



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

Herr  
Bundesrat Alain Berset  
Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Inselgasse 1  
3003 Bern

Bern, 22. Mai 2017

**Stellungnahme zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED, Version 1.08)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 22. März 2017 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung teilzunehmen, wofür wir uns bedanken. Zum Physiotherapie-Tarif wird curafutura Ihnen ein gesondertes Vernehmlassungsschreiben zustellen.

Zur Verordnungsänderung für ärztliche Leistungen (TARMED, Version 1.08) nehmen wir wie folgt Stellung:

curafutura orientiert ihr Handeln an der bei der Gründung des Versicherungsverbandes verfassten Wertecharta. Demnach steht curafutura für Wettbewerb als Basis von Qualität und Innovation ein. Dazu gehören von Leistungserbringern und Leistungsfinanzierern gemeinsam gestaltete, ausgewogene Tarifstrukturen. Sie bilden den Rahmen für den Wettbewerb beim Leistungseinkauf und ermöglichen gute Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten – zu fairen Preisen.

curafutura bedauert, dass eine partnerschaftliche Revision des Arzttarifs bisher nicht zustande gekommen ist. curafutura unterstützt einen Tarifeingriff des Bundesrats, um erstens mit geeigneten Massnahmen zur spürbaren Dämpfung der Fehlanreize im aktuellen Arzttarif beizutragen, mit dem Ziel, das Kosten- und Prämienwachstum bereits per 1.1.2018 spürbar zu dämpfen. Zweitens soll mit dem Tarifeingriff die Bereitschaft aller Tarifpartner erhöht werden, sich ernsthaft für die dringend notwendige Revision des veralteten Tarmed einzusetzen. curafutura engagiert sich darum weiterhin im Revisionsprojekt (derzeit im Rahmen der ats-tms ag) mit dem Ziel der Einreichung eines neuen, genehmigungsfähigen Arzttarifs.

curafutura begrüsst die Entschlossenheit des Bundesrates mit einem subsidiären Eingriff in den TARMED-Arztтарif eine dringende, kostenwirksame Korrektur vorzunehmen. Das in der Verordnungsänderung präsentierte Massnahmenpaket erhält die uneingeschränkte Unterstützung von curafutura. Die vorgeschlagenen Korrekturmassnahmen adressieren bekannte Übertarifierungen in Spezialisten-Fachgebieten während die Grundleistungen und das Patientengespräch aufgewertet werden.

Der Tarifeingriff ermöglicht eine verbesserte Abrechnungstransparenz für die Patienten und präzisiert Tarifierungsregeln, die bis heute zu einer Ungleichbehandlung von Ärzten geführt haben. Mit Massnahmen, die auf techniklastige ärztliche Leistungen zielen, und mit der Erhöhung der normativen Produktivitäten



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

werden Anreize für die Aktualisierung der Tarifmodellparameter gesetzt, die bis heute nicht transparent ausgewiesen sind.

Alle ärztlichen Fachgebiete profitieren von der Aufwertung der Grundleistungen mit dem zentralen Element des Patientengesprächs durch die Elimination der tarifarischen Differenzierung der Ausbildungsdauern. Die Beurteilung der Wirkung des Tarifeingriffs muss deshalb immer anhand des Behandlungsprozesses des Patienten bei einem Facharzt und nicht einzig auf der prozentualen Reduktion der Taxpunkte einzelner Tarifpositionen erfolgen.

Die Analysen von curafutura zum quantitativen Gesamteffekt des Tarifeingriffs bestätigen die vom Bundesrat genannten Grössenordnungen. Die volle Wirkung des Tarifeingriffs bedingt die uneingeschränkte Mitwirkung der Versicherer für die Rechnungskontrollen. Die Mitglieder von curafutura sichern hier dem Bundesrat ihre volle Unterstützung zu.

Mit der verbesserten Transparenz sind jedoch auch die Patienten gefordert, ihren Beitrag an die Prüfung der Arztrechnungen zu leisten. Nur sie und die Ärzte kennen die effektiven Behandlungsinhalte und -dauern. Um die Prüfbarkeit letztendlich sicherzustellen, müssen die Leistungserbringer ihrer gesetzlichen Pflicht nachkommen und dem Patienten in jedem Fall die Arztrechnung bzw. die Kopie der elektronischen Rechnung unaufgefordert zustellen. curafutura weist darauf hin, dass sich Ärzte und Spitäler zunehmend dieser Pflicht entziehen.

Die aufgeführten Massnahmen eliminieren einige seit Jahren bekannte Ineffizienzen aus dem Tarifwerk, ohne dadurch die medizinische Versorgung in irgendeiner Art zu gefährden oder die Patienten in die stationären Einrichtungen zu verlegen.

Aus der Prüfung im Rahmen dieser Vernehmlassung hat curafutura zu einzelnen Massnahmen Präzisierungs- und Änderungsanliegen sowie drei ergänzende Vorschläge, die der Nachvollziehbarkeit der Rechnung für die Patienten dienen und zur Klärung von Interpretationen beitragen.

curafutura fordert, dass die Verordnungsänderung per 1. Januar 2018 in Kraft tritt und dadurch die Einsparung ab diesem Zeitpunkt ihre Prämienwirksamkeit entfaltet.

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen, sehr geehrter Herr Bundesrat, bestens.

Freundliche Grüsse  
curafutura

Pius Zängler  
Direktor

Anke Trittin  
Leiterin Tarife, Mitglied der Geschäftsleitung

**Anhang 1** – Detaillierte Stellungnahme zur Verordnungsänderung und weitere Anträge curafutura



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

## Anhang 1

### **1 Stellungnahmen und Anträge zu den Massnahmen der Vernehmlassungsänderung des Bundesrates**

#### **1.1 Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen**

curafutura begrüsst die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors. Mit der Vereinheitlichung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich die Ausbildungsdauern auf fünf bis sechs Jahre angeglichen haben und nur in Ausnahmefällen sieben Jahre betragen. Während der Ausbildung zur Erlangung des Facharzttitels erhalten die Ärztinnen und Ärzte einen Lohn, der sich mit dem Einstiegslohn diverser akademischer Berufe vergleichen lässt. D.h. ein Lohnbestandteil zum Erreichen eines einheitlichen Lebenslohns für diejenigen Fachärzte, die mehr Zeit zur Erlangung ihres Facharzttitels aufgewendet haben, ist nicht länger angebracht.

Der vom Bundesrat vorgeschlagene, einheitliche Dignitätsfaktor von 0.968 führt zu einer Aufwertung der Taxpunkte der ärztlichen Leistung der Grundleistungen (FMH 5) um 7 % und eine Reduktion der Taxpunkte für die ärztliche Leistung für alle Facharztgruppen mit Dignitäten FMH 6 - 12. Die Aufwertung der Grundleistungen und somit des Patientengesprächs, z.B. der Leistungsposition 00.0020 «Konsultation weitere 5 Minuten» um insgesamt 3.7 % wird von curafutura unterstützt. Im Gegenzug verlieren Fachärzte mit derzeit höheren Dignitäten auf ihren spezialisierten Leistungen Taxpunkte der ärztlichen Leistung. Der Verlust wird teilweise durch Aufwertung der Grundleistung kompensiert, da in der Anwendung des TARMED Spezialärzte sowohl Grundleistungen als auch spezialisierte Leistungen gemischt abrechnen.

Da die Ärzte mit Facharzttitel «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin FMH» eine dreijährige Fortbildungsdauer durchlaufen, sieht der Bundesrat einen Skalierungsfaktor von 0.94 vor. Der Skalierungsfaktor wird bei allen durch «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin FMH» abgerechneten Leistungen auf die ärztliche Leistung angewendet. Unter Berücksichtigung des Skalierungsfaktors ergibt der Nettoeffekt der Anpassung des Dignitätsfaktors für Titelträger «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin FMH» (1. Schritt Erhöhung des vormaligen Dignitätsfaktor FMH 5 von 0.905 auf 0.968 und 2. Schritt Reduktion um den Skalierungsfaktor 0.94) eine Erhöhung um 0.5 % auf 0.909. Während der Skalierungsfaktor gemäss BR einen Ausgleich in Bezug auf die Ausbildungsdauer schafft, wirft er aus Sicht curafutura verschiedene Fragestellungen auf:

- a. In Einrichtungen gemäss Art. 36a («Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen») sind oftmals sowohl Ärzte mit Facharzttitel «Allgemeine Innere Medizin FMH» als auch Titelträger «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin FMH» tätig. Alle angestellten Ärztinnen und Ärzte rechnen über die ZSR-Nummer der Institution ab. Die Differenzierung der Abrechnung muss somit über die persönliche GLN-Nummer und den zugehörigen Facharzttitel prüfbar gemacht werden, was heute nicht in allen elektronischen Systemen möglich ist.
- b. Ärzte in Facharztausbildung erbringen im Spital oder der Arztpraxis ambulante ärztliche Leistungen, die unter der ZSR-Nummer der Institution oder des Ausbildners ohne Differenzierung abge-



rechnet wird. Titelträger «Praktischer Arzt / praktische Ärztin» würden also mit einem Skalierungsfaktor gegenüber Ärzten in Facharztausbildung schlechter gestellt.

- c. Oftmals verfügen die Fachärzte «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin FMH» über einen weiteren erworbenen Facharztstitel (Doppeltitelträger). Diese Ärzte haben eine längere Ausbildungsdauer als drei Jahre absolviert und würden deshalb eine Sonderregelung brauchen.
- d. Die Massnahme führt dazu, dass die gleich erbrachte Leistung (z.B. «Konsultation jede weiteren 5 Minuten») unterschiedlich bewertet wird, je nach Facharztstitel des Leistungserbringers. Dies wäre im TARMED ein Novum und könnte falsche Anreize setzen. Zuschläge im TARMED orientierten sich heute an speziellen Patientengruppen (z.B. Kinder oder über siebzigjährige Patienten).
- e. Fachärzte «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin FMH» haben aufgrund ihrer Ausbildungsdauer und der deshalb weniger weit gehenden Ausbildung innerhalb des TARMED wesentlich weniger Tarifpositionen zur Abrechnung zur Verfügung als andere Grundversorger wie beispielsweise die Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin (z.B. die Leistungspositionen «Kleine Untersuchung und umfassende Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung»). Damit ist der verkürzten Ausbildungszeit (und geringeren Qualifikation) bereits vollumfänglich Rechnung getragen.

Unter der Abwägung der oben genannten Punkte a. – e. empfiehlt curafutura:

- 1.1. Die Massnahme «Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen», wobei für alle Fachärzte der einheitliche Dignitätsfaktor von 0.968 angewendet wird, soll durch den Bundesrat verordnet werden.
- 1.2. Auf den Skalierungsfaktor für Titelträger «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin FMH» soll jedoch verzichtet werden, d.h. die GI-52 «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin», die den Skalierungsfaktor regelt, soll ersatzlos gestrichen werden.

*Hält der Bundesrat dennoch an der Differenzierung fest, so sind folgende Aspekte zur klaren Regelung des Skalierungsfaktors für «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin FMH» dringend zu berücksichtigen:*

- 1.3. Doppeltitelträger mit «Praktischer Arzt/ Praktische Ärztin FMH» und einem weiteren erworbenen Facharztstitel werden vom Skalierungsfaktor ausgenommen. Die GI-52 ist entsprechend zu ergänzen.
- 1.4. Einrichtungen gemäss Art. 36a wenden den Skalierungsfaktor für angestellte Ärzte mit Facharztstitel «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin FMH» konsequent an. Die Kontrolle ist über die GLN-Nummer zu gewährleisten, die in der Abrechnung vermerkt ist. Das BAG stellt sicher, dass zur Prüfung der Facharztstitel bzw. der korrekten Anwendung des Skalierungsfaktors durch die Versicherer, die dazu notwendigen, laufend aktualisierten Datenbanken zu den Facharztstiteln zur Verfügung stehen.
- 1.5. Im Browser ist die Bezeichnung des Skalierungsfaktors «med.prakt.» (=Arzt mit Staatsexamen, ohne Dokortitel) in der Leistungsposition auf die Facharztstitel-Bezeichnung «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin FMH» zu korrigieren.



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

## 1.2 Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten

curafutura begrüsst die Erhöhungen der den OP-Sparten (OP I, OP II und OP III) zugewiesenen Produktivitäten auf die **ursprünglich zur Einführung des TARMED erhobenen Werte**. Die Erhöhung der Sparten-Produktivitäten wirkt kostensenkend. Gemäss TARMED 1.08\_BR erbringen Ärztinnen und Ärzte im für ambulante Eingriffe am Häufigsten tarifierten «OP I» lediglich 45 % tarifwirksame Arbeitszeit, d.h. täglich lediglich 4.1 Stunden bei einer Modellarbeitszeit von 9.2 Stunden. Die direkt vor der Einführung vom TARMED beschlossene Reduktion des erhobenen Produktivitätswerts des «OP I» von 72 % auf 45 % ist nicht mit der nötigen Evidenz belegt, sondern stellt eine «Verhandlungslösung» dar. Mit der Massnahme zur Erhöhung auf 72 % wird die tarifwirksame ärztliche Leistung im «OP I» auf 6.2 Stunden pro Tag erhöht.

Gemessen am Taxpunktvolumen werden Leistungen, die im «OP II» und insbesondere «OP III» tarifiert sind, nur in einem geringen Ausmass ambulant erbracht und über den TARMED abgerechnet. Die Erhöhung der Produktivitäten von 50 % respektive 55 % auf 65 % erscheint curafutura gleichermassen, wie für den «OP I», gerechtfertigt.

Die Massnahme ist einfach und klar im TARMED umsetzbar und reduziert die Taxpunkte der ärztlichen Leistung bei allen Leistungspositionen, die in den Sparten «OP I», «OP II» und «OP III» tarifiert sind.

2.1. Die Massnahme «Erhöhung der Produktivitäten der Operationssparten» soll durch den Bundesrat verordnet werden.

## 1.3 Senkung der Kostensätze bei gewissen Sparten

Die Modellrechnungen eines Arzttarifes zulasten der obligatorischen Sozialversicherung müssen auf transparent nachgewiesenen Inputparametern basieren, d.h. z.B. den Sparten-Kostensätzen. Die Inputparameter des Tarifmodells müssen zudem regelmässig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden, damit Art. 59c KVV vollumfänglich entsprochen wird.

Diese Voraussetzungen sind im TARMED 1.08\_BR nicht erfüllt. curafutura unterstützt deshalb die Massnahme eines **«Intransparenzabzugs»** von 10 % auf den Spartenkostensätzen von 26 Sparten, deren Investitionskosten für Anlagen, Geräte und Apparate höher als CHF 750'000 sind, sowie 6 Sparten der Spezialisten-Untersuchungsräume und -Behandlungsräume, wie vom Bundesrat vorgeschlagen.

Die Massnahme gibt einen Anreiz, die effektiven Kostensätze der betroffenen Sparten gemäss den heutigen Gegebenheiten bezüglich Ausstattung, Gerätekosten, Bedarf an nichtärztlichem Fachpersonal, Lohnkosten und Produktivitäten zu erheben und transparent nachzuweisen. Während gewisse gerätebedingte Kosten seit Einführung des TARMED tendenziell gesunken sind, stiegen jedoch die Löhne. Ohne eine faktenbasierte Analyse und Aktualisierung des Tarifmodells ist der Nettoeffekt nicht abschätzbar. curafutura ist jederzeit bereit, transparent nachgewiesene Kostenentwicklungen und damit mögliche Anpassungen der Kostensätze zu akzeptieren. Die Voraussetzungen dazu legt der Art. 59c KVV fest.

Die Massnahme ist einfach und klar im TARMED umsetzbar und reduziert die Taxpunkte der technischen Leistung bei den betroffenen Leistungspositionen der 32 Sparten. curafutura empfiehlt:



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

3.1. Die Massnahme «Senkung der Kostensätze gewisser Sparten» soll durch den Bundesrat verordnet werden.

#### **1.4 Streichung der Minutagen für die Leistung im engeren Sinn und Vereinheitlichung der Minutagen für die Berichtserstellung bei den Tarifpositionen für CT- und MRI-Untersuchungen**

Sofern die Leistung der MRI- oder CT-Untersuchung ohne den Facharzt für Radiologie von Medizinisch-radiologischem Fachpersonal durchgeführt wird, ist die Verrechnung der ärztlichen «Leistung im engeren Sinn» (LieS) nicht gerechtfertigt. Die Leistung des Arztes erfolgt in der Regel bei der Befundung und der Erstellung des Berichts. Gemäss Aussage des BAG entspricht diese Sichtweise der von H+ 2016 eingereichten revidierten Arzttarifstruktur. curafutura begrüsst deshalb die Massnahme der Streichung der LieS bei 20 MRI-Hauptleistungen, 17 CT-Hauptleistungen sowie je drei zugehörigen Zuschlagsleistungen. Gleichzeitig werden die Berichtszeiten für MRI-Untersuche auf 25 Minuten und für CT-Untersuche auf 20 Minuten vereinheitlicht und dadurch mehrheitlich erhöht. Netto reduzieren sich jedoch die Minutagen und somit die Taxpunkte der ärztlichen Leistung, beheben Übertarifierungen und verhindern, dass Radiologen ihre Zeit tarifbedingt doppelt abrechnen müssen.

Die Berichtszeit des Arztes, die durch die Massnahme mehrheitlich erhöht wird, ist weiterhin in der teureren Infrastruktur (MRI- bzw. CT-Sparte) tarifiert, anstelle des Sprechzimmers, obwohl die Leistung zwar IT und Computer für die Sichtung der Untersuchung und Schreiben des Berichts benötigt, jedoch keine Infrastruktur mit radiologischen Grossgeräten. Zur Lösung dieses Missstands müssten die Berichte von der Radiologieleistung separiert tarifiert werden. Dies bedeutet jedoch eine umfassendere Neutarifiierung bzw. Tarifrevision, die im Grundsatz auch andere Facharztgebiete betreffen würde. Dem Argument, dass eine ausnahmsweise notwendige Anwesenheit des Arztes bei der Untersuchung nicht mehr abgegolten wird, kann man den grundsätzlich zu hohen Spartenkostensatz für die Tätigkeit der Berichtserstellung entgegenhalten.

Die Massnahme leistet einen wesentlichen Beitrag zur Korrektur übertarifizierter Leistungen. curafutura empfiehlt:

4.1. Die Massnahme «Streichung der Minutagen für die Leistung im engeren Sinn und Vereinheitlichung der Minutagen für die Berichtserstellung bei den Tarifpositionen für CT- und MRI-Untersuchungen» soll durch den Bundesrat verordnet werden.

#### **1.5 Senkung von zu hohen Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen**

Die Verordnungsänderung des Bundesrates zur Reduktion von Übertarifierungen umfasst die Senkung - wahlweise oder kombiniert - der LieS, der Vor-/Nachbereitungszeit, der Berichtszeit, der Raumzeit und der Wechselzeit. Betroffen sind 20 Leistungspositionen der Kapitel Ophthalmologie, Kardiologie, Gastroenterologie und Radioonkologie/Strahlentherapie. Die Reduktion der Minutagen senkt die Taxpunktswerte der ärztlichen Leistung oder der technischen Leistung. Da es sich bei der bundesrätlichen Verordnungsänderung um einen subsidiären Tarifeingriff und keine umfassende Tarifrevision handelt, unterstützt curafutura die Massnahme des Bundesrates zur **punktuellen Senkung der Minutagen**.

In der zur Senkung vorgeschlagenen Leistungsposition 08.3350 «Glaskörperbiopsie für zytologische Diagnostik u/o intravitreale Injektion» sind im TARMED zwei Handlungen zusammengefasst, deren Zeitdauern



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

der LieS stark voneinander abweichen. Während bei der häufiger vorgenommenen intravitrealen Injektion eine deutliche Senkung der LieS aus Sicht curafutura angebracht ist, weisen wir darauf hin, dass die Glaskörperbiopsie grundsätzlich mit den unveränderten tarifarischen Eckwerten in einer separaten Leistungsposition, wie folgt abgebildet werden könnte:

- i. «Glaskörperbiopsie für zytologische Diagnostik» mit einer «LieS» von 30 Minuten.
- ii. «Intravitreale Injektion» mit einer «LieS» und «Raumbelegung» von 10 Minuten.

curafutura befürwortet die Verordnungsänderung des Bundesrates zu den Minutagen und empfiehlt:

5.1. Die punktuelle Senkung von Minutagen der 20 Leistungspositionen bzw. der Zusammenzug der drei Katarakt-Leistungsposition in eine Handlungsleistung soll durch den Bundesrat verordnet werden.

### **1.6 Umwandlung der Handlungsleistungen «Untersuchung durch den Facharzt» in Zeitleistungen**

Bei den Handlungsleistungen «Untersuchung durch den Facharzt» sind Zeitdauern zwischen 12 und 25 Minuten im Tarif hinterlegt. Benötigt der Arzt weniger Zeit für einen Statusuntersuch, z.B. weil er beim individuellen Patienten sehr einfach ausfällt, so rechnet er gemäss gültigen TARMED korrekt ab, wenn er auch die in diesem Fall die Handlungsleistung mit der zu hohen LieS verrechnet. Mit der Möglichkeit in fünf Minuten-Schritten abzurechnen, kann näher an der effektiv benötigten Zeitdauer abgerechnet werden. Neben der Vermeidung von zu hoher Verrechnung werden die Rechnungen für die Patienten transparenter und nachvollziehbarer.

Um neben der Transparenz zudem die Rechnungskontrolle durch die Versicherer zu vereinfachen und Rückfragen beim Leistungserbringer zu vermeiden, empfiehlt curafutura die zusätzlich notwendige Mengenlimitation für die maximale Anzahl abrechenbarer 5-Minuten-Einheiten anstelle «pro Sitzung» auf die Referenzgrösse «pro Tag» zu beziehen: Eine Statusuntersuchung durch den Facharzt ist nur einmal pro Tag notwendig, während an einem Tag mehrere Sitzungen eröffnet werden können.

Als flankierende Massnahme ist es sehr wichtig die Patienten über alle verfügbaren Kanäle über die Kontrollmöglichkeit der Arztrechnung aufzuklären. Der Patient, nicht aber der Versicherer, kann prüfen, ob die verrechnete Zeit der effektiven Zeit entspricht. Die Mitglieder von curafutura werden in ihren Kunden-Informationsschriften ihren Beitrag zur Aufklärung der Patienten leisten.

Als Schritt zu mehr Sachgerechtigkeit und Transparenz empfiehlt curafutura:

6.1. Die Umwandlung der Handlungsleistungen «Untersuchung durch den Facharzt» in **Zeitleistungen** soll durch den Bundesrat verordnet werden.

6.2. Anstelle der Ergänzung der mengenlimitierenden Regel für die Abrechnung der maximalen Anzahl der 5-Minuten-Einheiten **«pro Sitzung»** schlägt curafutura die Referenzgrösse **«pro Tag»** vor.

### **1.7 Anwendung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte**

curafutura begrüsst die längst überfällige Aufhebung der Ausnahme der Anwendung der Limitationen für elektronisch abrechnende Ärzte. Die elektronische Abrechnung hat sich als Standard durchgesetzt, massgeblich auch deshalb, weil die Versicherer attraktivere Zahlungsmodalitäten bieten und das Inkassorisiko



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

übernehmen. Die Anreizwirkung, die von der Ausnahme ausgehen sollte, ist darum nicht mehr angebracht.

Auswertungen der Versicherer zeigen, dass heute teilweise Mengen pro Fall verrechnet werden, welche die Limitation übersteigen. Diese Überschreitungen weisen bezüglich Umfang und Facharztgruppe bzw. zwischen praxis- und spitalambulanten Einrichtungen grosse Unterschiede auf. Die konsequente Durchsetzung der Limitationsregeln zur Anzahl der maximal verrechenbaren Einheiten trägt zur Vermeidung von Überbehandlungen bei und zu mehr Gerechtigkeit zwischen den Ärzten, die alle gleich behandelt werden. Zur Entfaltung der erwarteten Wirkung ist allerdings die flächendeckende Umsetzung der Kontrolle bei den Versicherern unabdingbare Voraussetzung. Die Mitglieder von curafutura sind hierzu bereit und verfügen über die technisch notwendigen Voraussetzungen die Kontrollen vorzunehmen.

7.1. Die Massnahme «Anwendung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Ärzte» soll durch den Bundesrat verordnet werden.

### **1.8 Interpretation der «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» präzisieren sowie die jeweiligen Limitationen anpassen**

Die vier Leistungsposition «Leistung in Abwesenheit» in den Kapiteln Grundleistungen und Psychiatrie haben in den vergangenen Jahren eine markante Volumensteigerung erfahren. Aus diesem Grund ist die vorbehaltlose Anwendung der Mengenlimitation (s. 2.7) ein wichtiger Schritt. In seiner Vorordnung sieht der Bundesrat die Verschärfung dieser Mengenlimitation vor, konkret die Halbierung der Mengenlimitationen. Verschiedene administrative Aktivitäten des Arztes sind heute über die Produktivität bzw. den tarifunwirksamen Arbeitszeitanteil im Tarifmodell bereits abgedeckt. Das überdurchschnittliche Wachstum der Leistungspositionen «Leistung in Abwesenheit», für das es keinen medizinisch nachvollziehbaren Grund gibt, lässt allerdings vermuten, dass dieser Aspekt in Vergessenheit geraten ist und bereits inkludierte (nicht abrechenbare) Tätigkeiten dennoch zusätzlich abgerechnet werden. curafutura befürwortet aus diesen Gründen den bundesrätlichen Vorstoss einer Reduktion.

Die Präzisierung der Interpretation bei jeder Leistung in Abwesenheit «... 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 ...» sowie die Kumulationsregeln in der neuen Leistungsgruppe «LG-04» tragen zusätzlich zur Klärung der Anwendung bei.

Der Bundesrat greift in seiner Verordnungsänderung das Thema der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der verrechneten «Leistungen in Abwesenheit» auf. Das ist auch für curafutura ein entscheidend wichtiges Thema. Der Bundesrat schlägt hierzu die Aufsplittung der heutigen «Leistungen in Abwesenheit» in 6 bzw. 7 separate Leistungspositionen vor, die die jeweiligen Handlungen abbilden (z.B. Aktenstudium, Erkundigungen bei Dritten, Auskünfte und Rezepte). Für curafutura besteht hierbei die Problematik (wie bei anderen im 5-Minuten-Takt abrechenbaren Leistungen auch), dass unter 5 Minuten dauernde Tätigkeiten auf 5 Minuten aufgerundet werden, bzw. bei einem Tätigkeitenmix mehrere Leistungspositionen mehrmals 5 Minuten angebrochen und abgerechnet werden. Zwar sind die Leistungspositionen im neuen Leistungsblock «LB-04» kumulativ limitiert. Dennoch könnte es durch die Aufrundung von mehreren kurzen Handlungen auf jeweils 5 Minuten zu einer Ausweitung kommen. Gleichzeitig stellt die detaillierte Erfassung einen zusätzlichen administrativen Aufwand für die Ärzteschaft dar und führt bei genau deklarieren-





**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

den Ärzten dazu, dass die Limitation wegen der Aufrundungen unter Umständen zu schnell ausgeschöpft ist.

curafutura empfiehlt deshalb die Detaillierung «Leistungen in Abwesenheit» grundsätzlich beizubehalten, jedoch potentiell sehr kurze Leistungen und Handlungen, z.B. das Ausstellen eines Zeugnisses, in eine der anderen Leistungsposition zu integrieren, konkret also die Differenzierung wieder leicht abzuschwächen.

Aus diesen Überlegungen nimmt curafutura wie folgt Stellung zur Verordnungsänderung des Bundesrates:

- 8.1. Die Halbierung der Limitation der «Leistung in Abwesenheit» und Schaffung einer Leistungsgruppe «LG-04» sowie die Präzisierung der Interpretationen der Leistungspositionen soll durch den Bundesrat verordnet werden.
- 8.2. Abbildung Leistungspositionen wie folgt:
- ~~00.0140 Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min.~~
  - 00.0141 Aktenstudium und Ausstellung von Rezepten und Verordnungen in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.
  - 00.0142 Erkundigungen bei Dritten und Besprechungen mit Therapeuten, Fachpersonen und Betreuern des Patienten in Abwesenheit, pro 5 Min.
  - 00.0143 Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.
  - ~~00.0144 Besprechung mit Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.~~
  - 00.0145 Überweisung an Konsiliarärzte in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.
  - ~~00.0146 Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen ausserhalb von Konsultation, Besuch und telefonischer Konsultation in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.~~
  - 00.0147 Diagnostische Leistung am Institut für Pathologie/Histologie/Zytologie in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.
  
  - ~~02.0070 Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium) durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.~~
  - 02.0071 Aktenstudium und Ausstellung von Rezepten oder Verordnungen in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.
  - 02.0072 Erkundigungen bei Dritten und Besprechungen mit Therapeuten, Fachpersonen und Betreuern des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.
  - 02.0073 Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.
  - ~~02.0074 Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.~~
  - 02.0075 Überweisungen an Konsiliarärzte in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.
  - ~~02.0076 Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen ausserhalb von Konsultation, Besuch und telefonischer Konsultation in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.~~
  
  - 02.0160 Leistung in Abwesenheit des Patienten durch behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.
  - 02.0161 Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten durch behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.
  - 02.0162 Erkundigungen bei Dritten und Besprechungen mit Therapeuten, Fachpersonen und Betreuern ausserhalb der regelmässigen Rapporte in Abwesenheit des Patienten durch den behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.
  - 02.0163 Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.
  - ~~02.0164 Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern ausserhalb der regelmässigen Rapporte, in Abwesenheit des~~



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

~~Patienten durch den behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.~~

02.0165 Auswertung von Tests in Abwesenheit des Patienten durch den behandelnden Psychologen/ Psychotherapeuten, pro 5 Min.

02.0166 Verfassen von ausführlichen Berichten, sofern nicht anderweitig entschädigt, in Abwesenheit des Patienten durch den behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.

~~02.0260 Leistung in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.~~

02.0261 Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.

02.0262 Erkundigungen bei Dritten und Besprechungen mit Therapeuten, Fachpersonen und Betreuern ausserhalb der regelmässigen Rapporte in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/ Psychotherapeuten, pro 5 Min.

02.0263 Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.

~~02.0264 Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern ausserhalb der regelmässigen Rapporte, in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.~~

02.0265 Auswertung von Tests in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.

02.0266 Verfassen von ausführlichen Berichten, sofern nicht anderweitig entschädigt, in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.

8.3. Die «LG-04» ist für die korrekte Abbildung der Leistung 00.0147 «Diagnostische Leistung am Institut für Pathologie/ Histologie/ Zytologie in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.» zu ergänzen um:  
*Für die Position 00.0147 gilt die hinterlegte Limitation 1 Mal pro Einsendung.*

### 1.9 Interpretation bei den «Notfallzuschlägen» präzisieren

Die Thematik der «Notfall-Inkonvenienzpauschalen und -Zuschläge» ist komplex:

Notfall-Leistungen werden sowohl praxis- wie spitalambulant erbracht. Für praxisambulante Notfall-Leistungen sind im TARMED Notfallinkonvenienzpauschalen (50 – 180 Taxpunkte ärztliche Leistung, je nach Zeitpunkt) sowie ein Notfallzuschlag (25 – 50 % auf die ärztlichen Leistungen der abgerechneten Leistungspositionen) vorgesehen. Spitäler sind berechtigt für ihre anerkannten Notfallstationen, die einen 24-stündigen Betrieb gewährleisten, die «Eintrittspauschale in die anerkannte Notfallaufnahme» (35.0610) mit 28.37 Taxpunkten (technische Leistung) zu verrechnen. Der Bundesrat schlägt in der Verordnung die aus Sicht curafutura wünschenswerte Präzisierung der Interpretation des Kapitels und der Leistungspositionen für den praxisambulanten Notfall vor. Heute verbreitete und neue Praxis- und Geschäftsmodelle müssen in die Überlegungen einbezogen werden, ebenso wie das Ziel einer effizienten und gesicherten Notfallversorgung der Bevölkerung.

Die Notfall-Inkonvenienzpauschale geht von der Notwendigkeit der Abgeltung der Inkonvenienz aus, die entsteht, wenn die reguläre Sprechstunde in der Arztpraxis wegen einem Notfall verlängert oder umdisponiert werden muss. Abgegolten wird dabei eine zusätzliche ärztliche Leistung. Neben den Einzelpraxen, für die der TARMED einst konzipiert wurde, sind seit längerem Gruppenpraxen mit angestellten Ärzten eine weitere wichtige Betriebsform. Ein Teil dieser Gruppenpraxen richtet ihren Betrieb explizit auf Notfälle und kurzfristige Verfügbarkeit («Walk-in») aus. Hinzu kommen mobile Organisationen, deren Ärzte sich zu den Patienten begeben und die über keine eigentlichen Praxisräume verfügen, aber dennoch über die technische Leistungen Abgeltungen für Miete, nicht-ärztliches Personal etc. erhalten. Beide Betriebsarten leisten einen wichtigen Beitrag zur Notfallversorgung. Die betrieblichen Abläufe, Dienstpläne und



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

Öffnungszeiten sind voll oder teilweise auf das Kundensegment «Notfälle» ausgerichtet und betrieblich optimiert. «Notfälle» sind hier fester Teil des Geschäftsmodells und stellen keine «Inkonvenienz» dar.

Durch die Präzisierung der Interpretation, wie in der Verordnungsänderung des Bundesrates festgelegt, wird die Berechtigung zur Abrechnung der «Notfall-Inkonvenienzen» angestrebt. Um jedoch allfällige verbleibende Grauzonen auszuschliessen und eine einheitliche Umsetzung zu gewährleisten, müssen die Einrichtungen nach Artikel 36a KVG, **die ihr Angebot explizit auf den Notfall ausrichten**, genauer definiert werden. Es braucht nachvollzieh- und prüfbare Kriterien für ein «explizit auf Notfall ausgerichtete Angebot». Insgesamt sind 993 Einrichtungen<sup>1</sup> nach Artikel 36a KVG bei SASIS registriert, von denen nur ein geringer Anteil ihr medizinisches Leistungsangebot explizit auf den Notfall ausrichten.

curafutura weist zudem darauf hin, dass nicht alle namhaften, beispielsweise als «Permanence» auftretenden Institute mit expliziter Ausrichtung auf Notfälle, juristisch als Einrichtungen nach Artikel 36a KVG organisiert sind. Sie funktionieren als Gruppenpraxen und rechnen ihre Leistungen (Inhaber der ZSR-Nummer und Assistenten) über die ZSR-Nummern mehrerer Ärzte ab. Diese Institute werden bei der Präzisierung der Interpretationen nicht erfasst.

curafutura begrüsst die Massnahme und fordert:

9.1. Die Präzisierung der Tarifpositionen «Notfall-Inkonvenienzpauschale und -Zuschläge» soll wie vorgesehen vom Bundesrat in den medizinischen Interpretationen, der Kapitel-Interpretation KI-00.08-1, der Leistungs-Gruppe 52, 59 und 63 verordnet werden. Zur Identifikation derjenigen Einrichtungen, die nicht mehr zur Verrechnung der «Notfall-Inkonvenienzpauschale und -Zuschläge» berechtigt sind, muss die Verordnungsänderung jedoch weiter präzisiert werden mit Kriterien, an denen sich das «explizit auf Notfälle ausgerichtete Angebot» einer Einrichtung nach Artikel 36a KVG festmachen lässt. Nur so wird die Prüfbarkeit durch die Versicherer sichergestellt.

#### **1.10 Interpretation bei «Punktion/ Blutentnahme durch nichtärztliches Personal» anpassen (00.0715, 00.0716)**

Mit der Präzisierung der Interpretation der Leistungspositionen zur «Punktion / Blutentnahme durch nichtärztliches Personal» gemäss der Verordnungsänderung wird die korrekte Abrechnungsmöglichkeit sichergestellt sowie ein potentieller Anreiz zur Überversorgung eliminiert. curafutura begrüsst die Massnahme und fordert:

10.1. Die Präzisierung der Interpretation der Leistungspositionen «Punktion / Blutentnahme durch nicht-ärztliches Personal» (00.0715 und 00.0716) soll vom Bundesrat verordnet werden.

#### **1.11 Tarifposition «Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.» umtarifieren und Interpretation präzisieren (00.0160)**

Mit der Präzisierung der medizinischen Interpretation wird klargestellt, welche ärztlichen Tätigkeiten über diese Leistungsposition abgerechnet werden dürfen. Durch die Umtarifierung in die Sparte «Sprechzimmer», die einen tieferen Spartenkostensatz aufweist als der «UBR Grundversorger», wird die Sachgerech-

<sup>1</sup> Quelle: SASIS AG, April 2017



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

tigkeit verbessert, da die für eine effiziente Leistungserbringung (Art. 59c KVG) notwendige - hier einfachere - Infrastruktur eintarifiert wird. Die Ergänzung der Limitation durch «3 Mal pro Sitzung» verhindert eine Überversorgung, könnte jedoch mit der Bezugsgrösse **«pro Tag»** anstelle «pro Sitzung» eindeutiger gestaltet werden.

- 11.1. Die Umtarifierung in das «Sprechzimmer» und die Präzisierung der Interpretation der Leistungspositionen «Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min» (00.060) soll vom Bundesrat verordnet werden.
- 11.2. Die zusätzliche Mengenlimitation der Leistungsposition 00.0160 soll durch «3 Mal pro Tag» anstelle «3 Mal pro Sitzung» ergänzt werden.

### **1.12 Zuschlag von 10 % auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten löschen**

curafutura begrüsst die Streichung des Logistikzuschlags («GI-20 Verbrauchsmaterial und Implantate»). Mit diesem Schritt kommt der Bundesrat einer langjährigen Forderung der Versicherer nach, einen bekannten Fehlanreiz zu eliminieren. Zudem hat sich zwischenzeitlich die Vermutung bestätigt, dass die Logistikkosten bereits im Kostensatz der Sach- und Umlagekosten SUK des Tarif-Kostenmodells eingerechnet sind und somit bislang doppelt abgegolten wurden.

Spielraum besteht weiterhin in der Prüfbarkeit der Stück-Einstandspreise auf der Basis der Jahresmenge durch die Kostenträger. Hierfür müssten die entsprechenden Unterlagen von den Leistungserbringern beigebracht werden. Wichtig wird im Nachgang der Verordnung der Massnahme die Beobachtung der verrechneten Preise von ausgewählten teuren Materialien und Implantaten sein, um eine Kompensation durch erhöhte Einstandspreise zu unterbinden. Dabei gilt selbstverständlich weiterhin Art. 56, Abs.3 KVG, «Weitergabe der Rabatte».

Als suboptimal wird der Wegfall des Verweises auf die MiGeL beurteilt. Die Streichung erscheint als formal korrekt. Dennoch hat die Erwähnung der MiGeL an dieser Stelle eine Hilfestellung gegeben.

- 12.1. Die Streichung des Logistikzuschlag von 10 % soll vom Bundesrat verordnet werden.
- 12.2. Die Generelle Interpretation «GI-20, Verbrauchsmaterialien und Implantate» soll wie folgt präzisiert werden:  
*Verbrauchsmaterial ist separat verrechenbar, sofern der Einkaufspreis (inkl. MWST) pro Einzelstück CHF 3.-- übersteigt.*  
*Verrechnet wird der ~~Einstandspreis~~ (Stückpreis des Verbrauchsmaterials und der Implantate auf der Basis der Jahreseinkaufsmenge nach Abzug von Rabatten und Preisnachlässen).*  
*Die Artikel sind mit Preisangabe und Abgabedatum (Datum der Sitzung) einzeln aufzuführen.*  
*Nicht unter diese Vergütungsregelung fällt das wiederverwendbare Instrumentarium (inkl. Fixateur externe). Dieses ist bereits in den einzelnen Tarifpositionen berücksichtigt.*  
*Ebenfalls nicht Bestandteil dieser Vergütungsregelung bilden Massanfertigungen durch Orthopädietechniker bzw. Orthopädienschuhmachermeister. Solche Sonderanfertigungen können auf der Basis der vereinbarten Tarife in Rechnung gestellt werden.*

### **1.13 Streichung von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie aller Verweise auf das Gesetz**

Der TARMED ist mit einer hohen Anzahl Positionen für Leistungen, die ausschliesslich stationär erbracht werden, unnötig aufgebläht. Mit einer Streichung von 54 Positionen wird immerhin ein Anfang zur Ent-



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

schlackung des umfangreichen Leistungskatalogs gemacht. curafutura bewertet das positiv. Bei den 19 wegfallenden «Technischen Grundleistungen» (z.B. 17.1830, «Technische Grundleistung 2, Kardangiografie/ kardiologisch-interventionelle Radiologie, stationäre IPS-Patienten und Patienten in Narkose»), ist jeweils eine verwendbare Leistungsposition für ambulante Patienten in Narkose vorhanden (z.B. 17.1810 «Technische Grundleistung 0, Kardangiografie/kardiologisch-interventionelle Radiologie, ambulanter Patient»).

Der Wegfall der Verweise auf das Gesetz und somit auf die Leistungspflicht (KVG und seine Ausführungsbestimmungen KVV und KLV) wird von curafutura bedauert. Für die Leistungserbringer und Kostenträger entfällt damit der eindeutige, im Tarif verankerte Hinweis, und es entsteht mehr individueller Aufwand. Andererseits sind die praktischen Gründe für diesen Entscheid nachvollziehbar. Nur eine laufend gepflegte Tarifstruktur sollte Verweise enthalten, die sich kontinuierlich ändern können. Diese Voraussetzung ist beim TARMED nicht erfüllt.

Die Streichung der Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung wird begrüsst.

- |   |
|---|
| <p>13.1. Die Streichung der stationären Leistungen im vorgeschlagenen Umfang sowie der Leistungen der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung soll vom Bundesrat verordnet werden.</p> <p>13.2. Die Aktualisierung sämtlicher Verweise auf das Gesetz anstelle der kompletten Streichung soll geprüft werden.</p> |
|---|

#### **1.14 Eintarifierung der Leistungsgruppe «LG-03» Zuschlag für hausärztliche Leistungen**

Aufgrund der durch den Bundesrat am 1. Oktober 2014 erlassenen Verordnung wurde zur Besserstellung der Hausärzte die neue Zuschlagsposition 00.0015 in die Version TARMED 1.08\_BR eingefügt. Diese darf grundsätzlich nur im Zusammenhang mit der Erbringung von hausärztlichen Leistungen abgerechnet werden. Darüber hinaus wurde die medizinische Interpretation so präzisiert, dass die neue Zuschlagsleistung nur abgerechnet werden darf, wenn dem Patienten am selben Tag keine spezialärztlichen Leistungen durch den gleichen Leistungserbringer verrechnet werden. Die technische Umsetzung der medizinischen Interpretation «nur im Zusammenhang mit hausärztlichen Leistungen» ist in der Verordnung nicht beschrieben bzw. geregelt.

Deshalb ist zur Rechnungsprüfung die Leistungsgruppe «LG 03» gebildet worden. Diese enthält alle Tarifpositionen, für die dieser Zuschlag in der Arztpraxis verrechnet werden darf. Die Tarifpartner haben eine Arbeitsgruppe aus Vertretern von H+, FMH, santésuisse, MTK und curafutura gebildet, um die Leistungsabwicklung nach Einführung der neuen Tarifstruktur zu begleiten. So wurde gewährleistet, dass die Leistungsgruppe «LG-03» erweitert bzw. verringert werden kann, sobald es Anzeichen von Fehlverrechnungen gibt oder wenn sich herausstellt, dass Positionen, welche die Grundversorger oder Doppeltitelträger während ihrer «hausärztlichen Tätigkeiten» abrechnen, in der Liste fehlen. Dieses Vorgehen wurde im Schreiben vom BAG vom 21. August 2015 begrüsst.

Obwohl die FMH die Leistungsgruppe «LG-03» wegen unterschiedlicher Auffassungen nie anerkannte, setzen die Kostenträger sie um. Durch die Nichtanerkennung der FMH wurde bis anhin die Rechnungsprüfung in der Praxis massiv behindert, die Abrechnungen erschwert und erhebliche Streitigkeiten ausgelöst. Dieser Leerlauf wird durch die Ordnungsänderung endlich behoben.



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

14.1. Die von den Versicherern eingeführte Leistungsgruppe «LG-03» «Tarifpositionen, bei denen der Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis beansprucht werden kann» soll vom Bundesrat verordnet werden, dadurch wird sie offiziell anerkannt und in der Tarifstruktur hinterlegt.

## 2 Weitere Anträge von curafutura

### 2.1 Mengen- und Zeitlimitationen gelten rollierend und über das Jahresende hinaus

Die Erfahrung bei der Rechnungskontrolle und anschliessenden Kontakten mit den Leistungserbringern zeigen, dass die Regeln «pro Woche», «pro Monat» etc. unterschiedlich interpretiert werden. Eine Woche beispielsweise kann als 7 aufeinanderfolgende Tage oder Kalenderwoche verstanden werden. Fakt ist jedoch, dass Behandlungszyklen nicht auf statische Einteilungen in Kalenderwochen und -Monate etc. ausgerichtet sind.

Versicherer kontrollieren die Einhaltung der auf einen Zeitraum bezogenen Mengenlimitationen rollierend. D.h. mit jeder neuen, dem Versicherer mit der Rechnung eingereichten, verrechneten Einheit wird der Limitationszeitraum ab dem Behandlungsdatum retrospektiv und prospektiv überprüft. Die prospektive Prüfung ist notwendig, weil Rechnungen den Versicherern nicht immer in der Reihenfolge der Behandlungsdaten eingereicht werden.

Eine Klärung dieser Frage in der Generellen Interpretation «GI-9» und «GI-13» vermeidet Unklarheiten und Diskussionen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Die Klärung ermöglicht eine einfachere Hinterlegung der Regel in den IT-Systemen der Leistungserbringer und der Versicherer.

15.1. Die «GI-9 Kumulation, Kumulationseinschränkung» und die «GI-13 Zeiteinheiten und Masseinheiten» sollen durch den Bundesrat mit Verordnung so ergänzt werden, dass die Mengen- und Zeitlimitationen rollierend, auch über das Jahresende hinaus betrachtet werden:

*«GI-9»: Grundsätzlich sind alle Hauptleistungen als solche sowie untereinander kumulierbar, sofern das eine oder das andere nicht ausdrücklich beschränkt wird.*

*Sofern nicht ausdrücklich anders erwähnt, gelten die Kumulationsregeln einer Hauptleistung auch für die dieser Hauptleistung zugeordneten Zuschlagsleistungen.*

*'Max. 1 x pro Monat' heisst, dass eine bestimmte Tarifposition während dieses Zeitraums, d.h. 30 Tagen nur '1 x' abgerechnet werden kann. Zeiträume beziehen sich auf die Anzahl aufeinanderfolgender Tage der angegebenen Einheit und gelten über das Ende des Kalenderjahres hinaus.*

*Weitere Kumulationseinschränkungen beziehen sich z.B. auf eine Zeitperiode: 'max. 5 x pro 3 Monate' abrechenbar; die Periode beginnt mit dem Tag der ersten Erbringung der entsprechenden Leistung.*

*Die Einschränkungen beziehen sich auf den Patienten und gelten für den zuständigen Kostenträger.*

*«GI-13»: Angebrochene Zeiteinheiten und Masseinheiten gelten als ganze Einheiten.*

*Weitere/letzte Zeiteinheiten können erst verrechnet werden, wenn die vorhergehende Zeiteinheit vollständig abgeschlossen ist.*

*Dauer von pro Woche, pro Monat, pro Jahr:*

*- pro Woche = 7 aufeinanderfolgende ~~Kalender~~Tage*



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

- pro Monat = 30 aufeinanderfolgende ~~Kalendert~~Tage
- pro Jahr = 360 aufeinanderfolgende ~~Kalendert~~Tage.

## 2.2 Anpassung des Sitzungsbegriffs

Die Interpretation des Sitzungsbegriffs ist unscharf. Sie erlaubt es, dass dem Patienten, der während eines Behandlungstermins im Spital von mehreren Ärzten und Fachpersonen betreut wird, mehrere Sitzungen verrechnet werden. Das entspricht dem gültigen Sitzungsbegriff. Als Folge davon können beispielsweise Grundleistungspositionen in ungerechtfertigter Weise mehrfach verrechnet werden bzw. die Mengenlimitationen «pro Sitzung» übersteuert werden.

Eine Verbesserung der Regelung kann mit zwei Massnahmen erreicht werden. Einerseits kann in Mengenlimitationen die Referenzgrösse «pro Tag» auf «pro Sitzung» geändert werden. Zudem kann der Sitzungsbegriff präziser definiert werden. Im Rahmen der Verordnungsänderung kann mit der Anpassung des Sitzungsbegriffs eine Verbesserung erreicht werden, ohne dass unzählige Leistungspositionen angepasst werden müssen.

Nimmt man beim Sitzungsbegriff die Perspektive des Patienten ein, so steht er bei einem «Arzttermin» im Mittelpunkt, während dem sich an der Behandlung mehrere Ärzte oder Fachpersonen beteiligen. Aus dieser Betrachtungsweise heraus ergibt sich dann der auch für den Patienten nachvollziehbare Sitzungsbegriff, den er so auf der Rechnung abgebildet finden sollte. Deshalb beantragt curafutura eine patientenzentrierte Sitzungsdefinition, durch die unnötige Eröffnungen neuer Sitzungen und allfällige Überverrechnung verhindert werden können:

15.2. Der Sitzungsbegriffs «GI-8» soll durch den Bundesrat mit Verordnung wie folgt definiert werden:

*Eine Sitzung ist ein begrenzter Zeitraum (Kontaktaufnahme bis Kontaktende im ambulanten Bereich), während dessen Patienten, Paare, Familien oder Gruppen ~~in den ausführenden Leistungserbringer durch einen Patienten, Paare, Familien oder Gruppen in Anspruch nehmen~~ genommen wird.*

*Versäumte Sitzungen gehen nicht zu Lasten der Sozialversicherungen.*

*Die Reanimation gilt als separate Sitzung, ausgenommen {IPS} und Anästhesie (LB-10 und LB-52).*

## 2.3 Veröffentlichung der Online-Version des TARMED-Tarifs und der PIK-Entscheide

Die verschiedenen TARMED-Tarifstruktur-Versionen sind in den letzten Jahren auf der Homepage der TARMED Suisse veröffentlicht gewesen. In die Struktur eingebettet waren zusätzlich auch sämtliche Entscheide der paritätischen Interpretationskommission zu einzelnen Leistungspositionen. Seit der Einführung der Version 1.08\_BR haben sich die Tarifpartner von TARMED Suisse nicht mehr darüber einigen können, die online-Version aufzuschalten und zu finanzieren. Alle alten Versionen wurden von der Homepage entfernt. Es steht lediglich eine Offline-Version des TARMED V1.08\_BR zur Verfügung, die zusammen mit einer Software heruntergeladen und auf dem Computer installiert werden muss.

Die gültige Arzttarifstruktur mit ihren Einzelleistungen und Regeln muss über einen einfach handhabbaren und öffentlich zugänglichen Online-Tarifbrowser einsehbar sein, damit die Transparenz für die Patienten



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

und die Anwender des Tarifes gewährleistet ist. Mit diesem einfachen Zugang zu den Tarifinformationen erhalten die Patienten die Möglichkeit, die verrechneten Tarifpositionen zu kontrollieren.

15.3. Der Bundesrat nimmt die Veröffentlichung eines Online-Browsers des TARMED-Tarifes ergänzend in die Verordnungsänderung auf. Der Online-Browser umfasst die TARMED-Tarifstruktur sowie sämtliche zugehörige Entscheide der Paritätischen Interpretationskommission (PIK). Die Publikation erfolgt durch die paritätische Tariforganisation von Leistungserbringern und Kostenträgern ats-tms ag oder – solange der Tarifeingriff gilt – durch das BAG.