

## Information und erste Beurteilung

# TARMED: Zweiter Tarifeingriff des Bundesrates

Olten, 29. März 2017

## 1 Kurzfassung

Der Bundesrat will zum zweiten Mal in die TARMED-Tarifstruktur eingreifen und hat am vergangenen Mittwoch, 22. März 2017 dazu die Vernehmlassung gestartet. Die FMH wird die Vorschläge gemeinsam mit den ihr angegliederten Ärzteorganisationen eingehend prüfen. Zu vermeiden sind Tarifeingriffe, welche weder sachgerecht noch betriebswirtschaftlich sind. Notwendig ist aus Sicht der Ärzteschaft eine Gesamtrevision des ambulanten Tarifs. Nach der Ablehnung des ersten Revisionsvorschlages in der Urabstimmung im Jahr 2016 hat die FMH die Gesamtrevision neu lanciert: Sie erarbeitet gemeinsam mit den Ärzteorganisationen und den Tarifpartnern bis Mitte 2018 eine weiterentwickelte Tarifstruktur, welche anschliessend dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt wird. ([Medienmitteilung der FMH vom 22. März 2017](#))

## 2 Inhalt

<b>1</b>	<b>Kurzfassung</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Inhalt</b> .....	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>Ausgangslage</b> .....	<b>2</b>
<b>4</b>	<b>Informationen zum Vernehmlassungsverfahren</b> .....	<b>2</b>
<b>5</b>	<b>Vernehmlassungsunterlagen</b> .....	<b>2</b>
<b>6</b>	<b>Erste Beurteilung aus Sicht der Tarifexperten der FMH</b> .....	<b>3</b>
6.1	Massive Auswirkungen auf die „Ärztliche Leistung“.....	3
6.2	Keine punktuellen Eingriffe sondern umfassende Gesamtrevision.....	3
<b>7</b>	<b>Weiteres Vorgehen</b> .....	<b>4</b>
7.1	Analysen für Fachgesellschaften und Kantonale Ärztegesellschaften.....	4
7.2	Analysen für Einzelmitglieder der FMH.....	4
<b>8</b>	<b>Inhalt der Massnahmen des zweiten Tarifeingriffs</b> .....	<b>5</b>
8.1	Basis.....	5
8.2	Änderungen welche zu höheren oder tieferen Taxpunkten bei allen oder einem Teil der Tarifpositionen führen.....	5
8.3	Änderungen in den Abrechnungsregeln einzelner oder mehrerer Tarifpositionen.....	9
8.4	«Weitere Änderungen».....	12

### 3 Ausgangslage

Nach der Ablehnung der revidierten Tarifstruktur in der Urabstimmung der FMH im Juni 2016 hat das Eidgenössische Departement des Inneren EDI den Tarifpartnern Anfang Juli 2016 eine Frist bis Ende Oktober 2016 gesetzt, um doch noch eine total-revidierte und genehmigungsfähige Tarifstruktur oder Anpassungen an der bestehenden Tarifstruktur TARMED einzureichen. Die FMH hat wie bereits Anfang Juli mitgeteilt, weder eine revidierte Tarifstruktur noch Anpassungen an der aktuell gültigen TARMED eingereicht.

Daraufhin hat das BAG am 4. November 2016 in einer [Medienmitteilung](#) informiert, dass sie eine Anpassung des jetzt gültigen TARMED Version 01.08.00\_BR vorbereiten.

Am 22. März 2017 hat der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Inneren EDI beauftragt, ein Vernehmlassungsverfahren zur Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung durchzuführen. Die Verordnung soll am 1. Januar 2018 in Kraft treten.

### 4 Informationen zum Vernehmlassungsverfahren

Die Vernehmlassung der Verordnung läuft bis zum **21. Juni 2017**. Neben den direkt angeschriebenen Institutionen steht es auch allen anderen Organisationen und Einzelpersonen offen, eine Eingabe zu dieser Vernehmlassung zu machen. Sie können Ihre Stellungnahme, wenn möglich elektronisch, in- nert der Vernehmlassungsfrist an folgende Email-Adressen senden: [abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch) und [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Weitere Auskünfte erhalten Sie direkt bei:

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung  
Abteilung Leistungen  
3003 Bern  
[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)  
Tel. +41 58 462 21 11

Bitte senden Sie uns eine Kopie Ihrer Stellungnahme zu, damit wir Ihre Argumente in die Vernehmlassungsantwort der FMH einbeziehen können. Um genügend Vorlaufzeit zu haben, sind wir dankbar für eine Einreichung bis spätestens am **1. Juni 2017** wenn möglich elektronisch (bitte nebst einer PDF-Version auch eine Word-Version), an [tarife.ambulant@fmh.ch](mailto:tarife.ambulant@fmh.ch) oder per Post zuhänden der Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife:

FMH  
Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife  
Frohburgstrasse 15  
4600 Olten

### 5 Vernehmlassungsunterlagen

Nachfolgend finden Sie dazu die im Rahmen der Vernehmlassung zur Verfügung stehenden Unterlagen des Bundesamtes für Gesundheit BAG:

[Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung \(Entwurf\)](#)

[Tarifstruktur für „Ärztliche Leistungen« \(Anhang 1\)](#)

[Tarifstruktur für „Ärztliche Leistungen« \(Access-Datenbank\)](#)

[Inhalt der Änderung und Kommentar Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung](#)

[Orientierungsschreiben an Kantone](#)

[Orientierungsschreiben an Organisationen](#)

[Liste der Vernehmlassungsadressaten](#)

### Weitere Dokumente

[Faktenblatt Anpassungen des Ärztetarifs TARMED](#)

[Glossar zum ambulanten Ärztetarif TARMED](#)

[Präsentation vom 22.03.2017 Aufbau des TARMED](#)

## 6 Erste Beurteilung aus Sicht der Tarifexperten der FMH

### 6.1 Massive Auswirkungen auf die „Ärztliche Leistung«

Eine umfassende Beurteilung der Massnahmen ist für die FMH erst nach weiteren internen Analysen machbar. Die Experten sind aktuell daran die zur Vernehmlassung stehende Tarifstruktur auf die aktuell gültige Struktur zu transcodieren. Nur so lassen sich für alle Disziplinen und Fachgesellschaften detaillierte Aussagen machen.

**Schon heute ist aber klar, dass das umfangreiche Massnahmenpaket des zweiten Tarifeingriffes die Mitglieder der FMH teils erheblich finanziell treffen wird. Alleine die Auswirkungen des Eingriffs aus den Quantitativen Dignitäten sind bei einigen Disziplinen massiv.** Hinzu kommen die Erhöhung der Ärztlichen Produktivität bei sämtlichen operativen Eingriffen, die konkrete Korrektur von Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen sowie die neu gültigen Limitationen auf einigen wichtigen Zeitleistungen.

Die FMH wird sowohl den Gesamteffekt für alle ihr angeschlossenen Fachgesellschaften simulieren wie auch sämtliche Einzelmassnahmen separat analysieren und beurteilen. Weitere Informationen dazu finden Sie weiter unten.

### 6.2 Keine punktuellen Eingriffe sondern umfassende Gesamtrevision

Unbestritten ist von der FMH und der in der Ärztekammer vertretenen Organisationen, dass die im Jahr 2004 eingeführte national einheitliche ambulante Tarifstruktur veraltet und deshalb zu revidieren ist. Die FMH lehnt punktuelle Eingriffe in die bestehende Tarifstruktur aber ab, da sie zu weiteren Verzerrung in der heutigen gültigen Tarifstruktur führen.

Nach der Ablehnung des ersten Revisionsvorschlages in der Urabstimmung unter allen Mitgliedern im Mai 2016 hat die FMH deshalb das Revisionsprojekt TARCO zur Nachbesserung gestartet.

TARCO bezweckt eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Tarifierung aller ambulanten ärztlichen Leistungen. Denn nur eine umfassende Tarifrevision gemeinsam mit allen Ärzteorganisationen und Tarifpartnern ist aus Sicht der Ärzteschaft der einzig richtige Weg.

Bis Ende 2017 wollen die FMH und die ihr angeschlossenen Ärzteorganisationen die internen Nachbesserungen vollständig abschliessen. Die Verhandlungen mit den Tarifpartnern werden nach Abschluss eines Kapitels jeweils sukzessive aufgenommen mit dem Ziel, per Mitte 2018 beim Bundesrat einen partnerschaftlichen und gemeinsamen Tarifvorschlag zur Genehmigung einzureichen. Die FMH setzt alles daran, den Dialog mit den Tarifpartnern aufrechtzuerhalten und die Verhandlungen weiterzuführen mit dem Ziel, einen gemeinsam getragenen und konsensorientierten Tarifvorschlag zu entwickeln.

## 7 Weiteres Vorgehen

Der Zeitplan sieht folgendermassen aus:

22.03.2017	Start der Vernehmlassung
29.03.2017	Veröffentlichung der Erstbeurteilung der FMH
29.03.2017 – 17.04.2017	Zeitraum für umfassende Analysen der FMH
18.04.2017 – 21.06.2017	Zeitraum für umfassende Analysen der FMH für ihre angeschlossenen Fachgesellschaften und kantonale Ärztegesellschaften
15.05.2017 – 21.06.2017	Zeitraum für Volumis online: Eigenständige Analyse für FMH-Mitglieder
01.06.2017	Einsendeschluss für Einreichung der Stellungnahmen der Fachgesellschaften bei der FMH
21.06.2017	Ende der Vernehmlassung Einreichung der FMH Stellungnahme beim BAG
01.01.2018	Inkrafttreten der Verordnung (zweiter Tarifeingriff)

### 7.1 Analysen für Fachgesellschaften und Kantonale Ärztegesellschaften

Das Departement Ambulante Versorgung und Tarife der FMH und NewIndex unterstützen Sie gerne bei Analysen für Ihre eigene Stellungnahme zuhanden des Bundesamts für Gesundheit! Kontaktieren Sie uns unter [tarife.ambulant@fmh.ch](mailto:tarife.ambulant@fmh.ch) oder [info@newindex.ch](mailto:info@newindex.ch). Wir liefern Ihnen gerne eine ausführliche Analyse der Vorlage, basierend auf dem Mengengerüst Ihrer Fachgesellschaft!

Dazu müssen Sie als **Fachgesellschaft** folgendes beachten:

1. NewIndex kann Ihnen für Ihre Fachgesellschaft nur dann ein repräsentatives Mengengerüst zur Verfügung stellen, wenn Ihre Fachgesellschaft über einen Dienstleistungsvertrag mit NewIndex verfügt (Datenschutz) und genügend Ärzte Ihrer Fachgesellschaft Daten über ein Trust-Center liefern (Aussagekraft Mengengerüst).
2. Bei allfälligen Publikationen der Daten müssen Sie sich als Fachgesellschaft an den [NAKO-Kodex](#) halten. Wir empfehlen Ihnen für allfällige Publikationen von detaillierten Daten basierend auf dem NAKO-Datenpool mit NewIndex Kontakt aufzunehmen, welche Sie beim Antrag an das NAKO-Gremium unterstützen wird: [info@newindex.ch](mailto:info@newindex.ch)

Als **Kantonale Ärztegesellschaft** müssen Sie folgendes beachten:

1. NewIndex kann für kantonale Ärztegesellschaften nur dann ein repräsentatives Mengengerüst zur Verfügung stellen, wenn Ihr mandatiertes Trust-Center dem TrustX-System angeschlossen ist und Ihre Gesellschaft über einen Dienstleistungsvertrag mit NewIndex verfügt. Die kantonalen Gesellschaften aus den Kantonen VD, LU, ZG, UR, OW, NW, SZ wenden sich bitte an das Centre de confiance bzw. an MedKey.
2. Bei allfälligen Publikationen der Daten müssen Sie sich als kantonale Ärztegesellschaft an den [NAKO-Kodex](#) halten. Wir empfehlen Ihnen für allfällige Publikationen von detaillierten Daten basierend auf dem NAKO-Datenpool mit NewIndex Kontakt aufzunehmen, welche Sie beim Antrag an das NAKO-Gremium unterstützen wird: [info@newindex.ch](mailto:info@newindex.ch)

### 7.2 Analysen für Einzelmitglieder der FMH

Die FMH empfiehlt Ihren Mitgliedern primär mit der zuständigen Fachgesellschaft Kontakt aufzunehmen – gegebenenfalls wird eine gemeinsame Stellungnahme geplant oder koordiniert.

Für Einzelmitglieder wird die FMH ab ca. Mitte Mai 2017 ein Online-Tool zur Verfügung stellen. Mithilfe dieses Tools kann jedes FMH-Mitglied anhand eigener Abrechnungszahlen die individuellen Aus-

wirkungen des Tarifeingriffes simulieren. Wir werden dazu im Verlauf vom Mai noch ausführlich informieren.

## 8 Inhalt der Massnahmen des zweiten Tarifeingriffs

### 8.1 Basis

Die Massnahmen, die das Bundesamt für Gesundheit BAG dem Bundesrat vorschlägt, beschränken sich auf den **ambulanten Bereich des Krankenversicherungsgesetzes** und basieren auf der **TARMED-Version 01.08.00\_BR**. Das bedeutet, dass alle Massnahmen, die bereits per 1. Oktober 2014 in Kraft gesetzt wurden, weiterhin Gültigkeit haben. Allfällige Kürzungen von Taxpunkten der Technischen Leistung (TL) basieren demnach auf den bereits im 2014 um 8.5% gekürzten Taxpunkten.

Die Massnahmen lassen sich grundsätzlich in drei Kategorien unterteilen:

1. «Änderungen welche zu höheren oder tieferen Taxpunkten bei allen oder einem Teil der Tarifpositionen führen»
2. «Änderungen in den Abrechnungsregeln einzelner oder mehrerer Tarifpositionen»
3. «Weitere Änderungen»

Im Detail sehen die vorgeschlagenen Massnahmen wie untenstehend aus. Einzelne Tarifpositionen können von mehr als einer der aufgeführten Massnahmen betroffenen sein.

### 8.2 Änderungen welche zu höheren oder tieferen Taxpunkten bei allen oder einem Teil der Tarifpositionen führen

#### Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

Die «**Quantitativen Dignitäten**» sollen **vereinheitlicht** werden. Sämtlichen Dignitäten wird neu ein einheitlicher Dignitätsfaktor von **0.968** zugewiesen. Die Taxpunkte für die «Ärztliche Leistung» (AL) mit der Quantitativen Dignität FMH5 (z.B. Grundkonsultation oder Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern) erhöhen sich (ursprünglicher Faktor = 0.905), die Taxpunkte der «Ärztlichen Leistung» für Leistungen mit einer höheren «Quantitativen Dignität» reduzieren sich. Die ursprüngliche Dignitätsfaktoren waren bisher wie folgt festgelegt: FMH6 = 1.0436; FMH7 = 1.086; FMH8 = 1.3046; FMH9 = 1.4785; FMH10 = 2.2625; FMH12 = 2.2625.

Im veröffentlichten Leistungskatalog des Bundesrates sind die ursprünglichen quantitativen Dignitäten pro Tarifposition noch publiziert (FMH5-12), hinterlegt ist allen der einheitliche Faktor 0.968.

Für den **Praktischen Arzt** wird die «Ärztliche Leistung» zusätzlich reduziert. Die für sämtliche Tarifpositionen bereits korrigierte AL wird um den **Faktor 0.94** nach unten korrigiert.

- ➔ Die «Quantitativen Dignitäten» sind neben dem Referenzeinkommen, der Jahresarbeitszeit und der «Ärztlichen Produktivität» entscheidend für den Taxpunkt der «Ärztlichen Leistung» (AL).

#### Erhöhung der «Ärztlichen Produktivität» in den Operationssparten (OP-Sparten)

Die Produktivitäten in den OP-Sparten ändern sich wie folgt:

- 0045 OP I: Erhöhung von 45% auf 72% (1'489 betroffene Tarifpositionen)
- 0049 OP II: Erhöhung von 50% auf 65% (990 betroffene Tarifpositionen)
- 0050 OP III: Erhöhung von 55% auf 65% (47 betroffene Tarifpositionen)

- Eine Erhöhung der Produktivität bedeutet eine Senkung des Taxpunktes für die «Ärztliche Leistung» (AL). Der Minutenkostensatz pro Minute wird durch diese Massnahme reduziert. Die «Ärztliche Produktivität» ist neben dem Referenzeinkommen, der Jahresarbeitszeit und der «Quantitativen Dignität» entscheidend für den Taxpunkt der «Ärztlichen Leistung» (AL).

### Senkung der Kostensätze in gewissen Sparten

Die Kostensätze der Technischen Leistung (TL) von Sparten mit Investitionskosten für Anlagen, Geräte und Apparate über CHF 750'000 werden um 10% abgesenkt. Dies betrifft folgende Sparten:

- 0045 Praxis-OP (0 Tarifpositionen)
- 0049 OP I (1'489 betroffene Tarifpositionen)
- 0050 OP II (990 betroffene Tarifpositionen)
- 0051 OP III (47betroffene Tarifpositionen)
- 0062 Elektrophysiologisches Labor/Katheterplatz (21 betroffene Tarifpositionen)
- 0080 Urologischer Endoskopieraum (49 betroffene Tarifpositionen)
- 0081 Urologische Funktionsdiagnostik (8 betroffene Tarifpositionen)
- 0082 Extrakorporale Lithotripsie (ESWL) (4 betroffene Tarifpositionen)
- 0122 Hyperbare Sauerstofftherapie (2 betroffene Tarifpositionen)
- 0142 Gastroenterologische Endoskopie gross (73 betroffene Tarifpositionen)
- 0188 Kardangiografie/kardiologische-interventionelle Radiologie (52 betroffene Tarifpositionen)
- 0190 Gamma-Kamera (15 betroffene Tarifpositionen)
- 0191 Nuklearmedizinische Diagnostik II (PET) (3 betroffene Tarifpositionen)
- 0210 Hochvoltradiotherapie (7 betroffene Tarifpositionen)
- 0211 Simulator (5 betroffene Tarifpositionen)
- 0213 Brachytherapie (12 betroffene Tarifpositionen)
- 0223 Histologisches Speziallabor (10 betroffene Tarifpositionen)
- 0402 Radiochirurgie/Radiotherapie (5 betroffene Tarifpositionen)
- 0420 Ganzkörper-Bestrahlung (3 betroffene Tarifpositionen)
- 0422 Tiefenhyperthermie (2 betroffene Tarifpositionen)
- 0600 CT-überwachte Eingriffe (2 betroffene Tarifpositionen)
- 0900 MRI-überwachte Eingriffe (2 betroffene Tarifpositionen)
- 5004 Röntgenraum III (41 betroffene Tarifpositionen)
- 5006 Angiografie/nicht kardiologisch interventionelle Radiologie (98 betroffene Tarifpositionen)
- 5007 Computer-Tomographie (CT) (26 betroffene Tarifpositionen)
- 5008 Magnet Resonanz Imaging (MRI) (25 betroffene Tarifpositionen)

Des Weiteren werden auch die Sparten-Kostensätze folgender Untersuchungs- und Behandlungsräume abgesenkt:

- 0010 UBR Chirurgie und Kinderchirurgie (88 betroffene Tarifpositionen)
- 0017 UBR Ophthalmologie (54 betroffene Tarifpositionen)
- 0018 UBR ORL (65 betroffene Tarifpositionen)
- 0019 UBR Urologie (13 betroffene Tarifpositionen)
- 0021 UBR Dermatologie (21 betroffene Tarifpositionen)
- 0064 UBR Angiologie (25 betroffene Tarifpositionen)

### Elimination der «Leistung im engeren Sinn» (LieS) bei CT- und MRI-Untersuchungen

Die Minutagen für die «Ärztlichen Leistungen im engeren Sinne» bei CT- und MRI-Untersuchungen werden auf Null gesetzt. Dies betrifft folgende Leistungen im CT:



- 39.4010 + Zuschlag weitere Serien CT
- 39.4020 CT Neurokranium
- 39.4030 CT Gesichtsschädel, Nasennebenhöhlen, Oberkiefer, Unterkiefer, Zähne, Kiefergelenke und Schädelbasis
- 39.4040 CT dental, pro Kiefer
- 39.4050 CT Hals
- 39.4060 CT Gesamter Thorax und/oder Sternoclaviculargelenke
- 39.4070 CT Oberbauch
- 39.4080 CT gesamtes Abdomen
- 39.4090 CT Becken und/oder Iliosakralgelenk (ISG)
- 39.4100 CT Wirbelsäule
- 39.4110 CT Schultergelenk und/oder Oberarme
- 39.4120 CT Ellbogengelenke und/oder Vorderarme
- 39.4130 CT Handgelenke und/oder Hand/Hände
- 39.4140 CT Hüfte und/oder Oberschenkel
- 39.4150 CT Kniegelenk und/oder Unterschenkel
- 39.4160 CT Fuss/Füsse und/oder Sprunggelenke
- 39.4170 CT Angiografie aller Gefässe
- 39.4200 CT-gesteuerte Intervention: diagnostisch und/oder therapeutisch
- 39.4210 + Zuschlag für CT-gesteuerte Embolisation/Vertebroplastie
- 39.4220 + Zuschlag für Nukleotomie
- 39.4230 + Zuschlag für CT-gesteuerte operative Versorgung am {ZNS}/Gesichtsschädel

Sowie folgende Leistungen im MRI:

- 39.5010 + Zuschlag weitere Serien MRI
- 39.5020 MRI Angiografie aller Gefässe
- 39.5030 MRI Spektroskopie
- 39.5040 Ganzkörper-MRI zur Metastasensuche, als alleinige bildgebende Leistung
- 39.5050 MRI Neurokranium Übersicht
- 39.5060 MRI Übersicht u/o Teilstück(e) der Wirbelsäule
- 39.5070 MRI Gesichtsschädel/Nasennebenhöhlen
- 39.5080 MRI Hals
- 39.5090 MRI Thorax
- 39.5100 MRI Herz
- 39.5110 MRI Abdomen, Becken
- 39.5120 MRI Defäkografie, als alleinige bildgebende Leistung
- 39.5130 MRI Mamma(e)
- 39.5140 MRI Schultergelenk und/oder Oberarme
- 39.5150 MRI Ellbogengelenke und/oder Vorderarme
- 39.5160 MRI Handgelenke und/oder Hand/Hände
- 39.5170 MRI Hüfte und/oder Oberschenkel
- 39.5180 MRI Kniegelenk und/oder Unterschenkel
- 39.5190 MRI Fuss und/oder Sprunggelenke, Fussgelenke inkl. Achillessehne
- 39.5200 MRI-gesteuerte Intervention: diagnostisch und/oder therapeutisch
- 39.5210 + Zuschlag für MRI-gesteuerte Embolisation/Vertebroplastie
- 39.5220 + Zuschlag für Nukleotomie
- 39.5230 + Zuschlag für MRI-gesteuerte operative Versorgung am {ZNS}/Gesichtsschädel

### Anpassung der Berichtszeit bei CT- und MRI-Untersuchungen

Die hinterlegten Minutagen für den Bericht und die Befundung werden vereinheitlicht und für alle CT-Untersuchungen auf 20 Minuten gesetzt. Für alle MRI-Untersuchungen wird die Zeit für die Befundung und den Bericht auf 25 Minuten gesetzt. Davon betroffenen sind dieselben Positionen wie oben, ausgenommen sind die Positionen für die zweiten Serien sowie die Zuschlagspositionen.

### Senkung der Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen

Bei folgenden Leistungen werden die Minutagen der Leistung im engeren Sinne gesenkt:

- Kataraktoperation (08.2760, 08.2780, 08.2820)
- Glaskörperbiopsie (u/o intravitreale Injektion) (08.3350)
- Belastungs- und Holter-EKG (17.0090, 17.0150)
- Koloskopie (19.1010, 19.1100, 19.1120, 19.1130, 19.1200, 19.1210, 19.1310, 19.1330, 19.1340, 19.1480, 19.1490, 19.1500)
- Stereotaktische Radiotherapie (32.0610, 32.0615)

### Änderung des Leistungstyps bei «Untersuchung durch den Facharzt» von Handlungs- in Zeitleistungen

Bei den „Untersuchung durch den Facharzt...“ wird der Leistungstyp von Handlungs- in Zeitleistungen geändert. Diese Positionen werden zukünftig im 5-Min-Takt abgerechnet. Die betrifft folgende Tarifpositionen, die durch **neue Tarifpositionen** (als Zeitleistung, pro 5. Min.) ersetzt werden:

- 00.0410 Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung (15 Min.) wird ersetzt durch 00.0415 Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min. und ist limitiert auf 6 Mal pro 3 Monate und **3 Mal pro Sitzung**.
- 00.0420 Umfassende Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung (25 Min.) wird ersetzt durch 00.0425 Umfassende Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min. und ist limitiert auf **10 Mal pro 3 Monate und 5 Mal pro Sitzung**.
- 00.0430 Kleine rheumatologische Untersuchung durch den Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation (14 Min.) wird ersetzt durch 00.0435 Kleine rheumatologische Untersuchung durch den Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, pro 5 Min. und ist limitiert auf **6 Mal pro 3 Monate und 3 Mal pro Sitzung**.
- 00.0440 Umfassende rheumatologische Untersuchung durch den Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation (25 Min.) wird ersetzt durch 00.0445 Umfassende rheumatologische Untersuchung durch den Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, pro 5 Min. und ist limitiert auf **10 Mal pro 6 Monate und 5 Mal pro Sitzung**.
- 03.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin des Kindes/Jugendlichen bis 18 Jahre (25 Min.) wird ersetzt durch 03.0015 Untersuchung durch den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin des Kindes/Jugendlichen bis 18 Jahre, pro 5 Min. und ist limitiert auf **10 Mal pro 6 Monate und 5 Mal pro Sitzung**.
- 04.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Dermatologie (12 Min.) wird ersetzt durch 04.0015 Untersuchung durch den Facharzt für Dermatologie, pro 5 Min. und ist limitiert auf **6 Mal pro 3 Monate und 3 Mal pro Sitzung**.
- 07.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Kieferchirurgie und Gesichtschirurgie (14 Min.) wird ersetzt durch 07.0015 Untersuchung durch den Facharzt für Kieferchirurgie und Gesichtschirurgie, pro 5 Min. und ist limitiert auf **3 Mal pro 3 Monate und 3 Mal pro Sitzung**.



- 09.0010 Untersuchung durch den Facharzt {ORL} (15 Min.) wird ersetzt durch 09.0015 Untersuchung durch den Facharzt {ORL}, pro 5 Min. und ist limitiert auf **3 Mal pro 3 Monate und 3 Mal pro Sitzung.**
- 22.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (20 Min.) wird ersetzt durch 22.0015 Untersuchung durch den Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, pro 5 Min. und ist limitiert auf **8 Mal pro 6 Monate und 4 Mal pro Sitzung.**
- 24.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Orthopädie oder Chirurgie (14 Min.) wird ersetzt durch 24.0015 Untersuchung durch den Facharzt für Orthopädie oder Chirurgie, pro 5 Min. und ist limitiert auf **3 Mal pro 3 Monate und 3 Mal pro Sitzung.**

### 8.3 Änderungen in den Abrechnungsregeln einzelner oder mehrerer Tarifpositionen Differenzierung bei der «Leistungen in Abwesenheit des Patienten»

Die Tarifposition 00.0140 «Ärztliche Leistung» in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min.» wird aufgehoben zugunsten folgender neuer Tarifpositionen:

- 00.0141 Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min
- 00.0142 Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.
- 00.0143 Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.
- 00.0144 Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten., pro 5 Min.
- 00.0145 Überweisungen 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 in Abwesenheit des Patienten, pro 5 Min.

Die neuen, differenzierten Positionen für Leistungen in Abwesenheit des Patienten sind insgesamt, übergreifend limitiert auf **6 Mal pro 3 Monate (zuvor 12 Mal pro 3 Monate)**

Die Tarifposition 02.0070 «Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium) durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.» wird aufgehoben zugunsten folgender neuer Tarifpositionen:

- 02.0071 Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.
- 02.0072 Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit 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.

Die neuen, differenzierten Positionen für Ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie sind insgesamt und übergreifend limitiert auf **18 Mal pro 3 Monate (zuvor 36 Mal pro 3 Monate).**

Die Tarifposition 02.0160 «Leistung in Abwesenheit des Patienten durch behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.» wird aufgehoben zugunsten folgender neuer Tarifpositionen:

- 02.0161 Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten durch behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.
- 02.0162 Erkundigungen bei Dritten 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 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.

Die neuen, differenzierten Positionen für Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten in der Spitalpsychiatrie sind insgesamt und übergreifend limitiert auf **24 Mal pro 6 Monate (zuvor 48 Mal pro 6 Monate)**:

Die Tarifposition 02.0260 «Leistung in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.» wird aufgehoben zugunsten folgender neuer Tarifpositionen:

- 02.0261 Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.
- 02.0262 Erkundigungen bei Dritten 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.

Die neuen, differenzierten Positionen für Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten in der Arztpraxis sind insgesamt und übergreifend limitiert auf **24 Mal pro 6 Monate (zuvor 48 Mal pro 6 Monate)**:

### **Anwendung von Abrechnungslimitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte**

Der Vermerk „Diese Limitierung entfällt für elektronisch abrechnende Fachärzte“ bei aktuell 20 Tarifpositionen wird gelöscht. Diese Massnahme betrifft folgende Tarifpositionen:

- 00.0020 + Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)  
**Limitation auf 2 Mal pro Sitzung**
- 00.0050 Vorbereitende diagnostischer/therapeutischer Eingriffe mit Patienten/Angehörigen durch den Facharzt, pro 5 Min.  
**Limitation auf 6 Mal pro Fall**
- 00.0070 + Besuch, jede weiteren 5 Min. (Besuchszuschlag)  
**Limitation auf 3 Mal pro Sitzung**

- 00.0120 + Telefonische Konsultation durch den Facharzt, jede weiteren 5 Min.  
**Limitation auf 2 Mal pro Sitzung**
- **Neue Leistung** 00.0415 (ehemals 00.0410) Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.  
**Limitation auf 3 Mal pro Sitzung und 6 Mal pro 3 Monate**
- **Neue Leistung** 00.0435 (ehemals 00.0430) Kleine rheumatologische Untersuchung durch den Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, pro 5 Min.  
**Limitation auf 3 Mal pro Sitzung und 6 Mal pro 3 Monate**
- 00.0510 Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.  
**Limitation auf 6 Mal pro 3 Monate**
- 00.0530 Genetische u/o pränatale Beratung durch den Facharzt, pro 5 Min.  
**Limitation auf 9 Mal pro Jahr**
- 00.0610 Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.  
**Limitation auf 3 Mal pro Sitzung und 6 Mal pro 3 Monate**
- 00.1370 Nachbetreuung/Betreuung/Überwachung in der Arztpraxis, pro 15 Min.  
**Limitation auf 4 Mal pro Sitzung**
- 00.1890 + Telefonische, komplementärmedizinische Konsultation durch den Facharzt, jede weiteren 5 Min.  
**Limitation auf 2 Mal pro Sitzung**
- 02.0060 Telefonische Konsultation durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.  
**Limitation auf 4 Mal pro Sitzung**
- 02.0150 Telefonische Konsultation durch behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.  
**Limitation auf 4 Mal pro Sitzung**
- 22.0030 Spezielle gynäkologische Beratung durch den Facharzt, pro 5 Min.  
**Limitation auf 6 Mal pro Jahr**
- 22.0040 Sterilitätsberatung für die Frau durch den Facharzt für Gynäkologie, pro 5 Min.  
**Limitation auf 4 Mal pro Sitzung und 16 Mal pro Fall**

### **Aufhebung der Zuschläge für Notfall-Inkonvenienzpauschalen für Einrichtungen nach Art. 36a KVG**

Bei den Tarifpositionen mit der Bezeichnung „Notfall-Inkonvenienzpauschale“ wird die Interpretation wie folgt präzisiert: Einrichtungen nach [Artikel 36a KVG](#) (Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen), die ihr Angebot explizit auf Notfälle und Konsultation ohne Voranmeldung ausgerichtet haben, sind zusätzlich zu Spitälern von der Abrechnung der Leistungen ausgeschlossen.

Belegärzte, die mit einem Spital einen Belegarztvertrag unterzeichnet haben, aber nicht fix besoldet sind, können bei ungeplanten, notfallmässigen Einsätzen im Spital aber trotzdem die Notfallzuschläge verrechnen. In diesem Fall verrechnen das Spital die erbrachten Leistungen und der Belegarzt die Notfallpauschale sowie Notfall-Prozentzuschläge für seine persönliche Inkonvenienz separat.

### **Anpassungen der Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal (00.0715 und 00.0716)**

Bei den Tarifpositionen 00.0715 (Punktion, venös, zwecks Blutentnahme, jede Lokalisation durch nicht-ärztliches 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.

### **Präzisierung der Interpretation der Tarifposition «Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.» und Umtarifierung in Sparte Sprechzimmer**

Die Leistung wird vom UBR Grundversorger (0022) ins Sprechzimmer (0001) umtarifiert. Zudem wird die Interpretation präzisiert.

## **8.4 «Weitere Änderungen»**

### **Elimination des Zuschlags von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten**

Der Zuschlag von 10% auf den Einstandspreis von Verbrauchsmaterialien und Implantaten wird gestrichen.

### **Elimination von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie von Verweisen auf das Gesetz**

Folgende Kapitel werden ersatzlos gestrichen:

- 00.01.02 Betreuung des hospitalisierten Patienten
- 00.01.02.01 Betreuung des hospitalisierten Patienten durch den nicht elektronisch abrechnenden Facharzt
- 00.01.02.02 Betreuung des hospitalisierten Patienten durch den elektronisch abrechnenden Facharzt
- 34.01.02 Nichtärztliche Leistungen, {IPS} anerkannt
- 34.01.03 Nichtärztliche Leistungen, Neonatologie {IPS}
- 34.01.04 Nichtärztliche Leistungen , Verbrennungs-{IPS}
- 34.03 Intermediate Care
- 35.02 Aufwachraum
- 38 Berufskrankheitenprophylaxe gemäss Unfallversicherungsgesetz ({UVG})

Aus folgenden Kapiteln werden die Technischen Grundleistungen für stationäre Patienten und/oder Patienten in Narkose gestrichen:

- 17.05. Technische Grundleistungen für Herz und Gefässe (2 Tarifpositionen)
- 31.07. Technische Grundleistungen für Nuklearmedizin (6 Tarifpositionen)
- 32.09. Technische Grundleistungen für Radioonkologie, Strahlentherapie 14 Tarifpositionen
- 39 Bildgebende Verfahren 16 Tarifpositionen

Im Kapitel 39 Bildgebende Verfahren werden die Tarifpositionen für Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie UVG; MVG, IVG 39.0011, 39.0016 und 39.0021 ersatzlos gestrichen.

Im Kapitel 17 Kardiologie werden die Positionen 17.0920 und 17.1120 (Zuschläge für ärztliche Assistenten bei kardialer Katheterdiagnostik) ersatzlos gestrichen.

Die Positionen für den Ärztlichen Bericht an die IV (00.2230 und 00.2240) sowie der Expresszuschlag für ärztliche Gutachten (00.2315) werden ersatzlos gestrichen.

Daneben werden in zahlreichen Generellen Interpretationen, Kapitelinterpretationen und medizinischen Interpretationen textliche Anpassungen vorgenommen, so zum Beispiel in der Generellen Interpretation 8 zum Sitzungsbegriff:

- Alte Interpretation: Versäumte Sitzungen gehen nicht zu Lasten der **Sozialversicherungen**.

- Neu Interpretation: Versäumte Sitzungen gehen nicht zu Lasten der **sozialen Krankenversicherung**.

### **Änderungen in den Leistungsgruppen**

Bei den Leistungsgruppen wird die Leistungsgruppe LG-12 «Betreuung des hospitalisierten Patienten» gestrichen. Folgende Leistungsgruppen werden neu geschaffen:

- LG-04 Ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten
- LG-05 Ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie
- LG-08 Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten
- LG-09 Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten

### **Keine Änderungen bei Qualitativen Dignitäten**

Bei den «Qualitativen Dignitäten» schlägt der Bundesrat keine Änderungen vor.