

## **UVG und UVV gültig per 1.1.2017 im Bereich Medizinaltarife**

### **Faktenblatt**

#### **1. Ausgangslage**

Per 1.1.2017 treten das neue Unfallversicherungsgesetz (UVG) und die dazugehörige Verordnung (UVV) in Kraft.

Das vorliegende Faktenblatt erläutert die für die Medizinaltarife wesentlichen Änderungen der beiden Erlasse.

#### **2. Änderungen im UVG**

Der für die Medizinaltarife ausschlaggebende Artikel 56 UVG wurde lediglich terminologisch angepasst. Für die Medizinaltarife und deren Anwendung ergeben sich direkt aus dem Gesetz keine Veränderungen; aus der UVV hingegen schon.

#### **3. Änderungen in der UVV**

*(Hinweis: Neuerungen im Verordnungstext sind in blauer Schrift verfasst)*

Generell strebt der Gesetzgeber, soweit möglich und sinnvoll, einen sinngemässen Angleich der UVV ans Krankenversicherungsgesetz (KVG) bzw. dessen Verordnung an (Art. 56 Abs. 2 nUVG).

##### **3.1. Artikel 15 Absatz 2 UVV**

Begibt sich der Versicherte in eine andere als die allgemeine Abteilung oder in ein anderes Spital, so übernimmt die Versicherung die Kosten, die ihr bei der Behandlung in der allgemeinen Abteilung dieses oder des nächstgelegenen entsprechenden Spitals nach Absatz 1 erwachsen wären. *Das Spital hat nur Anspruch auf die Erstattung dieser Kosten.*

#### **Auslegung:**

Im Sinne einer Verdeutlichung wird ergänzt, dass ein Spital ohne Tarifvereinbarung ausschliesslich Anspruch auf Vergütung der sogenannten Analogietaxe hat. Aufgrund des Naturalleistungsprinzips besteht dieser Anspruch nur dem Versicherer gegenüber. Dem Versicherten oder Angehörigen dürfen keine weitergehenden Kosten für die Behandlung in Rechnung gestellt werden.

##### **3.2. Artikel 20 Absatz 3 UVV**

*Können sich die Leistungserbringer und die Versicherer nicht einigen, so kann das EDI für die Vergütung von Rettungs- und Bergungskosten Höchstbeträge festlegen.*

#### **Auslegung:**

Da die Rettungstransporte neu als Leistungserbringer aufgeführt sind, braucht es nähere Bestimmungen im Falle einer Nicht-Einigung. Diese wurden nun ergänzt.

### 3.3. Artikel 67 UVV

*<sup>1</sup> Die Versicherer gewährleisten eine ausreichende, qualitativ hochstehende und zweckmässige Versorgung der Versicherten zu möglichst günstigen Kosten.*

*<sup>2</sup> Heilbehandlungen und Hilfsmittel sind zweckmässig, wenn sie aufgrund der konkreten Umstände des Einzelfalls geeignet und notwendig sind, um das gesetzliche Ziel in einem vernünftigen Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen zu erreichen.*

#### **Auslegung:**

Grundsätzlich begrüsst die MTK die Verankerung der WZW-Kriterien sowie der jüngeren bundesgerichtlichen Rechtsprechung in der UVV.

Im erläuternden Bericht wird jedoch mit Verweis auf Artikel 21 UVG postuliert, die gesetzliche Zielsetzung beschränke sich nicht allein darauf, einen stabilen Gesundheitszustand zu erreichen, der eine Wiedereingliederung zulässt. Vielmehr werden in Artikel 21 unter dem Titel „Heilbehandlung nach Festsetzung der Rente“ auch andere Zielsetzungen erwähnt, beispielsweise die wesentliche Verbesserung oder die Bewahrung vor einer wesentlichen Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes mittels medizinischer Vorkehren bei Schwerverunfallten mit einer Erwerbsunfähigkeit. Diese Interpretation der gesetzlichen Zielsetzung geht für die MTK weit bzw. lässt den Gesetzesanwender im Unklaren, welche Massnahmen bzw. Hilfsmittel im Einzelfall als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich gelten. Durch die weite Interpretation ist eine Ausweitung der Ansprüche der Versicherten zu befürchten, welcher die MTK skeptisch gegenüber steht, ist doch die primäre Aufgabe der Unfallversicherer, eine geeignete Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess sicher zu stellen.

Im erläuternden Bericht wird weiter proklamiert, dass die KLV auch in der Unfallversicherung Richtschnur für die Übernahme von Leistungen bilden soll. Mit andern Worten „sollen Leistungen, die im KVG bereits geprüft und mit der Aufnahme in Anhang 1 zur KLV von der Übernahmepflicht ausgeschlossen worden sind, auch in der Unfallversicherung nicht entschädigt werden.“

Grundsätzlich erachten wir eine Kooperation unter den Sozialversicherungszweigen als sinnvollen Beitrag zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung im Schweizerischen Gesundheitswesen. Die MTK pflegt daher einen regen und institutionalisierten Austausch mit dem EDI bzw. dem BAG. Die Auslegung im erläuternden Bericht kommt allerdings einer Gleichschaltung mit den KVG-Institutionen gleich, welche wir ablehnen.

Die Übernahme von Pflichtleistung richtet sich sowohl in der OKP, wie auch im UVG nach denselben Prinzipien der WZW-Kriterien. Abgesehen vom Kausalzusammenhang, können Pflichtleistungen im UVG nur dann abgelehnt werden, wenn belegt ist, dass die WZW-Kriterien nicht erfüllt werden. Deshalb behält sich die MTK vor, gewisse (OKP-)Nicht-Pflichtleistungen zu vergüten.

Bei einer Übernahme von Nicht-Pflichtleistungen gemäss Anhang 1 zur KLV muss jedoch, mittels klar definierter Kriterien, die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden. Die dafür nötigen Voraussetzungen werden durch die systematische Publikation von MTK-Empfehlungen sichergestellt.

Des Weiteren haftet der Unfallversicherer nicht nur für die Behandlung selbst, sondern auch für die Folgekosten einer Behandlung. Dieser haftpflichtrechtliche Sachverhalt erlaubt es im UVG-Bereich abweichende Entscheidungen zum OKP-Bereich zu fällen.

### **Anwendungsbeispiel:**

Im Anhang 1 der KLV sind, unter Kapitel 1.3 (Orthopädie – Traumatologie), Operative Knorpeltherapien (Osteochondrale Mosaikplastik und Autologe Chondrozyten-Transplantation ACT) mit einem Nein belegt. Dies macht im OKP-Bereich aus medizinischen Gründen Sinn, weil die genannten Verfahren bei Arthrosen und Gelenksentzündungen kontraindiziert sind.

Dieselben Methoden machen jedoch bei traumatischen Schädigungen in biologisch gesundem Knorpel Sinn, weil damit eine Total-Endo-Prothese hinausgeschoben oder vermieden werden kann, was insbesondere bei jungen Versicherten angezeigt sein kann.

Siehe Empfehlung und Kriterienkatalog zu ACT:

<https://www.mtk-ctm.ch/de/beschluesse/beschluesse-zu-leistungen-und-technologien/autologe-chondrozyten-transplantation-im-kniegelenk-act>

### **3.4. Artikel 68 UVV**

<sup>1</sup> Als Spitäler gelten inländische Anstalten oder Abteilungen von solchen, die der stationären Behandlung von Krankheiten oder Unfallfolgen *oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen*, unter dauernder ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen.

<sup>2</sup> Als Kuranstalten gelten Institutionen, die der Nachbehandlung *oder Kur* dienen, unter ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Personal und über zweckentsprechende Einrichtungen verfügen.

### **Auslegung:**

Mit dieser Änderung soll besser zwischen den Institutionstypen „Spital“ und „Kuranstalt“ unterschieden werden. Medizinische Rehabilitation findet in Spitälern statt, (Bade)-Kuren und Erholungsaufenthalte in Kuranstalten. In der Vergangenheit hat es immer wieder Kuranstalten gegeben, die sich gerne als Rehabilitationskliniken und damit auf gleichem Niveau wie Spitäler sehen wollten. Mit dieser Änderung soll sichergestellt werden, dass Kursanstalten nicht den Anspruch erheben als Spital zu gelten.

### **3.5. Artikel 70 UVV**

<sup>1</sup> *Für die Ausgestaltung der Tarife sind sinngemäss anwendbar:*

- a. *Artikel 43 Absätze 2 und 3 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994<sup>4</sup> über die Krankenversicherung (KVG);*
- b. *Artikel 49 Absätze 1 und 3–6 KVG.*

<sup>2</sup> *Die Tarife sind nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu bemessen, und es ist eine sachgerechte Struktur der Tarife zu beachten. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung und die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.*

<sup>4</sup> **SR 832.10**

## **Auslegung**

Mit diesem Artikel wird einerseits die Brücke geschlagen zu den Bestimmungen im KVG, andererseits wird festgehalten, dass die Tarife auf transparent ausgewiesenen Kostendaten beruhen müssen. Diese zweite Bestimmung begrüsst die MTK weil sie die Tarif- bzw. Verhandlungspartner dazu auffordert, die Tarife anhand der effektiven Aufwendungen zu erarbeiten.

### **Auslegung: „Sinngemäss“**

Den Begriff „sinngemäss“ interpretiert die MTK im juristischen Sinn. Das heisst, die Grundsätze gelten in beiden Gesetzen, müssen aber auf die jeweiligen Begebenheiten bzw. Eigenheiten angepasst werden. Was dies im konkreten (Einzel-)Fall heisst, ist noch nicht abschliessend geklärt und zurzeit Gegenstand von Interpretationen. Es wird sich mit der Zeit eine Auslegungspraxis ergeben.

### **Auslegung: „Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung und die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.“ (→ Effizienzgewinne)**

Aus dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts in Sachen Luzerner Kantonsspital vom April 2014 geht hervor, dass gemäss Art. 59c, Abs. 1 KVV die „ausgewiesenen Kosten der Leistung“, welche ein Tarif gemäss Bst. a höchstens decken darf, sich nicht auf die individuellen Kosten des Spitals, dessen Tarif zu beurteilen ist bezieht, sondern auf die Kosten desjenigen Spitals, welches den Benchmark bildet (vgl. E 2.6 und 2.10.1).

Dieser Benchmark basiert auf den transparent ausgewiesenen anrechenbaren Betriebskosten der einzelnen Spitäler (vgl. E. 2.8).

Gemäss diesen Ausführungen des Bundesverwaltungsgerichts ist es auch weiterhin möglich, dass ein Spital einen tarifwirksamen Basispreis hat, welcher Effizienzgewinne beinhalten kann.

## **3.6. Artikel 70a UVV**

*Die Verordnung vom 3. Juli 2002<sup>5</sup> über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung ist für die in Artikel 56 Absatz 1 UVG genannten Spitäler und Kuranstalten sinngemäss anwendbar. Die fachlich zuständigen Stellen des Bundes, der Verein Medizinaltarif-Kommission UVG und die Tarifpartner sind berechtigt, die Unterlagen einzusehen.*

<sup>5</sup> SR 832.104

## **3.7. Artikel 70b UVV**

<sup>1</sup> *Für die Vergütung der ambulanten Behandlung schliessen die Versicherer mit den Medizinalpersonen, den medizinischen Hilfspersonen, den Spitälern und den Kuranstalten sowie den Transport- und Rettungsunternehmen Zusammenarbeits- und Tarifverträge auf gesamtschweizerischer Ebene ab. Die Einzelleistungstarife beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen.*

<sup>2</sup> *Die Frist zur Kündigung von Zusammenarbeits- und Tarifverträgen beträgt mindestens sechs Monate.*

### **Auslegung:**

Neu sind die Leistungserbringergruppen (Ärzte, Zahnärzte, Chiropraktoren) nicht mehr explizit erwähnt, sondern sie werden pauschal als „Medizinalpersonen“ bezeichnet. Wie in der bisherigen Verordnung müssen die Tarife auf gesamtschweizerischer Ebene abgeschlossen werden. Für Einzelleistungstarife wird neu explizit festgehalten, dass diese auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen müssen. Dies ist eine Angleichung ans KVG (Art. 43 Abs. 5). Diese Regelung in der UVV bezieht sich auf Tarifstrukturen im UVG. Es ist nicht die Meinung, dass es *eine* einheitliche Tarifstruktur für das gesamte Gesundheitswesen geben muss, sondern es kann eine Tarifstruktur im KVG-Bereich und eine im UVG-Bereich geben.

Der MTK steht es zudem frei, Tarife mit Berufsgruppen abzuschliessen, die im Gesetz nicht explizit erwähnt werden. Um Leistungen im Rahmen der Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung (HVUV) nach einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur zu vergüten, hat die MTK Tarifverträge mit verschiedenen Berufsverbänden abgeschlossen. Zu diesen auf Verbandsebene organisierten Berufsgruppen gehören beispielsweise die Orthopädie-Techniker, Orthopädie-Schumacher, Zahntechniker und Hörgeräteakustiker.

### **3.8. Artikel 70c UVV**

*<sup>1</sup> Für die Vergütung der stationären Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals schliessen die Versicherer mit den Spitalern Zusammenarbeits- und Tarifverträge ab und vereinbaren Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung derjenigen Spitäler, welche die Leistungen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.*

*<sup>2</sup> Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden.*

*<sup>3</sup> Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden von den Versicherern zu 100 Prozent vergütet.*

*<sup>4</sup> Die Frist zur Kündigung von Zusammenarbeits- und Tarifverträgen beträgt mindestens sechs Monate.*

### **Auslegung:**

Die Verträge, welche von der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) mit den Leistungserbringern vereinbart werden, regeln die Rechte und Pflichten der Parteien inkl. der Tarifierung der Leistungen. Dabei werden wirtschaftliche, strukturelle sowie qualitative Kriterien berücksichtigt. Die Tarife gelten in der Regel auch für Militärversicherung und Invalidenversicherung.

Neu wird explizit ein konkreter Finanzierungsgrad in der Verordnung erwähnt.