



Antworten auf häufig gestellte Fragen zu den Anpassungen der Tarifstruktur TARMED per 1. Januar 2018

„Frequently Asked Questions“ (FAQ), Version vom 5. Juli 2019

I. Limitationen und neue Positionen für bestimmte Patientengruppen	1
II. Ärztliche und technische Leistungen	3
III. Verbrauchsmaterialien und Arzneimittel	6
IV. Access-Datenbank und CHM-Browser.....	7
V. Kantonale Taxpunktswerte	7

I. Limitationen und neue Positionen für bestimmte Patientengruppen

1. Ist die Konsultation beim Arzt künftig auf 20 Minuten beschränkt?

Unter den vom Bundesrat am 18. Oktober 2017 verabschiedeten Anpassungen an der Tarifstruktur TARMED per 1. Januar 2018 ist auch die Limitation der Grundkonsultation auf 20 Minuten bzw. 30 Minuten bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren sowie bei Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf. Die Grundkonsultation beinhaltet u.a. Begrüssung, Verabschiedung, nicht besonders tarifierte Verrichtungen, Begleitung zu und Übergabe an Hilfspersonal sowie auf die Konsultation bezogene unmittelbar vorgängige/anschliessende Akteneinsicht/Akteneinträge. Zusätzlich zur Grundkonsultation gibt es noch weitere Tarifpositionen wie z.B. „die spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung“, „die Vorbesprechung diagnostischer/therapeutischer Eingriffe“ oder „die kleine oder grosse Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung“, die abgerechnet werden können, sofern sie den Interpretationen der Tarifpositionen entsprechend erbracht wurden. Geht die Behandlung über die Grundkonsultation und die Untersuchung hinaus, sind weitere Tarifpositionen abrechenbar (Versorgung einer Fingerfraktur, Wundversorgung, Röntgen, Laboranalysen, etc.). Die maximale Diagnostik- und Behandlungszeit ist also keinesfalls auf 20 bzw. 30 Minuten beschränkt.

2. Warum müssen die ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten nun detailliert ausgewiesen werden?

Die Tarifpositionen mit der Bezeichnung „Leistung in Abwesenheit des Patienten“ (LiA) zeigten 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 einige dieser Tätigkeiten bereits über die Produktivität, d.h. durch die nicht-produktive Zeit, abgegolten sind.

Aus diesem Grund hat der Bundesrat in der nun verabschiedeten Tarifstruktur bei den ärztlichen „LiA“ (00.0141ff) drei Änderungen vorgenommen; erstens wird für jede mögliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (z.B. Aktenstudium, Erkundigungen bei Dritten) eine separate Tarifposition geführt, so dass klar wird, was genau der Leistungserbringer gemacht hat. Zweitens wird im Grundsatz die Limitation bei den ärztlichen LiA (00.0141ff) von 60 Minuten auf 30 Minuten

halbiert, um der oben erwähnten starken Mengenzunahme entgegen zu wirken. Und drittens wird die Limitation auch für die elektronisch abrechnenden Fachärzte aktiviert.

Nach Rückmeldungen aus der Vernehmlassung wurde für einzelne Patientengruppen die Limitation für „LiA“ auf 60 Minuten belassen, vorab für Kinder unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren. Auch bei Patienten mit einer instabilen und schweren Krankheitssituation können die „LiA“ aufgrund eines höheren Behandlungsbedarfs auf 60 Minuten belassen werden (siehe Ziff. 3).

3. Wann spricht man von erhöhtem Behandlungsbedarf?

Zum erhöhten Behandlungsbedarf liegt eine genauere Definition im Kommentar zur Verordnungsänderung vor: "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 Krankheitssituation (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 braucht also einen medizinisch haltbaren Grund für die Geltendmachung des erhöhten Behandlungsbedarfs.

Die Positionen für erhöhten Behandlungsbedarf sind nicht mit den Positionen für Kinder und ältere Personen sowie für Patienten ohne erhöhten Behandlungsbedarf kumulierbar (z.B. ist 00.0026 nicht mit 00.0020 kumulierbar). Ist eine Limitation über einen bestimmten Zeitraum hinterlegt (z.B. Kumulationsverbot von 00.0415 und 00.0417), gilt das Kumulationsverbot nicht nur für eine Sitzung, sondern über den gesamten Zeitraum der hinterlegten Limitation. Der Limitationszeitraum beginnt mit dem ersten Behandlungstag. Die Limitationen, die durch die Verordnung festgelegt oder geändert wurden gelten jedoch erst ab dem 1. Januar 2018. Die Ärztin bzw. der Arzt entscheidet sich vor der Abrechnung, abhängig von der Patientin bzw. vom Patienten, für die eine oder die andere Position. Liegt bei Behandlungsbeginn kein erhöhter Behandlungsbedarf vor, kann innerhalb der für die Limitation festgelegten Frist keine Position mit erhöhtem Behandlungsbedarf mehr abgerechnet werden. So soll verhindert werden, dass die Limitationen umgangen werden.

4. In welcher Form muss der erhöhte Behandlungsbedarf gegenüber dem Versicherer begründet werden?

Für die Umsetzung der ab 1. Januar 2018 geltenden Tarifstruktur hat das BAG eine Arbeitsgruppe mit den Tarifpartnern einberufen. Das BAG geht aufgrund der Diskussion in der Arbeitsgruppensitzung von folgendem Vorgehen aus: Die Leistungserbringer halten die Begründung für die Verwendung der separaten Positionen bzw. für den erhöhten Behandlungsbedarf des Patienten in der Patientenakte fest. Die Versicherer fordern beim Leistungserbringer die Begründung ein, wenn bspw. aufgrund der weiteren abgerechneten Leistungen oder aufgrund von Auffälligkeiten im Abrechnungsverhalten (Positionen werden zu oft abgerechnet im Vergleich zu anderen vergleichbaren Leistungserbringern bzw. im Vergleich zu den bisherigen Überschreitungsquoten) der Verdacht besteht, dass die Position ungerechtfertigt verwendet wurde. Der Leistungserbringer muss in diesen Fällen ex-post mithilfe seiner Einträge in der Patientenakte den erhöhten Behandlungsbedarf des Patienten schriftlich begründen. Es ist keine vorgängige Kostengutsprache einzuholen.

5. Darf man (Arzt/Ärztin), falls die Versicherung eine schriftliche Begründung für den erhöhten Behandlungsbedarf verlangt, einen Bericht abrechnen?

Nein, es darf kein Bericht abgerechnet werden. Die Begründung für den erhöhten Behandlungsbedarf muss in der Krankenakte vollständig und nachvollziehbar formuliert sein, so dass diese auch für den Versicherer verständlich ist. Dies gehört zu den Aufgaben der Ärzte und ist in der Produktivität enthalten. Somit sollte für den Arzt aufgrund einer Nachfrage des Versicherers kein zusätzlicher Aufwand entstehen. Aufwand, welcher durch eine unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentation anfällt, darf nicht zusätzlich verrechnet werden. Die Generelle Interpretation GI-14 besagt, dass die Dokumentation und der Bericht integraler Bestandteil der Leistung und mit dieser abgegolten sind, auch wenn unter dem Parameter 'Bericht' keine Minutage angegeben ist.

6. Darf die Limitation bei Positionen für Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf überschritten werden?

Nein, zwar kommt bei diesen Positionen eine höhere Limitation zur Anwendung, diese darf aber, wie übrigens auch bei allen anderen Tarifpositionen mit Limitationen, **nicht** überschritten werden. Es gilt der sogenannte Tarifschutz (siehe Ziff. 13). Bezüglich möglicher Ausnahmen siehe Ziffer 7.

7. Wie kann ein Leistungserbringer vorgehen, wenn es für die Leistungserbringung Vorschriften gibt, die mit den neu aktivierten Limitationen nicht mehr eingehalten werden können?

Die Limitationen dienen grundsätzlich dazu, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Sinne von Artikel 56 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zu garantieren. Ausschliesslich in denjenigen Fällen, in welchen sich aufgrund von klaren rechtlichen Vorgaben an die Leistungserbringung ein Widerspruch/Spannungsverhältnis mit den in der Tarifstruktur enthaltenen Limitationen ergibt, ist das BAG der Ansicht, dass mit den Versicherern bzw. deren Vertrauensärzten eine Lösung für die Abrechnung solcher Fälle gesucht werden kann. Wie weit in einem konkreten Fall die gemachten Vorschriften ein solches Vorgehen legitimieren, ist mit den Versicherern direkt zu klären. Letztlich ist und bleibt die Anwendung des TARMED Sache der Tarifpartner bzw. Leistungserbringer und Versicherer. Basierend auf den tarifrechtlichen Bestimmungen des KVG besteht die Möglichkeit mit den Versicherern für die betroffenen Leistungen oder Fälle entweder Pauschal- oder Zeittarife zu vereinbaren.

8. Gibt es auch Limitationen in der Komplementärmedizin?

Grundsätzlich gibt es auch Limitationen bei den komplementärmedizinischen Leistungen (vgl. als Beispiel 00.1820). Jedoch beziehen sich diese Limitationen bei der Komplementärmedizin nicht auf eine Sitzung (wie bei der Konsultation) sondern auf einen bestimmten Zeitraum (in der Regel 6 Monate). Der Limitationszeitraum beginnt mit dem ersten Behandlungstag. Die Limitationen, die durch die Verordnung festgelegt oder geändert wurden gelten jedoch erst ab dem 1. Januar 2018. Eine Limitation ist auch bei der Position 00.1890 (2x pro Sitzung) festzustellen.

Betreffend die Phytotherapie bezieht sich die Tarifierung auf einen Entscheid der Paritätischen Tarifkommission (PTK) vom 22.08.2012, welche die Tarifierung der Leistungen der Phytotherapie analog der Struktur der komplementärmedizinischen Leistungen Akupunktur, Neuraltherapie, Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) und Anthroposophische Medizin im Tarifwerk TARMED vorgeschlagen hat, inklusive der entsprechenden AL und TL. Bisher war dieser PTK-Entscheid in der TARMED-Tarifstruktur jedoch nicht umgesetzt. Aufgrund des Hinweises der Schweizerischen Medizinischen Gesellschaft für Phytotherapie (SMGP) in der Vernehmlassung zur Anpassung des TARMED durch den subsidiären Eingriff des Bundesrates, wurde die damals vorgeschlagene Tarifierung der Phytotherapie im TARMED umgesetzt.

II. Ärztliche und technische Leistungen

9. Müssen die verrechenbaren Taxpunkte aufgrund des Dignitätsfaktors von 0.985 noch berechnet werden?

Nein, die Taxpunkte für alle Tarifpositionen, die per 1. Januar 2018 anzuwenden sind, wurden bereits mit dem neuen Dignitätsfaktor berechnet. Sie sind einsehbar in der publizierten Tarifstruktur auf der Internetseite des BAG (Access-Datenbank und CHM-Browser) sowie auf der Internetseite der Bundeskanzlei (PDF).

10. Wie weiss ich, ob ich eine bestimmte Leistung abrechnen darf?

Wenn es darum geht, ob Sie mit Ihrer qualitativen Dignität eine bestimmte Leistung in der Tarifstruktur TARMED abrechnen dürfen oder nicht, bitten wir Sie, sich mit der FMH in Verbindung zu setzen (tarife.ambulant@fmh.ch), welche eine Dignitätsdatenbank führt. Denn diesbezüglich hat der Bundesrat per 1. Januar 2018 keine Änderungen vorgenommen. Ärztinnen und Ärzte, die ihre ambulanten Leistungen zu Lasten der Sozialversicherungen mit dem TARMED abrechnen, benötigen dafür bestimmte qualitative Dignitäten. Damit ist die fachliche Qualifikation gemeint, konkret die in der Weiterbildungsordnung geregelten Facharzttitel, Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise.

Welche qualitative Dignität zur Abrechnung welcher Leistung berechtigt, ist bei jeder einzelnen Leistung im TARMED vermerkt.

11. Wirkt sich die Dauer der Weiterbildung auf die Höhe der verrechenbaren Taxpunkte aus?

Der Bundesrat hat per 1. Januar 2018 die in der Tarifstruktur hinterlegten Dignitätsfaktoren vereinheitlicht. 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. Einzige Ausnahme bilden Ärztinnen und Ärzte mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt / Praktische Ärztin“. Da deren Ausbildungsdauer gemäss MedBG nur 3 Jahre beträgt, wird für diese ein Skalierungsfaktor (0.93 der Taxpunkte für die ärztlichen Leistungen) in der Höhe ihrer Besserstellung durch die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors eingeführt (alleinige Titelträger, ohne Doppeltitelträger).

Die quantitative Dignität ist daher für alle Tarifpositionen gleich, das heisst, die Taxpunkte pro Minute für die ärztlichen Leistungen (Minutenkostensatz) unterscheiden sich – abgesehen von der oben erwähnten Ausnahme – nicht mehr bezüglich der quantitativen Dignität. Jedoch unterscheiden sich die Taxpunkte pro Minute für die ärztlichen Leistungen (Minutenkostensatz) nach wie vor je nach Sparte (Ort der Leistungserbringung), welcher die Leistung zugeteilt ist. In der Sparte OP I ist der Minutenkostensatz höher als bei der Sparte Sprechzimmer, da in der Sparte OP I die Produktivität (Anteil verrechenbarer Leistungen) tiefer ist.

12. Wie ist der Skalierungsfaktor für praktische Ärztinnen und Ärzte anzuwenden?

Wenn eine Ärztin bzw. ein Arzt mit dem eidgenössischen Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt / Praktische Ärztin“ ab dem 1. Januar 2018 eine Leistung in der Tarifstruktur TARMED abrechnet, müssen die hinterlegten Taxpunkte für die ärztliche Leistung (TP AL) mit dem Faktor 0.93 multipliziert werden. Dies kann in der Tarifstruktur der Generellen Interpretation GI-52 entnommen werden: „Bei sämtlichen Leistungen, die von Ärztinnen und Ärzten mit dem alleinigen eidgenössischen Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» abgerechnet werden, muss auf den ärztlichen Leistungen (AL) der Skalierungsfaktor 0.93 angewandt werden.“ Ein zusätzlicher Fähigkeitsausweis (z.B. in Komplementärmedizin) ändert nichts an dieser Tatsache, der Skalierungsfaktor kommt dennoch zur Anwendung (vgl. auch Ziffer 13).

Der Skalierungsfaktor reduziert somit die Taxpunkte für die ärztlichen Leistungen (nicht jedoch die Taxpunkte der technischen Leistungen) bei jeder von einem praktischen Arzt bzw. einer praktischen Ärztin abgerechneten Tarifposition und ist unabhängig vom kantonalen Taxpunktwert anzuwenden. Der Skalierungsfaktor muss bereits bei der Rechnungsstellung berücksichtigt werden.

Ein praktischer Arzt, der einzig über diesen Weiterbildungstitel verfügt, muss den Skalierungsfaktor immer anwenden (unabhängig davon, ob er mit eigener ZSR-Nummer oder über die ZSR-Nummer einer Institution nach Artikel 36a KVG oder eines Spitals abrechnet). Die Prüfung könnte somit über die GLN-Nummer des praktischen Arztes erfolgen. Einzige Ausnahme: wenn ein praktischer Arzt in Weiterbildung bei einem Arzt mit eidgenössischem Facharzttitel (z.B. Allgemeine Innere Medizin) ist und letzterer die volle medizinische Verantwortung für eine Patientenbehandlung hat, rechnet der verantwortliche Arzt die vom praktischen Arzt erbrachten Leistungen über seine eigene GLN-Nummer, nach seiner eigenen Dignität ab, d.h. der Skalierungsfaktor kommt nicht zur Anwendung. In diesen Fällen müsste die Prüfung des Weiterbildungstitels immer auf die GLN des verantwortlichen Arztes gemacht werden. Der praktische Arzt, der sich in Weiterbildung befindet wird somit gleich behandelt wie ein Assistenzarzt, der noch keinen Weiterbildungstitel hat.

Der Skalierungsfaktor ist aus technischen Gründen bei jeder Tarifposition hinterlegt worden. An den in der Tarifstruktur TARMED hinterlegten qualitativen Dignitäten, d.h. daran, welcher Facharzt welche Leistungen in der Tarifstruktur TARMED abrechnen darf, ändert dies jedoch nichts. Ärztinnen bzw. Ärzte mit dem eidgenössischen Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt / Praktische Ärztin“ können daher wie bis anhin lediglich Tarifpositionen mit der Dignität „Alle“ sowie Tarifpositionen, bei welchen die Dignität „Praktischer Arzt/Praktische Ärztin“ hinterlegt ist, abrechnen. Andere Leistungen dürfen die praktischen Ärzte nicht abrechnen.

13. Müssen praktische Ärzte mit Weiterbildung Komplementärmedizin (Fähigkeitsausweis) den Skalierungsfaktor anwenden?

Ja, da es sich bei den komplementärmedizinischen Weiterbildungen lediglich um Fähigkeitsausweise handelt und nicht um Facharzttitel, muss der Skalierungsfaktor durch praktische Ärzte und Ärztinnen mit diesen Fähigkeitsausweisen ebenfalls angewandt werden. Sie gelten nach wie vor als Ärztinnen und Ärzte mit alleinigem eidgenössischen Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin».

14. Wie kann der Patientenkontakt per E-mail abgerechnet werden?

Eine spezifische Tarifposition für eine Konsultation per Mail ist in der aktuell gültigen Tarifstruktur TARMED nicht vorhanden. Eine solche Position war auch bisher in der Tarifstruktur nicht enthalten. Die Tarifstruktur TARMED enthält in Bezug auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung grundsätzlich keine umfassende und abschliessende Aufzählung der ärztlichen Leistungen. Voraussetzung, dass eine Leistung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden kann, ist jedoch, dass diese gemäss Artikel 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) ist. Für die ärztlichen Leistungen gibt es keinen abschliessenden Leistungskatalog. Es gilt das sogenannte „Vertrauensprinzip“, dass die Ärztinnen und Ärzte wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche (WZW) Leistungen erbringen. Nur ärztliche Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit bestritten wurden, werden geprüft und der Status der Leistungspflicht in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) festgehalten. Es ist die Aufgabe der Versicherer im Einzelfall zu prüfen, ob die angewendeten Leistungen die WZW-Anforderungen erfüllen.

Sind die WZW-Bedingungen für die Konsultation per Mail erfüllt, kann sie grundsätzlich abgerechnet werden. Die Konsultation per Mail kann indessen unter Umständen auch Fragen der Datensicherheit aufwerfen. Für die Pflege und die Umsetzung der Tarifstruktur sind immer noch – wie bereits eingangs erwähnt – die Tarifpartner verantwortlich. Sie müssen sich einigen, ob und wenn ja über welche Tarifposition eine Konsultation per Mail abgerechnet werden kann. Entsprechend waren und sind die Tarifpartner weiterhin gefordert, Lösungen für nicht explizit tarifierte Leistungen zu finden, wenn dies notwendig wird. Dafür wurden auch entsprechende Kommissionen, insbesondere die paritätische Interpretationskommission (PIK), eingerichtet.

Wären sich die Tarifpartner nicht einig, ob die Konsultation die WZW-Voraussetzungen erfüllt, besteht die Möglichkeit einer Klärung, entweder über einen Antrag auf Leistungspflicht von Seiten der Leistungserbringer oder über eine Umstrittenheitsabklärung von Seiten der Versicherer zu Händen der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK). In Kenntnis der Empfehlung der Kommission beschliesst das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) über die Leistungspflicht.

15. Muss ich mich als Leistungserbringer an die vom Bundesrat festgelegte Tarifstruktur TARMED 1.09 halten?

Ja, die Ärzte und die Spitalambulatorien müssen sich an die TARMED-Tarifstruktur halten und dürfen den Patienten für die erbrachten Leistungen keine zusätzlichen Kosten in Rechnung stellen. Es gilt der sogenannte Tarifschutz.

Aufgrund der Einheitlichkeitsanforderung nach Artikel 43 Absatz 5 KVG kommt die Tarifstruktur für alle Leistungserbringer zur Anwendung, sobald sie ihre Leistungen mit einem Einzelleistungstarif abrechnen. Nach Artikel 44 KVG müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz). Lehnt ein Leistungserbringer es ab, Leistungen nach diesem Gesetz zu erbringen (Ausstand), so muss er dies der von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle melden. Er hat in diesem Fall keinen Anspruch auf Vergütung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Wenden sich Versicherte an solche Leistungserbringer, so müssen diese sie zuerst darauf hinweisen. Nach Artikel 45 KVG sorgt die Kantonsregierung für die Sicherstellung der Behandlung der Versicherten, sofern diese wegen des Ausstandes von Leistungserbringern nicht gewährleistet ist.

III. Verbrauchsmaterialien und Arzneimittel

16. Wie kann Verbrauchsmaterial in Zukunft verrechnet werden?

Verbrauchsmaterial ist gemäss der Generellen Interpretation (GI-)20 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. Es darf kein Zuschlag von 10% auf den Einstandspreis von Verbrauchsmaterialien und Implantaten mehr abgerechnet werden. Im Kostenmodell für die Berechnung der Taxpunkte TARMED werden 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.). Mit dem SUK-Satz sind die Sach- und Umlagekosten somit bereits abgedeckt. Der Bezug zur Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) wurde gestrichen, da sie die Abgabe von Mitteln und Gegenständen regelt, die von den Versicherten selbst oder einer nichtberuflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person angewendet werden. Von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird für die entsprechend dem Geltungsbereich der MiGeL abgegebenen Mittel und Gegenstände höchstens der in der MiGeL aufgeführte Höchstvergütungsbetrag (HVB) vergütet.

17. Sind Porto/Spesen beim Materialeinkauf separat abrechenbar?

Nein, Porto und Spesen, die dem Leistungserbringer beim Materialeinkauf von externen Lieferanten belastet werden, können nicht separat abgerechnet werden. Sie sind bereits über den SUK-Satz (Sach- und Umlagekosten) abgegolten, der bei der Berechnung der Taxpunkte der technischen Leistungen einfließt (siehe Ziff. 16).

18. Können auch diagnostisch oder therapeutisch eingesetzte Arzneimittel abgerechnet werden?

Die Verrechnung von diagnostisch/therapeutisch eingesetzten Arzneimitteln ist in der Generellen Interpretation (GI-)19 des TARMED festgehalten. Demnach können die im Rahmen von besonderen diagnostischen Leistungen eingesetzten Arzneimittel (Kontrastmittel; Pharmaka für endokrine/metabolische Tests, zur Stressinduktion usw.) separat abgerechnet werden. Auch die vom Facharzt in therapeutischer Absicht applizierten oder abgegebenen Arzneimittel können separat abgerechnet werden. Übrige, für diagnostische Leistungen eingesetzte Arzneimittel oder pharmazeutische Hilfsmittel (Augentropfen, Ohrentropfen und Nasentropfen, Oberflächenanästhetika, Gleitmittel, Desinficientia usw.) sind Teil der technischen Leistung und können nicht separat abgerechnet werden.

Eine spezielle Regelung gibt es im Kapitel "bildgebende Verfahren" des TARMED: Zusätzlich verrechenbar sind im Zusammenhang mit bildgebenden Leistungen Katheter, Kontrastmittel, Radiopharmaka, Kits und Ähnliches, deren Einkaufspreis (inkl. MWST) pro Einzelstück CHF 3.-- übersteigt. Verrechnet wird der Stückpreis auf der Basis der Jahreseinkaufsmenge nach Abzug von Rabatten und Preisnachlässen. Sofern vertraglich tiefere Preise vereinbart wurden, gelten diese. Materialien die für die Dokumentation benötigt werden (z.B. Film, Röntgenbild, Datenträger) sind Bestandteil der technischen Leistung und können somit nicht zusätzlich verrechnet werden.

19. Gibt es OKP-Leistungen die nicht mehr abgerechnet werden können?

Nein. Um zu vermeiden, dass bei Gesetzes- und/oder Verordnungsänderungen sowie Änderungen in der Analysen- oder Spezialitätenliste laufend die Verweise in der Tarifstruktur angepasst werden müssen, wurden die Verweise per 1.1.2018 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.

IV. Access-Datenbank und CHM-Browser

20. Wie wird mit Unstimmigkeiten in der Access-Datenbank und im Tarifbrowser umgegangen?

Nach dem Entscheid des Bundesrates vom 18. Oktober 2017 betreffend Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung per 1. Januar 2018 trafen beim Bundesamt für Gesundheit diverse Meldungen zu Unstimmigkeiten in der Datenbank TARMED 1.09 ein. Diese werden gesammelt und periodisch in die Datenbank sowie wenn notwendig in den Tarifbrowser oder die PDF-Datei der Tarifstruktur eingepflegt und zu einem geeigneten Zeitpunkt publiziert.

In der Zwischenzeit sind auf der Internetseite des BAG die Unstimmigkeiten sowie die entsprechenden Korrekturen in der Access-Datenbank sowie im Tarifbrowser aufgelistet. Die Anpassungen in der Access-Datenbank können vom entsprechenden Anwender selbst vorgenommen werden.

21. Können Mac-User die Unterlagen auch verwenden?

Auf der Internetseite des BAG finden Sie die Access-Datenbank sowie den Tarifbrowser (CHM). Wenn Sie den Tarifbrowser (CHM) mit Mac öffnen wollen, empfehlen wir Ihnen, dies mit der App „Viewer Free“ zu tun. Sie können diese auf dem Internet herunterladen und installieren (<https://itunes.apple.com/de/app/chm-viewer-free/id650683226?mt=12>). Auf der Internetseite des BAG gibt es zudem noch einen Link auf die Internetseite der Bundeskanzlei (<https://www.admin.ch/gov/de/accueil/droit-federal/verweispublikationen.html>). Dort finden Sie die Tarifstruktur TARMED zusätzlich im PDF-Format. Die Access-Datenbank gibt es jedoch nicht für Mac-User.

V. Kantonale Taxpunktswerte

22. Haben die Anpassungen des Bundesrates an der Tarifstruktur TARMED einen Einfluss auf die kantonalen Taxpunktswerte?

Die Änderungen an der Tarifstruktur TARMED verlangen keine Anpassung der kantonalen Taxpunktswerte. Durch die Änderungen soll insbesondere die Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur, d.h. das Verhältnis der Leistungen zueinander verbessert werden. Die vorgenommenen Änderungen können daher nicht zur Begründung von Taxpunktswertanpassungen auf kantonaler Ebene aufgeführt werden.