

Herr
Bundesrat Alain Berset
Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

Ihre Ansprechperson
Luigi Frisullo
Tel.: 041 / 419 57 39
luigi.frisullo@zmt.ch

Datum
20.06.2017

Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (Entwurf, publiziert am 21.3.2017)

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) befasst sich mit der Regelung aller grundsätzlichen Fragen, die sich aus dem Medizinalrecht und den Medizinaltarifen für die Träger der obligatorischen Unfallversicherung ergeben. Um die Koordination mit den anderen Sozialversicherungszweigen zu gewährleisten, nehmen als Experten die Vertreter der Militärversicherung und Invalidenversicherung an den Sitzungen teil. Die MTK, die Militär- und Invalidenversicherung schliessen in der Regel gemeinsam Verträge ab mit den Spitälern und mit den Verbänden der Medizinalpersonen.

Die nachfolgenden Ausführungen wurden vom MTK-Vorstand am 12. Juni 2017 genehmigt und gelten für das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG), das Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) und das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) gleichermaßen.

Der MTK-Vorstand wird an seiner nächsten Sitzung im September 2017 entscheiden, welche Tarifstrukturen für physiotherapeutische und ärztliche Leistungen ab 1.1.2018 im UVG, MVG und IVG Gültigkeit haben werden. Insbesondere werden UV/MV/IV eigene Lösungen für diejenigen Tarifpositionen suchen müssen, welche in der Tarmed-Tarifstruktur 1.09 nicht mehr enthalten sind.

Wir danken Ihnen, sehr geehrter Herr Bundesrat, für die Kenntnisnahme der Ausführungen der MTK.

Freundliche Grüsse



Daniel Roscher
Präsident

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

Art. 2 Tarifstruktur für ärztliche Leistungen

Allgemeine Bemerkungen

UVG, MVG und IVG sind auf Tarif- und Vertragsautonomie ausgerichtet und mithin verpflichtet, mittels vertraglichen Lösungen die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten mit wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungen zu gewährleisten. Aus diesem Grund bemühen sich die Unfallversicherer, die Militärversicherung und die Invalidenversicherung seit Jahren um eine Revision der veralteten Tarmed-Tarifstruktur. Sie sind in den massgeblichen Gremien vertreten und aktiv an den strategischen Gesprächen beteiligt, um tarifpartnerschaftliche, nachhaltige Lösungen der anstehenden Herausforderungen zu erarbeiten. Die MTK hat dazu 6 Leitsätze definiert:

1. Die neue Tarifstruktur soll ein datengetriebenes, lernendes System sein, das auf transparenten und nachvollziehbaren Kostendaten und Kalkulationsmodellen beruht.
2. Die aktuellen medizinischen Leistungen sollen in einem möglichst einfachen Katalog abgebildet werden.
3. Die Tarifstruktur soll eine effiziente Rechnungskontrolle ermöglichen, um den administrativen Aufwand auf beiden Seiten (Leistungserbringer und Kostenträger) möglichst gering zu halten.
4. Die Tarifstruktur soll für alle Beteiligten tragbar sein. Die Kostenentwicklung soll im Griff behalten, Fehlanreize verhindert und die Rechtssicherheit garantiert werden.
5. Die Tarifstruktur muss laufend effizient gepflegt, bewirtschaftet und weiterentwickelt werden.
6. Erhalt der Tarif- und Vertragsautonomie

Die MTK bedauert es ausserordentlich, dass es bislang nicht möglich war, eine Revision mit den Tarifparteien durchzuführen. Gerade im KVG-Bereich wird dadurch die Tarifautonomie schon sehr bald und langfristig verloren gehen, was sich negativ auf die Unfallversicherer, die Militärversicherung und die Invalidenversicherung auswirken wird.

Nach der Publikation der geplanten Änderungen der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen hat sich die MTK entschieden, sich dazu zu äussern, obwohl die eidgenössischen Sozialversicherer nicht zur Vernehmlassung eingeladen wurden.

Zusammenfassende Einschätzung der MTK

Aus dem Vorschlag des Bundesrats gehen die Sparbemühungen eindeutig hervor. Aus unserer Sicht setzt er den Rotstift aber teilweise zu flächendeckend an (Dignitäten, Sparten). Dadurch kommt es zu Umsatzeinbussen, die sicherlich auf irgendeine Weise kompensiert werden. Die Auswirkungen dieser „Umgehungslösungen“ für die UV/MV/IV-Versicherer sind sehr schwierig abzuschätzen.

Aus Sicht UV/MV/IV sind die Einsparungen grundsätzlich zu begrüßen. Zwei Entwicklungen erachten wir allerdings als kritisch:

Da der Bund lediglich die Kompetenz hat, im KVG-Bereich tätig zu werden, hat er entsprechend in seinem Vorschlag konsequent alle Leistungspositionen aus der Tarifstruktur gestrichen, welche andere Versicherungszweige betreffen. Die Auswirkungen auf die Bereiche UV/MV/IV sind nicht für alle Positionen klar und müssen teilweise noch ausgearbeitet werden.

Die erwähnte Streichung aller Positionen, welche nicht direkt das KVG betreffen, stellt die eidgenössischen Sozialversicherer vor Probleme. Insbesondere die Vergütung von Gutachten muss

neu und umfassend geregelt werden. Die Versicherer können sich vorstellen, dafür die aktuell gültige Tarifstruktur weiter anzuwenden. Weder die MTK, noch die IV oder die MV sind offizielle Adressaten der Vernehmlassung. Der Bund nimmt somit in Kauf, dass es zwei verschiedene Tarifstrukturen geben könnte.

Zweitens ist nicht klar, wie die Leistungserbringer auf die Änderungen bzw. Streichungen von Positionen reagieren werden. Nicht für alle gestrichenen Leistungen ist ein Pendant im Vorschlag des Bundes vorgesehen. Werden diese Leistungen dennoch erbracht, ist mit „kreativen Umgehungslösungen“ zu rechnen. Diese führen bei den Versicherern zu Mehraufwänden und bei allen Beteiligten zu Unklarheiten und ev. Ärgernissen.

Ungeklärt sind aus Sicht der MTK die Fragen der konkreten Tarifierung wie Schulung und Interpretation der neuen Tarifstruktur sowie die Beantwortung von Fragen zum Tarif durch Leistungserbringer, Versicherer und Patienten. Ebenfalls fehlen Angaben, welche Institution die Tarifstruktur pflegt und weiterentwickelt. Diese Umstände beobachtet die MTK mit Sorge.

Eine weitere Herausforderung stellt die Tatsache dar, dass die Grundkonsultation auf max. 20 Minuten beschränkt wurde. Diese ist sehr knapp bemessen und dürfte zu Problemen führen, weil die geleisteten Arbeiten nicht (mehr) angemessen abgerechnet werden können. Bisher konnten Leistungen, welche in anderen Positionen nicht verrechnet werden konnten, z.T. über die Grundkonsultation abgegolten werden. Zudem besteht künftig die Gefahr, dass Patienten mehrfach aufgeboten werden.

Der MTK-Vorstand wird an seiner Sitzung im September 2017 entscheiden, welche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen per 1.1.2018 im UVG, MVG und IVG Gültigkeit haben wird.

Die Änderungen und deren Auswirkungen im Detail:

Legende:

Vorschlag / Erläuterungen des Bundes (Quelle: Vernehmlassungstext des Bundes)

Stellungnahme MTK

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

Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

Faktenblatt BAG: 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 Facharztstitel 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.

Die Dignitätsfaktoren waren in der bisherigen Struktur wie folgt festgelegt:

FMH 5: 0.905

FMH 6: 1.0436

FMH 7: 1.086

FMH 8: 1.3046

FMH 9: 1.4785

FMH 10: 2.2625

FMH 12: 2.2625

Im Vorschlag des Bundes wurden alle Leistungen mit einem einheitlichen Skalierungsfaktor von 1 (bzw. 0.94 für Mediziner ohne Facharztstitel) neu festgelegt.

Die Höhe des Dignitätsfaktors ist wichtig für die Berechnung der Höhe der ärztlichen Leistung (AL):

$$AL = \frac{\text{Referenzzeit kommen} \times \text{Dignitätsfaktor}}{\text{Jahresarbeitszeit} \times \text{Produktivität}} \times \text{Minutage} + (\text{ev. Assistenz})$$

Durch die Senkung des Faktors bei sehr vielen Positionen wird die AL gesenkt. Dies hat vor allem Auswirkungen für die Spezialisten, weil diese i.d.R. eine längere Aus- und Weiterbildung genossen haben und bis jetzt von höheren Dignitäten profitierten.

Da das MedBG als Basis gilt, ist eine Differenzierung zwischen kürzeren und längeren Weiterbildungsdauern nicht mehr vorgesehen.

Dieselbe Problematik findet sich bei den Gutachten. Diese für UV/MV und IV sehr wichtigen Positionen werden gemäss Vorschlag ebenfalls künftig weniger hoch vergütet. Hier haben wir es mit einem ernsthaften Problem zu tun, weil es dadurch künftig enorm schwierig werden dürfte, geeignete Gutachter zu finden. Es sei daran erinnert, dass die Gutachten im IV- und insbesondere im UV- und MV-Bereich sehr komplex sind und eine gute Vergütung von zentraler Wichtigkeit ist.

Die MTK wird über eine geeignete separate Lösung für die Entschädigung der Gutachten entscheiden müssen.

Erhöhung der Produktivität in den Operationssparten (OP-Sparten)

Faktenblatt BAG: Die Produktivität in den OP-Sparten ist mit 45% – 55% besonders tief. Bei anderen Sparten ist die Produktivität praktisch überall > 70%. Mit vorliegender Änderung werden die Produktivitäten in den OP-Sparten auf ein wirtschaftlicheres Niveau, im Rahmen von 65% – 72% erhöht.

Die MTK begrüsst die Entwicklung der Produktivitäten von einer politisch-normativen hin zu einer sachgerechten Grösse.

Senkung der Kostensätze in gewissen Sparten (höhere Wirtschaftlichkeit berücksichtigen)

Faktenblatt BAG: Die Kostensätze von Sparten mit Investitionskosten für Anlagen, Geräte und Apparate > CHF 750'000 werden 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 ist.

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 TL in gewissen Sparten zur Folge.

Die MTK begrüsst die Entwicklung, dass eine höhere Wirtschaftlichkeit und damit Sachgerechtigkeit berücksichtigt wird.

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

Faktenblatt BAG: 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. die unterschiedlichen Behandlungszeiten der Leistungserbringer. 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 zukünftig in der Patientenakte festhalten, welche Untersuchungen er genau gemacht hat.

Bei den erwähnten Ziffern handelt es sich um 10 Ziffern, wobei meistens nur eine kleine Zahl im UVG regelmässig zur Anwendung kommt. Am häufigsten werden wohl die Ziffern 24.0015 „Untersuchung durch den Facharzt für Orthopädie oder Chirurgie“ und 07.0015 „Untersuchung durch den Facharzt für Kieferchirurgie und Gesichtschirurgie“ abgerechnet. Mit der Änderung fällt die bis anhin bestehende Problematik einer eventuellen Doppelverrechnung bei gleichzeitiger Abrechnung von Zeit- und Handlungsleistungen für die Konsultation weg (PIK Entscheid 05048). Der effektive Zeitaufwand ist massgebend und kann verrechnet und allenfalls kontrolliert werden.

Unabhängig von den bis jetzt geltenden TP AL gilt jetzt für alle 10 Ziffern der einheitliche TP AL von 10.23 pro 5 Minuten. Dies führt bei 4 Ziffern zu einer leichten Senkung: 00.0435, 00.0445 und 24.0015 um 0,8 TP; 07.0015 um 3.56 TP. Die übrigen 6 Ziffern erhalten alle eine Erhöhung um 0.67 TP.

Der TP TL wird bei 4 Ziffern gekürzt: 07.0015 und 09.0015 um 1.17 TP; 04.0015 um 0.94 TP; 24.0015 um 1.07 TP. Bei den übrigen 6 bleibt er unverändert. Die Mengenlimitation ist entsprechend angepasst worden und wird keine Kostenänderung zur Folge haben.

Die Interpretationen zu den Tarifpositionen sind indes nicht geändert worden. Einzig der Zusatz zum Bsp. „Die durchgeführten Untersuchungen müssen in der Patientenakte aufgeführt werden“ oder „Die durchgeführten Ergänzungsleistungen müssen in der Patientenakte aufgeführt werden“ wurde bei einigen Ziffern mit einer Auflistung der Leistungsinhalte angefügt. Dies kann für die Rechnungskontrolle hilfreich sein.

Aus Sicht MTK wäre es aber konsequent gewesen, auch bei den verlangten Leistungsinhalten eine Anpassung zu machen. Da jetzt die Untersuchung in 5 Minuten Schritten abgerechnet wird, wäre es logisch, dass nur ein Teil der Leistungen erbracht werden muss, damit die Ziffer zur Anwendung kommen kann. So verlangt beispielsweise die Tarifposition 24.0015, eine Untersuchung *aller* Gelenke auf Beweglichkeit sowie Palpation derselben. Hier wäre eine Präzisierung wünschenswert. Zumal die vorgegebene Konsultationsdauer von nunmehr 15 Minuten zeitlich nicht ausreicht, um eine komplette Untersuchung durchzuführen.

Diese Ziffer könnte zudem als zusätzliche Position verwendet werden, weil die Grundkonsultation auf 20 Minuten beschränkt werden soll. Eine Mengen- und Kostenausweitung wäre die Folge.

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

Anwendung von Abrechnungslimitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte

Faktenblatt BAG: Der Vermerk „Diese Limitierung entfällt für elektronisch abrechnende Fachärzte“ bei aktuell 20 Tarifpositionen wird gelöscht. Die Leistungsabrechnung wird dadurch wirtschaftlicher.

Die Löschung betrifft folgende Tarifpositionen:

00.0020, 00.0050, 00.0070, 00.0120, 00.0510, 00.0610, 00.1370, 00.1890, 02.0060, 02.0150

(Diese werden auch weiterhin im neuen Tarif vorhanden sein. Es sind Ziffern, die im UV/MV/IV-Bereich relevant sind),

00.0140, 00.0410, 00.0430, 02.0070, 02.0160, 02.0260, 04.0010

(Diese werden im neuen Tarif nicht mehr vorhanden sein. Diese Ziffern wurden entweder durch eine oder mehrere neue Nummer/n ersetzt),

00.0530, 22.0030, 22.0040

(Diese sind vor allem im KV-Bereich relevant).

Gleichzeitig wird auch die Generelle-Interpretation GI-50 (Elektronische Abrechnung) gelöscht.

Positiv zu werten ist die Einführung von Mengenlimitationen. Durch die Limitation sind die Leistungserbringer gezwungen, sich zu hinterfragen, ob sie in der ausgewiesenen Zeit tatsächlich die entsprechende Leistung unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien erbracht haben. Zudem müssen sie sich beim Versicherer rechtfertigen bzw. einen medizinisch indizierten Grund angeben, wenn sie mehr Zeit benötigt haben bzw. abrechnen möchten.

Negativ fällt ins Gewicht, dass durch diese Tarifregel u.U. erhöhte administrative Aufwendungen auf die Tarifierwerber zukommen können (vermehrte Rückfragen, Reklamationen, schriftliche Begründungen einholen etc.). Bei Leistungserbringern, welche diese erhöhten administrativen Aufwendungen umgehen wollen, besteht die Gefahr, dass sie in jedem Fall die Höchstlimite abrechnen. Wenn der Versicherer dies feststellt, wird er dieser Systematik auf den Grund gehen, was wieder administrative Aufwendungen verursacht.

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

Faktenblatt BAG: 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 halbiert, um der starken Mengenzunahme dieser Positionen in den letzten Jahren entgegen zu wirken.

Diese bisherigen „Sammelleistungen“ werden jeweils in die Einzelteile aufgesplittet. Eine größere Transparenz ist damit gegeben. Auch kann die Leistung besser kontrolliert werden. Es wurden neue Leistungsgruppen (LG) geschaffen. LG für Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, durch den behandelnden Psychologen und durch den delegierten Psychologen oder für Ärzte allgemein. Jede dieser Leistungsgruppen hat eine Limitation. Die Limitation bezieht sich kumulativ auf alle aufgesplitteten Leistungen. Beispielsweise kann in der LG-04 die ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten künftig 6 Mal in 3 Monaten verrechnet werden (entsprechen 30 Minuten). Bisher waren diese Leistungen nicht limitiert. Ebenfalls Klarheit wurde durch die Änderung bezüglich Abrechnung von Berichten geschaffen.

Die Limitationen sind sehr tief angesetzt. Es besteht die Gefahr, dass Leistungserbringer versucht sind, (zusätzlich) auf andere Positionen auszuweichen.

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

Faktenblatt BAG: Bei den Tarifpositionen mit der Bezeichnung „Notfall-Inkonvenienzpauschale“ wird die Interpretation präzisiert, so dass diese nicht mehr von 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, abgerechnet werden können. Für die Einrichtungen, die ihr Angebot explizit auf Notfälle und Konsultation ohne Voranmeldung ausgerichtet haben, stellt ein Notfall keine Inkonvenienz (im Sinne einer Unbequemlichkeit, Ungelegenheit) dar.

Diese Positionen dürfen heute nicht von Spitälern angewendet werden („Fachärzte, welche vom Spital oder Institut ganz oder teilweise fix besoldet sind, haben kein Anrecht auf Verrechnung dieser Tarifposition“). Entsprechend ist der Vorschlag des Bundes konsequent, diese Regelung auch auf Institutionen anzuwenden, die darauf ausgerichtet sind, Notfälle zu behandeln.

In den letzten Jahren erleben wir eine Ausweitung der Zahl an Permanenzen und ähnlichen Institutionen. Insofern begrüsst die MTK eine klarere Regelung.

Die Regel/Einschränkung gilt nur für fix besoldete Ärzte. Es ist zu befürchten, dass neue Besoldungssysteme eingeführt werden („Springer“, Freelancer o.ä.), um diese Regelungen zu umgehen. Die Positionen sind gut dotiert. Ebenfalls zu befürchten ist ein Ausweichen auf die Positionen der "Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschalen", für welche die besagte Einschränkung nicht gilt.

Anpassung der Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal

Faktenblatt BAG: 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. Die Änderung ermöglicht die korrekte Abrechnung der Blutentnahme von nichtärztlichem Personal.

Die Löschungen der erwähnten Ziffer-Interpretationen werden vorgenommen, weil es vor einigen Jahren in der Analysenliste eine Änderung gab. Da sich die Ziffer-Interpretationen auf die Analysenliste beziehen, bis anhin aber nicht angepasst wurden, hat man diese Änderung nun vorgenommen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt verhindern die Ziffer-Interpretationen, dass erbrachte Leistungen abgerechnet werden können (Blutentnahmen venös oder kapillär von nichtärztlichem Personal, die nicht im eigenen Praxislabor ausgewertet werden). Aufgrund dieser Abrechnungs-Schwierigkeiten liegt die Vermutung nahe, dass diese Leistungen teilweise über die Ziffer 00.0710 abgerechnet werden. Diese Position ist höher tarifiert, was den Ausweichanreiz noch verstärkt. Des Weiteren besteht der Anreiz, dass eine Untersuchung im eigenen Praxislabor gemacht wird, die gar nicht nötig wäre, damit trotzdem eine Abrechnungsmöglichkeit besteht. Mit der vorgeschlagenen Änderung geht die Hoffnung einher, dass diese Ausweichrouten nun nicht mehr benützt werden.

Tarifposition «Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.» umtarifizieren und Interpretation präzisieren (Position 00.0610 TARMED)

Faktenblatt BAG: Mit dieser Tarifposition wurden in der Vergangenheit Leistungen verrechnet, welche nicht der medizinischen Leistung dieser Position entsprechen. Als Grund ist wohl die höhere Tarifierung durch die Sparte UBR Grundversorger statt Sparte Sprechzimmer zu vermuten. Dieser Anreiz soll unterbunden werden, indem die Tarifposition in die Sparte Sprechzimmer umtarifiert wird. Da es sich um eine Instruktion für eine Selbstmessung oder Selbstbehandlung durch die Patientin bzw. den Patienten handelt ist nicht ersichtlich, wieso diese in einem anderen Raum (UBR Grundversorger) als die Grundkonsultation (Sprechzimmer) erfolgen soll. Zudem wird die Interpretation präzisiert, um die Verwendung der Position einzuschränken sowie eine Limitation pro Sitzung dazu fügt.

Die Ziffer 00.0610 ist auch im UV/MV/IV-Bereich eine „Problemziffer“, weil sie durch das „usw.“ sehr viel Interpretationsspielraum zulässt. Praktisch auf jeder Rechnung findet man diese Ziffer mindestens einmal. Insbesondere wird sie auch für die Abrechnung von nicht in der Interpretation aufgeführten Leistungen verwendet, vermutlich weil sie höher tarifiert ist als die Grundkonsultation. Diesbezügliche Beanstandungen verursachen meist grössere administrative Aufwendungen. Die geplante Änderung ist für die UV/MV/IV-Versicherer nur positiv.

Die Präzisierung der Interpretation, dass es um die „Anwendung und Bedienung *technischer Hilfsmittel*“ geht, ist für die Schadenabwicklung ebenfalls positiv zu werten. Bis anhin haben die Versicherer argumentiert, dass das „usw.“ zwar weitere Inhalte zulässt, dass jedoch die sachlogische Reihenfolge zwingend weitergeführt werden muss. Durch die Präzisierung können die Versicherer ihre Argumentationskette wie folgt erweitern: „Die Position dient dazu, dem Patienten die Anwendung und Bedienung von technischen Hilfsmitteln zu erklären.“

Bisher konnte die Grundkonsultation als „Ausweichposition“ für Gespräche/Leistungen in diesem Bereich verwendet werden. Diese Möglichkeit fällt künftig weg, weil die Grundkonsultation auf max. 20 Minuten beschränkt wurde.

Gruppe 3: «Weitere Änderungen»

Löschen des Zuschlags von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantate

Faktenblatt BAG: Die Generelle Interpretation GI-20 wird derart verändert, dass kein Zuschlag von 10% auf den Einstandspreis von Verbrauchsmaterialien und Implantaten mehr abgerechnet werden kann. Dieser prozentuale Zuschlag ist heute aus mehreren Gründen nicht mehr sachgerecht. Die Löschung dieses 10%-Zuschlags verbessert die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Zudem wird auch der Verweis auf die Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) gestrichen.

Grundsätzlich begrüsst die MTK diesen Vorschlag, weil er eine Einsparung darstellt. Der Anreiz, teure Verbrauchsmaterialien und Implantate zu verwenden, entfällt.

Bezüglich Kontrolle wird der Aufwand in etwa gleich sein. Die verrechneten Materialien und Implantate müssen auch gemäss neuer Regelung mittels Lieferschein geprüft werden.

Die geringeren Einnahmen der Ärzte könnte diese dazu verleiten, keine solchen Hilfsmittel mehr abzugeben, weil „es sich nicht mehr lohnt“. Sie werden dann das Hilfsmittel verordnen und der Patient wird es bei einem anderen Leistungserbringer beziehen (Apotheke, Orthopädist, Sanitätsfachgeschäft u.a.). Dies kann u.U. zu einer Kostensteigerung führen.

Dieser Vorschlag könnte auch dazu führen, dass es zu einer (vermehrten) Verlagerung von ambulant zu stationär kommt.

Streichen von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie von Verweisen auf das Gesetz (Unterbinden von falschen Anreizen)

Faktenblatt BAG: Tarifpositionen, bei welchen die Behandlungsart „stationär“ hinterlegt ist, die Tarifpositionen zur Betreuung des hospitalisierten Patienten sowie Tarifpositionen mit dem Vermerk „Gesetz: Nur Leistung der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung“ werden nicht angepasst bzw. nicht festgelegt.

Grund dafür ist die Beschränkung der subsidiären Kompetenz auf die Krankenversicherung sowie auf die Festlegung bzw. Anpassung von gesamtschweizerischen ambulanten Tarifstrukturen, welche die Basis für Einzelleistungstarife bilden.

Um zu vermeiden, dass bei Gesetzes- und/oder Verordnungsänderungen sowie Änderungen in der Analysenliste laufend die Verweise in der Tarifstruktur angepasst werden müssen, werden die Verweise gänzlich gestrichen. Das Gesetz und seine Ausführungsverordnungen müssen - unabhängig von den Verweisen in der Tarifstruktur - eingehalten werden.

Bezüglich den gestrichenen Leistungen mit der Behandlungsart „stationär“ hat die MTK keine Vorbehalte. Für diese ist es entweder sehr unwahrscheinlich, dass sie im ambulanten Bereich verwendet würden (bzw. bisher verwendet wurden), oder es besteht eine entsprechende Position für den ambulanten Bereich im Vorschlag für die neue Tarifstruktur bzw. in den SwissDRG-Fallpauschalen bei stationären Fällen.

Leistungen, welche (ausschliesslich) für den UV-, MV- und/oder IV-Bereich gelten wurden aus der neuen Version gestrichen. Dies mit der Begründung, das BAG habe nur die Kompetenz, eine Tarifstruktur im KV-Bereich vorzuschlagen bzw. festzusetzen. Diese Argumentationslinie erkennt, dass auch die MTK (UV/MV/IV) Tarifpartner ist und teilweise Verträge bestehen (PKA), welche auf diesen Positionen beruhen. Eine Streichung dieser Positionen geht mit dem Risiko einher, dass mehrere Tarifstrukturen entstehen, was u.E. nicht im Sinne des BAG sein kann.

Betroffen ist die IV insbesondere mit den Positionen 00.2230 (Formalisierter erster Arztbericht an die IV, erste 10 Min.) und 00.2240 (Formalisierter erster Arztbericht an die IV, jede weiteren

10 Min.). Diese Positionen sind praktisch auf jeder Rechnung zu Handen der IV aufgeführt. Eine Streichung dieser Positionen kommt für die IV nicht in Frage. Eine Alternative (separater Vertrag mit der FMH für diese Positionen o.ä.) ist bisher nicht vorgesehen.

Die Praxiskostenabgeltung PKA ist ebenfalls von den Streichungen betroffen (Positionen 50.0100, 50.0110 und 50.0120). Es fehlt eine entsprechende Position im neuen Tarif. Mit der Schweizerischen Belegärzte-Vereinigung und der MTK besteht ein Vertrag zur Abgeltung der PKA. Es ist unklar, wie mit dieser Leistung in Zukunft umgegangen werden soll.

Das gesamte Kapitel 38 (Berufskrankheitenprophylaxe gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG) wurde aus dem Tarif gestrichen. Die entsprechenden Behandlungen betreffen ausschliesslich die Suva und wurden in einem separaten Vertrag zwischen der FMH und der Suva neu geregelt. Dieser tritt am 1.1.2018 in Kraft.

Auch für die Position 00.2315 (Expresszuschlag für ärztliche Gutachten) fehlt eine Entsprechung im Tarifvorschlag.

Für die ebenfalls gestrichenen Positionen zur Grundkonsultation und Grundtaxe Röntgen (39.0011, 39.0016 und 39.0021) bestehen im Vorschlag Positionen mit der gleichen Bewertung (bezeichnet mit „KVG“). Können diese Positionen auch von UV/MV/IV verwendet werden? Idealerweise wird der Zusatz „KVG“ gestrichen, sodass die Position unabhängig vom Kostenträger abgerechnet werden kann.

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

Art. 2a Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen

Allgemeine Bemerkungen

Die Unfallversicherer, die Militärversicherung und die Invalidenversicherung sind mit physiotherapeutischen Leistungen, dem Schweizer Physiotherapie Verband, seit längere Zeit in Verhandlung für eine gemeinsame Tarifrevision. Es wurde beschlossen, zunächst die Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen abzuwarten, bevor weitere Arbeiten in Angriff genommen werden.

Nach der Publikation der geplanten Änderungen der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen hat sich die MTK entschieden, sich dazu zu äussern, obwohl die eidgenössischen Sozialversicherer nicht zur Vernehmlassung eingeladen wurden.

Zusammenfassende Einschätzung der MTK

Der Bund schlägt Änderungen an der im Herbst 2016 für den KVG-Bereich verordneten Tarifstruktur vor. Gemäss erläuterndem Bericht verfolgt er mit dem Vorschlag das Ziel, „die Verständlichkeit und die Transparenz der aktuell geltenden Tarifstruktur zu verbessern“.

Dieses Ziel wird aus Sicht MTK klar nicht erreicht. Die bestehenden Probleme mit den zu offen formulierten Beschreibungen in den Tarifpositionen bleiben bestehen und werden teilweise gar akzentuiert. Man verpasst die Chance, Klarheit in die Tarifstruktur zu bringen. Stattdessen wirkt der Vorschlag wie ein Flickwerk. Wir haben den Eindruck erhalten, dass mangelnde „Frontnähe“ und grosser Zeitdruck Architekten des vorliegenden Vernehmlassungsvorschlags sind.

Im heute gültigen Tarif für UV/MV/IV verursachen vor allem die Positionen 7311 (Sitzungspauschale für aufwändige Bewegungstherapie) und 7340 (Sitzungspauschale für medizinische Trainingstherapie (MTT)) Probleme. Die vorgeschlagenen Änderungen in der Definition der Position 7311 lassen einen grossen Interpretationsspielraum zu, was zu einer Verschärfung der Auseinandersetzungen mit den Leistungserbringern führen wird. Auch die überarbeitete Position 7340 wird in der Praxis weiterhin zu Problemen führen, weil sie nach wie vor als Sitzungspauschale konzipiert ist.

Die MTK geht davon aus, dass mit der vorgeschlagenen Tarifstruktur mit einer Steigerung der Kosten zu rechnen ist. Dies vor allem aufgrund der mangelhaften „Umrechnung“ von Taxpunkten als auch durch die zusätzliche Verrechenbarkeit von Materialien (siehe dazu die Detailausführungen unten).

Zusammenfassend erachtet die MTK die vorgeschlagene Tarifstruktur als mangelhaft, wenig durchdacht und nicht zielführend, um die aktuellen Probleme lösen zu können. Der MTK-Vorstand wird an seiner Sitzung im September 2017 entscheiden, welche Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen per 1.1.2018 im UVG, MVG und IVG Gültigkeit haben wird.

Die Änderungen und deren Auswirkungen im Detail:

Legende:

Vorschlag / Erläuterungen des Bundes (Quelle: Vernehmlassungstext des Bundes)

Stellungnahme MTK

Einleitende Bemerkungen

Im heute für UV/MV/IV gültigen Tarif werden einleitenden Bemerkungen aufgeführt, welche für den ganzen Tarif gelten. Es sind dies die folgenden 4 Punkte:

1. *Der Physiotherapeut ist im Rahmen der ärztlichen Verordnung, der gesetzlichen Bestimmungen und seines Fachwissens frei in der Wahl seiner Behandlungsmethoden. Gestützt darauf wählt der Physiotherapeut die Therapie nach den Aspekten der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit aus.*
2. *Der Tarif basiert grundsätzlich auf Sitzungspauschalen. Pro Therapiesitzung kann nur eine Sitzungspauschale (Ziffern 7301 bis 7340) verrechnet werden.*
3. *Sitzungspauschalen (Ziffern 7301 bis 7340) können zweimal pro Tag verrechnet werden, sofern die zweifache Behandlung pro Tag vom Arzt ausdrücklich verordnet wurde.*
4. *Wenn die im Rahmen einer Therapiesitzung durchgeführten Leistungen durch den Physiotherapeuten auf den Tag verteilt werden, so ergibt dies nicht Anspruch auf eine zweimalige Verrechnung der Sitzungspauschale.*

Der Verordnungsvorschlag des Bundes sieht Änderungen an diesen einleitenden Bemerkungen vor:

Punkt 1:

Dieser Passus wird im neuen Tarif nicht mehr explizit aufgeführt. Es ist unklar, ob er (lediglich) im Tarifvertrag geregelt werden soll oder ganz entfällt. Die MTK plädiert dafür, diesen im Tarif bei den einleitenden Bemerkungen zu belassen.

Ergänzung 1 (neue Bemerkung):

Das an einer Sitzung für den Patienten oder die Patientin verwendete Behandlungsmaterial kann zusätzlich zu den Tarifpositionen 7301, 7311 und 7330 zum Anschaffungspreis (abzüglich weiterzugebender Rabatte und inkl. MWST) verrechnet werden. Die Verbrauchsmaterialien gehören zu den Sachkosten und dürfen dem Patienten oder der Patientin nicht extra verrechnet werden.

Zum Behandlungsmaterial gehören insbesondere folgende Artikel, wenn sie während einer Sitzung für die Patientin oder den Patienten verwendet werden: Verbands-/Polstermaterial (z.B. Binden, Polsterwatte, Schlauchverbände, Aktivpolster usw.), Tape-Material (z.B. starres Tape, elastisches Tape), Material für die Beckenbodenrehabilitation (z.B. Sonden, Elektroden, Einwegpessare, Druckballonkatheter), Material für die Elektrotherapie (z.B. Elektroden), Material für Atemtherapie (z.B. Mundstücke, Aerosole usw.) und Material für das Dry Needling. Verbrauchsmaterialien (z.B. Handschuhe, Sterillium®, Massagelotion, Einwegtücher usw.) gehören zu den Sachkosten der Praxisinfrastruktur und dürfen der Patientin oder dem Patienten nicht extra verrechnet werden.

Die Tarifziffer 7360 wurde bereits in der KVG-Version des Tarifs gültig per 1.10.2016 gestrichen. Sie war als Zuschlagsposition ausgestaltet und erlaubte die Verrechnung gemäss MiGeL:

- 1 Mittel und Gegenstände (inkl. Verbandsmaterial) werden höchstens gemäss MiGeL (Mittel und Gegenstände Liste) entschädigt.
- 2 Die MiGeL ist im Anhang 2 zur Krankenpflege – Leistungsverordnung (KLV) aufgeführt.
- 3 Hilfsmaterial, Miet- und Kaufgegenstände, die nicht in der MiGeL aufgeführt sind, werden nicht vergütet.
- 4 Die Vergütung für das Anlegen eines Tapeverbandes ist in den entsprechenden Sitzungspauschalen enthalten.

In der heute gültigen UV/MV/IV-Version des Tarifs ist diese Position noch vorhanden, weil kein autonomer Nachvollzug der KVG-Tarifstruktur stattgefunden hat. Der Vorschlag des Bundes präzisiert nun in den einleitenden Bemerkungen den Umgang mit Behandlungs- und Verbrauchsmaterial.

Neu soll der Einkaufspreis verrechnet werden können. Diesen zu kontrollieren bedeutet für die Versicherer einen erheblichen Mehraufwand und ist, selbst wenn die elektronische Abrechnung eingeführt würde, wohl weiterhin manuell durchzuführen (inkl. Verlangen der Lieferantenrechnung).

Die Weitergabe der Rabatte beim Einstandspreis ist zwar eine hehre Idee, für die Versicherer aber kaum kontrollier- und durchsetzbar.

Ein Vergleich mit anderen Tarifen (bspw. Chiropraktoren, Zahnmedizin) zeigt ein mögliches, alternatives Lösungsszenario: Verbrauchsmaterialien sollen nicht zusätzlich verrechenbar sein, sondern im Kostenmodell in die Tarifpositionen mit eingerechnet werden.

Die vom Bund gewählten Formulierungen (z.B., usw.) lassen grossen Ermessens- und Interpretationsspielraum zu und tragen nicht zu einer Klarheit des Tarifs bei. Grössere Aufwände auf Versichererseite sind zu befürchten. Ausserdem ist unklar, wie die Materialien verrechnet werden können. So stellt sich bspw. beim Tape die Frage, ob es pro cm oder pro Rolle abgerechnet werden darf. Limitationen fehlen.

Material, welches bis jetzt inbegriffen war, wie Elektroden und Dry Needling-Material können neu abgerechnet werden. Es muss also davon ausgegangen werden, dass es mit dieser Neuregelung zu einer Kostensteigerung kommt.

Zudem ist durch den Wegfall der Ziffer 7360 auch die einzige Regelung zur Vermietung von Material (Tens, Bewegungsschiene) gestrichen worden. Die Vermietung von Material durch Physiotherapeuten bereitet in der Schadenabwicklung immer wieder Probleme.

Ergänzung 2 (neue Bemerkung):

Der einer Tarifposition zugewiesene Zeitaufwand entspricht der Zeit, die der Physiotherapeut oder die Physiotherapeutin für seine/Ihre Leistung aufwendet. Er umfasst die Zeit für die Behandlung des Patienten oder der Patientin (Behandlungssitzung im eigentlichen Sinne, inklusive Zeit für Verbände/Bandagen) sowie die Zeit für die Vorbereitung und Dossierführung von maximal 5 Minuten. Wenn die effektive Zeit für die Behandlung des Patienten oder der Patientin kleiner ist, als der Tarifposition zugewiesene Zeitaufwand minus die 5 Minuten für Vorbereitung und Dossierführung, darf die Sitzung nicht verrechnet werden.

Neu beinhalten die Behandlungspositionen eine genau definierte und zu erfüllende Zeit. Dies bedeutet eine grössere Neuerung im Vergleich zum bisherigen Tarif. Durch die Vorgaben kann künftig nicht mehr im 20-Minuten-Takt abgerechnet werden, wie dies regelmässig vorkam (die Sitzungspauschale wäre eigentlich auf 30 Minuten kalkuliert). Positiv ist auch, dass für die Vorbereitung und Dossierführung eine klare Zeitspanne definiert wurde.

Leider wurde diese neue Regel im Tarif nicht konsistent durchgezogen (siehe auch die Bemerkungen zu den einzelnen Tarifpositionen unten). Die Taxpunkte für die einzelnen Leistungen wurden nicht überall angepasst.

Da kürzere Leistungen nicht (mehr) vergütet werden, ist zu befürchten, dass jede Behandlung „künstlich“ erweitert wird, um die geforderten 25 Minuten zu erreichen.

Diese Änderung wird eher zu einer Kostensteigerung führen.

Ergänzung 3 (neue Bemerkung):

Die Zuschlagspositionen sind ausschliesslich nach den Kombinationsregeln (Spalte «Erlaubte Kombinationen») abrechenbar. Andere Kombinationen von Tarifpositionen sind nicht erlaubt, ausser sie wurden mit dem Versicherer vereinbart.

Dieser Neuerung steht die MTK grundsätzlich positiv gegenüber. Kumulationsverbote und -regeln bringen grundsätzlich Klarheit in den Tarif.

Der letzte Satz ist leider unklar formuliert: Bezieht der Bund sich dabei auf den Tarifvertrag oder auf eine Kostengutsprache im Einzelfall? Letzteres wäre aus Sicht der Fallbearbeitung ungünstig, weil dadurch Interpretationsspielräume entstünden.

Zu den einzelnen Tarifpositionen:

Position 7301

Einzelsitzungspauschale für allgemeine Physiotherapie (30 Minuten, inkl. maximal 5 Minuten für Vorbereitung und Dossierführung)

Die Tarifposition 7301 sieht eine Einzelsitzungspauschale für allgemeine Physiotherapie vor. Diese Tarifposition deckt alle Einzel- oder Kombinationsbehandlungen ab, die nicht ausdrücklich unter den Tarifpositionen 7311–7340 aufgeführt werden. Gemäss Punkt 2 beträgt der zugewiesene Zeitaufwand 30 Minuten, wovon mindestens 25 Minuten für die Behandlung und höchstens 5 Minuten für die Vorbereitung und die Dossierführung aufzuwenden sind. Punkt 3 enthält eine neue Beschreibung der in der Position enthaltenen Leistungen und wurde an den neuen Wortlaut von Artikel 5 Absatz 1 KLV angepasst.

Im heutigen Tarif ist in der Sitzungspauschale 7301 eine Durchschnittszeit von +/-32,6 Minuten hinterlegt.

Da jetzt zu gleichem Wert (Taxpunkte) 30 Minuten vergütet werden, führt dies zu einer faktischen Erhöhung des Stundensatzes und somit zu einer Verteuerung des Tarifs für die Kostenträger. Die vorgeschlagene Tarifstruktur basiert also nicht auf dem durch die Tarifpartner erarbeiteten und vereinbarten Kostenmodell.

Ausserdem lässt die Auslegung von „physikalische Massnahmen“ (Punkt C.) Raum für Interpretationen. Physikalische Massnahmen machen nur in Zusammenhang mit Physiotherapie Sinn und sollten nicht einzeln verrechnet werden können.

Position 7311

Einzelsitzungspauschale für aufwändige Physiotherapie (45 Minuten, inkl. maximal 5 Minuten für Vorbereitung und Dossierführung)

Die Tarifposition 7311 sieht eine Einzelsitzungspauschale für aufwändige Physiotherapie vor. Sie kann abgerechnet werden, wenn tatsächlich mehr Zeit für die Behandlung aufgewendet wird (45 Minuten, davon mindestens 40 Minuten für die Behandlung und 5 Minuten für die Vorbereitung und die Dossierführung), und wenn eines der unter Punkt 1 aufgeführten Krankheitsbilder vorliegt. Dabei ist zu beachten, dass die Behandlungen für Störungen des Lymphgefässsystems künftig über die Position 7311 anstelle der Position 7312 abrechenbar sind (siehe nächster Punkt). Störungen des Lymphgefässsystems, welche eine aufwendige Behandlung verlangen, müssen von speziell in dieser Therapie ausgebildeten Physiotherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt werden. Auf Anfrage kann der Versicherer die Verwendung der Position 7311 für andere Indikationen bewilligen.

Die neue, erweiterte Definition löst keine Probleme, sondern schafft neue. Die Liste der „aufwendigen“ Behandlungen ist äusserst interpretationsbedürftig und bereitet schon im heutigen Tarif grosse Probleme. So kann beispielsweise eine Behandlung von 2 nicht benachbarten Fingergelenken am selben Finger gemäss der Liste (lit. h.) als aufwändige Physiotherapie verrechnet werden. Auseinandersetzungen mit den Leistungserbringern sind vorprogrammiert. Es dürfte schwierig sein, eine abschliessende Liste zu erstellen. Eventuell ist der Ansatz, dem Physiotherapeuten eine gewisse Selbstverantwortung zu übertragen in der Interpretation dieser Ziffer (das heisst, wann er diese abrechnen darf und wann nicht) ein gangbarer Weg.

Sicherlich sollte die (höhere) Vergütung dieser Tarifposition keinen Anreiz darstellen. Leider wird die vorgeschlagene Tarifstruktur diesem Anspruch nicht gerecht. Bei der Position 7301 erhält der Physiotherapeut für 30 Minuten 48 Taxpunkte. Folglich müsste er bei der Position 7311 für 45 Minuten 72 Taxpunkte erhalten. Sie ist aber mit 77 Taxpunkten veranschlagt.

Störungen des Lymphgefässsystems (Lymphdrainage) kann von speziell dafür ausgebildeten Physiotherapeuten durchgeführt werden. Das Problem ist hier, dass keine solche Liste existiert und in der Praxis oft auch Nicht-Physiotherapeuten (z.B. med. Masseure) diese Behandlung ausführen und verrechnen, gerade auch in Institutionen.

Position 7312 → Streichung

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

Siehe die obigen Ausführungen zur Position 7311.

Position 7313

Sitzungspauschale für Hippotherapie (45 Minuten, inkl. maximal 5 Minuten für Vorbereitung und Dossierführung)

Die Position 7313 sieht weiterhin eine Sitzungspauschale für Hippotherapie vor. Diese Therapie erfolgt durch speziell in dieser Therapie ausgebildete Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Gemäss Punkt 2 beträgt der für die Position 7313 zugewiesene Zeitaufwand 45 Minuten, davon mindestens 40 Minuten für die Behandlung und höchstens 5 Minuten für die Vorbereitung und die Dossierführung. Diese Tarifposition ist nach wie vor zusammen mit der Position 7553 abrechenbar, bei der es sich um einen Zuschlag für die Abgeltung der Hippotherapie-Infrastruktur handelt.

Diese Position wird im UV- und MV-Bereich sehr wenig verwendet. Im IV-Bereich häufiger. Auch bei dieser Position wird mit der Zeitfestlegung die Kostenberechnung verzerrt. Soll das TP-Verhältnis gewahrt werden, muss auch hier eine Senkung auf 72 TP erfolgen.

Bei der erlaubten Kombination fehlt unseres Erachtens die Ziffer 7350. Auch in der Hippotherapie wird normalerweise eine Erstbehandlung gemacht.

Position 7320 → Streichung

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

Siehe die obigen Ausführungen zur Position 7301.

Position 7330

Sitzungspauschale für Gruppentherapie (Gruppengrösse bis ca. 5 Patienten/innen)

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

Entgegen dem erläuternden Bericht zum Vorschlag des Bundes, nennt der Tarif eine Gruppengrösse von 2 bis ca. 5 Personen. Es ist unverständlich, warum hier keine klare Definition gewählt wurde. Dies führt zu Unklarheiten und (unnötigen Diskussionen).

Interessanterweise wurde bei dieser Position auf eine explizite Nennung der hinterlegten Zeit verzichtet. Konsequenterweise müsste dies nachgeholt und die Taxpunkte entsprechend angepasst werden.

Ausserdem ist fraglich, ob diese Art der Therapie noch zeitgemäss ist.

Position 7340

Sitzungspauschale für Medizinische Trainingstherapie MTT (15 Minuten, inkl. maximal 5 Minuten für Vorbereitung und Dossierführung)

Die Tarifposition 7340 trägt nach wie vor die Bezeichnung «Sitzungspauschale für Medizinische Trainingstherapie (MTT)». Dies entspricht dem Wortlaut von Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer 5 KLV. Die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut kann pro Patientin oder Patient zwei Sitzungen über die Position 7301 anstelle von Position 7340 verrechnen, sofern die für die Behandlung aufgewendete Zeit der Definition gemäss Position 7301 entspricht. Diese Position ist mit keiner anderen Position der Tarifstruktur kombinierbar.

Es ist unverständlich, warum diese Behandlung auf lediglich 15 Minuten beschränkt wurde. In dieser Zeit kann keine vernünftige Trainingseinheit durchgeführt bzw. begleitet werden. Diese enge zeitliche Beschränkung ist nicht im Sinne des Patienten und hinsichtlich Qualität der Leistungserbringung auch nicht im Sinne der Kostenträger und Leistungserbringer.

Eine Viertelstunde entspricht zudem 24 TP und nicht 22 TP.

Die Ziffer ist weiterhin als Sitzungspauschale konzipiert. Somit bleibt das jetzige Hauptproblem bestehen: Ein Patient hat Einzeltherapie und anschliessend noch MTT. Pro Tag können zwei Sitzungspauschalen nur unter bestimmten Voraussetzungen abgerechnet werden. Es stellt sich in dieser Konstellation also die Frage, wie das MTT korrekt verrechnet werden kann.

Position 7350

Zuschlagsposition für die erste Behandlung

Die Tarifposition 7350 sieht einen Zuschlag für die erste Behandlung einer Patientin oder eines Patienten vor, der nur einmal pro Fall bei der ersten Behandlung verrechnet werden darf, das heisst anlässlich der ersten Sitzung durch den abrechnenden Leistungserbringer (Institution, Organisation oder Praxis).

Diese Position geht u.E. in Ordnung. Die Umformulierung von Punkt 2 schafft eine begrüssenswerte Klarheit.

Position 7351

Zuschlagsposition für erhöhten Zeitbedarf für die Behandlung aufwändiger Fälle (wenn der tatsächliche Zeitaufwand für die Behandlung des Patienten oder der Patientin mindestens 10 Minuten über demjenigen der Ziffer 7311 liegt)

Die Tarifposition 7351, die einen Zuschlag für die Behandlung chronisch behinderter Kinder vorsah, wird in einen Zuschlag für erhöhten Zeitaufwand für die Behandlung komplexer Fälle umgewandelt, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass in gewissen Situationen ein erhöhter Zeitaufwand gerechtfertigt ist. Diese Position kann künftig für Kinder bis 6 Jahre bei schwerer Erkrankung (z.B. neurologische Erkrankung oder chronischen Behinderung) bei Kinder ab 6 Jahren mit chronischer Behinderung, bei grossflächigen Verbrennungen oder bei Störungen des Lymphgefässsystems an zwei Extremitäten abgerechnet werden.

Die Physiotherapeutin oder der Physiotherapeut rechnet die erbrachten Leistungen über die Position 7311 ab. Die Tarifposition 7351 ist abrechenbar, wenn die Behandlung tatsächlich 10 Minuten länger dauert als gemäss Position 7311 vorgesehen. Die Behandlung der Patientin oder des Patienten muss also mindestens 50 Minuten andauern.

Es handelt sich um eine neugeschaffene Position, welche an und für sich begrüssenswert und auch notwendig ist, wenn neu für die Positionen 7301 und 7311 definierte Zeiten hinterlegt sind. Die Beschreibung ist aber unbefriedigend:

Mit der Zeitangabe von „mindestens 10 Minuten“ wird eine ungenaue Angabe gemacht, obwohl jetzt für die 7301 und 7311 genaue Zeiten hinterlegt sind. Diese Formulierung führt dazu, dass kein Grund besteht, länger als 10 Minuten zu behandeln.

10 Minuten werden mit 30 TP vergütet. Somit stimmt auch bei dieser Position das Verhältnis Zeit/TP nicht!

Die aufgeführten Bedingungen sind vergleichbar mit denjenigen der Ziffer 7311 und deshalb unbrauchbar, da sie zu endlosen Interpretationsfragen führen werden.

Positionen 7352 bis 7363

Die Tarifpositionen 7352 bis 7363 bleiben unter Vorbehalt der erwähnten Änderungen in den einleitenden Bemerkungen grundsätzlich gleich wie in der bis am 31. Dezember 2017 geltenden Tarifstruktur.

Gewisse Präzisierungen wären aus Sicht der Schadenabwicklung durchaus wünschenswert. Diese Chance hat man verpasst. So wäre bei der Position 7352 (Therapiebad) die Ergänzung wünschenswert, dass der Eintritt ins Schwimmbad inklusive ist. Eine Frage, die bis anhin immer wieder zu Diskussionen führte. Auch sollte die Therapie nur auf ärztliche Verordnung durchführbar sein. Bei manchen Instituten mit eigenem Therapiebad liegt der Verdacht nahe, dass Wassertherapie aus Amortisationsgründen durchgeführt wird. Eine Ablehnung ist schwierig und umständlich.