

Liebe Mitglieder

Aufgrund diverser Anfragen möchte der Vorstand auf einige wichtige Punkte des Zweiten bundesrätlichen Eingriffes in den TARMED hinweisen.

Wir haben alle von der FMH Informationen bekommen. In verschiedenen Medien wurden einzelne Punkte erläutert. Auch haben einige Praxissoftwarelieferanten und/oder Trustcenter Zusammenfassungen geliefert.

Wir zitieren hier aus der Schweizerischen Ärztezeitung vom 21.11.2017:

Einzelne Massnahmen des zweiten Tarifeingriffes des Bundesrates in die Tarifstruktur TARMED per 01.01.2018

Im Folgenden werden die wichtigsten Massnahmen des zweiten Tarifeingriffes des Bundesrates in die Tarifstruktur TARMED per 1. 1. 2018 kurz vorgestellt:

1. Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle -Leistungen

Die «Quantitativen Dignitäten» werden vereinheitlicht. Sämtlichen «Quantitativen Dignitäten» (FMH05 bis FMH12) wird neu ein einheitlicher Dignitätsfaktor von 0.985 zugewiesen. Die Taxpunkte für die ärztliche Leistung mit der «Quantitativen Dignität» FMH5 (z.B. 00.0010 Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation) erhöhen sich (ursprünglicher Faktor = 0.905); die Taxpunkte der ärztlichen Leistung für alle Tarifpositionen mit einer höheren «Quantitativen Dignität» (FMH06 bis FMH12) reduzieren sich auf den Dignitätsfaktor 0.985. Für den praktischen Arzt wird die ärztliche Leistung AL um den Skalierungsfaktor 0.93 reduziert (Basis neuer AL Taxpunkte).

2. Erhöhung der ärztlichen Produktivität in den OP-Sparten (OP-Sparten)

Die Produktivität in den OP-Sparten (OPI bis OPIII) wird angehoben. Die Produktivität der Sparte OP I erhöht sich von 45% auf 55% (OPII von 50% auf 60% und OPIII von 55% auf 65%). Dadurch reduzieren sich die Kostensätze der technischen Leistungen (TL). Die ärztliche Produktivität ist neben dem Referenzeinkommen, der Jahresarbeitszeit und der «Quantitativen -Dignität» entscheidend für die Anzahl Taxpunkte der ärztlichen Leistung.

3. Senkung der Kostensätze in gewissen Sparten

Die Kostensätze von Sparten mit Investitionskosten für Anlagen, Geräte und Apparate über CHF 750 000 werden um 10% abgesenkt. Diese Massnahme betrifft 25 Sparten wie zum Beispiel die Sparten Praxis-OP und OP I. Von dieser Massnahme ausgeschlossen sind die Sparten-Kostensätze aller Untersuchungs- und Behandlungsräume (UBR) wie zum Beispiel UBR Grundversorger, UBR Chirurgie und Kinderchirurgie, UBR Ophthalmologie, UBR ORL, UBR Urologie, UBR Dermatologie und UBR Angiologie sowie die Sparte Gastroenterologische Endoskopie gross.

4. Anpassung Minutage für die Leistung im engeren Sinn bei CT und MRI-Untersuchungen

Bei den Tarifpositionen für die CT- und MRI-Untersuchungen wird die ärztliche Leistung im engeren Sinne gestrichen. Dafür gibt es neu für die ärztlichen Leistungen im engeren Sinne eine separate Tarifposition für den Fall, dass der Facharzt für Radiologie bei der Durchführung einer CT- oder MRI-Untersuchung für eine gewisse Zeit anwesend sein muss. Diese Tarifposition ist als Handlungsleistung mit einer Leistung im engeren Sinne von 5 Minuten tarifiert. Zudem wird die Minutage für die Berichterstellung auf bei CT- bzw. MRI-Untersuchungen auf 20 bzw. 25 Minuten vereinheitlicht.

5. Senkung der Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen

Bei folgenden Leistungen werden die Minutagen der Leistung im engeren Sinne und der Raumbelungszeit gesenkt: Kataraktoperation, Glaskörperbiopsie (u/o Intra-vitreale Injektion), Belastungs- und Holter-EKG, Koloskopie und Stereotaktische Radiotherapie.

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

Bei den Tarifpositionen «Untersuchung durch den Facharzt ...» wird der Leistungstyp von Handlungs- in Zeitleistungen geändert. Diese Tarifpositionen werden zukünftig nach Zeitaufwand pro 5 Minuten abgerechnet. Dies betrifft 10 Tarifpositionen wie zum Beispiel: Die Tarifposition 00.0410 Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung (15 Min.) wird ersetzt durch die Tarifposition 00.0415 Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min. und die Tarifposition 00.0420 Umfassende Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung (25 Min.) wird ersetzt durch die Tarifposition 00.0425 Umfassende Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.

7. Anwendung von Abrechnungslimitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte

Der Vermerk «Diese Limitierung entfällt für elektronisch abrechnende Fachärzte» wird bei aktuell 20 Tarifpositionen ersatzlos gelöscht. Diese Massnahme betrifft zum Beispiel 00.0020 + Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag), 00.0070 + Besuch, jede weiteren 5 Min. (Besuchszuschlag) oder 00.0120 + Telefonische Konsultation durch den Facharzt, jede weiteren 5 Min. Die zeitlichen Limitationen werden für Kinder <6 Jahren und Personen >75 Jahren verdoppelt. Bei Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf werden die Limitationen ebenfalls verdoppelt. Für Kinder <6 Jahren und Personen >75 Jahren sowie die Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf werden neu jeweils separate Positionen geführt. Die Gründe für den erhöhten Behandlungsbedarf eines Patienten müssen in der Patientenakte aufgeführt werden und der erhöhte Behandlungsbedarf eines Patienten ist gegenüber dem Versicherer zu begründen.

8. 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 1 Min
- 00.0142 Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
- 00.0143 Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
- 00.0144 Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
- 00.0145 Überweisungen an Konsiliarärzte in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
- 00.0146 Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen ausserhalb von Konsultation, Besuch und telefonischer Konsultation in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
- 00.0147 Diagnostische Leistung am Institut für Pathologie in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.
- 00.0148 Tumorboard in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.

Die heute hinterlegte Limitation der Tarifposition wird halbiert. Limitationen für Kinder <6 Jahren und Personen >75 Jahren werden nicht halbiert. Bei Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf werden die

Limitationen ebenfalls verdoppelt. Für Kinder <6 Jahren und Personen >75 Jahren sowie die Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf werden neu jeweils separate Positionen geführt. Die Gründe für den erhöhten Behandlungsbedarf eines Patienten müssen in der Patientenakte aufgeführt werden und der erhöhte Behandlungsbedarf eines Patienten ist gegenüber dem Versicherer zu begründen.

Nebst den bereits jetzt aufgeführten Leistungen in der Interpretation der Tarifposition 00.0140 wird auch eine Position «Tumorboard in Abwesenheit des Patienten» für die Teilnahme an Tumorboards geschaffen.

Die gleiche Ausdifferenzierung gilt auch für die Tarifpositionen 02.0070 Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium) durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min. und 02.0160 Leistung in Abwesenheit des Patienten durch behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.

9. Zuschläge für Notfall-Inkonvenienz-pauschale

Die Interpretation bei den Tarifpositionen mit der Bezeichnung «Notfall-Inkonvenienzpauschale» wird präzisiert. Die Notfallkriterien für Notfälle während des Tages werden schärfer umschrieben, so dass klarer wird, in welchen Fällen diese Notfall-Inkonvenienzpauschale abgerechnet werden kann. Die Notfall-Inkonvenienzpauschalen können sowohl vom Arzt als auch von ambulanten Einrichtungen nach Artikel 36a KVG abgerechnet werden.

Die bis anhin geltenden Notfallkriterien für die Notfall-Inkonvenienzpauschale A (Mo–Fr 7–19, Sa 7–12) werden um einen Punkt ergänzt. Neu als Notfall-Kriterium aufgenommen wird, dass bei einem direkten Arzt-Patientenkontakt eine Störung der vitalen Funktionen vorhanden, zu befürchten bzw. nicht auszuschliessen sein müssen. Die Position ist auch abrechenbar bei Patienten, bei denen eine akute Erkrankung, ein Trauma oder eine Vergiftung eine Organschädigung hervorrufen oder zu Folge haben können. Im -Bereich der Psychiatrie ist von einem Notfall auszugehen bei Erregungszuständen, Selbst- und Fremdgefährdung, Bewusstseinsstörungen, kataton-stuporösen Zuständen. In Fällen ohne direkten Arzt-Patientenkontakt (z.B. Telefon) gelten nach wie vor die bisherigen Notfallkriterien.

Bei den Notfall-Inkonvenienzpauschalen B und C (Mo–So 19–22, Sa 12–19, So 7–19 und Mo–So 22–7) werden die Notfallkriterien so ergänzt, dass bei einem direkten Arzt-Patientenkontakt der Facharzt die sofortige Behandlung als medizinisch notwendig erachtet. In Fällen ohne direkten Arzt-Patientenkontakt (z.B. Telefon) gilt nach wie vor, dass die sofortige Behandlung medizinisch notwendig ist und/oder vom Patienten, Angehörigen oder Dritten als offensichtlich notwendig erachtet wird. Weiter wird das Zeitfenster für die Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale F bei dringlichen Konsultationen/Besuchen ausserhalb der regulären Sprechstundenzeiten, sowie Mo–Fr 19–22, Sa -12–19, sowie So 7–19 auf den Samstagvormittag 7–12 -erweitert.

10. Anpassungen der Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nicht ärztliches 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. Die nichtärztliche Blutentnahme kann auch dann abgerechnet werden, wenn die Analyse in einem externen Labor und nicht in der Arztpraxis erfolgt.

11. Instruktion von Selbstmessung etc.

Die Tarifposition 00.0610 Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min. ist neu in der Sparte Sprechzimmer und nicht mehr in der Sparte UBR Grundversorger tarifiert.

12. Elimination des Zuschlags von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten

Der Zuschlag von 10% auf den Einstandspreis von Verbrauchsmaterialien und Implantaten gemäß der Generellen Interpretation GI-20 Verbrauchsmaterialien und Implantate wird gestrichen.

13. Zusätzliche Änderungen

Die Tarifposition 00.2205 Formalisierter Arztbericht wird von einer Handlungsleistung in eine Zeitleistung mit Limitation (maximal 2 Mal pro Sitzung) umgewandelt und neu nummeriert (00.2206).

Es wird eine neue Tarifposition 02.0015 + Wegentschädigung für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, pro 5 Min. eingefügt. Tarifiert ist die Position gleich wie die Psychiatrische Diagnostik und Therapie.

Die Phytotherapie wird gleich tarifiert wie die andere Komplementärmedizin.

Weitere Informationen zum zweiten Tarifeingriff des Bundesrates in die Tarifstruktur TARMED per 1. 1. 2018 finden Sie auf der Internetseite der FMH unter www.fmh.ch → TARMED → TARMED Änderungen ab 1. 1. 2018. Auf der Internetseite der FMH werden unter anderem die Verordnung und die dazugehörigen Unterlagen, ein Tarifbrowser inkl. Anleitung und Datenbank sowie diverse weitere Publikationen wie zum Beispiel FAQ und Fact-Sheet aufgeschaltet.

Auswirkungen auf den UVG-Bereich

Die Verordnung des Bundesrates betrifft explizit nur die soziale Krankenversicherung KVG. Die MTK hat am 18. September 2017 entschieden, den bisherigen Tarif TARMED 01.08.00_BR bis zum 31. März 2018 unverändert gültig zu belassen und erst ab 1. April 2018 den veränderten Tarif 01.09.00_BR mit zusätzlichen UVG-Positionen sowie gewisse Leistungen mit einer höheren Abgeltung (z.B. Gutachten) in Kraft zu setzen. Die Details dazu liegen derzeit noch nicht vor. Dies bedeutet, dass mindestens für das erste Quartal 2018 zwei unterschiedliche ambulante TARMED-Tarifstrukturen parallel eingesetzt werden müssen (Unterscheidung nach angewendetem Gesetz KVG oder UVG). Auch dieser Umstand der gleichzeitigen Anwendung von 2 parallelen unterschiedlichen Tarifstrukturen, führt zu erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten. Ende Zitat.

Weiter zitieren wir aus der Membermail von Hausärzte Schweiz 11.12.2017:

Die Neudefinition der Notfall-Inkonvenienz-Pauschale A 00.2510 interpretieren wir so: Kommt der Patient notfallmässig in die Praxis und wird wegen einer möglichen Gefahr sofort beurteilt, so entsteht eine Inkonvenienz, und die Pauschale darf abgerechnet werden. Kommt der Patient unangemeldet in die Praxis, weil es ihm gerade gut passt, um ein länger bestehendes Problem vorzuzeigen, so können wir ihm einen Termin für die reguläre Sprechstunde geben oder ihn anschauen, wenn wir Zeit haben. Dann entsteht aber keine Inkonvenienz. Wir sind der Meinung, dass auch mit der neuen Definition Notfälle korrekt abgegolten werden können. Das Monitoring wird zeigen, in welchen Strukturen welche Positionen wie oft abgerechnet werden. Mit Rückfragen von Seiten der Kostenträger ist zu rechnen. Wir empfehlen eine gute Dokumentation.

Ende Zitat.

Zusammenfassend wird die Administration aufwendiger und komplizierter. Sobald uns mehr und genauere Unterlagen zur Umsetzung vorliegen werden wir Euch gerne wieder informieren.

Liebe Grüsse der Vorstand
Dezember 2017