



# Faktenblatt

---

Datum:

16. August 2017

---

## Anpassungen des Ärztetarifs TARMED

### Ausgangslage

Die TARMED-Tarifstruktur basiert massgeblich auf Datengrundlagen und Schätzungen aus den 1990er Jahren. Die Tarifpartner haben seither einzelne Tarifpositionen des TARMED angepasst und dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt. Eine systematische und grundlegende Aktualisierung der TARMED-Struktur wurde seit ihrem Inkrafttreten von den Tarifpartnern aber nie vorgenommen.

Der Revisionsbedarf der Tarifstruktur TARMED ist grundsätzlich unbestritten. Der Grundsatz der Tarifautonomie besagt, dass es zunächst Sache der Tarifpartner ist, die Tarife in Verträgen zu vereinbaren. Ein Teil der Tarifpartner (FMH, H+ und später auch curafutura) arbeitete daher seit mehreren Jahren an einer Gesamtrevision der Tarifstruktur TARMED.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als zuständiges Fachamt begleitete diesen Prozess stetig und machte die Tarifpartner wiederholt auf die Rahmenbedingungen für die Genehmigung einer gemeinsam eingereichten Tarifstruktur aufmerksam. Mit Schreiben vom 2. Juni 2015 hat zudem der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) im Auftrag des Bundesrates den Tarifpartnern die Rahmenbedingungen betreffend Revision der Tarifstruktur TARMED kommuniziert. Die Tarifpartner haben es jedoch, entgegen ihrer Ankündigung gegenüber dem EDI und dem BAG, nicht geschafft, per Ende Juni 2016 eine revidierte Tarifstruktur einzureichen. Das EDI hat daraufhin das BAG beauftragt, einen Vorschlag für eine Anpassung der Tarifstruktur auszuarbeiten und dem Bundesrat vorzulegen. Dieser Änderungsvorschlag ist dem Bundesrat nun vorgelegt worden.

Ziel dieser vorgeschlagenen Verordnungsänderung ist die Anpassung der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED), Version 1.08, per 1. Januar 2018 sowie die Festlegung der angepassten Tarifstruktur als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen. Der Bundesrat hat die vorgeschlagene Verordnungsänderung vom 22. März bis am 21. Juni 2017 in die Vernehmlassung geschickt.

### Subsidiäre Kompetenz des Bundesrates

Im Rahmen seiner Genehmigungskompetenz nach Artikel 46 Absatz 4 KVG hat der Bundesrat die Tarifpartner mehrfach dazu aufgefordert, die Tarifstruktur TARMED grundlegend zu revidieren. Dieser Aufforderung sind die Tarifpartner bisher nicht nachgekommen. Mit Einführung der subsidiären Kompetenz nach Artikel 43 Abs. 5<sup>bis</sup> KVG hat der Bundesrat seit 2013 die Kompetenz, Anpassungen an Einzelleistungstarifstrukturen vorzunehmen, wenn diese nicht mehr sachgerecht sind und sich die Tarifpartner

#### Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Kommunikation und Kampagnen, Sektion Kommunikation, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch) [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.

nicht auf eine Revision einigen können. Diese subsidiäre Kompetenz ist so auszulegen, dass der Bundesrat gerade so viel regelt, wie für das Bestehen einer Struktur notwendig ist, um den Vorrang der Tarifautonomie so weit wie möglich zu berücksichtigen.

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

Ziel dieser Anpassung war eine stärkere Gewichtung der intellektuellen ärztlichen Leistung gegenüber den technischen Leistungen. Die Anpassungen wurden im Sinne von Artikel 43 Absatz 6 i.V. mit Artikel 46 Absatz 4 KVG kostenneutral ausgestaltet. Zudem strebte der Bundesrat mit der Verabschiedung dieser Verordnung ein Deblockieren der Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern an.

Heute muss festgestellt werden, dass die Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern nach wie vor blockiert sind. Der Bundesrat muss **ein zweites Mal** von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen, um die Tarifstruktur TARMED anzupassen. Der Bundesrat muss handeln, weil sonst ab 2018 keine von den Tarifpartnern gemeinsame Tarifstruktur mehr vorliegt und somit eine Lücke entsteht.

### **TARMED-Anpassungen per 1.1.2018**

Bei den nun vorliegenden Anpassungen geht es hauptsächlich darum, übertarifizierte Leistungen in gewissen Bereichen des TARMED zu korrigieren und dadurch die Tarifstruktur sachgerechter (Vergütung der verschiedenen Leistungen soll in einer angemessenen Relation stehen) auszugestalten. Zudem sollen durch die Tarifstruktur entstandene Anreize zur vermehrten oder unsachgemässen Abrechnung gewisser Positionen korrigiert werden. Nach der Vernehmlassung hat der Bundesrat Mitte August entschieden, an den Anpassungen des TARMED festzuhalten. Er hat die Rückmeldungen der Vernehmlassungsteilnehmer teilweise berücksichtigt und einzelne Massnahmen angepasst, soweit sie berechtigt waren. Im Herbst wird er die Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung formell verabschieden.

Die TARMED-Anpassungen treten per 1. Januar 2018 in Kraft und dürften jährliche Einsparungen von rund 470 Millionen Franken bringen. Mit Unterstützung eines Monitorings soll die Wirksamkeit und die Umsetzung der TARMED-Anpassungen nach Inkrafttreten der Verordnung untersucht werden.

### **Gruppe 1: «Änderungen, welche zu höheren oder tieferen Positionen bei allen oder einem Teil der Tarifpositionen führen»**

- Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

Die Dignitätsstufen wurden ursprünglich eingeführt, um der unterschiedlichen Weiterbildungsdauer der Fachärzte gerecht zu werden. Jeder Tarifposition wurde eine sogenannte quantitative Dignität zugeordnet, welche mit einem definierten Dignitätsfaktor verbunden ist. Da die Ausbildungsdauer gemäss Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11) für alle Facharzttitel 5 oder 6 Jahre beträgt, sind die unterschiedlichen Dignitätsfaktoren nicht gerechtfertigt. Neu werden daher alle Leistungen mit einem einheitlichen Dignitätsfaktor hinterlegt. Die Vereinheitlichung der Dignitätsfaktoren führt zu einer einheitlichen Bewertung der ärztlichen Leistungen. Aufgrund der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung wurde der einheitliche Dignitätsfaktor neu berechnet und leicht höher angesetzt.

- Erhöhung der Produktivität in den Operationssparten (OP-Sparten)

Die Produktivität in den OP-Sparten sind mit 45% – 55% besonders tief. Bei anderen Sparte ist die Produktivität praktisch überall > 70%. Mit vorliegender Änderung werden die Produktivitäten in den OP-Sparten auf ein wirtschaftlicheres Niveau, im Rahmen von 55%-65%, erhöht. Die Produktivitäten in den

#### **Weitere Informationen:**

Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Kommunikation und Kampagnen, Sektion Kommunikation, media@bag.admin.ch www.bag.admin.ch

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.

OP-Sparten werden etwas weniger stark erhöht als vorgesehen, um den Einwänden aus der Vernehmlassung teilweise Rechnung zu tragen sowie den kumulativen Wirkungen mit anderen Massnahmen, vor allem Dignität und Minutagen, entgegenzuwirken.

- Senkung der Kostensätze in gewissen Sparten (höhere Wirtschaftlichkeit berücksichtigen)

Die Kostensätze von Sparten mit Investitionskosten für Anlagen, Geräte und Apparate > 750'000 CHF werden wie geplant um 10% gesenkt, da deren Auslastung (Bruttobetriebszeit) mit 9 Stunden pro Werktag bzw. für MRI und CT mit 12 Stunden pro Werktag als zu wenig wirtschaftlich betrachtet wird. Hinzu kommt, dass die Kosten der Geräte seit Einführung des TARMED teilweise gesunken und die Abschreibungsdauer insbesondere bei MRI- und CT-Geräten mit 6 Jahren relativ tief angesetzt sind. Nebst diesen offenkundigen Gründen für eine Senkung der Kostensätze gibt es in der Berechnung der Infrastrukturkosten weitere Parameter im Tarifmodell, deren eingesetzter Wert anzuzweifeln ist, zumal die Berechnungsgrundlagen in ihrer Gesamtheit bisher nie offengelegt wurden. Die nun vorgesehene Kürzung der Kostensätze hat eine Verminderung der technischen Leistungen in gewissen Sparten zur Folge. Aufgrund der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung werden einzig die Kostensätze der Untersuchungs- und Behandlungsräume (UBR) nicht gesenkt.

- Zeit (Minutage) für die Leistung im engeren Sinn bei CT- und MRI-Untersuchungen

Aufgrund der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung wird diese Massnahme wie folgt angepasst: Anstelle der gänzlichen Streichung der Minutagen für die ärztlichen Leistungen im engeren Sinne wird eine separate Tarifposition (Handlungsleistung) eingeführt. Es gibt Fälle, in welchen der Facharzt für Radiologie bei der Durchführung einer CT- oder MRI-Untersuchung für eine gewisse Zeit anwesend sein muss. Nebst der Minutage für die Erstellung des Berichts (CT = 20 Minuten; MRI = 25 Minuten) kann somit der Radiologe – sofern seine Anwesenheit notwendig ist - diese neue Position (5 Minuten) abrechnen.

- Senkung der Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen

Bei folgenden Leistungen werden die Minutagen im Sinne der Durchschnittswerte für die Erbringung dieser Leistungen gesenkt: Kataraktoperation, intravitreale Injektion, Belastungs- und Holter-EKG, Koloskopie und Stereotaktische Radiotherapie. Grund dafür sind die deutlich verkürzten Behandlungszeiten für diese Positionen seit Einführung des TARMED. Die Senkung der Minutagen erhöht die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, da in derselben Zeit nicht weitere Leistungen abgerechnet werden können. Diese Massnahmen werden grundsätzlich beibehalten. Bei der Senkung der Minutagen für die Kataraktoperation gibt es aufgrund der Vernehmlassung folgende Anpassung: Die Minutagen für die Vorbereitung und Nachbereitung werden bei 11 Minuten statt 3 Minuten festgelegt. Die Minutage der Leistung im engeren Sinne, d.h. die effektive Dauer der Kataraktoperation, wird auf 22 Minuten wie vorgeschlagen beibehalten. Leicht erhöht wurde auch die Minutage der Leistung im engeren Sinne für die vollständige und partielle Koloskopie (von 20 auf 25 Minuten bzw. von 12 auf 15 Minuten).

- Umwandlung der Handlungsleistung «Untersuchung durch den Facharzt» in Zeitleistungen

Die Handlungsleistungen „Untersuchung durch den Facharzt...“ (10 Tarifpositionen) werden von Handlungsleistungen mit hinterlegter Minutage in Zeitleistungen, abrechenbar in 5-Minuten-Schritten, umgewandelt. Grund dafür sind u.a., dass Untersuchung nicht homogen ist und Behandlungsdauern nach Patient/-in und Leistungserbringer unterschiedlich sind. Es ist deshalb sachgerechter, diese Untersuchungen als Zeitleistungen pro 5 Minuten auszugestalten. Bei den Tarifpositionen mit Aufzählungen von Leistungsteilen, aus denen der Leistungserbringer auswählen kann, muss er im Sinne der Transparenz künftig in der Patientenakte festhalten, welche Untersuchungen er genau gemacht hat. Diese Massnahme wird so umgesetzt wie in der Vernehmlassung vorgeschlagen.

**Weitere Informationen:**

Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Kommunikation und Kampagnen, Sektion Kommunikation, media@bag.admin.ch www.bag.admin.ch

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.

## Gruppe 2: «Änderungen in den Abrechnungsregeln einzelner oder mehrerer Tarifpositionen»

- Anwendung von Abrechnungslimitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte

Der Vermerk „Diese Limitierung entfällt für elektronisch abrechnende Fachärzte“ bei aktuell 20 Tarifpositionen wird gelöscht. Die Leistungsabrechnung wird dadurch wirtschaftlicher. Die zeitlichen Limitationen, die schon heute im TARMED vorgesehen sind, sollen deshalb grundsätzlich für alle Leistungserbringer gelten. Diese Massnahme wird grundsätzlich beibehalten. Aufgrund der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung sollen die Limitationen für einzelne Patientengruppen jedoch gelockert werden, vorab für Kinder unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren, bei denen erfahrungsgemäss ein höherer Bedarf besteht. Bei anderen Patienten – etwa Patienten mit komplexen Krebserkrankungen – können die Limitation nach Absprache mit den Versicherern verdoppelt werden.

Mit dieser Massnahme wird beispielweise die Abrechnung der Positionen für die Grundkonsultation für alle Ärzte auf 20 Minuten beschränkt. Diese Limitation wird für Kinder und ältere Personen auf 30 Minuten erhöht. Bei anderen Patienten mit erhöhtem Bedarf können die Leistungserbringer die Limitationen nach Absprache mit den Versicherern ebenfalls auf 30 Minuten erhöhen.

Neben dieser Position für der Grundkonsultation können die Leistungserbringer noch weitere Positionen, z. B. für Untersuchung, Abklärung und Beratung, abrechnen. Von einer Beschränkung der Abrechnung bzw. Behandlung auf 20 Minuten kann daher nicht die Rede sein.

- Mehr Abrechnungstransparenz in der Verrechnung von Leistungen «In Abwesenheit des Patienten»

Die Möglichkeit der Abrechnung dieser Tarifpositionen soll mittels diverser Änderungen eingeschränkt werden. Mit der Änderung wird für jede mögliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (z.B. Aktenstudium, Erkundigungen bei Dritten) eine separate Tarifposition eingeführt, so dass klar wird, was genau der Leistungserbringer gemacht hat. Diese Erweiterung der Tarifpositionen erhöht die Transparenz sowie die Kontrollmöglichkeit insbesondere für die versicherte Person und senkt den Anreiz für den Leistungserbringer, diese Tarifposition unbedacht abzurechnen. Die heute hinterlegten Limitationen bei diesen Tarifpositionen werden von 60 Minuten auf 30 Minuten pro Quartal halbiert, um der starken Mengenzunahme dieser Positionen in den letzten Jahren entgegen zu wirken. Diese Massnahme wird grundsätzlich beibehalten.

Aufgrund der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung sollen die Limitationen für einzelne Patientengruppen jedoch gelockert werden, vorab für Kinder unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren, bei denen erfahrungsgemäss ein höherer Bedarf besteht. Die Limitation bleibt somit für diese Patienten bei 60 Minuten pro Quartal. Bei anderen Patienten – etwa Patienten mit komplexen Krebserkrankungen – können die Limitation nach Absprache mit den Versicherern verdoppelt werden. Für die Behandlung psychisch kranker Personen wird die Limitation der Leistung in Abwesenheit auf den ursprünglichen Werten belassen, d.h. 180 Min. pro 3 Monate resp. 240 Min. pro 6 Monate.

- Zuschläge für Notfall-Inkonvenienzpauschalen für Einrichtungen nach Art. 36a KVG.

In der Vernehmlassung war vorgesehen, dass die Tarifpositionen mit der Bezeichnung „Notfall-Inkonvenienzpauschale“ nicht mehr von ambulanten Einrichtungen nach Artikel 36a KVG abgerechnet werden können, die ihr Angebot explizit auf Notfälle und Konsultation ohne Voranmeldung ausgerichtet haben. Aufgrund der Rückmeldungen hat es sich gezeigt, dass eine klare Unterscheidung der diversen Angebote kaum machbar ist. Zudem trägt diese Notfallpauschale in einigen Kantonen zur Finanzierung der ambulanten Notfallversorgung bei. Diese Massnahme wird wie folgt angepasst: Als neues Kriterium für die Abrechnung dieser Notfallpauschale während des Tages gilt künftig die Schwere eines Falles. Die Pauschale kann nur dann abgerechnet werden, wenn beim Patienten eine Störung der vitalen Funktionen oder eine Organschädigung vorliegt oder nicht ausgeschlossen werden kann. Im Bereich der Psychiatrie ist von einem Notfall auszugehen bei Erregungszuständen, Selbst- und Fremdgefährdung, Bewusstseinsstörungen. Durch die Ergänzung der Notfall-Kriterien soll sichergestellt werden, dass die Notfall-Inkonvenienzpauschale angemessen abrechnet wird.

### Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Kommunikation und Kampagnen, Sektion Kommunikation, [media@bag.admin.ch](mailto:media@bag.admin.ch) [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.