Min. ». Zudem werden die Limitationen entsprechend angepasst (z.B. bei 00.0410 maximal 3 Mal pro Sitzung, maximal 6 Mal pro 3 Monate, siehe dazu auch unten Punkt 7). Betroffen von dieser Änderung sind folgende Tarifpositionen:

- 00.0410 Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung
- 00.0420 Umfassende Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung
- 00.0430 Kleine rheumatologische Untersuchung durch den Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation
- 00.0440 Umfassende rheumatologische Untersuchung durch den Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation
- 03.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin des Kindes/Jugendlichen bis 18 Jahre
- 04.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Dermatologie
- 07.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Kieferchirurgie
- 09.0010 Untersuchung durch den Facharzt {ORL}
- 22.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
- 24.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Orthopädie oder Chirurgie

Bei den Tarifpositionen mit Aufzählungen von Leistungsteilen, aus denen der Leistungserbringer auswählen kann (00.0420, 00.0430, 00.0440, 03.0010, 24.0010), muss er zukünftig in der Patientenakte festhalten, welche Untersuchungen er genau gemacht hat. Die Tarifpositionen erhalten zudem neue Nummern (00.0415, 00.0425, 00.0435, 00.0445, 03.0015, 04.0015, 07.0015, 09.0015, 22.0015, 24.0015), damit klar ist, dass sich die Position in wesentlichen Punkten geändert hat.

Die obgenannten Tarifpositionen sind bereits durch die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors betroffen (Erhöhung oder Reduktion der TP AL, siehe oben Punkt 1) sowie teilweise (00.0410, 00.0430, 04.0010) durch die Anwendung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte (siehe unten Punkt 7).

Da es bei den Änderungen 1 – 6 auch Überschneidungen gibt, können die Auswirkungen auf das Taxpunktvolument nicht einfach addiert werden. Die Änderungen 1 – 6 führen insgesamt zu einer Reduktion des Taxpunktvolumentens von ca. 344 Mio. Taxpunkten (Daten aus dem Tarifpool der SASIS AG, 2015).

Änderungen in den Abrechnungsregeln einzelner oder mehrerer Tarifpositionen (Schätzung der Auswirkungen kaum oder gar nicht möglich):

7. Anwendung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte

Bei den nachfolgenden Tarifpositionen wird die Interpretation wie folgt angepasst: der Vermerk *„Diese Limitierung entfällt für elektronisch abrechnende Fachärzte.“* wird gelöscht;

Betroffene Positionen sind: 00.0020, 00.0050, 00.0070, 00.0120, 00.0140, 00.0410, 00.0430, 00.0510, 00.0530, 00.0610, 00.1370, 00.1890, 02.0060, 02.0070, 02.0150, 02.0160, 02.0260, 04.0010, 22.0030 (ohne Ausnahme für Altersgruppen), 22.0040 (ohne Ausnahme für Altersgruppen)⁷

Gleichzeitig wird auch die Generelle Interpretation „GI-50 Elektronische Abrechnung“ gelöscht. Die Interpretation der Tarifpositionen wird wie folgt ergänzt: „Gilt für Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren.“ Der Titel der Positionen wird um den Zusatz „bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren“ ergänzt. Pro Position wird eine neue Position mit der jeweils gleichen Bezeichnung, aber mit dem Zusatz „bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren“ eingefügt (00.0025, 00.0055, 00.0075, 00.0125, etc.). Ebenso wird pro Position eine neue Position mit der jeweils gleichen Bezeichnung, aber mit dem Zusatz „bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf“ eingefügt (00.0026, 00.0056, 00.0076, 00.0126, etc.). Diese sind abrechenbar im Ausnahmefall bei Patienten über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit erhöhtem Behandlungsbedarf. Diese neuen Positionen erhalten jeweils die doppelte Limitation der bisherigen Position. Die Positionen sind nicht miteinander kumulierbar. Die Ärztin bzw. der Arzt entscheidet sich somit vor der Abrechnung, abhängig von der Patientin bzw. vom Patienten, für die eine oder die andere Position.

In der Tarifstruktur wird eine neue Leistungsgruppe „LG-30 Tarifpositionen für Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf“ mit allen neuen Tarifpositionen für Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf mit folgendem Text eingefügt:

„Abrechenbar im Ausnahmefall bei Patienten über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf im Sinne eines erhöhten Zeitbedarfs.“

In den Positionen wird folgende Interpretation eingefügt:

„Abrechenbar im Ausnahmefall bei Patienten über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf. Die Gründe für den erhöhten Behandlungsbedarf eines Patienten müssen in der Patientenakte aufgeführt werden. Der erhöhte Behandlungsbedarf eines Patienten ist gegenüber dem Versicherer zu begründen.“

Damit der Facharzt für Psychiatrie im Falle einer Krisensituation genügend Zeit für die Patientin bzw. den Patienten aufwenden kann, wird bei der Tarifposition „02.0080 Psychiatrische Krisenintervention, pro 5 Min.“ in der Interpretation folgende Bemerkung ergänzt: „Kann auch bei telefonischer psychiatrischer Krisenintervention abgerechnet werden“. Diese Tarifposition ist nicht limitiert.

Die aufgeführten Tarifpositionen sind bereits von der Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors betroffen (3 Tarifpositionen mit einer Erhöhung der TP AL, da FMH5, siehe oben Punkt 1). Die Tarifpositionen 00.0410, 00.0430 und 04.0010 sind bereits von der Umwandlung der Handlungseleistungen „Untersuchung durch den Facharzt“ in Zeitleistungen (siehe oben Punkt 6) betroffen.

⁷ Ausnahme für die Altersgruppen <6 Jahren und >75 Jahren nicht notwendig, da Positionen in diesen Altersgruppen praktisch nicht abgerechnet werden (spezielle gynäkologische Beratung, Sterilitätsberatung für die Frau).

8. Interpretation der Leistungen in Abwesenheit des Patienten präzisieren sowie die jeweiligen Limitationen anpassen

Die Tarifpositionen mit der Bezeichnung „Leistung in Abwesenheit des Patienten“ werden aufgeteilt, so dass es künftig für jede mögliche Leistung in Abwesenheit eine separate Tarifposition gibt. Es handelt sich dabei um folgende Positionen:

- 00.0140 Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min.
- 02.0070 Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium) durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.
- 02.0160 Leistung in Abwesenheit des Patienten durch behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.
- 02.0260 Leistung in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.

Die Tarifposition 00.0140 wird wie folgt aufgeteilt und pro Minute tarifiert und ergänzt um die Altersgruppen:

- 00.0141 Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min
- 00.0142 Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.
- 00.0143 Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.
- 00.0144 Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.
- 00.0145 Überweisungen an Konsiliarärzte in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.
- 00.0146 Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen ausserhalb von Konsultation, Besuch und telefonischer Konsultation in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.
- 00.0147 Diagnostische Leistung am Institut für Pathologie in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.
- 00.0148 Tumorboard in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.

Für diese neuen Tarifpositionen wird eine neue Leistungsgruppe (LG-04) eingeführt. In dieser wird eine kumulierte Limitation für alle darin enthaltenen Tarifpositionen hinterlegt, die der halbierten Limitation für nicht elektronisch abrechnende Fachärzte der vorherigen Position 00.0140 entspricht. Die Limitation gilt neu für alle Fachärzte (auch für elektronisch abrechnende).

Bei Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf werden die Limitationen nicht halbiert, sie bleiben bei 60 Minuten pro 3 Monate. Daher werden für sie parallel separate Positionen geführt (00.0161ff.), für welche ebenfalls eine neue Leistungsgruppe (LG-11) mit der höheren kumulierten Limitation eingeführt wird.

In den Positionen wird folgende Interpretation eingefügt: *„Abrechenbar im Ausnahmefall bei Patienten über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf Die Gründe für den erhöhten Behandlungsbedarf eines Patienten müssen in der Patientenakte aufgeführt werden. Der erhöhte Behandlungsbedarf eines Patienten ist gegenüber dem Versicherer zu begründen.“*

Die Limitationen für LiA bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren werden nicht halbiert, sie bleiben bei 60 Minuten pro 3 Monate. Daher werden auch für sie parallel separate Positionen geführt (00.0131ff.), für welche ebenfalls eine neue Leistungsgruppe (LG-10) mit der höheren kumulierten Limitation eingeführt wird. Die Ärztin bzw. der Arzt entscheidet sich vor der Abrechnung, abhängig von der Patientin bzw. vom Patienten, für die eine oder die andere Position (Position aus LG-04, LG-10 oder LG-11). Die Positionen aus der einen Leistungsgruppe

sind nicht kumulierbar mit den Positionen aus den anderen. Für die Position 00.0147 (sowie 00.0137 und 00.0167) wird zusätzlich ergänzt, dass die hinterlegte Limitation 5 Mal pro Einsendung, d.h. 5 Minuten, gilt. Diese Limitation war bisher bereits in der Tarifstruktur hinterlegt. Die Aufteilung der Tarifposition gilt - mit Ausnahme der Tumorboards – ebenfalls für Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie (02.0070 → 02.0071, 02.0072, 00.0273, 02.0074, 02.0075, 02.0076). Bei jeder Tarifposition wird ergänzt, dass sie nicht für Leistungen in Abwesenheit des Patienten gilt, die in Zusammenhang mit der Erstellung von ärztlichen Zeugnissen, Berichten und Schreiben nach Kapitel 00.06, erbracht werden. Alle Positionen werden pro Minute tarifiert. Auch die LiA durch den behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten (02.0160 → 02.0161, 02.0162, 02.0163, 02.0164, 02.0165, 02.0166) und durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten (02.0260 → 02.0261, 02.0262, 02.0263, 02.0264, 02.0265, 02.0266) werden aufgeteilt und pro Minute tarifiert. Da sie aber keine Überweisungen an Konsiliarärzte machen und auch keine Rezepte ausstellen können, finden sich diese Positionen bei ihnen nicht. Bei ihnen gibt es dafür die Positionen „Auswertung von Tests“ und „Verfassen von ausführlichen Berichten, sofern nicht anderweitig entschädigt“. Weil es sich um nicht-ärztliche Leistungserbringer handelt, braucht es keine Ergänzung bezüglich des Kapitels 00.06 (siehe oben). Für die LiA der Fachärzte für Psychiatrie, der behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten und der delegierten Psychologen/Psychotherapeuten werden auch neue Leistungsgruppen (LG-05, LG-08 und LG-09) geschaffen, in welchen eine kumulierte Limitation für alle darin enthaltenen Tarifpositionen hinterlegt wird (siehe unten).

Die bisher für nicht elektronisch abrechnende Fachärzte geltenden Limitationen werden für alle Fachärzte Psychiatrie, behandelnde Psychologen/Psychotherapeuten sowie delegierte Psychologen/Psychotherapeuten aktiviert.

Neue LG-04 (00.0141 bis 00.0148):

„Enthält alle ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren.

Für die Tarifpositionen in dieser Leistungsgruppe gilt folgende kumulierte Limitation: maximal 30 Mal pro 3 Monate.

Für die Position 00.0147 gilt die Limitation 5 Mal pro Einsendung.“

Neue LG-10 (00.0131 bis 00.0138)

„Enthält alle ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren.

Für die Tarifpositionen in dieser Leistungsgruppe gilt folgende kumulierte Limitation: maximal 60 Mal pro 3 Monate.

Für die Position 00.0137 gilt die Limitation 5 Mal pro Einsendung.“

Neue LG-11 (00.0161 bis 00.0168)

„Enthält alle ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten bei Patienten über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit erhöhtem Behandlungsbedarf.

Für die Tarifpositionen in dieser Leistungsgruppe gilt folgende kumulierte Limitation: maximal 60 Mal pro 3 Monate.

Für die Position 00.0167 gilt die Limitation 5 Mal pro Einsendung.“

Neue LG-05 (02.0071 bis 02.0076):

„Enthält alle ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch Facharzt für Psychiatrie.

Für die Tarifpositionen in dieser Leistungsgruppe gilt folgende kumulierte Limitation: maximal 180 Mal pro 6 Monate.“

Neue LG-08 (02.0161 bis 02.0166):

„Enthält alle Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch den behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten.

Für die Tarifpositionen in dieser Leistungsgruppe gilt folgende kumulierte Limitation: maximal 240 Mal pro 6 Monate“

Neue LG-09 (02.0261 bis 02.0266):

„Enthält alle Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten.

Für die Tarifpositionen in dieser Leistungsgruppe gilt folgende kumulierte Limitation: maximal 240 Mal pro 6 Monate“

Die Tarifpositionen aus der Leistungsgruppe LG-11 sind ebenfalls Bestandteil der neuen Leistungsgruppe LG-30 (siehe weiter oben bei Massnahme 7).

Die Kapitelinterpretation „KI-00.06-7 Zeugnisse, kleine Bericht“ wird angepasst.

Die obgenannten Tarifpositionen sind bereits durch die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors (Erhöhung oder Senkung der TP AL, siehe oben Punkt 1) sowie durch das Löschen des Vermerks betreffend elektronischer Abrechnung (siehe oben Punkt 7) betroffen.

9. Interpretation bei den Notfallzuschlägen präzisieren

Die Interpretation bei den Tarifpositionen mit der Bezeichnung „Notfall-Inkonvenienzpauschale“ wird präzisiert. Die Notfallkriterien für Notfälle während des Tages werden schärfer umschrieben, so dass klarer wird, in welchen Fällen diese Notfall-Inkonvenienzpauschale abgerechnet werden kann. Es handelt sich dabei um folgende Position:

- 00.2510 Notfall-Inkonvenienzpauschale A, Mo-Fr 7-19, Sa 7-12

Die Interpretation von Tarifposition 00.2510 sieht neu wie folgt aus:

„Notfallkriterien Tag (tarifarisch):

- Bei direktem Arzt - Patientenkontakt: Jeder Patient, bei dem sich unabhängig von der auslösenden Ursache eine Störung der vitalen Funktionen ausbildet, zu befürchten, respektive nicht auszuschliessen ist. Gilt auch für Patienten bei denen eine akute Erkrankung, ein Trauma oder eine Vergiftung eine Organschädigung hervorrufen oder zur Folge haben kann. Im Bereich der Psychiatrie ist von einem Notfall auszugehen bei Erregungszuständen, Selbst- und Fremdgefährdung, Bewusstseinsstörungen sowie katatonstupiden Zuständen.

- Ohne direkten Arzt - Patientenkontakt: Medizinisch notwendig und/oder vom Patienten, Angehörigen oder Dritten als offensichtlich notwendig erachtet

- Der Facharzt befasst sich sofort, verzugslos mit dem Patienten bzw. sucht ihn auf.

- Es wird ein unmittelbarer Arzt - Patienten - Kontakt vorausgesetzt. Ausnahme: Vergebliche Fahrt zum Unfallort/Ereignisort.

- Besuche: zuhause, Alters- und Pflegeheim, Unfallort, Ereignisort usw..

Für die Entschädigung massgebend ist der Zeitpunkt des ersten, direkten und unmittelbaren Arzt - Patienten - Kontakts (Ausnahme: Bei Notfallbesuch gilt die Startzeit).

Darf nur von nicht vom Spital oder Institut fix besoldeten Fachärzten abgerechnet werden.

Bei Einsätzen im Spital oder Institut gilt:

Der Facharzt begibt sich für den ungeplanten, notfallmässigen Einsatz von ausserhalb ins Spital oder Institut. Hiermit abgegolten ist auch die Wegentschädigung. Fachärzte, welche vom Spital oder Institut ganz oder teilweise fix besoldet sind, haben kein Anrecht auf Verrechnung dieser Tarifposition.“

Bei den Notfall-Inkonvenienzpauschalen für Abend, Nacht und Wochenende werden die Notfallkriterien ebenfalls leicht angepasst. Dies betrifft folgende Positionen:

- 00.2520 Notfall-Inkonvenienzpauschale B, Mo-So 19-22, Sa 12-19, So 7-19

- 00.2540 Notfall-Inkonvenienzpauschale C, Mo-So 22-7

Die Interpretation dieser Tarifpositionen sieht neu wie folgt aus:

„Notfallkriterien – Abend/Nacht/Wochenende (tarifarisch):

- *Bei direktem Arzt - Patientenkontakt: Vom Facharzt als medizinisch notwendig erachtet*
- *Ohne direkten Arzt-Patientenkontakt: Medizinisch notwendig und/oder vom Patienten, Angehörigen oder Dritten als offensichtlich notwendig erachtet*
- *Der Facharzt befasst sich sofort, verzugslos mit dem Patienten bzw. sucht ihn auf.*
- *Es wird ein unmittelbarer Arzt - Patienten - Kontakt vorausgesetzt. Ausnahme: Vergebliche Fahrt zum Unfallort/Ereignisort.*
- *Besuche: zuhause, Alters- und Pflegeheim, Unfallort, Ereignisort usw..*

Für die Entschädigung massgebend ist der Zeitpunkt des ersten, direkten und unmittelbaren Arzt - Patienten - Kontakts (Ausnahme: Bei Notfallbesuch gilt die Startzeit).

Darf nur von nicht vom Spital oder Institut fix besoldeten Fachärzten abgerechnet werden.

Bei Einsätzen im Spital oder Institut gilt:

Der Facharzt begibt sich für den ungeplanten, notfallmässigen Einsatz von ausserhalb ins Spital oder Institut. Hiermit abgegolten ist auch die Wegentschädigung. Fachärzte, welche vom Spital oder Institut ganz oder teilweise fix besoldet sind, haben kein Anrecht auf Verrechnung dieser Tarifposition.

Das Zeitfenster für die Tarifposition 00.2505 „Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale F bei dringlichen Konsultationen/Besuchen ausserhalb der regulären Sprechstundenzeiten, sowie Mo-Fr 19-22, Sa 12-19, sowie So 7-19“ wird auf den Samstagvormittag 7-12 erweitert und dem entsprechend der Titel der Position angepasst.

10. Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal anpassen

In der Interpretation der Tarifpositionen 00.0715 und 00.0716 wird folgender Satz gelöscht:

„Nur anwendbar durch ärztliches Praxislabor im Rahmen der Präsenzdiagnostik nach Artikel 54 Absatz 1 Buchstabe a KVV und Kapitel 5.1.2 der Analysenliste.“

In der Interpretation der Tarifpositionen 00.0710 und 00.0720 werden folgende Sätze gelöscht:

„Punktionen durch nichtärztliches Personal zwecks Blutentnahmen für die Präsenzdiagnostik in ärztlichen Praxislaboratorien siehe 00.0715 und 00.0716.

Punktionen durch nichtärztliches Personal zwecks Blutentnahmen für Laboruntersuchung(en) in Spitallaboratorien (KVV, Art. 54 Abs. 1 lit. c und Abs. 2) und Laboratorien (KVV, Art. 54 Abs. 3) werden mit der entsprechenden Tarifposition der eidgenössische Analysenliste abgerechnet.“

11. Tarifposition „00.0610 Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.“ umtarifieren und Interpretation präzisieren

Die Tarifposition „00.0610 Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.“ ist neu in der Sparte Sprechzimmer und nicht mehr in der Sparte UBR Grundversorger tarifiert. In der Interpretation wird neu darauf hingewiesen, dass diese Position dazu dient, der Patientin oder dem Patient die Anwendung und Bedienung von technischen Hilfsmitteln zu erklären. Zusätzlich zur bisherigen Limitation (maximal 6 Mal pro 3 Monate) darf diese Position künftig nur noch maximal 3 Mal pro Sitzung abgerechnet werden. Die Tarifposition ist auch betroffen von der Massnahme 7.

Die finanziellen Auswirkungen der Änderungen 7 bis 11 können schwerlich geschätzt werden und hängen auch davon ab, inwiefern sich die Leistungserbringer an die geänderten Interpretationen halten und die Versicherer die angepassten Limitationen überprüfen. Für die Änderungen 7 und 8 ist dennoch eine grobe Schätzung mit Hilfe von Zahlen eines grossen Versicherers möglich. Die Zahlen gehen von Einsparungen im Umfang von ca. 190 Mio. Taxtpunkten aus.

Weitere Änderungen (Schätzung der Auswirkungen nicht möglich)

12. Zuschlag von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten löschen

Von dieser Änderung ist lediglich die Generelle Interpretation „GI-20 Verbrauchsmaterialien und Implantate“ betroffen. Sie wird wie folgt angepasst:

„Verbrauchsmaterial ist separat verrechenbar, sofern der Einkaufspreis (inkl. MWST) pro Einzelstück CHF 3.-- übersteigt. Verrechnet wird der Stückpreis des Verbrauchsmaterials und der Implantate auf der Basis der Jahreseinkaufsmenge nach Abzug von Rabatten und Preisnachlässen. Sofern vertraglich tiefere Preise vereinbart wurden, gelten diese. ~~Einstandspreis (Stückpreis auf Basis der Jahreseinkaufsmenge) plus ein Zuschlag von 10%. Für Verbrauchsmaterialien, die in der MiGel oder in Verträgen aufgeführt sind, gelten maximal deren Preise.~~“

13. Streichen von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie aller Verweise auf das Gesetz

Die Tarifpositionen mit Behandlungsart stationär werden gelöscht, dies betrifft 59 Positionen aus den Kapiteln 17, 31, 32, 34, 35 und 39. Auch die 9 Tarifpositionen zur Betreuung des hospitalisierten Patienten werden gelöscht (00.0210 bis 00.0320). Die Tarifpositionen mit dem Vermerk „Gesetz: Nur Leistung der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung“ werden ebenfalls gestrichen, dies betrifft das ganze Kapitel 38 „Berufskrankheitenprophylaxe gemäss UVG“ (47 Positionen) plus 6 weitere Positionen (00.2230, 00.2240, 00.2315, 39.0011, 39.0016, 39.0021). Die Verweise auf das Gesetz (KVG, KVV, KLV) sowie auf die Analysenliste werden in der ganzen Tarifstruktur gestrichen.

Die Tarifposition 00.2205 „Formalisierter Arztbericht wird von einer Handlungsleistung mit der Minutage von 9 Minuten in eine Zeitleistung pro 5 Minuten mit der Limitation „maximal 2 Mal pro Sitzung“ umgewandelt. Der Tarifposition wird die neue Positionsnummer 00.2206 gegeben, die alte Nummer wird gestrichen.

14. Separate Wegentschädigung für die Psychiatrie einführen

Es wird eine neue Tarifposition 02.0015 + Wegentschädigung für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, pro 5 Min.“ eingefügt. Tarifiert ist die Position gleich wie die Position 02.0010 „Psychiatrische Diagnostik und Therapie, Einzeltherapie, erste Sitzung, pro 5 Min.“. Die Interpretation entspricht derjenigen der Position 00.0095 „+ Wegentschädigung, pro 5 Min.“.

15. Phytotherapie gleich tarifieren wie die andere Komplementärmedizin

Die Tarifpositionen für die Phytotherapie werden wie folgt geändert:

- 00.1870 Phytotherapie durch Facharzt, Konsultation durch den Facharzt, erste 5 Min. (angepasste Tarifposition)
Gleich tarifiert wie die Grundkonsultation 00.0010.
Qualitative Dignität: FA Phytotherapie
Interpretation: Pflanzliche Arzneimittel gemäss SL und ALT. Maximal 180 Min. pro 6 Monate (inkl. 00.1871 und 00.1872).
Diese Tarifposition ist Bestandteil der Leistungsgruppe LG-03.
Menge: 1 Mal pro Sitzung.
- 00.1871 + Phytotherapie durch Facharzt, Konsultation durch den Facharzt, jede weiteren 5 Min. (neue Tarifposition)
Gleich tarifiert wie 00.0020 (+ Konsultation, jede weiteren 5 Min.)
Qualitative Dignität: FA Phytotherapie
Menge: maximal 34 Mal pro 6 Monate
Diese Tarifposition ist Bestandteil der Leistungsgruppe LG-03.
- 00.1872 + Phytotherapie durch Facharzt, Konsultation, durch den Facharzt, letzte 5 Min. (neue Tarifposition)
Gleich tarifiert wie 00.0030 (+ Konsultation, letzte 5 Min.)

Qualitative Dignität: FA Phytotherapie

Menge: maximal 1 Mal pro Sitzung

Diese Tarifposition ist Bestandteil der Leistungsgruppe LG-03.

- 00.1880, 00.1890, 00.1900 „Telefonische komplementärmedizinische Konsultation“ (angepasste Tarifpositionen)

Ergänzung bei qualitativer Dignität: „FA Phytotherapie“

Die beschriebenen Änderungen in den Tarifpositionen führen teilweise auch zu Änderungen in den Regeln/Interpretationen auf Ebene Generelle Interpretationen (GI) zum Tarif, Kapitel oder Unterkapitel sowie in Leistungsgruppen und Leistungsblöcken.⁸ Speziell zu erwähnen ist hier die Leistungsgruppe LG-03 „Tarifpositionen bei denen der Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis gem. Rechnungsprüfung Kostenträger beansprucht werden kann“, welche im Vergleich zur zuletzt genehmigten Version 1.08_BR neu eingefügt wird. Dabei handelt es sich um eine Liste aller Tarifpositionen, mit denen der Zuschlag für hausärztliche Leistungen (Tarifposition 00.0015), den der Bundesrat im Jahr 2014 eingeführt hatte, abgerechnet werden kann, ohne dass die Abrechnung von den Versicherern zurückgewiesen wird. Sie wurde von den Versichererverbänden entwickelt, um die Abrechnung der Zuschlagsposition für hausärztliche Leistung kontrollieren zu können.

Die in der Tarifstruktur vorgenommenen Änderungen verlangen keine Anpassung der kantonalen Taxpunktweite. Durch die Änderungen soll insbesondere die Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur, d.h. die Relation der Leistungen zueinander, wieder hergestellt bzw. zumindest verbessert werden.

Die Tarifpartner sind aufgefordert, ihren Mitwirkungspflichten nachzukommen und notwendige Informationen und Daten gemäss Artikel 3 der Verordnung, kostenlos ans Eidgenössische Departement des Innern zu übermitteln. So können die Auswirkungen der Anpassungen in einem Monitoring evaluiert werden. Dabei soll ermittelt werden, ob die kalkulierten Einsparungen auch tatsächlich erreicht werden. Im Speziellen analysiert werden die neu eingeführten Positionen mit einer Verdoppelung der Limitation (Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf, Kinder unter 6 Jahren und ältere Personen über 75 Jahren). Wie bereits erwähnt, ist zu erwarten, dass sich die abgerechneten Mengen der neuen Positionen im Rahmen der bisherigen Quoten für die Überschreitung der mit der Massnahme 7 für alle Leistungserbringer aktivierten und/oder mit der Massnahme 8 gesetzten Limitationen bewegen werden. Werden die kalkulierten Einsparungen nicht erreicht bzw. die neu eingeführten Tarifpositionen zu oft abgerechnet, werden dem Bundesrat möglichst rasch Korrekturmassnahmen vorgeschlagen.

Anhang 2 Gesamtschweizerische einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen

Anhang 2 ist neu und gibt die neue, per 1.1.2018 gültige und anzuwendende Tarifstruktur wieder. Anhang 2 wird weder in der amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) noch der Systematischen Rechtssammlung (SR) publiziert. Die gesamtschweizerische einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen ist auf der Internetseite der Bundeskanzlei abrufbar. Sie beinhaltet alle Tarifpositionen, aus denen sie besteht, ihre Bewertungen, die Abrechnungsregeln und die dazugehörigen Limitationen. Auch sind generelle Interpretationen, Kapitelinterpretationen, Leistungsgruppen, etc. aufgeführt.

Anhang 3 Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen

Anhang 3 ist neu. Er enthält die als einheitliche Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen festgelegte Tarifstruktur, das heisst alle Tarifpositionen, die in der festgelegten Tarifstruktur enthalten sind, ihre Bewertung (Taxpunkte oder Franken) sowie die entsprechenden Abrechnungsregeln und Limitationen. Anhang 3 wird weder in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) noch in der Systematischen Rechtssammlung (SR) publiziert. Er kann auf der Internetseite der Bundeskanzlei abgerufen werden.

⁸ Es werden Änderungen in folgenden generellen Interpretationen vorgenommen: 8, 9, 19, 20, 36, 38, 40, 42, 43, 47, 49, 50, 51. Zudem kommt eine neue generelle Interpretation dazu (GI-52 praktischer Arzt/praktische Ärztin). Der Leistungsblock 11 sowie die Leistungsgruppe 12 werden gestrichen. Dafür kommen neue Leistungsgruppen dazu (LG-04, LG-05, LG-08, LG-09, LG-10, LG-11, LG-30). Gestrichene Positionen werden aus den jeweiligen Leistungsgruppen und -blöcken entfernt. Folgende Kapitelinterpretationen werden gestrichen oder angepasst: 0.06-7, 0.08-1, 2-1, 2.01-1, 2.02-1, 2.03-1, 2.04-5, 27-1, 31-2, 32-6, 33-1, 34.01-1, 34.01.01-1, 34.01.01-2, 34.03-1, 37-2, 38-1 bis 38-6, 39-2 und 39.06.07-1.

Die festgelegte Tarifstruktur basiert auf der vom Bundesrat festgelegten, bis am 31. Dezember 2017 geltenden Tarifstruktur. Diese wurde einer vertieften Prüfung unterzogen und beinhaltet folgende Änderungen:

Die Einleitende Bemerkung 2 wurde dahingehend präzisiert, dass pro Sitzung eine der Sitzungspauschalen 7301 bis 7340 verrechnet werden darf. Eine Sitzungspauschale (Positionen 7301 bis 7340) dürfte im Prinzip nur einmal pro Tag verrechnet werden. Sie kann nur zweimal pro Tag verrechnet werden, wenn an diesem Tag zwei Behandlungen durchgeführt wurden. Die zwei Behandlungen pro Tag müssen ausdrücklich ärztlich verordnet worden sein. Es handelt sich um eine Klarstellung der Formulierung, wie sie in der aktuellen Tarifstruktur steht.

Die **Einleitende Bemerkung 4** ist ebenfalls neu. Darin wird die Ergänzung der erlaubten Kombinationen in der Tarifstruktur präzisiert. Demnach sind die Zuschlagspositionen nur gemäss den Kombinationsregeln (Spalte «erlaubte Kombinationen») abrechenbar. Andere Kombinationen von Tarifpositionen sind nicht erlaubt. Die möglichen Kombinationen wurden auf der Grundlage der Abrechnungsregeln gemäss der bis am 31. Dezember 2017 geltenden Tarifstruktur festgelegt. Sie wurden zudem mit den Kombinationen von Tarifpositionen verglichen, die in den Vorschlägen der Tarifpartner enthalten sind (die vom SVFP und von physioswiss am 14. Juli 2016 vorgeschlagene angepasste Tarifstruktur, die aus den Revisionsarbeiten von curafutura und H+ hervorgegangene und vereinbarte und von santésuisse zur Information unterbreitete Tarifstruktur).

Die Tarifposition 7301 sieht eine Einzelsitzungspauschale für allgemeine Physiotherapie vor. Diese Tarifposition deckt alle einfachen oder Kombinationsbehandlungen ab, die nicht ausdrücklich unter den Tarifpositionen 7311 bis 7340 aufgeführt werden. Die Beschreibung der in der Position enthaltenen Leistungen unter Punkt 2 ist neu und stützt sich auf den neuen Wortlaut von Artikel 5 Absatz 1 KLV.

Die **Tarifposition 7311** sieht eine Einzelsitzungspauschale für aufwändige Physiotherapie vor. Sie kann für aufwändige Behandlungen abgerechnet werden, wenn eines der unter Punkt 1 aufgeführten Krankheitsbilder vorliegt. Dabei ist zu beachten, dass die Behandlungen für Störungen des Lymphgefässsystems künftig über die Position 7311 anstelle der Position 7312 abrechenbar sind (siehe nächster Punkt). Auf Anfrage kann der Versicherer die Verwendung der Position 7311 für andere Indikationen bewilligen.

Die **alte Tarifposition 7312**, die eine Sitzungspauschale für manuelle Lymphdrainage vorsah, wurde gestrichen. Künftig kann die manuelle Lymphdrainage über die Position 7311 abgerechnet werden. Dabei geht es um eine Vereinfachung der Tarifstruktur, die keine Auswirkungen haben sollte, da beide Tarifpositionen (7311 und 7312) mit der gleichen Anzahl Taxpunkten bewertet wurden (77 TP) und grundsätzlich die gleichen Kombinationen von Tarifpositionen erlaubt sind.

Die **Position 7313** sieht weiterhin eine Sitzungspauschale für Hippotherapie vor. Gemäss Punkt 1 sind mit dieser Position die physiotherapeutischen Leistungen für Hippotherapie abgegolten. Laut Punkt 2 muss diese Therapie durch speziell ausgebildete Physiotherapeutinnen und -therapeuten erfolgen. Diese Tarifposition ist nach wie vor zusammen mit der Position 7553 abrechenbar, bei der es sich um einen Zuschlag für die Abgeltung der Hippotherapie-Infrastruktur handelt.

Die **alte Tarifposition 7320**, die eine Sitzungspauschale für Elektro- und Thermo-therapie / Instruktion bei Gerätevermietung vorsah, wird gemäss Antrag von physioswiss und des SVFP vom 14. Juli 2016 gestrichen. Gemäss diesen beiden Verbänden gibt es keine wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit der ausschliesslich passiven Elektro- und Thermo-therapie. Diese physikalischen Massnahmen können im Rahmen einer Sitzung in Kombination mit anderen therapeutischen oder physikalischen Massnahmen durchgeführt werden. Die Sitzung wird über die Tarifpositionen 7301, 7311 oder 7330 abgerechnet, sofern die Abrechnungsregeln für diese Positionen eingehalten werden.

Die **Tarifposition 7330** sieht eine Sitzungspauschale für Gruppentherapie (2 bis 5 Personen) vor. Unter Vorbehalt der erwähnten Änderungen in den Einleitenden Bemerkungen bleibt die Position grundsätzlich unverändert. Es wurde nun auch hier präzisiert, dass die Position nur einmal pro Sitzung abgerechnet werden darf. Die Grösse der Gruppe ist auf maximal 5 Personen beschränkt.

Die **Tarifposition 7340** trägt die Bezeichnung «Sitzungspauschale für Medizinische Trainingstherapie (MTT)». Dies entspricht dem Wortlaut von Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 5 KLV. Diese Sitzungspauschale umfasst die Einzelbetreuung zur Anamnese, Instruktion, Evaluation oder Anpassung des Trainingsprogramms in der MTT-Infrastruktur. Zur Instruktion der Patientin oder des Patienten zum

MTT-Programm kann die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut zwei Sitzungen über die Position 7301 anstelle von Position 7340 verrechnen. Die von der Patientin oder vom Patienten durchgeführte medizinische Trainingstherapie wird von der Physiotherapeutin oder vom Physiotherapeuten überwacht und kontrolliert. Diese Position ist mit keiner anderen Position der Tarifstruktur kombinierbar.

Die **Tarifposition 7350** sieht einen Zuschlag für die erste Behandlung einer Patientin oder eines Patienten vor, d.h. anlässlich der ersten Sitzung durch den abrechnenden Leistungserbringer (Institution, Organisation oder Praxis). Dieser Zuschlag gilt als Pauschale für den zusätzlichen Aufwand bei einer ersten Behandlung. Der zusätzliche Aufwand besteht in der Problemerkennung, dem Aktenstudium, der Problembewertung, der Zielfestlegung und der Behandlungsplanung. Der Zuschlag kann pro Patientin oder Patient einmal innerhalb von 36 Sitzungen verrechnet werden. Wurde die Behandlung vor Erreichen der Zahl von 36 Sitzungen abgeschlossen, so kann der Zuschlag nur in einem Rezidivfall, wenn sich das Krankheitsbild grundlegend verändert hat oder wenn die letzte Behandlung mehr als sechs Monate zurückliegt, verrechnet werden.

Die **Tarifposition 7351** sieht einen Zuschlag für die Behandlung von Kindern mit chronischer Behinderung vor. Diese Position kann für Kinder bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres bei chronischer Behinderung abgerechnet werden. Unter Punkt 2 werden die betreffenden Behinderungen aufgeführt und es wird präzisiert, dass die chronische Behinderung in jedem Fall ärztlich zu begründen ist. Die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut rechnet die erbrachten Leistungen über die Position 7311 ab. Die Tarifposition 7351 kann einmal pro Patientin oder Patient und pro Sitzung verrechnet werden.

Die **Tarifposition 7352** deckt alle Infrastrukturkosten (einschliesslich Eintrittspreis) für die Benutzung eines Geh-, Schwimm- oder Stangerbads ab. Gemäss Punkt 5 kann dieser Zuschlag einmal pro Patientin oder Patient und pro Sitzung verrechnet werden.

Die **Tarifposition 7353** ist ein Zuschlag, mit dem alle Kosten für die Benutzung der Infrastruktur (Kosten für Pferd, Pferdepflegerin oder -pfleger, Pferdeführerin oder -führer, Stallung, Futter) bei Hippotherapie abgegolten sind. Die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut rechnet ihre oder seine Leistungen gemäss Position 7313 ab. Gemäss Punkt 3 kann dieser Zuschlag einmal pro Patientin oder Patient und pro Sitzung verrechnet werden.

Die **Tarifposition 7354** bleibt unverändert.

Die **Tarifposition 7361** ist neu. Sie dient der Verrechnung des benötigten Behandlungsmaterials. Unter Behandlungsmaterial versteht man das Material, das die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut während einer Behandlungssitzung verwendet. Diese Position kann zusätzlich zu den Tarifpositionen 7301, 7311 und 7330 zum Einkaufspreis (abzüglich weiterzugebende Rabatte und inkl. MWST) abgerechnet werden. Punkt 2 enthält eine abschliessende Liste der verschiedenen Materialkategorien, die zusätzlich verrechnet werden dürfen. Zum Behandlungsmaterial gehören insbesondere folgende Artikel, wenn sie während einer Sitzung für die Patientin oder den Patienten verwendet werden: Verbands-/Polstermaterial (z.B. Binden, Polsterwatte, Schlauchverbände, Aktivpolster etc.), Tape-Material (z.B. starres Tape, elastisches Tape), Material für die Beckenbodenrehabilitation (z.B. Sonden, Elektroden, Einwegpessare, Druckballonkatheter), Material für die Elektrotherapie (z.B. Elektroden), Material für Atemtherapie (z.B. Mundstücke, Aerosole etc.). Verbrauchsmaterialien (z.B. Handschuhe, Sterillium®, Massagelotion, Einwegtücher etc.) gehören zu den Sachkosten der Praxisinfrastruktur und dürfen der Patientin oder dem Patienten nicht extra verrechnet werden. Gemäss Punkt 4 ist das Behandlungsmaterial für jede Rechnung (nach maximal neun Sitzungen) aufzuführen. Auf der Abrechnung anzugeben sind jeweils die betreffende Materialkategorie (gemäss abschliessender Liste unter Punkt 2), die Mengen (mit Einheiten) sowie der Einkaufspreis des betreffenden Materials (abzüglich weiterzugebende Rabatte und inkl. MWST).

Die **Tarifpositionen 7362 und 7363** bleiben unter Vorbehalt der erwähnten Änderungen in den Einleitenden Bemerkungen grundsätzlich gleich wie in der bis am 31. Dezember 2017 geltenden Tarifstruktur.

Da die Bewertung der Tarifpositionen grundsätzlich gleich bleibt, dürfte der Eingriff kostenneutral sein. Deshalb ist keinerlei Monitoring der Massnahmen vorgesehen. Da es letztlich darum geht, die Verständlichkeit und die Transparenz der aktuell geltenden Tarifstruktur zu verbessern, werden die ergriffenen Massnahmen keinen direkten Einfluss auf die kantonalen Taxpunktwerte haben.

III. Inkrafttreten

Die Änderung der Verordnung tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.