



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

Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung

Bern, 18. Oktober 2017

Inhalt

1	AUSGANGSLAGE	4
2	STELLUNGNAHMEN.....	4
3	ÜBERBLICK.....	5
4	ZUSAMMENFASSUNG DER STELLUNGNAHMEN TARMED.....	5
4.1	Allgemeine Stellungnahmen zu TARMED.....	5
4.1.1	Übersicht.....	5
4.1.2	Subsidiäre Kompetenz des Bundesrates	11
4.2	Bemerkungen zu Artikel 2 Tarifstruktur für ärztliche Leistungen	11
4.3	Bemerkungen zu Anhang 1 – Anpassungen Tarifstruktur TARMED	12
4.3.1	Massnahme 1 – Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen	12
4.3.2	Massnahme 2 – Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten	13
4.3.3	Massnahme 3 – Senkung der Kostensätze bei gewissen Sparten.....	14
4.3.4	Massnahme 4 – Streichung der Minutagen für die Leistung im engeren Sinn (LieS) und Vereinheitlichung der Minutagen für die Berichtserstellung bei den Tarifpositionen für CT- und MRI-Untersuchungen	15
4.3.5	Massnahme 5 – Senkung von zu hohen Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen	17
4.3.6	Massnahme 6 – Umwandlung der Handlungsleistungen «Untersuchung durch den Facharzt» in Zeitleistungen	18
4.3.7	Massnahme 7 – Anwendung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte	19
4.3.8	Massnahme 8 – Interpretation der Leistungen in Abwesenheit des Patienten präzisieren sowie die jeweiligen Limitationen anpassen	20
4.3.9	Massnahme 9 – Interpretation bei den Notfallzuschlägen präzisieren	23
4.3.10	Massnahme 10 – Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal anpassen	24
4.3.11	Massnahme 11 – Tarifposition «00.0610 Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.» umtarifieren und Interpretation präzisieren	25
4.3.12	Massnahme 12 – Zuschlag von 10 % auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten löschen.....	26
4.3.13	Massnahme 13 – Streichen von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie alle Verweise auf das Gesetz streichen	27
5	STELLUNGNAHMEN ZUR TARIFSTRUKTUR FÜR PHYSIOTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN	28
5.1	Allgemeine Bemerkungen zur Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen.....	28
5.2	Bemerkungen zu Anhang 2 – Anpassungen Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen	32
5.2.1	Streichen der Einleitenden Bemerkung 1	32
5.2.2	Neue Einleitende Bemerkung 2.....	32
5.2.3	Neue Einleitende Bemerkung 4.....	32
5.2.4	Neue Einleitende Bemerkung 5.....	33

5.2.5	Neue Einleitende Bemerkung 6.....	35
5.2.6	Einzelne Tarifpositionen	35
5.2.6.1	Position 7301 Einzelsitzungspauschale für allgemeine Physiotherapie	35
5.2.6.2	Position 7311 Einzelsitzungspauschale für aufwändige Physiotherapie	35
5.2.6.3	Position 7313 Sitzungspauschale für Hippotherapie	36
5.2.6.4	Position 7330 Sitzungspauschale für Gruppentherapie (Gruppengrösse bis 5 Patienten/innen)	36
5.2.6.5	Position 7340 Sitzungspauschale für Medizinische Trainingstherapie MTT	37
5.2.6.6	Position 7350 Zuschlagsposition für die erste Behandlung	38
5.2.6.7	Position 7351 Zuschlagsposition für erhöhten Zeitbedarf für die Behandlung aufwändiger Fälle	38
5.2.6.8	Position 7352 Zuschlagsposition für die Benutzung des Geh- oder Schwimmbads	39
5.2.6.9	Position 7354 Zuschlagsposition für die Weg- oder Zeitentschädigung	39
5.2.6.10	Positionen 7362, 7363 Pauschalen für Behandlungen mit Vaginal- und Analsonde	39
5.2.7	Sonstige Leistungen.....	40
5.2.8	Sonstige Vorschläge	41

ANHANG: LISTE DER VERNEHMLASSUNGSTEILNEHMER.....42

1 Ausgangslage

Am 22. März 2017 hat der Bundesrat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, bis zum 21. Juni 2017 ein Vernehmlassungsverfahren zu der Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung durchzuführen.

Die Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung (AS 2016 4635) beinhaltet in ihrer aktuellen Fassung lediglich die Festlegung der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen nach Artikel 43 Absatz 5 KVG bis Ende 2017. Mit der vorgesehenen Änderung der Verordnung soll nun die revisionsbedürftige Tarifstruktur für ärztliche Leistungen (TARMED), Version 1.08 – vereinbart im Rahmenvertrag inkl. Anhänge zwischen santésuisse und der FMH vom 20. Juni 2002 und vom Bundesrat genehmigt am 30. September 2002 – per 1. Januar 2018 angepasst werden. Gleichzeitig wird die durch den Bundesrat angepasste Tarifstruktur als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen festgelegt, da es sonst per 1. Januar 2018 keine von allen Tarifpartnern gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur mehr gibt.

Zudem wird die Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen mit kleinen Anpassungen erneut festgelegt, um auch hier einen tarifstrukturlosen Zustand ab dem 1. Januar 2018 zu verhindern.

2 Stellungnahmen

Innert Vernehmlassungsfrist sind rund 980 Stellungnahmen zur Anpassung der Tarifstruktur TARMED eingetroffen, wobei rund 700 Stellungnahmen von einzelnen Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen, etc.) stammen.

Die GDK und 26 Kantone; 8 Politische Parteien (BDP, CVP, EDU, FDP, glp, GPS, SPS, SVP); 5 Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete (+ 1 Stadt); 8 Dachverbände der Wirtschaft; 3 Konsumentenverbände; 3 Versichererverbände (santésuisse, curafutura, MTK) und 1 Versicherer (Groupe mutuel); 34 Patientenorganisationen; 50 kantonale/regionale Ärztesgesellschaften; 76 gesamtschweizerische Ärztevereinigungen (inkl. FMH); 37 Spitäler bzw. Spitalverbände (inkl. H+); rund 700 Stellungnahmen von einzelnen Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen, etc.); ca. 15 Privatpersonen und sonstige (u.a. auch die EFK). Die Stellungnahmen der einzelnen Leistungserbringer beinhalten rund 530 Stellungnahmen, die sich grundsätzlich den Stellungnahmen ihrer Facharztgesellschaften anschliessen (Ophthalmologen, Dermatologen).

Im Rahmen der Vernehmlassung gingen über 10'000 Stellungnahmen zur Anpassung der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen ein. An der Vernehmlassung beteiligten sich die GDK und 22 Kantone, zwei politische Parteien (EDU und SPS), sieben gesamtschweizerische/kantonale/regionale Verbände von Leistungserbringern der Physiotherapie (inkl. H+, physioswiss, SVFP), drei gesamtschweizerische Versichererverbände (curafutura, MTK und santésuisse) und ein Krankenversicherer (Groupe mutuel), vier Dachverbände der Wirtschaft (FER, SGB, SVFB, VPOD-SH) sowie zwei Spitäler (PKS, USZ (Physio)). Daneben trafen rund 70 individuelle Stellungnahmen von Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie von Patientinnen und Patienten ein. Das von physioswiss verfasste Formular wurde von über 10'000 Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten, die mit den Physiotherapeutinnen und -therapeuten in Kontakt sind übermittelt bzw. darauf verwiesen.

Die Liste der Vernehmlassungsteilnehmer (mit den in diesem Bericht verwendeten Abkürzungen) ist im Anhang zu finden.

3 Überblick

Die Vernehmlassung hat gezeigt, dass der Revisionsbedarf der Tarifstruktur TARMED nach wie vor unbestritten ist, sich die Tarifpartner aber nicht auf gemeinsame Positionen einigen können. Die Rückmeldungen aus der Vernehmlassung entsprechen weitgehend den Erwartungen: Zuspruch erfolgte von Seiten der Versicherer, den politischen Parteien und der GDK, Ablehnung betreffend den grundsätzlichen Eingriff des Bundesrates und zu einzelnen Massnahmen von den Leistungserbringern. Indessen fehlen bei den Stellungnahmen weitgehend sowohl die Datengrundlagen, auf die sich diese Kritik stützt wie auch Alternativen zu den vorgeschlagenen Massnahmen, die eine Verbesserung der Tarifstruktur mit sich bringen.

Die zustimmenden Antworten (hauptsächlich Kantone und Versicherer) zur Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen begrüssen die Verbesserung der Transparenz und Klarheit der Abrechnungsregeln. Bei den politischen Parteien gehen die Meinungen auseinander. Während die SPS den Eingriff als gerechtfertigt betrachtet, lehnt die EDU die Vorlage mit der Begründung ab, dass sie unausgewogen sei und der Bundesrat nicht über eine ausreichende gesetzliche Grundlage verfüge. Die Leistungserbringer sind gegen die Vorlage, da sie die Vorgaben des KVG nicht erfülle (keine sachgerechte Tarifstruktur und keine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife). Weiter bemängeln sie, dass die Tarifstruktur der Vernehmlassungsvorlage wie bereits die heutige Struktur bestimmte (neue) Leistungen, die im Rahmen der Physiotherapie erbracht werden, nicht berücksichtige. curafutura und H+ bedauern vor allem, dass der Bundesrat die im KVG vorgesehene Tarifautonomie nicht berücksichtigt und sich nicht auf die Tarifstruktur gestützt hat, welche die Partner im Rahmen der Revisionsverhandlungen entwickelt und vereinbart und dem Bundesrat im August 2016 zur Genehmigung eingereicht haben.

4 Zusammenfassung der Stellungnahmen TARMED

4.1 Allgemeine Stellungnahmen zu TARMED

4.1.1 Übersicht

Kantone

Der Kanton GR lehnt den Vorschlag insbesondere mit der Begründung ab, dass er die Randregionen gefährde. Auch der Kanton LU weist die Vorlage zurück, anerkennt aber, dass die Tarifstruktur TARMED einer Revision bedarf. Die übrigen Kantone unterstützen den Entwurf zur Revision der Tarifstruktur TARMED mit gewissen Vorbehalten.

Die meisten Kantone (AR, BL, BS, JU, GL, NE, NW, OW, SG, SH, TG, VS, ZG, ZH) verweisen auf die Stellungnahme der GDK und fügen dieser jeweils für sie wichtige Punkte hinzu. Die Kantone AR, BL, GL, NW, OW haben die Stellungnahme der GDK wortwörtlich übernommen, aber einige Ergänzungen angebracht.

Zahlreiche Kantone (AG, BE, GL, GR, NE, NW, OW, SO, SZ, TG, TI, VD, VS, ZH und die GDK) unterstützen das Vorhaben, die Auswirkungen der vorgesehenen Revision in einem Monitoring zu analysieren und flankierende Massnahmen zu definieren, um allfällige negative Auswirkungen in gewissen Leistungsbereichen korrigieren zu können.

Die Kantone AI, BE, LU, NE, SG, SH, SO, TG sowie die GDK erachten den Eingriff des Bundesrates als starkes und wichtiges Signal an die Tarifpartner, rasch eine Einigung zu finden.

Die Kantone AG, GL, SZ, TG, TI, ZG und die GDK unterstützen grundsätzlich die bundesrätliche Zielsetzung, mit der Revision keine Kostenneutralität zu verfolgen. Neben den erwähnten Kantonen und der GDK sind auch die Kantone SH, SO, TI, VD und ZH der Auffassung, dass der tatsächliche Umfang der vorgesehenen Einsparungen schwierig zu beurteilen ist. Insbesondere die Kantone SH und ZH vertreten den Standpunkt, dass das Einsparpotenzial der vorgesehenen Revision auch je nach TARMED-Steuerwert der einzelnen Kantone variieren

kann. Die Kantone BE, SG (betreffend die Spitäler), TG, TI und die GDK weisen ebenfalls auf die Frage des TARMED-Taxpunktwerts hin. Einige verweisen insbesondere auf die kantonalen Unterschiede.

BE, VS und ZH betonen, dass für eine Anpassung oder Gesamtrevision der Tarifstruktur TARMED die nötigen Datengrundlagen vorhanden sein müssen.

Als sehr wichtigen Punkt nennen die meisten Kantone (AG, BE, FR, GR, LU, NE, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VS, ZH und die GDK) die Gefahr, dass ambulante Leistungen in den stationären Bereich verlagert werden und die Kosten für die Kantone entsprechend steigen. Um dieser Gefahr entgegenzuwirken, wird am häufigsten, unter anderem auch von der GDK, der Vorschlag gemacht, im TARMED Einzelleistungspauschalen für ambulante operative Eingriffe vorzusehen.

Politische Parteien und Kommissionen

Die Mehrheit der Parteien begrüsst die Verordnungsänderung sowie die Anpassung der Tarifstrukturen. Einzig die EDU lehnt die Anpassung ab, da aus ihrer Sicht jede Änderung unangebracht ist, welche die ambulante Behandlungsweise hinsichtlich der Kostenstruktur zugunsten der stationären Behandlungen schwäche.

Zu den einzelnen Massnahmen haben einzig die glp sowie teilweise die SVP Stellung genommen. Darauf wird in Ziffer 4.4 eingegangen.

Die GPS erachtet das vorgeschlagene Sparziel von 700 Millionen als zu hoch. Sie befürwortet hingegen die Besserstellung von Hausärzten, Grundversorgern sowie von Kinder- und Altersmedizin.

Die SPS betont ihre Unterstützung für die Hausärzte und wie wichtig es sei, dass die Generalisten angemessen entlohnt würden. Weiter müsse unbedingt verhindert werden, dass sich Kürzungen der Leistungen negativ auf die Gruppe der Schwächsten (Kinder, Personen mit psychischen Störungen, ältere Patienten, Polymorbide, Personen mit chronischen oder seltenen Krankheiten und Personen mit Handicap) auswirken.

Die FDP hebt hervor, dass der Trend von stationär zu ambulant nicht gefährdet werden dürfe.

Die GUMEK meint, dass die geplanten Anpassungen Personen mit genetischen Problemen schaden werden, da diese oft seltene Krankheiten aufweisen würden und somit eine längere Konsultationszeit benötigen. Die GUMEK erwähnt auch, dass die geplanten Anpassungen am TARMED mit der korrekten Anwendung einiger Vorschriften aus dem Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) in Konflikt stehen.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete

Der SSV verzichtet auf die Teilnahme an der Vernehmlassung.

Die Stadt Winterthur begrüsst die Vorlage weder explizit noch lehnt sie sie ab. Sie legt aber dar, dass die geplanten Änderungen im TARMED dem Projekt der Nationalen Demenzstrategie und dem Projekt Gesundheit2020 entgegenstehen.

Der SGV, die SAB sowie die AG Berggebiet sind mit der Vorlage grundsätzlich einverstanden, wobei die AG Berggebiet die SAB bei ihrer Stellungnahme unterstützt.

Der SGV und die SAB betonen zudem, dass der TARMED sehr kompliziert sei und für die Ärzteschaft einen enormen bürokratischen Aufwand verursache. Für die Patienten auf der andern Seite sei er hingegen intransparent und schwer zu verstehen. Weil der TARMED nicht dazu beigetragen habe, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen einzudämmen, werde der Bundesrat ersucht, zusammen mit den Kantonen, der Dachorganisation der Gemeinden, Städte und Berggebiete sowie der Branche, alternative Lösungen zu prüfen und TARMED durch ein einfacheres System zu ersetzen.

Ausserdem weisen der SGV und die SAB darauf hin, dass in ländlichen Regionen ein Mangel an Allgemeinpraktikern absehbar sei, da immer mehr Hausarztpraxen geschlossen würden. Der TARMED stelle heute für einen Arzt keinen Anreiz dar, sich auf dem Land als Grundver-

sorger niederzulassen. Dies müsse dahingehend geändert werden, dass kein finanzieller Anreiz bestehe für Ärzte, sich in städtischen Gebieten niederzulassen. Die Anreizmechanismen müssten so ausgestaltet werden, dass ländliche Gebiete attraktiver erscheinen und so die Grundversorgung flächendeckend gestärkt werde.

Dachverbände der Wirtschaft

Travail.Suisse verzichtet auf eine Stellungnahme.

Der SGB unterstützt die Verordnungsänderung. Die Anpassungen im Bereich der überbeurteilten Tarife würden kostendämpfend wirken, was im Interesse der Prämienzahler liege. Generell sei bei den vorgeschlagenen Tarifanpassungen allerdings zu beachten, dass die Versorgungssicherheit für alle Grundversicherten und die Behandlungsqualität, insbesondere bei Kindern, chronisch- oder psychisch-kranken Personen, gewährleistet bleibe.

economiesuisse, die FER, der SVFB, der SGV sowie das CP lehnen die Verordnungsänderung ab.

economiesuisse ist der Ansicht, dass mit dem Eingriff die Chance verpasst worden sei, den TARMED mit zusammengefassten Tarifpositionen sowie mit simplen Zeittarifen zu vereinfachen. Ausserdem werde mit dem Tarifeingriff der Anreiz verstärkt, Untersuchungen und Behandlungen stationär statt ambulant durchzuführen, was oft unnötig höhere Kosten verursache. Ausserdem seien die Auswirkungen auf die Versorgung nicht absehbar. Gemäss einigen Branchen, wie beispielsweise den Kinderspitälern, könnten künftig wichtige Leistungen nicht mehr kostendeckend durchgeführt werden. Dies würde Artikel 43 Absatz 4 KVG widersprechen.

Für den SGV erfolgt die vorgeschlagene Verordnungsrevision zu einem falschen Zeitpunkt, da sich die Vertragspartner gegen Schluss der jüngsten Vertragsverhandlungen annäherten und eine Einigung möglich sei. Ausserdem hegen sie Zweifel an den prognostizierten Einsparungen, da diese auf einer rein statistischen Betrachtungsweise basierten. Bei Umsetzung des Verordnungsentwurfs sei mit einer Verlagerung der Leistungen vom ambulanten in den stationären Bereich zu rechnen. Weiter findet der Verband den Vorschlag einseitig und unausgewogen, indem er willkürlich bestimmte Fachgebiete treffe. Dies sei nicht sachgerecht, zumal der Entwurf ausschliesslich Tarifsenkungen vorsehe, nachdem es ausgewiesenermassen auch Leistungen gebe, die heute unterentschädigt seien. Nicht zuletzt hegt der SGV wie auch das CP Zweifel an der Rechtmässigkeit des Eingriffs. Sie verweisen auf das Urteil des Kantonsgerichts Luzern und führen aus, dass zwischen dem damaligen und dem nun vorgeschlagenen Eingriff etliche Parallelen vorliegen würden.

SWISS MEDTECH unterstützt zwar die Weiterentwicklung von Tarifsystemen, ist jedoch mit den vorgeschlagenen Massnahmen nicht einverstanden, da damit Negativ-Anreize im ambulanten Sektor gesetzt würden und weiterhin keine Lösung für die Aufnahme neuer Leistungen in den bestehenden Katalog bestehe.

Konsumentenverbände

Die SKS, der ACSI und die FRC unterstützen die Vorlage. Sie betonen jedoch, dass es sich hierbei nur um eine Teilrevision handle und sie darauf zählen, dass die Tarifpartner die weiteren Verhandlungen schnell und konstruktiv angehen würden. Das Ziel müssten verständlichere Tarife und Rechnungen sein, welche von den Versicherten besser überprüft werden können.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die Versicherer werten den bundesrätlichen Eingriff an der Tarifstruktur TARMED grundsätzlich als positiv. Von Seiten santésuisse besonders hervorzuheben seien die Massnahmen, welche für eine transparente Rechnung gegenüber den Patienten sorgen. Durch den Eingriff würden viele Kritikpunkte der Einzelleistungsstruktur TARMED behoben. Dieser Umbau sei bis anhin durch die fehlende Einstimmigkeit unter den Tarifparteien nicht möglich gewesen. Ungeachtet dieser Umstellungen bleibt TARMED aus Sicht von santésuisse allerdings ein Einzelleistungstarif mit den einem solchen Tarif inhärenten Schwächen. santésuisse bedauert,

dass der Bundesrat die seitens santésuisse in Zusammenarbeit mit der fmCh Tarifunion als zielführendere Massnahmen erachteten und eingegebenen Vorschläge betreffend Pauschalen in verschiedenen Fachbereichen im Rahmen der Überarbeitung der TARMED-Revision nicht berücksichtigt hat. curafutura unterstützt einen Tarifeingriff des Bundesrates, um erstens mit geeigneten Massnahmen zur spürbaren Dämpfung der Fehlanreize im aktuellen Arzttarif beizutragen, mit dem Ziel, das Kosten- und Prämienwachstum bereits per 1. Januar 2018 spürbar zu dämpfen. Zweitens soll mit dem Tarifeingriff die Bereitschaft aller Tarifpartner erhöht werden, sich ernsthaft für die dringend notwendige Revision des veralteten TARMED einzusetzen. Die Entschlossenheit des Bundesrates, mit einem subsidiären Eingriff in den TARMED-Arztтарif eine dringende, kostenwirksame Korrektur vorzunehmen, wird begrüsst. Das in der Verordnungsänderung präsentierte Massnahmenpaket erhält die uneingeschränkte Unterstützung von curafutura. Gemäss der MTK gehen aus dem Vorschlag des Bundesrates die Sparbemühungen eindeutig hervor. Aus ihrer Sicht setzt er den Rotstift aber teilweise zu flächendeckend an (Dignitäten, Sparten). Dadurch komme es zu Umsatzeinbussen, die sicherlich auf irgendeine Weise kompensiert werden. Die Auswirkungen dieser «Umgehungslösungen» für die UV/MV/IV-Versicherer seien sehr schwierig abzuschätzen. Aus Sicht UV/MV/IV sind die Einsparungen grundsätzlich zu begrüssen. Zwei Entwicklungen erachtet die MTK allerdings als kritisch: Die Streichung aller Positionen, welche nicht direkt das KVG betreffen, stelle die eidgenössischen Sozialversicherer vor Probleme. Die Auswirkungen auf die Bereiche UV/MV/IV seien nicht für alle Positionen klar und müssten teilweise noch ausgearbeitet werden. Der Bund nehme somit in Kauf, dass es zwei verschiedene Tarifstrukturen geben könnte. Zweitens sei nicht klar, wie die Leistungserbringer auf die Änderungen bzw. Streichungen von Positionen reagieren werden. Ungeklärt sind aus Sicht der MTK die Fragen der konkreten Tarifierstellung wie Schulung und Interpretation der neuen Tarifstruktur sowie die Beantwortung von Fragen zum Tarif durch Leistungserbringer, Versicherer und Patienten. Der MTK-Vorstand werde an seiner Sitzung im September 2017 entscheiden, welche Tarifstruktur für ärztliche Leistungen per 1. Januar 2018 im UVG, MVG und IVG Gültigkeit haben werde. Der Versicherer Groupe mutuel begrüsst den Eingriff des Bundesrates. Dennoch würde er die kapitelweise Revision mittels Pauschalierungen bevorzugen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Patientinnen und Patienten / Benutzerinnen und Benutzer

Grundsätzlich haben die Patientenorganisationen zum Ziel, Patientinnen und Patienten zu unterstützen, die durch ihren Gesundheitszustand und/oder hohes Alter sehr vulnerabel sind. Sie vertreten insbesondere Patientinnen und Patienten mit seltenen, chronischen oder psychischen Krankheiten, mit physischen und/oder psychischen Behinderungen etc., deren Pflege aus Sicht dieser Organisationen lange und häufig komplizierte Prozesse und eine ausgeprägte Interdisziplinarität erfordern.

Aus diesen Gründen insbesondere bezieht sich die Hauptkritik auf die verschiedenen Beschränkungen, die der Revisionsentwurf des Bundesrates zur Tarifstruktur TARMED vorsieht. Verschiedene Patientenorganisationen (AGILE.CH, Alzheimer Schweiz, FSP, IG Seltene Krankheiten) äussern sich zur Frage der Notwendigkeit einer Revision der Tarifstruktur und anerkennen, dass eine Revision nötig ist. Eine grössere Anzahl dieser Organisationen (Alzheimer Schweiz, Angelman, DEBRA, ELA, Epi-suisse, FSP, IG Seltene Krankheiten, Kind+Spital, oncosuisse, SBH, epi.ch, Muskelgesellschaft lehnt die Vorlage des Bundesrates ab.

Neben Bemerkungen zu den vom Bundesrat vorgesehenen Massnahmen wurden weitere Punkte erwähnt, insbesondere die Frage der Gefahr eines Kostenanstiegs zulasten anderer Sozialversicherungen, etwa der Invaliden- oder der Arbeitslosenversicherung (SDG). Gewisse Patientenorganisationen (FSP, Kind+Spital, PMS, SMA) sorgen sich auch um das Risiko einer Verschiebung vom ambulanten in den stationären Bereich, was unter anderem die Entwicklung bestimmter Patientinnen und Patienten und ihre Wiederintegration gefährden könnte.

Für die FSP insbesondere ist es wichtig, über die aktuellen und nötigen Daten sowie über geeignete Monitoring- und Begleitmassnahmen zu verfügen.

Eine grosse Mehrheit der Patientenorganisationen (AGILE.CH, Alzheimer Schweiz, AVAM, autimusschweiz, chronischkrank.ch, DEBRA, ELA, Fragile Suisse, IG Seltene Krankheiten, Inclusion Handicap, insieme, Kind+Spital, oncosuisse, PMS, ProRaris, SMA) weist darauf hin, dass es Widersprüche gibt zwischen Beschränkungen, die der Bundesrat in seinem Entwurf zur Revision der Tarifstruktur TARMED vorschlägt, und verschiedenen nationalen Strategien, Bundesgesetzen und internationalen Vereinbarungen. Dazu gehören beispielsweise (ohne besondere Reihenfolge): Nationales Konzept Seltene Krankheiten, Nationale Demenzstrategie, Nationale Strategie gegen Krebs, Strategie Gesundheit2020, Nationale Strategie Palliative Care, bestimmte Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung, Übereinkommen über die Rechte des Kindes, Bundesgesetz vom 8. Oktober 2004 über genetische Untersuchungen beim Menschen (SR 810.12; GUMG) oder Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderung (SR 151.3; BehiG).

Leistungserbringer – Ärztegesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztevereinigungen)

Die Ärztegesellschaften sprechen sich mehrheitlich gegen den Eingriff des Bundesrates aus. Für viele Ärztegesellschaften ist die Sachgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit des Eingriffs nicht gegeben. Sie kritisieren, dass die Taxpunkte mit dem bundesrätlichen Eingriff einseitig nach unten angepasst wurden.

Viele Ärztegesellschaften befürchten eine Verlagerung von Leistungen, die ambulant nicht mehr kostendeckend erbracht werden könnten, in den stationären Bereich. Zudem befürchten sie die Gefährdung der medizinischen Versorgung von besonders betreuungsintensiven, vulnerablen Patientengruppen. Für Teile der Ärztegesellschaften sei die wirtschaftliche Praxisführung in Frage gestellt.

Im Gegensatz zu den Facharztgesellschaften wird die Vereinheitlichung der Dignität respektive die Aufwertung der intellektuellen Grundleistungen von den Haus- und Kinderärzten begrüsst (JHaS, mfe), wobei auch nach deren Meinung der Faktor auf 1 gesetzt werden müsste. Die Anwendung der Limitationen in den Grundleistungen auch für elektronisch abrechnende Ärzte sowie die angekündigte Halbierung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten haben bei den Ärztegesellschaften grosse Widerstände ausgelöst. Grundsätzlich positiv aufgenommen wurde die angepasste Interpretation bei Punction und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal.

Leistungserbringer – Spitäler

Die Spitäler und Kliniken beziehen sich grundsätzlich auf die Vernehmlassungsantwort von H+.

Die Kinderspitäler beziehen sich grundsätzlich auf die Stellungnahme von AllKidS.

Die Kliniken und Spitäler, die Stellung genommen haben, lehnen die vom Bundesrat vorgeschlagene Anpassung der Tarifstruktur TARMED ab. Einige unter ihnen (z.B. IG «interdisziplinär und überparteilich für einen leistungsstarken Gesundheitsstandort», KS-GR (Onko), Klinik Züriseh AG, Pallas Kliniken AG, PKS, senesuisse/curaviva, Spital Männedorf (Onko), Spital Thurgau (Kind) und unimedsuisse) anerkennen die Notwendigkeit, diese Tarifstruktur zu revidieren.

Gemäss der Klinikdirektoren Ophthalmologie, der Pallas Kliniken AG, senesuisse/curaviva, unimedsuisse, dem VLSS oder der IG «interdisziplinär und überparteilich für einen leistungsstarken Gesundheitsstandort» darf es in der Tarifstruktur TARMED keine allgemeinen Eingriffe ohne Berücksichtigung der Besonderheiten der verschiedenen Bereiche und keine punktuellen Eingriffe geben, da die verschiedenen Leistungen des TARMED alle untereinander in Beziehung stehen. unimedsuisse weist ausserdem auf die heute unterbewerteten Leistungen hin, die der Bundesrat bei der Erarbeitung seines Anpassungsvorschlags nicht berücksichtigt habe.

Zu den Hauptkritikpunkten gehört insbesondere die ungenügende Kostendeckung (AllKidS, Klinikdirektoren Ophthalmologie, HFR, Dachverband Hospize Schweiz, IG «interdisziplinär und überparteilich für einen leistungsstarken Gesundheitsstandort», KSW (Kind), KS-LU (Kind), Pallas Kliniken AG, PKS, SMC, SWISSREHA Spital Thurgau (Kind), UKBB, unimeduisse, VLSS). Gemäss den Vernehmlassungsantworten werden bereits heute gewisse Kosten nicht mehr durch den TARMED gedeckt. Die vom Bundesrat vorgesehene Anpassung würde diesen Trend noch verstärken und so den Fortbestand gewisser Leistungserbringer gefährden. Weiter wird auf Widersprüche zwischen dem Eingriff des Bundesrates in die Tarifstruktur TARMED und dem Inhalt verschiedener Gesundheitsstrategien des Bundes hingewiesen, beispielsweise der Strategie gegen Krebs KS-GR (Onko), KS-SG (Onko), KSW (Onko), der Strategie Gesundheit2020 (PKS, senesuisse/curaviva) oder auch der Nationalen Demenzstrategie (PKS, senesuisse/curaviva).

In den meisten Vernehmlassungsantworten wird auch die Frage nach den Bereichen mit besonders vulnerablen Patientinnen und Patienten aufgeworfen, wie der Geriatrie, der Pädiatrie, der Onkologie, der Psychiatrie oder der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit seltenen oder/und chronischen Krankheiten. Gemäss diesen Stellungnahmen sind die Patientinnen und Patienten und die Leistungserbringer, die sie behandeln, von den vorgeschlagenen Anpassungen, insbesondere den vorgesehenen Limitationen, am stärksten betroffen.

AllKidS, das HFR, die IG «interdisziplinär und überparteilich für einen leistungsstarken Gesundheitsstandort», die Klinik Zürisoh AG, das KSW (Kind), das KSW (Onko), die MV Santé, die Pallas Kliniken AG, PKS, Schweizer Klinikdirektoren Dermatologie und Venerologie, senesuisse/curaviva, SWISSREHA, Universitätsspitäler Schweiz, VDPS, der VLSS weisen unter anderem auf die Gefahr hin, dass bestimmte Leistungen aus Kostengründen vom ambulanten in den stationären Bereich verlagert werden.

Erwähnt wurden ausserdem die Fragen des Taxpunktswerts (KS-GR (Röntgen), MV Santé), der Kostenverschiebung zu anderen Sozialversicherungen (KS-GR (Onko), KSW (Onko), PKS), der Gefahr einer Zwei-Klassen-Medizin (Pallas Kliniken AG, Schweizer Klinikdirektoren Dermatologie und Venerologie) oder der mangelnden Datengrundlagen für einen sachgerechten Eingriff durch den Bundesrat (Klinikdirektoren Ophthalmologie, PKS).

Leistungserbringer – Ärztinnen und Ärzte (individuell)

Verschiedene Ärztinnen und Ärzte haben im Rahmen der Vernehmlassung zu den vom Bundesrat vorgeschlagenen Anpassungen der Tarifstruktur TARMED ebenfalls individuelle Stellungnahmen abgegeben. Diese Stellungnahmen wurden nach den Fachbereichen der einzelnen Ärztinnen und Ärzte geordnet. Die Vernehmlassungsantworten orientieren sich an den Stellungnahmen der Dachverbände der einzelnen Fachbereiche oder übernehmen diese unverändert.

Andere Organisationen des Gesundheitswesens und Sonstige

Bayer ist mit der vorgeschlagenen Änderung nicht einverstanden, weil sie die vorgeschlagene Änderung der Tarifposition für intravitreale Injektionen (08.3350) als problematisch erachtet.

Für pharmaSuisse muss eine sachgerechte Tarifstruktur unter Berücksichtigung aller Interessen vereinbart werden. Die Behörde sollte keine Tarifstruktur festlegen, bei der diejenigen Tarifpartner, die die Verhandlungen verunmöglichen, am Ende dafür belohnt werden. Damit sei jede künftige Verhandlung im Voraus zum Scheitern verurteilt.

PULSUS lehnt die vorgeschlagenen Anpassungen grundsätzlich ab, hat aber Verständnis für die Bestrebungen des Bundesrates, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu bremsen. Gemäss PULSUS kommt der Vernehmlassungsvorschlag einem Globalbudget gleich, der unser Gesundheitssystem gefährden könnte, weil er zu einer Verknappung der Leistungsanbieter und des Leistungsangebotes führt. Die EFK begrüsst, dass die Anpassungen an der Tarifstruktur TARMED auf einen Teil ihrer Empfehlungen aus dem Bericht vom Jahr 2010 eingehen. Es bestehe aber ein gewisses Risiko, dass die Spezialisten die Kürzungen mit Mengenausweitungen kompensieren. Daher sei das Monitoring sehr wichtig.

4.1.2 Subsidiäre Kompetenz des Bundesrates

Kantone

Abgesehen vom Kanton GR, der zu diesem Punkt keine Stellung nimmt, anerkennen alle Kantone die Kompetenz des Bundesrates, im Sinne von Artikel 43 Absatz 5bis KVG in die Tarifstruktur einzugreifen. Nach ihrer Ansicht sind die Voraussetzungen dafür erfüllt, insbesondere deshalb, weil sich die Tarifpartner trotz langer Verhandlungen nicht auf eine neue Tarifstruktur einigen konnten und die aktuelle Struktur von allen als nicht mehr sachgerecht betrachtet wird.

Politische Parteien und Kommissionen

Eine Mehrheit der politischen Parteien begrüsst den Eingriff des Bundesrates in die Tarifstruktur, da diese veraltet und nicht mehr sachgemäss ist. Weil sich die Tarifpartner nicht auf eine Anpassung einigen können, befürworten sie den subsidiären Eingriff des Bundesrates. Es wird aber an die Tarifpartner appelliert, rasch eine Einigung betreffend die künftige Tarifstruktur zu erzielen.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete

Der SGV und die SAB erachten es grundsätzlich als richtig, dass der Bundesrat von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch macht und in die Tarifstruktur eingreift, da diese nicht mehr sachgemäss sei.

Dachverbände der Wirtschaft

Der SGB unterstützt den Eingriff des Bundesrates in die Tarifstruktur TARMED. Der Eingriff gestützt auf die subsidiäre Kompetenz sei notwendig geworden, weil die aktuell gültige Version nur noch bis Ende 2017 Gültigkeit habe und innert nützlicher Frist von den Tarifpartnern keine gemeinsam getragene Tarifversion erzielt werden können.

economiesuisse bedauert, dass der Eingriff des Bundesrates aufgrund der Nichteinigung der Tarifpartner nötig wurde, zeigt aber Verständnis für sein Handeln. Die Tarifpartner müssen sich endlich einigen, und um dies sicher zu stellen, müsste man die Kosten bei Nichteinigung für die Tarifpartner erhöhen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Patientinnen und Patienten / Benutzerinnen und Benutzer

Die FSP begrüsst die Tatsache, dass der Bundesrat von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch gemacht hat, um das Kostenwachstum im ambulanten Bereich zu bremsen.

Leistungserbringer – Ärztgesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztevereinigungen)

Gemäss verschiedenen Ärztgesellschaften, darunter dem Dachverband der Chirurgen, der fmCh Tarifunion, entbehrt der vorgeschlagene Eingriff jeglicher nachvollziehbarer, datengestützter Sachgerechtigkeit. Die subsidiäre Kompetenz sollte aus Sicht der fmCh Tarifunion dazu dienen, eine fehlende Sachgerechtigkeit zu korrigieren, und nicht, diese zu verschlechtern. Es liege somit eine rechtswidrige Anwendung der subsidiären Kompetenz vor.

Andere Organisationen des Gesundheitswesens und Sonstige

Die EFK ist der Ansicht, dass ein subsidiärer Eingriff des Bundesrates keine langfristige Lösung sein kann.

4.2 Bemerkungen zu Artikel 2 Tarifstruktur für ärztliche Leistungen

Kantone

Der Kanton VD weist auf einen Redaktionsfehler im Wortlaut von Artikel 2 Absatz 2 in fine der Verordnung hin.

Der Kanton ZH schlägt vor, in Artikel 2 der Verordnung zu präzisieren, dass es sich um ambulante Leistungen (Die Tarifstruktur für ambulante medizinische Leistungen (TARMED)...) und

um eine Einzelleistungstarifstruktur handelt. Die übrigen Tarifarten könnten nach wie vor von den Parteien vereinbart werden.

4.3 Bemerkungen zu Anhang 1 – Anpassungen Tarifstruktur TARMED

4.3.1 Massnahme 1 – Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

Kantone

Die meisten Kantone und die GDK werten einen einheitlichen Dignitätsfaktor für alle Ausbildungen grundsätzlich als positiv. Allerdings äussern die Kantone FR und LU Vorbehalte und schlagen vor, eine gestaffelte Einführung und eine detailliertere Beurteilung der Frage in Betracht zu ziehen.

Politische Parteien und Kommissionen

Die glp begrüsst diese Massnahme, fordert aber für alle Fachärztinnen und Fachärzte, und somit auch für jene mit dem eidgenössischen Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt/Praktische Ärztin», den einheitlichen Dignitätsfaktor von 0.968. Sie begründen dies damit, dass jenen Ärztinnen und Ärzten aufgrund ihrer weniger weit gehenden Ausbildung weniger Tarifpositionen zur Abrechnung zur Verfügung stehen als anderen Grundversorgerinnen und Grundversorgern.

Dachverbände der Wirtschaft

economiesuisse lehnt diese Massnahme ab, weil dadurch die Anreize zur Aus- und Weiterbildung geschwächt würden.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die Versichererverbände santésuisse und curafutura sowie der Versicherer Groupe mutuel begrüssen die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors. Der Versichererverband santésuisse wertet den Umbau der quantitativen Dignitäten als eine nochmalige Stärkung der Grundversorgung. Der Verband weist darauf hin, dass der Abschlagsfaktor für den Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt/praktische Ärztin» in der Tarifdatenbank korrekt gekennzeichnet werden sollte. Für die Umsetzung benötige es zudem zwingend eine zusätzliche Regelung betreffend Besitzstand. santésuisse schlägt vor, dass der Bundesrat zusammen mit der Anpassung der Tarifstruktur auch klare Richtlinien hinsichtlich Besitzstand erlässt und regt an, dass die Regelung des Besitzstandes ausser Kraft gesetzt wird. Gemäss dem Versichererverband curafutura werde mit der Vereinheitlichung dem Umstand Rechnung getragen, dass sich die Ausbildungsdauern auf fünf bis sechs Jahre angeglichen haben und nur in Ausnahmefällen sieben Jahre betragen. Während der Ausbildung zur Erlangung des Facharztstitels würden die Ärztinnen und Ärzte einen Lohn erhalten, der sich mit dem Einstiegslohn diverser akademischer Berufe vergleichen lasse. Auf den Skalierungsfaktor für Titelträger «Praktischer Arzt/Praktische Ärztin FMH» solle jedoch verzichtet werden. Halte der Bundesrat dennoch an der Differenzierung fest, so seien folgende Aspekte zur klaren Regelung des Skalierungsfaktors dringend zu berücksichtigen: Doppeltitelträger sollen vom Skalierungsfaktor ausgenommen werden; Einrichtungen nach Artikel 36a KVG sollen den Skalierungsfaktor für angestellte Ärzte mit Facharztstitel «Praktischer Arzt/Praktische Ärztin» konsequent anwenden; im Browser sei die Bezeichnung des Skalierungsfaktors «med.prakt.» auf die Facharzttitel-Bezeichnung «Praktischer Arzt/Praktische Ärztin FMH» zu korrigieren. Aus Sicht der MTK setzt der Bundesrat den Rotstift zu flächendeckend an. Sie weist darauf hin, dass die Höhe des Dignitätsfaktors wichtig sei für die Berechnung der Höhe der ärztlichen Leistung. Durch die Senkung des Faktors bei sehr vielen Positionen werde die ärztliche Leistung gesenkt. Sie spricht insbesondere die Problematik bei den Gutachten an. Diese für UV/MV und IV sehr wichtigen Positionen würden gemäss Vorschlag ebenfalls künftig weniger hoch vergütet. Es werde somit enorm schwierig, geeignete Gutachter zu finden. Die MTK werde über eine geeignete separate Lösung für die Entschädigung der Gutachten entscheiden müssen.

Leistungserbringer – Ärztegesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztevereinigungen)

Die Mehrheit der Ärztegesellschaften, im Besonderen die Spezialisten der Radiologie/Neuro-radiologie, der Kardiologie, der Dermatologie, der ambulanten Chirurgie, der Psychiatrie/Psychologie, lehnt die Vereinheitlichung der quantitativen Dignität ab.

Das Dignitätskonzept basiere wie jedes private oder staatliche Lohnsystem nicht nur auf der Ausbildung, sondern auf der konkreten erbrachten Tätigkeit und Leistung. Durch den geringeren Anreiz zur Weiterbildung befürchten sie Qualitätseinbussen mit gravierenden Folgen für die Versorgungsqualität der Bevölkerung. Für verschiedene Facharztgruppen müsse mit einem markanten Einkommensverlust gerechnet werden, was vor allem in Fachbereichen mit bereits heute tiefen durchschnittlichen Einkommen, wie der Psychiatrie, die Attraktivität des Facharztstitels senke.

Die SGPP und die SGKJPP beantragen, dass die Psychiaterinnen und Psychiater von der Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors ausgenommen werden oder für Psychiaterinnen und Psychiater mit einer nachgewiesenen 6-jährigen Weiterbildungszeit ein Zuschlagsfaktor von 1.07 auf alle Positionen des Kapitels 02 eingeführt wird. Zudem fordern sie die Schaffung einer eigenen Position «Psychiatrisches Konsilium mit Zuschlagsfaktor 1.26» im Kapitel 02.

Einzig der mfe sowie der BüAeV befürworten die Vereinheitlichung der quantitativen Dignität. Dies führe zu einer Aufwertung der intellektuellen Leistungen im Vergleich zu den technischen Leistungen. Der mfe kritisiert jedoch die geplante Absenkung der durchschnittlichen quantitativen Dignität auf 0.968, die als eine pauschale Absenkung des im aktuellen Tarif festgelegten Referenzeinkommens bezeichnet wird. Der ursprüngliche TARMED sei vor der Einführung der quantitativen Dignitäten auf der Basis von 1.0 berechnet worden. Deshalb müsse die vereinheitlichte quantitative Dignität ebenfalls auf 1.0 festgesetzt werden.

Leistungserbringer – Spitäler

Die Kliniken und Spitäler (AllKidS, Klinikdirektoren Ophthalmologie, HFR, IG «interdisziplinär und überparteilich für einen leistungsstarken Gesundheitsstandort», KS-GR (Röntgen), KS-SG (Onko), KSW (Onko), PKS, Spital Thurgau (Kind), VLSS, und ZIO Paracelsus Spital) lehnen die vorgeschlagene Anpassung zur Vereinheitlichung der Dignität ab. Der Bereich der Kinder- und Jugendmedizin insbesondere ist besorgt um einen möglichen Attraktivitätsverlust ihres Fachbereichs und damit verbunden die Gefahr, dass der nötige Nachwuchs zur Deckung des Bedarfs nicht mehr sichergestellt sei.

Der Bereich der Onkologie insbesondere sieht einen Widerspruch zwischen den Bestrebungen des Bundesrates, die intellektuellen Leistungen aufzuwerten, und der Vereinheitlichung der Dignität, während gemäss dem KS-GR (Onko) 90 % der Arbeit der Fachärztinnen und -ärzte der Onkologie aus intellektuellen Leistungen bestehe.

PKS lehnt eine Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors nicht direkt ab, sondern vielmehr den Faktor 0,968, der nicht betriebswirtschaftlich berechnet, sondern sozialpolitisch motiviert sei. Der Verband unterstützt einen Dignitätsfaktor von mindestens 1.

4.3.2 Massnahme 2 – Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten

Kantone

Die Kantone befürchten grundsätzlich eine Verlagerung vom ambulanten in den stationären Bereich. Diese Massnahme ist einer der Gründe für diese Befürchtungen. Der Kanton NE ist ausdrücklich gegen die Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten, und der Kanton SG ist wie die GDK der Ansicht, dass die Produktivität an die Realität angepasst sein soll und eine zu hohe Produktivität vor allem bei der Behandlung von Kleinkindern nicht an die Realität angepasst sei.

Politische Parteien und Kommissionen

Die glp begrüsst diese Massnahme.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Von Seiten der Versicherer (curafutura, Groupe mutuel, MTK, santésuisse) wird die Erhöhung der Produktivitäten in den Operationssparten begrüsst. Die Anpassung dürfte gemäss santésuisse die aktuelle Auslastung in einer wirtschaftlich geführten Institution besser wieder spiegeln. Sie schlagen zudem vor, die Leistungen mit Sparte OPI, die in den letzten Jahren auch mit der Sparte Praxis-OP abgerechnet wurden, sollen aus wirtschaftlichen Gründen fest dieser Sparte zugeteilt werden. curafutura weist darauf hin, dass die direkt vor der Einführung vom TARMED beschlossene Reduktion des erhobenen Produktivitätswerts des «OPI» von 72 % auf 45 % nicht mit der nötigen Evidenz belegt sei, sondern eine Verhandlungslösung darstelle. Die Massnahme sei einfach und klar umsetzbar (curafutura, Groupe mutuel).

Organisationen des Gesundheitswesens – Patientinnen und Patienten / Benutzerinnen und Benutzer

intensiv-kids, epi.ch und die SBH lehnen diese Massnahme ab, da sie drohe, chirurgische Leistungen, die für die Lebensqualität kranker Kinder wichtig seien, abzuwerten. Sollte auf bestimmte chirurgische Operationen verzichtet werden, könnte die Integration bestimmter Kinder erschwert werden.

Leistungserbringer – Ärztesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztevereinigungen)

Die Ärztesellschaften äussern sich im Allgemeinen negativ zur vorgeschlagenen Anpassung der Produktivitäten. Die Erhöhung sei sachlich und betriebswirtschaftlich ungerechtfertigt. Gemäss der BEKAG sei eine leichte Erhöhung der Produktivität jedoch durchaus denkbar, weil sich die Technik verbessert habe. Der Vorschlag gehe indessen zu weit. Sie fügt an, dass auch Erkenntnisse aus dem Projekt TARCO eine moderatere Erhöhung der Produktivität nahe legen.

Leistungserbringer – Spitäler

Die Kliniken und Spitäler (AllKidS, Klinikdirektoren Ophthalmologie, HFR, KS-LU (Kind), MV Santé, PKS, SMVS&HVS, Spital Thurgau (Kind) und VLSS) insbesondere lehnen eine Erhöhung der Produktivität in den Operationssparten ab. Nach Ansicht von AllKidS erfordern Operationen an Kindern eine längere Vorbereitungszeit und postoperative Betreuung. Eine Erhöhung der Produktivität könne sich deshalb auf die Leistungsqualität auswirken. Klinikdirektoren Ophthalmologie und PKS vertreten die Auffassung, dass die neuen Geräte und Technologien zwar die Operationszeit verkürzen, gleichzeitig aber zu längeren Vorbereitungs- und Ausbildungszeiten führen. Für die MV Santé sollten die Belegzeiten der Operationssäle in der Praxis gemessen und die Zeiten in den Aufwächerräumen mit neuen Positionen ebenfalls berücksichtigt werden.

4.3.3 Massnahme 3 – Senkung der Kostensätze bei gewissen Sparten

Kantone

Diese Massnahme wird von den Kantonen grundsätzlich begrüsst. Allerdings äussert der Kanton NE einen Vorbehalt. Er befürchtet, dass die Senkung der Kostensätze bei gewissen Sparten zu einer Erhöhung insbesondere der Anzahl Untersuchungen führt.

Politische Parteien und Kommissionen

Die glp begrüsst diese Massnahme.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Von Seiten der Versicherer (curafutura, MTK, santésuisse) wird die Senkung der Kostensätze bei gewissen Sparten begrüsst. In den angepassten Sparten dürften in den letzten Jahren effizienzsteigernde Massnahmen zu einer Senkung des Kostensatzes geführt haben (santésuisse). Die Massnahme gebe einen Anreiz, die effektiven Kostensätze der betroffenen Sparten gemäss den heutigen Gegebenheiten bezüglich Ausstattung, Gerätekosten, Bedarf

an nichtärztlichem Fachpersonal, Lohnkosten und Produktivitäten zu erheben und transparent nachzuweisen (curafutura). Gemäss curafutura seien gewisse gerätebedingte Kosten seit Einführung des TARMED tendenziell gesunken, die Löhne jedoch gestiegen. Ohne eine faktenbasierte Analyse und Aktualisierung des Tarifmodells sei der Nettoeffekt nicht abschätzbar. Die Massnahme sei einfach und klar umsetzbar (curafutura). santésuisse weist zudem darauf hin, dass bei der Kalkulation der Spartensätze bei vielen Sparten die Kostensätze bewusst mittels FORCE-Faktoren angepasst worden seien. In gewissen Sparten seien die Faktoren nicht nachvollziehbar und daher die korrekten Relationen wieder herzustellen (Betriebsstelle Röntgendiagnostik Arztpraxis, Echokardiographie, IPS/Verbrennungsstation, Life-Island-Einheit/Sterilpflegestation, Sprechzimmer Psychiatrie).

Organisationen des Gesundheitswesens – Patientinnen und Patienten / Benutzerinnen und Benutzer

Nach Auffassung von Kind+Spital, epi.ch und VDSS führt die Senkung der Kostensätze in bestimmten Sparten insbesondere zu Problemen bei den Löhnen des nichtärztlichen Personals, das häufig stark in die nichtärztliche Betreuung bestimmter Patientinnen und Patienten im Rahmen der für sie zu erbringenden Pflege involviert ist.

Leistungserbringer – Ärztesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztevereinigungen)

Praktisch alle zu dieser Massnahme stellungnehmenden Ärztesellschaften äussern sich negativ zur vorgeschlagenen Senkung der Kostensätze bei gewissen Sparten. Die Senkung sei sachlich und betriebswirtschaftlich ungerechtfertigt. Zwar habe die technologische Entwicklung eine Senkung des Preises gewisser Hauptgeräte ermöglicht, die Infrastruktur sei jedoch mit der Digitalisierung, der Anforderung an Datensicherung und der Durchführung von viel komplexeren Behandlungsmethoden teurer geworden. Ebenfalls seien die Personalkosten angestiegen. Einzig die SGR-SSR und die BEKAG sehen die Senkung der Kostensätze für gewisse Geräte wie CT und MRI gerechtfertigt. Die Fortschritte in der radiologischen Technik hätten neben einer substanziell verbesserten diagnostischen Aussagekraft in den letzten Jahren auch dazu geführt, dass insbesondere in den Gebieten CT und MRI mehr Untersuchungen pro Zeiteinheit durchgeführt werden können. Dies könne eine weitere Kürzung der technischen Leistung (TL) um 10 % rechtfertigen. Eine Auslastung von 300 Betriebstagen pro Jahr für MRI und CT sei jedoch praktisch nicht umsetzbar und die Begründung des Bundesrates in diesem Punkt nicht gerechtfertigt.

Leistungserbringer – Spitäler

Die Senkung der Kostensätze in bestimmten Sparten wird von den Kliniken und Spitälern (AllKidS, PKS, VLSS) kritisiert, insbesondere wegen ihrer Auswirkungen auf die Finanzierung des nichtärztlichen Personals, das besonders in der Kinder- und Jugendmedizin eine wichtige Rolle spielt. In diesem Bereich seien häufig Geräte verschiedener Grösse für die verschiedenen Altersstufen nötig und die Eingriffe dauerten länger. Für die IG «interdisziplinär und überparteilich für einen leistungsstarken Gesundheitsstandort» soll der technische Fortschritt begünstigt werden. Nach Auffassung der Pallas Kliniken AG kann keine solch allgemeine Kostensenkung erfolgen, vielmehr sollten die verschiedenen Besonderheiten berücksichtigt werden.

4.3.4 Massnahme 4 – Streichung der Minutagen für die Leistung im engeren Sinn (LieS) und Vereinheitlichung der Minutagen für die Berichtserstellung bei den Tarifpositionen für CT- und MRI-Untersuchungen

Politische Parteien und Kommissionen

Die glp begrüsst diese Massnahme.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Gemäss santésuisse geht die Anpassung in den Unterkapiteln CT und MRI in die richtige Richtung. Allerdings müssten die Anwendungsregeln (Kumulationsregeln) verbessert werden (Verweis auf entsprechende Arbeiten der Schweizerischen Gesellschaft für Radiologie). santésuisse vermutet zudem Übertarifierung aufgrund zu hoher Mintuagenwerte im Unterkapitel Sonographie (Ultraschall). Eine entsprechende Prüfung sei nachzuholen und auszuweisen. curafutura begrüsst die Massnahme der Streichung der LieS bei 20 MRI-Hauptleistungen, 17 CT-Hauptleistungen sowie je drei zugehörigen Zuschlagsleistungen. Die Massnahme leiste einen wesentlichen Beitrag zur Korrektur übertarifizierter Leistungen. Dem Argument, dass eine ausnahmsweise notwendige Anwesenheit des Arztes bei der Untersuchung nicht mehr abgegolten werde, könne man den grundsätzlich zu hohen Spartenkostensatz für die Tätigkeit der Berichterstellung (Sparten MRI und CT) entgegenhalten.

Leistungserbringer – Ärztesgesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztevereinigungen)

Die meisten Ärztesgesellschaften äussern sich nicht zu dieser Massnahme. Die Radiologen als die am meisten betroffene Facharztgesellschaft sprechen sich negativ zu dieser Massnahme aus. Nach Ansicht der SGR-SSR sei die Streichung nicht sachgerecht und widerspreche dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit. Die Anwesenheit eines Radiologen sei bei jeder Untersuchung erforderlich, einen Teil der Arbeiten erledige der Radiologe jedoch im Hintergrund ohne direkten Kontakt mit den Patienten. Die Arbeit und die Verantwortung der Radiologen würden weit über die Befundung hinausgehen (Planung der Untersuchung, Vorbereitung der Untersuchung in Gegenwart des Patienten, Leistungen während der Untersuchung, Arbeiten nach Ende der Untersuchung, Führungsaufgaben etc.). Da im TARMED 1.09 der Befund die einzige Position mit einer ärztlichen Minutage darstelle, sei die pauschalisierte Minutage der Befundung als Entschädigung für alle ärztlichen Leistungen viel zu tief angesetzt und nicht akzeptabel. Die SGR-SSR stellt auch eine Ungleichbehandlung der Radiologen und Nicht-Radiologen bei der Vergütung der ärztlichen Leistung (AL) in den Sparten Röntgen, Ultraschall, CT und MRI fest und weist auf die aus ihrer Sicht unverständliche Diskrepanz bei der Verrechnung der LieS in den Sparten Ultraschall und CT hin.

Leistungserbringer – Spitäler

Das KS-GR (Röntgen) lehnt die Anpassungen bei den Radiologieleistungen, insbesondere die Kürzungen bei der Anwesenheit und die Unterbewertung der intellektuellen Leistung der Radiologinnen und Radiologen, ab. Die Vernehmlassungsantwort umfasst eine Liste der Leistungen, die eine Radiologin oder ein Radiologe vor, während und nach der Schnittbilduntersuchung erbringen muss. Weiter wird darauf hingewiesen, dass sich die Tätigkeit der Radiologinnen und Radiologen mit der technologischen Entwicklung ständig weiterentwickelt. Das KS-GR (Röntgen) gibt auch Gründe für die Mengenausweitung an, insbesondere die Alterung der Gesellschaft, die Zunahme der Zuweisungen durch die Hausärztinnen und Hausärzte, die rechtliche Absicherung, die wachsende Nachfrage der Patientinnen und Patienten mit steigenden Erwartungen, Doppeluntersuchungen, da Patientinnen und Patienten verschiedene Leistungserbringer besuchen, der technische und wissenschaftliche Fortschritt, eine bessere Operationsplanung mit einer präzisen Bildgebung der Fälle, eine genaue Verlaufskontrolle (z.B. bei Krebserkrankungen), welche die Versorgung verbessern kann. Die Bildgebung würde es möglich machen, die Diagnostik zu verbessern und zu beschleunigen, und führe damit insgesamt zu einer Kostensenkung.

Das Spital Thurgau (Kind) und PKS weisen ebenfalls darauf hin, dass die bildgebenden Verfahren bei Kindern schwieriger durchzuführen seien.

4.3.5 Massnahme 5 – Senkung von zu hohen Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen

Kantone

Grundsätzlich begrüssen die Kantone die Absicht, die Minutagen für Leistungen, die sich technisch weiterentwickelt haben, zu senken. Diese Massnahmen sollen aber nicht dazu beitragen, dass bestimmte Leistungen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit in den stationären Bereich verlagert werden.

Politische Parteien und Kommissionen

Die glp begrüsst diese Massnahme.

Die SVP begrüsst diese Massnahme, würde aber bei der konventionellen Radiologie und beim Ultraschall ebenfalls die Minutagen senken.

Dachverbände der Wirtschaft

Die FER lehnt diese Massnahme ab.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Gemäss santésuisse sei die Senkung der Minutagen bei den ausgewählten Leistungen eine Massnahme zur Anpassung an die aktuellen Gegebenheiten. Vor allem bei volumenstarken Leistungen seien Anpassungsvorschläge nur datengestützt zu erfolgen. curafutura und die Groupe mutuel unterstützen die punktuelle Senkung der Minutagen, da es sich bei der bundesrätlichen Verordnungsänderung um einen subsidiären Tarifeingriff und keine umfassende Tarifrevision handle. Beide Versichererverbände (curafutura und santésuisse) weisen darauf hin, dass die Position 08.3350 eine Doppelleistung darstelle. Die Glaskörperbiopsie für die zytologische Diagnostik sollte unter der bisherigen Leistungsnummer weitergeführt werden, die intravitreale Injektion sollte eine neue Leistungsnummer mit der in der Vernehmlassung vorgeschlagenen Senkung der Zeit auf 10 Minuten erhalten. Gemäss santésuisse seien die 10 Minuten ebenfalls Grundlage für die Berechnung der entsprechenden Pauschalen von santésuisse und der fmCh Tarifunion gewesen.

Leistungserbringer – Ärztesgesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztevereinigungen)

Die meisten Ärztesgesellschaften äussern sich nicht zur Senkung der Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen. Praktisch alle eingegangenen Äusserungen sind jedoch negativ. Gemäss der SOG seien durch den technischen Fortschritt die Operationszeiten heute etwas kürzer, aber die Senkungen seien in diesem Ausmass nicht gerechtfertigt und in der Praxis nicht zu erreichen. Gemäss dem BSOC seien bei der intravitrealen Injektion zwei Positionen vonnöten. Die bisherige Glaskörperbiopsie mit intravitrealer Injektion von Medikamenten und eine neue Position für «Isolierte intravitreale Injektion von Medikamenten» mit LieS 14 Min, VNB 11 Min, Bericht 3 Min, Raum 20 Min. Gemäss der SGK hätten sich die zeitlichen Anforderungen eines Belastungs-EKG, insbesondere der nicht technische, klinische Anteil sowie der Aufwand zur Beurteilung eines Holter-EKG, seit der Einführung von TARMED nicht wesentlich verkürzt. Gemäss der FMH wurden die Koloskopien über die Jahre deutlich zeitaufwändiger sowohl bezüglich Untersuchungsdauer als auch bezüglich Geräteaufbereitung (Hygienestandards).

Einzig die BEKAG sieht es gerechtfertigt, die Minutagen für Kataraktoperationen, Glaskörperbiopsie, Belastungs- und Holter-EKG, Koloskopie und stereotaktische Radiotherapie herabzusetzen. Das Ausmass der Herabsetzung könne sie jedoch nicht beurteilen.

Leistungserbringer – Spitäler

Nach Ansicht der Klinikdirektoren Ophthalmologie kann die Kürzung bestimmter Minutagen die Attraktivität für einige Spezialisierungen verringern und auch der Ausbildung schaden. Im Übrigen könnten die technischen Fortschritte möglicherweise zu kürzeren Eingriffszeiten, aber nicht zu einer Abnahme der Patientenleistungen führen. Wenn die Minutagen gekürzt werden,

müsste auch die Produktivität gesenkt werden. Für die Klinik Züriseh AG droht mit der Senkung der Minutagen die Gefahr eines Rückgangs der Leistungsqualität, während die Patientenanforderungen zunehmen. Es bestehe das Risiko einer Zwei-Klassen-Medizin. Die MV Santé stellt die Frage nach den ungedeckten Kosten, welche die monospezialisierten Zentren gefährden könnten, und weist auf die Vergütungsunterschiede zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich hin. Die Pallas Kliniken AG erachtet die vorgesehenen Kürzungen bei den Minutagen als nicht ausreichend begründet. Sie brächten das Risiko mit sich, dass sich das Angebot an bestimmten Leistungen verkleinern würde. Nach Auffassung von PKS stützt sich das BAG zur Festlegung dieser Senkungen von Minutagen nur auf Angaben der Versicherer und beachtet die Realität der Leistungserbringer nicht. Ausserdem würden komplexe Fälle mit diesen Senkungen nicht berücksichtigt.

Andere Organisationen des Gesundheitswesens und Sonstige

Bayer lehnt diese Massnahme ab, weil dies zu einer starken Abstufung der Vergütung der intravitrealen Injektionen führe (Position 08.3350). Die Taxpunkte für ärztliche Leistungen werden um 85 % reduziert, die Summe der Taxpunkte um ca. 80 %. Sie befürchten regionale Kapazitätsengpässe sowie eine nicht ausreichende Vergütung der hohen Behandlungsqualität. Mit den derzeitigen Behandlungsabläufen und einer Taxpunkt-Reduktion von 80 % könnten viele Leistungserbringer nicht intravitreale Injektionen nicht mehr kostendeckend anbieten, da die Senkung zu drastisch sei und abrupt eintrete. Sie schlagen daher eine vertretbare, stufenweise und damit planbare Senkung der Tarifposition über einen Zeitraum von fünf Jahren vor. Die Leistungserbringer hätten so die Möglichkeit, ihre Behandlungsabläufe anzupassen. Die notwendige Kapazität sowie eine hohe Behandlungsqualität würden so erhalten bleiben.

4.3.6 Massnahme 6 – Umwandlung der Handlungsleistungen «Untersuchung durch den Facharzt» in Zeitleistungen

Politische Parteien und Kommissionen

Die SVP und die glp begrüssen diese Massnahme.

Dachverbände der Wirtschaft

Die FER lehnt diese Massnahme ab.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Mit der Umwandlung von Handlungsleistungen in Zeitleistungen werde laut Versicherern der Anreiz für Missbrauch (d.h. Doppelverrechnung des Zeitaufwands einmal als Handlungsleistung und zusätzlich mittels Konsultationsposition pro 5 Minuten) minimiert und die Transparenz der Rechnung massiv verbessert (curafutura, MTK, santésuisse). Mit der Möglichkeit in 5-Minuten-Schritten abzurechnen, könne näher an der effektiv benötigten Zeitdauer abgerechnet werden (curafutura). Um neben der Transparenz zudem die Rechnungskontrolle durch die Versicherer zu vereinfachen und Rückfragen beim Leistungserbringer zu vermeiden, empfiehlt curafutura die zusätzlich notwendige Mengenlimitation für die maximale Anzahl abrechenbarer 5-Minuten-Einheiten anstelle «pro Sitzung» auf die Referenzgrösse «pro Tag» zu beziehen. Als flankierende Massnahme sei es sehr wichtig, die Patientinnen und Patienten über alle verfügbaren Kanäle über die Kontrollmöglichkeit der Arztrechnung aufzuklären. Aus Sicht der MTK wäre es konsequent gewesen, auch bei den verlangten Leistungsinhalten eine Anpassung zu machen. Da jetzt die Untersuchung in 5 Minuten Schritten abgerechnet werde, wäre es logisch, dass nur ein Teil der Leistungen erbracht werden müsste, damit die Ziffer zur Anwendung kommen kann. Die Ziffern könnten zudem als zusätzliche Position verwendet werden, weil die Grundkonsultation auf 20 Minuten beschränkt werden soll. Eine Mengen- und Kostenausweitung wäre die Folge.

Leistungserbringer – Ärztegesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztevereinigungen)

Die meisten Ärztegesellschaften äussern sich nicht zur Umwandlung der Handlungsleistungen «Untersuchung durch den Facharzt» in Zeitleistungen. Die grosse Mehrheit der sich äussernden Ärztegesellschaften sprechen sich gegen diese Massnahme aus, da Handlungsleistungen die Effizienz, Zeitleistungen jedoch die Ineffizienz fördern würden. Ebenfalls kritisiert wurde die Limitierung der geplanten Zeitleistung auf maximal die Höhe der vorgängigen Handlungsleistung. Gemäss der SGA erhöhe die geforderte «genaue» Dokumentation in der Patientenakte zudem den bürokratischen Aufwand.

Die SGNOR begrüsst die Möglichkeit einer differenzierteren Abrechnung dieser Positionen. Die Mengenlimitation der Positionen 00.0415 und 00.0425 sollte jedoch für die anerkannte Notfallstation, mit vielen komplexen Fällen, gestrichen werden.

Leistungserbringer – Spitäler

AllKidS begrüsst eine Umwandlung von Handlungs- in Zeitleistungen, nicht aber die vorgesehenen Limitationen, welche insbesondere Kinder und ihre Eltern zu mehreren unterschiedlichen Untersuchungen zwingen. Das KS-GR (Onko), das KS-SG (Brustzentrum) und das KSW (Onko) befürchten, dass bestimmte Leistungen der onkologischen Medizin nicht mehr abgerechnet werden können und dies ohne Ausgleichsmöglichkeiten. Ihrer Ansicht nach ermöglichen die Limitationen keine angemessene Patientenbetreuung. Die Position 00.1530 sollte pro Quartal von 36 mal auf 84 mal erhöht werden. Für die Schweizer Klinikdirektoren Dermatologie und Venerologie und das USZ (Dermatologie) ist es mit den zu kurzen Limitationen nicht möglich, bei Hautkrebsrisiken angemessene Ganzkörperuntersuchungen vorzunehmen, was Gefahren berge. PKS erachtet die Umwandlung von Handlungs- in Zeitleistungen als berechtigt, nicht aber die Limitationen, die nicht allgemein definiert werden können.

4.3.7 Massnahme 7 – Anwendung der Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte

Kantone

Die Kantone werten Limitationen in den Bereichen Pädiatrie, Geriatrie und Psychiatrie grundsätzlich als negativ. In diesen Bereichen würden die Patientinnen und Patienten als besonders vulnerabel erachtet und benötigten deshalb mehr Zeit für die Leistungen. Die vorgesehenen Limitationen könnten nach Auffassung der Kantone kontraproduktiv sein.

Politische Parteien und Kommissionen

Die glp begrüsst diese Massnahme.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die Anwendung der Limitationen auf elektronisch abrechnende Fachärzte wird von den Versicherern grundsätzlich begrüsst (curafutura, MTK, santésuisse). Da die Mengenlimitation durch die Eröffnung neuer Sitzungen aufgehoben werden könne, schlägt santésuisse eine entsprechende Anpassung der Sitzungsdefinition vor. Eine Alternative wäre, die Limitation «pro Sitzung» durch eine Limitation «pro Tag» zu ersetzen. Die konsequente Durchsetzung der Limitationsregeln zur Anzahl der maximal verrechenbaren Einheiten trägt gemäss curafutura zur Vermeidung von Überbehandlungen bei und zu mehr Gerechtigkeit zwischen den Ärzten, die alle gleich behandelt würden. Zur Entfaltung der erwarteten Wirkung sei allerdings die flächendeckende Umsetzung der Kontrolle bei den Versicherern unabdingbare Voraussetzung. Aus Sicht der MTK seien die Leistungserbringer durch die Limitationen gezwungen, sich zu hinterfragen, ob sie in der ausgewiesenen Zeit tatsächlich die entsprechende Leistung unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien erbracht haben. Negativ falle aber ins Gewicht, dass durch diese Tarifregel u.U. erhöhte administrative Aufwendungen auf die Tarifierer und die Versicherer zukommen könnten.

Organisationen des Gesundheitswesens – Patientinnen und Patienten / Benutzerinnen und Benutzer

Diese Massnahme wird von allen Patientenorganisationen, die sich im Rahmen der Vernehmlassung geäussert haben, stark kritisiert. Diese Organisationen setzen sich allgemein für Personen mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen ein, die nicht immer richtig verstehen, was mit ihnen vorgeht. Aus Sicht der Patientenorganisationen benötigen diese Patientinnen und Patienten deshalb eine längere und intensivere Betreuung, für welche die vorgesehenen Limitationen bei Weitem nicht ausreichen würden. Im Falle seltener Krankheiten beispielsweise braucht es für das Stellen der richtigen Diagnose möglicherweise mehr Zeit für Untersuchungen und Analysen als in den meisten anderen Fällen. Das gelte auch für Personen mit psychischen Behinderungen, mit denen die Kommunikation erschwert oder unmöglich sein könne.

Leistungserbringer – Ärztgesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztevereinigungen)

Die Anwendung der Limitation auch für elektronisch abrechnende Fachärzte wird von allen Ärztgesellschaften abgelehnt. Mit dieser Massnahme würden hauptsächlich die betreuungsintensiven, vulnerablen Patientengruppen negativ betroffen. Als vulnerabel und behandlungsintensiv werden von den Ärztgesellschaften hauptsächlich Kinder, psychisch oder chronisch kranke Personen, polymorbide und ältere Patienten und Menschen mit seltenen Krankheiten bezeichnet.

Nach Einschätzung des BüAeV sowie der AGZ schwäche der Eingriff zudem die Grundversorgung in den Landregionen. Die Attraktivität für die Grundversorgung nehme mit dieser Limitation zunehmend ab, wodurch die Gesundheitsversorgung in den ländlichen Gebieten mittelfristig weiter geschwächt werde. Die AGZ vermutet auch hier als Folge einer solchen potenziellen Entwicklung die vermehrte Verschiebung aufwändiger, behandlungsintensiver Fälle in den stationären Bereich. Die SSoP befürchtet zudem einen zunehmenden Ärztetourismus als Folge von (patientenseitig wahrgenommenen) unbefriedigenden Arztbesuchen.

Leistungserbringer – Spitäler

Die Kliniken und Spitäler, die sich im Rahmen der Vernehmlassung geäussert haben, lehnen die in dieser Massnahme vorgesehenen Limitationen mehrheitlich ab. Vulnerable Gruppen (Pädiatrie, Onkologie, Psychiatrie, Geriatrie, seltene und/oder chronische Krankheiten) werden als Gruppen erwähnt, für welche die Limitationen nicht anwendbar seien, ohne die Versorgungsqualität zu gefährden. Auch die Patienten-Arzt-Beziehung könnte durch diese Beschränkungen leiden, wenn der Leistungserbringer den Patientinnen und Patienten nicht mehr die nötige Zeit widmen könnte (insbesondere bUSZ (Ethikkomitee)). Für komplexe Fälle insbesondere sei es wichtig, dass möglichst rasch die richtige Diagnose gestellt und den Patientinnen und Patienten (oder Angehörigen) alle Erklärungen gegeben werden könnten, um eine Therapie festzulegen.

4.3.8 Massnahme 8 – Interpretation der Leistungen in Abwesenheit des Patienten präzisieren sowie die jeweiligen Limitationen anpassen

Kantone

Die Kantone lehnen auch die Massnahme ab, welche die Leistungen in Abwesenheit des Patienten limitiert. Die Befürchtungen sind mit jenen bei den übrigen Limitationen vergleichbar. In Bereichen wie der Pädiatrie, Geriatrie, Psychiatrie oder Onkologie und chronische Krankheiten sei der Bedarf an interdisziplinären Besprechungen oder Gesprächen mit pflegenden Angehörigen höher. Die vorgesehenen Limitationen könnten die für eine koordinierte Versorgung nötigen Besprechungen gefährden.

Politische Parteien und Kommissionen

Die glp begrüsst diese Massnahme.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete

Die Stadt Winterthur lehnt die Limitation der Abrechenbarkeit der Leistungen in Abwesenheiten der Patienten ab, weil dies eine sinnvolle Versorgung gefährde. Weiter gefährde dies generell die im Rahmen einer koordinierten Versorgung notwendigen Absprachen der einzelnen Leistungserbringer und die teilweise notwendigen interdisziplinären Fallbesprechungen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die Versicherer äussern sich grundsätzlich positiv zu dieser Massnahme (curafutura, Groupe mutuel, MTK, santésuisse). Die Leistungen in Abwesenheit des Patienten böten Anreiz für Missbrauch, deshalb erscheine eine Massnahme in diesem Bereich sinnvoll (Groupe mutuel, santésuisse). Das überdurchschnittliche Wachstum der Leistungspositionen «Leistung in Abwesenheit», für das es keinen medizinisch nachvollziehbaren Grund gebe, lasse vermuten, dass in Vergessenheit geraten sei, dass verschiedene administrative Tätigkeiten des Arztes heute über die Produktivität bereits abgedeckt seien und bereits inkludierte Tätigkeiten dennoch zusätzlich abgerechnet würden (curafutura). Gemäss curafutura und der MTK trage die Präzisierung bezüglich Abrechnung von Berichten zusätzlich zur Klärung der Anwendung bei. Aus Sicht der MTK sind die Limitationen sehr tief angesetzt. Es bestehe die Gefahr, dass Leistungserbringer versucht sind, (zusätzlich) auf andere Positionen auszuweichen. Die vorgeschlagene Aufsplittung der Positionen sei sinnvoll, weil dadurch eine grössere Transparenz gegeben sei. curafutura weist aber auf die Problematik hin, dass unter 5 Minuten dauernde Tätigkeiten auf 5 Minuten aufgerundet werden bzw. bei einem Tätigkeitenmix mehrere Leistungspositionen mehrmals 5 Minuten angebrochen und abgerechnet werden könnten. Gleichzeitig stelle die detaillierte Erfassung einen zusätzlichen administrativen Aufwand für die Ärzteschaft dar und führe bei genau deklarierenden Ärzten dazu, dass die Limitationen wegen der Aufrundungen unter Umständen zu schnell ausgeschöpft seien. curafutura empfiehlt deshalb, die Detaillierung grundsätzlich beizubehalten, jedoch potenziell sehr kurze Leistungen und Handlungen, z.B. das Ausstellen eines Zeugnisses, in einer der anderen Leistungspositionen zu integrieren, konkret also die Differenzierung wieder leicht abzuschwächen. santésuisse schlägt zur Verbesserung der Transparenz vor, den zweiten Abschnitt der Interpretation bei 00.0010 Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation) abzuändern («...auf Konsultation bezogene unmittelbar vorgängige/anschliessende Akteneinsicht/Akteneinträge» streichen).

Organisationen des Gesundheitswesens – Patientinnen und Patienten / Benutzerinnen und Benutzer

Auch dieser Massnahme stehen alle Patientenorganisationen stark ablehnend gegenüber. Die Patientinnen und Patienten, die sie vertreten, wiesen häufig verschiedene und manchmal unbekannte Krankheitsbilder auf. Dies erfordere deshalb insbesondere eine grosse Interdisziplinarität (vor allem in der Onkologie), ein längeres Dossierstudium und manchmal Recherchen auf internationaler Ebene. Diese Tätigkeiten fänden in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten statt, würden aber mit den vom Bundesrat vorgesehenen Limitationen erschwert oder sogar unmöglich. Zudem sei das Umfeld dieser stark beeinträchtigten Patientinnen und Patienten eng in ihre Betreuung involviert und müsse regelmässig detailliert über das Vorgehen und Verhalten bei der Betreuung dieser kranken Personen informiert werden. Diese Informationen würden ebenfalls häufig in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten übermittelt. Diese Limitationen bei den Leistungen in Abwesenheit des Patienten könnten insbesondere im psychiatrischen Bereich die Wiedereingliederung der Patientinnen und Patienten erschweren und verlängern.

Leistungserbringer – Ärztesgesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztereinigungen)

Die Kürzung der Limitationen für *Leistungen in Abwesenheit des Patienten* wird von allen Ärztesgesellschaften kritisiert. Aus Sicht der Facharztgesellschaften für Altersmedizin (z.B. SFGG, SGAP) für Psychiatrie und Psychotherapie (z.B. SGPP, SGKJPP) sowie mfe würden alle Leistungen in Abwesenheit des Patienten, die explizit zur Umfeld- und Vernetzungsarbeit dienen

(womit die Erkundigung bei Dritten, Auskünfte an Angehörige, Besprechungen mit Therapeuten, Überweisung an Konsiliarärzte gemeint ist), mit dieser Halbierung der Limitationen nicht mehr entschädigt. Es sei mit mehr Klinikeinweisungen und somit Mehrkosten zu rechnen.

mfe argumentiert, dass mit der Halbierung der Limitationen für Leistungen in Abwesenheit des Patienten die den Haus- und Kinderärzten zugeordnete Rolle der zentralen Koordination und Fallführung torpediert werde. Nach Ansicht von Argomed und der AGZ behindere die Massnahme die Bemühungen der Hausärzte für eine interprofessionelle Zusammenarbeit.

Nach Einschätzung der AGZ wäre bei einer Halbierung der Leistungen in Abwesenheit mit mehr Konsultationen zu rechnen. Denn heute würden einfache Mitteilungen (bspw. die Mitteilung eines Untersuchungsergebnisses) häufig per Telefon oder E-Mail mit dem Patienten ausgetauscht, statt dafür den Patienten extra für eine Konsultation anzubieten. Die rare Sprechstundenzeit könne so sinnvoller eingesetzt werden und sei letztendlich günstiger.

Gegen die Präzisierung der Leistungen in Abwesenheit des Patienten ist nach Ansicht der meisten Ärztesellschaften grundsätzlich nichts einzuwenden. Jedoch werden neue, eigene Positionen in Abwesenheit des Patienten gefordert, welche die Teilnahme an Tumorboards (FMH, SGMO) sowie administrative Aufwände im Auftrag durch den Versicherer abdecken würden.

Leistungserbringer – Spitäler

Auch hier lehnt die grosse Mehrheit der sich äussernden Kliniken und Spitäler die Limitationen für Leistungen in Abwesenheit des Patienten ab. Sie erwähnen ebenfalls insbesondere die vulnerablen Gruppen (Pädiatrie, Onkologie, Psychiatrie, Geriatrie, seltene und/oder chronische Krankheiten), für welche die Interdisziplinarität sehr wichtig sei und eine angemessene Versorgung viel Zeit beanspruche. Die Erstellung ausführlicher Dossiers sei ebenfalls ein wichtiger Teil der Arbeit, die in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten erfolge. Die Mengenausweitung bei den Leistungen in Abwesenheit des Patienten rechtfertige sich unter anderem durch die höheren Anforderungen, beispielsweise Tumorboards für die Onkologie.

Andere Organisationen des Gesundheitswesens und Sonstige

Die Gesellschaften der Psychotherapeutinnen und -therapeuten (ASP, GedaP) sowie der Psychologinnen und Psychologen (FSP, SBAP, VSKZ) argumentieren in ähnlicher Weise wie die psychiatrischen Fachgesellschaften. Ihrer Ansicht nach würden die Kürzungen bei den Leistungen in Abwesenheit des Patienten einer sachgerechten Abbildung der Koordinations- und Vernetzungsarbeiten (oder Umfeldarbeit) im TARMED entgegenlaufen. Sie befürchten mit den Kürzungen eine zunehmende Verlagerung in den stationären Bereich und anfallende Mehrkosten in angrenzenden Sozialsystemen. Sie erkennen zudem Deckungslücken für das Management von Krisensituationen, sie fordert daher eine zusätzliche Konsultationsposition Krisenintervention, welcher keine Limitationen auferlegt würden.

Auch Systemis und ZSB Bern schliessen sich inhaltlich den Argumenten der Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie der Psychologinnen und Psychologen an und empfehlen, den Umfang der Position „Leistung in Abwesenheit“ nicht zu kürzen, sondern eher auszuweiten, um für den Staat und für die Krankenversicherer Mehrkosten zu verhindern.

Die IG eHealth hat einerseits Verständnis dafür, dass die Ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten präzisiert und die Limitationen angepasst werden. Andererseits gehe damit genau die Möglichkeit verloren, diesen Tarif für das Führen eines ePatientendossiers zu nutzen. IG eHealth schlägt daher vor, eigene Tarmed-Positionen für das ePatientendossier zu schaffen.

Das Netzwerk CM Schweiz empfiehlt, die heute hinterlegten Limitationen bei den neuen Tarifpositionen für Leistungen in Abwesenheit des Patienten nicht zu halbieren, damit diese wichtigen Leistungen zum Wohl von mehrfach erkrankten und therapierten Versicherten bedarfsgerecht verrechnet werden können.

SPaC beantragt, auf die Einführung der Limitationen im Palliative Care Bereich zu verzichten.

4.3.9 Massnahme 9 – Interpretation bei den Notfallzuschlägen präzisieren

Kantone

Die Kantone befürchten bei einer Streichung der Notfallpauschale einen Abbau der bestehenden Notfalldienste und eine ungenügende Kostendeckung für die Notfalldienste der Spitäler. Diese würden in Landregionen häufig die Hausärztinnen und Hausärzte ersetzen, die immer weniger bereit seien, einen Notfalldienst zu gewährleisten. Die Kantone weisen zudem darauf hin, dass eine angemessene Versorgung mit Notfalldiensten für die Patientinnen und Patienten wichtig ist.

Politische Parteien und Kommissionen

Die glp lehnt diese Massnahme mit der Begründung ab, dass Einrichtungen nach Artikel 36a KVG aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen Zuschläge höhere Lohnkosten aufweisen und zudem einen nicht vernachlässigbaren Beitrag an die Notfallversorgung leisten würden.

Die SVP begrüsst zwar grundsätzlich diese Massnahme, ist aber der Meinung, dass eine Ungleichbehandlung vorliege, wenn Hausarztpraxen und Spitäler die Pauschale weiterhin abrechnen dürften. Sie fordern deshalb, dass die Pauschale auch bei diesen Leistungserbringern gestrichen wird. Allenfalls wäre auch eine von den Patienten zu entrichtende Notfallgebühr einzuführen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die Versicherer sind der Ansicht, dass die Absicht der Massnahme grundsätzlich richtig sei (curafutura, Groupe mutuel, MTK, santésuisse). Heute verbreitete und neue Praxis- und Geschäftsmodelle müssten in die Überlegungen einbezogen werden, ebenso wie das Ziel einer effizienten und gesicherten Notfallversorgung der Bevölkerung (curafutura). Institutionen, welche ihr Angebot auf die Behandlung von Notfällen ausgerichtet haben, sollten nicht in dem Mass wie die übliche Arztpraxis profitieren können (santésuisse). Bei der Umsetzung der Massnahme sehen die Versicherer Probleme. Durch die Präzisierung der Interpretation, wie in der Verordnungsänderung festgelegt, werde die Berechtigung zur Abrechnung der «Notfall-Inkonvenienzen» angestrebt. Um jedoch allfällige verbleibende Grauzonen auszuschliessen und eine einheitliche Umsetzung zu gewährleisten, müssten die Einrichtungen nach Artikel 36a KVG, die ihr Angebot explizit auf den Notfall ausrichten, genauer definiert werden. Es brauche nachvollzieh- und prüfbare Kriterien für ein «explizit auf Notfall ausgerichtetes Angebot» (curafutura, Groupe mutuel, santésuisse). curafutura weist zudem darauf hin, dass nicht alle namhaften, beispielsweise als «Permanenzen» auftretenden Institute mit expliziter Ausrichtung auf Notfälle juristisch als Einrichtungen nach Artikel 36a KVG organisiert seien. Die MTK befürchtet, dass neue Besoldungssysteme eingeführt werden (Springer, Freelancer etc.), um diese Regelungen zu umgehen. Ebenfalls zu befürchten sei ein Ausweichen auf die Positionen der «Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschalen», für welche die besagte Einschränkung nicht gelte.

Organisationen des Gesundheitswesens – Patientinnen und Patienten / Benutzerinnen und Benutzer

Die FSP weist darauf hin, dass pädiatrische Notfalleinrichtungen in bestimmten Regionen eine Alternative zu einer Behandlung in einem Kinderspital darstellen könnten. Sie würde es begrüssen, wenn der Bundesrat differenziertere Lösungen prüfen würde.

Leistungserbringer – Ärztesgesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztereinigungen)

Die Ärztesgesellschaften befürchten durch diese Massnahme die zunehmende Unterfinanzierung der Notfallleistungen und mittelfristig eine Unterversorgung des Notfalldienstes. Die fmCh Tarifunion führt auf, dass eine Notfalleinrichtung eine deutlich höhere betriebswirtschaftliche Kostenstruktur habe als ein Arztbetrieb mit Voranmeldungen, beispielsweise höhere Personalkosten durch die Entlohnung von Abend- und Wochenenddiensten. Die FMH, die KKA und der mfe befürchten zudem die Gefährdung der neuen notfallärztlichen Versorgungsmodelle

unter Obhut der verschiedenen kantonalen Ärztesgesellschaften. Nach Einschätzung des mfe verliere der Hausarzt-Beruf mit dieser Massnahme weiter an Attraktivität.

Die KKA und die SBV argumentieren, dass die Massnahme zu einer Verlagerung von der günstigeren, hausärztlichen Notfallversorgung hin zu der teuren Spitalnotfallversorgung führen werde.

Die BGKJPP meint, dass durch die geplante Streichung des Notfallzuschlags die psychiatrische Notfallversorgung in Notfallambulanzen nicht mehr finanziert sei, wodurch die Versorgung der Bevölkerung bei psychiatrischen Notfällen massiv gefährdet werde.

Leistungserbringer – Spitäler

AllKidS, das KSW (Kind) und das Spital Zollikerberg (Kind) unter anderem weisen auf die Bedeutung der pädiatrischen Notfalleinrichtungen in der Medizinlandschaft hin. Gemäss den verschiedenen Stellungnahmen ermöglichen diese Institutionen eine rasche Behandlung von Kindern, wenn beispielsweise private Arztpraxen geschlossen sind. Da Kinder weniger Reserven hätten als Erwachsene, sei eine möglichst rasche Behandlung wichtig. Durch die pädiatrischen Notfalleinrichtungen, die in bestimmten Regionen geschaffen worden seien, sei die Zahl der privaten Kinderarztpraxen gestiegen, da die Kinderärztinnen und Kinderärzte nicht mehr zwingend lange Präsenzzeiten garantieren müssten (KSW (Kind)). Das Spital Zollikerberg (Kind) erklärt, dass pädiatrische Notfalleinrichtungen die Kinderspitäler von den weniger wichtigen Notfällen (Bagatellen) entlasten. Nach Ansicht dieser Leistungserbringer würde die im Entwurf des Bundesrates vorgesehene Streichung der Notfall-Inkonvenienzpauschale die Existenz dieser Institutionen aufs Spiel setzen.

PKS bezieht sich bei der Frage der Notfalldienste auf die detaillierte Stellungnahme von H+, der FMH und der MTK. Bei den Spitalnotfällen sollten die Vorhalteleistungen besser berücksichtigt und in der Tarifstruktur aufgeführt werden. Die Position 35.0610 «Eintrittspauschale in die anerkannte Notfallaufnahme» solle in Vorhalteleistungen der Notfallstation in Spitälern und Kliniken umbenannt und um CHF 203.- auf 250 Taxpunkte angehoben werden, um die Vollkosten der Leistungen der Spitäler und Kliniken zu decken.

Die SMVS&HVS weist auf eine neue Struktur im Oberwallis hin, über welche die Notfalldienste organisiert und damit die Hausärztinnen und Hausärzte entlastet werden. Damit werde ihr Beruf attraktiver. Die Struktur entlaste auch das Spital, indem nicht lebensbedrohliche Notfälle anderen Behandlungsorten zugewiesen würden. Die SMVS&HVS befürchtet, dass die Massnahme die wirtschaftliche Existenz dieser Struktur gefährdet.

Polivenoge und Policlinique Nord Sud weisen darauf hin, dass Institutionen wie sie es sind ohne die Notfallzuschläge, welche Konsultationen ausserhalb der normalen Öffnungszeiten ermöglichen, ihre Leistungen kaum mehr werden erbringen können.

4.3.10 Massnahme 10 – Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal anpassen

Politische Parteien und Kommissionen

Die glp begrüsst diese Massnahme.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die Versicherer begrüssen die Anpassung der Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal (curafutura, MTK). Es werde dadurch die korrekte Abrechnungsmöglichkeit sichergestellt sowie ein potentieller Anreiz zur Überversorgung eliminiert.

Leistungserbringer – Ärztesgesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztevereinigungen)

Die sich äussernden Ärztesgesellschaften befürworten die Anpassung dieser Interpretation. Die FMH und die fmCh Tarifunion führen in ihren Stellungnahmen aus, dass diese Massnahme

resp. die fehlende Abrechnungsmöglichkeit für die Blutentnahme durch nichtärztliches Personal von Seiten der Ärzteschaft stets bemängelt wurde. Die neue Interpretation stimme besser mit der Praxisrealität überein.

Leistungserbringer – Spitäler

PKS schätzt, dass die Regeländerung ergebnisneutral ausfallen wird. Es stellt sich deshalb die Frage, ob eine Änderung nicht unterbleiben sollte, da nur Umstellungsaufwand entsteht. Stossend ist, dass mit diesem Eingriff das Volumen der Analysenliste, welche in der Verantwortung des EDI ist, zulasten des Volumens TARMED, welcher in der Verantwortung der Tarifpartner ist bzw. war, verschoben wird.

4.3.11 Massnahme 11 – Tarifposition «00.0610 Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.» umtarifieren und Interpretation präzisieren

Politische Parteien und Kommissionen

Die gIp begrüsst diese Massnahme.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die Versicherer begrüssen die Umtarifierung der Tarifposition sowie auch die Präzisierung in der Interpretation (curafutura, MTK, santésuisse). Durch die Umtarifierung werde die Sachgerechtigkeit verbessert, da die für eine effiziente Leistungserbringung notwendige – hier einfachere – Infrastruktur eintarifiert werde (curafutura). Mit der Präzisierung der medizinischen Interpretation werde klargestellt, welche ärztlichen Tätigkeiten über diese Leistungsposition abgerechnet werden dürfen (curafutura, MTK). curafutura spricht sich dafür aus, dass die Limitation «3 Mal pro Sitzung» durch «3 Mal pro Tag» ersetzt wird.

Leistungserbringer – Ärztegesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztevereinigungen)

Die Mehrheit der sich äussernden Ärztegesellschaften kritisiert diese Massnahme. Nach Ansicht der BMKG lasse die Massnahme heikle, mit körpereigenen Ausdünstungen verbundene Instruktionen wie beispielsweise der Abszessincisionen ausser Acht.

Die fmCh Tarifunion ist der Auffassung, dass mit dieser Umtarifierung die Wirtschaftlichkeit höher gewichtet werde als die Zweckmässigkeit. Die fmCh Tarifunion lehnt die Massnahme daher ab.

Die SGC bemängeln die nach ihrer Ansicht übermässige Limitation auf 3 Mal/Sitzung. Besonders Allgemeinchirurgen und Traumatologen bräuchten oft mehr Zeit für die Aufklärung der Patienten. Die Massnahme sei ein ungerechtfertigtes Manöver, die Anzahl der Taxpunkte zu senken.

Argomed und swiss orthopaedics dagegen begrüssen die Umtarifierung und die Präzisierung. swiss orthopaedics plädiert zudem für die Berücksichtigung der von den Ärzten öfters vorgenommenen Instruktionen für Übungen im Sinne eines Heimprogramms, womit die Inanspruchnahme von physiotherapeutischen Behandlungen vermieden werden könne. Instruktionen solcher Heimprogramme müssten in der entsprechenden Interpretation der Tarifposition berücksichtigt werden.

Leistungserbringer – Spitäler

PKS lehnt diese Massnahme ab und betont, wie wichtig die Instruktion für den Therapieerfolg ist. PKS weist auch auf die vulnerablen Gruppen hin – ältere, fremdsprachige oder kognitiv eingeschränkte Personen oder Kleinkinder und ihre Eltern –, die länger brauchen, bis sie die Erklärungen und Instruktionen verstehen.

4.3.12 Massnahme 12 – Zuschlag von 10 % auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten löschen

Politische Parteien und Kommissionen

Die glp begrüsst diese Massnahme.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die Versicherer begrüssen das Löschen des Zuschlags von 10 % auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten (curafutura, Groupe mutuel, mtk, santésuisse). Mit diesem Schritt komme der Bundesrat einer langjährigen Forderung der Versicherer nach, einen bekannten Fehlanreiz (teure Verbrauchsmaterialien und Implantate zu verwenden) zu eliminieren (curafutura, Groupe mutuel). Zwischenzeitlich habe sich auch die Vermutung bestätigt, dass die Logistikkosten bereits im Kostensatz der Sach- und Umlagekosten SUK des Tarif-Kostenmodells eingerechnet seien und somit bislang doppelt abgegolten worden seien (curafutura). Wichtig werde im Nachgang der Verordnung der Massnahme die Beobachtung der verrechneten Preise von ausgewählten teuren Materialien und Implantaten sein, um eine Kompensation durch erhöhte Einstandspreise zu unterbinden (curafutura, Groupe mutuel, santésuisse). Dabei gelte selbstverständlich weiterhin Artikel 56 Absatz 3 KVG, «Weitergabe von Rabatten». curafutura schlägt daher vor, die Generelle Interpretation GI-20 entsprechend zu präzisieren («Verrechnet wird der Stückpreis des Verbrauchsmaterials und der Implantate auf der Basis der Jahreseinkaufsmenge nach Abzug von Rabatten und Preisnachlässen.»). Gemäss der MTK könnte das Löschen des Zuschlags auch dazu führen, dass es zu einer (vermehrten) Verlagerung von ambulant zu stationär komme.

Leistungserbringer – Ärztesgesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztevereinigungen)

Die sich zu dieser Massnahme äussernden Ärztesgesellschaften bemängeln die nach ihrer Ansicht falsche Annahme des Bundesrates, wonach die Lagerkosten im SUK-Satz bereits berücksichtigt seien. Mit der Streichung der 10 % auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten vermindere sich die Betriebswirtschaftlichkeit bei der Praxisführung.

Gemäss der SGR-SSR könne in der Radiologie auf eine Lagerhaltung vor Ort nicht verzichtet werden, da medizinisches Verbrauchsmaterial und Notfallmedikamente jederzeit verfügbar sein müssten. Diese Kosten seien im SUK-Satz nicht berücksichtigt und seien folglich künftig nicht mehr gedeckt. Verschiedene Lagermodelle in Zusammenarbeit mit den Herstellern würden jedoch die Lagerkosten reduzieren. Die SGR-SSR schlägt daher einen Zuschlag von 7 % auf dem Einkaufspreis der Verbrauchsmaterialien vor. Als Alternative kann sie sich eine abgestufte Pauschalabgeltung entsprechend der Höhe der Einkaufskosten vorstellen.

Die Bewirtschaftung des medizinischen Materials in den OP-Sälen und Herzkatheterlabors ist gemäss der SGK aufwändig. Da der Handlingsaufwand nicht proportional mit dem Preis des Materials/Implantats steige, könne jedoch statt der Streichung des Zuschlags eine Deckelung geprüft werden.

Gemäss der SGA führe die Streichung des 10 % Zuschlags dazu, dass der Verkaufspreis dem Einkaufspreis entspreche. Der Zuschlag sei schon heute tief und werde vor allem die Spitäler treffen. Eine Begrenzung der genehmigten Zuschläge auf eine Maximalhöhe wäre eine sinnvollere Massnahme.

Leistungserbringer – Spitäler

PKS übernimmt die Argumente von H+ gegen diese Massnahme unverändert. Unter anderem wird erklärt, dass sich die Bedingungen für die Lagerung und das Handling entwickelt haben und strenger geworden seien. Es gebe neu diverse Register zu führen (zum Beispiel bei Implantaten das Register SIRIS). Diese Leistungserbringer blieben aber offen für einen neuen Verrechnungsmechanismus der Logistikkosten.

Um den spital- und klinikinternen Aufwand im Tarif zu berücksichtigen, müsste der Zuschlag auf Material von 10 auf 15 %, mit einem Maximalbetrag von CHF 400.- pro Einzelstück, angehoben werden.

4.3.13 Massnahme 13 – Streichen von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie alle Verweise auf das Gesetz streichen

Politische Parteien und Kommissionen

Die glp begrüsst diese Massnahme.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Bezüglich der Streichung der Leistungen mit Behandlungsart «stationär» haben die Versicherer keine Vorbehalte (curafutura, Groupe mutuel, MTK, santésuisse). Mit dem Streichen von Tarifpositionen für Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung werde gemäss santésuisse und Groupe mutuel die einheitliche Tarifstruktur für alle Sozialversicherungsträger in Frage gestellt. Eine Streichung gehe mit dem Risiko einher, dass mehrere Tarifstrukturen entstehen, was nicht im Sinne des BAG sein könne (MTK). Betroffen sei 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.). Eine Streichung dieser Positionen komme für die IV nicht in Frage, eine Alternative sei bisher nicht vorgesehen. Die Praxiskostenabteilung PKA sei ebenfalls von den Streichungen betroffen. Es sei unklar, wie mit dieser Leistung in Zukunft umgegangen werden solle. Auch für die Position 00.2315 (Expresszuschlag für ärztliche Gutachten) fehle eine Entsprechung im Tarifvorschlag. Bei den Positionen zur Grundkonsultation und Grundtaxe Röntgen (39.0011, 39.0016, 39.021) müsse der Zusatz «KVG» gestrichen werden, so dass die Position unabhängig vom Kostenträger abgerechnet werden könne. curafutura begrüsst die Streichung der Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung. Was die Streichung der Hinweise auf das Gesetz betreffe, so entfalle damit der eindeutige, im Tarif verankerte Hinweis und es würde mehr individueller Aufwand entstehen (curafutura, Groupe mutuel, santésuisse).

Leistungserbringer – Ärztesgesellschaften (kantonal, regional oder gesamtschweizerische Ärztevereinigungen)

Im Grundsatz wird die Streichung dieser Positionen von den Ärztesgesellschaften als sachgerecht bezeichnet. Die SGR-SSR, die fmCh Tarifunion und die SBV weisen darauf hin, dass der Zusatz «KVG» auch in den Positionen 39.0011, 39.0016, 39.0021 zu streichen sei, so dass die Position unabhängig vom Kostenträger abgerechnet werden könne.

Die BEKAG argumentiert, dass der autonome Nachvollzug des TARMED grundsätzlich im IV/UV/MV-Bereich mittels entsprechender Verträge möglich sein müsse. Die FMH bemängelt, dass die Folgen für andere Sozialversicherer (UV/MV/IV), welche ebenfalls über den TARMED abrechnen, im Verordnungsentwurf nicht berücksichtigt seien. Mit der Einführung dieser Bestimmung müsse mit unklaren Abrechnungssituationen gerechnet werden.

Leistungserbringer – Spitäler

Für PKS müssen wie für H+ alle Tarifpositionen der Unfallversicherung in der Tarifstruktur der Krankenversicherung beibehalten werden, da der Bundesrat einen Koordinationsauftrag habe (Art. 43 Abs. 7 KVG).

5 Stellungnahmen zur Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen

5.1 Allgemeine Bemerkungen zur Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen

Kantone

Die GDK, deren Stellungnahme auch die Kantone AR, BL, BS, JU, NE, OW und ZH ausdrücklich teilen, sowie die Kantone AI, BE, FR, GE, GL, GR, NW, SG, SH, SO, TI, UR, VS und ZG äussern sich positiv zur Festlegung einer Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen ab dem 1. Januar 2018. Der Kanton LU ist der Auffassung, dass die Festlegung von Mindestsitzungsdauern de facto der Festlegung einer neuen Tarifstruktur entspreche, was anhand von Daten geschehen müsste, über die der Bundesrat nach eigenen Angaben nicht verfüge. Vier Kantone (AG, TG, SZ, VD) haben im Rahmen der Vernehmlassung nicht zur Festlegung der Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen Stellung genommen.

Trotz ihrer befürwortenden Haltung äussern einige Kantone Vorbehalte in Bezug auf die Vorlage des Bundesrates. Der Kanton NE lädt den Bundesrat ein, den Anliegen von Physioswiss besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Nach Ansicht des Kantons BE sollen die Tarifpartner eine Gesamtrevision der Tarifstruktur auf Basis aktueller Kosten- und Leistungsdaten durchführen. Der Kanton SO vertritt den Standpunkt, dass die Tarifpositionen nur massvoll und aufgrund einer betriebswirtschaftlichen Bemessung verändert werden dürfen. Der Kanton ZH fordert, dass dem Entwurf eine Bestimmung hinzugefügt wird, welche die Kostenneutralität der Revision garantiert. Er schlägt vor, dass der Bundesrat die aktuell geltende Struktur festlegt, falls der Entwurf während der Vernehmlassung stark kritisiert werden sollte.

Politische Parteien

Die SPS erachtet den Eingriff des Bundesrates als gerechtfertigt, sofern er zu keinen Kürzungen bei den Leistungserbringern in der Physiotherapie führe. Die EDU hingegen lehnt ihn mit der Begründung ab, dass der Bundesrat nicht über eine ausreichende gesetzliche Grundlage verfüge und die Vorlage unausgewogen sei.

Dachverbände der Wirtschaft

Der SGB unterstützt grundsätzlich die Festlegung einer Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen im Interesse der Versicherten. Der VPOD-SH ist der Ansicht, dass der Bundesrat mit der Hinterlegung der Sitzungsdauer pro Tarifposition eine völlig neue Tarifstruktur festlegt und seine Kompetenzen überschreitet. Der Bundesrat verletze die Grundsätze der Sachgerechtigkeit und Billigkeit, wenn er nur bestimmte Elemente der ihm unterbreiteten Vorschläge übernehme. In diesem Fall sei die Tarifstruktur nicht von generell-abstrakter Natur. Zudem beruhe sie nicht auf betriebswirtschaftlichen Daten. Insbesondere vertreten sie die Auffassung, dass sich die festgelegten Sitzungsdauern nicht aus dem alten Tarifmodell ergeben und die Festlegung der Sitzungsdauern nicht eine Verbesserung der Transparenz bezweckt, wie es der Bundesrat erklärt, sondern Einsparungen dienen soll. Hingegen werde die Einführung von Positionen für Leistungen in Abwesenheit des Patienten zu einer höheren Transparenz führen. Der VPOD-SH erachtet zudem die vorgeschlagene Struktur als schlechte Basis für eine Neuaufnahme der Verhandlungen unter den Tarifpartnern. Weiter widerspräche die Implementierung der Tarifstruktur als Mittel der Kostenkontrolle unter Gefährdung der Existenz der Physiotherapeutinnen und -therapeuten der Strategie «ambulant vor stationär» des Bundesrates.

Die FER unterstützt diese Verordnungsanpassung nicht. Der Staat überschreite die festgelegten Regeln deutlich und berücksichtige den wirtschaftlichen Druck, unter dem die Physiotherapeutinnen und -therapeuten stünden, nicht wirklich. Die FER bezweifelt, dass die Mengenausweitung auf eine Bereicherungsabsicht der Physiotherapeutinnen und -therapeuten zurückzuführen sei. Sie liege vielmehr in der Zunahme des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung begründet. Der SVFB ist der Auffassung, dass die vorgesehenen umfangreichen Sparmassnahmen ein beträchtliches Risiko darstellen, grosse finanzielle Auswirkungen für

alle Berufe im Bereich der Erbringung von ambulanten Leistungen haben und zulasten der Patientinnen und Patienten gehen. Im Zeitraum 2000 bis 2014 sei der Kostenanstieg in der Physiotherapie unter der Zunahme im ambulanten Bereich geblieben.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

curafutura weist die Vernehmlassungsvorlage zurück und bedauert, dass der Bundesrat nicht die gemeinsam mit H+ eingereichte Tarifstruktur vom 15. August 2016 in die Vernehmlassung gegeben hat. Wie H+ erachtet curafutura es nicht als angemessen, einzelne Elemente dieser Tarifstruktur in die alte Tarifstruktur einzufügen. Hingegen begrüsst curafutura die Festlegung der Zeitdauer der Sitzungen, welche die Qualität und Transparenz für die Patientinnen und Patienten verbessert. Der Verband kritisiert aber, dass unterschiedliche Leistungen von gleicher Zeitdauer unterschiedlich hoch bewertet sind, was zu Fehlanreizen für die Abrechnung und somit mittelfristig zu einem kontinuierlichen Kostenanstieg führe. Weiter bemängelt er die zu offene Formulierung bestimmter Leistungen, was die Kontrolle durch die Krankenversicherer erschwere. curafutura bedauert, dass der Entwurf der Tarifstruktur keine neuen Tarifpositionen für heute übliche Leistungen enthält, beispielsweise für die Robotik. Solche seien im Strukturvorschlag von H+ und curafutura zu finden gewesen.

santésuisse hingegen wertet die Anpassungen der Tarifstruktur als positiv. Sie dienten der Verbesserung der Verständlichkeit und der Transparenz. santésuisse begrüsst insbesondere die Festlegung der Sitzungsdauern, da die Patientinnen und Patienten die erbrachten Leistungen besser kontrollieren könnten. santésuisse stellt fest, dass der Bundesrat nach dem Scheitern der partnerschaftlichen Verhandlungen zum Handeln gezwungen sei.

Aus Sicht der MTK erreicht die Vernehmlassungsvorlage ihre Ziele, Klarheit in die Tarifstruktur zu bringen und die Transparenz der aktuellen Tarifstruktur zu verbessern, nicht. Sie führe zudem zu einer Kostensteigerung. Wie H+ stellt die MTK fest, dass vergleichbare Leistungen unterschiedlicher Dauer nicht im gleichen Verhältnis vergütet würden.

Die Groupe mutuel begrüsst ein subsidiäres Eingreifen des Bundesrates bei einem Scheitern der Verhandlungen und bevorzugt die Schaffung von Pauschalen, welche die mit Einzelleistungsabrechnungen verbundenen Anreize mindert.

Organisationen des Gesundheitswesens – Patientinnen und Patienten / Benutzerinnen und Benutzer

Die IG Seltene Krankheiten wertet die Festlegung der Tarifstrukturen durch den Bundesrat als positiv. Bestimmte Anpassungen, etwa die Festlegung der minimalen Sitzungsdauer und die Abrechnungsregeln für den Zuschlag für die Behandlung besonders komplexer Fälle, widersprechen aus ihrer Sicht aber dem Nationalen Konzept Seltene Krankheiten des Bundesrates.

SMA stellt fest, dass die Physiotherapeutinnen und -therapeuten für Patientinnen und Patienten mit spinaler Muskelatrophie häufig eine zentrale Rolle spielen. Ihre Koordinationsarbeit mit den übrigen Berufen, insbesondere das Verfassen von Berichten für die Ärztinnen und Ärzte, solle deshalb vergütet werden.

Leistungserbringer

Die beiden Dachorganisationen der Physiotherapeutinnen und -therapeuten – physioswiss und der SVFP – haben ihre identischen Stellungnahmen in Form eines Formulars eingereicht. Ihre Argumentation wird gestützt durch ein Rechtsgutachten von Professor Tomas Poledna. Dasselbe Formular wurde auch von über 10'000 Physiotherapeutinnen und -therapeuten oder Physiotherapiepraxen, Spitälern, Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten oder Patientenorganisationen eingereicht. Einige haben lediglich mitgeteilt, dass sie die Stellungnahme des SVFP und von physioswiss unterstützen. Die Listen der Institutionen und Personen, welche die Stellungnahme des SVFP und von physioswiss eingereicht haben oder diese unterstützen, befinden sich im Anhang.

Der SVFP und physioswiss sind der Auffassung, dass die Einführung von fixen Zeiten in die Tarifstruktur de facto zu einer neuen Tarifstruktur führt und entsprechend auf einem neuen Kostenmodell basieren muss. Der Bundesrat verfüge aber nicht über verlässliche Daten, um ein neues Kostenmodell zu alimentieren. Gemäss dem Gutachten von Poledna ist die Vermischung von zwei Systemen (Pauschaltarif versus Zeittarif) unzulässig. Der Bundesrat überschreite seine Kompetenzen, indem er eine Mindestzeit für eine Behandlung festlege. Der SVFP und physioswiss stellen basierend auf den Statistiken des Bundesamtes für Statistik fest, dass die Kostensteigerung in der Physiotherapie im Zeitraum 2011 bis 2015 im Durchschnitt unter der Kostensteigerung im ambulanten Sektor lag, wie übrigens immer seit 1996.

swiss orthopaedics schliesst sich der Stellungnahme von physioswiss an.

Die Präsidentinnen und Präsidenten der Physiotherapie-Verbände der Westschweizer Kantone unterstützen die Stellungnahme von physioswiss. Die in der KLV neu vorgesehenen multidisziplinären Besprechungen müssten in der Tarifstruktur formalisiert werden. Sie sind der Ansicht, dass der Anstieg des Leistungsvolumens auf die Entwicklung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung zurückzuführen ist, was die Zunahme der Anzahl Fälle und Sitzungen pro Rechnung erklärt. Wenn die Tarifpartner zum Schluss gekommen seien, dass pro Sitzung von 30 Minuten fünf Minuten für das Aufräumen, Händewaschen und einen kurzen Blick in das Patientendossier berücksichtigt werden müssten, dann müssten gleichzeitig für Berichte, Mitteilungen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und multidisziplinäre Besprechungen neue Positionen geschaffen werden, und dies ausserhalb der Anforderung der Kostenneutralität. Die Umsetzung der im Tarifstrukturentwurf vorgesehenen Sitzungsdauern würde ihre Mitglieder bei der täglichen Planung in grosse Schwierigkeiten bringen.

Physiobern und physioticino unterstützen die Stellungnahme von physioswiss.

Nach Auffassung von PP reicht der Physiotherapietarif zur Deckung der Kosten der physiotherapeutischen Leistungen für Kinder nicht aus, womit die Existenz entsprechender Zentren ohne Unterstützung durch Spender oder Quersubventionierung in den Spitälern praktisch unmöglich werde. Die Vernehmlassungsvorlage stelle die Bereitstellung von physiotherapeutischen Behandlungen für Kinder in Frage. Die Vereinigung bedauert, dass ein Teil der Leistungen der Physiotherapeutinnen und -therapeuten (Leistungen in Abwesenheit des Patienten) nicht vergütet würden und ihre Tarife ein Viertel tiefer seien als jene der Ergotherapeutinnen und -therapeuten, deren Ausbildung vergleichbar sei. Daneben stellt PP dieselben Forderungen wie der SVFP und physioswiss.

KIS unterstützt die obgenannten Stellungnahmen von physioswiss und PP.

H+ lehnt den Entwurf vollumfänglich ab, da dieser weder sachgerecht noch betriebswirtschaftlich bemessen und damit gesetzeswidrig sei. Dabei bezieht sich H+ auf ein Urteil des Schiedsgerichts des Kantons Luzerns (SG 15 2, 2017 III Nr. 1). Nach Auffassung von H+ können nicht einzelne Punkte der von H+ und curafutura am 15. August 2016 eingereichten Tarifstruktur isoliert in die alte Tarifstruktur eingefügt werden, da diese so aufgrund der Komplexität der Tarifstrukturen noch unsachgerechter würde. Deshalb fordert H+ den Bundesrat auf, die Tarifstruktur vom 15. August 2016 in die Vernehmlassung zu geben. Die im Entwurf vorgesehenen Leistungsbeschränkungen betreffen im Wesentlichen die vulnerablen Patientinnen und Patienten. Weiter seien verschiedene Leistungen nicht tarifiert. H+ bedauert, dass nicht die mit der Tarifstruktur vom 15. August 2016 unterbreiteten Daten zur Berechnung der Tarifpositionen verwendet worden sind. Weiter stellt H+ fest, dass von einem Tarifmodell mit Pauschalen zu einem Modell mit zeitgebundenen Leistungen gewechselt wird, ohne die einzelnen Leistungskomponenten neu zu bewerten. Die Anpassung der Positionsinhalte sollte auf betriebswirtschaftlichen Daten beruhen. Wie die MTK ist auch H+ der Auffassung, dass vergleichbare Leistungen unterschiedlicher Dauer nicht im gleichen Verhältnis vergütet würden. Weiter meint H+, dass die Produktivität der Physiotherapeutinnen und -therapeuten in den letzten Jahren abgenommen hat, weil die Koordination und der Austausch zwischen den Leistungserbringern zum Wohl der Patientinnen und Patienten zugenommen hätten. Dies werde in der neuen Tarifstruktur nicht berücksichtigt.

PKS lehnt die Tarifierfassung ab, weil sie die Tarifstruktur noch unsachgerechter mache als bis anhin. Nach Ansicht von PKS fehlen bestimmte Leistungen in der aktuellen Tarifstruktur, insbesondere die Leistungen in Abwesenheit des Patienten. PKS fände es besser, wenn der Bundesrat die von H+ und curafutura eingereichte Tarifstruktur vom 15. August 2016 verabschieden würde. Die Festlegung von Sitzungsdauern in den Tarifpositionen käme einer Änderung des Tarifmodells gleich und die Werte der Positionen entsprächen nicht den Zeiten. Für PKS muss der Wert der Positionen eine konkrete Grundlage haben. Weiter führe die Kombination von zeitlichen Limitationen und Limitationen betreffend mögliche Kombinationen dazu, dass zahlreiche Leistungen, vor allem für multimorbide Patientinnen und Patienten, nicht vollständig abgegolten seien. Im Übrigen bezweifelt Privatkliniken Schweiz, dass die in die Vernehmlassung gegebene Struktur als Einzelleistungstarifstruktur gemäss Artikel 43 KVG betrachtet werden kann.

Alpha Q-Zirkel, USZ (Physio), VDCPT und VDCPT-OS bestreiten die vom Bundesrat in der Vernehmlassung vorgeschlagene Struktur. Diese vermische die Einzelleistungstarifstruktur mit einem auf Zeit basierenden Pauschaltarif. Diese Änderung sei untragbar. Im Gegensatz zur Behauptung im Kommentar zur Verordnung, ignoriere die vorgeschlagene Struktur praktisch gänzlich die Vorschläge der Tarifpartner. Die vorgeschlagene Tarifstruktur und insbesondere die Einführung von Dauern begrenze die effiziente, wirksame und sachgerechte Leistungserbringung. Sie berücksichtige eine ganze Reihe von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbrachten Leistungen nicht.

Rodtegg stellt fest, dass sich die Anforderungen für die Physiotherapeutinnen und -therapeuten in den letzten 20 Jahren stark verändert haben, die Kosten der Physiotherapie an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens jedoch stabil geblieben sind. Der Medizinische Fortschritt und das veränderte komplexere Patientenprofil verlangen eine hohe Professionalität und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Dauer und Art und Weise einer Behandlung können aufgrund der individuellen Probleme nur von Fall zu Fall definiert werden. Rodtegg verlangt die Streichung der fixen Behandlungs- und Mindestbehandlungsdauer, die Anpassung der Position 7354 an die demographische und medizinische Entwicklung, die Einführung von neuen Tarifpositionen (Bericht, Austausch mit Zuweiser/-innen, multiprofessionelle Vernetzung) und die Vergütung der Ziffer 7311 bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Altersjahr.

Wie PP sind zahlreiche Leistungserbringer (beispielsweise KS-LU (Kind), Theramisu und zeka) der Meinung, dass der Physiotherapietarif zur Deckung der Kosten der physiotherapeutischen Leistungen für Kinder nicht ausreiche, womit die Existenz entsprechender Zentren ohne Unterstützung durch Spender oder Quersubventionierung in den Spitälern praktisch unmöglich werde. Die Vernehmlassungsvorlage stelle die Bereitstellung von physiotherapeutischen Behandlungen für Kinder in Frage. Sie bedauern, dass ein Teil der Leistungen der Physiotherapeutinnen und -therapeuten (Leistungen in Abwesenheit des Patienten) nicht vergütet würden und ihre Tarife ein Viertel tiefer seien als jene der Ergotherapeutinnen und -therapeuten, deren Ausbildung vergleichbar sei.

Eine sehr grosse Zahl von Physiotherapeutinnen und -therapeuten, welche die Stellungnahme des SVFP und von physioswiss eingereicht haben, hat dieser hinzugefügt, dass die Leistungen der Physiotherapeutinnen und -therapeuten bereits heute im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen, insbesondere zu den Ergotherapeutinnen und -therapeuten, ungenügend vergütet würden. Viele weisen auf das erforderliche Ausbildungsniveau, die anstrengende Arbeit oder die Bedeutung der Physiotherapie für die Patientinnen und Patienten hin. In zahlreichen Antworten wird die Ansicht vertreten, dass es für die Physiotherapeutinnen und -therapeuten wie für die Ärztinnen und Ärzte und andere Leistungserbringer möglich sein sollte, die Leistungen in Abwesenheit des Patienten zu verrechnen, da die berufsübergreifende Koordination immer wichtiger werde. Aus Sicht vieler gefährdet die Vorlage des Bundesrates ihre berufliche Zukunft und den Zugang der Bevölkerung zu physiotherapeutischen Behandlungen.

Privatpersonen, Sonstige

Aus Sicht der HES-SO VS ist das Problem nicht die Tarifstruktur, sondern der Taxpunktwert. Dieser sollte verdoppelt werden, um die Kosten der physiotherapeutischen Leistungen korrekt zu decken.

Einzelne Privatpersonen sind der Meinung, dass bereits heute ein Mangel an Physiotherapeutinnen und -therapeuten in Praxen bestehe und sich der Zugang der Patientinnen und Patienten zur physiotherapeutischen Versorgung ohne positive Anpassung der Tarifstruktur noch verschlechtern könnte. Die Ziele der Strategie Gesundheit2020, die von den Tarifpartnern Engagement und Flexibilität erfordere, könnten nur mit einer Stärkung der Gesundheitsberufe erreicht werden. Aus ihrer Sicht der trägt die Physiotherapie zur Kostendämpfung bei.

Zahlreiche Patientinnen und Patienten fordern in individuellen Stellungnahmen, dass die physiotherapeutischen Leistungen gemäss Bestimmungen des KVG vergütet und nicht versteckt «unentgeltliche» Leistungen in die Tarifstruktur eingeführt werden.

5.2 Bemerkungen zu Anhang 2 – Anpassungen Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen

5.2.1 Streichen der Einleitenden Bemerkung 1

Dachverbände der Wirtschaft

Der SVFB spricht sich für die Beibehaltung von Absatz 1 der vor dem 1. Oktober 2016 bestehenden Tarifstruktur aus.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die MTK und curafutura wollen Absatz 1 der vor dem 1. Oktober 2016 bestehenden Tarifstruktur belassen.

Leistungserbringer

Der SVFP und physioswiss plädieren für die Beibehaltung von Absatz 1 der vor dem 1. Oktober 2016 bestehenden Tarifstruktur.

5.2.2 Neue Einleitende Bemerkung 2

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

curafutura begrüsst die Formulierung dieser neuen Einleitenden Bemerkung.

5.2.3 Neue Einleitende Bemerkung 4

Kantone

Der Kanton NW wertet es als positiv, dass die Marge auf dem Material, das den Patientinnen und Patienten verrechnet werden kann, wegfällt.

Dachverbände der Wirtschaft

Der VPOD-SH fordert, dass die Physiotherapeutinnen und -therapeuten für die Logistik- und Lagerkosten des verrechneten Materials eine Marge berücksichtigen können.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Aus Sicht von santésuisse, der MTK und der Groupe mutuel führen die für die Materialabrechnung vorgesehenen Regeln zu einem Zusatzaufwand für die Versicherer und sind schwierig zu kontrollieren. Sie schlagen deshalb vor, dass diese Kosten via Kostenmodell in die Tarifpositionen mit eingerechnet werden.

curafutura erachtet es als positiv, dass die Verrechnung des Behandlungsmaterials klar geregelt wird. Der Verband wünscht aber eine abschliessende Liste des Materials, das nach Abschluss einer Sitzungsserie verrechnet werden darf, sowie präzise Abrechnungsregeln. Weiter sollen unterschiedliche Tarifpositionen für das Behandlungs- und das Schienenmaterial geschaffen werden.

Leistungserbringer

Alpha Q-Zirkel, USZ (Physio), VDCPT und VDCPT-OS lehnen die Streichung des Zuschlags auf dem Material ab. Wenn die Physiotherapeutinnen und -therapeuten diesen Zuschlag nicht mehr abrechnen dürfen, seien die Patientinnen und Patienten dazu gezwungen, sich das notwendige Material zu höheren Preisen selbst zu beschaffen.

5.2.4 Neue Einleitende Bemerkung 5

Kantone

Der Kanton NW erachtet es als positiv, dass der Bundesrat fünf Minuten für Vorbereitung und Dossierführung im Zeitaufwand berücksichtigt hat. Er schlägt aber vor, in der Einleitenden Bemerkung 5, wonach Sitzungen unter 25 Minuten nicht verrechnet werden dürfen, die Ausnahmeklausel «vorbehältlich eines vorzeitigen schmerzbedingten Sitzungsabbruchs durch die Patientin oder den Patienten» einzufügen. Der Kanton GL hofft, dass bei der Umwandlung des Tarifmodells mit durchschnittlichen Sitzungsdauern auf erforderliche minimale Sitzungsdauern die Kostenwahrheit nicht verzerrt wird und keine falschen Anreize gesetzt werden. Die Kantone FR und LU fordern, dass die fixen Mindestsitzungsdauern gestrichen werden. Aus ihrer Sicht müssen die Physiotherapeutinnen und -therapeuten die Behandlung und insbesondere deren Dauer auf Basis ihres Fachwissens im Rahmen der ärztlichen Verordnung und der WZW-Regeln (LU) anpassen können. Der Kanton ZH stellt fest, dass diese Regel weder zulässig noch sachgerecht erscheint.

Politische Parteien

Aus Sicht der EDU ist die Festlegung einer Mindestdauer von 30 Minuten, ab der eine Behandlung verrechnet werden darf, nicht förderlich. Dies trage weder zu einer Qualitätsverbesserung noch zur Kostendämmung bei.

Dachverbände der Wirtschaft

Der VPOD-SH lehnt die Festlegung einer Mindestsitzungsdauer ab. Die Physiotherapeutinnen und -therapeuten sollten über eine gewisse Flexibilität verfügen, um die angemessene Behandlung, insbesondere ihre Dauer, zu bestimmen. Die Festlegung der Sitzungsdauer bedeute einen extremen Eingriff in die Therapiefreiheit, der zu einer künstlichen Mengenausweitung führe. Aus Sicht der FER überschreitet der Bundesrat mit der Festlegung einer fixen Dauer und einer Mindestsitzungsdauer seine Kompetenzen klar und definiert Einschränkungen, ohne die Realitäten zu berücksichtigen. Für die FER stellt die Festlegung einer Mindestsitzungsdauer in diesem Rahmen keine sachgerechte Massnahme dar.

Der SVFB fordert die Streichung der zeitlichen Limiten, da diese bei einer logischen Arbeitsplanung nicht anwendbar seien, zu einem Abbau der Qualität der physiotherapeutischen Leistungen führen könnten, die Autonomie, welche die Physiotherapeutinnen und -therapeuten für die Behandlung benötigen, stark beeinträchtigen und eine ständige Quelle möglicher Konflikte darstellen können.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

curafutura und die MTK werten die neuen Zeitvorgaben als positiv, bedauern aber, dass die Taxpunkte nicht entsprechend angepasst worden sind. Da kürzere Sitzungen nicht mehr vergütet werden, befürchtet die MTK, dass die Behandlungen künstlich verlängert werden. Aus ihrer Sicht wird diese Massnahme eher zu einer Kostensteigerung führen. Auch santésuisse

und die Groupe mutuel unterstützen die Festlegung von Mindestsitzungsdauern, weisen aber auf die Gefahr hin, dass höher tarifizierte Leistungen verrechnet werden könnten.

Organisationen des Gesundheitswesens – Patientinnen und Patienten / Benutzerinnen und Benutzer

Die IG Seltene Krankheiten ist der Meinung, dass die Fixierung einer Mindestsitzungsdauer die Behandlungsqualität für Personen mit seltenen Krankheiten mindert. Patientinnen und Patienten, die auf eine tägliche, aber dafür kurze (unter 10-minütige) Physiotherapie angewiesen sind, würden so gezwungen, eine längere Behandlung als nötig in Anspruch zu nehmen.

Leistungserbringer

Gemäss dem SVFP und physioswiss stellt die Einführung einer Mindestsitzungsdauer einen unzulässigen Eingriff in die Tätigkeit der Physiotherapeutinnen und -therapeuten dar. Laut Poledna ist der Eingriff unverhältnismässig. Für den SVFP und physioswiss, die das Rechtsgutachten Poledna zitieren, hat die Einführung der Mindestsitzungsdauer von 30 Minuten pro Therapiesitzung keine Grundlage im Tarifmodell und führt die systematische Ausrichtung des Tarifmodells ad absurdum. Die Pauschalisierung der physiotherapeutischen Leistungen basiere auf der Grundannahme, dass gewisse Leistungen weniger lange als 30 Minuten dauern, andere wiederum länger. Daraus resultiere die Durchschnittsdauer von 32,4 Minuten einer Physiotherapiesitzung, welche die Grundlage der Pauschalbewertung der Leistungen mit 48 Taxpunkten bilde. Wenn man nun in Zukunft alle Leistungen nicht mehr vergüte, welche die Mindestsitzungsdauer nicht erreichen, sei die pauschale Bewertung nicht mehr korrekt. Das Tarifmodell und die darauf basierende Tarifstruktur würden ihre Richtigkeit verlieren. Schliesslich führe die Mindestsitzungsdauer auch dazu, dass unter 30-minütige Leistungen nicht mehr vergütet würden. Dadurch könne von einer angemessenen Leistungsvergütung keine Rede mehr sein.

PP fordert die Streichung dieser Einleitenden Bemerkung.

Alpha Q-Zirkel, USZ (Physio), VDCPT und VDCPT-OS lehnen die Einführung von Sitzungsdauern ab, welche die Tarifstruktur stark beeinträchtigen. Diese Organisationen erachten diese Massnahme als unakzeptabel. Sie habe einzig das Ziel, Einsparungen zu realisieren und erlaube es nicht, das Ziel einer Verbesserung der Transparenz und der Qualität zu erreichen. Die Dauern für physiotherapeutische Behandlungen variieren je nach Beurteilung und Behandlung eines Gesundheitsproblems und können nicht normativ vordefiniert werden. Eine solche Anordnung führe nicht nur zu mehr Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern, sondern bedeute auch einen extremen Eingriff in die Therapiefreiheit. Die vorgesehenen 5 Minuten für die Vorbereitung für die Vorbereitung und die Dossierführung seien nicht ausreichend um die Leistungen der Physiotherapeutinnen und -therapeuten abzubilden.

Sehr viele Leistungserbringer fordern die Streichung der Mindestsitzungsdauern und wehren sich dagegen, dass Sitzungen, die kürzer sind als die festgelegte Sitzungsdauer, nicht mehr verrechnet werden dürfen. Theramisu beispielsweise ist der Auffassung, dass es Kinderphysiotherapeutinnen und -therapeuten möglich sein soll, die Sitzungsdauer auf Vertrauensbasis frei festzulegen.

Privatpersonen, Sonstige

Aus Sicht der HES-SO VS werden Physiotherapeutinnen und -therapeuten dafür ausgebildet, den für eine Behandlung nötigen Zeitaufwand einzuschätzen. Die Festlegung von Mindestsitzungsdauern könne dazu führen, dass die Physiotherapeutinnen und -therapeuten unnötige und kontraproduktive Handlungen durchführen, um die restliche Zeit auszufüllen, damit sie die Sitzung verrechnen können. Die HES-SO VS fordert, den Parameter Zeit in der Position 7301 zu streichen, Positionen mit einer kürzeren Zeitdauer als 30 Minuten wie bei anderen Gesundheitsberufen zu schaffen (10, 15, 20, 25 Minuten mit 5 Minuten Zuschlag etc.) oder die Einleitende Bemerkung 5 zu streichen.

Mehrere Patientinnen und Patienten lehnen es in individuellen Stellungnahmen ab, dass Sitzungen mit einer Dauer von unter 30 Minuten nicht mehr verrechnet werden dürfen, da dies zu einer künstlichen Verlängerung der Behandlungen führen könnte.

5.2.5 Neue Einleitende Bemerkung 6

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die MTK und curafutura werten die Einführung klarer Regeln für die zulässigen Kombinationen als positiv. Allerdings befürchtet die MTK, dass die Möglichkeit, andere Kombinationen mit den Versicherern zu vereinbaren, einen zu grossen Interpretationsspielraum lässt.

5.2.6 Einzelne Tarifpositionen

5.2.6.1 Position 7301 Einzelsitzungspauschale für allgemeine Physiotherapie

Dachverbände der Wirtschaft

Der VPOD-SH lehnt die Festlegung einer Mindestsitzungsdauer und einer Maximaldauer für die Vorbereitung und Dossierführung ab. Er fordert, dass der Zuschlag für erhöhten Zeitbedarf (Position 7351) auch mit der Position 7301 kombiniert werden kann.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

curafutura wünscht die Präzisierung, dass die Position nur einmal pro Tag und bei ausdrücklicher ärztlicher Verordnung zweimal pro Tag verrechenbar ist. Die zweite Sitzung dürfe nicht im direkten Anschluss an die erste Sitzung stattfinden. Die MTK stellt fest, dass die Position eine Dauer von 30 Minuten vorsieht, während das Kostenmodell auf einer durchschnittlichen Dauer von 32,6 Minuten basiert. Die vorgeschlagene Tarifstruktur führe deshalb zu einer Verteuerung für die Kostenträger. Ausserdem befürchtet sie, dass die Formulierung «physikalische Massnahmen» nicht genau genug sei und Raum für Interpretationen lasse.

Leistungserbringer

Der SVFP und physioswiss fordern die Streichung der Zeithinterlegung und von Absatz 2. Sie schlagen zudem kleinere Anpassungen der Positionsbeschreibung vor.

Alpha Q-Zirkel, USZ (Physio), VDCPT und VDCPT-OS lehnen die Aufführung der Sitzungsdauern in der Position ab. Sie erachten es zudem als inakzeptabel, dass die Dauer von 30 Minuten auch eine Limitation von maximal 5 Minuten für sämtliche Leistungen wie Disposition, Vorbereitung, Dokumentation und Berichte an Versicherer enthalten ist.

Rodtegg beantragt die Streichung der Dauern.

5.2.6.2 Position 7311 Einzelsitzungspauschale für aufwändige Physiotherapie

Kantone

Für den Kanton ZH führt die Möglichkeit, dass die Versicherer die Verwendung der Position auf Anfrage auch für andere, in Artikel 5 Absatz 1 KLV nicht vorgesehene Indikationen bewilligen können, zu einer Ungleichbehandlung der Patientinnen und Patienten.

Dachverbände der Wirtschaft

Der VPOD-SH lehnt die Festlegung der Sitzungsdauer und der Maximaldauer für die Vorbereitung und Dossierführung ab.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Für curafutura und die MTK schafft die vorgesehene Vergütung (77 TP), die im Verhältnis zum Zeitaufwand gegenüber der Position 7301 zu hoch ist, einen Fehlanreiz. Aus ihrer Sicht müssten für diese Position nur 72 Taxpunkte veranschlagt werden. curafutura und die MTK weisen ausserdem darauf hin, dass es keine Liste von speziell für die Lymphdrainage ausgebildeten Physiotherapeutinnen und -therapeuten gibt. In der Praxis werde diese Behandlung häufig von Nicht-Physiotherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt. curafutura lehnt die Streichung der Ziffer 7312 für Lymphdrainage ab. Hingegen begrüsst der Verband die Festlegung einer klaren Altersgrenze für Kinder. curafutura fordert die Präzisierung, dass die Ziffer einmal pro Tag und nur auf ausdrückliche ärztliche Verordnung zweimal pro Tag verrechenbar ist, wobei die zweite Sitzung nicht im direkten Anschluss an die erste Sitzung stattfinden dürfe. Für die MTK lässt die Definition der Ziffer 7311 einen zu grossen Interpretationsspielraum, der zu Problemen mit den Leistungserbringern führen werde. Eine Lösung würde für sie darin bestehen, den Leistungserbringern mehr Selbstverantwortung zu übertragen und die Ziffer weniger genau zu definieren.

Leistungserbringer

Der SVFP und physioswiss fordern, dass die Zeithinterlegung und Absatz 2 gestrichen werden. Ausserdem solle das Alter, bis zu dem Anspruch auf die Verrechnung dieser Leistung bestehe, von sechs auf acht Jahre angehoben werden. Weiter schlagen sie einige Anpassungen der Formulierung der Positionsbeschreibung vor. Aus Sicht von H+ sind mit den vorgesehenen Limitationen viele in den Spitälern und Kliniken erbrachte Leistungen nicht gedeckt, insbesondere für aufwändige Fälle.

Alpha Q-Zirkel, USZ (Physio), VDCPT und VDCPT-OS lehnen die Aufführung der Sitzungsdauern in der Position ab.

Rodtegg beantragt, eine Definierung einzufügen, was aufwändige Physiotherapie ist.

Einige – insbesondere die auf die Behandlung von Kindern spezialisierten – Leistungserbringer (z.B. Theramis) verlangen, dass die Leistungen für Kinder automatisch als aufwändig und über die Ziffern 7311 und 7351 verrechenbar betrachtet werden. Andere – insbesondere die auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung spezialisierten – Leistungserbringer (z.B. die Rodtegg) fordern, dass diese Ziffer für Kinder bis zum 18. Altersjahr verrechenbar ist.

5.2.6.3 Position 7313 Sitzungspauschale für Hippotherapie

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

curafutura und die MTK verlangen, dass die Bewertung im Verhältnis zur festgelegten Zeit auf 72 Taxpunkte gesenkt wird. curafutura wünscht eine Liste der Physiotherapeutinnen und -therapeuten, die für die Hippotherapie zugelassen sind. Die MTK fordert, dass die Leistung 7350 «Zuschlagsposition für die erste Behandlung» ebenfalls in Kombination mit dieser Position verrechnet werden darf.

Leistungserbringer

Der SVFP und physioswiss fordern die Streichung der Zeithinterlegung und schlagen verschiedene Anpassungen in der Formulierung der Positionsbeschreibung vor.

5.2.6.4 Position 7330 Sitzungspauschale für Gruppentherapie (Gruppengrösse bis 5 Patienten/innen)

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Nach Auffassung von curafutura, santésuisse und der MTK sollte die Gruppengrösse klar festgelegt und wie für die übrigen Positionen eine Zeitdauer vorgesehen werden. Die Taxpunkte

sollten ebenfalls entsprechend dieser Zeitdauer angepasst werden. Die MTK fragt sich ausserdem, ob diese Art der Therapie noch zeitgemäss ist.

Leistungserbringer

Der SVFP und physioswiss sind grundsätzlich mit der Vorlage einverstanden und schlagen verschiedene Anpassungen der Formulierung der Positionsbeschreibung vor.

H+ und PKS stellen fest, dass eine Gruppentherapie zwischen 30 und 90 Minuten und in einzelnen Fällen bis zu 120 Minuten dauert. Um diese Realität abzubilden, sollten verschiedene Positionen geschaffen werden. H+ fordert ausserdem die Schaffung verschiedener Positionen, um unterschiedlich grossen Gruppen Rechnung zu tragen.

Rodtegg beantragt, dass die Position pro Patient verrechnet werden kann und auch physiotherapeutische Massnahmen neben dem Therapieraum im Therapiebad beinhaltet.

Zahlreiche Physiotherapeutinnen und -therapeuten fordern in individuellen Mitteilungen begleitend zur Stellungnahme des SVFP und von physioswiss, dass die Positionen 7330 und 7340 zusätzlich zu den Positionen 7301 und 7311 verrechnet werden dürfen, wenn eine Gruppentherapie oder eine Medizinische Trainingstherapie unmittelbar vor oder nach einer individuellen Behandlungssitzung stattfindet. Aus ihrer Sicht können damit Kosten gespart werden (beispielsweise Fahrkosten, Arbeitsabsenzen).

5.2.6.5 Position 7340 Sitzungspauschale für Medizinische Trainingstherapie MTT

Dachverbände der Wirtschaft

Der VPOD-SH wehrt sich dagegen, dass die MTT als auf 15 Minuten beschränkte Einzeltherapie deklariert wird. Eine solche Therapie finde immer nach vorangegangener Einzeltherapie (Position 7301) statt.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

curafutura verlangt, dass die Taxpunkte im Verhältnis zur Dauer der Leistung angepasst werden. Die Leistung soll maximal viermal pro Sitzung verrechnet werden dürfen. Innerhalb der MTT sollen höchstens zwölfmal Einzelbetreuung abgerechnet werden dürfen. Die MTK fordert aus denselben Gründen wie der SVFP und physioswiss die Streichung der Zeithinterlegung dieser Position. Ausserdem führe diese Position weiterhin zu Problemen, solange sie als Sitzungspauschale konzipiert sei, da pro Tag zwei Sitzungspauschalen nur unter bestimmten Voraussetzungen abgerechnet werden könnten. Häufig sei die MTT aber mit einer Einzeltherapiesitzung verknüpft.

Leistungserbringer

Der SVFP und physioswiss fordern, dass die Zeithinterlegung und Absatz 2 gestrichen werden. Sie sei trainingsphysiologisch unsinnig, da in 15 Minuten kein adäquater Trainingsanreiz gesetzt und kein Trainingseffekt erzielt werden könnten. Weiter schlagen sie verschiedene Anpassungen der Formulierung der Positionsbeschreibung vor. Nach Auffassung von H+ und PKS sind mindestens 30 Minuten vorzusehen für die Instruktion von vier Übungen, welche die Patientinnen und Patienten anschliessend unter Überwachung selbstständig durchführen können. Die MTT selbst, die in der Regel als Gruppentherapie unter Aufsicht der Physiotherapeutin bzw. des Physiotherapeuten erbracht wird, fehle in der Tarifstruktur.

Alpha Q-Zirkel, USZ (Physio), VDCPT und VDCPT-OS lehnen die vorgesehenen 15 Minuten für die medizinische Trainingstherapie ab. Die medizinische Trainingstherapie sei keine Gruppentherapie, sondern ein von einem Physiotherapeuten überwachtes individuelles Training. Eine Zeitvorgabe von 15 Minuten sei weder therapeutisch noch trainingsmedizinisch sinnvoll.

Zahlreiche Physiotherapeutinnen und -therapeuten und Physiotherapiepraxen fordern meist in individuellen Mitteilungen begleitend zur Stellungnahme des SVFP und von physioswiss, dass die Positionen 7330 und 7340 zusätzlich zu den Positionen 7301 und 7311 verrechnet werden

dürfen, wenn eine Gruppentherapie oder eine Medizinische Trainingstherapie MTT unmittelbar vor oder nach einer individuellen Behandlungssitzung stattfindet.

5.2.6.6 Position 7350 Zuschlagsposition für die erste Behandlung

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

curafutura schlägt vor, dass ein Zeitaufwand von 15 Minuten angegeben wird.

Die MTK ist mit der Vorlage einverstanden, würde es aber begrüßen, dass diese Kombination mit der Position 7313 Sitzungspauschale für Hippotherapie kombiniert werden darf.

Leistungserbringer

Der SVFP und physioswiss sind grundsätzlich einverstanden. Sie verlangen aber, dass die Position innerhalb von 36 Sitzungen zweimal (anstatt nur einmal) verrechnet werden darf. Weiter soll die Position verrechenbar sein, wenn die letzte Behandlung mehr als drei Monate zurückliegt (anstatt sechs Monate) und wenn sie für Hippotherapie bestimmt ist (mögliche Kombination mit den Sitzungspauschalen 7301 bis 7320).

5.2.6.7 Position 7351 Zuschlagsposition für erhöhten Zeitbedarf für die Behandlung aufwändiger Fälle

Dachverbände der Wirtschaft

Der VPOD-SH lehnt es ab, dass eine chronische Behinderung in jedem Fall einer ärztlichen Begründung bedarf. Er befürchtet eine Zunahme des administrativen Aufwands für die Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Dieser Zuschlag soll auch in Kombination mit der Position 7301 abgerechnet werden dürfen. Auch bei Fremdsprachigkeit oder kulturellen Unterschieden soll eine Verrechnung der Position 7301 möglich sein.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

curafutura fordert, dass ein Zeitaufwand von 15 Minuten angegeben wird. Bei zweifacher Verrechnung sollen mindestens 25 Minuten Leistung erbracht werden. Die Vergütung soll auf 16 Taxpunkte gesenkt werden und die Altersgrenze für die betroffenen Kinder auf das vollendete sechste Lebensjahr definiert werden. Die MTK begrüsst die Schaffung dieser Position zusammen mit der Hinterlegung definierter Zeiten für die Positionen 7301 und 7311. Mit der Formulierung «mindestens 10 Minuten» würden aber Fehlanreize geschaffen. Ausserdem sei die Vergütung im Verhältnis zu hoch (30 TP). Daneben bestehe dasselbe Problem mit der Interpretation der Definition wie bei der Position 7311.

Organisationen des Gesundheitswesens – Patientinnen und Patienten / Benutzerinnen und Benutzer

Die IG Seltene Krankheiten stellt sich die Frage, ab wann Personen mit seltenen Krankheiten als chronisch Kranke betrachtet werden, und wünscht, dass der Zuschlag nicht nur für Kinder, sondern auch für Erwachsene mit seltenen Krankheiten verrechnet werden darf. Sie schlägt vor, das Swiss Rare Disease Registry als Nachweis für die Berechtigung für diesen Zuschlag zu verwenden.

Leistungserbringer

Der SVFP und physioswiss sind grundsätzlich einverstanden mit der Vorlage, wünschen aber die Streichung der Zeithinterlegung (und von Absatz 4). H+ ist der Ansicht, dass zahlreiche Leistungen, welche die Spitäler und Kliniken erbringen, mit den vorgesehenen Limitationen nicht gedeckt sind. Dies gelte vor allem für aufwändige Fälle.

Alpha Q-Zirkel, USZ (Physio), VDCPT und VDCPT-OS sind der Ansicht, dass durch die neue Interpretation von Position 7351 die Diskussionen mit den Versicherern zunehmen werden,

insbesondere aufgrund der Vorgabe, dass für die chronische Behinderung eine ärztliche Begründung vorliegen muss. Das verlangsamt den Therapieprozess, verursache unnötige – nicht verrechenbare – Kosten und führe letztlich zu einer Unterversorgung der Patientinnen und Patienten. Die Position müsse auch in Kombination mit der Position 7301 abrechenbar sein.

Nach Ansicht verschiedener Leistungserbringer, die insbesondere auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung spezialisiert sind (die Rodtegg), muss diese Position unbedingt beibehalten werden.

5.2.6.8 Position 7352 Zuschlagsposition für die Benutzung des Geh- oder Schwimmbads

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Gemäss curafutura sollte festgehalten werden, dass diese Position einmal pro Sitzung und Tag abgerechnet werden darf.

Die MTK fordert die Präzisierung, dass der Eintritt ins Schwimmbad in der Position enthalten ist. Die Benutzung eines Geh- oder Schwimmbads sollte zudem nur auf ärztliche Verordnung verrechnet werden dürfen.

5.2.6.9 Position 7354 Zuschlagsposition für die Weg- oder Zeitentschädigung

Kantone

Die Kantone LU und VS wünschen, dass auch für Behandlungen in Alters- und Pflegeheimen Anspruch auf eine Wegentschädigung besteht. Der Kanton VS verlangt ausserdem, dass für die Wegzeiten Entfernungen vorgesehen werden oder ein Zuschlag abrechenbar ist, wenn die Wegzeit über einer gewissen Standardzeit liegt.

Dachverbände der Wirtschaft

Der SGB fordert, dass auch für Behandlungen in Alters- und Pflegeheimen Wegentschädigungen gewährt werden, um eine Ungleichbehandlung mit Personen, die zuhause leben können, zu vermeiden.

Leistungserbringer

Der SVFP und physioswiss verlangen eine Anpassung von Absatz 4 (keine Wegentschädigung bei Behandlungen im Spital, in der Klinik oder im Alters- und Pflegeheim), da er im Widerspruch zur demografischen Entwicklung und gesellschaftlichen Veränderung stehe. Aus Sicht von physiobern sollen Physiotherapeutinnen und -therapeuten Wegentschädigungen erhalten, da es für die Institutionen von Vorteil sei, wenn sie nicht über eigene Physiotherapiedienste verfügen müssen.

Privatpersonen, Sonstige

Zahlreiche Patientinnen und Patienten verlangen ebenfalls, dass die Wegentschädigung auch für die Patientinnen und Patienten in Alters- und Pflegeheimen abrechenbar ist.

5.2.6.10 Positionen 7362, 7363 Pauschalen für Behandlungen mit Vaginal- und Analsonde

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

curafutura fordert, dass die Pauschalen für Vaginal- und Analsonden herabgesetzt werden, da dieses Material im Internet zu tieferen Preisen als im Entwurf bestellt werden könne.

5.2.7 Sonstige Leistungen

Kantone

Der Kanton LU wünscht, dass Leistungen für die berufsübergreifende Koordination angemessen vergütet werden. Der Kanton ZG schliesst sich der Stellungnahme von physioswiss an, wonach Leistungen in Abwesenheit des Patienten verrechenbar sein sollen. Alle Leistungserbringer sollten diesbezüglich gleichgestellt werden. Für den Kanton ZG sollte eine solche Verbesserung allerdings kostenneutral sein, das heisst in einem anderen Bereich der Tarifstruktur kompensiert werden.

Politische Parteien

Nach Ansicht des EDU sollten Leistungen in Abwesenheit des Patienten verrechnet werden dürfen.

Dachverbände der Wirtschaft

Der VPOD-SH ist der Ansicht, dass die fünf Minuten für Vorbereitung und Dossierführung, die bei jeder Sitzung vorgesehen sind, nicht ausreichen, um alle administrativen Leistungen erbringen zu können, die häufig von den Patientinnen und Patienten selbst verlangt würden. Deshalb sollten Leistungen in Abwesenheit des Patienten vorgesehen werden, wie es beim Ergotherapietarif der Fall ist.

Der SVFB verlangt die Anerkennung neuer Leistungen in Abwesenheit des Patienten, da der Austausch mit den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten und multidisziplinäre Kontakte in der Behandlungsdauer nicht berücksichtigt seien.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die MTK bedauert, dass eine Position für die Materialvermietung fehlt.

Leistungserbringer

Der SVFP und physioswiss vertreten die Auffassung, dass Berichte, der Austausch mit den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten und multidisziplinäre Kontakte in neuen Tarifpositionen abgebildet werden müssten, da sie in der Behandlungszeit nicht eingerechnet sind. Sie verlangen deshalb, dass zwei neue Positionen (7401 und 7402) für den fallbezogenen klinischen Austausch in Abwesenheit des Patienten bzw. für die fallbezogene multidisziplinäre Besprechung geschaffen werden, die mit 24 bzw. 96 Taxpunkten bewertet werden. Weiter sollen drei neue Positionen (7500 bis 7502) für formalisierte oder nicht formalisierte Berichte mit 25, 50 oder 100 Taxpunkten je nach Berichtsumfang eingerichtet werden.

PP verlangt, dass bei den gewünschten Positionen 7401 und 7402 für den klinischen Austausch und die multidisziplinären Besprechungen die Lehrpersonen zu den Leistungserbringern zählen.

Nach Auffassung von physiobern soll die Koordinationsarbeit vergütet werden, um die koordinierte Versorgung zu fördern, welche zur Eindämmung der Gesundheitskosten beiträgt.

Nach Ansicht von H+ kommt es in der Physiotherapie zu immer mehr Leistungen in Abwesenheit des Patienten, die wirksam und zweckmässig sind und deshalb tariflich abgebildet werden müssten. Dazu gehörten insbesondere das Verfassen von Berichten, interprofessionelle Fallbesprechungen, die Beantwortung von Fragen anderer Leistungserbringer und das Erstellen von verordneten therapeutischen Heimprogrammen. H+ zählt weitere Leistungen auf, die in der Vorlage nicht berücksichtigt werden, insbesondere Kurzinterventionen auf ärztliche Anfrage, Behandlungen mit zwei Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Robotik, überwachtes Training im Rahmen der Medizinischen Trainingstherapie, Wegzeiten. Zur Tarifierung dieser Leistungen verweist H+ auf die Tarifstruktur vom 15. August 2016.

PKS nennt als fehlende Leistungen die Leistungen in Abwesenheit des Patienten, die Kurzinterventionen auch bei Ärztinnen und Ärzten, die Behandlung mit zwei Physiotherapeutinnen

und -therapeuten, die Robotik (Lokomat, Armo), das überwachte Training im Rahmen der Medizinischen Trainingstherapie und die Wegzeiten.

Verschiedene Leistungserbringer, die insbesondere auf die Behandlung von Kindern oder Erwachsenen mit Behinderung spezialisiert sind (Theramisu, die Rodtegg), und bestimmte Patientinnen und Patienten formulieren dieselben Forderungen wie PP.

Privatpersonen, Sonstige

Die HES-SO VS fordert, dass eine Tarifposition für die Vermietung von Material für Zuhause (Kinetec etc.) hinzugefügt wird.

In zahlreichen individuellen Stellungnahmen von Patientinnen und Patienten wird es als absolut notwendig erachtet, dass die Physiotherapeutinnen und -therapeuten die Berichte an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Leistungen für die Koordination mit anderen Leistungserbringern verrechnen dürfen.

5.2.8 Sonstige Vorschläge

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

curafutura schlägt vor, eine Einleitende Bemerkung hinzuzufügen, in welcher der Begriff Fall definiert wird.

Leistungserbringer

Bestimmte Leistungserbringer (Therapie und Training Zentrum AG, Zollikofen) schlagen vor, die aktuelle Tarifstruktur für die Physiotherapie durch eine mit der Tarifstruktur für die Leistungen der Ergotherapeutinnen und -therapeuten vergleichbare Struktur mit einem Zeittarif (pro 15 Minuten) und Leistungen in Abwesenheit des Patienten zu ersetzen.

Andere Leistungserbringer (die Mitglieder des QZ Zollikofen/Münchenbuchsee/Bremgarten/Jegenstorf) schlagen eine Tarifstruktur mit einer grösseren Zahl von Positionen vor, insbesondere mit zwei Positionen für die Grundbehandlung je nach von der Physiotherapeutin oder vom Physiotherapeuten gewählten Dauer, einer Position für die nicht überwachte Medizinische Trainingstherapie und zwei Positionen für die Leistungen in Abwesenheit des Patienten, allerdings mit einigen Einschränkungen. Ihrer Ansicht nach wäre die Einführung der vorgeschlagenen Tarifstruktur kostenneutral.

Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer¹

Annexe: Liste des participants à la consultation²

Allegato: Elenco dei partecipanti alla consultazione³

- * Stellungnahmen Tarifstruktur TARMED & Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen
- * Prises de positions structure tarifaire TARMED & structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie
- * Pareri struttura tariffale TARMED & struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia
- ** Stellungnahmen nur Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen
- ** Prises de positions que pour la structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie
- ** Pareri solo per la struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia

Abkürzung Abréviation Abbreviazione	Name Nom Nome
Kantone Cantons Cantoni	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI*	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR*	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE*	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL*	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS*	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR*	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE*	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL*	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR*	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU*	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura

¹ in alphabetischer Reihenfolge aufgrund der Abkürzung

² en ordre alphabétique d'après les abréviations

³ in ordine alfabetico secondo le abbreviazioni

LU*	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE*	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW*	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW*	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG*	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH*	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO*	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI*	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR*	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS*	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG*	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH*	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK* CDS CDS	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)

Politische Parteien und Kommissionen	
Partis politiques et Commissions	
Partiti politici e Commissioni	
BDP	Bürgerlich-Demokratische Partei
PBD	Parti bourgeois-démocratique
PBD	Partito borghese-democratico
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
PDC	Parti démocrate-chrétien
PPD	Partito popolare democratico
EDU*	Eidgenössisch-Demokratische Union
UDF	Union démocratique Fédérale
UDF	Unione democratica Federale
FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
PLR	PLR. I Liberali Radicali
glp	Grünliberale Partei
pvl	Parti vert'libéral
pvl	Partito verde-liberale
GPS	Grüne Partei der Schweiz
PES	Parti écologiste suisse
PES	Partito ecologista svizzero
SPS*	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union démocratique du Centre
UDC	Unione democratica di Centro
GUMEK	Expertenkommission für genetische Untersuchungen beim Menschen
CEAGH	Commission d'experts pour l'analyse génétique humaine
CEEGU	Commissione di esperti per gli esami genetici sull'essere umano
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete (inkl. Städte)	
Associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national (y. c. les villes)	
Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna (comprese le città)	
AG Berggebiet	Arbeitsgruppe Berggebiet
Groupe de travail Régions de montagne	Groupe de travail Régions de montagne
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB)
SAB	Groupement suisse pour les régions de montagne (SAB)
SAB	Gruppo svizzero per le regioni di montagna (SAB)
SGV	Schweizerischer Gemeindeverband (SGV)
ACS	Association des Communes Suisses (ACS)
ACS	Associazione dei Comuni Svizzeri (ACS)
SSV	Schweizerischer Städteverband (SSV)
UVS	Union des villes suisses (UVS)
UCS	Unione delle città svizzere (UCS)
Stadt Winterthur	Stadt Winterthur, Departement Soziales
Dachverbände der Wirtschaft	
Associations faitières de l'économie	
Associazioni mantello dell'economia	
CP	Centre Patronal (CP)

economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
FER*	Fédération des Entreprises Romandes (FER)
SGB*	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB)
USS	Union syndicale suisse (USS)
USS	Unione sindacale svizzera (USS)
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV)
USAM	Union suisse des arts et métiers (USAM)
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)
SVFB*	Schweizerischer Verband freier Berufe (SVFB)
USPL	Union suisse des professions libérales (USPL)
USPL	Unione svizzera delle libere professioni (USLP)
SWISS MEDTECH	Swiss Medtech – Schweizer Medizintechnikverband
Travail.Suisse	Travail.Suisse
VPOD-SH**	Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD) – Region Schaffhausen & Energie
Konsumentenverbände	
Associations de consommateurs	
Associazioni dei consumatori	
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (ACSI) Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de Suisse italienne
FRC	Fédération romande des consommateurs (frc)
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer	
Organisations du domaine de la santé - Assureurs	
Organizzazioni del settore sanitario - Assicuratori	
curafutura*	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
Groupe mutuel*	Groupe mutuel Assurances Groupe mutuel Versicherungen Groupe mutuel Assicurazioni
MTK*	Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) Commissione delle Tariffe Mediche LAINF (CTM)
santésuisse*	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
Organisationen des Gesundheitswesens – PatientInnen / BenutzerInnen	
Organisations du domaine de la santé – Patients, usagers	
Organizzazioni del settore sanitario – Pazienti, utenti	
Aarhus	Stiftung Aarhus - Angebote für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung

AGILE.CH	Die Organisationen von Menschen mit Behinderung Les organisations de personnes avec handicap Le organizzazioni di persone con handicap
Alzheimer Schweiz Alzheimer Suisse Alzheimer Svizzera	Alzheimer Schweiz Alzheimer Suisse Alzheimer Svizzera
Angelmann	Angelmann Verein Schweiz
autismusschweiz autismesuisse autismosvizzera	autismusschweiz – Elternverein autismesuisse - Association de parents autismosvizzera - Associazione di genitori
AVAM	Association Vivre Avec une Maladie (AVAM)
chronischkrank.ch	chronischkrank.ch
DEBRA	DEBRA Schweiz – Hilfe für die Schmetterlingskinder DEBRA Suisse – Aide aux enfants Papillon
ELA	ELA Schweiz - Europäische Vereinigung gegen Leukodystrophien (ELA) ELA Suisse - Association Européenne contre les Leucodystrophies (ELA)
epi.ch	Schweizerische Epilepsie-Liga Ligue Suisse contre l'Epilepsie Lega Svizzera contro l'Epilepsia
Epi-suisse	Schweizerischer Verein für Epilepsie Association suisse de l'Epilepsie Associazione svizzera per l'Epilessia
Fragile Suisse	Schweizerische Vereinigung für Menschen mit Hirnverletzung und Angehörige Association suisse pour les personnes cérébro-lésées et leurs proches
FSP	Fédération suisse des patients (FSP)
Graue Panther NW	Graue Panther Nordwestschweiz
IG Seltene Krankheiten* CI Maladies rares CI Malattie rare	IG Seltene Krankheiten CI Maladies rares CI Malattie rare
Inclusion Handicap	Dachverband der Behindertenorganisationen Schweiz Association faitière des organisations suisses de personnes handicapées Mantello svizzero delle organizzazioni di persone con disabilità
insieme	insieme Schweiz insieme Suisse insieme Svizzera
Insos	Nationaler Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung Association de branche nationale des institutions pour personnes avec handicap Associazione nazionale di categoria delle istituzioni per persone con handicap
intensiv-kids	Elternvereinigung intensiv-kids
Kind+Spital	Kind und Spital – für die Rechte von Kindern und Jugendlichen im Gesundheitswesen
MPS	Verein MPS Schweiz – Verein Mukopolysaccharidose Schweiz
Muskelgesellschaft	Schweizerische Muskelgesellschaft
oncosuisse	Nationale Strategie gegen Krebs Stratégie nationale contre le cancer
PcD	Programme cantonal Diabète – diabètevaud
PMS	Pro Mente Sana
Pro Infirmis	Pro Infirmis

ProRaris	Allianz Seltener Krankheiten Alliance Maladies rares Alleanza Malattie rare
Retina Suisse	Retina Suisse
Rodtegg**	die rodtegg – Stiftung für Menschen mit körperlicher Behinderung
SBH	Schweizerische Vereinigung zugunsten von Personen mit Spina Bifida und Hydrocephalus (SBH)
SDG	Schweizerische Dystonie-Gesellschaft (SDG) Association Suisse contre la Dystonie (ASD) Associazione Svizzera contro la Distonia (ASD)
SMA*	Patientenorganisation für Spinale Muskelatrophie
vahs	Verband für anthroposophische Heilpädagogik und Sozialtherapie in der Schweiz (vahs)
VASK Bern	VASK Bern – Vereinigung Angehöriger psychisch Kranker
VDSS ASDS ASDS	Vereinigung Dravet Syndrom Schweiz Association Syndrome de Dravet Suisse Associazione Sindrome di Dravet Svizzera
Leistungserbringer – Gesellschaften (kantonal oder regional) Fournisseurs de prestations - Sociétés (cantonales ou régionales) Fornitori di prestazioni - Società (cantionali o regionali)	
AABB	Augenärzte Beider Basel (AABB)
AFO	Association Fribourgeoise d'Ophtalmologie (AFO)
AGAG	Aargauischer Ärzteverband
AGBL	Ärztegesellschaft Baselland
AGGL	Ärztegesellschaft des Kantons Glarus
AGLU	Ärztegesellschaft des Kantons Luzern inkl. Stellungnahmen einzelner Fachgesellschaften, y. c. prises de positions d'associations professionnelles individuelles, compresi singoli pareri di associazioni professionali
AGSG	Ärztegesellschaft des Kantons St. Gallen
AGSH	Kantonale Ärztegesellschaft Schaffhausen
AGSZ	Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz
AGTG	Ärztegesellschaft Thurgau
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) inkl. Zürcher Fachgesellschaften, Bezirksvereinigungen und Berufsverbänden, y. c. associations professionnelles, régionales et sociétés professionnelles, comprese associazioni professionali, regionali et società professionali
AGZG	Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug
Alpha-Q Zirkel**	Leitende Physiotherapeutinnen und Therapeuten des Kantons Zürich
AMG	Association des médecins du Canton de Genève (AMG) inkl. Stellungnahmen einzelner Fachgesellschaften, y. c. prises de positions d'associations professionnelles individuelles, compresi singoli pareri di associazioni professionali
AOVD	Association des ophtalmologues Vaudois (AOVD)
ARCM	Association romande des centres médicaux (ARCM)
Argomed	Argomed Ärzte AG
ASRIMM	Association suisse romande intervenant contre les maladies neuro-musculaires (ASRIMM)
AVG	Association Vaudoise de Gériatrie
AWA	Ärztegesellschaft Winterthur-Andelfingen (AWA)
BBV	Berner Belegärzte-Vereinigung+ (BBV+)
BEGAP	Berner Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (BEGAP)

BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
BGKJPP	Bernische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
BGPP	Bernische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (BGPP)
BMKG	Bernische Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (BMKG)
BüAeV	Bündner Ärzteverein Uniuin grischuna da medis Ordine dei medici grigioni
CGRMSC	Les Comités des Groupements romands des médecins spécialistes en cardiologie
GAeSO	Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn (GAeSO)
GHORIP-V	Groupement des oncologues médicaux, onco-hématologues et radio-oncologues, infectiologues et pathologistes vaudois (GHORIP-V) de la Société Vaudoise de Médecine
GRG	Groupe de Radiologues Genevois (GRG) et médecins nucléaristes Genevois
GROG	Groupement des Oncologues Genevois (GROG)
GSVED	Groupement des spécialistes vaudois en endocrinologie et diabétologie
HAV-SH	Verein für Hausarztmedizin in der Region Schaffhausen
MEDGES	Medizinische Gesellschaft Basel (MEDGES)
mediX ZO	Medix Qualitätszirkel Zürcher Oberland
mediX Zürich	mediX Zürich
MFGe	Médecins de Famille Genève
MFV	Médecins de famille Vaud
OGOG	Ordre des Gynécologues et Obstétriciens de Genève (OGOG)
physiobern**	Kantonverband Bern des Schweizer Physiotherapie Verbandes
physioticino**	Associazione Svizzera di Fisioterapie - physioticino
Les présidents des associations cantonales romandes de physiothérapie**	Les présidents des associations cantonales romandes de physiothérapie
PRISM	Promotion des Réseaux Intégrés des Soins aux Malades (PRISM)
rpknord	Regionale Psychiatriekommission Nord (rpknord)
RPK.ZO	Regionalen Psychiatriekommission Zürcher Oberland (RPK.ZO)
RUG	Réseau urgences Genève (RUG)
SGGPP	St. Galler Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGGPP)
SMCF	Société de médecine du canton de Fribourg inkl. Stellungnahmen einzelner Fachgesellschaften, y. c. prises de positions d'associations professionnelles individuelles, compresi singoli pareri di associazioni professionali
SMVS	Société médicale du Valais (SMVS) Walliser Ärztegesellschaft (VSÄG) inkl. Stellungnahmen einzelner Fachgesellschaften, y. c. prises de positions d'associations professionnelles individuelles, compresi singoli pareri di associazioni professionali
snm, MFNe & Hôpital neuchâtelois	Société neuchâteloise de médecine (snm), Médecins de famille et de l'enfance Neuchâtel (MFNe), Hôpital Neuchâtelois
svm	Société Vaudoise de Médecine (svm) Waadtländer Medizingesellschaft
Theramisu**	theramisu - Kindertherapien in der Region Sursee

ZGKJPP	Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (ZGKJPP)
ZGPP	Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
VDCPT**	Vereinigung Deutschschweizer Chefphysiotherapeutinnen und Chefphysiotherapeuten
VDCPT-OS**	Vereinigung der Ostschweizer Chefphysiotherapeutinnen und -therapeuten
zeka**	zentren körperbehinderte aargau (zeka)
Leistungserbringer – Gesamtschweizerische Vereinigungen Fournisseurs de prestations - Sociétés nationales Fornitori di prestazioni - Società nazionali	
AgGE-SGGG	Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Endoskopie Groupe de travail pour l'endoscopie gynécologique Arbeitsgruppe von gynecologie suisse (SGGG)
AgHE-SGK	Arbeitsgruppe Herzschrittmacher und Elektrophysiologie der SGK Groupe de travail stimulation cardiaque et électrophysiologie de la SSC Gruppo di lavoro stimolazione cardiaca ed elettrofisiologia dell SSC Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SGK)
ASOBA	Association of Swiss Office Based Anaesthesiologists (ASOBA)
aspi** SVFP	Association suisse des physiothérapeutes indépendants Schweizerischer Verband Freiberuflicher Physiotherapeuten Associazione Svizzera Fisiatri Indipendenti → identische Stellungnahmen siehe separate Listen → voir liste séparée pour prises de positions identiques → vedi lista separata per pareri identici
BSOC ASOC	Berufsverband der Schweizer Ophthalmochirurgie (BSOC) Association Professionnelle Suisse d'Ophtalmochirurgie (ASOC) Associazione Professionale Svizzera d'Ophthalmochirurgia (ASOC) → Leistungserbringer, welche BSOC unterstützen siehe separate Listen → voir liste séparée de fournisseurs de prestations soutenant l'ASOC → vedi lista separata di fornitori di prestazioni che sostengono l'ASOC
fmCh Tarifunion	fmCh Tarifunion Union tarifaire fmCh
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
FMP	Foederatio Medicorum Practicorum (FMP)
JHaS	Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz (JHaS) Jeunes médecins de premier recours Suisses Giovani medici di base Svizzeri
KIS*	Kinderärzte Schweiz Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis Association professionnelle de la pédiatrie ambulatoire Associazione professionale dei pediatri di base
KKA CCM CMC	Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)
medswiss.net	Schweizer Dachverband der Ärztenetze Association suisse des réseaux de médecins Associazione svizzera delle reti di medici
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

palliative ch	Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs L'Associazione Svizzera per la medicina, la cura e l'accompagnamento palliativi
Physioswiss**	Schweizer Physiotherapie Verband L'Association Suisse de Physiothérapie L'Associazione Svizzera di Fisioterapia → identische Stellungnahmen siehe separate Listen → voir liste séparée pour prises de positions identiques → vedi lista separata per pareri identici
plasticsurgery	Schweizerischen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (Swiss Plastic Surgery) Société Suisse de Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique Società Svizzera di Chirurgia Plastica, Riconstruttiva ed Estetica
PP**	Physiotherapia Paediatrica (PP) Schweizerische Vereinigung der Physiotherapeutinnen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche Association suisse des physiothérapeutes pour nourrissons, enfants et adolescents → identische Stellungnahmen siehe separate Listen → voir liste séparée pour prises de positions identiques → vedi lista separata per pareri identici
SAGB ASHM	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (SAGB) Association suisse de médecins s'occupant de personnes avec handicap mental ou polyhandicap (ASHM)
SBG SBS	Schweizerische Balint Gesellschaft (SBG) Société Balint Suisse (SBS)
SBV ASMI	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI)
SFAS	Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie und Medizin des Fusses Société Suisse de Chirurgie et Médecine du Pied Swiss Foot and Ankle Society (SFAS)
SFGG SPSG	Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (SPSG) Società Professionale Svizzera di Geriatria (SPSG)
SFGG-KL	Kommission für Langzeitgeriatrie der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG-KL)
SFSM	Swiss Federation of Specialities in Medicine (SFSM) Dachverband zur Vertretung der Fachgesellschaften der medizinischen Spezialisten Organisation faitière des sociétés de discipline médicales spécialistes dans la FMH
SGA	Schweizerische Gesellschaft für Angiologie (SGA) Société Suisse d'Angiologie Società Svizzera d'Angiologia
SGAI SSAI SSAI	Schweizerische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (SGAI) Société Suisse d'Allergologie et d'Immunologie (SSAI) Società Svizzera di Allergologia e Immunologia (SSAI)

SGAP SPPA SSPA	Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und –psychotherapie (SGAP) Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Agée (SPPA) Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia degli Anziani (SSPA)
SGAR SSAR	Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (SSAR) Società svizzera di anestesiologia e rianimazione (SSAR)
SGARM SSMT	Schweizerische Gesellschaft für Arbeitsmedizin (SGARM) Société suisse de médecine du travail (SSMT) Società svizzera di medicina del lavoro
SGC SSC	Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC) Société Suisse de Chirurgie (SSC)
SGDV SSDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) Société suisse de dermatologie et vénéréologie (SSDV) Società svizzera di dermatologia e venereologia (SSDV) Inkl. Stellungnahmen Arbeitsgruppe Dermatochirurgie und Schweizer Klinikdirektoren, y. c. prise de position du groupe de travail dermatochirurgie et directeurs de cliniques suisses, compreso parere del gruppo di lavoro dermatochirurgia e direttori di clinica svizzeri → Leistungserbringer, welche SGDV unterstützen siehe separate Listen → voir liste séparée de fournisseurs de prestations soutenant SSDV → vedi lista separata di fornitori di prestazioni che sostengono SSDV
SGED SSED	Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie (SSED) Società svizzera di endocrinologia e diabetologia (SSED)
SGEP SSPD SSPS	Schweizerischen Gesellschaft für Entwicklungspädiatrie (SGEP) Société suisse de pédiatrie du développement (SSPD) Società svizzera di pediatria dello sviluppo (SSPS)
SGG SSG	Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG) Société Suisse de Gastroentérologie (SSG) Società Svizzera di Gastroenterologia (SSG)
SGG SSG SSG SGG	Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG) Société suisse de gérontologie (SSG) Società svizzera di gerontologia (SSG)
SGG SSCV	Schweizerische Gesellschaft für Gefässchirurgie (SGG) Société Suisse de Chirurgie Vasculaire (SSCV) Swiss Society for Vascular Surgery
SGGG SSGO	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) Société suisse de gynécologie et obstétrique (SSGO) Società svizzera di ginecologia e ostetricia (SSGO)
SGH SSCM	Schweizerischen Gesellschaft für Handchirurgie (SGH) Société Suisse de Chirurgie de la Main (SSCM) Società Svizzera di Chirurgia della Mano (SSCM)
SGH SSH SSH SGH	Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie (SGH) Société suisse d'hématologie (SSH) Società Svizzera di Ematologia (SSH)
SGK SSC	Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie (SGK) Société Suisse de Cardiologie (SSC) Società Svizzera di Cardiologia (SSC)
SGKC SSCP	Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie (SGKC) Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique (SSCP) Società Svizzera di chirurgia Pediatrica (SSCP)

SGKJPP SSPPEA SSPPIA	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (SGKJPP) Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents (SSPPEA) Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapie Infantile e dell'Adolescenza (SSPPIA)
SGMG SSGM	Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik (SGMG) Société suisse de génétique médicale (SSGM) Società Svizzera di Genetica Medica (SSGM)
SGMKG SSCOMF	Schweizerische Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (SGMKG) Société Suisse de Chirurgie Orale et Maxillo-Faciale (SSCOMF) Società Svizzera di Chirurgia – Oro – Maxillo – Faciale (SSCOMF)
SGMO SSOM	Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SGMO) Société Suisse d'Oncologie Médicale (SSOM) Società Svizzera di Oncologia Medica (SSOM)
SGN SSN	Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie (SGN) Société Suisse de Néphrologie (SSN)
SGNC SSNC	Schweizerische Gesellschaft für Neurochirurgie (SGNC) Société Suisse de Neurochirurgie (SSNC) Società Svizzera di Neurochirurgia (SSNC)
SGNM SSMN	Schweizerische Gesellschaft für Nuklearmedizin (SGNM) Société suisse de médecine nucléaire (SSMN) Società svizzera di medicina nucleare (SSMN)
SGNOR SSMUS SSERM	Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage (SSMUS) Società Svizzera di Medicina d'Urgenza e di Salvataggio (SSERM)
SGNP	Schweizerische Gesellschaft für Neuropädiatrie (SGNP) Société Suisse de Neuropédiatrie Società Svizzera di Neuropediatria
SGNR SSNR	Schweizerische Gesellschaft für Neuroradiologie (SGNR) Société Suisse de Neuroradiologie (SSNR)
SGORL SSORL	Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) Société Suisse d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale (SSORL) Società svizzera di Otorinolaringologia e di Chirurgia Cervico-Facciale (SSORL)
SGP & SGPP SSP & SSPP	Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie (SGP) Société suisse de pneumologie (SSP) Società svizzera di pneumologia (SSP) & Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (SGPP) Société Suisse de Pneumologie pédiatrique (SSPP) Società Svizzera de Pneumologia pediatrica (SSPP)
SGPath SSPath	Schweizerische Gesellschaft für Pathologie (SGPath) Société Suisse de Pathologie (SSPath) Inkl. Stellungnahmen einzelner Fachgesellschaften, y. c. prises de position individuelles des associations professionnelles, compresi pareri delle associazioni professionali : -

SGPG	Schweizerische Gesellschaft der Fachärztinnen und -ärzte für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) Société suisse des médecins spécialistes en prévention et santé publique Società svizzera dei medici specialisti in prevenzione e salute pubblica
SGPK SSCP	Schweizerischen Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie (SGPK) Société Suisse de Cardiologie Pédiatrique (SSCP) Società Svizzera di Cardiologia Pediatrica (SSCP)
SGPMR SSMPR	Schweizerischen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (SGPMR) Suisse de Médecine Physique et Réadaptation (SSMPR)
SGPP SSPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) Società svizzera di psichiatria e psicoterapia (SSPP)
SGPR SSRP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (SGPR) Société Suisse de Radiologie Pédiatrique (SSRP) Società Svizzera di Radiologia Pediatrica (SSRP)
SGR SSR	Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) Société suisse de rhumatologie (SSR)
SGR-SSR SSR-SGR	Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (SGR) Société suisse de radiologie (SSR) Società svizzera di radiologia (SSR)
SGSM SSMS	Schweizerische Gesellschaft für Sportmedizin (SGSM) Société Suisse de médecine du sport (SSMS) Società Svizzera di medicina dello sport (SSMS)
SGSS SSED	Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes SGSS Société Suisse pour l'Etude de la Douleur (SSED) Associazione Svizzera per lo Studio del Dolore
SGU SSU	Schweizerische Gesellschaft für Urologie (SGU) Société suisse d'urologie (SSU)
SGUMGG SSUMGO	Schweizerische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin, Sektion Gyn/Geb (SGUMGG) Société Suisse d'Ultrasons en Médecine, Séction Gyn/Obstét (SSUMGO)
SGVC SSCV	Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC) Société Suisse de Chirurgie Viscérale (SSCV) Società Svizzera di Chirurgia Viscerale (SSCV)
SMGP SSPM SSFM	Schweizerische Medizinische Gesellschaft für Phytotherapie Société suisse de phytothérapie médicale (SSPM) Società svizzera di fitoterapia medica (SSFM)
SMHC	Swiss Mental Healthcare
SNG SSN	Swiss Neurological Society Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG) Société Suisse de Neurologie (SSN) Società Svizzera di Neurologia (SSN)
SOG SSO	Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft (SOG) Société Suisse d'Ophtalmologie (SSO) Società Svizzera di Ofalmologia (SSO)
SRO SSRO	Schweizerische Gesellschaft für Radio-Onkologie (SRO) Société suisse de radio-oncologie (SSRO) Società svizzera della radio-oncologia (SSRO)
SSCLP	Swiss Society of Consultation – Liaison Psychiatry (SSCLP) Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie Société Suisse de psychiatrie de consultation-liaison Società svizzera di psichiatria di consultazione

SSI	Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie (SSI) Société suisse d'infectiologie (SSI) Società svizzera di malattie infettive (SSI)
SSIPM	Swiss Society for Interventional Pain Management (SSIPM)
SSoP	Schweizerische Gesellschaft für Paraplegie (SSoP) Société suisse de paraplégie (SSoP) Società svizzera di paraplegia
ssp sgp	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) Société Suisse de Pédiatrie (SSP)
swiss orthopaedics*	Swiss Society of Orthopaedics and Traumatology Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie Società Svizzera di Ortopedia e Traumatologia
UNION	Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen Union des sociétés suisses de médecine complémentaire Unione delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare
VSAO ASMAC	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)
Leistungserbringer – Spitäler Fournisseurs de prestations - Hôpitaux Fornitori di prestazioni - Ospedali	
AllKidS	Allianz Kinderspitäler der Schweiz Alliance des Hôpitaux pédiatriques Suisses
Dachverband Hospize Schweiz	Dachverband Hospize Schweiz Association des hospices Suisses Associazione die ospici Svizzeri
HFR	Hôpital fribourgeois Freiburger Spital
H+*	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
IG „interdisziplinär und überparteilich für einen leistungsstarken Gesundheitsstandort“	Interessengemeinschaft "interdisziplinär und überparteilich für einen leistungsstarken Gesundheitsstandort" (gemeinsame Eingabe von Spitälern)
Kinderspital ZH	Universitäts-Kinderspital Zürich
Klinikdirektoren Ophthalmologie	Gruppe der Klinikdirektoren der A-Kliniken für Ophthalmologie in der Schweiz
Klinik ZüriSeh AG	Klinik ZüriSeh AG
KS-GR (Onko)	Kantonsspital Graubünden – (Onkologie und Hämathologie)
KS-GR (Röntgen)	Kantonsspital Graubünden – Zentrales Röntgeninstitut
KS-LU (Kind)	Luzerner Kantonsspital (Kinderspital)
KS-SG (Brustzentrum)	Kantonsspital St. Gallen - Brustzentrum (Medizinische Onkologie)
KSW (Kind)	Kantonsspital Winterthur (Kinderklinik)
KSW (Onko)	Kantonsspital Winterthur (Medizinische Onkologie)
MV Santé	Management & Vision de la Santé
OKS	Ostschweizer Kinderspital
Pallas Kliniken AG	Pallas Kliniken AG
PKS* CPS	Privatkliniken Schweiz (PKS) Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)

PMU & HUG	Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne (PMU) & Hôpitaux Universitaires Genève (HUG)
Polivenoge	Policlinique de la Venoge
Policlinique Nord-Sud	Policlinique Nord-Sud
Schweizer Klinikdirektoren Dermatologie und Venerologie	Schweizer Klinikdirektoren; Dermatologie und Venerologie
senesuisse/curaviva	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz (senesuisse) Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse & Verband Heime und Institutionen Schweiz (curaviva) Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
SMC	Swiss Memory Clinics (SMC)
SMVS&HVS	Société médicale du Valais (SMVS) Walliser Ärztegesellschaft (VSÄG) & Hôpital du Valais (HVS) Spital Wallis
Spital Männedorf (Onko)	Spital Männedorf, Onkologie Zentrum
Spital Thurgau (Kind)	Spital Thurgau Kantonsspital Münsterlingen, Klinik für Kinder und Jugendliche
Spital Zollikerberg (Kind)	Spital Zollikerberg, Kinder-Permanence
SW!SS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation suisses Associazione delle cliniche di riabilitazione svizzere
UKBB	Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Medicina universitaria svizzera
Universitätsspitäler Schweiz	Universitätsspitäler Schweiz
USZ (Dermatologie)	UniversitätsSpital Zürich, Dermatologische Klinik
USZ (Ethikkomitee)	UniversitätsSpital Zürich – Klinisches Ethikkomitee
USZ (Physio)**	UniversitätsSpital Zürich – Physiotherapie, Ergotherapie
VDPS ADPS ASDCP	Vereinigung der Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse (ADPS) Associazione dei direttori delle cliniche e dei servizi psichiatrici della Svizzera (ASDCP)
VLSS AMDHS AMDOS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)
ZIO Paracelsus Spital	Zentrum für Integrative Onkologie, Paracelsus Spital Richterswil

Andere Organisationen des Gesundheitswesens Autres organisations du domaine de la santé Altre organizzazioni del settore sanitario	
ASP	Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) Association Suisse des Psychothérapeutes (ASP) Associazione Svizzera degli Psicoterapeuti (ASP)
Bayer	Bayer (Schweiz) AG
FSP	Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) Fédération Suisse des Psychologues (FSP) Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi (FSP)
GedaP	Gesellschaft delegiert arbeitender Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (GedaP)
IG eHealth	Interessengemeinschaft eHealth
Netzwerk CM Schweiz	Netzwerk Case Management Schweiz
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
PULSUS	PULSUS
SBAP	Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psychologie (SBAP) Association Professionnelle Suisse de Psychologie Appliquée Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata
SPaC	Verband spezialisierter Palliative Care Anbieter (SPaC)
SYSTEMIS	Schweizerische Vereinigung für Systemische Therapie und Beratung
VSKZ	Vereinigte Schulpsychologinnen und Schulpsychologen des Kantons Zürich
ZSB Bern	Zentrum für Systemische Therapie und Beratung (unterzeichnet von 23 Psychotherapeutinnen und –therapeuten) (signé par 23 psychothérapeutes) (firmato da 23 psicoterapeuti)
Sonstige Divers Altri	
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle Contrôle fédéral des finances Controllo federale delle finanze
HES-SO VS*	Haute Ecole de Santé Valais (HES-SO Valais-Wallis) Hochschule für Gesundheit
Kalaidos	Kalaidos Fachhochschule Schweiz, Departement Gesundheit
USZ (Spiritual Care)	Professur für Spiritual Care, Theologisches Seminar, Universität Zürich (UZM)
Privatpersonen – Tarifstruktur TARMED Personnes privées - Structure tarifaire TARMED Persone private - Struttura tariffale TARMED	
Betschart	Jeannine Betschart
Dennler	Dennler Margot und Samuel, 4912 Aarwangen
Egli	Egli Christoph, 9442 Berneck
Imhof	Imhof Familie
Stalder	Stalder Carola, 6006 Luzern
Stern	Stern Robert, 2572 Sutz
Straub	Straub Franziska, 8606 Greifensee
Vos	Vos Bert, 8180 Bülach

Zaugg	Zaugg Jean-Jacques, 1095 Lutry
Privatpersonen – Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen Personnes privées - Structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie Persona private - Struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia	
Affolter	Nicole Affolter, 4418 Reigoldswil
Brandt (BFH)	Sophie Brandt, Berner Fachhochschule
Burgherr	Cornelia Burgherr, 5036 Oberentfelden
Di Raimondo	Rita Di Raimondo, 6825 Capolago
Eberhard	Mirjam Eberhard, 3672 Oberdiessbach
Jan	Stefan Jan, Dozent ZHAW, 8401 Winterthur
Knöpfel	Marcel Knöpfel, 4153 Reinach
Lange	Pedro Lange, 4436 Oberdorf
Meier	Marion Fiona Meier, 5726 Unterkulm
Stahl Kofmel (BFH)	Dr. Helen Stahl Kofmel, Berner Fachhochschule
Strasser	Michel Strasser, 3770 Zweisimmen
Vögeli	Adrian Vögeli, 3312 Fraubrunnen
Watzek	Dörte Watzek

Separate Listen – Tarifstruktur TARMED Listes séparées - structure tarifaire TARMED Liste separate - struttura tariffale TARMED	Anzahl Nombre Quantità
TARMED I Ärztinnen und Ärzte individuell Médecin individuels Singoli medici	ca. 180
TARMED II (d/f/i) Ophthalmologen BSOC Ophthalmologues ASOC Oftalmologi ASOC	ca. 130
TARMED III (d/f) Ophthalmologen (“Unbestritten ist.../“Il est incontesté...“) Ophtalmologues (“Unbestritten ist.../“Il est incontesté...“) Oftalmologi (“Unbestritten ist.../“Il est incontesté...“)	ca. 230
TARMED IV (f) Ophthalmologen Waadt Ophtalmologues vaudois Oftalmologi vodesi	ca. 10
TARMED V (d/f) Dermatologen & Venerologen SGD Dermatologues & venerologues SSDV Dermatologues & venerologues SSDV	ca. 160
Separate Listen – Tarifstruktur für physiotherapeutische Leistungen Listes séparées - Structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie Liste separate - Struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia	
Physio I Physiotherapeutinnen und -therapeuten individuell Physiothérapeutes individuels Singoli fisioterapisti	ca. 60

<p>Physio II</p> <p>Diverse mit Kopie der Stellungnahme physioswiss & ASPI</p> <p>Divers avec copie de la prise de position physioswiss & ASPI</p> <p>Diversi con copia del parere di physioswiss & ASPI</p>	ca. 4000
<p>Physio III</p> <p>Physiotherapeutinnen und -therapeuten mit Verweis auf SN physioswiss</p> <p>Physiothérapeutes avec renvoi à la prise de position physioswiss</p> <p>Fisioterapisti con rinvio al parere physioswiss</p>	ca. 1630
<p>Physio IV</p> <p>Zuweisende Ärztinnen und Ärzte mit Verweis auf SN physioswiss</p> <p>Médecins prescripteurs avec renvoi à la prise de position physioswiss</p> <p>Medici prescrittori con rinvio al parere physioswiss</p>	ca. 320
<p>Physio V</p> <p>Leistungsbezüger/Mitarbeiter Gesundheitswesen mit Verweis auf SN physioswiss</p> <p>Bénéficiaire de prestations/collaborateur domaine de la santé avec renvoi à la prise de position physioswiss</p> <p>Beneficiario di prestazioni/collaboratore settore sanitario con rinvio al parere physioswiss</p>	ca. 3500
<p>Physio VI</p> <p>Leistungsbezüger, Eltern, Lehrpersonen (Bericht an verordnende Ärzte, etc.)</p> <p>Bénéficiaires de prestations, parents, apprentis (rapport aux médecins prescripteurs, etc.)</p> <p>Beneficiario di prestazioni, genitori, apprendisti (rapporto ai medici prescrittori, ecc.)</p>	ca. 180
<p>Physio VII</p> <p>Kunden und Leistungserbringer mit Verweis auf SN physioswiss (neue Tarifpositionen einführen, Zeithinterlegung streichen)</p> <p>Clients et fournisseurs de prestations avec renvoi à la prise de position physioswiss (introduction de nouvelles positions tarifaires, enlever définition de temps)</p> <p>Clienti e fornitori di prestazioni con rinvio al parere physioswiss (introduzione di nuove posizioni tariffali, stralciare definizioni di tempo)</p>	ca. 980
<p>Physio VIII</p> <p>Leistungsbezüger (Wegfall von Behandlungen unter 30 Minuten, etc.)</p> <p>Bénéficiaires de prestations (suppression des traitements de moins de 30 min, etc.)</p> <p>Beneficiario di prestazioni (stralcio di trattamenti di meno di 30 min, ecc.)</p>	ca. 1380
<p>Physio IX</p> <p>Physiotherapeutinnen und -therapeuten („Ich bedanke mich...“)</p> <p>Physiothérapeutes (je vous remercie...)</p> <p>Fisioterapeuti (vi ringraziamo...)</p>	ca. 340
<p>Physio X</p> <p>Kinderphysiotherapeutinnen und -therapeuten („Ich bedanke mich...“)</p> <p>Physiothérapeutes pour enfants (je vous remercie...)</p> <p>Fisioterapeuti per bambini (vi ringraziamo...)</p>	ca. 50