



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
**Bundesamt für Gesundheit BAG**  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Bern, 19. November 2020

---

# **Tarifstruktur TARDOC 1.0 und 1.1: Ergebnisse der formellen und materiellen Prüfung**

## **Bericht des BAG vom 19. November 2020**

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>I.</b>	<b>Ausgangslage</b>	<b>6</b>
<b>II.</b>	<b>Inhalt und Ziele des Berichts</b>	<b>8</b>
<b>III.</b>	<b>Formelle Prüfung des Genehmigungsgesuchs</b>	<b>9</b>
1.	Grundsätzliches .....	9
2.	Anforderungen des Bundesrates an eine Tarifstruktur .....	9
3.	KVG-Vertragsparteien (Repräsentativität) .....	9
4.	Gesamtschweizerischer Geltungsbereich (einheitliche Tarifstruktur).....	10
5.	Fazit formelle Prüfung .....	11
<b>IV.</b>	<b>Materielle Prüfung der Tarifstruktur TARDOC</b>	<b>12</b>
1.	Kriterien für die materielle Prüfung .....	12
1.1.	Gesetzliche Anforderungen .....	12
1.2.	Rahmenbedingungen des Bundesrates für die Revision von TARMED .....	13
1.3.	Weitere Anforderungen an die Revision .....	14
1.4.	Kriterien und Fragestellungen zur Prüfung .....	16
2.	Leistungspositionen und Anwendungsregeln .....	17
2.1.	Grundlagen Leistungspositionen und Anwendungsregeln .....	17
2.2.	Beurteilung Leistungspositionen und Anwendungsregeln .....	17
2.2.1.	Anzahl Positionen	17
2.2.2.	Nummerierung und Titel der Leistungen	18
2.2.3.	Gesamtheit der Anwendungs- und Abrechnungsregeln	18
2.2.4.	Kategorien von Positionen	19
2.2.5.	Dringlichkeits- und Notfall-Inkonvenienzpauschalen	21
2.2.6.	Dauer der Leistung	22
2.2.7.	Dignität	26
2.2.8.	Spezifische Bereiche	26
2.2.9.	Erfüllung der Prüfkriterien	31
2.3.	Anpassungsempfehlungen für die Dokumentation und die Leistungspositionen und Anwendungsregeln .....	34
3.	Kostenmodell Ärztliche Leistungen (AL).....	34
3.1.	Grundlagen Kostenmodell AL .....	34
3.2.	Referenzeinkommen.....	35
3.2.1.	Grundlagen Referenzeinkommen	35
3.2.2.	Beurteilung Referenzeinkommen	37
3.3.	Jahresarbeitszeit .....	38
3.3.1.	Grundlagen Jahresarbeitszeit	38
3.3.2.	Beurteilung Jahresarbeitszeit	38
3.4.	Tarifwirksamkeitsindex.....	39
3.4.1.	Grundlagen Tarifwirksamkeitsindex	39
3.4.2.	Beurteilung Tarifwirksamkeitsindex	39

3.5.	Quantitative Dignität.....	40
3.5.1.	Grundlagen quantitative Dignität	40
3.5.2.	Beurteilung quantitative Dignität	40
3.6.	Anpassungsempfehlungen für Kostenmodell AL.....	40
4.	Kostenmodelle Infrastruktur- und Personalleistungen (IPL) .....	41
4.1.	Grundlagen Kostenmodelle IPL .....	41
4.2.	Kostenmodell INFRA .....	41
4.2.1.	Anlagenutzungskosten	43
4.2.2.	Personalkosten	46
4.2.3.	Betriebszeiten	48
4.2.4.	SUK-Satz	49
4.2.5.	Anpassungsempfehlungen für Kostenmodell INFRA	50
4.3.	Kostenmodell KOREG .....	51
4.3.1.	Grundlagen Kostenmodell KOREG	51
4.3.2.	Beurteilung Kostenmodell KOREG	55
4.3.3.	Anpassungsempfehlungen für Kostenmodell KOREG	57
4.4.	Zwei unterschiedliche Kostenmodelle für eine Tarifstruktur .....	57
<b>V.</b>	<b>Beurteilung der Konzepte zur Anwendung von TARDOC</b>	<b>59</b>
1.	Konzept über die Deklaration und Anerkennung von Sparten (Spartenkonzept).....	59
1.1.	Grundlagen Spartenkonzept.....	59
1.2.	Beurteilung Spartenkonzept und Anpassungsempfehlungen.....	60
2.	Dignitätskonzept.....	60
2.1.	Grundlagen Dignitätskonzept.....	60
2.2.	Beurteilung Dignitätskonzept und Anpassungsempfehlungen .....	61
3.	OP-Konzept.....	62
3.1.	Grundlagen OP-Konzept.....	62
3.1.1.	Tarifierung der Operationstätigkeit	62
3.1.2.	Tarifierung von Anästhesieleistungen	63
3.2.	Beurteilung OP-Konzept und Anpassungsempfehlungen .....	63
<b>VI.</b>	<b>Beurteilung der Kostenfolgen von TARDOC</b>	<b>65</b>
1.	Transcodierung und Simulation der Kosten.....	66
1.1.	Grundlagen Transcodierung und Simulation der Kosten.....	66
1.2.	Beurteilung Transcodierung.....	67
1.2.1.	Vollständige Dokumentation und Transparenz	67
1.2.2.	Wirtschaftlichkeit und Billigkeit	68
2.	Vereinbarung über Monitoring und Konzept kostenneutrale Überführung .....	70
2.1.	Grundlagen Vereinbarung über ein Monitoring und Konzept kostenneutrale Überführung ...	70
2.1.1.	Berechnung und Anwendung des «External Factor» (EF)	70
2.1.2.	Monitoring	70
2.2.	Beurteilung Vereinbarung über Monitoring und Konzept kostenneutrale Überführung.....	72

3.	Anpassungsempfehlungen für Transcodierung, Vereinbarung über Monitoring und Konzept kostenneutrale Überführung .....	75
<b>VII.</b>	<b>Anhörung der Tarifpartner und des Preisüberwachers</b>	<b>77</b>
1.	Position von H+ .....	77
1.1.	Allgemein .....	77
1.2.	Leistungsstruktur .....	77
2.	Position von santésuisse .....	78
2.1.	Allgemein .....	78
2.2.	Kostenneutralität und Normierung .....	78
2.3.	Leistungsstruktur .....	78
2.4.	Qualitative Dignitäten .....	80
2.5.	Verbesserungsvorschläge .....	80
3.	Stellungnahme des Preisüberwachers .....	80
3.1.	Vollständige Dokumentation und Transparenz .....	80
3.2.	Aktualität und Datenbasis .....	81
3.3.	Wirtschaftlichkeit und Billigkeit .....	81
3.4.	Vereinfachung der Tarifstruktur .....	81
4.	Erkenntnisse aus den Stellungnahmen zur Tarifstruktur TARDOC 1.0 .....	81
<b>VIII.</b>	<b>Schlussfolgerung</b>	<b>83</b>
<b>IX.</b>	<b>Anhang</b>	<b>88</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau TARDOC.....	17
Abbildung 2: Berechnung der AL .....	35
Abbildung 3: Übersicht Kostenmodell INFRA .....	42
Abbildung 4: Berechnungsmethodik Kostenmodell KOREG .....	51
Abbildung 5: Evaluierung des Taxpunktvolumens von TARDOC .....	67

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kriterien und Fragestellungen, anhand derer TARDOC beurteilt wurde.....	16
Tabelle 2: Beispiele für Umwandlung von Zeitpositionen in Handlungspositionen.....	21
Tabelle 3: Vergleich der Dauer der Leistungen.....	25
Tabelle 4: Berechnung des Referenzeinkommens .....	36
Tabelle 5: Berechnung der Jahresarbeitszeit.....	38
Tabelle 6: Clustering der KOREG-Sparten .....	53
Tabelle 7: Kostenarten und Verteilschlüssel KOREG .....	54
Tabelle 8: Anpassungsempfehlungen TARDOC.....	87

## I. Ausgangslage

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) werden ambulante ärztliche Leistungen in Arztpraxen und Spitälern seit 2004 über die Tarifstruktur TARMED abgerechnet. Der Bundesrat genehmigte die Einführungsversion am 30. September 2002. Seither wurde die Tarifstruktur mehrmals angepasst, aber noch nie ganzheitlich revidiert. Da sich die Tarifpartner weder bis Mitte 2016 auf eine Gesamtrevision des TARMED noch bis Herbst 2016 auf eine Teilrevision der übertarifierten Bereiche einigen konnten, wurde die Tarifstruktur TARMED, Version 1.09, vom Bundesrat auf dem Verordnungsweg angepasst und als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur per 1. Januar 2018 für die OKP festgelegt.

Am 12. Juli 2019 reichten curafutura und die FMH dem Bundesrat einen Antrag zur Genehmigung der Tarifstruktur TARDOC Version 1.0 ein. Bei TARDOC 1.0 handelt es sich um eine durch die ats-tms AG erarbeitete Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen, die den TARMED ersetzen soll. Die Tarifpartner reichten gemeinsam einen Grundvertrag KVG, eine Tarifstruktur ohne Taxpunkte sowie diverse Begleitdokumente ein. Je individuell reichten sie u.a. je eine Version einer Tarifstruktur mit Taxpunkten sowie je ein Konzept zur Kostenneutralität und zum Monitoring ein. Dabei war die Tarifstruktur der FMH ohne Normierung, diejenige von curafutura mit Normierung im Sinne einer kostenneutralen Tarifstruktur. Konkret unterschieden sich die beiden Versionen in der Anzahl der Taxpunkte der Tarifpositionen. Für die Berechnung der normierten Taxpunkte wurden die nichtnormierten Taxpunkte um ca. 17 % reduziert.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) als zuständiges Fachamt bestätigte mit Schreiben vom 7. August 2019 den Erhalt des Antrages und forderte gleichzeitig noch diverse fehlende Unterlagen ein. Weiter hat das BAG in diesem Schreiben die Frage aufgeworfen, welche der beiden eingereichten Tarifstrukturen (diejenige der FMH oder diejenige von curafutura) der Bundesrat im Genehmigungsverfahren prüfen soll. Am 29. und 30. August 2019 sowie am 14. Oktober 2019 haben die Tarifpartner dem BAG die nachgeforderten Unterlagen zugestellt. Ein Teil der Unterlagen wurde gemeinsam eingereicht, jedoch hat die FMH auch Unterlagen separat eingereicht mit der Begründung, dass diese vertraulich seien. Es handelt sich dabei insbesondere um Daten aus der ärzteeigenen Statistik RoKo (rollende Kostenstudie) oder den Schlussbericht des Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) zum Referenzeinkommen. curafutura wurden diese Unterlagen nicht zugestellt, daher geht das BAG davon aus, dass curafutura diese auch während den Verhandlungen nie gesehen hat. Mit Schreiben vom 29. August 2019 teilten zudem curafutura und die FMH dem BAG mit, dass für die Prüfung der Relationen unter den verschiedenen Tarifpositionen und der Kostenmodelle die in den beiden Tarifstrukturen ersichtlichen nicht-normierten Taxpunkte, welche die Taxpunkte auf der Basis der Kostenmodelle abbilden, massgebend sind.

Am 8. November 2019 fand ein Austausch zwischen dem BAG, curafutura, der FMH und der ats-tms AG statt. Den Tarifpartnern wurde dabei die Nichtgenehmigung des Tarifvertrags und der Tarifstruktur TARDOC 1.0 aus formellen Gründen in Aussicht gestellt (keine einheitlich vereinbarte Tarifstruktur, kein genehmigungsfähiger Tarifvertrag i.S. KVG, keine Einigung zur kostenneutralen Einführung). Gleichzeitig wurde ihnen auch mitgeteilt, dass das BAG die Tarifstruktur TARDOC 1.0 dennoch einer materiellen Prüfung unterziehen wird und sie bis Mitte 2020 eine vollständige inhaltliche Rückmeldung erhalten werden.

Am 11. Dezember 2019 fand eine Sitzung zwischen dem BAG und allen Tarifpartnern im ambulanten ärztlichen Bereich statt (curafutura, santésuisse, FMH, H+, MTK), in welcher das BAG mit dem Ziel der vollständigen Transparenz gegenüber allen über die geplanten nächsten Schritte bezüglich der eingereichten Tarifstruktur TARDOC 1.0 informierte. In dieser Sitzung wurden die Tarifpartner H+ und santésuisse gebeten, bis Ende März 2020 eine Stellungnahme einzureichen, in welcher sie einerseits erläutern, warum sie im TARDOC-Projekt nicht dabei sind sowie andererseits eine inhaltliche Beurteilung zu TARDOC 1.0 abgeben. Am 20. Dezember 2019 hat das BAG den Tarifpartnern diese Aufforderungen auch schriftlich zugestellt. Darin erneuerte das BAG seinen Aufruf zur gegenseitigen Information der Tarifpartner zu ihren Tarifrevisions-Projekten.

Mit Schreiben vom 20. Dezember 2019 hat das BAG curafutura und der FMH eine formelle Rückmeldung im Sinne des rechtlichen Gehörs zu ihrem Antrag gegeben. Sie wurden darauf hingewiesen, dass die Tarifstruktur TARDOC 1.0 aufgrund der im Schreiben aufgeführten Gründe nicht genehmigungsfähig

sei. curafutura und die FMH teilten dem BAG mit Schreiben vom 31. Januar 2020 mit, dass sie unverändert am eingereichten Antrag um Genehmigung der Tarifstruktur TARDOC 1.0 festhalten würden. Einen formellen Rückzug des Genehmigungsantrages würden sie allenfalls in Erwägung ziehen, wenn das BAG die eingereichten Unterlagen geprüft und berichtet habe, welche konkreten Nachbesserungen für eine Inkraftsetzung durch Genehmigung aus Sicht des Bundesrates nötig wären.

Das BAG unterbreitete dem Preisüberwacher den Genehmigungsantrag zur Tarifstruktur TARDOC 1.0 inkl. sämtlicher eingereicherter Unterlagen mit Schreiben vom 14. Januar 2020 zur Stellungnahme. Mit Schreiben vom 30. März 2020 reichte der Preisüberwacher seine Stellungnahme ein.

Ende März/Anfang April 2020 erhielt das BAG die eingeforderten Stellungnahmen von santésuisse (31. März) und H+ (2. April) zur inhaltlichen Beurteilung von TARDOC 1.0 (siehe dazu Ziffer VII).

Im Rahmen der materiellen Prüfung der Tarifstruktur TARDOC 1.0 fanden im Zeitraum Februar bis April 2020 insgesamt drei technische Sitzungen zwischen dem BAG und curafutura/FMH sowie Vertretern der ats-tms AG statt. In diesen Sitzungen konnte das BAG Fragen zu den von curafutura und der FMH eingereichten Unterlagen stellen, mit dem Ziel, die Tarifstruktur TARDOC 1.0 zu verstehen und auf die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben und die vom Bundesrat gestellten Rahmenbedingungen prüfen zu können. Im Zusammenhang mit diesen Sitzungen reichten die Tarifpartner am 2. März 2020, 19. März 2020, 14. April 2020 und 12. Mai 2020 weitere Unterlagen ein.

Mit Schreiben vom 17. März 2020 informierten curafutura und die FMH den Bundesrat darüber, dass sie an einem gemeinsamen Konzept zur Erreichung der geforderten kostenneutralen Einführung der Tarifstruktur TARDOC arbeiten sowie parallel Gespräche mit weiteren Krankenversicherern zur Erreichung der geforderten Mehrheit seitens Kostenträger geführt werden. Dies alles mit dem Ziel, eine konkrete Genehmigung von TARDOC zu erwirken. In diesem Schreiben baten sie den Bundesrat deshalb, den Beschluss zur Genehmigung von TARDOC 1.0 erst zu fällen, wenn auch die Grundlagen für die materielle Prüfung vollständig vorliegen.

Anfang Mai 2020 informierte die ats-tms AG das BAG zudem, dass die Fragen des BAG zum Kalkulationsmodell INFRA i.S. Baukosten sie dazu veranlasst hätten, das Modell insbesondere betreffend Anrechenbarkeit von Hotellerie und Apotheke nochmals zu prüfen und allfällige Anpassungen dem Verwaltungsrat der ats-tms AG zu unterbreiten.

Das BAG hat die vollständige Prüfung des Genehmigungsantrags zu TARDOC 1.0, so wie er dem Bundesrat am 12. Juli 2019 vorgelegt wurde, inklusive aller nachgereichten Unterlagen, Anfang Sommer 2020 abgeschlossen. Das BAG hat weder im Zuge des Schriftverkehrs noch während der mit den Tarifpartnern organisierten technischen Sitzungen ein Ergebnis zur Gesamtbeurteilung des Genehmigungsantrags zu TARDOC 1.0 oder zur materiellen Prüfung der Tarifstruktur kommuniziert. Es war vorgesehen, dass die Tarifpartner im Sommer 2020 eine Rückmeldung zu den Ergebnissen der Gesamtbeurteilung von TARDOC 1.0 erhalten. Die Tarifpartner haben jedoch – vermutlich aufgrund des Austauschs mit dem BAG – die Initiative ergriffen und gewisse Elemente des Genehmigungsantrags vom 12. Juli 2019 «korrigiert» und dem Bundesrat mit Schreiben vom 25. Juni 2020 folgende Dokumente eingereicht:

- eine mit der SWICA-Gruppe abgeschlossene TARDOC-Beitrittsvereinbarung;
- ein neues gemeinsames Kostenneutralitätskonzept;
- eine neue Version der Tarifstruktur TARDOC (Version 1.1), bei der die auf Ebene der Tarifpositionen festgestellten Fehler sowie gewisse Fehler im Kalkulationsmodell INFRA korrigiert wurden;
- ein angepasstes Spartenkonzept.

Vorliegender Bericht umfasst die Ergebnisse der Prüfung sämtlicher oben genannter Elemente.

## II. Inhalt und Ziele des Berichts

Bei TARDOC handelt es sich um die Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen, die im Rahmen der Revision von TARMED durch die ats-tms AG (gemeinsame Organisation von curafutura, der FMH und der Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT)) erarbeitet wurde. Die Struktur wurde dem Bundesrat von curafutura und der FMH als gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zur Genehmigung eingereicht.

Im Rahmen der materiellen Prüfung eines Tarifs wird in der Regel Folgendes kontrolliert:

- die Einhaltung von Gesetz (KVG) und Verordnungen (KVV, KLV, VKL usw.);
- die Berechnungsgrundlagen und -methoden, die Weiterentwicklungen und die Änderungen der Tarifstruktur;
- die aus den Änderungen und Anpassungen resultierenden geschätzten Auswirkungen auf das Leistungsvolumen und die Kosten;
- die Anwendungsmodalitäten des Tarifs, einschliesslich der Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierung.

Der Bericht gibt einen Überblick über die Ergebnisse der formellen und materiellen Prüfung von TARDOC 1.0 und TARDOC 1.1. Dort, wo im Bericht nur der Begriff TARDOC verwendet wird, betrifft die Aussage beide Versionen. Ansonsten wird die jeweils betroffene Version genannt. Die formelle Prüfung (siehe Ziffer III) umfasst sowohl den zwischen curafutura und der FMH geschlossenen KVG-Vertrag zur Tarifstruktur TARDOC sowie die TARDOC-Beitrittsvereinbarung zwischen curafutura, der FMH und SWICA. Die materielle Prüfung (siehe Ziffer IV) umfasst die Leistungsstruktur, die Tarifmodelle zur Ermittlung der Kostensätze und die den einzelnen Positionen zugewiesenen Taxpunkte. Sie beinhaltet auch die durch die Tarifpartner vereinbarten Konzepte, die bei der Umsetzung der Struktur eine wichtige Rolle spielen und der Gewährleistung der Qualität der erbrachten Leistungen dienen. Es sind dies das OP-Konzept, das Dignitätskonzept sowie das Spartenkonzept, das am 25. Juni 2020 dem Bundesrat unterbreitet wurde (siehe Ziffer V). Unter Ziffer VI erfolgt eine Beurteilung der Kostenfolgen von TARDOC (Transcodierung und Simulation der Kosten sowie Vereinbarung über ein Monitoring und Kostenneutralitätskonzept).



### **III. Formelle Prüfung des Genehmigungsgesuchs**

#### **1. Grundsätzliches**

Tarife und Preise werden in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart (Art. 43 Abs. 4 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, KVG; SR 832.10). Nach Artikel 46 Absatz 1 KVG sind Parteien eines Tarifvertrages grundsätzlich einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits. Im Falle von Einzelleistungstarifen müssen diese auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen (Art. 43 Abs. 5 KVG). Die Tarifstruktur TARDOC stellt eine Einzelleistungstarifstruktur dar. Der Bundesrat ist damit die zuständige Genehmigungsbehörde.

#### **2. Anforderungen des Bundesrates an eine Tarifstruktur**

Der Bundesrat legte im Beschluss vom 8. Mai 2015 die Rahmenbedingungen betreffend Revision der Tarifstruktur TARMED und deren Genehmigung durch den Bundesrat fest. Mit Schreiben vom 2. Juni 2015 legte der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI) den Tarifpartnern diese Anforderungen dar. Dazu gehört, dass eine revidierte Tarifstruktur in einem von allen massgeblichen Tarifpartnern, die jeweils eine Mehrheit der Leistungserbringer bzw. bezüglich den Versicherern eine Mehrheit der Versicherten, vertreten, gemeinsam unterzeichneten Tarifvertrag vereinbart werden müsse.

Der Bundesrat äusserte sich ein weiteres Mal in seinem Bericht vom 14. September 2018 in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay<sup>1</sup> eingehend zu den Kriterien für die Repräsentativität bei der Unterzeichnung von Tarifverträgen im Gesundheitswesen. Er kommt darin nochmals zum Schluss, dass sich das Erfordernis der Repräsentativität der Tarifpartner indirekt aus der Einheitlichkeit der Tarifstruktur ergibt. Nur so lässt sich die grundsätzliche Geltung einer Tarifstruktur für sämtliche Leistungserbringer und Versicherer rechtfertigen. Ein Tarifvertrag über eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur, welcher nicht von einer Mehrheit eingereicht wird, erfüllt diese Voraussetzungen grundsätzlich nicht und ist deshalb für den Teil Tarifstruktur nicht genehmigungsfähig.

#### **3. KVG-Vertragsparteien (Repräsentativität)**

Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Dabei muss die Einheitlichkeit grundsätzlich auf einer grossen Repräsentativität der Tarifpartner beruhen (Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 11.4018, a.a.O., S. 18 f.). Das Erfordernis der Einheitlichkeit der Tarifstruktur impliziert somit nicht nur, dass der Inhalt der Struktur geeignet ist, die Gesamtheit der Leistungen des infrage stehenden Bereichs zu regeln, sondern auch, dass die Vereinbarung zwischen den massgeblichen Tarifpartnern geschlossen wurde, welche die Versicherer und Leistungserbringer schweizweit repräsentieren. Die Vereinbarung der Tarifstruktur soll sich auf einen breiten Konsens stützen können und nicht durch eine vertragliche Regelung weniger Tarifpartner einer unbestimmten Zahl von anderen Partnern aufgezwungen werden können (Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 11.4018, a.a.O., S. 17). Nur eine grosse Repräsentativität der Tarifpartner bei Tarifverträgen kann sicherstellen, dass die Struktur zur einheitlichen Anwendung taugt, und dabei die Interessen sämtlicher massgeblichen Parteien berücksichtigt sind (Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 11.4018, a.a.O., S. 19).

Der ursprüngliche Genehmigungsantrag vom 12. Juli 2019 wurde von curafutura und der FMH unterzeichnet und eingereicht. Die Tarifstruktur resp. den Tarifvertrag nicht zur Genehmigung miteingereicht haben H+ Die Spitäler der Schweiz sowie der zweite Versichererverband santésuisse. Das BAG führte im Schreiben vom 20. Dezember 2019 an die Vertragsparteien diesbezüglich aus, dass bezogen auf santésuisse eine Mehrheit der versicherten Personen nicht vertreten und damit auf Versichererseite nur eine Minderheit Vertragspartei sei. Aufgrund der fehlenden Repräsentativität und in Berücksichtigung

---

<sup>1</sup> [www.parlament.ch](https://www.parlament.ch) > Ratsbetrieb > Curia Vista > Postulat 11.4018 (<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20114018>)

der Praxis des Bundesrates sei bereits aus diesem Grund eine Genehmigung der Tarifstruktur TARDOC, wie dies bereits an der Sitzung vom 8. November 2019 mit den beiden Vertragsparteien ausgeführt worden sei, nicht möglich.

Die Tarifpartner FMH und curafutura haben dem Bundesrat mit Schreiben vom 25. Juni 2020 eine Beitrittsvereinbarung der SWICA Versicherungsgesellschaft AG zur Tarifstruktur TARDOC nachgereicht.

Der Beitritt der SWICA zum TARDOC hat einen Einfluss auf die Mehrheitsverhältnisse der durch die Versicherer vertretenen versicherten Personen. Waren vor dem Beitritt der SWICA knapp weniger als 50% der versicherten Personen vertreten, sind es mit dem Beitritt nun eine knappe Mehrheit. Konkret sind 51.5%<sup>2</sup> der versicherten Personen bei den beteiligten Versicherern versichert. Wenn ein Tarif - insbesondere bei einer neuen Tarifstruktur - nur durch eine knappe Mehrheit unterstützt wird, kann dies zu Schwierigkeiten bei der Umsetzung und Anwendung des Tarifs führen, namentlich betreffend Zuständigkeiten für die Klärung von Umsetzungsfragen und Verantwortung für Tarifpflege. Ein Einzelleistungstarif sollte daher möglichst wenigen Tarifpartnern mittels Festlegung aufgezwungen werden.

Nur eine grosse Repräsentativität der Tarifpartner kann sicherstellen, dass die Interessen sämtlicher massgeblichen Parteien berücksichtigt sind, und dass die Struktur somit aufgrund einer breiten Akzeptanz zur einheitlichen Anwendung taugt, ohne sie gleichzeitig einer nicht unbeachtlichen Anzahl nicht-beteiligter Tarifpartner aufzuzwingen.

Aus Sicht des EDI resp. des BAG braucht ein neuer Einzelleistungstarif eine breite Allianz. Dazu gehört grundsätzlich auch die Beteiligung von H+ als Vertreter der Spitäler auf Seiten der Leistungserbringer. Die Interessen von H+ und damit der Spitäler als Leistungserbringer ambulanter Leistungen sind nicht ohne Weiteres deckungsgleich mit denen der FMH, insbesondere mit den Ärzten in der freien Praxis. Auch wenn die in den Spitäler tätigen Ärzte und Ärztinnen Mitglieder der FMH sein können, wird dadurch eine Vertretung der Interessen von H+ bzw. der Spitäler als Erbringer spitalambulanter Leistungen nicht ohne weiteres sichergestellt, dies geht nicht zuletzt aus der Stellungnahme von H+ vom 2. April 2020<sup>3</sup> zum TARDOC hervor (siehe dazu auch Ziffer VII.1). Schliesslich geht es um ein Abrechnungsvolumen von über 11 Mrd. Franken zu Lasten der OKP, welches zu einem grossen Teil auch im spitalambulantem Bereich anfällt<sup>4</sup>. Bei einer so gewichtigen Tarifstruktur wie dem TARDOC ist es nicht zuletzt auch im Hinblick auf die Erfüllung der gesetzlichen Vorgabe der Sachgerechtigkeit (siehe Ziffer IV.1.1) erforderlich, dass sowohl die Versicherer als auch alle gesetzlichen Leistungserbringergruppen (Ärzte und Spitäler) repräsentativ vertreten sind.

Insgesamt widerspiegeln die Vertragsparteien die Verhältnisse im ambulanten ärztlichen Bereich vorliegend nur unzureichend. Aufgrund der Ergebnisse der materiellen Prüfung des Gesuchs kann jedoch offen bleiben, ob ein Tarifvertrag mit nur einer äusserst knappen Mehrheit auf Seiten der Versicherer und ohne die Beteiligung der Spitäler als zweite relevante Leistungserbringergruppe die Anforderungen an eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur erfüllt.

#### **4. Gesamtschweizerischer Geltungsbereich (einheitliche Tarifstruktur)**

Der Tarifvertrag stellt eine gegenseitige übereinstimmende Willenserklärung mit behördlichem Genehmigungsvorbehalt dar (Urteil 9C\_413/2009 E. 7.2. des BGer vom 27. Januar 2010). Die Tarifpartner müssen sich auf eine Tarifstruktur einigen und diese dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten.

Im ursprünglichen Genehmigungsantrag vom 12. Juli 2019 haben die Vertragsparteien unterschiedliche Tarifstrukturen eingereicht: gemeinsam eine Struktur ohne (als Leistungsstruktur bezeichnet), sowie einzeln je eine mit Taxpunkten. Von curafutura wurde eine normierte, von der FMH eine nicht normierte Version der Tarifstruktur eingereicht. Die Differenz zwischen den beiden Versionen (normiert zu nicht normiert) betrug ca. 17 %.

---

<sup>2</sup> Gemäss «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2019, Bundesamt für Gesundheit», Tabelle «T 5.05 OKP: Versichertenbestand per 1. Januar 2020 nach Versicherer (Kinder, junge Erwachsene, Erwachsene): CH», Datenstand vom 4. Juni 2020

<sup>3</sup> Nach Ansicht von H+ ist TARDOC nicht genehmigungsfähig, da nicht alle Tarifpartner bei der Erarbeitung und Einreichung dabei waren.

<sup>4</sup> Im Jahr 2019 fielen ca. 35.7% des abgerechneten Leistungsvolumens im TARMED auf die rund 280 Spitäler in der Schweiz (gemäss Daten des Tarifpools der SASIS AG).

Im Schreiben vom 20. Dezember 2019 stellte das BAG fest, dass sich die Vertragsparteien hinsichtlich den Taxpunkten nicht einigen konnten und es somit keine gemeinsame Tarifstruktur gebe. In diesem Sinne liege kein Tarifvertrag nach dem KVG vor, der - sofern die übrigen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind - genehmigungsfähig wäre.

FMH und curafutura haben dem Bundesrat am 25. Juni 2020 eine sogenannt einheitliche Tarifstruktur sowie ein gemeinsames Konzept zur Sicherstellung der geforderten kostenneutralen Einführung der Tarifstruktur TARDOC eingereicht. Die einheitliche Tarifstruktur weist betreffend Taxpunkte jeweils die nicht-normierten Werte auf, die mit einem sogenannten «External Factor» (in der Höhe vom 0.86) für die Fakturierung multipliziert, d.h. reduziert werden. Dieser «External Factor» wird in jeder Tarifposition aufgeführt und ist gemäss Kostenneutralitätskonzept integraler Bestandteil der Tarifstruktur. Gemäss den Tarifpartnern wird er erst am Ende der Kostenneutralitätsphase definitiv feststehen und in einer neuen Vereinbarung festgehalten. Damit liegen nun nicht mehr zwei unterschiedliche, sondern eine gemeinsame Tarifstruktur vor, bei welcher allerdings der definitive Taxpunkt noch nicht definiert ist.

## **5. Fazit formelle Prüfung**

Mit dem Beitritt der SWICA zur Einzelleistungstarifstruktur TARDOC ist auf Versichererseite nun eine knappe Mehrheit vertreten. Auf Seiten der Leistungserbringer sind die Spitäler, vertreten durch den Spitalverband H+, als zweite grosse KVG-Leistungserbringergruppe nach wie vor nicht Vertragspartei, was aus verschiedenen Gründen problematisch ist.

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen muss nach Ansicht des Bundesrates eine revidierte Tarifstruktur vorliegen, welche von allen massgeblichen Tarifpartnern mitgetragen wird und welche die gesetzlichen Vorgaben erfüllt. Dies wäre auch im Sinn der gesetzlich vorgesehenen Tarifautonomie und würde eine höhere Akzeptanz der Tarifstruktur sicherstellen.

Insgesamt widerspiegeln die Vertragsparteien die Verhältnisse im ambulanten ärztlichen Bereich vorliegend nur unzureichend. Bei einer so gewichtigen Tarifstruktur wie dem TARDOC ist es nicht zuletzt auch im Hinblick auf die Erfüllung der gesetzlichen Vorgabe der Sachgerechtigkeit erforderlich, dass sowohl die Versicherer als auch alle gesetzlichen Leistungserbringergruppen (Ärzte und Spitäler) repräsentativ vertreten sind. Zudem kann auch nur so sichergestellt werden, dass die Interessen sämtlicher massgeblichen Parteien berücksichtigt sind, und dass die Struktur somit aufgrund einer breiten Akzeptanz zur einheitlichen Anwendung taugt, ohne sie gleichzeitig einer nicht unbeachtlichen Anzahl nichtbeteiligter Tarifpartner aufzuzwingen.

Aufgrund der Ergebnisse der materiellen Prüfung des Gesuchs sowie der Beurteilung der Kostenfolgen von TARDOC (siehe Ziffer IV und VI) kann jedoch offen bleiben, ob ein Tarifvertrag mit nur einer äusserst knappen Mehrheit auf Seiten der Versicherer und ohne die Beteiligung der Spitäler als zweite relevante Leistungserbringergruppe die Anforderungen an eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur erfüllt. Bei einer fehlenden Repräsentativität der Tarifpartner könnte der Bundesrat die Tarifstruktur auf dem Verordnungsweg gesamtschweizerisch einheitlich festlegen, sofern diese die gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen des Bundesrates erfüllt. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, ist dies jedoch vorliegend nicht der Fall.

## **IV. Materielle Prüfung der Tarifstruktur TARDOC**

Der neue Tarif TARDOC ist eine gesamtschweizerisch einheitliche Einzelleistungstarifstruktur zum Zweck der Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen.

Die Tarifstruktur umfasst ca. 2700 Tarifpositionen. Alle Positionen werden nach einer einheitlichen, medizinischen und elektronisch abbildbaren Nomenklatur benannt. Im Grundsatz orientiert sich die Nomenklatur am Prozess der Leistungserbringung, das heisst, die Gliederung der Tarifpositionen entspricht möglichst der Gliederung der Behandlungsschritte. Die Anwendungs- und Abrechnungsregeln sind Bestandteil der Tarifstruktur.

Die Tarifstruktur regelt den Inhalt der abgebildeten medizinischen Leistungen, die Bewertung der ärztlichen Tätigkeiten pro Minute (TP AL), der benötigten Infrastruktur pro Minute (TP IPL) sowie den für die Leistungserbringung notwendigen Zeitaufwand (Minutage), ausgedrückt in Taxpunkten. Die Tarifstruktur TARDOC basiert auf den von den Tarifpartnern gemeinsam festgelegten Berechnungsmodellen. Das Berechnungsmodell AL führt zur Bewertung der ärztlichen Leistung (AL) und die Berechnungsmodelle KOREG (für Sparten in der Arztpraxis) und INFRA (für Spitalsparten) zur Bewertung der Infrastruktur- und Personalleistung (IPL). Grundsätzlich entsprechen die Berechnungsmodelle denjenigen von TARMED, auch wenn viele Parameter angepasst wurden.

Unter Ziffer IV.1 werden zunächst die Kriterien, welche für die materielle Prüfung von TARDOC herangezogen wurden, erläutert. Unter den Ziffern IV.2., IV.3. und IV.4. werden die Ergebnisse der Prüfung der einzelnen Elemente der Tarifstruktur TARDOC dargestellt (Leistungsstruktur und Berechnungsmodelle der Taxpunkte).

### **1. Kriterien für die materielle Prüfung**

#### **1.1. Gesetzliche Anforderungen**

Gemäss Artikel 43 Absatz 5 KVG müssen Einzelleistungstarife im Sinne von Artikel 43 Absatz 2 Buchstabe b KVG auf einer einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Das heisst, die Einzelleistungstarifstruktur kommt für alle betroffenen Leistungserbringer zur Anwendung, die sich dazu entschlossen, ihre Leistungen mit einem Einzelleistungstarif abzurechnen. Die Einzelleistungstarifstruktur bildet die generell-abstrakte Komponente eines Einzelleistungstarifs. Sie legt den Wert von jeder einzelnen Leistung in Form von Taxpunkten fest und definiert ein bestimmtes Verhältnis zwischen den verschiedenen Leistungen. Sie umfasst auch eine abstrakte Umschreibung der damit abgegoltenen Leistungen sowie jene übrigen Vorschriften im Sinne von Modalitäten, die bei der Ausstellung einer Rechnung berücksichtigt werden müssen, damit die Höhe des geschuldeten Betrages ordnungsgemäss errechnet und geltend gemacht werden kann ([ZH] Spitaltarif, BRE vom 19.12.2001; RKUV 4/2002 309; bestätigt in [TG] Spitaltarif, BRE vom 26.6.2002; RKUV 6/2002, 480). Die konkrete Vergütung, die in Rechnung gestellt werden kann, ergibt sich aus der Multiplikation der den Leistungen zugewiesenen Taxpunkte mit dem Taxpunktwert (Art. 43 Abs. 2 Bst. b KVG).

Die zuständige Behörde hat gemäss Artikel 46 Absatz 4 KVG zu prüfen, ob die Tarifstruktur mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit im Einklang steht. Im Sinne der Gesetzmässigkeit prüft der Bundesrat insbesondere, ob der Vertrag mit anerkannten Leistungserbringern abgeschlossen wurde, Pflichtleistungen nach KVG umfasst und die Tarifgrundsätze nach den Artikeln 43 KVG und 59c der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) berücksichtigt. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit wird durch verschiedene Vorgaben konkretisiert, die in einem engen systematischen Zusammenhang zu interpretieren sind. Bei der Festlegung der Tarife ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur zu achten (Art. 43 Abs. 4 KVG), wobei das Ziel darin besteht, eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten zu erreichen (Art. 43 Abs. 6 KVG). Die Forderung der betriebswirtschaftlichen Bemessung verankert das Primat einer aufwand- und verursachergerechten Entschädigung der Leistungen.

Unter Beachtung von Artikel 59c Absatz 1 KVV ist somit zu beurteilen:

- ob der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung deckt (Bst. a)
- ob der Tarif höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten deckt (Bst. b)
- ob ein Wechsel des Tarifmodells keine Mehrkosten verursacht (Bst. c)

Die Grundlage für die betriebswirtschaftliche Bemessung müssen demzufolge empirische und repräsentative Kosten- und Leistungsdaten sein.

Das Gebot der Billigkeit umfasst unter anderem die wirtschaftliche Tragbarkeit eines Tarifs, insbesondere aus der Perspektive des Gesamtsystems der sozialen Krankenversicherung. Der Bundesrat hat in seiner Praxis aufgezeigt, dass die wirtschaftliche Tragbarkeit für das Gesamtsystem, als Teil der Billigkeit, im Laufe der Zeit an Bedeutung gewonnen hat und gegenüber der betriebswirtschaftlichen Rechtfertigung des Tarifes grundsätzlich zu priorisieren ist. Nur ein für das Gesamtsystem tragbarer Tarif kann als „billig“ gelten.

Eine Tarifstruktur kann als sachgerecht bezeichnet werden, wenn sie auf einem kohärenten Tarifmodell beruht, sich auf wirtschaftliche Parameter abstützt und die gesetzlichen Anforderungen erfüllt<sup>5</sup>. Dies bedeutet auch, dass die Tarifstruktur keine Leistungserbringerguppe benachteiligt und die Vergütung der verschiedenen Leistungen untereinander in einer angemessenen Relation steht.

## **1.2. Rahmenbedingungen des Bundesrates für die Revision von TARMED**

Um die geltenden gesetzlichen Anforderungen bezüglich der Revision von TARMED zu klären und den Tarifpartnern damit das Vorlegen einer genehmigungsfähigen revidierten Tarifstruktur zu ermöglichen, hat der Bundesrat am 8. Mai 2015 vier Rahmenbedingungen für die Revision verabschiedet und den Tarifpartnern kommuniziert. Diese Rahmenbedingungen wurden ihnen auch im Schreiben des Bundesrates vom 18. Oktober 2017 zu den Erwartungen des Bundesrates hinsichtlich der TARMED-Revision nochmals in Erinnerung gerufen, anschliessend an den Beschluss des Bundesrates betreffend Anpassung und Festlegung der TARMED-Tarifstruktur auf den 1. Januar 2018. Diese vier Bedingungen sind nachfolgend aufgeführt:

### **1. Gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur**

Eine revidierte Tarifstruktur muss in einem von allen massgeblichen Tarifpartnern, die jeweils eine Mehrheit der Leistungserbringer beziehungsweise bezüglich der Versicherer eine Mehrheit der Versicherten vertreten, gemeinsam unterzeichneten Tarifvertrag vereinbart werden. Eine zweite Tarifstruktur neben der bestehenden kann vom Bundesrat nicht genehmigt werden.

### **2. Vollständige Dokumentation und Transparenz**

Dem Antrag zur Genehmigung der revidierten Tarifstruktur durch den Bundesrat ist eine umfassende Dokumentation (inklusive Tarifmodell mit Berechnungsgrundlagen und Berechnungsmethoden in elektronischer Form sowie Schätzungen der finanziellen Auswirkungen bei konstanten Taxpunktwerten) beizulegen, die belegt, wie den Vorgaben des KVG Rechnung getragen wurde.

### **3. Wirtschaftlichkeit und Billigkeit**

Die Tarifstruktur muss dem Gebot von Wirtschaftlichkeit und Billigkeit entsprechen. Dies bedeutet, dass bei gleichem Leistungsangebot (gleiche Qualität und Menge der erbrachten Leistungen) grundsätzlich keine Kostensteigerungen resultieren dürfen. Auch ausgewiesene Kostensenkungen (z.B. aufgrund der Reduktion von Operationszeiten) müssen ins Tarifmodell einfließen. Sind für die OKP insgesamt belegbare Kostensteigerungen unausweichlich, so müssen sich diese aus Gründen der wirtschaftlichen Tragbarkeit für das Gesamtsystem in einem sehr engen Rahmen bewegen.

Wie im Schreiben des Bundesrates vom 18. Oktober 2017 präzisiert, besteht zudem eine der Erwartungen an die Revision darin, dass mit der zukünftigen Tarifstruktur ein Konzept zur kontinuierlichen Pflege des Tarifwerks und zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit eingereicht werden soll. Die kontinuierliche Pflege der Tarifstruktur soll sicherstellen, dass mögliche, nach der Umsetzung der Tarifstruktur festgestellte Mängel (aufgrund von technischen oder technologischen Fortschritten

---

<sup>5</sup> Siehe z. B. BGE vom 18.10.2000 i. S. Physiotherapietarife Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden RKUV 5/2001 456, bestätigt im BGE vom 19.12.2001 i. S. Spitaltarif Zürich RKUV 4/2002, 309.

oder einer unsachgemässen Anwendung der Tarifstruktur) während der gesamten Gültigkeitsdauer der Struktur fortwährend korrigiert werden. Nach Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft die Genehmigungsbehörde, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. In Artikel 59c KVV wird dieses Gebot präzisiert. Der Tarif darf demnach höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten einer effizienten Leistungserbringung decken. Nach Artikel 59c Absatz 2 KVV müssen die Vertragsparteien die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung dieser Grundsätze nicht mehr gewährleistet ist. Nach dem Gebot der Billigkeit muss der Tarif für das Gesamtsystem auch wirtschaftlich tragbar sein. Um diese regelmässige Überprüfung der Tarife frühzeitig sicherzustellen, ist es erforderlich, dass die Tarifpartner bereits bei Einführung der neuen Tarifstruktur aufzeigen, wie die Tarife regelmässig überprüft und angepasst werden sollen, wenn sie die gesetzlichen Vorgaben nicht mehr erfüllen, d.h. es braucht ein langfristiges Monitoring der Kostenentwicklung.

#### **4. Anpassung an die aktuellen Gegebenheiten (Aktualität und Datenbasis)**

Die zur Genehmigung durch den Bundesrat eingereichte Tarifstruktur muss insbesondere auf Neuerhebungen der dem Tarifmodell zugrundeliegenden Kosten- und Leistungsdaten sowie auf Neuberechnungen der Parameter basieren. Eine Indexierung der Kosten wird nicht akzeptiert.

Mit Schreiben vom 18. Oktober 2017 im Anschluss an den Entscheid zur Anpassung und Festlegung der TARMED-Tarifstruktur auf den 1. Januar 2018 stellte der Bundesrat klar, dass er von den Tarifpartnern eine Erhebung der für die Revision der Tarifstruktur notwendigen Daten erwarte (Dauer der Leistungen, Personaldotation, Art der Infrastruktur und des Materials, die für jede Leistung notwendig sind sowie Personal-, Infrastruktur- und Materialkosten). Ergänzend kann hier festgehalten werden, dass bei Verwendung von normativ festgelegten anstelle von datenbasierten Werten diese zumindest begründet und für die Prüfbehörde nachvollziehbar sein müssen.

Die vier Rahmenbedingungen stützen sich auf die vorgängig erwähnten gesetzlichen Anforderungen und müssen somit eingehalten werden, damit der Bundesrat eine revidierte Tarifstruktur genehmigen kann. Da sich die erste Rahmenbedingung (gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur) auf formale Aspekte des Genehmigungsantrags bezieht, wird sie bei den Kriterien für die materielle Prüfung nicht nochmals erwähnt. Sie wird im Teil zur formellen Prüfung des Genehmigungsantrags behandelt (siehe Ziffer III.).

### **1.3. Weitere Anforderungen an die Revision**

Wie bereits erwähnt, hatten die vom Bundesrat im Jahr 2015 kommunizierten Rahmenbedingungen zum Ziel, die geltenden gesetzlichen Anforderungen zu klären. Im Zuge der Genehmigungsverfahren zu den verschiedenen TARMED-Versionen wurden den Tarifpartnern vom BAG beziehungsweise vom Bundesrat aber noch andere Ansprüche an die Revision kommuniziert. Dazu kommen weitere Anforderungen aus dem Gesetz sowie ein Auftrag des Parlaments an den Bundesrat. Diese Anforderungen werden unter den beiden nachfolgenden Punkten zusammenfassend erläutert:

#### **1. Vereinfachung der Struktur**

Eine Reduktion der Komplexität der Tarifstruktur ist erwünscht. Dies wurde im Zuge der Genehmigungsverfahren zu den verschiedenen TARMED-Versionen von Seiten des Bundesrates gegenüber den Tarifpartnern wiederholt kommuniziert. Ferner wurde die Komplexität von TARMED auch im Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) von 2010<sup>6</sup> hervorgehoben. Eine Reduktion der Komplexität ist für die Leistungserbringer von Vorteil (z.B. Verringerung des administrativen Aufwands und sachgerechte Anwendung des Tarifsystems). Darüber hinaus ermöglicht eine geringere Komplexität auch eine bessere Rechnungskontrolle und zwar sowohl für die Versicherer wie auch für die Patienten, welche die verrechneten Leistungen besser nachvollziehen können. Zuletzt im Schreiben vom 18. Oktober 2017 hebt der Bundesrat hervor, dass eine Vereinfachung der Tarifstruktur auch über das Zusammenführen verschiedener Tarifpositionen im Sinne einer verstärkten Pauschalierung<sup>7</sup> der Leistungen d.h. einer Reduktion des Detaillierungsgrades der Struktur erreicht werden könne.

---

<sup>6</sup> Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle, *Tarmed – der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen. Evaluation der Zielerreichung und der Rolle des Bundes*, November 2010

<sup>7</sup> Der Begriff «Pauschalierung» wird hier in einem allgemeinen Sinn verwendet. Gemeint ist die Schaffung einer Tarifposition, die mehrere komplementäre medizinische Handlungen als Teile einer Behandlung zusammenfasst.

## 2. Berücksichtigung der besonderen Situation in bestimmten medizinischen Bereichen

**Hausarztmedizin:** Nach Artikel 117a Absatz 1 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, der seit dem 18. Mai 2014 in Kraft ist, anerkennen Bund und Kantone die Hausarztmedizin als wesentlichen Bestandteil der Grundversorgung und fördern sie. Bereits im Jahr 2014 hat der Bundesrat von seiner gemäss Artikel 43 Absatz 5bis KVG vorgesehenen subsidiären Kompetenz Gebrauch gemacht und die Tarifstruktur TARMED zwecks Verbesserung der Situation in der Grundversorgung angepasst. Vor diesem Hintergrund sowie angesichts des im KVG festgeschriebenen Gebots der Billigkeit muss die Tarifstruktur TARDOC eine sachgerechte Tarifierung qualitativ hochstehender und effizient erbrachter hausärztlicher Leistungen ermöglichen.

**Kinder- und Jugendmedizin:** Mit der Annahme der Motionen 19.3957 und 19.4120 hat sich das Parlament für eine Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin ausgesprochen. Mit der Motion 19.3957 «Kostendeckende Finanzierung der Kinderspitäler bei effizient erbrachten Leistungen» wird der Bundesrat beauftragt, geeignete Massnahmen zu treffen, um sicherzustellen, dass die Leistungen, die in der notwendigen Qualität effizient und kostengünstig erbracht werden, in den Tarifstrukturen für die Kinderspitäler sowohl für ambulante als auch für stationäre Behandlungen sachgerecht abgebildet und kostendeckend vergütet werden. In seiner Antwort vom 13. November 2019 erklärte sich der Bundesrat bereit, im Rahmen der Ausübung seiner gesetzlichen Aufgaben im Tarifbereich (Genehmigung, Anpassung und Festlegung von Tarifen) und bei Vorliegen entsprechender Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringer zu prüfen, wie dem Anliegen der Motion Rechnung getragen werden kann. Auch hier muss eine sachgerechte Tarifierung auf qualitativ hochstehende und effizient erbrachte Leistungen ausgerichtet sein. Mit der Motion 19.4120 «Mehr Zeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen» wird der Bundesrat beauftragt, dem Parlament einen Erlassentwurf zu unterbreiten, der die gesetzliche Grundlage schafft, dass die Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin zukünftig in den Sozialversicherungstarifen adäquat abgebildet werden.

## 1.4. Kriterien und Fragestellungen zur Prüfung

Die unter den Ziffern IV.1.2. und IV.1.3 genannten Anforderungen ermöglichen die Festlegung der in Tabelle 1 unten aufgeführten Prüfkriterien. In der Tabelle werden auch die wichtigsten Fragen aufgeführt, die bei der Beurteilung der Erfüllung der jeweiligen Kriterien als Orientierung dienen.

Prüfkriterien		Fragestellungen
<b>Gesetzliche Anforderungen und Rahmenbedingungen für die Revision</b>	Vollständige Dokumentation und Transparenz	Wurden sämtliche für die Prüfung zweckdienlichen Dokumente eingereicht?
		Sind die Dokumente lesbar und verständlich, gut strukturiert und im Rahmen der Prüfung problemlos auszuwerten?
		Sind die Dokumente den Tarifpartnern und den zuständigen Behörden zugänglich?
	Wirtschaftlichkeit und Billigkeit	Weist TARDOC eine sachgerechte Struktur auf?
		Wurde bei TARDOC auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung geachtet?
		Deckt TARDOC höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten?
		Deckt TARDOC höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten?
		Wurden die ausgewiesenen Kostensenkungen (z.B. aufgrund der Reduktion von Behandlungszeiten) berücksichtigt?
		Ist TARDOC bei gleichem Leistungsangebot (gleiche Qualität und Menge der erbrachten Leistungen) kostenneutral?
		Haben die Tarifpartner einen Mechanismus vorgesehen, der gewährleistet, dass sich eine Kostensteigerung für die OKP in einem sehr engen und tragbaren Rahmen bewegt?
		Beinhaltet TARDOC ein Konzept zur kontinuierlichen Pflege des Tarifwerks und zur Gewährleistung von dessen Wirtschaftlichkeit?
	Aktualität und Datenbasis	Ermöglicht TARDOC eine Kontrolle der Abrechnungen der Leistungserbringer und somit auch der abgerechneten Leistungen?
		Basiert TARDOC auf neu erhobenen Daten oder aktuellen Analysen bzw. Studien über die Zusammensetzung der Leistungen (insbesondere Zeitdauer, Personaldotation, Art der Infrastruktur und des Materials, die für jede Leistung notwendig sind)?
<b>Weitere Anforderungen an die Revision</b>	Vereinfachung der Struktur	Basiert TARDOC auf neu erhobenen Daten oder aktuellen Analysen bzw. Studien über die Kosten (insbesondere hinsichtlich Ärztelöhne, Personal-, Infrastruktur und Materialkosten)?
		Bringt TARDOC für die Leistungserbringer, die Versicherer und die Versicherten eine Reduktion der Komplexität des Tarifsystems?
		Geht TARDOC in Richtung einer Reduktion des Detaillierungsgrades der Struktur durch die Zusammenführung von Tarifpositionen?
	Besondere Situation in bestimmten Bereichen	Ermöglicht TARDOC eine einheitliche Anwendung der Tarifstruktur?
		Ermöglicht TARDOC eine sachgerechte Vergütung effizient erbrachter hausärztlicher Leistungen?
	Ermöglicht TARDOC eine sachgerechte Vergütung effizient erbrachter kinder- und jugendmedizinischer Leistungen (einschliesslich hochspezialisierter Pädiatrie)?	

Tabelle 1: Kriterien und Fragestellungen, anhand derer TARDOC beurteilt wurde  
(Quelle: eigene Darstellung)



## 2. Leistungspositionen und Anwendungsregeln

### 2.1. Grundlagen Leistungspositionen und Anwendungsregeln

TARDOC umfasst 4 Hierarchiestufen (siehe Abbildung 1). Die oberste Stufe 1 enthält die generellen Interpretationen (GI), die, wie der Name sagt, für die gesamte Tarifstruktur gelten. Die Stufen 2 und 3 umfassen Kapitel und Unterkapitel, über welche die Positionen innerhalb von Leistungsbereichen und -kategorien zu einem gewissen Grad geordnet werden. Die Stufe 4 umfasst Leistungspositionen und Leistungsgruppen (LG). Jede dieser 4 Stufen kann Interpretationen, Beschreibungen sowie Anwendungs- und Abrechnungsregeln enthalten. Gemäss der generellen Interpretation I-118 gilt bei Regeln mit gleichem Betreff auf mehreren Ebenen die Regel der untersten der betroffenen Hierarchiestufen. Die den jeweiligen Leistungen zugewiesenen Taxpunkte werden unter Ziffer IV.2 nicht geprüft, da sie aus den Berechnungsmodellen resultieren, die unter den Ziffern IV.3 et IV.4 untersucht werden.

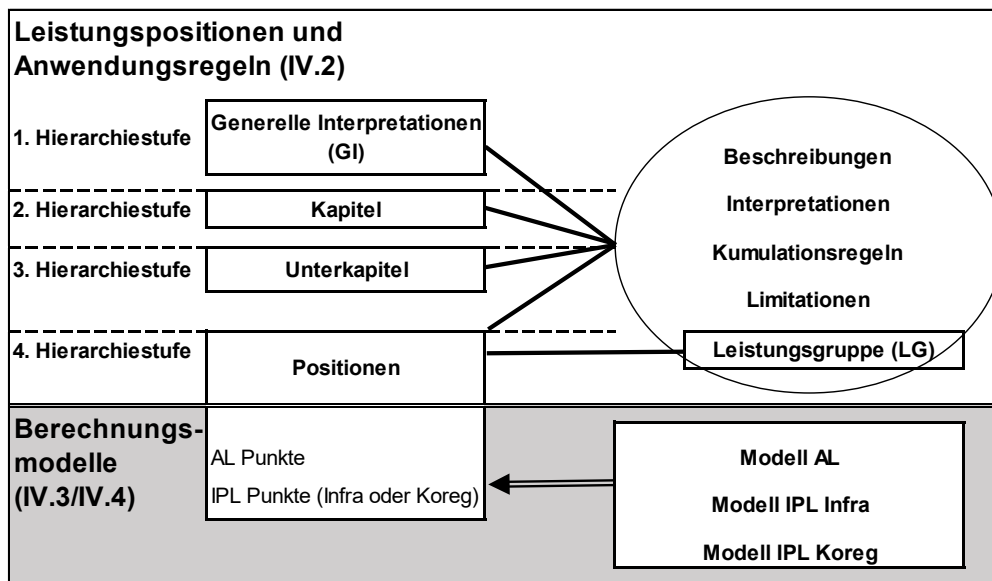


Abbildung 1: Aufbau TARDOC  
(Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Unterlagen der Tarifpartner)

### 2.2. Beurteilung Leistungspositionen und Anwendungsregeln

TARMED und TARDOC weisen zahlreiche Gemeinsamkeiten auf. Allerdings hat bei TARDOC im Vergleich zum TARMED ein Paradigmenwechsel stattgefunden, denn die Strukturierung der Leistungen in TARDOC stützt sich dort, wo TARMED die Leistungen «ganzheitlicher» definiert, verstärkt auf die Behandlungsprozesse (Behandlungsschritte). Angesichts des Umfangs und der Komplexität von TARDOC findet vorliegend keine abschliessende Prüfung der Leistungspositionen und Anwendungsregeln statt. Die Prüfung konzentriert sich auf die wichtigsten Aspekte und mit Bezug zu den unter Ziffer IV.1.4. genannten Prüfkriterien und Fragestellungen.

Nachfolgend werden die wichtigsten Merkmale von TARDOC aufgeführt sowie, dort wo es möglich ist, ein Vergleich mit TARMED vorgenommen:

#### 2.2.1. Anzahl Positionen

Die **Anzahl der Positionen** ist im TARDOC (rund 2700) deutlich geringer als bei der Tarifstruktur TARMED (rund 4500). Die Reduktion lässt sich durch verschiedene Änderungen erklären, die bei der Struktur vorgenommen wurden. Grösstenteils hat sie damit zu tun, dass eine Vielzahl von Leistungen, die im TARMED in eigenen Positionen tarifiert sind, im TARDOC in einer einzigen Tarifposition zusammengefasst sind. So wurden beispielsweise selten abgerechnete Leistungen in wenigen speziellen, im Zeittarif pro 1 Minute abrechenbaren, Positionen zusammengefasst. Das ist bei ca. 100 TARMED-Einzelpositionen der Fall, die alle in der Position «GT.4003\_Seltene urologische Leistung im OP B, pro 1 Min.» zusammengefasst wurden.

Allein die Reduktion der Anzahl Positionen dürfte zu einer geringeren Komplexität der Tarifstruktur führen. Allerdings wird diese Bemühung durch die Schaffung neuer Positionen für Tätigkeiten, die im TARMED integraler Bestandteil von Tarifpositionen sind, wieder aufgewogen. So dienen zum Beispiel im TARDOC rund 90 Positionen der Tarifierung der Wechselzeit (siehe auch Ziffer IV.2.2.6.).

### **2.2.2. Nummerierung und Titel der Leistungen**

Die Leistungen innerhalb der Struktur können über Positionsnummern und Titel der Positionen eruiert werden.

Die Nummerierung der TARDOC-Leistungen ist alphanumerisch (z. B. AF.0001), während sie im TARMED numerisch ist (z. B. 00.0010). Die Nummerierung der Positionen im TARDOC stimmt jedoch nicht mit der Struktur der Kapitel oder Unterkapitel überein. Fast 400 Positionen finden sich nicht in einem Kapitel, das zur Positionsnummer passt. Die Position Bl.1010 findet sich beispielsweise in Kapitel AF. Andere Positionen wiederum finden sich zwar im entsprechenden Kapitel, weisen aber nicht die Nummerierung der Unterkapitel auf (z. B. befindet sich die Position AG.0007 im Unterkapitel AG.10). Dies macht die Anwendung der Tarifstruktur unnötig kompliziert, insbesondere da die Interpretationen und Tarifierungsregeln über verschiedene Hierarchiestufen verteilt sind. Die Tarifpartner haben entschieden, die Nummerierung erst nach Abschluss der Revision anzupassen, auch damit sie die im Projektverlauf bei den Positionen und Kapiteln vorgenommenen Änderungen besser nachverfolgen können. Während der gemeinsamen technischen Sitzungen mit den Tarifpartnern haben diese versichert, die Nummerierung noch vor Inkrafttreten der Tarifstruktur korrigieren zu wollen.

Die Titel der Positionen im TARDOC scheinen kürzer zu sein als diejenigen im TARMED. Dadurch sollten sie vollständig auf den Rechnungen aufgeführt werden können. Gewisse Titel im TARMED sind sehr lang und erscheinen daher nicht immer vollständig auf der Rechnung. Eine gezielte Prüfung bei bestimmten Bereichen zeigt jedoch, dass mehrere Positionstitel im TARDOC, insbesondere innerhalb der Kapitel für die Grundversorgung und die Hausarztmedizin, sehr ähnlich beziehungsweise gar identisch sind, was verwirrend ist. Die Position AF.0010 im Kapitel zur Grundversorgung und die Tarifposition AT.1014 im Kapitel zur Hausarztmedizin heissen im Deutschen gleich (Wegzeit, pro 1 Min.) und es ist nicht erkennbar, welche der Positionen die Hausarztmedizin betrifft und welche nicht.

Darüber hinaus wurden bei den französischen und italienischen Übersetzungen der Positionstitel Fehler festgestellt. Mehrere Zuschlagspositionen wurden zum Beispiel auf Französisch und Italienisch nicht wie üblich mit dem Zeichen « + » oder « (+) » versehen. Weiter wurde bei der Position SK.1003 in der italienischen Übersetzung sogar das Zeichen « (-) » hinzugefügt, welches für eine Abschlagsposition steht, obwohl es sich um eine Zuschlagsposition handelt. Nebst diesen Kennzeichnungsfehlern wurden noch andere Fehler festgestellt, die sich bei Anwendung der Struktur auswirken könnten. So wird die Position «GZ.7001\_Vaginale Inkontinenzoperation, pro 1 Min.» im Französischen als «pro 5 Minuten» abrechenbar angegeben. Solche Fehler können Folgen für die einheitliche Anwendung der Struktur haben.

### **2.2.3. Gesamtheit der Anwendungs- und Abrechnungsregeln**

Das zu den Tarifstrukturen TARMED und TARDOC gehörende Regelwerk umfasst generelle Interpretationen, Beschreibungen und medizinische Interpretationen sowie Regeln zur Abrechnung der Leistungen (z. B. Kumulationseinschränkungen, Mengenlimitationen usw.).

Die generellen Interpretationen im TARDOC gründen grösstenteils auf denjenigen von TARMED und modifizieren diese in Abhängigkeit der bei der Tarifstruktur vorgenommenen Änderungen. Ferner wurden sie logischer strukturiert und bringen nun Klarheit bezüglich bestimmter Regelungen, die im TARMED konfliktbehaftet waren. Dazu ein paar Beispiele: Einführung einer Definition, was bei Spitälern als Sitzung gilt; klarere Unterscheidung zwischen medizinischem Bericht und Leistungsdokumentation; Aufnahme einer Abrechnungsregelung für Materialsets; Klarstellung, dass die Einhaltung qualitativer Dignitäten auf der Grundlage des MedReg kontrolliert wird; Präzisierung, dass die Kontrolle der für einen bestimmten Zeitraum definierten Limitationen im Rahmen einer rollenden Prüfung erfolgt usw.

Allerdings finden sich die zum TARDOC gehörenden Regeln nach wie vor über die verschiedenen Stufen der Struktur verteilt (generelle Interpretationen, Kapitel, Unterkapitel, Positionen und Leistungsgruppen), was deren Anwendung nicht vereinfacht. Die Tarifpartner haben in der Version 1.1 zwar gewisse Fehler korrigiert, die in der Version 1.0 von TARDOC aufgefallen sind, doch gezielte, in bestimmten

Bereichen vorgenommene Überprüfungen zeigen, dass die Interpretationen und Abrechnungsregeln immer noch Fehler aufweisen, von denen sich einige bei der Anwendung der Struktur negativ auswirken können. So ist zum Beispiel gemäss dem von der ats-tms AG aufgeschalteten Browser die Position «AF.0010\_Wegzeit, pro 1 Min.» im Kapitel zur Grundversorgung Bestandteil der Leistungsgruppen LG-37 und LG-39 für die Hausarztmedizin, während diese Leistungsgruppen unter der Position «AT.1014\_Wegzeit, pro 1 Min.», die zweifelsohne zum Kapitel Hausarztmedizin gehören, nicht genannt werden. In Kapitel AG.20\_Nichtärztliche, spezialisierte Überwachung vor/nach Eingriffen in Regional- oder Allgemeinanästhesie wurden weitere Fehler erkannt (siehe Ziffer IV.2.2.8.3.a). Im Rahmen dieser Prüfung ist es nicht möglich, auf sämtliche Fehler und Übersetzungsmängel einzugehen, die sich möglicherweise auf Ebene der Abrechnungsregeln eingeschlichen haben, insbesondere, weil die Absicht der Tarifpartner hinter einer bestimmten Position in der Tarifstruktur nur den Tarifpartnern selbst bekannt ist.

#### **2.2.4. Kategorien von Positionen**

Im TARDOC (sowie im TARMED) gibt es drei grosse Kategorien von Positionen: Bei den Haupt- oder Zuschlagspositionen handelt es sich vorwiegend um Handlungsleistungen (die Leistung ist mit einer Art Zeitpauschale mit Minutage hinterlegt, die dem durchschnittlichen Zeitaufwand für deren Erbringung entsprechen soll) oder um Zeitleistungen (die Leistung wird nach dem effektiven Zeitaufwand für deren Erbringung abgegolten). Bei einer kleinen Minderheit von Zuschlagspositionen handelt es sich um Prozentzuschläge, die auf andere Leistungspositionen verrechnet werden können (das heisst, diese führen zu einer Reduktion oder Erhöhung der Taxpunkte der ärztlichen Leistung oder der Infrastruktur- und Personal- beziehungsweise technischen Leistung bei einer Handlungs- oder Zeitposition). Die Kombination von Handlungspositionen, Zeitpositionen und Prozentzuschlägen ist grundsätzlich gestattet. Die in den Kapiteln und Positionen enthaltenen Kumulationsregeln und Kumulationsverbote schränken diesen Grundsatz jedoch ein.

Die Revision von TARDOC führt zu Änderungen bei den Kategorien von Positionen. Die Tarifierung von Zeitpositionen (für zusätzlichen Zeitaufwand) erfolgt grundsätzlich pro 1 Minute (anstatt pro 5 Minuten wie im TARMED). Entsprechend wurden die Positionen für die letzten 5 Minuten eliminiert. Damit sollte im Grunde eine genauere Tarifierung des für die Leistungserbringung notwendigen Zeitaufwands erreicht werden. In kleinerem Umfang zu hoch erfolgte Abrechnungen in Bezug auf den effektiven Zeitaufwand sind jedoch schwieriger festzustellen. Eine Beurteilung der vorgenommenen Änderung lässt sich somit nur im Hinblick auf das tatsächliche Abrechnungsverhalten vornehmen, das heisst, erst wenn die Tarifstruktur auch angewendet wird. Dies erfordert ein langfristiges Monitoring der betroffenen Positionen.

Darüber hinaus werden mehrere Positionen, die im TARMED als Handlungsleistung abgerechnet werden, im TARDOC als Zeitleistung abgerechnet und umgekehrt. Auch bei den Kumulationseinschränkungen ist es zu zahlreichen Änderungen gekommen.

##### **2.2.4.1. Umwandlung von Handlungspositionen in Zeitpositionen**

Zahlreiche Leistungen, die unter der Tarifstruktur TARMED nach Handlung tarifiert sind, werden im TARDOC nach Zeit tarifiert.

Die Leistungen, die neu als Zeitpositionen abgerechnet werden, umfassen unter anderem diejenigen, die unter den Positionen für seltene Leistungen tarifiert sind. Diese Positionen haben den Vorteil, dass sie zu einer Vereinfachung der Struktur führen. Da diese jedoch auf eine grosse Anzahl Leistungen Anwendung finden, beinhalten sie meist keine Mengenlimitationen. Von 19 im TARDOC identifizierten Positionen weisen lediglich 4 Zeitlimitationen auf, und diese orientieren sich an der höchsten in TARMED aufgeführten Minutage. Das Fehlen von Zeitlimitationen kann aus praktischen Gründen akzeptiert werden, vorausgesetzt, dass die Entwicklung der Positionen ohne Limitationen nach Einführung der Tarifstruktur langfristig genau überwacht wird.

Unter den Positionen, die neu als Zeitleistungen abgerechnet werden, finden sich auch Zuschlagspositionen auf Handlungsleistungen. So handelt es sich beispielsweise bei der Position «GF.0002\_+ Zusatzleistungen bei Gastroskopie, pro 1 Min.» um einen Zuschlag zur Handlungsposition «GF.0001\_Gastroskopie». Die Position GF.0002 kann dann verwendet werden, wenn während der

Gastroskopie weitere Interventionen durchgeführt werden. Die Liste mit den bei dieser Position erlaubten weiteren Interventionen ist jedoch nicht abschliessend. Bei der Position gibt es eine Zeitlimitation von 25 Minuten pro Intervention, was deutlich über den meisten Minutagen der TARMED-Positionen (Handlungspositionen) liegt, bei denen es sich um einen Zuschlag zur Position für die obere gastrointestinale Endoskopie (GI-Endoskopie) (19.0410) handelt. In diesem spezifischen Fall kommt nebst der Frage der Limitationen bei Zeitpositionen noch hinzu, dass eine Kombination von Handlungs- und Zeitleistungen im Rahmen einer Sitzung die Möglichkeiten der Rechnungskontrolle für Versicherer und Patienten stark beschränken. Es besteht somit das Risiko einer Zunahme der abgerechneten Mengen. Folglich gilt es, diese Art von Kombination in der Tarifstruktur zu vermeiden.

Ein aussagekräftiger Vergleich der maximalen Zeitdauer bei sämtlichen identifizierten Positionen ist schwierig zu bewerkstelligen, zumal in gewissen Fällen auch die Kriterien für die Limitation angepasst wurden (z. B. Position mit Limitation pro Sitzung im TARMED, aber mit Limitation pro 90 Tage im TARDOC). Darüber hinaus entsprechen die unter TARMED festgelegten Zeiten angesichts des Alters der Tarifstruktur und der Tatsache, dass die Zeiten unter TARMED auch meist auf Basis von (nicht dokumentierten) Expertenmeinungen definiert wurden, nicht immer der Dauer für eine effiziente Leistungserbringung. Da jedoch die im TARDOC festgelegte Dauer der Leistungen ebenfalls nicht auf Daten, sondern auf Expertenmeinungen basiert, ist der Vergleich zwischen den Zeiten im TARMED und im TARDOC die einzig mögliche Prüfoption. Soweit sich auf den ersten Blick beurteilen lässt, scheint bei der Mehrheit der identifizierten Positionen im TARDOC eine maximale Zeitdauer pro Sitzung hinterlegt zu sein, die über den im TARMED für die entsprechenden Leistungen vorgesehenen Minutagen liegt (bei rund 860 der 1450 identifizierten Positionen im TARMED). Da die Tarifpartner diesbezüglich leider weder eine Erhebung vorgenommen noch Informationen für eine Plausibilisierung der im TARDOC vorgesehenen Limitationen geliefert haben, kann die Vermutung, dass die Limitationen zu hoch angesetzt werden, nicht überprüft und somit auch nicht gänzlich aus dem Weg geräumt werden.

#### **2.2.4.2. Umwandlung von Zeitpositionen in Handlungspositionen**

Es scheint, als würden im TARDOC nur wenige Positionen als Handlungsleistung tarifiert, die im TARMED als Zeitleistung tarifiert sind.

Zu diesen Tarifpositionen zählen auch die Positionen für Untersuchungen durch den Facharzt. Im TARMED 1.09, welcher per 2018 in Kraft getreten ist, hat der Bundesrat diese in Zeitpositionen umgewandelt. Diese Anpassung wurde vorgenommen, da es sich bei einer Untersuchung nicht um eine homogene Leistung handelt und Behandlungsdauern nach Fall und/oder Leistungserbringer stark variieren können. Einerseits konnte mit dieser Anpassung eine Tarifierung mit unsachgerechter beziehungsweise überhöhter Minutage vermieden werden. Andererseits vereinfacht sie bis zu einem gewissen Grad die Kontrolle der für die Leistungen in der Grundversorgung aufgewendeten Zeit, indem die Möglichkeiten einer Kombination von Zeit- und Handlungspositionen beschränkt werden.

Im TARDOC wurden diese Untersuchungspositionen wieder in Handlungspositionen umgewandelt, bei denen die Abrechnung nach untersuchtem Organ mit einer Minutage von 6 Minuten pro Organ erfolgt. Die Höhe der Minutage wurde von den Tarifpartnern weder mit Daten belegt noch sonst begründet. Somit lässt sich weder beurteilen, ob die tarifierte Leistung die für die effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten deckt noch kann die Wirtschaftlichkeit der jeweiligen Position bewertet werden. Es kann jedoch bezweifelt werden, dass jede zusätzliche Organuntersuchung exakt denselben Zeitaufwand erfordert wie die Untersuchung des ersten Organs (aufgrund der benötigten Zeit für das Einrichten). Ausserdem erschwert die Wiedereinführung von Handlungspositionen in einem vorwiegend nach Zeit tarifierten Bereich eine Kontrolle dieser Positionen. Schliesslich zeigt der Vergleich der bei den Untersuchungspositionen hinterlegten Zeiten (siehe Tabelle 2 unten), dass die maximale Minutage pro Sitzung im TARDOC zwar der maximalen im TARMED erlaubten Dauer nahekommt, dass aber die Limitation für den Zeitraum von 90 Tagen im TARDOC deutlich höher ist. Diese höhere Limitation wurde von den Tarifpartnern nicht begründet. Die Untersuchungspositionen könnten dadurch womöglich häufiger abgerechnet werden und das Taxpunktvolument steigen. Die Entwicklung der betroffenen Positionen sollte somit langfristig überwacht werden.

TARMED 1.09	TARDOC
<b>Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung</b> Patienten zwischen 6 und 75 Jahren: ⇒ Max. 15 Minuten / Sitzung ⇒ Max. 30 Minuten / 3 Monate (90 Tage) Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf / Kinder < 6 Jahre / Personen > 75 Jahre: ⇒ Max. 30 Minuten / Sitzung ⇒ Max. 60 Minuten / 3 Monate (90 Tage)	Organuntersuchungen: Max. 24 Minuten / Sitzung (4 Organe) Max. 120 Minuten / 90 Tage
<b>Umfassende Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung</b> ⇒ Max. 25 Minuten / Sitzung ⇒ Max. 50 Minuten / 3 Monate (90 Tage)	

*Tabelle 2: Beispiele für Umwandlung von Zeitpositionen in Handlungspositionen  
(Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Unterlagen der Tarifpartner)*

### 2.2.5. Dringlichkeits- und Notfall-Inkonvenienzpauschalen

Sowohl im TARMED wie auch im TARDOC gibt es Tarifpositionen für Dringlichkeit und Notfälle. Gemäss Ausführungen der Tarifpartner sieht TARDOC für Patienten, die medizinisch bedingt sofort (Notfall) oder innerhalb eines Zeitraums von zwei Stunden (Dringlichkeit) behandelt werden müssen, Abgeltungen in Form von Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschalen, Notfall-Inkonvenienzpauschalen, Notfall-Zuschlägen und Notfall-Vorhalteleistungen vor. Die Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale ausserhalb der regulären Sprechstundenzeiten sowie die Notfall-Inkonvenienzpauschalen und die Notfall-Zuschläge gab es bereits im TARMED. Mit den Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschalen sowie den Notfall-Zuschlägen sollen laut den Tarifpartnern der erhöhte betriebswirtschaftliche Aufwand und die persönliche Belastung, welche dem Arzt durch die ungeplante Behandlung eines Patienten in der Arztpraxis entstehen, abgegolten werden. Es bleibt unklar, wie sich der erhöhte betriebswirtschaftliche Aufwand genau zusammensetzt und fraglich, ob die persönliche Belastung durch die ungeplante Behandlung ein zusätzliches Entgelt in der Höhe der Pauschalen und Zuschläge rechtfertigt. Das Konstrukt mit Pauschalen und Zuschlägen ist kompliziert und für den Patienten auf der Rechnung schwierig nachzuvollziehen. Im Sinne der Vereinfachung der Tarifstruktur ist hier eine alternative Lösung anzustreben.

Im TARDOC gibt es im Unterschied zum TARMED auch eine Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale für dringliche Fälle, welche während der regulären Praxisöffnungszeit behandelt werden. Dringlichkeit ist in TARMED aktuell so definiert, dass die Konsultation ausserhalb der regulären Sprechstundenzeiten stattfindet. In TARDOC wird somit eine neue Art von Dringlichkeit geschaffen, nämlich jene während den normalen Sprechstundenzeiten. Die Tarifpartner schreiben, dass dem Arzt diese Dringlichkeitspauschale während der regulären Praxisöffnungszeit zugebilligt werde. Dies mit folgender Begründung: Eine straffe Organisation der Arztpraxis mit einer möglichst grossen Effizienz, wie diese von der Tarifierung erwartet wird, werde am einfachsten erreicht, wenn nur reguläre Termine vergeben und ungeplante Patienten auf entsprechende Notfalleinrichtungen weiter gewiesen werden. Auf diese Art könnten in der Praxis Personal und Infrastruktur eingespart und der Arbeitsaufwand von Ärzten und Personal optimiert werden. Haus- und Kinderärzte haben in aller Regel volle Sprechstunden. Sollen sie Notfälle und dringliche Fälle weiterhin selber betreuen, so müsse der Zusatzaufwand, der durch spontane Anpassungen im Tagesablauf entsteht, entsprechend honoriert werden. Andernfalls würden dringliche Fälle vermehrt an die Notfallstationen verwiesen werden. Um einer solchen Entwicklung entgegenzuwirken, soll mit der Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale die Grundversorgung in der Praxis gestärkt werden. Um einem möglichen Missbrauch vorzubeugen oder Geschäftsmodellen einen finanziellen Vorteil zu verschaffen, welche die dringliche Behandlung der regelmässigen Kinder- und Hausarzt-Tätigkeit bevorzugen, hätten die Vertragspartner die Anwendung der Dringlichkeitsposition eng eingegrenzt (Nicht angemeldet ist nicht gleich dringlich und «... Diese Leistungsposition darf pro unabhängig tätigem Arzt oder Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen maximal 2 x pro Tag abgerechnet werden. ...»). Ein Vergleich einer 20-minütigen Hausarzt-Konsultation mit Inkonvenienz zeigt eine Differenz von +34.4% (inkl. External Factor) von TARMED zu TARDOC. Da für die Berechnung der Taxpunkte der Konsultation die effektiven Kosten aus den Arztpraxen verwendet wer-

den (RoKo, siehe Ziffer IV.4.3), wird eine Durchschnittspraxis abgebildet und keine Arztpraxis mit straf-fer Organisation und möglichst hoher Effizienz. Deshalb ist es unzulässig, zusätzlich eine Dringlichkeits-Inkonvenienzpauschale während der Sprechstundenzeiten vorzusehen.

Die Tarifierung der Notfall-Inkonvenienzpauschalen und Notfall-Zuschläge ist grundsätzlich im TARDOC und im TARMED 1.09 dieselbe. In beiden Tarifstrukturen werden AL-Pauschalen mit Prozentzuschlägen auf den TP AL der während des Notfalls erbrachten Leistungen kombiniert. Einziger Unterschied: Im TARDOC können während dem Zeitfenster Samstag- und Sonntagabend (19-22 Uhr) 180 TP AL und ein Zuschlag von 50% auf die TP AL der während des Notfalls erbrachten Leistungen abgerechnet werden, im TARMED 1.09 sind es 110 TP AL und ein Zuschlag von 25% auf die TP AL. In den Unterlagen der Tarifpartner findet sich weder eine Begründung dafür, warum die Pauschalen und Zuschläge im Vergleich zu TARMED in ihrer Höhe gleichgeblieben sind, noch eine Begründung für die oben erwähnte Änderung.

Der Bundesrat hat mit den Anpassungen per 1. Januar 2018 die Notfallkriterien für die Anwendung der Pauschalen geschärft. Diese Kriterien wurden im TARDOC grundsätzlich übernommen, allerdings gelten für Notfälle am Abend auch die Tageskriterien. Für Notfälle in der Nacht wurden die spezifischen Notfallkriterien für Abend/Nacht/Wochenende von TARMED 1.09 übernommen, jedoch nur für die Hauptposition. Für die Zuschlagsposition werden die Tageskriterien verwendet. Dies deutet auf einen Übertragungsfehler hin.

Bei den Notfall-Zuschlagspositionen wurde im TARDOC folgender Satz gestrichen: «Gilt nicht für Einsätze, welche im Spital oder Institut erbracht werden.». D.h. in TARMED 1.09 können in der Arztpraxis die Zuschläge auf die AL der Tarifpositionen, die in diesem Zeitraum für die Behandlung des entsprechenden Notfalls verrechnet werden, abgerechnet werden. Bei Einsätzen im Spital oder Institut jedoch nicht. Es stellt sich die Frage, wieso dieser Satz im TARDOC gestrichen wurde.

Weiter wird im TARDOC dem Spital der Zusatzaufwand, welcher durch den Betrieb eines 24-Stunden-Notfalls entsteht, mittels einer Notfall-Eintrittspauschale in der Höhe von 203 TP IPL für die Vorhalteleistung («CS1001 (+) Zuschlag Vorhalteleistungen der Notfallstation im Spital») abgegolten. Im TARMED gibt es die Position «35.0610 Eintrittspauschale in die anerkannte Notfallaufnahme» in der Höhe von 28.37 TP TL. Diese ist aber gemäss Transcodierung nicht gleichzusetzen mit der neuen Notfall-Eintrittspauschale im TARDOC, sondern entspricht – zumindest teilweise – der Position «CS.0006 Nichtärztliche Triage und Überwachung im Wartebereich der Notfallstation» mit 19.98 TP IPL. Die Notfall-Eintrittspauschale für die Vorhalteleistung ist somit eine neue Position, deren Abrechnung zu neuem Taxpunkt volumen führt, welches in der Transcodierung nicht berücksichtigt wird. Zu der Pauschale finden sich in den Unterlagen der Tarifpartner keine weiteren Erläuterungen, noch gibt es eine Herleitung bezüglich deren Höhe. Es stellt sich die Frage nach der betriebswirtschaftlichen Rechtfertigung dieser Pauschale. Eigentlich sollten sämtliche Betriebskosten über die Kostenmodelle in die IPL einfließen. Zudem wird mit der Position keine eigenständige Leistung abgegolten. Das Gesetz verlangt für die Kalkulation der Tarife eine effiziente Leistungserbringung als Basis. Vor diesem Hintergrund stellt sich grundsätzlich die Frage, ob und inwieweit Vorhalteleistungen in den Tarif einfließen dürfen oder ob solche Leistungen nicht anders finanziert werden müssen. Der 24-Stunden-Notfallbetrieb in einem Spital wird auch von Patienten in Anspruch genommen, welche anschliessend stationär behandelt werden. Es ist nicht klar, ob und inwiefern bei der Festlegung der Höhe der Pauschale eine entsprechende Abgrenzung der Kosten vorgenommen wurde.

### **2.2.6. Dauer der Leistung**

Im TARMED sowie im TARDOC setzt sich die Dauer der Leistung aus zwei Grössen mit unterschiedlichen Funktionen zusammen. Einerseits gibt es die Zeit für die ärztliche Leistung (AL) und andererseits die Zeit für die technische Leistung (TL) gemäss Terminologie TARMED beziehungsweise für die Infrastruktur- und Personalleistung (IPL) gemäss Terminologie TARDOC).

Im TARMED dient die Zeit für die ärztliche Leistung zur Berechnung der Taxpunkte AL, das heisst die Taxpunkte für die Arbeit des Arztes und der ärztlichen Assistenz. Der Zeitaufwand des Arztes setzt sich zusammen aus der Zeit für die Leistung im engeren Sinn (LieS), der Vor- und Nachbereitungszeit (VNBZ), der Zeit für die Erstellung des Befundberichts (Bericht) und der leistungsbezogenen ärztlichen Zusatzzeit. Der Zeitaufwand für die ärztliche Assistenz umfasst lediglich die Zeit für die LieS und die VNBZ. Diese Elemente werden grundsätzlich explizit in der Tarifposition aufgeführt. Es gilt zu beachten,

dass die Zeit für die Erstellung des Befundberichts oft die vom Arzt für die Dokumentation der erbrachten Leistung benötigte Zeit bezeichnet. Die Zeit für die technische Leistung setzt sich aus der Raumbelegungszeit (RBZ) sowie dem Zeitaufwand, um den Raum für die nächste Behandlung vorzubereiten (Wechselzeit (Wechsel)), zusammen. Wenn nun die erbrachten Leistungen in derselben Sparte, jedoch mittels mehrerer Positionen tarifiert werden, so werden die Vor- und Nachbereitungszeit und die Wechselzeit mehrmals abgerechnet. Ferner wird der Zeitaufwand für die ärztliche Assistenz automatisch abgerechnet, und zwar unabhängig davon, ob diese tatsächlich in Anspruch genommen wurde.

Im TARDOC wird die Zeit für die ärztliche Leistung in einem einzigen Wert zusammengefasst, und es ist nicht mehr möglich, zwischen den verschiedenen Komponenten zu unterscheiden. Der Zeitaufwand für die ärztliche Unterstützung wird in separaten Zeitpositionen (pro 1 Minute) tarifiert (Kapitel SK, mit den Unterkapiteln «SK.00\_Ärztliche Unterstützung allgemein» und «SK.10\_Ärztliche Unterstützung bei Operationen»). Je nach erbrachter Leistung erfolgt die ärztliche Unterstützung durch einen Facharzt oder einen Assistenzarzt, die jeweils (zu Kontrollzwecken) ihre GLN-Nummer auf der Rechnung angeben. Die Positionen für die ärztliche Unterstützung dürfen nur zusammen mit einer Referenzleistung abgerechnet werden, und die abgerechnete Zeit darf die Zeit für Letztere nicht überschreiten. Die Positionen, die über «Ärztliche Unterstützung allgemein» (SK.00) abgerechnet werden können, sind in der Leistungsgruppe LG-10 aufgeführt. Die Vor- und Nachbereitungszeit (VNBZ) sowie die Wechselzeit (Wechsel) werden ebenfalls in separaten Handlung- oder Zeitpositionen tarifiert. Diese Positionen können nur einmal pro Sparte und pro Sitzung abgerechnet werden, und zwar stets in Kombination mit den Referenzleistungen.

Gegenüber TARMED sollte TARDOC verhindern, dass die ärztliche Unterstützung abgerechnet wird, ohne dass sie auch tatsächlich in Anspruch genommen wurde. Darüber hinaus sollte eine Tarifierung der Vor- und Nachbereitungszeit sowie der Wechselzeit in separaten Positionen, die nur einmalig pro Sparte und Sitzung abgerechnet werden können, eine Doppelverrechnung dieser Leistungen im Rahmen derselben Sitzung verhindern. Diese Änderungen gehen grundsätzlich in Richtung einer wirtschaftlichen und transparenteren Tarifierung der Leistungen. Hingegen nimmt damit die Komplexität der Tarifstruktur zu, da die Tarifierung einer Leistung über mehrere Positionen erfolgt.

Zudem werfen gewisse Elemente im Zusammenhang mit der Tarifierung der ärztlichen Unterstützung Fragen auf. Da die Limitationen bei den Positionen für ärztliche Unterstützung entsprechend der Minutagen für ärztliche Leistungen bei den übrigen Positionen festgelegt werden, die auch den Zeitaufwand für die Dokumentation umfassen, ist es wahrscheinlich, dass die Maximaldauer für die ärztliche Unterstützung eine doppelte Verrechnung des Zeitaufwands für die Dokumentation ermöglicht (das heisst einmal über die Position für die Referenzleistung und ein zweites Mal über die für die ärztliche Unterstützung hinterlegte Zeit). Darüber hinaus lässt sich die ärztliche Unterstützung bei Operationen (Positionen des Unterkapitels SK 10) in Kombination mit sämtlichen in den OP-Sparten tarifierten Leistungen abrechnen. Auch wenn die Interpretation auf Ebene Unterkapitel SK.10 besagt, dass die ärztliche Unterstützung medizinisch notwendig sein muss, entstehen mit der Ausweitung der Positionen für ärztliche Unterstützung auf sämtliche operative Leistungen dennoch zusätzliche Möglichkeiten im Vergleich zum TARMED. Gemäss der Transcodierung der Tarifpartner ist bei etwas mehr als 500 TARMED-Positionen, die in Positionen transcodiert wurden, welche in den Sparten «OP A» und «OP B» des TARDOC tarifiert sind, keine ärztliche Unterstützung vorgesehen. Als Beispiel sei die TARMED-Position 08.2760 für die Katarakt-Operation genannt, bei welcher keinerlei ärztliche Unterstützung vorgesehen ist. Die ärztliche Unterstützung kann im TARDOC hingegen abgerechnet werden, da die Position DM.6504 in der Sparte OP B tarifiert ist. Dies dürfte zu einer potenziellen Zunahme bei der Abrechnung von ärztlichen Unterstützungsleistungen führen sowie die Kontrollmöglichkeiten erschweren. Die Entwicklung der betroffenen Positionen sollte somit langfristig überwacht werden.

Weiter führt die separate Tarifierung der Vor- und Nachbereitungszeit (VNBZ) sowie der Wechselzeit (Wechsel) zwar zu mehr Transparenz bei der Leistungsabrechnung, gleichzeitig scheint sie aber auch zu einer Zunahme bei den tarifierten Zeiten zu führen, ohne dass sich diese Entwicklung durch entsprechendes Datenmaterial oder Analysen begründen liesse. In untenstehender Tabelle 3 sind zu Vergleichszwecken zwischen TARDOC und TARMED einige Beispiele aufgeführt. Es gilt ferner zu bedenken, dass die Positionen für die Wechselzeit und diejenigen für die Vor- und Nachbereitungszeit immer abgerechnet werden, sobald die Referenzleistung in einer Sparte tarifiert ist, für die eine entsprechende Position existiert. Nicht alle der von dieser Änderung betroffenen Leistungen weisen unter TARMED

zwingend diese Zeitkomponenten auf. Und auch wenn eine Interpretation von Kapitel SZ darauf schliessen lässt, dass bei Leistungen, die in unterschiedlichen Sparten tarifiert sind, die Wechselzeit pro Sparte nur dann in Rechnung gestellt werden darf, wenn auch unterschiedliche Räume beansprucht wurden, wird die Einhaltung diese Regel schwer zu überwachen sein, sobald der Leistungserbringer die entsprechenden Sparten führt (Anerkennung oder Selbstdeklaration Sparten in der dafür vorgesehenen Datenbank; siehe auch Ziffer V.1.). Die Mengenausweitung und der Anstieg des Taxpunktvolumens aufgrund dieser Effekte wurden von den Tarifpartnern in der Transcodierung nicht berücksichtigt (siehe Ziffer VI.1.). Die Entwicklung der betroffenen Positionen sollte somit langfristig überwacht werden.

Schliesslich weisen Positionen, für die der Bundesrat 2018 Mengenlimitationen aktiviert hat, im TARDOC höhere Limitationen auf (siehe Beispiel zu den Leistungen in Abwesenheit des Patienten in nachfolgender Tabelle 3).



Leistungen		TARMED 1.09	TARDOC
Katarakt	AL	08.2760 + LieS 22 Min + Bericht 3 Min + VNBZ 11 Min  => Total 36 Min	DM.6504 + RQ.1004 + Operative Leistung: 23 Min + Sockelleistung (VNBZ): 23 Min  Evtl.: + RQ.0001 + RQ.5501 + Operative Planung pro Min (Max. 30 Mal) + ärztliche Unterstützung während der gesamten OP-Zeit (Max. 50% AL)  => Total: 46 Min + evtl. Operative Planung + evtl. ärztl. Unterstützung
	TL IPL	08.2760 + RBZ 22 Min + Wechsel 0 Min  35.0030 + Wechsel 25 Min.  => Total 47 Min	DM.6504 + RQ.1004 + SZ.2007 + Operative Leistung: 25 Min + Sockelleistung (VNBZ): 23 Min + Wechsel: 25 Min  Evtl.: + RQ.0001 + RQ.7001 ou RQ.7002 + Operative Planung pro Min (max. 30 Mal) + Upgrading (entweder +26.55 % auf die IPL oder + 120.15% auf die IPL)  => Total: 73 Min + evtl. Operative Planung + evtl. Upgrading
Belastungs-EKG, Ergometrie	AL	17.0090 + LieS 25 Min  => Total 25 Min	FT.0001 + FT.0009 + EKG, LieS: 3 Min + Belastung EKG, LieS: 29 Min  => Total 32 Min
	TL IPL	17.0090 + RBZ 35 Min + Wechsel 10 Min  => Total : 45 Min	FT.0001 + FT.0009 + SZ.0012 + SZ.0013 (Tarifierung in 2 Sparten) + EKG, RBZ: 10 Min + Belastung EKG, RBZ: 29 Min + EKG-Platz, Wechsel: 10 Min + EKG-Labor, Wechsel: 4 Min  => Total 53 Min
Koloskopie, vollständig	AL	19.1010 + LieS 25 Min. + Bericht 3 Min.  => Total 28 Min.	Option 1: GF.0013 (ca. 70% der Fälle gemäss Transcodierung) + Koloskopie LieS: 30 Min  Option 2: GF.0019 + SZ.0002 (ca. 30% der Fälle gemäss Transcodierung) + Koloskopie mit Intervention LieS: 55 Min  => Total Option 1: 30 Min / Total Option 2: 55 Min  Anmerkung: Im TARDOC sind die beiden Tarifpositionen in der Leistungsgruppe LG-10 enthalten. Somit ist es möglich, bei der Koloskopie für die ärztliche Unterstützung eine Zeitdauer von bis zu 30 Min. (Option 1) oder 55 Min. (Option 2) abzurechnen, was im TARMED nicht der Fall ist.
	TL IPL	19.1010 + RBZ 35 Min + Wechsel 20 Min  =>Total : 55 Min	Option 1: GF.0013 + SZ.0002 + Koloskopie RBZ: 30 Min + Wechsel: 21 Min  Option 2: GF.0019 + SZ.0002 + Koloskopie mit Intervention RBZ: 50 Min + Wechsel: 21 Min  => Total Option 1: 51 Min / Total Option 2 : 71 Min
Leistungen in Abwesenheit des Patienten (L.i.A)	AL & TL IPL	00.0141 à 00.0161 (Zeitposition pro 1 Min)  Übliche Abrechnungslimitationen: 30 Min. / 3 Monate  Erhöhten Limitationen: 60 Min./ 3 Monate	AF.60 / AT.20 / AT.2501-7 (Zeitposition pro 1 Min)  L.i.A (Büroarbeit) - Übliche Abrechnungslimitationen: 30 Min/90 Tage - Limitationen für hausärztliche Leistungen: 60 Min/90 Tage - Limitationen im Rahmen von Palliative Care: 60 Min/90 Tage  L.i.A (Umfeldarbeit) - Übliche Abrechnungslimitationen: 75 Min/90 Tage - Limitationen für hausärztliche Leistungen: 210 Min/360 Tage - Limitationen im Rahmen von Palliative Care: 60 Min/Tag  L.i.A (Board d'experts) - Übliche Abrechnungslimitationen: 30 min/ 90 jours  L.i.A (im Auftrag des Versicherers) -Limitationen: Keine

Tabelle 3: Vergleich der Dauer der Leistungen<sup>8</sup>  
(Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Unterlagen der Tarifpartner)

<sup>8</sup> LieS = Leistung im engeren Sinn / RBZ = Raumebelegungszeit / VNBZ = Vor- und Nachbereitungszeit / Wechsel = Wechselzeit.

## 2.2.7. Dignität

Im TARMED regelt die qualitative Dignität, welche Facharzttitle / Fortbildung zur Abrechnung einer Leistungsposition berechtigen, während die quantitative Dignität einen Parameter zur Berechnung der Taxpunkte der medizinischen Leistung darstellt. Sie dient ferner der Differenzierung der Taxpunkte für ärztliche Leistungen in Abhängigkeit der angenommenen Weiterbildungsdauer der zur Abrechnung der Leistung berechtigten Fachärzte.

TARDOC beinhaltet eine Aktualisierung bei den qualitativen Dignitäten. Die Positionen im TARDOC mit dem Vermerk «alle» unter Qualitative Dignität – das heisst die Positionen, die grundsätzlich allen Leistungserbringern mit einem Facharzttitle offenstehen – wurden einer kurzen Prüfung unterzogen. In TARDOC gibt es rund 700 Positionen in dieser Kategorie. Die Transcodierung der Tarifpartner zeigt, dass diese Positionen mehr als 900 Positionen im TARMED entsprechen, von welchen lediglich ca. 350 bei der qualitativen Dignität den Vermerk «alle» aufweisen. Die übrigen Positionen stehen somit unter TARDOC einer grösseren Bandbreite an Facharzttiteln offen, was potenziell zu einer Zunahme bei den auf diesen Positionen verrechenbaren Mengen führt. Die Entwicklung der betroffenen Positionen sollte somit langfristig überwacht werden.

## 2.2.8. Spezifische Bereiche

### 2.2.8.1. Hausarztmedizin

Im TARMED gibt es kein eigenes Kapitel für die Hausarztmedizin. Die Leistungen in diesem Bereich werden in verschiedenen Kapiteln tarifiert (insbesondere in Kapitel 0\_Grundleistungen, Kapitel 3\_Kinder- und Jugendmedizin, Kapitel 39\_Bildgebende Verfahren). Die für die entsprechenden Leistungspositionen geltenden Regeln sind im Grunde für alle Facharzttitle, die zu deren Abrechnung berechtigen, identisch. 2014 führte der Bundesrat im TARMED eine Zuschlagsposition für die Grundversorgung ein (Position 00.0015), die von den Leistungserbringerguppen Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktischer Arzt abgerechnet werden kann. Die Position sah ursprünglich einen Wert von 10 Taxpunkten für die ärztliche Leistung vor. 2018 resultierte eine Erhöhung auf 10,48 Taxpunkte für die ärztliche Leistung (wegen der Harmonisierung der quantitativen Dignitätsfaktoren, die zu einer Anhebung der Taxpunkte für ärztliche Leistungen bei den als FMH5 klassierten Positionen führte).

Im TARDOC erhält die Hausarztmedizin ein eigenes Kapitel (AT\_Spezielle Leistungen der Hausarztmedizin). Dieses Kapitel ist für Fachärzte Allgemeine Innere Medizin (AIM) und Kinder- und Jugendmedizin (KJM) vorgesehen. Es umfasst vier Unterkapitel: AT.00 Grundleistungen / AT.10 Telemedizinische Grundleistungen / AT.20 Leistungen in Abwesenheit des Patienten / AT.25 Palliative Care. Die mit den hausärztlichen Leistungen kumulierbaren Positionen sind in den Leistungsgruppen LG-37 und LG-39 aufgeführt. Die Liste enthält mehrere Positionen, die nicht unbedingt dem Kapitel AT zugewiesen sind, sodass die hausärztlichen Leistungen auch im TARDOC nach wie vor über mehrere Kapitel verteilt sind. Ein Teil der Positionen im Kapitel AT\_Spezielle Leistungen der Hausarztmedizin entspricht Positionen im Kapitel für ärztliche Grundleistungen (AF\_Ärztliche Grundleistungen) mit identischen Interpretationen, einer identischen Anzahl Taxpunkten und identischen Limitationen (z. B.: AT.1001 = AT.1008 = AF.0001 oder auch AT.1009 und AT.1010 = AF.0008 und AF.0009 usw.). Ein weiterer Teil der Positionen im Kapitel AT sieht höhere Limitationen als im Kapitel AF vor. Für hausärztliche Konsultationen und Besuche im Rahmen von Palliative Care ist beispielsweise gar keine Limitation vorgesehen (Unterkapitel AT.25).

Höhere Limitationen betreffend die Zeitdauer für hausärztliche Leistungen gehen im Grunde in Richtung einer Stärkung der Hausarztmedizin. Die vorgesehenen Limitationen basieren jedoch, wie übrigens in der gesamten TARDOC-Tarifstruktur, weder auf Datenerhebungen noch wurden sie durch eine Analyse der Tätigkeiten von Hausarztpraxen plausibilisiert. Es ist somit nicht möglich zu beurteilen, ob diese sachgerecht sind und nur die effizient erbrachten Leistungen decken. Ferner erschwert die grosse Ähnlichkeit zwischen den Positionen in Kapitel AF und denjenigen in Kapitel AT die Lesbarkeit der Tarifstruktur TARDOC. Es stellt sich die Frage, ob eine andere Lösung technisch machbar wäre. Zumindest aus Transparenzgründen wäre eine andere Lösung wünschenswert.

Das Kapitel zur Hausarztmedizin scheint der längeren Dauer der Konsultationen im Bereich der Hausarztmedizin Rechnung tragen zu wollen, und diese müsste im Grunde für die durch den Allgemeinmediziner und durch den praktischen Arzt erbrachten Leistungen gleich sein. Es erstaunt somit, dass die

praktischen Ärzte nicht unter Kapitel AT abrechnen dürfen. Beim gegenwärtigen Stand der Dinge dürfen die praktischen Ärzte jedoch von der wachsenden Anzahl Positionen, die unter Qualitative Dignität den Vermerk «alle» aufweisen, profitieren können (siehe Ziffer IV.2.2.7.).

Der vom Bundesrat im TARMED eingeführte «Hausarztzuschlag» wurde in der Tarifstruktur TARDOC nicht übernommen. Die Tarifpartner zeigen jedoch nicht auf, ob die vom Bundesrat bezweckte sachgerechte Abgeltung der Grundversorgung sichergestellt und die im TARMED festgestellte Diskrepanz bei der Abgeltung von ärztlicher und technischer Leistung in der Tarifstruktur TARDOC behoben wird.

### **2.2.8.2. Leistungen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin**

TARMED widmet der Kinder- und Jugendmedizin und der Neonatologie ein eigenständiges Kapitel (Kapitel 3), in dem die pädiatrischen Untersuchungen und bestimmte pädiatrische Extraleistungen abgebildet werden. In der übrigen Tarifstruktur sind weitere Positionen für die Kinder- und Jugendmedizin enthalten. Was die operativen Eingriffe anbelangt, unterscheiden sich die Tarife in der Kinder- und Jugendmedizin nicht von denjenigen in der Erwachsenenmedizin (mit Ausnahme gewisser Anästhesieleistungen). Im Rahmen seines ersten Eingriffs im Jahr 2014 hat der Bundesrat die Leistungen in der Grundversorgung (zu der auch die Kinder- und Jugendmedizin gehört) verbessert. Die Verordnung zum zweiten bundesrätlichen Tarifeingriff trat 2018 in Kraft und berücksichtigt ebenfalls die Besonderheiten in der kindermedizinischen Grundversorgung. So wurden die in der Tarifstruktur TARMED aktivierten Zeitlimitationen so angepasst, dass sie eine längere Behandlungsdauer bei Kindern unter sechs Jahren ermöglichen.

Der TARDOC weist im Bereich Kinder- und Jugendmedizin und Neonatologie zahlreiche Änderungen auf. Was die Form anbelangt, so wurden mehrere Leistungen, die im TARMED unterschiedlichen Kapiteln zugeordnet waren, im TARDOC unter dem Kapitel «BI\_Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie» zusammengefasst. Ferner wurden mehrere Positionen in diesem Kapitel in eine einzige überführt, was für mehr Übersichtlichkeit innerhalb der Tarifstruktur sorgt (z. B. die Positionen für die neuromotorischen Untersuchungen oder die Positionen für die entwicklungspsychiatrischen Untersuchungen).

Im TARDOC liegt die Alterslimite für die Abrechnung der meisten Kinderzuschläge bei zwölf Jahren (anstatt bei 7 Jahren wie im TARMED). TARDOC umfasst auch Positionen für Leistungen, die bis jetzt nicht explizit im TARMED tarifiert wurden (z. B. «BI.2005\_Audiometrie ausserhalb Camera silens, beidseitig» oder «BI.2006\_Screening Refraktometrie bei Kindern bis 12 Jahren, beidseitig»). Zu diesen neuen Positionen kommen auch noch Zuschlagspositionen hinzu, die eine höhere Tarifierung von bei Kindern durchgeführten Behandlungen oder Eingriffen ermöglichen. Dies ist beispielsweise bei operativen Eingriffen und der Anästhesie bei Kindern unter 7 Jahren der Fall (siehe Ziffer V.3. «OP-Konzept»). Schliesslich könnten die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin auch im Kapitel zur Hausarztmedizin (AT) abrechnen, in dem für bestimmte im Rahmen der Hausarztmedizin erbrachte Grundleistungen höhere Zeitlimitationen für Behandlungen vorgesehen sind.

Auf den ersten Blick scheint es so, dass TARDOC gewisse Besonderheiten im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin und der Neonatologie (bspw. spezifische Tarifpositionen und Zuschläge) berücksichtigt. Anhand der zur Verfügung gestellten Informationen lässt sich allerdings nicht nachweisen, dass sämtlichen Besonderheiten Rechnung getragen wurde. Es ist die Aufgabe der Tarifpartner aufzuzeigen, welche Spezialitäten es gibt und ob diese ausreichend abgebildet sind.

### **2.2.8.3. Leistungen von nichtärztlichem Personal**

Im TARDOC sowie im TARMED sind die Tätigkeiten des nichtärztlichen Personals im Prinzip integraler Bestandteil der technischen Leistung der jeweiligen Tarifposition und werden auch über diese abgegolten. Von diesem Prinzip ausgenommen sind die explizit tarifierten Tätigkeiten.

Den nichtärztlichen Leistungen werden im TARDOC zwei Kapitel gewidmet – das Kapitel AG\_Nichtärztliche Überwachung und das Kapitel AM\_Nichtärztliche Grundleistungen. Gemäss der durch die Tarifpartner eingereichten Transcodierung handelt es sich bei der grossen Mehrheit der Leistungen in diesen beiden Kapiteln um Leistungen, die auch im TARMED explizit tarifiert sind.

Das Kapitel BF\_Psychiatrie enthält auch ein Unterkapitel BF.25\_Psychiatrie: Ambulante Leistungen durch nichtärztliche Fachpersonen in der Psychiatrie in anerkannten Institutionen und Spitalabteilungen.

## a. Kapitel AG\_Nichtärztliche Überwachung

Das Kapitel AG\_Nichtärztliche Überwachung beinhaltet Positionen, die hauptsächlich im Zeittarif abgerechnet werden. Gemäss der Kapitelinterpretation beginnt die massgebliche Zeit für die Abrechnung erst in der eigentlichen Überwachungsinfrastruktur. In dieser Interpretation wird jedoch nicht präzisiert, ob es sich um die Zeit handelt, in der sich der Patient in der eigentlichen Überwachungsinfrastruktur befindet. Das Kapitel umfasst vier Unterkapitel, auf die im Folgenden näher eingegangen wird:

Das Unterkapitel AG.00\_Nichtärztliche, nichtspezialisierte Überwachung enthält eine einzige Tarifposition (AG.0020 => Zeitposition abrechenbar pro 15 Minuten und beschränkt auf maximal 2 Stunden pro Sitzung). Basierend auf der durch die Tarifpartner erstellten Transcodierung entspricht die Tarifposition AG.0020 den TARMED-Positionen «Überwachungszeit Akupunktur» (00.1735 => Position abrechenbar pro 15 Minuten, keine Zeitlimitation pro Sitzung) sowie «Nachbetreuung/Betreuung/Überwachung in der Arztpraxis bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren» (00.1370 => Position abrechenbar pro 15 Minuten, bei der sich die vom Bundesrat 2018 aktivierten Zeitlimitationen auf 1 Stunde pro Sitzung oder auf 2 Stunden für Kinder unter 6 Jahren, Personen über 65 Jahre und Patienten mit einem erhöhten Behandlungsbedarf belaufen). Die Zeitlimitation im TARDOC ist infolgedessen bei der Überwachung nach Akupunktur neu, und sie entspricht der vorgesehenen Maximaldauer bei der Position Nachbetreuung/Betreuung/Überwachung in der Arztpraxis. Die Festlegung von Mengenlimitationen steht grundsätzlich im Einklang mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. Auch hier sind die Prinzipien und Grundlagen, die zur Definition der Limitationen verwendet wurden, nicht dokumentiert, so dass ihre Sachgerechtigkeit nicht abschliessend beurteilt werden kann. Und selbst wenn die Tarifpartner sich auf die vom Bundesrat festgelegten Limitationen abgestützt hätten, ist dies im vorliegenden Fall kein stichhaltiger Nachweis, zumal TARDOC zahlreiche Änderungen bei der Tarifierung nichtärztlicher Tätigkeiten aufweist. Ferner ist anzumerken, dass die TARMED-Position 00.1370 (die gemäss der Transcodierung 74 % der auf die Position AG.0020 transcodierten Mengen umfasst) die Abrechnung durch Spitalambulatorien untersagt und dass sich dieses Verbot in der TARDOC-Position AG.0020 nicht findet. Da Vorhersagen zum Abrechnungsverhalten schwierig zu treffen sind, wird die aus dieser Änderung potenziell resultierende Mengenausweitung in den Schätzungen der Tarifpartner zu den Kostenfolgen von TARDOC nicht berücksichtigt (siehe auch Ziffer VI.). Um bei derartigen Änderungen Wirtschaftlichkeit und Billigkeit garantieren zu können, braucht es ein langfristiges Monitoring sowie die Möglichkeit, bei Bedarf Korrekturen an der Tarifstruktur vornehmen zu können.

Das Unterkapitel AG.10\_Nichtärztliche, spezialisierte Überwachung vor/nach Infusionen umfasst:

- die Basispositionen AG.0007 bis AG.0009: Die Basispositionen (AG.0007 bis AG.0009) hängen von der Anzahl Substanzen sowie von der Komplexität der Zubereitung und des Zugangs ab.
- die drei Zuschlagspositionen für die Zusatzzeit AG.0010 bis AG.0012: Die Zeitzuschlagspositionen (AG.0010 bis AG.0012) hängen von der Betreuungsintensität während der Überwachungszeit ab (das heisst, von der Zeit, die das nichtärztliche Personal für den Patienten aufwendet).
- die %-Zuschlagsposition AG.0014 für Leistungen am Patienten unter Kontaktisolation. Die Position kann auf die Basispositionen AG.0007, AG.0008 und AG.0009 verrechnet werden
- die zwei %-Zuschlagspositionen AG.0015 respektive AG.0016 für Leistungen am Patienten unter Kontaktisolation. Diese Positionen können auf die Zeitzuschlagspositionen AG.0011 respektive AG.0012 verrechnet werden (in Abhängigkeit der Betreuungsintensität).
- die Zuschlagsposition AG.0013 für die ärztliche Tätigkeit. Diese kann auf alle Positionen von Kapitel AG.10 verrechnet werden, mit Ausnahme der Position AG.0009; sie ist ebenfalls verrechenbar mit den Positionen der Unterkapitel AG.20 und AG.30.

Die Tarifierung der nichtärztlichen, spezialisierten Überwachung vor/nach Infusionen ist somit im TARDOC ziemlich komplex.

Gemäss Interpretation des Unterkapitels kann sich die Betreuungsintensität oder -komplexität während der Überwachung ändern. Daher gibt es keine Regel, welche eine Kumulation der drei Zeitzuschlagspositionen miteinander verbietet (AG.0010 bis AG.0012). Jede dieser Zeitzuschlagspositionen weist eine Limitation von 8 Stunden auf, jedoch ist in den Positionen selbst oder in einer Leistungsgruppe keine kumulative Limitation dieser drei Positionen vorgesehen. Auch wenn es sich bei der Berücksichtigung der Betreuungsintensität während der Überwachung im Hinblick auf die Abbildung der entsprechenden Tätigkeiten um einen interessanten Ansatz handelt, wäre es in der Realität unmöglich, die

Einhaltung der Tarifierungsgrundsätze betreffend die Anwesenheitsdauer des nichtärztlichen Pflegepersonals beim Patienten zu überprüfen (die Tätigkeit des nichtärztlichen Personals ist auf der Rechnung nicht auszumachen und es besteht die Möglichkeit, für einen Überwachungszeitraum ohne kumulative Limitation mehrere Betreuungsintensitäten zu kombinieren). Angenommen, überall würde die vorgesehene Zeitdauer ausgenutzt (das heisst Zeitdauer bei der Basisposition plus die kumulierten Zeitdauern bei den Zeitzuschlagspositionen), käme dies einer stationären Behandlung gleich, obwohl die Tarifstruktur für ambulante Leistungen gilt.

Die durch die Tarifpartner erstellte Transcodierung zeigt, dass die Tarifpositionen AG.0007 bis AG.0012 eine Entsprechung mit den Positionen für die nichtärztliche Behandlung und Betreuung ambulanter, onkologischer/hämatologischer/diabetologischer Patienten (00.1430 und 00.1440 => Positionen abrechenbar pro 15 Minuten, ohne Zeitlimitation) und den Positionen für die nichtärztliche Betreuung auf der kardiologischen/angiologischen Überwachungsstation (Position 34.0360 für die ersten zwei Stunden und deren Zuschlagsposition 34.0370 ab zwei bis acht Stunden pro Tag) im TARMED aufweisen. Mit TARDOC wird somit eine Zeitlimitation für die über die Position 34.0360 im TARMED abgerechneten Leistungen eingeführt und die Sockelzeit bei den TARDOC-Positionen ist verglichen mit derjenigen bei der TARMED-Position 34.0360 deutlich tiefer. Allerdings liegt diese im TARDOC klar über derjenigen für die TARMED-Position 00.1440, während diese Position den Grossteil der verlagerten TARMED-Leistungen repräsentiert (rund 97 % der von TARMED zu den Positionen AG.0007 bis AG.0012 transferierten Mengen). In Ermangelung von Daten, die zeigen, dass die Überwachung vor/nach Infusion mindestens 30 Minuten dauert, ist es angebracht, Sockelzeiten von jeweils 15 Minuten mit Zuschlägen pro weitere Zeitperiode vorzusehen.

Schliesslich stellt sich auch die Frage, ob es tatsächlich dem Willen der Tarifpartner entspricht, dass die Zuschlagsposition AG.0013 für die ärztliche Tätigkeit nicht auf die Position AG.0009 angewandt werden soll.

Im Unterkapitel AG.20\_Nichtärztliche, spezialisierte Überwachung vor/nach Eingriffen in Regional- oder Allgemeinanästhesie sind die Tarifpositionen in zwei Kategorien unterteilt: die sogenannten «klassischen» Positionen und die Positionen für Kinder bis 16 Jahre. Für jede der beiden Kategorien ist im Kapitel Folgendes vorgesehen:

- eine nach Zeit tarifizierte Position für die Vorbereitung, abrechenbar pro 1 Minute (AG.1001 => max. 30 Minuten und AG.1002 => max. 60 Minuten bei Kindern);
- eine Hauptposition für die Überwachungsleistungen nach Eingriffen in Regional- oder Allgemeinanästhesie (AG.1003 => erste 30 Minuten, AG.1006 => erste 60 Minuten bei Kindern);
- eine Position für die Überwachung bis zu 4 Stunden, abrechenbar pro 1 Minute (AG.1004 => nach Ablauf von 30 Minuten bis 4 Stunden und AG.1007 => nach Ablauf von 1 Stunde bis 4 Stunden bei Kindern);
- eine Position nach Ablauf von 4 Stunden bis 8 Stunden Überwachung, abrechenbar pro 1 Minute (AG.1005 und AG.1008 bei Kindern)

Die Anzahl Tarifpunkte für die ersten 4 Stunden Überwachung ist höher als diejenige für die darauffolgenden 4 Stunden.

Das Unterkapitel AG.30\_Nichtärztliche, spezialisierte Überwachung nach Interventionen mit Sedation und/oder Lokalanästhesie enthält eine nach Zeit tarifizierte Position (pro 1 Minute) für die nichtärztliche Überwachung nach Eingriffen mit Sedation und/oder Lokalanästhesie (AG.3001). Diese Position ermöglicht eine Verrechnung von bis zu 8 Stunden. Der Titel dieses Unterkapitels weist starke Ähnlichkeit mit demjenigen von Unterkapitel AG.20 auf.

In der durch die Tarifpartner erstellten Transcodierung werden die meisten Positionen in diesen beiden Unterkapiteln als neue Leistungen beschrieben (d. h. ohne Entsprechung im TARMED). Bestimmte Positionen werden gleichzeitig sowohl als neue Positionen wie auch als Positionen mit einer Entsprechung im TARMED bezeichnet. Was die hervorgehobenen Entsprechungen zu Positionen im TARMED anbelangt: Die Sockelzeit von 30 Minuten bei den «klassischen» Positionen scheint unter der im TARMED vorgesehenen Zeit (1 Stunde) zu liegen; die Sockelzeit für Kinder scheint derjenigen im TARMED zu entsprechen. Die Kritik hinsichtlich der fehlenden Erhebung ist auch hier anzubringen. Da bei den Positionen dieses Unterkapitels grundsätzlich nach der jeweiligen Überwachungsdauer unterschieden wird, hätte eine Tarifierung nach kürzeren Zeitintervallen (z. B. 15 Minuten oder weniger) in Betracht gezogen werden sollen.

Die Prüfung von Unterkapitel AG.20 bringt sowohl einen Mangel an Klarheit wie auch gewisse sonstige Fehler ans Licht. So geht es gemäss den Titeln der Positionen für die Überwachung in Unterkapitel AG.20 um die Überwachung bei Eingriffen in Regional- oder Allgemeinanästhesie, während es in den Interpretationen der Positionen für die Überwachung nach Eingriffen in Regional- oder Allgemeinanästhesie (AG.1003 bis AG.1008) heisst, dass diese Positionen nicht für «Eingriffe in Lokalanästhesie» gelten. Die Interpretation bei der einzigen Position von Unterkapitel AG.30 (AG.3001) entspricht der medizinischen Interpretation bei den Positionen von Unterkapitel AG.20 (ausser dass Position AG.3001 in der Version 1.1 korrigiert und dabei die Erwähnung, dass die Position nicht für Eingriffe in Lokalanästhesie gelte, gestrichen wurde). Jedoch ist bei der Position die Anzahl Tarifpunkte für IPL-Leistungen pro Minute (0,75 IPL-Punkte / Min.) deutlich tiefer im Vergleich zu den Positionen für Überwachung in Unterkapitel AG.20 (1,77 IPL-Punkte / Min. für die ersten 4 Stunden und 1,23 IPL-Punkte / Min. nach Ablauf von 4 Stunden bis 8 Stunden Überwachung). Die Funktion von Unterkapitel AG.30 und der Position AG.3001 ist somit nicht klar, und es stellt sich die Frage, ob die Anzahl Tarifpunkte bei dieser Position korrekt wiedergegeben wurde.

## **b. Kapitel AM\_Nichtärztliche Grundleistungen**

Das Kapitel AM\_Nichtärztliche Grundleistungen umfasst 2 Unterkapitel:

Das Unterkapitel AM.10\_Allgemeine nichtärztliche Grundleistungen enthält 13 Positionen, die in weiten Teilen aus dem TARMED übernommen wurden (gemäss Prüfung basierend auf der durch die Tarifpartner erstellten Transcodierung).

Das Unterkapitel AM.20\_Nichtärztliche Leistungen: Chronic Care Management enthält 4 Positionen, die im Zeittarif abgerechnet werden. Das nichtärztliche Personal muss über eine anerkannte Ausbildung verfügen, sich fortbilden, vom delegierenden Arzt angestellt sein, die Leistungen in der Praxis des delegierenden Arztes erbringen, und die Aufsichtspflicht des delegierenden Arztes muss gewährleistet sein. Dieses Unterkapitel stellt gegenüber dem TARMED eine Neuerung dar.

Das Unterkapitel AM.20 scheint somit Leistungen abzudecken, die von nichtärztlichem Personal im Auftrag des Arztes direkt gegenüber dem Patienten erbracht werden. Die Tarifpositionen können grundsätzlich unabhängig davon, ob eine Arztkonsultation stattgefunden hat, abgerechnet werden. Damit werden de facto eigenständige Leistungen für medizinische Praxiskoordinatorinnen eingeführt. Diese sind aber im aktuellen KVG als Leistungserbringer nicht vorgesehen. Der Bundesrat ist im Rahmen der Motion 18.3387 (Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen) beauftragt, eine Gesetzesänderung vorzulegen, welche es ermöglichen soll, dass im Rahmen von Programmen nichtärztliche Leistungserbringer auch Beratungs- und Koordinationsleistungen zu Lasten der OKP erbringen könnten. Im vorliegenden Fall stellt sich klar die Frage der Leistungspflicht. Allfällige abgeltungsbedürftige Leistungen dürfen im OKP-Bereich nicht über eine Tarifstruktur eingeführt werden, sondern müssen die üblichen Antragsprozesse durchlaufen.

## **c. Unterkapitel BF.25\_Psychiatrie: Ambulante Leistungen durch nichtärztliche Fachpersonen in der Psychiatrie in anerkannten Institutionen und Spitalabteilungen**

Das Unterkapitel BF.25 enthält 16 Positionen für Behandlungen durch nichtärztliche Fachpersonen, welche durch die Institution oder die Spitalabteilung angestellt sind. Die Behandlungen erfolgen durch von der Institution oder der Spitalabteilung angestellte nichtärztliche Fachpersonen, wobei sowohl Institution wie auch Spitalabteilung über einen öffentlichen oder kantonalen Leistungsauftrag verfügen respektive auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind. Gemäss der Interpretation von Kapitel BF\_Psychiatrie gehören zu den nichtärztlichen Fachpersonen diplomierte Pflegefachpersonen sowie sozialtherapeutische Fachpersonen wie Sozialpädagogen und Sozialarbeiter mit Zusatzausbildung, Psychologen und weitere therapeutisch tätige, nichtärztliche Fachpersonen mit adäquater Ausbildung.

Im vorliegenden Fall stellt sich auch die Frage der Leistungspflicht. Die von Psychotherapeuten erbrachten Leistungen sind nämlich bereits in den Unterkapiteln BF.10 (Psychotherapeut in eigener Praxis) und BF.20 (Psychotherapeut in der Krankenhauspsychiatrie) abgebildet und die Interpretationen des Unterkapitels und der Positionen umschreiben die Leistungen nicht konkret genug. Dies wirft die Frage auf, was die in diesem Unterkapitel definierten Leistungen von den Leistungen der Sozialpädagogen und Sozialarbeiter unterscheidet. Weiter werden bei den nichtärztlichen Fachpersonen Berufsgruppen aufgeführt (z.B. Sozialarbeiter, Sozialpädagogen), die weder Leistungserbringer nach KVG sein könnten

noch zu den Gesundheitsberufen gehören. Es braucht eine klare Abgrenzung zu potentiellen Nicht-KVG-Leistungen (wie z.B. nichtärztliche Sozialberatung). Leistungen solcher Personen können höchstens bei zugelassenen spezifischen Programmen im Sinne eines Behandlungskomplexes Eingang finden.

#### **2.2.8.4. Leistungspflicht und umstrittene Leistungen im KVG-Bereich**

TARDOC sieht bei einigen Positionen einen Hinweis vor, dass Leistungspflicht nach KVG eingeschränkt sei oder überhaupt keine Pflichtleistung (z.B. Arbeitsmedizin, Sportmedizin). Diesbezüglich und allgemein ist festzuhalten, dass TARDOC keine umfassende und abschliessende Aufzählung der ärztlichen Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 i.V. mit Artikel 33 Absatz 1 KVG enthält. Es wäre daher möglich, dass eine aufgeführte Leistung mangels Pflichtleistung nicht von der OKP zu übernehmen wäre. Dies gilt insbesondere auch für die Leistungen im Kapitel AM.20.

TARDOC sieht Positionen für telemedizinische zeitversetzte Konsultationen vor (bei diesen sind Arzt und Patient nicht zeitgleich involviert), die beispielsweise über E-Mails, SMS oder Sprachnachrichten erfolgen können (Positionen AF.1007, AT.1006). Diese Leistungen sind bei einem Teil der Versicherer umstritten. Sie bezweifeln, dass diese die gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen. Gemäss Aussagen der Tarifpartner anlässlich der technischen Sitzungen hat man beschlossen, diese Positionen in die Tarifstruktur aufzunehmen und als umstritten zu kennzeichnen. Sie beabsichtigen, diese Angelegenheit der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) zu unterbreiten. Solange diesbezüglich keine Klarheit herrscht, lässt sich nicht beurteilen, ob diese Leistungen gemäss den Vorschriften des KVG tarifiert respektive eingeschränkt sind.

#### **2.2.9. Erfüllung der Prüfkriterien**

##### **2.2.9.1. Vollständige Dokumentation und Transparenz**

Die Tarifstruktur TARDOC wurde von den Tarifpartnern in Form einer Excel-Tabelle eingereicht. Sie lässt sich auch über den von der ats-tms AG aufgeschalteten TARDOC-Online-Browser einsehen. Ferner haben die Tarifpartner das OP-Konzept mit den Erläuterungen zur neuen Tarifierung operativer Leistungen sowie eine Excel-Datei, in welcher die Transcodierung von TARMED-Positionen auf TARDOC-Positionen aufgezeigt wird, eingereicht. Diese Dokumente sind die Grundlage für die Prüfung unter Ziffer IV.2.

Die Tarifpartner haben jedoch keine Dokumentation eingereicht, die einen umfassenden Einblick in ihre Revisionsarbeiten geben. Obwohl diesbezügliche Fragen dank der Präsentationen und Antworten der Tarifpartner im Rahmen der technischen Sitzungen teilweise besprochen und geklärt werden konnten (zu erwähnen sind insbesondere die Beispiele für die Abrechnung einiger typischer Leistungen), sind die Dokumentation beziehungsweise die Informationen zu diesem Thema nach wie vor wenig strukturiert und unvollständig, sodass es schwierig ist, sich ein Gesamtbild zu machen.

Dies schränkt die Möglichkeiten für eine detaillierte Prüfung der Gesamtkohärenz der Leistungspositionen und Anwendungsregeln sowie deren Auswirkungen auf die verschiedenen Bereiche ein. Somit kann die Prüfung der Leistungspositionen und Anwendungsregeln nicht systematisch erfolgen und sich nur auf bestimmte Elemente konzentrieren. Die Anforderung der vollständigen Dokumentation und Transparenz ist daher nicht vollständig erfüllt.

##### **2.2.9.2. Aktualität und Datenbasis**

Die Tarifpartner haben auf eine Erhebung der ärztlichen Tätigkeit (insbesondere der Dauer der Leistungen) verzichtet. Die Minutagen der Handlungsleistungen sowie die in den Positionen festgelegten Mengenlimitationen, welche für die Tarifierung der Leistungen von zentraler Bedeutung sind, wurden aufgrund von Gesprächen zwischen Experten medizinischer Fachgesellschaften normativ festgelegt (mit Überprüfung einiger Positionen durch die Vertrauensärzte der Versicherer). Die Tatsache, dass die Dauer der Leistungen im TARMED durch die Tarifpartner normativ und ohne sich auf Daten zu stützen festgelegt wurde, ist auch einer der von der EFK in ihrem Bericht zum TARMED aus dem Jahr 2010 geäusserten Kritikpunkte. Im selben Bericht wird auch hervorgehoben, dass viele Minutagen im TAR-

MED nicht mehr aktuell sind und basierend auf einer Erhebung der Leistungen korrigiert werden müssen. Dennoch entsprechen viele Minutagen und Limitationen im TARDOC der im TARMED definierten Zeitdauer. Somit kann die Erfüllung der Rahmenbedingung des Bundesrates betreffend die Aktualisierung der Tarifstruktur auf Basis aktueller Daten nicht abschliessend beurteilt werden. Bei Verwendung von normativ festgelegten Werten, anstelle von datenbasierten Werten, müssen diese zumindest begründet und für die Prüfbehörde nachvollziehbar sein. Ansonsten ist es kaum möglich, die Minutagen und Mengenlimitationen auf ihre Sachgerechtigkeit Wirtschaftlichkeit hin zu prüfen.

Dessen ungeachtet kann bezüglich der Aktualisierung der Leistungspositionen und Anwendungsregeln aber auch Positives festgestellt werden. So konnten gewisse Punkte, die im TARMED zu Streitigkeiten Anlass gaben, in den Interpretationen im TARDOC geklärt werden (z. B. die Frage, was bei Spitalern als Sitzung gilt, Unterschied zwischen Arztbericht und Leistungsdokumentation, Abrechnungsregelung für Materialsets, Kontrolle der Einhaltung qualitativer Dignitäten auf der Grundlage des MedReg usw.). Weiter wurden Definitionen für wichtige Parameter oder Konzepte der Tarifstruktur eingeführt (z. B. ärztliche Leistungen, Minutage, Abbildung eines medizinischen Leistungssettings usw.). Aufgrund des im KVG geltenden Vertrauensprinzips bezüglich der ärztlichen Leistungen lässt sich zwar nicht im Detail prüfen, ob alle von den Krankenversicherern übernommenen ärztlichen Leistungen im TARDOC abgebildet werden, doch scheint es, dass grosse Anstrengungen zur Aktualisierung der Tarifpositionen unternommen wurden, um den technischen und technologischen Fortschritten sowie den heutigen Behandlungsprozessen Rechnung zu tragen. In dieser Hinsicht wurde der Anforderung betreffend Aktualisierung der Tarifstruktur Rechnung getragen und die Tarifstruktur TARDOC kann somit als Grundlage für die Erarbeitung einer Einzelleistungsstruktur dienen, die den gesetzlichen Anforderungen gerecht wird.

### **2.2.9.3. Wirtschaftlichkeit und Billigkeit**

Die Tarifierung von Leistungen im TARDOC grundsätzlich auf den Behandlungsprozess auszurichten, bringt gegenüber TARMED eine Reihe von Verbesserungen. So sollte die Tarifierung der Wechselzeit sowie der Vor- und Nachbereitungszeit mittels separater Tarifpositionen, die nur einmal pro Sparte und pro Sitzung in Kombination mit den Referenzleistungen abgerechnet werden können, grundsätzlich eine ungerechtfertigte Doppelterrechnung dieser Tätigkeiten pro Fall verhindern. Und im Vergleich zum TARMED sollte die separate Tarifierung des Zeitaufwandes für die ärztliche Unterstützung den Vorteil haben, dass dieser nicht automatisch bei jedem Eingriff abgerechnet wird, sondern nur dann, wenn er auch tatsächlich angefallen ist.

Damit die Tarifierung jedoch als wirtschaftlich bezeichnet werden kann, müssen die Minutagen, die für die Handlungspositionen definiert wurden sowie die für die Zeitpositionen festgesetzten Limitationen mit dem Zeitaufwand für eine effiziente Leistungserbringung im Einklang stehen. Verschiedene Beobachtungen lassen auf eine steigende Dauer der Leistungen schliessen (Problem hinsichtlich der Dokumentationszeit bei Assistenzärzten; die via TARDOC tarifierten Gesamtdauern liegt deutlich über denjenigen im TARMED; usw.). Was die Tarifierung von Leistungen in Bezug auf die nichtärztliche Überwachung vor/nach Eingriffen anbelangt, so scheinen die vorgesehenen Sockelzeiten mitunter deutlich länger zu sein als im TARMED. Da die Tarifpartner jedoch keine Daten zur ärztlichen Tätigkeit erhoben haben und die normativ festgelegten Werte mangels Begründung nicht nachvollziehbar sind, ist es nicht möglich, diesen Punkt abschliessend zu beurteilen, das heisst, zu prüfen, ob die vorgesehene Leistungsdauer korrekt ist und jegliche Doppeltarifierung im Zusammenhang mit der Tätigkeitsdauer eliminiert wurde. Es ist daher nicht möglich, abschliessend zu beurteilen, ob die definierten Minutagen und Limitationen das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit erfüllen.

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit verlangt, dass die Tarifstruktur hinsichtlich Kosten für die Gemeinschaft tragbar bleibt. Die Prüfung zeigt nun, dass TARDOC mehr Möglichkeiten für eine Kombination von Positionen bietet, höhere Mengenlimitationen als TARMED vorsieht und gewisse Positionen für alle Fachbereiche öffnet, während diese im TARMED auf einige wenige beschränkt sind. Es stellt sich auch die Frage, inwieweit Versicherer und Patienten die Richtigkeit der ihnen in Rechnung gestellten Leistungen kontrollieren können (Problem der Kombination von Handlungs- und Zeitleistungen oder Problem der für die nichtärztliche, spezialisierte Überwachung vor/nach Eingriffen in Lokal- oder Allgemeinanästhesie zugewiesenen Zeit). Ohne Vorliegen eines soliden Konzepts, mit dem sich



die Entwicklung der Tarifstruktur nach deren Einführung resp. das abgerechnete Volumen nachverfolgen lässt, kann das Gebot der Wirtschaftlichkeit unter dynamischen Gesichtspunkten nicht als erfüllt angesehen werden.

#### **2.2.9.4. Vereinfachung der Nomenklatur**

TARDOC umfasst rund 2700 Tarifpositionen und somit deutlich weniger als TARMED (ca. 4500). Dennoch ist und bleibt TARDOC ein äusserst komplexes Konstrukt, das von einer verstärkten Pauschalierung bei den Tarifpositionen, wie sie vom Bundesrat erwartet wird, nach wie vor ziemlich weit entfernt ist.

Die Gliederung der Tarifpositionen im TARDOC nach Behandlungsprozessen führt zu einer äusserst modularen Tarifierung der Leistungen. Darüber hinaus bringt die Tarifierung gewisser Bereiche zusätzliche Komplexität mit sich, sei es aufgrund von Redundanzen bei bestimmten Positionen (z. B. beim separaten Kapitel zur Hausarztmedizin) oder infolge der Einführung unterschiedlicher Regeln und Massstäbe innerhalb desselben Bereichs (z. B. gelten im Unterkapitel «Nichtärztliche, spezialisierte Überwachung vor/nach Infusionen» bei den Basispositionen die Anzahl Substanzen sowie die Komplexität der Zubereitung und des Zugangs als Massstab und bei den Positionen für die Zusatzzeiten ist es die Betreuungsintensität). Dazu kommt, dass die Interpretationen und Regeln über verschiedene Stufen der Tarifstruktur hinweg aufgeführt werden, und dies nicht immer derselben Logik folgend.

Um eine einheitliche Anwendung der Struktur zu gewährleisten, müssen die Interpretationen und Regeln klar verständlich verfasst, leicht aufzufinden und innerhalb der Struktur und in den verschiedenen Landessprachen einheitlich aufgeführt sein. Die Prüfung einiger Positionen/Bereiche im TARDOC bringt jedoch Ungenauigkeiten beziehungsweise Fehler ans Licht, die dieses Ziel untergraben.

#### **2.2.9.5. Berücksichtigung der besonderen Situation in bestimmten medizinischen Bereichen**

TARDOC scheint den Besonderheiten in der Hausarztmedizin sowie der Kinder- und Jugendmedizin und der Neonatologie Rechnung zu tragen:

- Die im Kapitel zur Hausarztmedizin (AT) vorgesehenen Zeitlimitationen für Behandlungen sind für den Bereich von Vorteil. Da aber die festgelegten Zeitdauern auf keinerlei Erhebung zu den Leistungen basieren, lässt sich nicht beurteilen, ob sie mit einer effizienten Leistungserbringung in Einklang stehen. Ferner erschwert die grosse Ähnlichkeit zwischen den Positionen in Kapitel AF und denjenigen in Kapitel AT die Lesbarkeit der Tarifstruktur TARDOC. Und aus unerklärlichen Gründen ist es den praktischen Ärzten nicht gestattet, unter Kapitel AT abzurechnen.
- Auf den ersten Blick scheint TARDOC auch die Besonderheiten im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin und der Neonatologie zu berücksichtigen (Erhöhung der Alterslimite für die Abrechnung der Kinderzuschläge, Einführung neuer Zuschlagspositionen).

Es ist jedoch unmöglich zu sagen, ob wirklich sämtliche Leistungen in diesen Bereichen sowie deren Besonderheiten berücksichtigt wurden. Da es im KVG-Bereich keine Liste gibt, in der die kassenpflichtigen ärztlichen Leistungen abschliessend aufgeführt sind, ist es nicht möglich festzustellen, ob eine bestimmte Leistung oder Leistungsgruppe weggelassen wurde. Zudem haben die Tarifpartner auch keine Informationen dazu eingereicht, wie sich TARDOC auf die einzelnen Leistungserbringergruppen finanziell auswirkt (siehe dazu Ziffer VI.1.2.1.). Insofern ist auch der Effekt des Wegfalls der Zuschlagsposition für Haus- und Kinderärzte (siehe Ziffer IV.2.2.8.1) bei gleichzeitiger Einführung des Kapitels AT nicht klar.

## **2.3. Anpassungsempfehlungen für die Dokumentation und die Leistungspositionen und Anwendungsregeln**

Nach Prüfung können folgende Anpassungsempfehlungen gemacht werden:

Bei der nächsten Einreichung an den Bundesrat sollte die Dokumentation ein umfassendes Revisionskonzept enthalten, das aufzeigt, wie die Tarifpartner vorgegangen sind, um eine einheitliche Abbildung der Leistungen über die gesamte Tarifstruktur hinweg sicherzustellen, einschliesslich:

- der den Arbeiten in den verschiedenen Arbeitsgruppen zugrundeliegenden Leitlinien.
- der verwendeten Methode zur Festlegung der Behandlungsprozesse und zur Gewährleistung, dass die verschiedenen medizinischen Bereiche angemessen durch die Tarifstruktur TARDOC abgebildet werden.
- einer Erhebung der ärztlichen Tätigkeit und/oder der Analysen oder Studien, welche die Entscheidungen betreffend Abrechnungsregeln stützen (Kumulationsverbote / Limitationen).
- einer Gegenüberstellung zwischen TARDOC und TARMED, welche die wichtigen Änderungen bei der Tarifierung der am häufigsten erbrachten Leistungen veranschaulicht. Dies als Ergänzung zu der durch die Tarifpartner vorgenommenen Transcodierung.

Auf Ebene der Leistungspositionen und Anwendungsregeln gilt es Folgendes zu berücksichtigen:

- Die Leistungspositionen und Anwendungsregeln in TARDOC sollten nochmals überarbeitet werden, um Fehler zu beheben und eine einheitliche Übersetzung in die jeweiligen Landessprachen zu gewährleisten.
- Die Nummerierung der Tarifpositionen sollte der Struktur der Kapitel und Unterkapitel entsprechen. Die Titel der Positionen sollten eine eindeutige Identifizierung der tarifierten Leistung ermöglichen (identische Titel für unterschiedliche Tarifpositionen vermeiden).
- Die Dauer der Leistungen sollte sich möglichst auf eine Erhebung der ärztlichen Tätigkeit stützen.
- Bei Verwendung von normativ festgelegten Werten müssen diese begründet und nachvollziehbar sein.
- Eine Mischung von Zeit- und Handlungsleistungen sollte auf das strikte Minimum beschränkt werden.
- Die Abrechnungsregeln sollten so strukturiert sein, dass sie leichter aufzufinden sind.
- Die Struktur der Leistungspositionen sowie die Anwendungsregeln sollten vereinfacht werden.
- Leistungen, bei denen die KVG-Pflicht umstritten ist (z. B. zeitversetzte telemedizinische Leistungen oder nichtärztliche Leistungen), sollten der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) zur Prüfung unterbreitet werden.

## **3. Kostenmodell Ärztliche Leistungen (AL)**

### **3.1. Grundlagen Kostenmodell AL**

Grundsätzlich entspricht das Kostenmodell AL im TARDOC demjenigen im TARMED. Zwei wesentliche Änderungen sind jedoch aufzuführen:

- Die quantitative Dignität wird im TARDOC nicht mehr berücksichtigt, d.h. es gibt keinen Dignitätsfaktor mehr (siehe dazu auch Ziffer IV.3.5)
- Die ärztliche Assistenz wird nicht mehr generell über das Kostenmodell AL abgegolten, sondern nur, wenn sie effektiv benötigt wird, über Zuschlagspositionen in der Tarifstruktur (Unterkapitel SK.10).

In der Tarifstruktur werden die Taxpunkte für die ärztliche Leistung als Produkt von Kostensatz (CHF/min) und hinterlegter Zeit (min) berechnet. Die in einer Tarifposition hinterlegte Zeit wird aufgrund von Expertengesprächen durch die Facharztgesellschaften festgelegt. Der Kostensatz für die ärztliche Tätigkeit wird auf Basis von Referenzeinkommen, Jahresarbeitszeit und Tarifwirksamkeitsindex ermittelt (siehe Abbildung 2 unten). Das Referenzeinkommen stellt wie im TARMED einen kalkulatorischen, durchschnittlichen Unternehmerlohn für einen Arzt dar, der seine gesamten medizinischen Leistungen über den TARDOC abrechnet. Der Tarifwirksamkeitsindex gibt an, wie viel Prozent seiner gesamten Tätigkeit ein Arzt über den Tarif abrechnen kann, oder anders ausgedrückt, welcher Anteil seiner Arbeitszeit tarifwirksam ist. Der Tarifwirksamkeitsindex wird dabei pro Funktion, bzw. Sparte festgelegt. Er

ersetzt die Produktivität im TARMED. Im Vergleich zum TARMED wird im TARDOC keine quantitative Dignität berücksichtigt, d.h. es gibt keinen Dignitätsfaktor mehr in der Berechnung der AL.<sup>9</sup> Die qualitativen Dignitäten, welche Auskunft darüber geben, wer welche Leistungen abrechnen darf, bleiben aber im TARDOC bestehen (vgl. dazu auch Ziffer IV.2.2.7).

Folgendes Schema zeigt die Zusammenhänge bei der Ermittlung des Kostensatzes für die ärztliche Leistung:

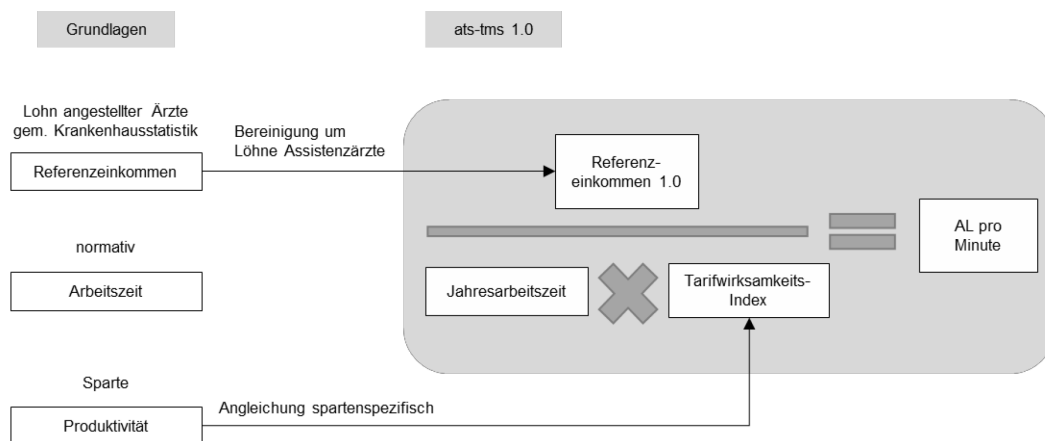


Abbildung 2: Berechnung der AL  
 (Quelle: Allgemeine Erklärungen zur Tarifstruktur TARDOC, Version 1.0, ats-tms AG)

### 3.2. Referenzeinkommen

#### 3.2.1. Grundlagen Referenzeinkommen

Für die Ermittlung des Referenzeinkommens hat die FMH ein externes Mandat erteilt. Das Referenzeinkommen soll, gemäss Schlussbericht des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG), die über den Tarif entgeltete ärztliche Arbeitsleistung im Durchschnitt gerecht abbilden. Es soll auf nicht manipulierbaren (exogenen) Grössen und einer qualitativ guten Datengrundlage basieren. Es wurden vier konzeptionelle Methoden zur Bemessung des Referenzeinkommens hinsichtlich der Erfüllung dieser Anforderungen evaluiert:

- die Ermittlung mittels Praxiskosten-Studie (RoKo-Daten),
- die Stellvertreter-Methode,
- die Bemessung anhand des Opportunitätskostenansatzes im engeren Sinne und
- die Bemessung anhand des Opportunitätskostenansatzes im weiteren Sinne.

Gemäss WIG-Bericht erfüllen die zwei ersteren Methoden die Exogenitäts-Anforderung nicht, bei letzterer Methode fehlt die Datengrundlage. Deshalb wurde das Opportunitätskostenprinzip im engeren Sinne gewählt, d.h. es wird das Einkommen herangezogen, welches der freipraktizierende Arzt als Arzt in einem Anstellungsverhältnis mit vergleichbaren Bedingungen verdienen könnte. Berechnet wird also ein kalkulatorischer Unternehmerlohn, basierend auf einer Festanstellung im stationären Bereich.

Das Referenzeinkommen wird im TARDOC, auf der Grundlage des mittleren Nominallohns ohne Zusatzeinkommen (ZE) eines Arztes mit FHM-Weiterbildungstitel in Festanstellung im stationären Bereich neu ermittelt. Es handelt sich dabei um dieselbe Methode wie im TARMED. Während im TARMED der mittlere Nominallohn mittels einer Erhebung bei Spitälern ermittelt wurde, basiert der mittlere Nominallohn im TARDOC auf Daten der Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) bezüglich der Lohnkosten der Ärzteschaft (Standardtabelle D2) und der Anzahl Vollzeitäquivalente der Ärzteschaft (Standardtabelle B5) für die Jahre 2010 und 2014. Diese Daten sind frei zugänglich und werden periodisch erhoben. Eine Aufteilung der Ärzte mit FMH-Weiterbildungstitel nach Arztfunktion (Chefarzt, Leitender Arzt, Oberarzt) ist auf Grund der Krankenhausstatistik nicht möglich, der mittlere Nominallohn ist

<sup>9</sup> Somit kommen die im TARMED zur Festlegung der Kostensätze für ärztliche Assistenzleistungen herangezogenen Gewichtungsfaktoren (0,5 für FMH-Grad 5 bis 0,75 für FMH-Grad 12) im TARDOC-Modell nicht mehr zur Anwendung. Grundsätzlich sieht diese Tarifstruktur also beim leitenden Arzt und beim Assistenzarzt eine einheitliche Vergütung vor.

jedoch, im Gegensatz zum TARMED, bezüglich den Anteilen der verschiedenen Arztfunktionen gewichtet.

Während die Anteile der Assistenzärzte und der Ärzte mit FMH-Weiterbildungstitel (Übrige) an der Anzahl Vollzeitäquivalente getrennt ausgewiesen werden, sind die Lohnkosten nur für die gesamte Ärzteschaft verfügbar. Deshalb wird der mittlere Nominallohn eines Assistenzarztes aus einer Studie des Büro BASS «Erhebung der Einkommensverhältnisse der berufstätigen Ärzteschaft» aus dem Jahre 2010 herangezogen. Er basiert auf einer Primärerhebung bei einer Stichprobe von 93 Spitälern und einer Teilnahmequote von 31%, also auf den Daten von 29 Spitälern. Diesen Spitälern wurden Ärzteprofile in Form von exemplarischen Fallbeispielen vorgelegt. Die Beschreibung der Profile erfolgte anhand von Funktionen, Berufserfahrung und Verantwortlichkeiten. Anhand ihrer Lohneinstufungspraxis und Erfahrungswerte gaben die Spitäler an, wie viel Gehalt (Fixlohn und Zusatzeinkommen) ein Arzt/eine Ärztin mit dem entsprechenden Profil erhält bzw. erhalten würde. Zur Berechnung der Mittelwerte wurden die Profileinkommen mit der von den Spitälern approximativ angegebenen Anzahl Ärzte des entsprechenden Profils gewichtet (Angaben in Vollzeitäquivalenten, VZÄ)

Zur Ermittlung des mittleren Nominallohns bei Festanstellung im stationären Bereich im Spital (Löhne von Spitalärzten in Kaderpositionen) wird wie folgt vorgegangen:

Bezeichnung	Quelle	2010	2014	Entwicklung
Lohnaufwand, gesamte Ärzteschaft (CHF)	KS BFS, Tabelle D2	2.603 Mia.	3.136 Mia.	
Anzahl VZÄ, gesamte Ärzteschaft	KS BFS, Tabelle B5	18'818	20'947	
Anteil Assistenzärzte an VZÄ	KS BFS, Tabelle B5	52.709%	50.841%	
Mittlerer Nominallohn ohne ZE, gesamte Ärzteschaft (CHF)	KS BFS, Tabellen D2 und B5	138'300	149'923	
Mittlerer Nominallohn ohne ZE, Assistenzärzte (AA) (CHF)	Studie BASS 2010	98'000	(105'027)	(7.171%)
Mittlerer Nominallohn ohne ZE, Übrige Ärzte (d.h. Oberärzte, Leitende Ärzte und Chefärzte) (CHF)		183'217	<b>196'356</b>	7.171%
		Schritt 1	Schritt 3	Schritt 2

*Tabelle 4: Berechnung des Referenzeinkommens  
(Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Unterlagen der Tarifpartner)*

Dabei wird angenommen, dass die Löhne der Assistenzärzte (AA) und diejenigen der Ärzte mit FMH-Weiterbildungstitel (Übrige) im betrachteten Zeitraum von 2010-2014 prozentual im selben Ausmass angestiegen (und die relativen Anteile der Chefärzte, leitenden Ärzte und Oberärzte an den Spital-Kaderärzten konstant geblieben) sind. Mit dieser Information kann zur Berechnung der Wachstumsrate (y) folgende Formel hinterlegt werden:

$$\text{Anz. VZÄ 2014 Gesamt} * \text{Ø-Lohn 2014 Gesamt} = (\text{Anz. VZÄ 2014 AA} * \text{Ø-Lohn 2010 AA} * y) + (\text{Anzahl VZÄ 2014 Übrige} * \text{Ø-Lohn 2010 Übrige} * y)$$

Es resultiert eine Wachstumsrate zwischen 2010 und 2014 von 7.171% und somit im Jahr 2014 ein mittlerer Nominallohn für Ärzte mit FMH-Titel im stationären Bereich von CHF 196'356.-. Dieser dient als Grundlage für die Berechnung des Referenzeinkommens.

Diesem Nominallohn werden noch arbeitgeberseitige Sozialversicherungsbeiträge zugeschlagen. Auffallend ist, dass 60 Prozent des überobligatorischen Lohns mitberücksichtigt werden. Dieser Wert scheint auf Erfahrungswerten vom Spital Netz Bern und von den Pensionskassen der Kantone BS und BL zu beruhen, wird aber von den Tarifpartnern nicht begründet. Insgesamt resultiert ein Referenzeinkommen von CHF 229'397.-. Verglichen mit dem TARMED-Referenzeinkommen von 207'000 CHF bedeutet dies einen Anstieg von 10.8%. Ohne Berücksichtigung des überobligatorischen Lohns würde das Referenzeinkommen um knapp CHF 10'000.- geringer ausfallen.

## **3.2.2. Beurteilung Referenzeinkommen**

### **3.2.2.1. Vollständige Dokumentation und Transparenz**

Die der Berechnung des Referenzeinkommens zu Grunde liegenden Dokumente wurden teils von beiden Tarifpartnern, teils nur von der FMH eingereicht. Sie sind verständlich, so dass das Berechnungsmodell selbst und die Argumentation für die Wahl dieses Berechnungsmodells nachvollzogen werden können. Es ist festzuhalten, dass curafutura ein wichtiges Dokument zum Referenzeinkommen, nämlich der «Schlussbericht Ärztliches Referenzeinkommen: Datengrundlagen und Berechnungsmethoden» des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie nicht bekannt ist. Nicht alle Tarifpartner haben also Zugang zu allen Dokumenten. Deshalb kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Anforderung nach Transparenz bezüglich der Berechnung des Referenzeinkommens nicht vollständig erfüllt ist.

### **3.2.2.2. Aktualität und Datenbasis**

Die für die Berechnung des Referenzeinkommens verwendeten Daten der Krankenhausstatistik sind nicht mehr ganz aktuell (2010 und 2014). Darüber hinaus sind sie nicht genug differenziert, da nicht zwischen Löhnen von Chefärzten, Leitenden Ärzten und Oberärzten unterschieden werden kann. Gemäss Schlussbericht des WIG, sind jedoch, je höher man in der Spitalhierarchie steigt, die Aufgaben eines Spitalarztes schlechter vergleichbar mit der Aktivität eines freipraktizierenden Arztes.

Die Berechnung des durchschnittlichen Nominallohns eines Assistenzarztes stützt sich auf eine wenig repräsentative Datengrundlage (Studie BASS, mit Daten von nur 29 Spitälern), welche nicht regelmässig aktualisiert werden kann. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum nicht die Daten aus der Lohndatenerhebung von H+ mit einer Grundgesamtheit von 117 Spitälern und rund 8'500 Ärzten – zumindest für eine Plausibilisierung - herangezogen wurden.

Der durchschnittliche Nominallohn eines Assistenzarztes wird mittels Lohnindexierung von 2010 auf 2014 hochgerechnet. Die Rahmenbedingungen des Bundesrates besagen aber, dass eine einfache Indexierung nicht erlaubt ist. Zudem basiert die Indexierung auf der fraglichen Hypothese, dass die Löhne aller Ärzte mit FMH-Weiterbildungstitel, dieselbe durchschnittliche Entwicklung aufweisen, wie die Löhne der Assistenzärzte.

### **3.2.2.3. Wirtschaftlichkeit und Billigkeit**

Die gewählte Methode über den Vergleich mit einer Festanstellung im stationären Bereich (Opportunitätskostenprinzip im engeren Sinn) verletzt die Exogenitäts-Anforderung ebenfalls, wenn auch in geringerem Masse als die Praxiskosten-Studie und die Stellvertreter-Methode. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die im Spital angestellten Ärzte auch ambulante Leistungen verrechnen können und somit der ambulante Tarif indirekt einen Einfluss auf ihre Lohnentwicklung haben kann.

Bei der von den Tarifpartnern gewählten Methode für die Bestimmung des Referenzeinkommens ist es von grösster Bedeutung, dass die Vergleichsgruppe bezüglich Arbeitsinhalt, Arbeitsbelastung (Wochenarbeitszeit, Notfalldienst, Nachtdienst) und Personalverantwortung den freipraktizierenden Ärzten möglichst ähnlich ist. Obwohl die angenommene Wochenarbeitszeit eines freipraktizierenden Arztes laut Arbeitszeiterhebung ZMT im Durchschnitt bei rund 44 Std. liegt, also deutlich unter derjenigen eines Oberarztes (57 Std.) und noch deutlicher unter derjenigen eines leitenden Arztes (70 Std.) bzw. eines Chefarztes (73 Std.) (vgl. Studie WIG) liegt, wurden die gewichteten Löhne aller drei Funktionsgruppen in die Berechnung des Referenzeinkommens einbezogen. Auch bei der Personalverantwortung liegt der Verantwortungsbereich eines freipraktizierenden Arztes unter demjenigen eines Oberarztes und sogar weit unter demjenigen eines leitenden Arztes oder Chefarztes. In Deutschland, dessen ambulanter Ärztetarif sich am TARMED orientiert, werden deshalb nur die Oberärzte als Vergleichsmassstab für das Referenzeinkommen herangezogen, mit dem Argument, dass dies die spitalärztliche Funktion sei, welche die freipraktizierenden Ärzte unmittelbar alternativ ausüben könnten. Die für die Berechnung des Referenzeinkommens verwendete Vergleichsgrösse verletzt demzufolge das Wirtschaftlichkeitsprinzip (qualitativ hochstehende Leistungserbringung zu möglichst günstigen Kosten).

Darüber hinaus kann auch die Frage gestellt werden, ob der Mittelwert bei den Löhnen die richtige Vergleichsgrösse darstellt, oder ob nicht besser der Median, der weniger auf Extremwerte reagiert, verwendet werden sollte. Dazu ist zu sagen, dass in den Standardtabellen der Krankenhausstatistik vom BFS nur die Mittelwerte veröffentlicht werden.

Die Versicherung eines überobligatorischen Lohns von 60% durch den Arbeitgeber, wie bei der Bestimmung des Referenzeinkommens angewendet, begründen die Tarifpartner nicht. Dies müsste aber von den Tarifpartnern mit aussagekräftigen Daten begründet werden, sonst ist davon auszugehen, dass auch hier das Wirtschaftlichkeitsprinzip verletzt wird.

Es ist hier noch zu erwähnen, dass sich der Korrekturfaktor (Abschlagsatz) für die ärztliche Unterstützung durch den Assistenzarzt aus dem Referenzeinkommen berechnet und somit bei einer allfälligen Anpassung des Referenzeinkommens ebenfalls angepasst werden müsste.

### 3.3. Jahresarbeitszeit

#### 3.3.1. Grundlagen Jahresarbeitszeit

Für den TARDOC wird die Jahresarbeitszeit unverändert aus dem TARMED übernommen. Im TARMED wurde die Jahresarbeitszeit normativ auf 208.7 Tage festgelegt. Zur Plausibilisierung der normativ festgelegten tarifwirksamen Arbeitszeit pro Jahr wurde damals bei 412 Ärzten zusätzlich eine Jahresrapport-Erhebung durchgeführt. Obwohl die Daten der Jahresrapport-Erhebung teilweise stark von den normativ festgelegten Daten abwichen, wurden im TARDOC die normativ festgelegten Daten unverändert übernommen.

Folgende Tabelle 5 zeigt die im TARDOC normativ festgelegten Absenzen:

Absenzen (in Tagen)	normativ
Wochenende	104
Feiertage	10
Ferien	23
Militär/Zivilschutz	2
Krankheit/Unfall	7
Schwangerschaft	0.05
Diverse Absenzen	1
Fortbildung	9.5 (~ 80 Std.)
<b>Tarifwirksame Arbeitszeit</b>	<b>208.7</b>

*Tabelle 5: Berechnung der Jahresarbeitszeit  
(Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Unterlagen der Tarifpartner)*

#### 3.3.2. Beurteilung Jahresarbeitszeit

##### 3.3.2.1. Vollständige Dokumentation und Transparenz

Die Tarifpartner verweisen betreffend Jahresarbeitszeit auf die Masterdokumentation der ZMT (1999) zum TARMED. Dieses Dokument wurde von den Tarifpartnern gemeinsam eingereicht. Es ist bezüglich der Festlegung der Jahresarbeitszeit verständlich. Allerdings entsprechen die darin erwähnten 9.47 Normarbeitsstunden pro Tag nicht den schlussendlich in TARMED und TARDOC verwendeten 9.2 Stunden pro Tag. Den Unterlagen der Tarifpartner kann keine Begründung für diese Differenz entnommen werden.

##### 3.3.2.2. Aktualität und Datenbasis

Für die Bestimmung der Jahresarbeitszeit im TARDOC werden die normativ vorgegebenen Absenzen unverändert aus dem TARMED übernommen. Obwohl die mittels Jahresrapport erhobenen Daten nicht mit den normativ vorgegebenen Daten übereinstimmen, wurden aufgrund der Jahresrapport-Erhebung keine Korrekturen an den normativ bestimmten Absenzen angebracht. Ebenfalls unverändert übernommen wurde die Normarbeitszeit von 9.2 Stunden pro Tag. Es wurden also keine aktuellen Erhebungen durchgeführt. Die Absenzen, sowie die Festlegung der Normarbeitszeit von 9.2 Stunden pro Tag müssen, wenn möglich mit Daten hinterlegt oder aber nachvollziehbar begründet werden. Das Kriterium der Datenaktualität ist daher nicht erfüllt resp. ist das Vorgehen der Tarifpartner nicht nachvollziehbar.

### **3.3.2.3. Wirtschaftlichkeit und Billigkeit**

Das Modell zur Berechnung der Jahresarbeitszeit ist an sich logisch und wird nicht beanstandet. Aber aus Sicht der Wirtschaftlichkeit wäre ebenfalls eine aktuelle Erhebung angebracht.

## **3.4. Tarifwirksamkeitsindex**

### **3.4.1. Grundlagen Tarifwirksamkeitsindex**

Für die Bestimmung des Tarifwirksamkeitsindex im TARDOC werden folgende Grundsätze angewandt:

- Alle ärztlichen, tarifrelevanten Tätigkeiten, die eindeutig dem einzelnen Patienten zuordenbar sind, werden über Tarifpositionen abgebildet (direkt tarifwirksam).
- Alle ärztlichen, tarifrelevanten Tätigkeiten, die nicht eindeutig einem einzelnen Patienten zuordenbar sind, werden als indirekt tarifwirksame Tätigkeiten mit dem entsprechenden Zeitbedarf im Kostenmodell AL berücksichtigt.

Dies wurde für den TARMED nicht so explizit festgehalten. In der Dokumentation zum TARDOC 1.0 wird erwähnt, welche ärztlichen Tätigkeiten für den Tarifwirksamkeitsindex berücksichtigt werden und wie hoch der tägliche Basisabzug (32 Min.) für gesetzliche Pausen (20 Min.), persönliche Inkonvenienzen (4 Min.) und Wegzeiten innerhalb der Praxis/Funktionseinheiten (8 Min.) ist. Dieser Basisabzug entspricht demjenigen im TARMED. Neben dem Basisabzug werden folgende ärztliche Tätigkeiten spartenabhängig über den Tarifwirksamkeitsindex abgegolten:

- Qualitätskontrollen
- Statistiken für Kantone und Bund
- Nicht delegierbare Praxismanagement- / Overheadleistungen, Personalführung
- Verzögerungen / Inkonvenienzen, während derer die Sparte nicht genutzt werden kann
- Terminabsprachen, Rapporte
- Teambesprechungen

Alle anderen ärztlichen Leistungen werden über TARDOC-Tarifpositionen oder andere Tarife abgegolten.

Aufgrund dieser Überlegungen haben sich die Vertragsparteien geeinigt, den Tarifwirksamkeitsindex zwischen 70% und 80% festzulegen. Die Festlegung erfolgt nach folgendem Grundsatz:

- Für Sparten mit einer Produktivität im TARMED 1.09 von unter 70% wird der Tarifwirksamkeitsindex normativ auf 70% erhöht.
- Für Sparten mit einer Produktivität im TARMED 1.09 von über 80% wird der Tarifwirksamkeitsindex normativ auf 80% gesenkt.
- Für Sparten mit einer Produktivität im TARMED 1.09 zwischen 70%-80% wird der Tarifwirksamkeitsindex gemäss ehemaliger Produktivität festgesetzt.
- Für neue Sparten (nicht vorhanden im TARMED 1.09) wird der Tarifwirksamkeitsindex auf 75% festgesetzt.

### **3.4.2. Beurteilung Tarifwirksamkeitsindex**

#### **3.4.2.1. Vollständige Dokumentation und Transparenz**

Es sind keine Unterlagen vorhanden, die genau darüber Auskunft geben, wie sich der Produktivitätsfaktor, welcher in der aktuell gültigen TARMED Version 1.09 pro Sparte hinterlegt ist, zusammensetzt. Da der Tarifwirksamkeitsindex im TARDOC normativ aus dem Produktivitätsfaktor des TARMED abgeleitet wird, und keine Informationen zu eventuell den Änderungen zu Grunde liegenden Analysen mitgeliefert wurden, kann nach wie vor nicht beurteilt werden, wie sich der Tarifwirksamkeitsindex im TARDOC zusammensetzt. Der oben beschriebene Algorithmus zur Festlegung des Tarifwirksamkeitsindex ist nicht nachvollziehbar. Aus diesen Gründen ist die Anforderung betreffend vollständiger Dokumentation und Transparenz für den Tarifwirksamkeitsindex nicht erfüllt.

### **3.4.2.2. Aktualität und Datenbasis**

Auf eine Neuerhebung der ärztlichen Tätigkeit wird im TARDOC aufgrund des grossen Zeit- und Ressourcenaufwandes verzichtet. Der Tarifwirksamkeitsindex wird weiterhin pro Sparte normativ festgelegt. Die Tatsache, dass die Produktivitätsfaktoren in TARMED von den Partnern auch schon normativ festgelegt wurden und nicht auf Daten beruhen, ist jedoch eines der Elemente, das von der EFK in ihrem TARMED-Bericht 2010 bereits kritisiert wurden. Bei Verwendung von normativ festgelegten Werten müssten diese zumindest begründet und nachvollziehbar sein, was vorliegend nicht der Fall ist. Somit kann das Kriterium der Aktualisierung nicht als erfüllt betrachtet werden.

### **3.4.2.3. Wirtschaftlichkeit und Billigkeit**

Trotz dem neuen Grundsatz, dass Tätigkeiten des Arztes, die eindeutig dem einzelnen Patienten zuzuordnen sind, im TARDOC über die Tarifpositionen abgebildet werden, ist der Tarifwirksamkeitsindex einiger Sparten gegenüber TARMED gesenkt worden, was den Kostensatz erhöht. Dies gilt insbesondere für die am häufigsten abgerechneten Sparten «Sprechzimmer» und «UBR». Dies widerspricht der Logik des von den Tarifpartnern beschriebenen Grundsatzes und dürfte zu einem Anstieg der Kosten führen.

## **3.5. Quantitative Dignität**

### **3.5.1. Grundlagen quantitative Dignität**

Die quantitativen Dignitäten gingen im TARMED von FMH05 bis FMH12. Bis 2017 waren sie mit Dignitätsfaktoren von 0,905 bis 2,18 verbunden (positive Korrelation mit den Kostensätzen für ärztliche Leistungen und folglich mit den Taxpunkten für ärztliche Leistungen). Aufgrund der Harmonisierung der Ausbildungsdauer im Rahmen des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG) hat der Bundesrat bei seiner Anpassung des TARMED im Jahr 2018 unter anderem eine Vereinheitlichung dieser quantitativen Dignitätsfaktoren vorgenommen und sämtlichen Dignitäten einen einheitlichen Dignitätsfaktor von 0,985 zugewiesen. Im TARDOC wurde die quantitative Dignität nicht mehr berücksichtigt.

### **3.5.2. Beurteilung quantitative Dignität**

Die Streichung der quantitativen Dignität steht im Einklang mit den durch den Bundesrat im TARMED vorgenommenen und 2018 wirksam gewordenen Anpassungen. Der Bundesrat hatte bei seiner Anpassung des TARMED per 1. Januar 2018 alle ärztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Dignitätsfaktor hinterlegt. Da die Weiterbildungsdauer gemäss Verordnung über Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung in den universitären Medizinalberufen (Medizinalberufeverordnung, MedBV; SR 811.112.0) für alle Facharztstitel 5 oder 6 Jahre beträgt, seien die unterschiedlichen Dignitätsfaktoren nicht gerechtfertigt und führten insbesondere zu einer Verletzung des Gebots der Billigkeit. Da bei den Ärztinnen und Ärzten mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt / Praktische Ärztin“ die Weiterbildungsdauer nur 3 Jahre beträgt, wurde für diese ein Skalierungsfaktor (Abschlag) in der Höhe ihrer Besserstellung durch die Vereinheitlichung des Dignitätsfaktors eingeführt. Im TARDOC wird nun, wie erwähnt, die quantitative Dignität gar nicht mehr berücksichtigt. Der Unterschied in der Weiterbildungsdauer zwischen den praktischen Ärzten und den Fachärzten sollte jedoch auch im TARDOC adäquat abgebildet und transparent dargelegt werden.

Da sich jedoch der einheitliche Dignitätsfaktor bei der 2018 in Kraft getretenen, angepassten TARMED-Tarifstruktur auf 0,985 beläuft, führt die Aufhebung dieses Faktors (d. h. implizit ein quantitativer Dignitätsfaktor von 1) unweigerlich zu einer Zunahme der Taxpunkte für ärztliche Leistungen und somit des gesamten Taxpunktvolumens der ärztlichen Leistungen. Dadurch wird das Gebot der Billigkeit verletzt.

## **3.6. Anpassungsempfehlungen für Kostenmodell AL**

Die von den Tarifpartnern zum Kostenmodell AL gelieferten Unterlagen sind teilweise nicht vollständig und die Transparenz ist nur teilweise gegeben. Die zu Grunde liegenden Daten wurden entweder nicht aktualisiert oder die Aktualisierung liegt einige Jahre zurück. Das Prinzip der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit ist bei den ärztlichen Leistungen daher nicht vollständig erfüllt.



Auf Grund der Analyse werden mindestens folgende Anpassungen empfohlen:

- Der dem Referenzeinkommen zu Grunde liegende Vergleichslohn bei Anstellungsverhältnis im Spital sollte auf einer Vergleichsgruppe von Ärzten beruhen, die bezüglich Aufgabenbereich, Personalverantwortung und Wochenarbeitszeit den freipraktizierenden Ärzten möglichst ähnlich ist. Dies sind im Spital die Oberärzte.
- Die Angaben zur Jahresarbeitszeit sollten neu erhoben werden oder normativ festgelegte Werte zumindest begründet und nachvollziehbar sein.
- Mit dem neuen Grundsatz, dass Tätigkeiten des Arztes, die eindeutig dem einzelnen Patienten zuzuordnen sind im TARDOC über die Tarifpositionen abgebildet werden, sollten die Tarifwirksamkeitsindizes aller Sparten neu bestimmt und tendenziell angehoben werden. Eine neue Arbeitszeiterhebung sollte erfolgen, um die Anforderungen des Bundesrates an eine Einzelleistungstarifstruktur bezüglich Aktualisierung und Transparenz der Daten zu erfüllen. Ärztliche Leistungen, welche über TARDOC-Tarifpositionen abgegolten werden, dürfen bei dieser Arbeitszeiterhebung nicht berücksichtigt werden und müssen deshalb explizit aus der Erhebung ausgeschlossen werden.
- Der Unterschied in der Weiterbildungsdauer zwischen den praktischen Ärzten und den Fachärzten sollte auch im TARDOC adäquat abgebildet und transparent dargelegt werden.

## **4. Kostenmodelle Infrastruktur- und Personalleistungen (IPL)**

### **4.1. Grundlagen Kostenmodelle IPL**

Neben den oben beschriebenen ärztlichen Leistungen, werden mit der Tarifstruktur auch die Kosten für den Raum, die Geräte und das nichtärztliche Personal abgegolten. Dies geschieht im TARDOC über die Taxpunkte für die Infrastruktur- und Personalleistung (IPL). Diese ersetzt die technische Leistung im TARMED. Die IPL wird analog zum TARMED auf einer Sparte definiert und indirekt einer Leistungsposition zugeordnet. Eine Sparte kann mehreren Leistungspositionen zugeteilt sein. Eine Sparte besteht aus den Kostenelementen:

- Raumkosten (es kann sich dabei um Miet- und/oder Baukosten handeln)
- Gerätekosten
- Personalkosten für nicht-ärztliches Personal
- Produktivität des nicht-ärztlichen Personals
- Betriebszeiten oder Auslastung

Die Sparte orientiert sich, wie im TARMED, grundsätzlich am Raum in dem die Leistung erbracht wird. Im TARDOC ist neu, dass pro Raum mehrere Sparten definiert werden, wenn für die im Raum erbrachten Leistungen ein unterschiedlicher Bedarf an nicht-ärztlichem Personal besteht und/oder unterschiedliche Geräte zum Einsatz kommen.

Für die Bestimmung des Kostensatzes pro Sparte stehen wie bereits im TARMED mit INFRA und KOREG zwei Kostenmodelle zur Verfügung. Das Kostenmodell INFRA basiert auf normativen Daten von Spitälern, während KOREG auf effektiv erhobene Daten aus Praxen von frei praktizierenden Ärzten und Ärztinnen zurückgreift. Welches Kostenmodell jeweils zur Anwendung kommt, ist primär davon abhängig, wo (Spital oder Arztpraxis) die Leistung mehrheitlich erbracht wird. Neue Sparten werden vorerst über das INFRA Modell gerechnet, bis Abrechnungszahlen dazu vorliegen. Spitäler und Praxen dürfen sowohl auf KOREG- als auch auf INFRA-basierende Leistungspositionen abrechnen, sofern sie zur Erbringung der Leistung berechtigt sind.

### **4.2. Kostenmodell INFRA**

Das Kostenmodell INFRA im TARDOC basiert wie im TARMED auf normativen Werten. Neben Expertenmeinungen, wird für viele Bereiche auf Erfahrungswerte von Spitälern bzw. von Spitalbauprojekten zurückgegriffen. Folgende Abbildung 3 zeigt eine Übersicht über das Kostenmodell INFRA:

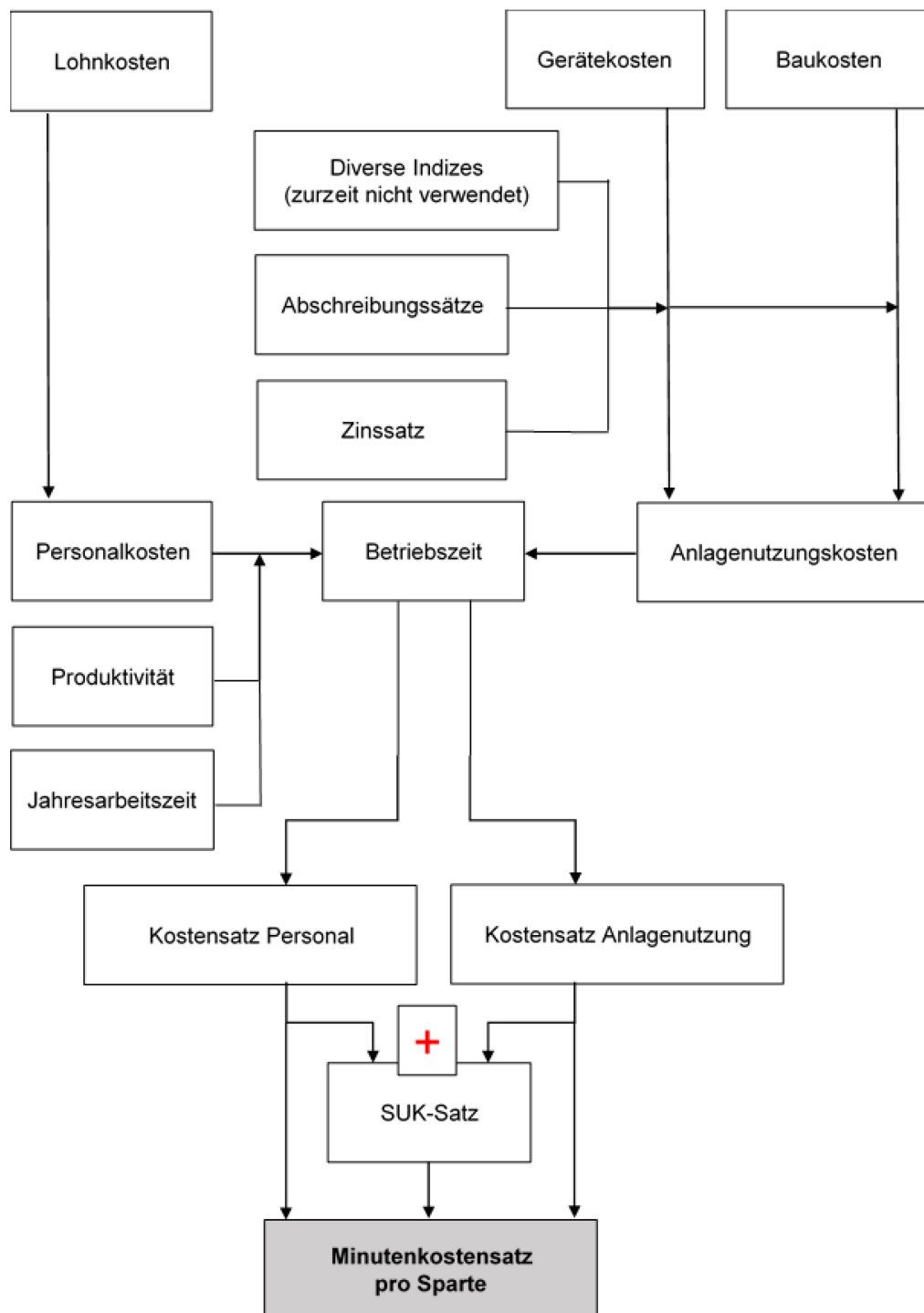


Abbildung 3: Übersicht Kostenmodell INFRA  
(Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Unterlagen der Tarifpartner)

Das Kostenmodell geht von einer Vollausslastung aus. Die Höhe des Kostensatzes wird wesentlich durch die folgenden Faktoren beeinflusst:

- Baukosten (Fläche und Kosten pro m<sup>2</sup>)
- Gerätekosten
- Personalkosten
- Betriebszeiten
- Sach- und Umlagekostensatz (SUK-Satz)

Bei diesen Faktoren wurden, im Vergleich zum TARMED, Anpassungen vorgenommen. Für die Ermittlung der Baukosten wurde ein Modellspital entwickelt. Die Geräte- und Personalkosten wurden neu erhoben und der SUK-Satz wurde angepasst. Die Eckwerte der Sparten wurden laut den Tarifpartnern zwischen 2013 und 2016 durch Experten nach den Prämissen der Wirtschaftlichkeit, des SOLL-Zustandes und auf Basis von vorhandenen Daten (Studien, Umfragen, Expertengesprächen) festgelegt.

Für den Raumbedarf (Baukosten) und den Gerätebedarf (Gerätekosten) werden über verschiedene Schritte die Kapital- und Abschreibungskosten berechnet und anschliessend um den Konsumentenpreisindex bereinigt. Die Kapitalkosten werden dabei auf 50% der Investitionskosten im Sinne der Durchschnittswertmethode berechnet. Die Summe der Kapital- und Abschreibungskosten für Bau und Geräte wird als Anlagenutzungskosten bezeichnet. Es werden, konform mit der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104), nur mobile Sachanlagen ab einem Einkaufspreis von CHF 10'000 und mehr berücksichtigt. Beträge unter dieser Schwelle sind SUK-Satz berücksichtigt.

Für die Ermittlung der Personalkosten des nicht-ärztlichen Personals werden zuerst die durchschnittlichen Nominallöhne für alle Personalkategorien erhoben. Zusätzlich wird für jede Sparte eine Betriebszeit definiert und davon die produktive (d.h. verrechenbare) Betriebszeit abgeleitet. Die Betriebszeiten sind länger als die Arbeitszeiten des Personals, daher wird auf Basis dieser beiden Werte der tatsächliche Personalbedarf der Sparte ermittelt, der für die Berechnung der Personalkosten massgebend ist.

Die produktive Betriebszeit wird in Anzahl Minuten pro Jahr umgerechnet. Die Minuten werden als Divisor für die Anlagenutzungs- und Personalkosten genutzt. Die Summe dieser so berechneten Werte entspricht dem Basis-Kostensatz der Sparte.

Auf dem Basis-Kostensatz wird ein Sach- und Umlagekosten (SUK)-Zuschlag gerechnet. Dieser SUK-Satz entspricht einem Prozentwert des Basis-Kostensatzes. Mit dem Zuschlag sollen die indirekt verursachten Kosten gedeckt werden (z.B. Patientenadministration, Reinigung, IT-Infrastruktur usw.).

Optional erfolgt auf dem Basis-Kostensatz inkl. SUK-Zuschlag ein Zuschlag für die Verteilzeit. Damit sollen nicht abrechenbare Belegzeiten der Sparte entschädigt werden (z.B. Warten auf Patient). Die Wechselzeiten werden hingegen über eigene Tarifpositionen entschädigt.

## **4.2.1. Anlagenutzungskosten**

### **4.2.1.1. Grundlagen Anlagenutzungskosten**

Zur Ermittlung der Baukosten im Kostenmodell INFRA haben die Tarifpartner beschlossen, ein komplett leistungsorientiertes "theoretisches" Spital nach heutigen Erkenntnissen zu definieren. Diese Aufgabe wurde an Lead Consultants AG Zürich übertragen. Die Kosten für das durch Lead Consultants erstellte Modellspital (Spitalplanung) basieren auf dem Spitalbau-Kostenplan (SKP). Nicht in den Baukosten berücksichtigt werden die medizinischen Einrichtungen und die Ausstattung (Positionen 7, 8 und 9 nach SKP). Diese werden als Gerätekosten in einer separaten Excel-Datei aufgeführt. Die gesamte Planung des Modellspitals erfolgt leistungsorientiert. Die Leistungsdaten wurden aus verschiedenen aktuellen Projekten abgeleitet. Die Idee des Modellspitals ist es, ein betriebliches Optimum abzubilden, d.h. dass alle Funktionsabläufe so effizient wie möglich abgewickelt werden können, Funktionen mit hoher technischer Ausstattung und Logistik in den Geschossen mit grosser Geschosshöhe zu liegen kommen (bzw. effiziente Geschosshöhengestaltung bei den übrigen Funktionen), alle (zusammengehörenden) Geschosse gleich viel Nutzfläche aufweisen und sich sinnvolle Gebäudedimensionen ergeben (Längen, Belichtung / Lichthöfe etc.).

Die im Modell hinterlegte Grundstückfläche beträgt 61'000 m<sup>2</sup>. Davon entfallen rund 13'500 m<sup>2</sup> auf Gebäudeflächen und rund 18'000 m<sup>2</sup> für Entwicklungsprojekte.

Die Baukosten werden als Kostensatz CHF/m<sup>2</sup> Kernfläche (Spartenfläche) \* m<sup>2</sup>-Kernfläche ausgedrückt. Die Kosten sind abhängig von der Zone/Cluster in welcher die Fläche sich befindet. Der Kostensatz beinhaltet dabei nicht nur die Baukosten der effektiven Fläche, sondern auch Umlagekosten von Flächen in denen keine abrechenbaren Leistungen erbracht werden.

Mit diesem Vorgehen soll sichergestellt werden, dass die Baukosten für das gesamte Spital gedeckt werden:

1. Das Spital wird an Hand von Clustern in kleine Einheiten (Kliniken) aufgeteilt. Cluster dienen dazu, das Spital in betrieblicher Sicht zu strukturieren und z.B. auch Synergien zu generieren. Die Kernfunktionsflächen (Spartenflächen innerhalb der Cluster) sollen die Baukosten der gesamten Clusterfläche finanzieren. Je höher der Anteil Spartenflächen ist, desto tiefer ist der Kostensatz.

2. Innerhalb eines Clusters wird zwischen neun verschiedenen Funktionsflächentypen unterschieden:
  1. Untersuchungs- und Behandlungsbereich
  2. Diagnostik- und Therapiebereich
  3. Pflegebereich
  4. Verwaltungsbereich
  5. Ver- und Entsorgungsbereich
  6. Personaleinrichtungen
  7. Verkehr, Technik und Sicherheit
  8. Betriebsfremde Bereiche
  9. Funktionsflächen (z.B. Korridore, Treppenhäuser, Aufzüge).

Anhand der Gruppenzugehörigkeit wird bestimmt, ob eine Fläche:

- a. finaler Kostenträger ist
- b. Kostenträger ist, deren Kosten in einem zweiten Schritt umgelegt werden
- c. nur Umlagekosten enthält

Die Kernflächen, die man in den INFRA-Sparten antrifft, finden sich in den Funktionsflächentypen «Untersuchungs- und Behandlungsbereich», «Diagnostik- und Therapiebereich» und «Pflegebereich». Diese drei Funktionsflächentypen sind die finalen Kostenträger für die Baukosten.

3. Die Kostenumlage erfolgt in mehreren Schritten. Für betriebsfremde Flächen (z.B. Parkplatz) findet keine Kostenumlage statt. Verschiedene Funktionsbereiche werden auf eine Eliminationssparte («andere Tarife, Sparte 9999: Dialyse, Pathologie/Aufbahrung, Ergotherapie, Logopädie, Beratungsdienste, Seelsorge, Medizinisches Labor, Physiotherapie, Akutstationen, Apotheke») verrechnet. Diese Funktionsbereiche empfangen zwar Umlagen, ihre eigenen Anlagenutzungskosten fließen aber nicht in andere Funktionsbereiche ein. Am Ende sind sämtliche Baukosten auf jene Funktionen umgelegt, in denen Kernleistungen erbracht werden.
4. Jede Funktionsflächengruppe/Funktionstyp hat einen eigenen Basiskostensatz (CHF/m<sup>2</sup>).
5. Grundlage für die Bestimmung der verschiedenen Basiskostensätze sind die Gesamtkosten eines Musterspitals von CHF 519.5 Millionen und eine Gebäudefläche von 51'067.5m<sup>2</sup>. Für «Gebäudefläche Innen» wird ein Kostensatz von CHF 6'200/m<sup>2</sup> angenommen.

Die Funktionsflächen (ausser Korridore) werden nicht umgelegt. Sie fließen in den Netto-Brutto-Faktor ein. Die Netto-Geschossfläche aus dem Raumprogramm wird mit einem Faktor 2.05 multipliziert um die Bruttogeschossfläche zu erhalten. Es kann nicht nachvollzogen werden, wie der Multiplikationsfaktor von 2.05 zustande gekommen ist. Das Lead Consultants-Modell spricht nämlich von einem Multiplikationsfaktor von lediglich 1.83.

Im Lead Consultants-Modell werden die Gebäude mit einem Abschreibungssatz von 3.5% abgeschrieben. In Abweichung dazu haben die Tarifpartner jedoch im INFRA-Modell einen Abschreibungssatz für die Baukosten von 3.7% hinterlegt. Bei den Geräten kommen neu die Abschreibungssätze nach REKOLE® zur Anwendung.

Für die Kapitalverzinsung kommt im TARDOC ein Zinssatz von 3.0% zur Anwendung. Dieser Zinssatz betrug im TARMED noch 5.0%.

#### **4.2.1.2. Beurteilung Anlagenutzungskosten**

##### **a. Vollständige Dokumentation und Transparenz**

Die Anlagenutzungskosten setzen sich aus den Baukosten und aus den Gerätekosten zusammen, welche jedoch nicht vollständig dokumentiert sind. Die Informationen müssen verschiedenen Dokumenten entnommen werden, was die Prüfung erschwert. Die Excel-Tabellen für die einzelnen Sparten wurden gegenüber TARMED leicht verändert und sind teilweise unübersichtlich gestaltet. Ein direkter Vergleich liegt nicht vor, die einzelnen Informationen müssen zusammengetragen werden und Erklärungen zu

den einzelnen Variablen sind nur wenige vorhanden. Insbesondere sind den Unterlagen der Tarifpartner auch keine Erläuterungen zur Festlegung der Gerätepreise zu entnehmen. Die Baukostenberechnung (sogenannter Kostentrend) im Lead Consultants-Modell ist teilweise nicht nachvollziehbar bzw. beinhaltet Fehler bei der Berechnung der Kosten für Vorbereitungsarbeiten, Umgebungsarbeiten, Honorare und Unvorhergesehenes. Es werden darin auch eventuell zukünftig anfallende Kosten (Baulandreserven und Unvorhergesehenes) miteinberechnet. Die Anforderung betreffend vollständiger Dokumentation und Transparenz ist daher nur bedingt erfüllt.

## **b. Aktualität und Datenbasis**

Die **Baukosten** werden neu berechnet anhand eines Modellspitals, bzw. einer modernen Spitalplanung (Lead Consultants).

Das entwickelte „Modellspital Revision ambulante Tarifstruktur“ und das Kostentrendmodell wurden gemäss Lead Consultants einem externen Kostenplaner zur Querprüfung vorgelegt. Dieser hat das Modell mit seinem Modell / seinen Benchmarkzahlen aus über 10 aktuellen und realisierten Spitalprojekten überprüft. Bei der Querprüfung resultierte eine Gesamtabweichung von lediglich ca. 3.7% zwischen den beiden Kostenermittlungen.

Auch die Gerätepreise und -dotationen werden neu erfasst und mit aktuellen Abschreibungsraten (Branchenstandard REKOLE®) hinterlegt. Von den kostenintensiven Sparten werden Belege für Anschaffungskosten verlangt. Für alle in einem Spital vorkommenden Geräte werden in einer Excel-Liste die jeweiligen Kosten aufgeführt. Die Kosten für benötigte bauliche Installationen sind im Gerätepreis enthalten. Begründungen über die Kostenhöhe der Geräte können den Unterlagen der Tarifpartner keine entnommen werden. Die verwendeten Anschaffungskosten basieren, gemäss Tarifpartner, auf bezahlten Rechnungen und Auszügen aus der Anlagenbuchhaltung. Die Daten wurden somit aktualisiert.

Der kalkulatorische Zinssatz für die Kapitalkosten wurde ebenfalls aktualisiert. Er beträgt im TARDOC neu 3.0%.

Die Anforderung an die Aktualität der Daten ist somit erfüllt.

## **c. Wirtschaftlichkeit und Billigkeit**

Der Ansatz, die Kosten anhand eines effizient organisierten Modellspitals auf die einzelnen Funktionsflächen (Räume) zu verteilen ist interessant. Allerdings wird nicht berücksichtigt, dass ein bestimmter Raum für mehrere Sparten angewendet werden kann. Auch kann dieses Modell(spital) nicht auf Arztpraxen angewandt werden, wo aber rund 2/3 des über den ambulanten ärztlichen Tarif abgerechneten Taxpunktvolumens anfallen.

Bei der Prüfung der Sparten ist aufgefallen, dass die bei einer Sparte hinterlegte Fläche nicht für alle Sparten plausibel ist. Es sieht z.B. so aus, dass die Fläche der Sparte 6200 Pathologischer Befundungsraum (32m<sup>2</sup>) nicht kohärent ist mit der Fläche der Sparte 6201 Molekularpathologie (16m<sup>2</sup>). Erstere enthält nur wenige Geräte, welche auch wenig Platz benötigen, während letztere über eine grosse Anzahl an Geräten verfügt, welche vermutlich nicht auf 16m<sup>2</sup> Platz finden dürften.

Das Clustering geht davon aus, dass sich jede Unit/Klinik (z.B. Notfall) selbst finanzieren muss. Pro Cluster wird darum ein eigener Baukostensatz CHF/m<sup>2</sup> Funktionsfläche definiert. Dieser wird für sämtliche Räume/Sparten innerhalb der Unit/Klinik angewendet. Dies führt zu unterschiedlichen Kostensätzen für denselben Raumtypen (z.B. UBR). Je nach Raumtypen innerhalb des Clusters kann der durchschnittliche Kostensatz sehr hoch sein (z.B. wenn Operationssäle enthalten sind). Das beschriebene Vorgehen führt dazu, dass die Baukosten für einen Operationssaal (Praxis-OP = TCHF 42.5/m<sup>2</sup> mit einem tieferen Baukostensatz gerechnet werden als diejenigen für das Sprechzimmer der Urologie (TCHF 69.6/m<sup>2</sup>). Dies verzerrt die Relationen zwischen den einzelnen Leistungspositionen und widerspricht einer sachgerechten Tarifierung und somit auch dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit.

Ins Modellspital fliessen auch Kosten ein, welche für einen ambulanten Arzttarif nicht oder nur zum Teil relevant sind bzw. berücksichtigt werden dürfen:

- Die Kosten für Hotellerie und Küche müssten auf den stationären und ambulanten Bereich aufgeteilt und die Kosten des stationären Bereichs eliminiert werden, vorgängig müsste bei der Küche bereits eine Aufteilung der Kosten auf Restaurant/Cafeteria und Patientenküche erfolgen.

- Gemäss Bericht wird die Apotheke der Medizinischen Logistik zugeordnet. Sie enthält Umlagen der Supportfunktionen und wird danach als Eliminationssparte ausgeschieden. Sofern im Zentrallager auch Medikamente gehalten werden, müsste das Zentrallager vorgängig anteilmässig auf die Apotheke umgelegt werden. Dies ist beim verwendeten Modellspital nicht der Fall.
- Bei den Kostenumlagen auf die Funktionsflächen (finale Kostenträger) werden auch die Kosten für die Kinderkrippe, den Kiosk, das Restaurant und die Cafeteria umgelegt. Diese Kosten dürfen nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) getragen werden und müssen ebenfalls eliminiert werden. Solche Nebendienstleistungen müssen selbsttragend sein oder anderweitig finanziert werden. Dies wird im Modell nur bei der Parkierung umgesetzt.

Die Baukosten basieren auf einem Neubau. Ein Grossteil der Spitäler existiert jedoch schon seit vielen Jahren und die Baukosten sind schon zu einem beträchtlichen Teil abgeschrieben. Deshalb ist, wie im INFRA-Modell zum TARMED, eine Rückindexierung dieser Kosten vorzusehen.

Die für das Modellspital definierten Baukosten beinhalten auch Baulandreserven für Entwicklungsprojekte. Die VKL macht jedoch Vorgaben zur Anlagebuchhaltung und regelt den Umfang der Anlagenutzungskosten für Spitalimmobilien als «Summe der jährlichen Abschreibung und der jährlichen kalkulatorischen Zinsen». Die Abschreibungen werden höchstens auf den Anschaffungswert der zur Erfüllung des Leistungsauftrags der Einrichtung betriebsnotwendigen Anlagen vorgenommen (Art. 10a VKL). Die Anlagenutzungskosten beziehen sich damit auf die Bestandesliegenschaften ohne Einbezug der geplanten Investitionsvorhaben, d. h. es gibt keine Vorfinanzierung für künftig notwendige Investitionen. Die Spitäler müssen sich diese Mittel selber erwirtschaften oder anderweitig am Kapitalmarkt besorgen. Der VKL muss auch im Lead Consultants-Modell Rechnung getragen werden.

Die Anschaffungspreise der Geräte werden teilweise einzeln, teilweise gruppiert in Form von Pauschalen aufgeführt. In diesen Pauschalen dürfen keine Geräte mit Anschaffungspreis von unter CHF 10'000.- berücksichtigt werden, da diese schon über den SUK-Satz vergütet werden. Die von den Tarifpartnern gelieferten Unterlagen erlauben es nicht, dies zu prüfen. Auch die Wirtschaftlichkeit der berücksichtigten Anschaffungspreise der Geräte kann aufgrund der verfügbaren Informationen nicht beurteilt werden.

Es stellt sich die Frage, ob eine Sparte weiterhin an einen Raum geknüpft sein sollte. Vielmehr könnte analog dem Personal und den Geräten eine Raumliste mit festgelegten Baukosten definiert werden. Die Sparte würde damit zu einem IPL-Sammeltopf, welcher unabhängig zu einer physischen Fläche existieren kann. Ein bestimmter Raum sollte jedenfalls immer dieselben Baukosten hinterlegt haben.

Die oben aufgeführten Bemerkungen lassen darauf schliessen, dass das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit bei den Anlagenutzungskosten nicht vollständig erfüllt ist.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass der in TARDOC auf 3% festgesetzte Zinssatz deutlich unter dem in TARMED vorgesehenen Zinssatz von 5% und auch unter dem kalkulatorischen Zinssatz für die Erbringung von Spitaldienstleistungen erforderliche Anlagevermögen von 3,7% liegt (Art. 10a, Abs. 4, VKL). Diese Reduktion geht somit zwar in die Richtung von Marktpreisen, der Zinssatz bleibt aber hoch.

## **4.2.2. Personalkosten**

### **4.2.2.1. Grundlagen Personalkosten**

Für die Ermittlung der jährlichen produktiven Arbeitszeit des nicht-ärztlichen Personals wird in mehreren Schritten vorgegangen.

Zuerst wird die jährliche Anzahl Arbeitstage des nicht-ärztlichen Personals festgelegt. Sie beträgt in der Regel 212.5 Tage (365 Tage minus 104 Wochenenden minus 10 Feiertage minus 9 Absenztage minus 25 Ferientage minus 4.5 Fortbildungstage). Ausnahme bildet lediglich die «24h Entbindung» mit 5 Fortbildungstagen.

Danach wird die Anzahl produktiver Arbeitsminuten pro Tag ermittelt. Beim nicht-ärztlichen Personal wird von einer täglichen Arbeitszeit von 8.4 Stunden oder 504 Minuten ausgegangen. Für das leitende Personal wird eine unproduktive Zeit von 32 Minuten pro Tag angenommen. Dies entspricht dem Basisabzug beim Tarifwirksamkeitsindex für die ärztlichen Leistungen. Für das ausführende Personal beträgt die unproduktive Zeit 101 Minuten pro Tag. Es gibt keine Informationen darüber, wie diese zustande gekommen ist.

Durch Multiplikation der jährlichen Anzahl Arbeitstage mit der täglichen Anzahl produktiver Arbeitsminuten, resultiert eine jährliche produktive Arbeitszeit des leitenden Personals von 100'300 Minuten und des ausführenden Personals von 85'637 Minuten.

Durch Division der Betriebsminuten mit den Minuten produktiver Arbeitszeit erhält man einen Raumbellegungsfaktor, mit dessen Hilfe die effektiv benötigten Personaleinheiten berechnet werden können.

Durch Multiplikation dieser effektiven Personaldotation mit dem Durchschnittslohn der betreffenden Personalkategorie können die Personalkosten pro Jahr berechnet werden. Diese werden dann noch durch die Anzahl Betriebsminuten dividiert, um den Personalkostensatz pro Tarifminute zu bestimmen.

#### **4.2.2.2. Beurteilung Personalkosten**

##### **a. Vollständige Dokumentation und Transparenz**

Alle Informationen bezüglich Personalkosten und -dotationen sind in einer Excel-Datei enthalten. Erläuterungen zur Festlegung der einzelnen Variablen können den Unterlagen der Tarifpartner keine entnommen werden. Die Berechnungen sind daher aufgrund der mangelnden Transparenz nicht nachvollziehbar.

##### **b. Aktualität und Datenbasis**

Die Personalkosten wurden für 126 Funktionsprofile mit hinterlegten Löhnen auf Basis einer Erhebung von H+/perinnova von 2015 aktualisiert. Für diese Funktionsprofile wurden ebenfalls die Jahresarbeitszeit sowie der Anteil der unproduktiven Zeit bestimmt. Die Grundgesamtheit der Erhebung ist nicht bekannt. Die erforderlichen Personaleinheiten wurden gemäss Tarifpartner in Abhängigkeit der Personaldotationen und Spartenbetriebsdauern anhand von Expertenangaben, teilweise belegt durch Personaleinsatzpläne festgelegt. Geprüft wurden diese Daten durch die Berner Fachhochschule (Erfassung nichtärztlicher Leistungen im Rahmen von TARMED als Grundlage einer Neukalkulation von Kosten und Produktivität; Projektbericht; D. Richter, M. Beck, C. Golz V 1.1, 08.06.2016, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit).

Die MPA-Löhne wurden anhand einer Umfrage des Schweizerischen Verbands Medizinischer Praxis-Assistentinnen SVA von 2016 festgelegt. Es handelt sich dabei um gewichtete Durchschnittslöhne auf einer Grundgesamtheit von 1005 Personen.

Die Daten zu den Personalkosten wurden also aktualisiert.

##### **c. Wirtschaftlichkeit und Billigkeit**

Die Löhne des nicht-ärztlichen Personals wurden neu erhoben und erfüllen damit die Anforderung an die Aktualität der Daten. Es handelt sich um gewichtete Durchschnittslöhne, was beim nicht-ärztlichen Personal eine gute Datengrundlage darstellen dürfte, da nicht von allzu grossen Lohnunterschieden ausgegangen werden kann. Auch hier wäre jedoch die Berücksichtigung des Medianlohns zumindest für eine Plausibilisierung zu prüfen. Die Höhe der Personalkosten pro Berufskategorie wurde nicht überprüft.

Zur Festlegung der Personaldotation für die einzelnen Sparten liegen keine Informationen vor. Die Personaldotationen konnten daher nicht überprüft werden. Hierzu sind zusätzliche Erläuterungen notwendig.

Nach Auskunft der Tarifpartner werden eigenständig ausgeführte Leistungen durch das nicht-ärztliche Personal in eigenen Leistungspositionen tarifiert, ansonsten wird das nicht-ärztliche Personal über die IPL abgegolten, entweder als Personaldotation oder über den SUK-Satz. Dieses Vorgehen birgt die grosse Gefahr, dass Personalaufwand mehrfach verrechnet wird. Die Dokumentation zum TARDOC enthält keine Informationen darüber, wie die Abgrenzung des Personalaufwands zwischen eigenen Leistungspositionen und IPL erfolgt ist. Dies muss allerdings transparent aufgezeigt werden. Zudem müssen die Kriterien für die Bildung von eigenen Leistungspositionen für nicht-ärztliches Personal dokumentiert werden.

Im Schlussbericht INFRA von 1999 zum TARMED wird die Verteilzeit als «Unproduktive Zeit der Funktionseinheit» definiert. Diese unproduktive Zeit bildet zusammengefasst nicht beeinflussbare Wartezeit.

ten und Verzögerungen im Tagesablauf von der gesamten Sparte (Personal und Raum) ab. Die Berechnungsmethode der Verteilzeit wird für den TARDOC 1.1 aus dem TARMED übernommen. Die unproduktive Zeit beim 24h-Personal wurde aber im Vergleich zum TARMED von 52.38 Minuten auf 101 Minuten erhöht.

Aufgrund fehlender (datengestützter) Erklärungen zu den vorgenommenen Anpassungen kann die wirtschaftliche Leistungserbringung nicht bejaht werden resp. kann die Wirtschaftlichkeit der Personalkosten auf Basis der vorhandenen Informationen nicht abschliessend beurteilt werden.

### **4.2.3. Betriebszeiten**

#### **4.2.3.1. Grundlagen Betriebszeiten**

Die Betriebszeiten werden pro Sparte festgelegt. Sie wurden mittels Erhebungen in einzelnen Spitälern und Expertengesprächen (Ärzte) bestimmt. Für die Ermittlung der jährlichen Netto-Betriebszeit in Minuten wird in mehreren Schritten vorgegangen.

Zuerst werden die Netto-Betriebstage pro Jahr ermittelt, indem die Wochenenden und die Feiertage von den Kalendertagen abgezogen, und die Tage für Wartung, Qualitätssicherung und unvorhersehbare Betriebsunterbrüche geschätzt werden.

Danach wird die Brutto-Betriebszeit pro Tag bestimmt; in der Regel sind dies 9 Stunden. Von dieser wird eine Tagesvor- und Tagesnachbereitungszeit abgezogen. Auf der daraus resultierenden Betriebszeit pro Tag kommt noch ein für alle Sparten einheitlicher Abschlagssatz von 5% für unproduktive Leerzeiten zur Anwendung.

Alle Betriebszeiten werden danach in Minuten pro Jahr umgerechnet, um die jährliche Netto-Betriebszeit in Minuten berechnen zu können.

#### **4.2.3.2. Beurteilung Betriebszeiten**

##### **a. Vollständige Dokumentation und Transparenz**

Die Berechnungen zur Ermittlung der jährlichen Netto-Betriebszeit sind nachvollziehbar. Die Betriebszeiten können einem von den Tarifpartnern mitgelieferten Excel-File entnommen werden. Eine zusammenfassende Übersicht dazu würde die Prüfung erleichtern. Die Transparenz bezüglich dieser Angaben ist daher nur bedingt gegeben.

##### **b. Aktualität und Datenbasis**

Einzelne Parameter der Betriebszeit wurden über Expertenmeinungen, andere auf Verhandlungsbasis festgelegt. Stichproben haben gezeigt, dass die Brutto-Betriebszeiten pro Tag wahrscheinlich unverändert aus dem TARMED übernommen wurden (meist 9 resp. 12 Stunden). Die Netto-Betriebszeit pro Tag entspricht einem Verhandlungsergebnis. Die Betriebszeiten wurden vermutlich nicht aktuell erhoben, deshalb ist die Anforderung hinsichtlich Aktualisierung nicht erfüllt. Bei Verwendung von normativ festgelegten Werten müssen diese zumindest begründet und nachvollziehbar sein.

##### **c. Wirtschaftlichkeit und Billigkeit**

Es sollte transparent gemacht werden, welche Kriterien den Experten bei der Festlegung der unproduktiven Betriebszeiten vorgelegt wurden.

Der 24h-Betrieb wird abgebildet, in dem auf der Ebene «unvorhergesehener Ausfall» ein «Minus-Wert» erfasst wird. Für die Nachvollziehbarkeit wäre es einfacher, wenn bei einem 24h-Betrieb die Brutto Betriebstage auf 365 Tage festgelegt würden.



## 4.2.4. SUK-Satz

### 4.2.4.1. Grundlagen SUK-Satz

Der SUK-Satz entspricht einem prozentualen Zuschlag auf die Summe der Anlagennutzungs- und Personalkosten einer INFRA-Sparte.

Die Sach- und Umlagekosten werden gemäss Tarifpartner explizit ohne Bau-/Anlagekosten gemäss KVG gerechnet, da die direkten Kosten der leistungserbringenden Kostenstellen, auf die sich die SUK beziehen, bereits Anlagennutzungskosten enthalten. In den Sach- und Umlagekosten enthalten sind:

Sachkosten:

- Lebensmittelaufwand
- Haushaltsaufwand
- Unterhalt und Reparaturen
- Aufwand für Anlagenutzung
- Aufwand für Energie und Wasser
- Finanzaufwand
- Verwaltungs- und Informatikaufwand
- Übriger patientenbezogener Aufwand
- Übriger nicht patientenbezogener Aufwand

Umlagen I:

- Direktion
- Dezentrale Führungs- und Koordinationsbereiche
- Wäscherei
- Reinigung
- Personalwesen
- Rechnungswesen
- Support und Service
- Gemeinschaftlich genutzte Sekretariate
- Einkauf/Zentrallager
- Zentralsterilisation
- Nebenbetriebe (Personalvergünstigungen)

Umlagen II

- Hotellerie (Zimmer, Küche, Service)
- Übrige Leistungserbringer
- Patientenadministration

### 4.2.4.2. Beurteilung SUK-Satz

#### a. Vollständige Dokumentation und Transparenz

Im TARMED gilt heute noch in den meisten Sparten ein einheitlicher SUK-Satz von 65% auf die Personal- und Anlagekosten. Eine Erhebung des SUK-Satzes von 1999 ergab einen Satz von 70%. Die Erhebung dieses Satzes wurde damals wegen des Erhebungsverfahrens, der mangelhaften Datenqualität und der kleinen Anzahl Spitäler durch den Preisüberwacher kritisiert und der SUK-Satz nachträglich auf 65% gesenkt.

Für die Dokumentation des SUK-Satzes im TARDOC 1.0 legten die Tarifpartner ihren Unterlagen zwei Studien bei:

- Eine Analyse des SUK-Satzes durch die Polynomics AG vom 30. Juni 2017, die einen einheitlichen SUK-Satz aus statistischer Sicht als begründbar bezeichnet. Wird der Einheits-SUK-Satz am durchschnittlichen, ausreisserbereinigten SUK-Satz festgesetzt, beträgt er laut Polynomics 66.1%.
- Ein Gutachten zur Berechnung des Sach- und Umlagekosten-Satzes durch Prof. Dr. Klaus Möller vom 24. Juni 2019, das einen differenzierten SUK-Satz für die fachliche Angemessenheit des Modells als wesentliche Voraussetzung sieht. Als Übergangslösung sollte mindestens eine Aufteilung der Hotelleriekosten in einen ambulanten und einen stationären Anteil vorgenommen werden. Dadurch würde ein SUK-Satz für den TARMED von 51% resultieren.

Beide Dokumente führen zwar Elemente auf, welche für die Festlegung des SUK-Satzes berücksichtigt werden sollten, erklären die effektiv festgesetzte Höhe des SUK-Satzes aber nur ansatzweise. Die vorgeschlagene Aufteilung der Hotelleriekosten auf den stationären und ambulanten Bereich scheint jedoch im SUK-Satz erfolgt zu sein. Da die konkrete Berechnung des SUK-Satzes nicht dokumentiert ist, kann diese aufgrund der mangelnden Transparenz nicht nachvollzogen und daher auch nicht abschliessend beurteilt werden.

## **b. Aktualität und Datenbasis**

Im TARDOC wird neu ein einheitlicher SUK-Satz von 51.4% hinterlegt. Die Tarifpartner geben an, dass der Zuschlagssatz anhand einer breit angelegten, empirischen Erhebung unter partieller Elimination der Hotellerie-Kosten bei Spitälern unterschiedlicher Grösse und Aktivität ermittelt wurde. Es liegen aber keine Informationen zum Umfang und zur Zeitperiode dieser Erhebung vor. Somit kann die Aktualität der Daten mangels Transparenz nicht abschliessend geprüft werden. Es scheint aber, dass zumindest der Mindestanforderung aus der Studie von Prof. Dr. Klaus Möller Rechnung getragen worden ist.

## **c. Wirtschaftlichkeit und Billigkeit**

Prof. Dr. Möller geht davon aus, dass ein undifferenzierter Zuschlagssatz von über 50% mit einer zeitgemässen Kostenrechnung nicht vereinbar sei. Ein differenzierter SUK-Satz sei für die fachliche Angemessenheit des Modells von wesentlicher Bedeutung. Nach Meinung von Prof. Dr. Möller müssten durch Vereinzeln von Kosten (Prozessorientierung), die Rest-Gemeinkosten auf einen Anteil von deutlich unter 10% der Gesamtkosten reduziert werden. Diese würden dann weiterhin als summarischer Zuschlag verteilt.

Von den Leistungserbringern sollte daher eine differenziertere Verrechnung der Sach- und Umlagekosten nach sinnvollen Bezugsgrössen vorgelegt werden. Es geht darum, die Kosten verursachergerecht zwischen ambulant und stationär und zwischen den verschiedenen ambulanten Leistungen (z.B. Desinfektion) zu verteilen. Bei der Anpassung des SUK-Satzes sollten auch folgende Punkte berücksichtigt werden:

- Die Tatsache, dass bei der Berechnung der Baukosten im TARDOC eine «Kostenumlage» der Baukosten aus nicht produktiven Funktionen durchgeführt wurde.
- Die neue Verrechnung/Tarifierung von Prozesskosten, die nicht direkt in Zusammenhang mit der Behandlung des Patienten stehen (insbesondere Personal und ICT-Kosten).

Mit dem SUK-Satz findet eine generelle Umlage aller nicht direkt verrechenbaren Kosten statt. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass der SUK-Satz auf Grund der neuen Kalkulation der Baukosten mit differenzierter Kostenumlage aus nicht produktiven Funktionen, oder auf Grund der höheren Dotation von nicht-ärztlichem Personal in den Sparten (teilweise wurden auch explizit neue Sparten für nicht-ärztliches Personal gebildet) angepasst wurde. Diese Änderungen implizieren aber eine Senkung des SUK-Satzes. In diesem Sinne kann die Erfüllung des Prinzips der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit nicht abschliessend beurteilt werden, weil es nicht genügend Informationen dazu gibt. Wichtig ist, dass ein Tarif nur die effizient erbrachten und transparent gemachten Kosten deckt.

### **4.2.5. Anpassungsempfehlungen für Kostenmodell INFRA**

Die von den Tarifpartnern zum Kostenmodell INFRA gelieferten Unterlagen erfüllen die Anforderung betreffend vollständiger Dokumentation und Transparenz nur teilweise. Die zu Grunde liegenden Daten wurden mehrheitlich aktualisiert, jedoch ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit bei einigen Parametern des Modells nicht vollständig erfüllt.

Auf Grund der Analyse werden mindestens folgende Anpassungen empfohlen:

- Kosten, welche für eine ambulante ärztliche Tarifstruktur nicht oder nur zum Teil relevant sind, sollten transparent abgegrenzt werden und dürfen nicht ins Berechnungsmodell einfließen.
- Ein Clustering zur Vereinfachung des Modells ist nur dann zulässig, wenn es nicht zu einer Verzerrung der Relationen zwischen den einzelnen Leistungspositionen führt.
- Wenn eigenständig ausgeführte Leistungen durch das nicht-ärztliche Personal in eigenen Leistungspositionen tarifiert werden, muss dies bei der Festlegung der Personaldotation berücksichtigt und dokumentiert werden, um zu verhindern, dass Personalkosten doppelt verrechnet werden.

- Zur Bestimmung eines sachgerechten SUK-Satzes müssen die notwendigen Daten erhoben werden. Der SUK-Satz muss bei einer Änderung der Berechnungsmethode der Anlagenutzungskosten oder der Personalkosten adäquat angepasst werden.

### 4.3. Kostenmodell KOREG

#### 4.3.1. Grundlagen Kostenmodell KOREG

Mit dem Kostenmodell KOREG werden die Minutenkostensätze der Infrastruktur- und Personalleistungen (IPL) für die diversen Sparten in der Arztpraxis hergeleitet. Die für die Berechnungen verwendeten Kosten basieren auf in Arztpraxen erhobenen Finanzbuchhaltungsdaten. Die erhobenen Kosten werden anhand von empirisch ermittelten oder normativ festgelegten Verteilschlüsseln auf die Sparten aufgeteilt. Anhand der Betriebsdauern der einzelnen Sparten werden anschliessend die Kosten pro Betriebsminute errechnet. Für die Ermittlung der Betriebsdauern wurden abgerechnete TARMED-Leistungen verwendet. Damit entspricht das Kostenmodell KOREG grundsätzlich dem Modell, welches für TARMED verwendet wurde (Kostenrechnungssystem GRAT). Die folgende Abbildung 4 zeigt die Berechnungsmethodik des Kostenmodells KOREG für TARDOC:

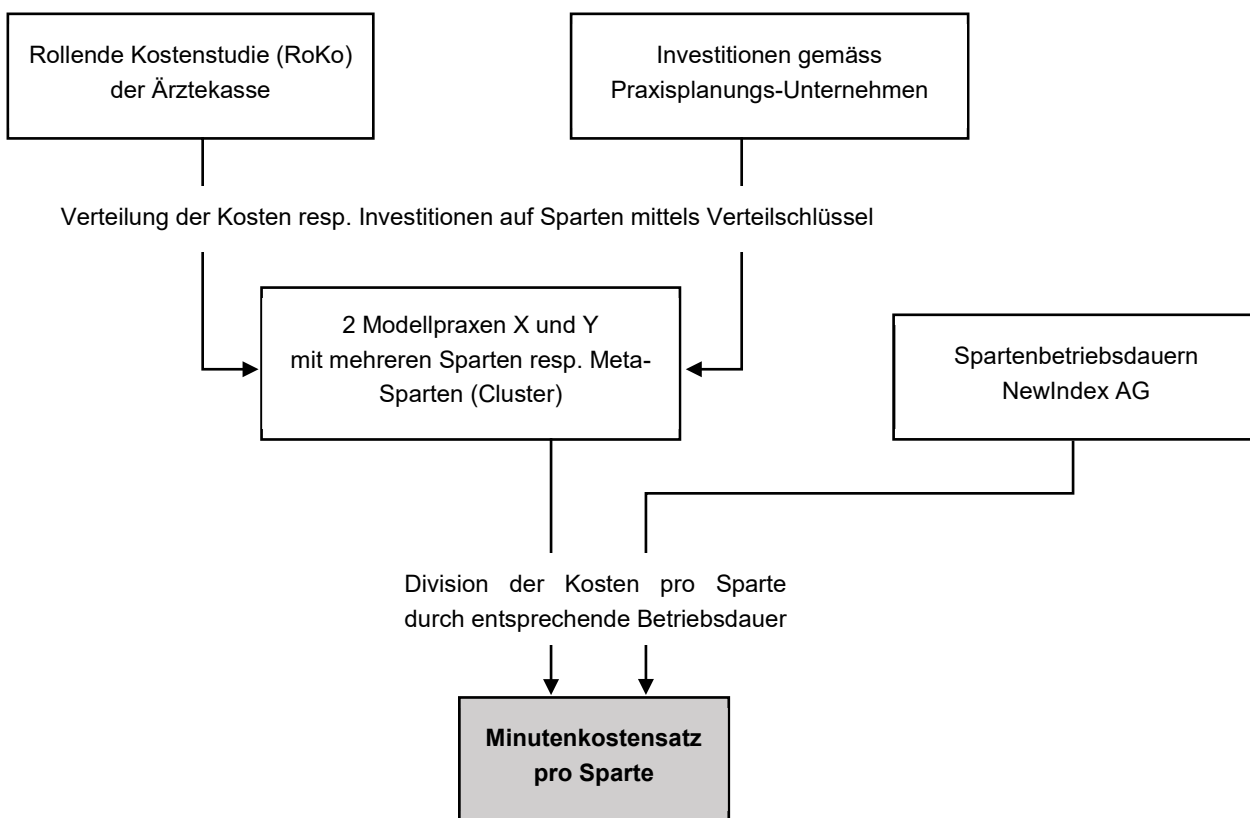


Abbildung 4: Berechnungsmethodik Kostenmodell KOREG  
(Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Unterlagen der Tarifpartner)

Die Unterlagen zum Kostenmodell KOREG wurden nicht alle gemeinsam von curafutura und der FMH eingereicht. Mit der Einreichung des Antrags zur Genehmigung der Tarifstruktur TARDOC Version 1.0 vom 12. Juli 2019 an den Bundesrat wurde gemeinsam das von der ats-tms AG verfasste Dokument «Kostenmodell KOREG»<sup>10</sup> eingereicht. Dieses Dokument umschreibt das Kostenmodell KOREG in seinen Grundzügen. Mit der ersten Nachlieferung von weiteren Dokumenten am 29. resp. 30. August 2019 reichten curafutura und FMH beim BAG ein wiederum von der ats-tms AG verfasstes Dokument mit allgemeinen Erklärungen zur Tarifstruktur TARDOC 1.0<sup>11</sup> ein, welches unter anderem ebenfalls grundlegende Informationen zum Kostenmodell KOREG enthält. Ergänzend zu den am 29. August 2019 gemeinsam eingereichten weiteren Unterlagen reichte die FMH am 30. August 2019 beim BAG detaillierte

<sup>10</sup> Datei «d Kostenmodell KOREG.pdf»

<sup>11</sup> Datei «20190822\_Beschreibung\_Tarifstruktur\_TARDOC.pdf»

Unterlagen zum Kostenmodell KOREG ein. Eingereicht wurden von der FMH der RoKo-Fragebogen aus dem Jahr 2016, mehrere Excel-Dateien mit Details zur Datenerhebung und den Berechnungsschritten sowie ein Bericht, welcher die Vorgehensweise des Modells und den Zusammenhang der Excel-Dateien aufzeigt. curafutura wurde von der FMH mit einer Kopie des Begleitschreibens vom 30. August 2019 bedient. Das Begleitschreiben der FMH führt die beim BAG eingereichten Unterlagen auf, curafutura wurden diese jedoch nicht zugestellt. curafutura dürfte somit keine Kenntnisse über die für das Kostenmodell KOREG verwendeten Daten und die detaillierten Berechnungsschritte haben. Darüber hinaus hat die FMH im Begleitschreiben vom 30. August 2019 darauf hingewiesen, dass die Datenlieferung nur gegenüber dem BAG aus Transparenzgründen erfolgt. Die eingereichten Dokumente dürften nur dem BAG zur Einsicht überlassen werden, da diese über das grundsätzliche Geheimhaltungsinteresse hinausgehen und gewichtige Berufsgeheimnisse und vertrauliche Marktinformationen enthalten würden. Die Unterlagen dürften auf keinen Fall weitergegeben oder Dritten zur Einsicht überlassen werden. Mit Email vom 14. April 2020 hat die FMH beim BAG im Nachgang zu einer Skype-Besprechung zwischen curafutura, der FMH und dem BAG weitere erläuternde Unterlagen zum Kostenmodell KOREG eingereicht. curafutura wurden diese Unterlagen wiederum nicht zugestellt. Auch die Lieferung vom 14. April 2020 wurde von der FMH mit der bereits im Schreiben vom 30. August 2019 festgehaltenen Vertraulichkeitsklausel versehen.

Die Bitte der FMH betreffend Vertraulichkeit der eingereichten Informationen wird respektiert. Dies hat aber zur Folge, dass im vorliegenden Prüfbericht keine detaillierte Rückmeldung zum Kostenmodell KOREG gegeben werden kann. Die vorliegende Rückmeldung beschränkt sich daher im Folgenden auf die von curafutura und der FMH gemeinsam eingereichten Informationen zum Kostenmodell KOREG.

#### **4.3.1.1. Datengrundlage**

Als Grundlage für das Kostenmodell KOREG dient analog dem Kostenrechnungssystem GRAT für TAR-MED die von der Ärztekasse und den kantonalen Ärztegesellschaften in den ambulanten Arztpraxen durchgeführte rollende Kostenstudie (RoKo). Die RoKo erfasst seit 1990 Daten aus der Finanzbuchhaltung der Arztpraxen und umfasst bis einschliesslich das Jahr 2016 insgesamt 59'476 einzelne Fragebögen von 35'023 unterschiedlichen Ärzten. Für die Tarifstruktur TARDOC wurde mit gemittelten Daten der Jahre 2014 bis 2016 gerechnet, welche auf über 11'000 Fragebögen von über 3'000 Praxen basieren.

Mittels Papier-Fragebogen oder Online-Tool erfassen die Ärzte jährlich Angaben zu ihrem Materialaufwand, dem Personalaufwand, dem Raumaufwand, dem Kapitalaufwand sowie zu den Abschreibungen. Weiter werden Aufwände für Versicherungen und übrige Aufwände (Verwaltungsaufwand, berufliche Fortbildung, Beiträge an Berufsverbände etc.) abgefragt. Nebst den Aufwänden werden auch die Erträge erfasst, hier sind insbesondere von Bedeutung die Erträge aus Leistungen und Medikamenten. Nebst den Finanzdaten werden auch Angaben zur Praxis (Grösse, Pensum, Öffnungszeiten, Angestellte etc.) erfasst.

Die Verteilschlüssel für die Umlage der Kosten auf die einzelnen Sparten stammen teilweise aus der RoKo, teilweise wurden sie normativ festgelegt. Die Abschreibungs- und Zinssätze wurden gemäss REKOLE® festgelegt.

#### **4.3.1.2. Praxismodelle und Sparten**

Zur Modellierung einer ambulanten Arztpraxis, welche als Basis für die Berechnungen des Kostenmodells KOREG dient, wird diese in verschiedene Funktionseinheiten, Sparten genannt, eingeteilt. Gemäss Ausführungen der beiden Tarifpartner curafutura und FMH bedarf es lediglich zwei Modellpraxen und zwar eine Modellpraxis Psychiatrie (X) und eine Modellpraxis Allgemein (Y), wobei die Modellpraxis Allgemein sämtliche Fachpraxen abgesehen von der Psychiatrie umfasst. Entsprechend fliessen in die Modellpraxis Psychiatrie nur die Kosten aus der RoKo von Psychiatrie-Praxen ein.

Die Modellpraxis Psychiatrie besteht aus folgenden 4 Sparten:

- Sprechzimmer Psychiatrie
- UBR klein Psychiatrie
- Apotheke/SD
- Allgemeinfläche (Indirektes)

Die Modellpraxis Allgemein besteht aus folgenden 11 Meta-Sparten:

- Sprechzimmer
- UBR 1 ALLG
- UBR 1 ALLG nichtärztliche Tätigkeit
- UBR 2 ALLG
- UBR 3 ALLG
- UBR 4 ALLG
- Röntgen Arztpraxis
- Praxis-Ultraschall
- Labor
- Apotheke/SD
- Allgemeinfläche (Indirektes)

Die effektiven KOREG-Sparten in der Tarifstruktur sind umfangreicher. Aufgrund von Ähnlichkeiten von einigen KOREG-Sparten wurden diese für die Berechnung der Kostensätze in 9 verschiedene Meta-Sparten gruppiert, wie die folgende Tabelle 6 zeigt:

Cluster	Sparten
Praxis-Röntgen	Röntgenraum 1
Praxis-Ultraschall	Ultraschall gross
Sprechzimmer	Sprechzimmer
Sprechzimmer Psychiatrie	Sprechzimmer Psychiatrie
UBR 1 ALLG	UBR Gynäkologie und Geburtshilfe
	UBR Urologie
	UBR Grundversorger
	UBR Pneumologie
	UBR Schmerztherapie
	Camera silens
UBR 1 ALLG_nä.Tätigkeiten	EKG-Platz
	Lichttherapie (Dermatologie)
	Orthoptik/Neuroophthalmologie
UBR 2 ALLG	UBR Ophthalmologie
	UBR ORL
	UBR Dermatologie
	EKG-Labor
	UBR Angiologie
	Funktionsdiagnostik ORL
	Funktionsdiagnostik Ophthalmologie
	Elektroneuromyografie ENMG
UBR 3 ALLG	Echokardiografie
	Klinische ophthalmologische Diagnostik
	Ophthalmologischer Laser
	Funktionsdiagnostik Pneumologie
UBR 4 ALLG	Ophthalmologische Fotografie

*Tabelle 6: Clustering der KOREG-Sparten  
(Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Unterlagen der Tarifpartner)*

In der obigen Tabelle 6 fehlen die sogenannten Eliminationssparten sowie die Sparte Allgemeinfläche (Indirektes). In der RoKo werden Angaben für sämtliche Räumlichkeiten und Aufwände einer ambulanten Arztpraxis erhoben. Für den Tarif für die ärztlichen Leistungen ist jedoch nur eine Teilmenge davon relevant. Um tariffremde Daten zu entfernen, wurden die beiden Eliminationssparten «Labor» und «Apotheke» gebildet.

Da nicht alle Kosten eindeutig auf die oben aufgeführten Sparten verteilt werden können, wurde im Sinne einer indirekten Sparte die Sparte «Allgemeinfläche» gebildet.

Ein wesentlicher Unterschied zum Kostenrechnungssystem GRAT für TARMED besteht darin, dass für TARMED die Fachgesellschaften in 6 verschiedene Kostenmodelle resp. Modellpraxen (A, B, C, E, F und G) eingeteilt wurden.

#### 4.3.1.3. Kostenarten und Verteilschlüssel

Die mittels RoKo erhobenen und für das Kostenmodell KOREG direkt daraus entnommenen Kostenarten von ambulanten Arztpraxen sind unten in Tabelle 7 aufgeführt. Diese Kostenarten werden anhand von Verteilschlüsseln und gewichtet nach der Häufigkeit einer Sparte bei den teilnehmenden Praxen auf die einzelnen Sparten verteilt. Die Verteilschlüssel pro Kostenart sind ebenfalls in Tabelle 7 aufgeführt.

Kostenarten	Verteilschlüssel
Raumkosten (RoKo: A3T Raumaufwand)	Quadratmeter
Zinskosten (RoKo: A4T Zinsen)	normativ festgelegte Investitionen
Abschreibungen (RoKo: A5T Abschreibungen)	normativ festgelegte Abschreibungssätze
Material und Medikamente (RoKo: A1T Material/Medi)	Schlüsselung auf Sparten Apotheke, Labor und Allgemeinfläche (Indirektes)
Unterhaltskosten (RoKo: A73 Unterhalt und Rep)	normativ festgelegte Unterhaltssätze
Übriges (fix) (RoKo: A61 Praxisversicherungen; A72 Fortbildung)	Vollständige Umlage auf Allgemeinfläche (Indirektes)
Übriges (variabel) (RoKo: A71 Verwaltungsaufwand; A74 Fahrzeugaufwand)	Vollständige Umlage auf Allgemeinfläche (Indirektes)
Eigenkapitalzins (RoKo: B1z EigenkapitalZins)	normativ festgelegte Investitionen
Löhne (RoKo: A2T Personalkosten)	normativ festgelegte Anteile

*Tabelle 7: Kostenarten und Verteilschlüssel KOREG  
(Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Unterlagen der Tarifpartner)*

Die Quadratmeter je Sparte für die Verteilung der Raumkosten werden ebenfalls mittels RoKo erhoben.

Die normativ festgelegten Investitionen für die Schlüsselung der Zinskosten wurden anhand von Angaben eines Praxisplanungs-Unternehmens über die durchschnittlichen Investitionskosten für Mobiliar, Informatik und medizinische Geräte und Apparate ermittelt. Zudem wurden die Umbaukosten abgeschätzt und normativ festgelegt.

Die Abschreibungen, die Unterhaltskosten sowie die Eigenkapitalzinsen werden ebenfalls basierend auf den Investitionskosten geschlüsselt.

Die Medikamentenkosten werden vollständig der Eliminationssparte Apotheke zugewiesen. Die restlichen Aufwände für Labormaterial, Röntgenmaterial, Verbandsmaterial und andres werden zu gleichen Teilen (50%) der Eliminationssparte „Labor“ und der Sparte «Allgemeinfläche (Indirektes)» zugewiesen.

Die nicht-ärztlichen Personalkosten werden in erster Linie der Allgemeinfläche (Indirektes) zugewiesen.

Die der indirekten Sparte «Allgemeinfläche» zugeordneten Kosten werden in einem zweiten Schritt zu gleichen Teilen auf die einzelnen Sparten aufgeteilt.

#### **4.3.1.4. Betriebsdauern**

Die Ermittlung des Minutenkostensatzes einer Sparte erfolgt durch Division der zugewiesenen Kosten durch die jährlichen Betriebsminuten der Sparte. Die dafür notwendigen Betriebsdauern wurden anhand von TARMED-Abrechnungsdaten ermittelt. Die Datenbasis dafür stammt von der NewIndex AG und umfasst die Jahre 2014 bis 2016. Für die Herleitung der Spartenbetriebsdauern wurden die abgerechneten Minutagen der technischen Leistungen verwendet. Die mittlere Betriebsdauer je Sparte ergibt sich dabei aus der Jahres-Summe der Minutagen aller Leistungen einer Sparte dividiert durch die Anzahl Leistungserbringer. Auch hier besteht ein wesentlicher Unterschied zum Kostenrechnungssystem GRAT für TARMED. Für TARMED wurden auf Basis der RoKo und der dort genannten Anzahl Ärzte pro Praxis spartenspezifische Netto-Betriebsdauern festgelegt.

### **4.3.2. Beurteilung Kostenmodell KOREG**

#### **4.3.2.1. Vollständige Dokumentation und Transparenz**

Die dem BAG eingereichten Unterlagen zum Kostenmodell KOREG sind umfangreich. Wie jedoch unter IV.4.3 erläutert, ist ein Grossteil der Informationen zum Kostenmodell KOREG dem Vertragspartner curafutura nicht zugänglich gemacht worden. Zudem wurden die aus der RoKo verwendeten Rohdaten auch nicht gegenüber der Genehmigungsbehörde offengelegt. Aus diesen Gründen ist die Anforderung betreffend Transparenz der Dokumentation zur Tarifstruktur nicht vollständig erfüllt.

Die Erläuterungen zum Kostenmodell KOREG sind sehr knapp gehalten und daher nur schwer nachvollziehbar. Dies erschwerte die Prüfarbeit erheblich.

Gemäss Ausführungen in den Erläuterungen basieren zahlreiche Parameter des Kostenmodells auf Expertenmeinungen und/oder wurden normativ festgelegt. So beispielsweise das Clustering der Sparten oder auch einige Verteilschlüssel für die Aufteilung der Kostenarten auf die einzelnen Sparten. Ohne weitere Angaben zu diesen Expertenmeinungen sind diese nicht beurteilbar. In den Erläuterungen werden unter anderem Angaben eines Praxisplanungs-Unternehmens hinsichtlich Investitionskosten für Mobiliar, Informatik und medizinische Geräte und Apparate erwähnt. Auch hierzu fehlen ausführliche Angaben. Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die Sparte «Untersuchungs- und Behandlungsraum klein Psychiatrie» in den Erläuterungen zur Modellpraxis Psychiatrie erwähnt ist, in den folgenden Erläuterungen und Auflistungen jedoch nicht mehr vorhanden ist.

#### **4.3.2.2. Aktualität und Datenbasis**

Positiv zu beurteilen ist die Verwendung von relativ aktuell erhobenen Kostendaten von ambulanten Arztpraxen (verwendete Jahre: 2014 bis 2016). Dies stellt gegenüber dem aktuell gültigen Tarif TARMED eine wesentliche Verbesserung dar und erfüllt die Anforderung, den Tarif an aktuelle Gegebenheiten anzupassen, besser. Ebenfalls positiv zu beurteilen ist die jährliche Erhebung der Kosten von ambulanten Arztpraxen mittels RoKo. Dies bietet die Möglichkeit, einen Tarif regelmässig zu aktualisieren.

Gemäss Ausführungen der Tarifpartner erfolgt die Erhebung der RoKo seit 1990. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Kostenmodells KOREG lagen Daten bis einschliesslich 2016 vor und somit über 27 Jahre. Insgesamt lagen bis zum Jahr 2016 59'476 ausgefüllte Fragebogen vor. Gemäss gemeinsamer Dokumentation der beiden Tarifpartner basiert das Kostenmodell KOREG auf gemittelten Daten aus den Jahren 2014 bis 2016 «von deutlich über 3'000 Arztpraxen» und «mehr als 11'000 Fragebögen». Zudem ist die Teilnahme an der RoKo nicht in allen Kantonen obligatorisch<sup>12</sup>. Vor diesem Hintergrund und einer Grundgesamtheit von rund 27'000 freipraktizierenden Ärzten in der Schweiz bleibt offen, ob die für das Kostenmodell verwendeten Daten die Grundgesamtheit der ambulanten Arztpraxen repräsentativ abbilden. Denkbar wäre beispielsweise, dass die Tarifpartner die verwendeten RoKo-Daten mit den vom BFS erhobenen Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren (MAS) plausibleren

---

<sup>12</sup> Quelle: RoKo-Flyer (aufgerufen am 18. Mai 2020 unter [https://www.aerztekasse.ch/files/roko\\_flyer\\_a5q\\_d\\_040516.pdf](https://www.aerztekasse.ch/files/roko_flyer_a5q_d_040516.pdf))

Wie unter IV.4.3.1.4 erläutert erfolgt die Ermittlung der Spartenbetriebsdauern anhand von abgerechneten TARMED-Positionen. Dieses Vorgehen entspricht nicht einer empirischen Erhebung der tatsächlichen Betriebsdauern. Bekanntlich stammen die Minutagen im aktuell gültigen TARMED nach wie vor aus den 1990er Jahren und entsprechen daher nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten. Dies trifft besonders auf die technischen Leistungen zu und ist nicht zuletzt einer der Hauptgründe für die Revisionsbedürftigkeit des TARMED. Insbesondere bei Handlungsleistungen mit einer fixen Minutage kann die abgerechnete Zeit erheblich von der effektiv benötigten Dauer der Nutzung der Sparte abweichen.

Betreffend Aktualität der auf Basis von Expertenmeinungen und/oder normativ festgelegten Parameter des Kostenmodells KOREG wird auf Ziffer IV.4.3.2.1 verwiesen.

Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass die Herleitung der Kostenarten und die Betriebsdauern auf zwei unterschiedlichen Datenquellen beruhen. Es ist daher nicht klar, ob für die Kalkulation Gleiches mit Gleichem verglichen wird.

#### **4.3.2.3. Wirtschaftlichkeit und Billigkeit**

Das Gebot der Wirtschaftlichkeit verlangt unter anderem eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife. Dies bedeutet, dass ein Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten einer Leistung und höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken darf. Betreffend transparent ausgewiesenen Kosten wird auf die Ausführungen unter IV.4.3.2.1 verwiesen.

Was die Frage nach der effizienten Leistungserbringung betrifft, kann diese für die verwendeten Kosten von ambulanten Arztpraxen auf Basis der RoKo nicht abschliessend beantwortet werden. Nebst den fehlenden Angaben zur Repräsentativität der Daten fehlen in den Erläuterungen der Tarifpartner auch Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit dieser Kosten. Da die Erhebung der RoKo teilweise auf Freiwilligkeit und die Angaben auf Selbstdeklaration beruhen, kann dies zu Verzerrungen führen. Zudem kann die Wirtschaftlichkeit bei der Verwendung von durchschnittlichen Kosten, wie dies vorliegend gehandhabt wird, in Frage gestellt werden.

Hinsichtlich verwendeter Spartenbetriebsdauern ist die Anforderung der effizienten Leistungserbringung eher nicht erfüllt, da die Betriebsdauern auf Daten beruhen, welche nicht der Realität entsprechen.

Die Tarifpartner weisen in den Erläuterungen zum Kostenmodell KOREG darauf hin, dass der maximale Modellfehler in der fehlerhaften Zuweisung von Kosten zu den Kostenarten liegen kann. Es werden keine Angaben dazu gemacht, ob das korrekte Zuweisen strichprobenartig überprüft wird.

Den Erläuterungen ist zudem zu entnehmen, dass die Kosten für Labormaterial, Röntgenmaterial, Verbandsmaterial und anderes je zu 50% der Eliminationssparte «Labor» und der indirekten Sparte «Allgemeinfläche» zugewiesen werden. Gemäss RoKo-Fragebogen werden diese Kosten je separat erfasst. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb das tariffremde Labormaterial nicht vollständig der Eliminationssparte «Labor» und das Röntgenmaterial nicht vollständig der Sparte resp. dem Cluster «Praxis-Röntgen» zugewiesen werden. Dies bedeutet zudem, dass sämtliche erhobenen Kosten für Verbrauchsmaterial vollständig auf Sparten verteilt wird und somit keine Abgrenzung zwischen separat verrechenbarem Material und Material, was in den IPL enthalten ist, erfolgt. Gemäss genereller Interpretation 124 können– analog zur Regelung im TARMED – Verbrauchsmaterial, Implantate und Osteosynthesematerial mit einem Stückpreis von mehr als CHF 3.- separat in Rechnung gestellt werden. Dies hat zur Folge, dass ein Teil des Verbrauchsmaterial doppelt vergütet wird. Zumindest ist den zur Verfügung stehenden Informationen eine entsprechende Abgrenzung nicht zu entnehmen. Dies widerspricht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Falls in einer Praxis ein Labor und/oder eine Apotheke geführt werden, sollte auch ein Teil der nicht-ärztlichen Lohnkosten auf die beiden entsprechenden Eliminationssparten verteilt werden.

#### **4.3.2.4. Vereinfachung der Tarifstruktur**

Die Idee, die Modellpraxen auf zwei (X und Y) zu reduzieren, mag darin bestanden haben, das Kostenmodell KOREG zu vereinfachen. Diese Reduktion abstrahiert die Modellpraxis Y (Allgemein) aber derart, dass daraus vermutlich zu niedrige Auslastungen der Sparten resultieren und die ursprünglich mittels RoKo erhobenen Kosten vervielfachen. Die Modellpraxis Y umfasst sämtliche Sparten aller Fachrichtungen mit Ausnahme der wenigen Sparten einer Psychiatrie-Praxis (Modellpraxis X). Eine solche Modellpraxis wird in der Realität kaum vorzufinden sein und führt unter der Annahme, dass die totale



Auslastung der Modellpraxis kumuliert 100% beträgt, dazu, dass bei den einzelnen Sparten mit einer zu tiefen Auslastung gerechnet wird. Zudem führt die Modellierung der Praxis X dazu, dass die auf die Sparten verteilten Kosten kumuliert zu hoch ausfallen.

Abgesehen davon werden nicht sämtliche für die Berechnung notwendigen Parameter mit der RoKo erhoben. Es sind daher bei der Verteilung der Kosten auf die Sparten mehrere Berechnungsschritte erforderlich, welche teils auf Annahmen oder auf normativ festgelegten Werten beruhen. Dies verkompliziert das Modell.

### **4.3.3. Anpassungsempfehlungen für Kostenmodell KOREG**

Wie eingangs von Ziffer IV.4.3 erwähnt, kann zum Kostenmodell KOREG im vorliegenden Bericht keine detaillierte Rückmeldung gegeben werden. Der Grund dafür ist, dass die FMH die für das Verständnis des Kostenmodells relevanten Unterlagen ausschliesslich dem BAG zugänglich gemacht hat. Für eine detaillierte Rückmeldung muss zunächst die vollständige Transparenz gegenüber allen beteiligten Tarifpartnern und zuständigen Prüfbehörden geschaffen werden. Zudem sollten auch die Herleitung sämtlicher Parameter transparent ausgewiesen und die Rohdaten aus der RoKo offengelegt werden. Dies müsste insbesondere für die Parameter ergänzt werden, welche auf Expertenmeinungen und/oder normativer Festlegung basieren. Vor diesem Hintergrund könnte geprüft werden, ob eine im Vergleich zur RoKo umfassendere Datenerhebung das Modell nicht erheblich vereinfachen würde.

Betreffend Datengrundlagen sollten Angaben zur Repräsentativität und Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit der erhobenen Daten gemacht und die Daten gegebenenfalls bereinigt werden. Zudem sollten auch die Spartenbetriebsdauern aktuell und empirisch erhoben werden. Dabei sollten auch ärztliche Tätigkeiten ausserhalb der Praxis, beispielsweise als Belegarzt, berücksichtigt werden. Dort wo es aufgrund der Datenbasis möglich ist, sollten spartenspezifische Kosten den entsprechenden Sparten direkt zugewiesen werden. Zudem sollte sichergestellt werden, dass Kosten nicht mehrfach vergütet werden. Bei Verwendung von normativ festgelegten Werten (wie z.B. für die Verteilschlüssel für die Umlage der Kosten auf die einzelnen Sparten) müssen diese zumindest begründet und nachvollziehbar sein.

Um die Modellpraxen näher an der Realität abzubilden, sollte die Modellierung von mehr als zwei Modellpraxen geprüft werden. Denkbar wären beispielsweise Modellpraxen für die Grundversorgung, die Psychiatrie, chirurgisch tätige Spezialisierungen und nicht chirurgisch tätige Spezialisierungen, analog dem Kostenrechnungssystem GRAT für TARMED.

### **4.4. Zwei unterschiedliche Kostenmodelle für eine Tarifstruktur**

Auch im TARDOC gibt es somit zwei Kostenmodelle für die Berechnung der Taxpunkte der Infrastruktur- und Personalleistungen (INFRA und KOREG). Die beiden Kostenmodelle sind wie oben erläutert sehr unterschiedlich ausgestaltet. Das Kostenmodell INFRA basiert auf normativen Daten von Spitälern, während KOREG auf effektiv erhobene Daten aus Praxen von frei praktizierenden Ärzten und Ärztinnen zurückgreift. Welches Kostenmodell jeweils zur Anwendung kommt, ist davon abhängig, wo (Spital oder Arztpraxis) die in der entsprechenden Sparte tarifierten Leistungen mehrheitlich abgerechnet werden.<sup>13</sup>

Würde man die Taxpunkte mit dem jeweils anderen Kostenmodell berechnen, würde dies je nach Leistung zu höheren oder tieferen Werten führen. Die EFK hatte in ihrem Bericht zum TARMED im Jahr 2010 festgestellt, dass die Kostensätze gemäss den beiden Modellen sehr unterschiedlich sind und dass in nur zwei der zehn Sparten der damals untersuchten Fallbeispiele der tiefere Kostensatz gewählt wurde. Die EFK schloss daraus, dass dies bspw. bei einer Operation grosse Folgen für die Gesamtkosten, für den Beschluss, eine Investition für die Errichtung eines privaten Operationssaals zu tätigen und für die notwendige Auslastung dieses Operationssaals hat.

Wird die Leistung bspw. mehrheitlich im Spital erbracht, liegen der Berechnung normative Daten von Spitälern zugrunde (Modell INFRA). Falls der Kostensatz nach INFRA für diese Sparte höher ausfällt als der Kostensatz nach KOREG, bedeutet dies, dass die Ärztinnen und Ärzte, die die Leistungen dieser Sparte abrechnen, pro Minute höher vergütet werden als die effektiv erhobenen Kosten der Arztpraxis. Somit resultiert für die Arztpraxen bei diesen Leistungen eine Übervergütung. Bei anderen Leistungen

---

<sup>13</sup> Weitere Kriterien sind die Umgebungssparten sowie die vorhandene Datengrundlage im KOREG. Deshalb werden auch neue Sparten vorerst über das INFRA Modell gerechnet, bis Abrechnungszahlen dazu vorliegen.

resultiert womöglich eine Untervergütung. D.h. es entstehen Anreize für die Leistungserbringer, bestimmte Leistungen nur zurückhaltend bzw. extensiv zu erbringen.

Es wäre aufgrund dieser Anreizproblematik und der sehr unterschiedlich ausgestalteten Modelle zu überlegen, ob es nicht möglich wäre, für die Tarifstruktur TARDOC nur ein Kostenmodell zu hinterlegen, welches dann für alle Leistungen angewendet werden könnte.

## V. Beurteilung der Konzepte zur Anwendung von TARDOC

Gemäss Artikel 1 Absatz 4 des Grundvertrags vereinbaren die Vertragsparteien ausserhalb des Grundvertrags Regelungen über die nationale Anwendung der Tarifstruktur TARDOC. Das Konzept über die Deklaration und Anerkennung von Sparten (Spartenkonzept), das Dignitätskonzept sowie das OP-Konzept, worauf nachfolgend eingegangen wird, bilden einen Teil dieser Regelungen.

### 1. Konzept über die Deklaration und Anerkennung von Sparten (Spartenkonzept)

#### 1.1. Grundlagen Spartenkonzept

Das am 12. Juli 2019 dem Bundesrat vorgelegte Spartenkonzept wurde von den Tarifpartnern geändert und in seiner neuen Version am 25. Juni 2020 dem Bundesrat unterbreitet. Die folgenden Ausführungen beziehen die neue Version ebenfalls mit ein.

Die TARDOC-Tarifpartner bestimmen im Spartenkonzept, dass die ats-tms AG im Auftrag der Tarifpartner auf der Basis einer überprüfbaren Selbstdeklaration eine Datenbank führt, die sämtliche von den Leistungserbringern beanspruchten Sparten enthält. Es handelt sich einerseits um Sparten ohne Anerkennungsverfahren (sog. Einfache Deklarationssparten), andererseits um Sparten mit Anerkennungsverfahren (sog. Anerkennungssparten). Die Definition einer Sparte als Anerkennungssparte gründet in erster Linie auf Anforderungen betreffend Behandlungs- und Prozessqualität. Folgende Anerkennungssparten werden geführt:

1. OP A, OP B, OP C und OP D
2. Intermediate Care Unit (IMC)
3. Intensivstation
4. Anerkannte Notfallstation
5. Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis 1
6. Delegierte Psychotherapie in der Spitalpsychiatrie 2
7. Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie 3
8. Schlaflabor
9. Interventionelle Schmerztherapie
10. Nichtärztliches Chronic Care Management

Als Anerkennungskriterien werden diejenigen herangezogen, welche im TARDOC Tarifmodell festgehalten sind, die für die Erbringung der Leistung erforderlich sind und bei denen eine klare und einfache Überprüfung möglich ist. Diese Muss-Kriterien werden pro Anerkennungssparte in der Beilage zum Spartenkonzept aufgeführt.

Die Anerkennung der Sparten durch das zuständige Gremium der ats-tms AG ist Voraussetzung zur Abrechnung der Leistungen aus dieser Sparte. Eine Ausnahme bildet das Schlaflabor, wo die Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie für die Anerkennung zuständig ist.

Das Anerkennungsverfahren gliedert sich in zwei Schritte:

1. Selbstdeklaration mit Gesuchstellung des Leistungserbringers auf Anerkennung einer oder mehrerer Anerkennungssparten
2. Formelle Prüfung der Selbstdeklaration und Entscheid durch die Geschäftsstelle (grundsätzlich vierteljährlich)

Die Anerkennung kann mit einer spartenspezifischen Gültigkeitsdauer versehen werden. Diese wird zusammen mit den Anerkennungskriterien festgelegt. Es ist Aufgabe der Geschäftsstelle die betroffenen Leistungserbringer rechtzeitig und mit angemessener Frist über den Ablauf der Deklaration zu informieren. Die Anerkennung behält ihre Gültigkeit bis die betroffenen Leistungserbringer die Aufforderung zur erneuten Deklaration erhalten. Stichprobenmässig kontrolliert die ats-tms AG jedes Jahr ungefähr 10% der vergebenen Anerkennungen.

Bei Fusionen muss der neue Leistungserbringer innert 6 Monaten für sämtliche von ihm betriebenen Sparten je eine neue Selbstdeklaration sowie ein Verzeichnis der an der Fusion beteiligten Betriebe einreichen.

## **1.2. Beurteilung Spartenkonzept und Anpassungsempfehlungen**

Auch wenn im TARDOC-Spartenkonzept einige Punkte geklärt werden, welche im TARMED noch offen waren, bleiben doch einige problematische Punkte bestehen:

1. Gemäss TARDOC-Spartenkonzept beinhalten die Anerkennungskriterien die minimalen Anforderungen an die betreffenden Sparten, während die Parameter für die Kostenkalkulation der Sparten auf einer durchschnittlichen Sparte beruhen. Das heisst, dass für einen Leistungserbringer, der gerade die Minimalanforderungen erfüllt, die Vergütung zu hoch ist.
2. Die ats-tms AG spielt eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung des Spartenkonzepts. Dies ist problematisch, da nicht alle Tarifpartner dieser Organisation angeschlossen sind.

Die TARDOC-Tarifpartner sollten deshalb klären, wie die Zusammenarbeit der ats-tms AG mit den anderen Tarifpartnern aussehen kann.

## **2. Dignitätskonzept**

### **2.1. Grundlagen Dignitätskonzept**

Das Dignitätskonzept TARDOC regelt die Berechtigungen zur Erbringung und Abrechnung von in TARDOC tarifierten ärztlichen Leistungen in eigener fachlicher Verantwortung. Es beinhaltet auch eine Übergangsregel von TARMED zu TARDOC betreffend Besitzstand.

In jeder TARDOC-Tarifposition ist die qualitative Dignität vermerkt. Die qualitative Dignität bezeichnet die ärztliche fachliche Qualifikation, welche zur Anwendung der Tarifposition berechtigt. Es werden folgende Ausprägungen der qualitativen Dignität unterschieden:

- Inhaber von Weiterbildungstiteln
- Ärzte in Weiterbildung zu einem dignitätsrelevanten Weiterbildungstitel
- Inhaber eines Besitzstands

Die dignitätsrelevanten Weiterbildungstitel sind die folgenden:

- Facharzttitel (45 verschiedene, Voraussetzung für selbständige Berufsausübung)
- Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt» resp. «Praktische Ärztin» (berechtigt zur eigenverantwortlichen Tätigkeit im Bereich der medizinischen Grundversorgung)
- Schwerpunkte (37 verschiedene, privatrechtlich, Vertiefung von Kenntnissen in Teilfachgebiet)
- Interdisziplinäre Schwerpunkte (privatrechtliche Weiter- bzw. Fortbildungsgänge, welche von ihrem Umfang oder ihrer Bedeutung her den Anforderungen eines Facharzttitels nicht genügen)
- Fähigkeitsausweise (privatrechtliche Weiter- bzw. Fortbildungsgänge, welche von ihrem Umfang oder ihrer Bedeutung her den Anforderungen eines Facharzttitels nicht genügen)

Wie bereits unter IV.2.2.7 erwähnt, gibt es im TARDOC keine quantitativen Dignitäten mehr.

Als Übergangsregelung von TARMED zu TARDOC kann gemäss Dignitätskonzept der Besitzstand geltend gemacht werden. Der Besitzstand berechtigt einen Arzt oder eine Ärztin zur Anwendung und Abrechnung von TARDOC-Positionen, für welche er oder sie den erforderlichen Weiterbildungstitel nicht besitzt. Möchte ein Arzt einen Besitzstand geltend machen, muss er die entsprechende Leistung während mindestens dreier Jahre vor dem 8. April 2019 (Beschluss des Verwaltungsrates der ats-tms AG zur neuen Tarifstruktur) regelmässig und qualitativ unbeanstandet in eigener fachlicher Verantwortung erbracht und abgerechnet haben.

Die Regeln zur Anmeldung und Erhaltung des Besitzstandes sind wie folgt:

- Der Arzt deklariert gegenüber der Geschäftsstelle ats-tms AG die Leistungspositionen, für die er den Besitzstand beansprucht (Prinzip der Selbstdeklaration).

- Als Nachweis der regelmässigen und qualitativ unbeanstandeten Erbringung der Leistung in eigener fachlicher Verantwortung müssen pro Tarifposition und Jahr fünf ambulante Leistungsabrechnungen eingereicht werden.
- Mit der erstmaligen Deklaration ist der Besitzstand ab Inkrafttreten des Tarifs TARDOC für drei Jahre gültig und muss innerhalb dieser drei Jahre validiert werden. Ansonsten fällt der Besitzstand unwiderruflich dahin.
- Die Geltendmachung des Besitzstands ist in jedem Fall auf insgesamt 10 Jahre nach Inkrafttreten des TARDOC-Tarifs limitiert.
- Ist im Gesetz oder in einer Verordnung für eine Leistung ein bestimmter Weiterbildungstitel verlangt, ist die Geltendmachung des Besitzstandes nicht möglich.

Die Notwendigkeit zur Selbstdeklaration im Falle einer Geltendmachung eines Besitzstandes wird vor Inkrafttreten des TARDOC-Tarifs in den offiziellen Publikationsorganen der Vertragsparteien angekündigt. Die Selbstdeklaration kann bis ein Tag vor der Inkraftsetzung erfolgen.

Das Vorgehen zur Überprüfung und Validierung des Besitzstandes ist wie folgt:

- Die Geschäftsstelle ats-tms AG prüft anhand von Stichprobenkontrollen die Richtigkeit der Angaben. Sie kann dazu weitere Informationen anfordern.
- Pro Monat werden die Daten von 5% der Ärzte bezüglich Richtigkeit der Angaben in der Datenbank überprüft.
- Bei Feststellung von Falschdeklarationen können Korrekturen verfügt werden.
- Bei Verdacht auf Falschdeklaration oder auf Anzeige hin erfolgt eine gezielte Überprüfung der betreffenden Ärzte.
- Wird bei der Überprüfung festgestellt, dass die Anforderungen für den Besitzstand nicht erfüllt werden, entfällt der Anspruch auf Besitzstand rückwirkend auf das Datum der Tarifinkraftsetzung. Die Geschäftsstelle ats-tms AG informiert die Tarifpartner darüber.
- Für jede Tarifposition muss der Arzt rechtzeitig vor Ablauf der Gültigkeit des Besitzstandes gegenüber der Geschäftsstelle ats-tms AG eine entsprechende fachspezifische Fortbildung nachweisen. Für die anrechenbare Fortbildung sind die Standards und akkreditierten Veranstaltungen der für eine Tarifposition zuständigen Fachgesellschaften massgebend. Die Geschäftsstelle ats-tms AG überprüft den Nachweis.
- Mit dem validierten Nachweis ist der Inhaber des Besitzstandes berechtigt, während weiterer drei Jahre die entsprechenden Tarifpositionen anzuwenden und abzurechnen.

Die entsprechenden Daten werden von der Geschäftsstelle ats-tms AG verwaltet. Dazu führt sie eine online-Datenbank und übernimmt alle Daten aus dem MEDREG, welche für die Anerkennung der Dignitäten relevant sind. Schnittstellen zu weiteren Datenbanken sind möglich. Die Daten werden den Vertragspartnern via online-Schnittstelle zur Verfügung gestellt. Finanziert wird die Datenbank durch die Mitgliederbeiträge der ats-tms AG-Gesellschafter. Die Gesellschafter der ats-tms AG haben einen unentgeltlichen Zugang zur Datenbank. Die Veröffentlichung der gesamten Datenbank oder Teilen davon, die nicht schon veröffentlicht sind, ist ausgeschlossen.

## **2.2. Beurteilung Dignitätskonzept und Anpassungsempfehlungen**

Das Dignitätskonzept sowie die darin enthaltenen Regelungen betreffend Besitzstand sind mehrheitlich verständlich und nachvollziehbar. In grossen Teilen lehnt sich das Konzept den heute gültigen Regelungen im TARMED an.

Positiv zu würdigen ist, dass die Regelungen betreffend Besitzstand gegenüber der heute gültigen Regelung präzisiert und verdeutlicht werden. Der regelmässige Nachweis von entsprechenden fachlichen Fortbildungen zum Erhalt des Besitzstandes werden an zentraler Stelle (Geschäftsstelle ats-tms AG) überprüft. Zudem werden Sanktionen bei Falschdeklaration von Besitzstandspositionen vorgesehen. Dies kann die Qualität der Leistungserbringung erhöhen.

Der Bundesrat hat die quantitativen Dignitäten auf Anfang 2018 im TARMED harmonisiert und vereinheitlicht, da mittlerweile für alle Facharztstitel eine ähnlich lange Weiterbildungszeit (5 oder 6 Jahre) erforderlich ist. Es ist daher positiv zu würdigen, dass im TARDOC keine quantitativen Dignitäten mehr vorgesehen sind. Dies entspricht der Anforderung zur Anpassung an aktuelle Gegebenheiten respektive dem Erhalt von entsprechenden bestehenden Regelungen.

Gemäss Wortlaut des Dignitätskonzeptes bezieht sich der Besitzstand jeweils auf Weiterbildungstitel. Im Konzept und folglich auch in der Tarifstruktur TARDOC sind jedoch noch weitere qualitative Dignitäten vorgesehen. Aus dem Konzept geht nicht eindeutig hervor, ob auch für die weiteren qualitativen Dignitäten, wie die Schwerpunkte und die Fähigkeitsausweise, Besitzstand geltend gemacht werden kann. Dies sollte bei einer Anpassung des Dignitätskonzeptes präzisiert werden.

Bei der Einführung der ersten Version des TARMEDs im Jahr 2004 wurde die Möglichkeit der Geltendmachung von Besitzstand eingeräumt, weil es sich um den ersten schweizweit einheitlichen ärztlichen Tarif handelte. Insbesondere im Bereich der qualitativen Dignitäten wurden somit wesentliche Änderungen gegenüber den bis dahin unterschiedlichen kantonalen Tarifen eingeführt und die Regelungen wurden vereinheitlicht. Die Regelungen betreffend Besitzstand waren daher als zeitlich befristete Übergangslösung gedacht. Im Bereich der qualitativen Dignitäten sind jedoch auf Basis der zur Verfügung stehenden Informationen keine Änderungen im TARDOC gegenüber den heute gültigen Regelungen im TARMED ersichtlich. Vor diesem Hintergrund ist die Geltendmachung von oder die Weiterführung des Besitzstands bei einer allfälligen Ablösung des TARMED durch den TARDOC fragwürdig. Sollten die Tarifpartner dennoch bei der erwähnten Besitzstandsregelung bleiben, sind die Gründe, welche eine Besitzstandswahrung rechtfertigen, aufzuzeigen. Auch sollte in diesem Fall die absolute Beschränkung des Besitzstandes auf weniger als 10 Jahre festgelegt werden.

Das Dignitätskonzept sieht vor, dass für den Nachweis der regelmässigen und qualitativ unbeanstandeten Erbringung der Leistung in eigener fachlicher Verantwortung, für welche der Besitzstand geltend gemacht werden möchte, ambulante Leistungsabrechnungen dienen. Leistungsabrechnungen sind kein Nachweis für eine qualitativ unbeanstandete Leistungserbringung. Bei Festhalten an der Besitzstandsregelung sollte zudem eine andere Lösung zur Überprüfung der Qualität der in Besitzstand erbrachten Leistungen gefunden werden.

### **3. OP-Konzept**

#### **3.1. Grundlagen OP-Konzept**

Im Rahmen der Erarbeitung von TARDOC wurde auch ein OP-Konzept erstellt. Dieses sieht eine auf die Behandlungsprozesse/Behandlungsschritte ausgerichtete Tarifierung vor und beinhaltet die Tarifierung der Operationstätigkeit sowie auch der Anästhesieleistungen.

##### **3.1.1. Tarifierung der Operationstätigkeit**

Die Tarifierung der Operationstätigkeit gliedert sich in vier Teile:

- Der erste Teil der Tarifierung betrifft die operative Planung (Unterkapitel RQ.00, enthält nur die Tarifposition RQ.0001). Die Position RQ.0001 wird in der Sparte «Sprechzimmer» tarifiert, beinhaltet eine Minutage AL sowie eine Minutage IPL, ist pro 1 Minute abrechenbar und auf 30 Minuten pro Eingriff beschränkt. Gemäss Interpretation der Position gilt sie für «die Operationsplanung digital oder analog, am Vortag, am Operationstag oder zeitlich vorgezogen». Da es sich hier um eine relativ offene Formulierung handelt, ist es schwierig zu beurteilen, in welchen Fällen diese Position abgerechnet werden darf.
- Der zweite Teil betrifft die eigentliche Operationsleistung. Im TARDOC werden sämtliche Positionen für operative Eingriffe (Schnitt-Naht-Zeit) entweder in der Sparte «OP A» (niedrig installierte Infrastruktur, dem heutigen Praxis-OP entsprechend) oder in der Sparte «OP B» (mittel installierte Infrastruktur, dem heutigen OP 1 entsprechend) tarifiert. Jede operative Position ist mit einer Interventions-Aufwandsklasse verknüpft (siehe auch Anmerkungen zu OP-Sockelleistungen unten). Bei Leistungen, die in der Sparte Untersuchungs- und Behandlungsraum (UBR) oder der Sparte «OP A» tarifiert sind, sind bei Erfüllung gewisser Bedingungen Upgrades in die Sparte «OP B» möglich. Es besteht auch die Möglichkeit eines Upgrades von der Sparte «OP B» zur Sparte «OP C» (ist bei keiner Tarifposition als Sparte hinterlegt), wenn die Leistungen mithilfe von mindestens einem der folgenden Geräte erbracht wurden: Herz-Lungen-Maschine, Chirurgie-Roboter oder interoperatives Navigationssystem. Schliesslich ist auch ein Upgrade von der Sparte «OP B» zur Sparte «OP D» (ist bei keiner Tarifposition als Sparte hinterlegt) möglich, wenn die Leistungen mithilfe von mindestens einem der folgenden Geräte erbracht wurden: Angiografiesystem, CT. Die Upgrades erfolgen alle mittels einem Prozentzuschlag auf der IPL. Eine Abrechnung der in der

Sparte «OP B» tarifierten Leistungen sowie der «Upgrades» ist nur möglich, wenn eine Anerkennung der höheren Sparte vorhanden ist bzw. der Arzt über eine Spartenanerkennung für das besagte Gerät verfügt.

- Der dritte Teil betrifft die Handlungspositionen für die OP-Sockelleistungen (RQ.10 -> RQ.50). Im TARMED beinhalten die OP-Sockelleistungen ausschliesslich die technischen Leistungen. Im TARDOC umfassen die Tarifpositionen für die OP-Sockelleistungen alle im OP-Bereich erbrachten Leistungen ausserhalb der eigentlichen am Körper des Patienten durchgeführten Tätigkeiten (Beispiele für abgedeckte Tätigkeiten: präoperative Kontrolle, Massnahmen zur Patientensicherheit, Lagerung des Patienten, Bereitstellen der technischen Geräte, OP-Bericht). Nebst den technischen Leistungen sind somit auch ärztliche Leistungen miteingeschlossen, die im TARMED über operative Tarifpositionen im engeren Sinne abgerechnet wurden. Die Minutagen für die ärztliche Leistung (AL) und für die Raumbelugung (IPL) hängen von der in den Positionen für die operative Leistung hinterlegten OP-Sparte und Interventions-Aufwandklasse (IAK) ab. TARDOC umfasst insgesamt fünf Interventions-Aufwandklassen (MAC, IAK I bis IAK V), die von der Schwierigkeit der Anästhesie, der Art der Lagerung des Patienten und dem typischen Aufwand für Desinfektion sowie Abdeckung und Einrichten der Instrumente aufgewendeten Zeit abhängen. Für Kinder (bis 7 Jahre) und für Patienten über 70 Jahre kann die in der operativen Tarifposition hinterlegte Interventions-Aufwandklasse um eine Stufe erhöht werden. Eingriffe bei Kindern bis 2 Jahre erhalten mindestens die IAK III.
- Der vierte Teil betrifft die Wechselzeiten (SZ). Die Positionen für die Wechselzeiten können im Zusammenhang mit sämtlichen Positionen für operative Eingriffe und für Anästhesieleistungen abgerechnet werden, und zwar in Abhängigkeit der Sparte, in der die jeweilige Position tarifiert ist (siehe auch Ziffer IV.2.2.6.).

### **3.1.2. Tarifierung von Anästhesieleistungen**

Die Anästhesieleistungen sind im Allgemeinen eng mit den operativen Leistungen verknüpft und daher auch im neuen OP-Konzept enthalten, das im Rahmen von TARDOC erarbeitet wurde.

Im TARMED sind die Anästhesieleistungen in Kapitel 28 zu finden und in Abhängigkeit der Anästhesie-Risikoklassen definiert. Sie setzen sich aus Tarifpositionen für die perioperative Betreuung durch den Facharzt für Anästhesie, Tarifpositionen für die Ein- und Ausleitung durch den Facharzt für Anästhesie und Tarifpositionen für die Tätigkeit des Anästhesisten während der operativen Versorgung (Anästhesiezeit) zusammen. Bei den ersten beiden Kategorien handelt es sich um Handlungspositionen, die in Abhängigkeit der Anästhesie-Risikoklasse definiert sind. Die Tätigkeit des Anästhesisten während der operativen Versorgung wird im Zeittarif pro 1 Minute abgerechnet. Für die perioperative Betreuung sowie die Ein- und Ausleitung kann bei Patientinnen und Patienten über 70 Jahre eine Zuschlagsposition abgerechnet werden.

Im TARDOC finden sich die Anästhesieleistungen im Kapitel NC. Diese umfassen folgende Tarifpositionen: eine Position für präoperative anästhesiologische Evaluation (pro 1 Minute, maximal 60 mal pro Eingriff), Handlungspositionen für die Einleitung der Anästhesie und in Abhängigkeit der Interventions-Aufwandklasse, Positionen für die Anästhesiezeit nach Zeittarif abgerechnet (AL und IPL) und auf die Interventionsdauer beschränkt (Tätigkeit des Anästhesisten während der operativen Versorgung) ebenfalls in Abhängigkeit der Interventions-Aufwandklasse, Handlungspositionen für die Ausleitung und die postoperative Betreuung, beide in Abhängigkeit der Interventions-Aufwandklasse. Für Geburten bei Steisslage oder für die Reanimation sind weitere Tarifpositionen vorgesehen.

Wie bereits erwähnt sind im TARDOC 5 Interventions-Aufwandklassen vorgesehen. Gemäss den Interpretationen von Kapitel NC kann die Interventions-Aufwandklasse bei Kindern bis 7 Jahre und bei Patienten über 70 Jahre in begründeten Fällen um eine Klasse erhöht werden. Bei Kindern bis zu 2 Jahren gilt im Minimum Interventions-Aufwandklasse III.

### **3.2. Beurteilung OP-Konzept und Anpassungsempfehlungen**

Die Tarifierung der operativen Leistungen in den Sparten mit der «niedrigsten» installierten Infrastruktur und der Möglichkeit eines Upgrades, wenn dieses aus medizinischer Sicht angezeigt ist und der Leistungserbringer über eine entsprechende Spartenanerkennung verfügt, stellt eine positive Änderung ge-

genüber TARMED dar, zumal die «teurere» Infrastruktur auch nur dann entschädigt wird, wenn sie tatsächlich verwendet wurde. Dies geht somit in Richtung einer wirtschaftlichen Tarifierung der Leistungen unter Beibehaltung der Leistungsqualität.

Vergleicht man jedoch die Abrechnung einiger Interventionen bei TARDOC und TARMED, zeigt sich, dass die Neugestaltung der OP-Sockelleistungen (Hinterlegung einer Minutage für die ärztlichen Leistungen) nicht systematisch mit einer Revision der bei den operativen Tarifpositionen im eigentlichen Sinne vorgesehenen Minutagen einherging. Bei diesen Eingriffen liegt die Gesamtdauer für operative Leistungen im TARDOC somit deutlich über derjenigen im TARMED, wie auch das Beispiel der Kataraktoperation zeigt, bei der die Minutage im Jahr 2018 durch den Bundesrat korrigiert wurde (siehe Tabelle 3 unter Ziffer IV.2.2.6.). Da keine Erhebung zur Dauer der operativen Leistungen vorliegt, lässt sich nicht abschliessend beurteilen, ob das Gebot der Wirtschaftlichkeit erfüllt ist.

Das OP-Konzept von TARDOC scheint der Komplexität im Zusammenhang mit Interventionen bei Kindern und älteren Patienten Rechnung zu tragen.

Die Anpassungsempfehlungen für das OP-Konzept decken sich mit denjenigen unter Ziffer IV.2.3. betreffend Leistungspositionen und Anwendungsregeln, insbesondere in Bezug auf:

- die Erhebung und die Korrektur der Daten zur Dauer der operativen Leistungen
- die Bereitstellung von Abrechnungsbeispielen, bei denen die von den verschiedenen Fachbereichen am häufigsten abgerechneten Eingriffe einander gegenübergestellt werden (TARMED vs. TARDOC)



## VI. Beurteilung der Kostenfolgen von TARDOC

Wie im Rahmen der Kriterien für die materielle Prüfung erwähnt (siehe Ziffer IV.1), verlangen die gesetzlichen Anforderungen, dass ein Wechsel des Tarifmodells per se grundsätzlich keine Mehrkosten verursachen darf (Kostenneutralität nach Art. 59c Abs. 1 Bst. c KVV, basierend auf dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach Art. 43 Abs. 6 KVG). Im Kommentar zu den Änderungen der KVV für den 1. August 2007 und den 1. Januar 2008 wird zu Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c KVV festgehalten, dass ein Wechsel des Tarifmodells dann nicht zu Mehrkosten führen darf, wenn Qualität und Menge der erbrachten Leistungen im Vergleich zum alten Modell mehr oder weniger gleich bleiben. Das bedeute, dass eine neue Tarifstruktur, die in etwa das gleiche Leistungsangebot umfasst wie früher, grundsätzlich zu keinen Kostensteigerungen führen dürfe. Auch ausgewiesene Kostensenkungen (z.B. aufgrund der Reduktion von Operationszeiten) müssen ins Tarifmodell einfließen. Sind für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) insgesamt belegbare Kostensteigerungen (sei es beispielsweise durch höhere Qualität der Behandlung oder veränderte Kosten) unausweichlich, so müssen diese nach dem Gebot der Billigkeit aus der Perspektive des Gesamtsystems der sozialen Krankenversicherung wirtschaftlich tragbar sein und sich somit in einem sehr engen Rahmen bewegen. In bisherigen Entscheiden hat der Bundesrat diesbezüglich zum Ausdruck gebracht, dass die wirtschaftliche Tragbarkeit für das Gesamtsystem gegenüber der betriebswirtschaftlichen Rechtfertigung des Tarifes grundsätzlich zu priorisieren ist (vgl. RKUV 2/1997, KV 5, S. 140). Nur ein für das Gesamtsystem tragbarer Tarif kann als «billig» gelten.

Bei der Beurteilung der Kostenneutralität gilt es zwei Arten zu unterscheiden<sup>14</sup>:

- Die statische Kostenneutralität bezieht sich auf ein gleiches Ausgangsjahr. Für ein gegebenes Datenjahr soll die neue Tarifstruktur – ceteris paribus - das gleiche Leistungsvolumen ergeben wie die vorhergehende Tarifstruktur für dasselbe Jahr. Auch wenn das Gesamtniveau gleichbleiben muss, ist es durchaus möglich, dass sich Verschiebungen der Verhältnisse einzelner Leistungen zueinander ergeben.
- Die dynamische Kostenneutralität betrachtet die Entwicklung des Leistungsvolumens nach Einführung eines neuen Tarifs von einem Jahr zum anderen und dies über einen längeren Zeitraum hinweg. Dies schliesst zwar nicht aus, dass die über einen bestimmten Tarif abgerechneten Leistungen steigen oder sinken dürfen. Eine neue Tarifstruktur darf aber zu keinen Kostenerhöhungen führen, welche direkt auf die Struktur zurückzuführen sind. Damit wird dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit Nachdruck verliehen, wonach eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherzustellen ist und der Tarif nur die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen und transparent ausgewiesenen Kosten decken darf.

Im Unterschied zur Einführung der Tarifstruktur TARMED im Jahr 2004 wird vorliegend die Kostenneutralität auf Ebene der Struktur gefordert und nicht erst über die Taxpunktwerte. Damals lag eine andere Ausgangslage vor, da unterschiedliche kantonale Tarifstrukturen in eine nationale Tarifstruktur überführt werden mussten. Es war daher sehr schwierig bis unmöglich, die Kostenneutralität auf Ebene der Struktur sicher zu stellen. Eine derartige Situation liegt heute nicht vor. Diese Sicherstellung kann kohärent und praktikabel bereits auf Ebene der Struktur erfolgen.

---

<sup>14</sup> Vgl. auch Schreiben des BAG an Tarifpartner vom 18. August 2014.

Für die Einhaltung der Kostenneutralität wird daher von den Tarifpartnern das Folgende verlangt:

- Statische Kostenneutralität: Die Tarifpartner müssen in einem ersten Schritt aufzeigen, dass in einer statischen Sicht das Taxpunktvolumen bei gleicher Leistung und Qualität nicht ansteigt (Vergleich Taxpunktvolumen alt mit Taxpunktvolumen neu). Das Erreichen der statischen Kostenneutralität ist ex ante sicherzustellen und sollte im Idealfall ex post, d.h. nach der Einführung der Tarifstruktur, überprüft werden.
- Dynamische Kostenneutralität: Die Tarifpartner müssen bei Einreichung des Antrags auf Genehmigung der revidierten Tarifstruktur weiter aufzeigen, wie verhindert werden soll, dass die effektive Anwendung der revidierten Tarifstruktur per se in den Jahren nach deren Einführung nicht zu einer ungerechtfertigten Zunahme des abgerechneten Taxpunktolumens führt. Es braucht somit im von ihnen geforderten Konzept auch eine Kontrolle der Entwicklung des Taxpunktolumens (Vergleich Soll-Entwicklung und Ist-Entwicklung) sowie Korrekturmassnahmen für den Fall, dass die dynamische Kostenneutralität nicht erfüllt wird.

Des Weiteren hat der Bundesrat in seinem Schreiben vom 18. Oktober 2017 an die Tarifpartner betreffend seiner Erwartungen hinsichtlich der Revision von TARMED (siehe auch Ziffer IV.1.2) festgehalten, dass anlässlich der zukünftigen Einreichung einer von den Tarifpartnern gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur auch ein Konzept zur kontinuierlichen Pflege des Tarifwerks und zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit eingereicht werden soll. Um der Anforderung an eine regelmässige Überprüfung der Tarife gemäss Artikel 59c Absatz 2 KVV gerecht zu werden, ist es erforderlich, dass die Tarifpartner bereits bei Einführung der neuen Tarifstruktur aufzeigen, wie die Tarife regelmässig überprüft und angepasst werden sollen, wenn sie die gesetzlichen Vorgaben nicht mehr erfüllen, d.h. es braucht ein langfristiges Monitoring der Kostenentwicklung. Denn der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit bezieht sich nicht nur auf die Einführung einer Tarifstruktur, sondern auch auf deren weitere und langfristige Anwendung.

## **1. Transcodierung und Simulation der Kosten**

Zwecks Beurteilung der Auswirkungen auf die Kosten der OKP haben die Tarifpartner eine Transcodierung von TARMED- auf TARDOC-Positionen vorgenommen und eine Schätzung zum erwarteten Taxpunktvolumen bei Anwendung von TARDOC abgegeben.

### **1.1. Grundlagen Transcodierung und Simulation der Kosten**

Die Transcodierung besteht in einer Gegenüberstellung der Positionen der beiden Tarifstrukturen sowie einer Schätzung des möglichen aus der Anwendung von TARDOC resultierenden Taxpunktolumens, ceteris paribus (in einer statischen Sicht). Dazu werden als Basis die Tarifstruktur TARMED sowie das gemäss Tarifpool der SASIS AG über diese Struktur abgerechnete Taxpunktvolumen herangezogen und damit eine Abrechnung über die Tarifstruktur TARDOC simuliert. Bei der von den Tarifpartnern im Juli 2019 eingereichten Transcodierung wird die TARDOC-Version 1.0 der TARMED-Version 1.08\_BR (die bis Ende 2017 gültig war) gegenübergestellt. Mit der Einreichung der TARDOC-Version 1.1 im Juni 2020 haben die Tarifpartner auch die Ergebnisse aus der Transcodierung eingereicht, bei der diese neue TARDOC-Version mit der TARMED-Version 1.09 (die seit dem 1. Januar 2018 in Kraft ist) in Bezug gesetzt wird. Nachfolgende Abbildung 5 veranschaulicht den Transcodierungsprozess.

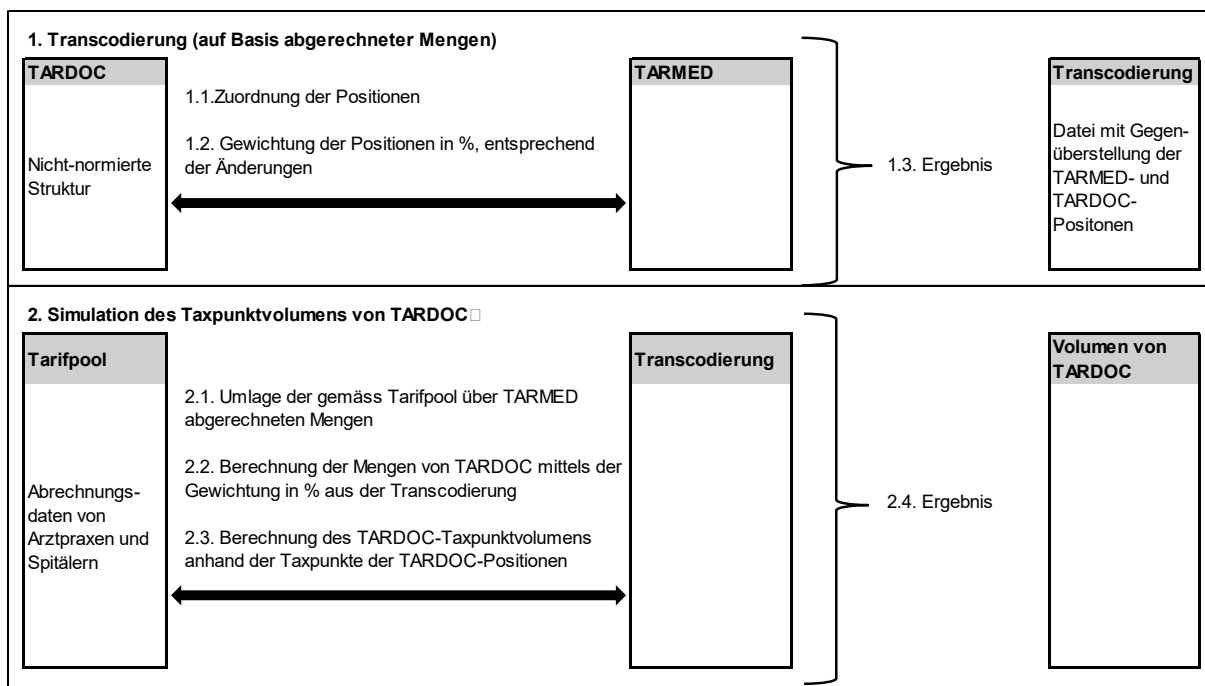


Abbildung 5: Evaluierung des Taxpunktvolumens von TARDOC  
(Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Unterlagen der Tarifpartner)

Angesichts der zahlreichen auf Positionsebene vorgenommenen Anpassungen mussten gewisse Annahmen getroffen werden, sodass nun das unter TARDOC generierte Taxpunktvolumen bei einigen Bereichen überbewertet und bei anderen unterbewertet ist. In dem von den Tarifpartnern eingereichten Dokument mit den Transcodierungsrichtlinien zu TARDOC 1.0 werden rund zehn Fälle aufgeführt, in denen die Transcodierung dazu führen kann, dass das Taxpunktvolumen zu hoch oder zu niedrig geschätzt wird. Diese Fälle betreffen nahezu alle bei den Tarifpositionen vorgenommenen Änderungen (OP-Sockelleistungen, Wechselzeiten, Vor- und Nachbereitungszeit, ärztliche Unterstützungsleistungen, Änderung der Zeitintervalle bei Zeitpositionen usw.). Nebst diesen Fällen wurde bei einige Tarifpositionen aufgrund der mit einer Transcodierung einhergehenden Komplexität (z. B. bei Prozentzuschlägen für Notfallkonsultationen) oder weil die Tarifpartner die Positionen als neue Leistungen betrachten, schlicht keine Transcodierung vorgenommen. Darüber hinaus werden bei der Transcodierung von TARDOC die Änderungen auf Ebene der medizinischen Interpretationen, der qualitativen Dignitäten oder der Limitationen nicht berücksichtigt.

Dessen ungeachtet zeigt die Beurteilung der Tarifpartner für das Jahr 2017, dass TARDOC 1.0 zu einem Taxpunktvolumen von 143 Milliarden geführt hätte (5.5 Milliarden Punkte für AL und 8.8 Milliarden Punkte für IPL). Im Vergleich dazu wurden im Jahr 2017 unter TARMED 1.08\_BR 119 Milliarden Taxpunkte abgerechnet. Der mit TARDOC 1.0 verbundene Anstieg des Taxpunktvolumens belief sich somit auf rund 2.4 Milliarden Punkte, was einem Plus von 20.4% entspricht. Die von den Tarifpartnern vorgenommenen neuen Beurteilungen, die sich auf die TARDOC-Version 1.1, die TARMED-Version 1.09 sowie auf die im Jahr 2018 abgerechneten Mengen abstützen, zeigen, dass TARDOC 1.1 ein Volumen von 14.0 Milliarden Taxpunkten generiert hätte. Wiederum als Vergleich dazu wurden im Jahr 2018 11.7 Milliarden Taxpunkte über die TARMED-Version 1.09 abgerechnet. Dies entspricht einer Differenz von rund 2.3 Milliarden Taxpunkte beziehungsweise einer Zunahme von +19.2%.

## 1.2. Beurteilung Transcodierung

### 1.2.1. Vollständige Dokumentation und Transparenz

Die Tarifpartner haben die Datei «Transcodierung» eingereicht, die die Zuordnung der Tarifpositionen der TARMED-Struktur 1.08\_BR zum TARDOC 1.0 aufzeigt. Ferner haben sie ein Dokument<sup>15</sup> bereitgestellt, in dem die ihrer Arbeit zugrunde liegenden Richtlinien erläutert sind, was einen bedeutenden Beitrag zum Verständnis der vorgenommenen Beurteilung geleistet hat. Weiter konnte die Transcodierung

<sup>15</sup> 20190510\_Transcodierungsrichtlinien und -anleitung\_V0.98.pdf

auch im Rahmen der technischen Sitzungen mit den Tarifpartnern diskutiert werden. Mit der Einreichung der TARDOC-Version 1.1 am 25. Juni 2020 lieferten die Tarifpartner auch die Ergebnisse der Beurteilung, die auf den Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2018 basieren. Somit kann festgehalten werden, dass die Tarifpartner umfangreiche Unterlagen eingereicht haben.

Die von den Tarifpartnern eingereichte Dokumentation enthält aber keine Schätzungen zu den Auswirkungen pro Bereich (Arztpraxen: Fachgebiet der Ärzte / Spitäler: Spitalkategorie). Obwohl die Tarifpartner sich bereit erklärten, entsprechende Analysen durchzuführen und einzureichen, wollte das BAG erst ein gemeinsames Konzept zur Kostenneutralität abwarten. Dies wurde den Tarifpartnern am 10. Juni 2020 per E-Mail entsprechend kommuniziert. In der Zwischenzeit konnten sich die Tarifpartner auf ein gemeinsames Konzept zur Kostenneutralität einigen. Leider enthält die von ihnen eingereichte Dokumentation nach wie vor keine Beurteilung hinsichtlich der Auswirkungen von TARDOC auf die einzelnen Bereiche. Um eine Einschätzung der Auswirkungen der vorgeschlagenen Tarifstruktur auf spezifische Bereiche vornehmen zu können, sind die von den Tarifpartnern eingereichten Beurteilungen nach Kapitel und Unterkapitel nicht ausreichend. Ausserdem ist es bedauerlich, dass die Tarifpartner keine Angaben zu der von ihnen gewählten Methode für die Umlage der abgerechneten Mengen auf die vom Bundesrat im Jahr 2018 im TARMED eingeführten Positionen gemacht haben (z.B. im Zusammenhang mit den Tarifpositionen, für die der Bundesrat zusammen mit der Aktivierung der Mengenlimitationen Ausnahmeregelungen erlassen hat.).

Angesichts der zahlreichen Änderungen an der Tarifstruktur hätten einige Beispiele mit einer Gegenüberstellung der Tarifierung der in den verschiedenen Fachbereichen am häufigsten abgerechneten Leistungen eine differenziertere Beurteilung ermöglicht. Die Tarifpartner haben während der technischen Sitzungen zwar einige Beispiele vorgelegt, doch decken diese noch bei Weitem nicht sämtliche Leistungsbereiche und -kategorien ab, die von einer Einführung von TARDOC betroffen wären. Gesamthaft gesehen ist die Transparenz betreffend Transcodierung zu erhöhen.

## **1.2.2. Wirtschaftlichkeit und Billigkeit**

### **1.2.2.1. Wirtschaftliche Tragbarkeit**

Die von den Tarifpartnern vorgenommene Beurteilung der Kosten (mit Hilfe der Transcodierung) zeigt, dass das für TARDOC 1.0 geschätzte Taxpunktvolumen (14.3 Milliarden Punkte) deutlich über demjenigen im Jahr 2017 unter TARMED 1.08\_BR abgerechneten Volumen (11.9 Milliarden Punkte) zu liegen käme. Basierend auf diesen Schätzungen würde der Übergang von TARMED 1.08\_BR zu TARDOC 1.0 somit – ceteris paribus – zu einem Anstieg des Taxpunkt volumens von rund 2.4 Milliarden Punkte beziehungsweise +20.4% führen. Die von den Tarifpartnern vorgenommenen neuen Beurteilungen, die sich auf die TARDOC-Version 1.1, die TARMED-Version 1.09 sowie auf die 2018 abgerechneten Mengen abstützen, zeigen, dass TARDOC 1.1 im Vergleich zu den 11.7 Milliarden über die TARMED-Version 1.09 abgerechneten Taxpunkte ein Volumen von 14.0 Milliarden generieren würde. Dies entspricht einem Unterschied von rund 2.3 Milliarden Taxpunkten beziehungsweise +19.2% bei gleicher Leistung und Qualität.

Nimmt man als Referenz einen durchschnittlichen Taxpunkt wert von CHF 0.89, so ergibt sich eine Kostensteigerung zulasten der OKP von ungefähr 2.2 Milliarden CHF (TARDOC 1.0) respektive rund 2 Milliarden CHF (TARDOC 1.1), was einer Zunahme der OKP-Kosten um 6% bis 7% entspricht. Eine solche Zunahme ist für das Gesamtsystem nicht tragbar und widerspricht somit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit. Um die Kostenneutralität gewährleisten zu können, müsste bei der TARDOC-Version 1.0 ein Normierungsfaktor von 0.83 und bei der Version 1.1 ein Normierungsfaktor von 0.84 zur Anwendung gelangen.

Wie bereits erwähnt, wurden gewisse Positionen bei der Transcodierung aufgrund der Komplexität gar nicht berücksichtigt. Daher und aufgrund der obigen Ausführungen muss davon ausgegangen werden, dass die Schätzung des Taxpunkt volumens und dessen Zunahme zu tief ausgefallen ist. Darüber hinaus wurden Positionen von gemäss den Tarifpartnern neuen Leistungen bei der Transcodierung ebenfalls weggelassen. Es wird vermutet, dass die von den Tarifpartnern als «neu» bezeichneten Leistungen bereits jetzt über analoge TARMED-Positionen abgerechnet werden und das entsprechende Volumen bei der Transcodierung auf falsche TARDOC-Positionen verteilt wurde. Dies verzerrt die Schätzung des TARDOC-Taxpunkt volumens zusätzlich.

### 1.2.2.2. Mehrkosten aufgrund unwirtschaftlicher Berechnungsmodelle

Die Analysen der Berechnungsmodelle der Taxpunkte zeigen, dass die oben erwähnte Kostensteigerung teilweise Parametern und Berechnungen zuzuschreiben sein dürfte, die sich nicht nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit richten. Unter diesem Punkt erfolgt eine Einschätzung zu den möglichen Auswirkungen der in den verschiedenen Teilen des Berichts gemachten Anpassungsempfehlungen. Diese stützt sich auf die von den Tarifpartnern eingereichte Transcodierung sowie auf die TARDOC-Version 1.0.

Aufgrund der erwähnten Anpassungsempfehlungen im Modell AL (siehe Ziffer IV.3.6) können folgende Auswirkungen auf das simulierte Taxpunktvolumen der ärztlichen Leistungen erwartet werden (basierend auf TARDOC 1.0):

- Die Berücksichtigung von lediglich den Löhnen der Oberärzte aus der Lohndatenerhebung von H+ 2015 (Leitung eines ärztlichen Dienstes 1-3), bei der Bestimmung des durchschnittlichen Nominallohns, würde bei gleichbleibenden Sozialversicherungsbeiträgen zu einem Referenzeinkommen von CHF 194'076.- führen. Das erwartete Taxpunktvolumen aus dem TARDOC 1.0 würde dadurch um rund -846 Millionen sinken.
- Würde zusätzlich der überobligatorische Lohn nicht mitversichert, käme das Referenzeinkommen auf CHF 187'359.- zu stehen. Das erwartete Taxpunktvolumen aus dem TARDOC 1.0 würde gar um rund -1'007 Millionen sinken (inkl. nur Berücksichtigung der Oberarztlöhne).
- Würde darüber hinaus die tägliche Normarbeitszeit der freipraktizierenden Ärzte von 9.2 Stunden, auf die tägliche Normarbeitszeit der Oberärzte von 11.4 Stunden angepasst, d.h. die Nominallöhne der Oberärzte um die Normarbeitszeit korrigiert, würde das erwartete Taxpunktvolumen aus dem TARDOC 1.0 zusätzlich noch um rund -900 Millionen sinken.

In der Summe (zweiter und dritter Punkt) würden die oben erwähnten Anpassungsempfehlungen das Taxpunktvolumen aus dem TARDOC 1.0 um -1.87 Milliarden senken.

Im TARDOC gilt neu der Grundsatz, dass Tätigkeiten des Arztes, die einfach dem einzelnen Patienten zuordenbar sind, über die Tarifpositionen abgebildet werden. Daraus ist zu folgern, dass gleichzeitig der Tarifwirksamkeitsindex in den Sparten erhöht werden muss. In den am häufigsten abgerechneten Sparten «Sprechzimmer» und «UBR» ist dieser jedoch im TARDOC 1.0 im Vergleich zum TARMED gesenkt worden. Hätte man den Tarifwirksamkeitsindex für diese Sparten, statt gesenkt, nur schon auf dem gleichen Niveau wie im TARMED belassen, würde das erwartete Taxpunktvolumen aus dem TARDOC 1.0 um rund -213 Millionen sinken. Eine analoge Berechnung dieser Änderungen basierend auf TARDOC 1.1 würde vermutlich in ähnlichen Ergebnissen resultieren.

Eine Simulation der möglichen Auswirkungen, welche die Anpassungsempfehlungen für die Kostenmodelle INFRA und KOREG haben könnten, gestaltet sich schwieriger. Dies hat sowohl mit unzureichenden Informationen für eine Schätzung der sich aus diesen Korrekturen ergebenden Parameterwerte als auch mit der höheren Komplexität der Modelle zu tun. Es gilt jedoch anzumerken, dass ein Grossteil des über die Tarifstruktur abgerechneten Taxpunktvolumens auf diesen beiden Modellen basiert. Gemäss den von den Tarifpartnern zum Gesamtaxpunktvolumen unter TARDOC 1.0 vorgenommenen Schätzungen würde das Kostenmodell INFRA ein Taxpunktvolumen von 2.4 Milliarden generieren, während bei KOREG ein Volumen von rund 4.6 Milliarden resultierte, was ein Total von etwa 7 Milliarden Taxpunkten ergäbe. Eine Fehlerquote von einem Prozentpunkt bei den Berechnungsmodellen würde mit rund 24 Millionen Punkten (Modell INFRA) respektive 46 Millionen Punkten (Modell KOREG) zu Buche schlagen. Die bei den Kostenmodellen ausgemachten Probleme könnten leicht für bis zu 5% der Kosten im Zusammenhang mit den beiden Modellen verantwortlich zeichnen, was rund 350 Millionen Taxpunkten entspräche. Angesichts der mit diesem Ansatz verbundenen Unsicherheiten schien es nicht angezeigt, die Auswirkungen im Vergleich zur TARDOC-Version 1.1 zu berechnen.

Die mittels obiger Simulationen geschätzten Auswirkungen von gewissen Anpassungsempfehlungen stützen die Schlussfolgerung, dass die Tarifstruktur TARDOC in ihrer jetzigen Form das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit nicht erfüllt.

## **2. Vereinbarung über Monitoring und Konzept kostenneutrale Überführung**

Da es sich bei der Tarifstruktur TARDOC um einen Vorschlag für einen neuen Tarif für ambulante ärztliche Leistungen handelt, muss der Grundsatz des kostenneutralen Tarifwechsels umfassend eingehalten werden. Bis zur Einreichung von TARDOC 1.0 im Juli 2019 konnten sich curafutura und die FMH noch nicht auf ein Konzept zur Gewährleistung der Kostenneutralität einigen. Sie reichten daher je ein eigenes Konzept ein. Mit der Einreichung von TARDOC 1.1. im Juni 2020 haben die beiden Tarifpartner ein entsprechendes gemeinsames Konzept vorgelegt. Das Konzept wird im Folgenden kurz zusammengefasst und beurteilt.

### **2.1. Grundlagen Vereinbarung über ein Monitoring und Konzept kostenneutrale Überführung**

Die Vertragsparteien einigen sich mit der Vereinbarung auf ein gemeinsames und zeitlich beschränktes Monitoring sowie Ziel- und Korrekturgrössen. Ziel sei die Sicherstellung der Vorgabe nach Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c KVV bei Einführung der neuen Tarifstruktur TARDOC, gemessen an der Anzahl abgerechneter Taxpunkte im Vergleich zur Vorgängerversion TARMED 1.09 und zwar bezüglich Mehr- und Minderkosten. Bei allfälligen Abweichungen erfolgen Korrekturen, um insbesondere auch nachträgliche Zahlungen bzw. Rückerstattungen zu verhindern. Die Details werden im Anhang I «Konzept zur kostenneutralen Überführung (inkl. Nachkorrekturen und Ausgleich)» festgelegt.

#### **2.1.1. Berechnung und Anwendung des «External Factor» (EF)**

Für die kostenneutrale Überführung von TARMED 1.09 zu der Tarifstruktur TARDOC Version 1.1 werden die Tarifpositionen im Einführungsjahr mit einem sogenannten «External Factor» (EF) auf ein taxpunkt volumen-neutrales Niveau gekürzt. Als Basis dazu dient die Transcodierung von TARMED 1.09 auf TARDOC 1.1 (siehe Ziffer VI.1). Somit soll abgeschätzt werden, welches über die neue Tarifstruktur abgerechnete Taxpunkt volumen zu erwarten ist. Der EF wird anschliessend mittels Division des in einem Basisjahr über TARMED 1.09 abgerechneten Taxpunkt volumens durch das für das Einführungsjahr abgeschätzte Taxpunkt volumen unter TARDOC 1.1 berechnet.

Als Datenbasis dient der Tarifpool der SASIS AG. Zur Plausibilisierung werden der Tarifpool von H+ und – falls erhältlich – Daten der FMH (New Index) herangezogen.

Das Konzept basiert auf der Annahme, dass TARDOC am 1. Januar 2022 in Kraft gesetzt wird. Für die Berechnung des EF zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung von TARDOC verwenden die Tarifpartner das TARMED-Taxpunkt volumen des Jahres 2019 (Leistungserbringungsdaten, Datenabzug am 17. April 2020). Der berechnete EF liegt bei rund 0.85. Dabei wurden die Taxpunkte der delegierten Psychotherapie und der neu tarifierten Spitalnotfallvorhalteleistung eliminiert. Die Tarifpartner führen im Konzept zudem einen verhandelten EF von 0.86 auf.

Es werden nicht die Taxpunkte in den Tarifpositionen mit dem EF multipliziert, sondern der EF wird in der Tarifstruktur zu jeder Tarifposition angezeigt und auf den Rechnungen der Leistungserbringer nebst den Taxpunkten ausgewiesen. Der EF ist dabei für Taxpunkte der AL und TL identisch.

#### **2.1.2. Monitoring**

Mit der Vereinbarung über ein Monitoring bei Einführung der neuen Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen (TARDOC) soll das über TARDOC abgerechnete Taxpunkt volumen monitorisiert und der EF gegebenenfalls angepasst werden. Somit sollen die wirtschaftlichen Risiken der neuen Tarifstruktur für alle Tarifpartner überwacht und bei Eintreten korrigiert werden. Als Datenbasis dient auch hier der Tarifpool der SASIS AG. Die Vertragspartner haben in der Vereinbarung vorgesehen, dass diese bei einem Eingriff in die gültige Tarifstruktur oder in die vertragliche Tarifautonomie durch den Bundesrat automatisch erlischt.

Für Anpassungen in der Tarifstruktur und des EFs wird zwischen Effekten, die mit dem Monitoring überwacht werden können und für Nachkorrekturen und Ausgleich relevant sind und exogenen Effekten, die für Nachkorrekturen und Ausgleich grundsätzlich nicht relevant sind, unterschieden. Zu den relevanten Effekten zählen Fehler in der Tarifstruktur als Folge falscher Grundlagen für die Bemessung der Taxpunkte, Fehler in der Transcodierung sowie Effekte aus Fehlanreizen der neuen Tarifstruktur. Als exogene Effekte werden unerwartete Abweichungen von langfristigen Entwicklungstrends medizinischer,

medizin-technischer, sozio-demografischer und politischer Natur (z.B. Bevölkerungswachstum) und einmalige Ereignisse (z.B. Grippewellen, Pandemien, Anpassungen in den rechtlichen Grundlagen) betrachtet.

Da diese Effekte ex post schwierig isoliert und quantifiziert werden können, haben die Tarifpartner ein Vorgehen vereinbart, mit welchem das Taxpunktvolument des Jahres 2022 (sog. Messjahr) in den Grenzen einer normativ festgelegten Wachstumsrate von -1% bis 3% gehalten werden soll. Diese tolerierte Wachstumsrate erklären die Tarifpartner mit exogenen Effekten. Zudem wird angenommen, dass das Taxpunktvolument (TARMED) in den Jahren 2020 und 2021, d.h. vor Einführung von TARDOC, jeweils 3% wächst.

Vor der Inkraftsetzung von TARDOC wird das Vergleichsvolumen (TARMED 2019) anhand aktuellerer Daten (Datenabzug spätestens Ende 2020) erneut berechnet.

Das Monitoring gliedert sich dabei gemäss Konzept in folgende Phasen:

- Startphase (6 Monate, Januar bis Juni 2022)
- Mess- und Steuerungsphase (18 Monate, Januar 2022 bis Juni 2023)
- Kompensationsphase (12 Monate, Januar bis Dezember 2024)

Die Startphase soll für Vorbereitungen und Klärungen genutzt werden. Auswertungen sollen noch keine erfolgen.

In der Mess- und Steuerphase werden die Auswirkungen gemessen und falls nötig Eingriffe in der Tarifstruktur sowie Anpassungen am EF vorgenommen. Sie ist aufgeteilt in eine 12-monatige Messphase (Januar bis Dezember 2022) und eine 12-monatige Steuerphase (Juli 2022 bis Juni 2023), wobei sich diese Phasen jeweils um 6 Monate überlappen. Entwickeln sich die Messgrössen nicht wie vereinbart bzw. wie erwartet, werden prioritär Eingriffe in der Tarifstruktur vorgenommen oder wird sekundär der EF angepasst. Der EF soll bei Korrekturbedarf spätestens ab dem 01.01.2023 angepasst werden. Korrekturbedarf hinsichtlich EF liegt dann vor, wenn die Entwicklung des Taxpunktvolumens nach allfälligen Korrekturen in der Tarifstruktur ausserhalb des vereinbarten Korridors liegt. Wenn die Entwicklung entweder nur im ambulanten oder nur im stationären Sektor ausserhalb des Korridors liegt, erfolgt die Korrektur erst im Rahmen der Kompensationsphase. Korrigiert wird jeweils auf die Korridorgrenze.

Zur Berücksichtigung der oben erwähnten exogenen Effekte, haben die Tarifpartner einige Parameter und Vorgehen vereinbart (siehe Konzept Seite 6). Dabei werden die Taxpunkte in der Steuerphase in drei Schritten korrigiert und zwar (1) auf Ebene einzelner Tarifpositionen, (2) auf Ebene Kapitel und (3) auf globaler Ebene durch Anpassung des EF. Anpassungen in den Schritten 1 und 2 können Anpassungen in den Kostenmodellen, Anpassungen der Parameter der Tarifpositionen, Anpassungen der Interpretationen sowie Anpassungen der Anwendungs- und Abrechnungsregeln beinhalten.

Die Geschäftsstelle der ats-tms AG erstellt ab Start der neuen Tarifstruktur vierteljährlich einen Monitoringbericht über das abgerechnete Taxpunktvolument zuhanden einer Expertengruppe Monitoring. Die Expertengruppe berichtet wiederum dem Verwaltungsrat (VR) der ats-tms AG über die Ergebnisse ihrer Analyse und über die notwendigen Anpassungen in der Tarifstruktur, inklusive EF. Der VR der ats-tms AG ist verantwortlich für die sachgerechte Umsetzung der Erkenntnisse aus dem Monitoring.

Das Konzept sieht vor, dass der EF im Juni 2023 stabil ist und TARDOC 1.1 ab dann – ceteris paribus – als kostenneutral eingeführt gilt. In der Kompensationsphase sollen die aufgrund eines bis zu diesem Zeitpunkt zu tief oder zu hoch angesetzten EFs entstandenen Fehlvolumen kompensiert werden. Die Kompensation für zu viel oder zu wenig bezahlte Leistungen erfolgt dabei mittels eines für die Dauer der Kompensationsphase (12 Monate) nach oben oder nach unten angepassten EF. Die während der Steuerphase vorgenommenen Anpassungen am EF werden entsprechend angerechnet.

Unterscheiden sich die Wachstumsraten im praxisambulanten und im spitalambulanten Sektor um mehr als 1 Prozentpunkt und wurde der Korridor insgesamt überschritten, wird der EF für den Zeitraum der Kompensationsphase für den Sektor mit dem grösseren Wachstum nach unten bis auf das Überschreitungs-niveau des jeweils anderen Sektors sowie unter Umständen der globale EF so angepasst, dass gesamthaft eine Wachstumsrate von 3% resultiert.

## 2.2. Beurteilung Vereinbarung über Monitoring und Konzept kostenneutrale Überführung

Das Kostenneutralitätskonzept umfasst mehrere Phasen und dauert ab Einführung per 1. Januar 2022 insgesamt 3 Jahre, wobei das eigentliche Monitoring im Sinne der Messung der Entwicklung nur ein Jahr (2022) umfasst.

Um die statische Kostenneutralität gewährleisten zu können, müsste bei der TARDOC-Version 1.1 ein Normierungsfaktor von 0.84 zur Anwendung gelangen. Die Tarifpartner wenden jedoch einen Faktor von 0.86 an. Das so geschätzte TARDOC-Volumen liegt rund 300 Mio. Taxpunkte über dem TARMED-Volumen von 2019, was der statischen Kostenneutralität widerspricht (siehe dazu auch weiter unten). Die Erfüllung der statischen Kostenneutralität ist im Idealfall ex post, d.h. nach Einführung der Tarifstruktur, zu überprüfen.

Das von den Tarifpartnern eingereichte Kostenneutralitätskonzept sieht zudem zur Sicherstellung der dynamischen Kostenneutralität ein Monitoring von nur einem Jahr (2022) vor. Ein Monitoring von nur einem Jahr ist klar als zu kurz zu beurteilen, denn die Abrechnungspraktiken der Leistungserbringer entwickeln sich über einen längeren Zeitraum. Zudem sind die Auswirkungen von gewissen Abrechnungspraktiken erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung in den Abrechnungsdaten erkenn- und verfügbar. Zur Sicherstellung der dynamischen Kostenneutralität braucht es eine Vereinbarung mit einem Monitoring von mindestens 3 Jahren nach der Einführung von TARDOC, d.h. ein Konzept, welches sicherstellt, dass es auch in den Jahren nach der Einführung zu keinen Mehrkosten alleine aufgrund der Einführung der neuen Tarifstruktur kommt.

Nach Artikel 59c Absatz 2 KVV müssen die Vertragsparteien zudem die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben nicht mehr gewährleistet ist. Um der Anforderung an eine regelmässige Überprüfung der Tarife gerecht zu werden, ist es erforderlich, dass die Tarifpartner bereits bei Einführung der neuen Tarifstruktur aufzeigen, wie die Tarife regelmässig überprüft und angepasst werden sollen, wenn sie die gesetzlichen Vorgaben nicht mehr erfüllen, d.h. es braucht ein langfristiges Monitoring der Kostenentwicklung.

Im Kostenneutralitätskonzept steht, dass die Tarifpartner die Tarifstruktur in einer gemeinsamen Organisation auf nationaler Ebene pflegen. Hier stellt sich die Frage, welche Organisation gemeint ist. In der ats-tms AG sind zurzeit nicht alle betroffenen Tarifpartner vertreten. Somit würden auch nicht alle betroffenen Tarifpartner den TARDOC pflegen.

Die Tarifpartner schreiben, dass die Kostenneutralitätsvereinbarung bei einem allfälligen Eingriff in die gültige Tarifstruktur oder in die vertragliche Tarifautonomie durch den Bundesrat automatisch erlöscht. Dabei bleibt unklar, was mit dem Begriff «Eingriff» gemeint ist. Falls damit bspw. auch eine initiale Festlegung von TARDOC durch den Bundesrat gemeint ist, ohne dass er diesen noch inhaltlich anpasst, ist dies als problematisch zu betrachten. Auch im Falle einer initialen Festlegung von TARDOC durch den Bundesrat ist die Kostenneutralität zwingend erforderlich.

Das Konzept ist ähnlich ausgestaltet, wie dasjenige bei der Einführung von TARMED in dem Sinne, dass Veränderungen des External Factors während der Kostenneutralitätsphase durch die Vertragspartner vorgenommen werden können, ohne dass es dazu eine Genehmigung durch den Bundesrat braucht (damals waren es Veränderungen der Taxpunktwerte, die durch die kantonalen Behörden nicht genehmigt werden mussten). Daher ist es äusserst wichtig, dass alle Elemente des Kostenneutralitätskonzepts klar definiert und transparent ausgewiesen werden. Dies ist in der vorliegenden Form nicht der Fall.

Es gibt diverse Aspekte im Kostenneutralitätskonzept, die nicht vollständig nachvollzogen werden können.

- Datenbasis: Es werden die Daten aus dem Tarifpool der SASIS AG verwendet; die Daten von H+ (Tarifpool H+) – falls erhältlich – sowie FMH (New Index) werden zur Plausibilisierung herangezogen. Es ist zwar positiv, dass mehrere Datenbasen herangezogen werden, es ist jedoch zu wenig präzise festgelegt, wie der Prozess der Plausibilisierung abläuft.



- Exogene Effekte: Es ist unklar, wie diese Effekte gemessen werden und wie sie dann in die Steuerung einfließen. Dies ist im Konzept nicht geregelt. Wenn die Tarifpartner sich darüber später noch einigen müssen, könnte es Probleme geben. Es stellt sich die Frage, was passiert, wenn es darüber keine Einigung geben sollte. Mit den heutzutage verfügbaren Daten sollte es möglich sein, zumindest gewisse exogene Effekte zu quantifizieren (bspw. die demographische Entwicklung).
- Abgrenzung exogene Effekte: Die Abgrenzung zu den bereits in der Wachstumsrate von 3% beinhalteten allgemeinen Effekten ist zu wenig scharf.
- In der Mess-/Steuerphase sind drei Korrekturmöglichkeiten vorgesehen (Korrektur der Taxpunkte positionsweise, Korrektur der Taxpunkte in einzelnen Kapiteln, Korrektur global mittels Anpassung des EF auf allen Taxpunkten). Es ist jedoch äusserst fraglich, ob dies in den vorgesehenen 18 Monaten realisierbar ist. Wenn zunächst positionsweise und in einzelnen Kapiteln angepasst wird, sind dies durch den Bundesrat zu genehmigende und gegebenenfalls auf dem Verordnungsweg für die nicht-beteiligten Tarifpartner festzulegende Anpassungen in der Tarifstruktur resp. eine neue Version dieser.
- Korrektur der Taxpunkte in einzelnen Kapiteln: Es kann nicht nachvollzogen werden, wie die Korrektur der Taxpunkte in einzelnen Kapiteln erfolgen soll, denn die Positionen in einem Kapitel können unterschiedlichen Sparten angehören.
- Vorgehen bei sektoriell (praxisambulant und spitalambulant) unterschiedlichen Wachstumsraten sowie Vorgehen in der Kompensationsphase: Hierzu braucht es von Seiten der Tarifpartner konkrete Beispiele. Die Erläuterungen aus dem Konzept reichen nicht aus, um die genaue Vorgehensweise zu verstehen.

Bei den Effekten, die mit dem Monitoring überwacht und für Nachkorrekturen und Ausgleich grundsätzlich relevant sind, sprechen die Tarifpartner unter anderem von Effekten aus Fehlern in der Tarifstruktur als Folge falscher Grundlagen für die Bemessung der Taxpunkte. Es sollte angestrebt werden, dass diese Effekte möglichst tief ausfallen bzw. dass die zur Genehmigung eingereichte Tarifstruktur keine Fehler als Folge falscher Grundlagen enthält. Daher wird bei der materiellen Prüfung auch darauf geachtet, dass die zur Genehmigung durch den Bundesrat eingereichte Tarifstruktur auf Neuerhebungen der dem Modell zu Grunde liegenden Kosten- und Leistungsdaten sowie auf Neuberechnungen der Parameter basiert (Rahmenbedingung Anpassung an die aktuellen Gegebenheiten) und diese die gesetzlichen Anforderungen erfüllen.

Der am Ende der Kostenneutralitätsphase resultierende definitive External Factor soll gemäss Konzept im gleichen Zeitpunkt in einer neuen Vereinbarung übernommen werden. Fehlt eine solche Vereinbarung, gilt der Grundvertrag KVG als gekündigt. Dies ist problematisch, weil es bedeuten könnte, dass ein tarifstrukturloser Zustand entstünde und der Bundesrat gezwungen wäre, eine Tarifstruktur festzulegen. Es braucht eine verbindliche Erklärung der Tarifpartner bezüglich dem definitiven EF nach der Kostenneutralitätsphase. Zudem geht aus dem Konzept nicht eindeutig hervor, wie der definitive EF festgelegt werden soll und ob der definitive EF, der im Juni 2023 bestimmt wird, auch nach der Kompensationsphase wieder gilt.

Es ist festzuhalten, dass der EF nach der Kostenneutralitätsphase – genauso wie andere Parameter – integraler Bestandteil der Tarifstruktur ist. Aus diesem Grund kann er genauso wie andere Parameter danach entweder durch die Tarifpartner angepasst und zur Genehmigung eingereicht werden oder bei einer allfälligen Anpassung bzw. Festlegung der Tarifstruktur auch durch den Bundesrat verändert werden.

Die Taxpunkte der Einzelpositionen der Tarifstruktur werden unverändert belassen. Der External Factor wird in der Tarifstruktur bzw. im Browser zu jeder Tarifposition angezeigt und auf den Fakturen der Leistungserbringer ausgewiesen. Dies verkompliziert die Arztrechnung zusätzlich, insbesondere im System tiers garant und bei Veränderungen des EFs während der Kostenneutralitätsphase und auch danach. Der Patient muss dann die Taxpunkte nicht nur mit dem Taxpunktwert multiplizieren, sondern zusätzlich noch mit dem External Factor, dessen Begrifflichkeit zudem nicht selbsterklärend ist und zu Verwirrung führen kann. Die gesonderte Darstellung des EF bedeutet aber auch, dass die Kalkulationsmodelle unverändert weiterbestehen und es einfacher ist, diese anzupassen. Zudem lässt die gesonderte Darstellung auch zu, dass der EF kurzfristig und transparent aufgrund der Resultate aus dem Monitoring angepasst werden kann, ohne dass die gesamte Tarifstruktur verändert werden muss, was als positiv zu beurteilen ist.

Um eine Schätzung über das mit TARDOC generierte Taxpunktvolumen zu erhalten, wurde eine Transcodierung vom TARMED in den neuen Tarif gemacht. Dafür wird für jede Tarifposition des bisherigen Tarifs TARMED 1.09 festgehalten, über welche neue(n) Tarifposition(en) des TARDOC 1.1 diese Leistung zukünftig abgerechnet wird. Positiv zu werten ist, dass die Basis nun TARMED 1.09 ist und nicht wie bisher TARMED 1.08\_BR. Bei der Transcodierung müsste aber eigentlich auch ausgewiesen werden, welche Leistungen effizienter erbracht werden können, und welche Leistungen teurer wurden. Aus der Simulation, welche die Tarifpartner geliefert haben, ist ausserdem das Mengengefüge nicht erkennbar. Dies bedeutet, dass die prozentuale Zuteilung der TARMED-Positionen zu den TARDOC-Positionen von der Genehmigungsbehörde berechnet werden muss. Zudem gibt es zwar Simulationen pro Kapitel und Unterkapitel, jedoch nicht pro Fachbereich.

Rechnerisch ergibt sich ein EF von 0.85 gerundet. Dabei wurden die Taxpunkte der delegierten Psychotherapie und der neu tarifierten Spitalnotfallvorhalteleistungen eliminiert. In den Unterlagen der Tarifpartner findet sich keine genauere Begründung dafür. In der Simulation ist nur das jeweilige Taxpunktvolumen total aufgeführt, die Elimination der erwähnten Leistungen ist jedoch nicht aufgeführt. Die Tarifpartner nehmen für den EF dann aber einen Wert von 0.86 und sprechen vom verhandelten EF. Dies ergibt ein TARDOC-Volumen von 11'406'149'356 Taxpunkten, d.h. eine Differenz von fast 170 Millionen Taxpunkten (bzw. + 1.5%) im Vergleich zum TARMED-Volumen von 2019, was dem Prinzip der statischen Kostenneutralität widerspricht. Es stellt sich somit die Frage, wieso nicht der rechnerische EF genommen wurde. Ohne Elimination der delegierten Psychotherapie und Spitalnotfallvorhalteleistungen würde der rechnerische EF aufgerundet 0.84 betragen. Da der vereinbarte EF jedoch ausnahmslos auf alle Tarifpositionen angewendet wird, ergibt dies ein geschätztes TARDOC-Volumen von 12'025'852'713 Taxpunkten. Dies liegt somit rund 300 Mio. Taxpunkte über dem TARMED-Volumen von 2019. Gemäss Konzept wird der Start-EF vor Inkraftsetzung von TARDOC nicht nochmals mit aktuelleren Daten (z.B. aus dem Jahr 2021) berechnet. Und als Vergleichsvolumen für das Monitoring werden ebenfalls die Daten aus dem Jahr 2019 verwendet (Abzug Ende 2020). Es ist jedoch zwingend notwendig, dass beide Grössen vor Inkraftsetzung von TARDOC mit möglichst aktuellen Daten neu berechnet bzw. bestimmt werden.

Für die Berechnung des EF werden korrekterweise die Taxpunktvolumina von TARMED und TARDOC verglichen. Es ist jedoch festzuhalten, dass bei der Einführung von TARMED die Kostenneutralität über die Taxpunktwerte sichergestellt wurde (siehe dazu auch Seite 63 und 64). Vorliegend soll sie jedoch richtigerweise bereits auf Ebene der Tarifstruktur sichergestellt werden. Vor Einführung von TARDOC müssen die Tarifpartner auf kantonaler Ebene die Taxpunktwerte vereinbaren. Dabei muss verhindert werden, dass die auf Ebene der Tarifstruktur erreichte Kostenneutralität nicht über die Taxpunktwerte aufgehoben wird.

Für den Datenabzug der TARDOC-Daten und der TARMED-Vergleichsdaten wurden unterschiedliche Zeitpunkte während des Jahres gewählt (TARMED-Daten spätestens Ende 2020, TARDOC-Daten spätestens im Juni 2023). Allein die Wahl des Zeitpunktes des Datenabzugs kann jedoch aufgrund von Unterschieden in der Vollständigkeit der Daten einen grossen Einfluss auf das Ergebnis haben. Daher müsste der Zeitpunkt des Datenabzugs der TARDOC-Daten und der TARMED-Vergleichsdaten identisch sein und sollte nicht vor dem Dezember des Nachfolgejahres liegen. Der Anreiz zur verzögerten Rechnungsstellung durch die Leistungserbringer nach TARDOC ist sonst gross.

Gemäss Artikel 5 der Vereinbarung über ein Monitoring bei Einführung von TARDOC müssen die Modalitäten des Monitorings bei einer späteren Einführung als den 1. Januar 2022 neu verhandelt werden. Damit dies nicht notwendig ist, wäre es zu begrüssen, die Monitoringvereinbarung und das Kostenneutralitätskonzept so auszugestalten, dass sie unabhängig von einem bestimmten Inkraftsetzungszeitpunkt angewendet werden können.

Es wird zudem nirgends erklärt bzw. plausibilisiert, wieso die global über das Taxpunktvolumen festgelegte Wachstumsrate 3% beträgt und wieso die untere Grenze des Toleranzkorridors nur bei -1% liegt. Die Marge nach unten müsste aufgrund der Gefahr von Abrechnungsverzögerungen im Einführungsjahr grösser sein als diejenige nach oben. Das Konzept müsste daher vorsehen, dass für die Jahre 2020 und 2021 nicht einfach ein Wachstum von 3% angenommen wird, sondern dass das gemessene, exogen begründete Wachstum als Basis dient, sobald die Zahlen vorliegen. Effekte wie medizinische und insbesondere medizin-technische Veränderungen dürfen nicht in jedem Fall zu einem Mengenwachstum führen, sondern müssen, wenn möglich, im Kostenmodell respektive in der Tarifstruktur angepasst werden (z.B. neue Geräte für einen Eingriff etc.).

Die Kompensation von Fehlvolumen erfolgt grundsätzlich mittels eines für die Dauer der Kompensationsphase nach oben (bei einem Fehlvolumen zugunsten der Leistungserbringer) bzw. unten (bei einem Fehlvolumen zugunsten der Kostenträger) angepassten globalen EF während 12 Monaten (Jahr 2024). D.h. nach dieser Kompensationsphase wird der EF vermutlich wieder auf den Stand Ende 2023 gesetzt, was bedeuten würde, dass es für das Jahr 2024 womöglich einen anderen EF gäbe als für die darauffolgenden Jahre. Dies wird aber aus dem Konzept heraus nicht eindeutig klar. Die im Konzept vorgesehene Kompensation ist zudem nicht verursachergerecht ausgestaltet, es profitieren oder werden solche bestraft, welche die Entwicklung womöglich nicht verursacht haben. Verursachergerecht wäre, wenn mit Rückzahlungen (an die Versicherer oder Leistungserbringer) gearbeitet würde.

Wie in der Beschreibung unter Ziffer VI.2.1 erläutert, wird der EF in der Kompensationsphase unter gewissen Umständen sektoriell getrennt angepasst. Dies bedeutet, dass es in der Kompensationsphase möglicherweise zwei unterschiedliche EFs geben wird, einen für den praxisambulanten Bereich und einen für den spitalambulanten Bereich. Gleiche Leistungen sollten jedoch mit gleichem Preis abgegolten werden, egal in welcher Infrastruktur sie erbracht werden.<sup>16</sup> Unterschiedliche EFs pro Leistungsbereich könnten in der Praxis – genauso wie unterschiedliche Taxpunktwerte pro Leistungsbereich – zu unerwünschten Verzerrungen führen.

Grosse Unterschiede in der Entwicklung der beiden Bereiche lassen schliesslich den Schluss zu, dass ein Ungleichgewicht in der Tarifstruktur besteht, welches nicht über den EF, sondern über eine Anpassung der Tarifstruktur resp. der Kostenmodelle korrigiert werden muss (z.B. mit unterschiedlichen Abrechnungsregeln pro Bereich). Zumindest sind unterschiedliche EFs nur während der Kompensationsphase vorgesehen, die sektorielle Betrachtung endet gemäss Konzept nach Abschluss des Monitorings, d.h. nach 2024. Dies müsste auch in die verbindliche Erklärung der Tarifpartner bezüglich dem definitiven EF nach der Kostenneutralitätsphase aufgenommen werden (siehe weiter oben).

### **3. Anpassungsempfehlungen für Transcodierung, Vereinbarung über Monitoring und Konzept kostenneutrale Überführung**

Auf Grund der Analyse werden mindestens folgende Anpassungen in der Transcodierung, der Monitoringvereinbarung und im Konzept zur kostenneutralen Überführung empfohlen:

- Die Transcodierung sollte lückenlos ausgewiesen werden.
- Nebst den Unterlagen und Informationen zur Transcodierung sollte die Dokumentation zur Beurteilung und zum Monitoring von Effekten auf die Kosten auch eine Beurteilung zu den Gesamteffekten der Revision auf die verschiedenen Bereiche (Fachdisziplinen in der Arztpraxis und Spitalkategorien) sowie Abrechnungsbeispiele für die in den unterschiedlichen Bereichen am häufigsten abgerechneten Leistungen umfassen.
- Das Erreichen der statischen Kostenneutralität ist ex ante sicherzustellen und sollte im Idealfall ex post, d.h. nach Einführung der Tarifstruktur, überprüft werden.
- Das Konzept für die kostenneutrale Überführung sollte eine Beobachtung der Kostenentwicklung für die Jahre nach Einführung von TARDOC (mindestens über 3 Jahre) beinhalten, damit auch die dynamische Kostenneutralität sichergestellt wird. Beide Elemente zusammen sollen garantieren, dass die effektive Anwendung der Tarifstruktur per se nicht zu einer ungerechtfertigten Zunahme des abgerechneten Volumens führt.
- Zudem braucht es ein langfristiges Monitoring der Kostenentwicklung, d.h. es muss aufgezeigt werden, wie die Tarife regelmässig überprüft und angepasst werden sollen, wenn sie die gesetzlichen Vorgaben nicht mehr erfüllen.
- Einige Elemente im Konzept sind noch zu wenig klar definiert und sollten genauer erläutert werden (siehe Ausführungen unter Ziffer VI.2.2). Diese Erläuterungen wären dann auch entsprechend im Konzept aufzunehmen. Ziel sollte es sein, dass jeder Schritt in der Kostenneutralitätsphase klar geregelt ist, so dass es keinen Diskussionsbedarf gibt.
- Die allgemeinen Effekte, welche in der Wachstumsrate beinhaltet sind, sollten klar von den exogenen Effekten abgegrenzt und soweit möglich quantifiziert werden.

---

<sup>16</sup> Siehe auch: Empfehlungen des Bundesrates vom 30. September 2002 bezüglich Festsetzung unterschiedlicher Taxpunktwerte für einzelne Fachbereiche; Antwort vom 12. Mai 2009 auf die Interpellation Humbel 09.3272; BVGer-Urteil C-2997/2012 E. 7.6,

- Es sollte angestrebt werden, dass die Effekte aus Fehlern in der Tarifstruktur als Folge falscher Grundlagen für die Bemessung der Taxpunkte möglichst tief ausfallen bzw. dass die zur Genehmigung eingereichte Tarifstruktur keine Fehler als Folge falscher Grundlagen enthält.
- Die Tarifpartner sollten eine verbindliche Erklärung bezüglich dem definitiven EF nach der Kostenneutralitätsphase abgeben.
- Aus dem Konzept sollte klar hervorgehen, wie der definitive EF festgelegt wird.
- Es ist zu überlegen, ob der explizite Ausweis des EF in der Tarifstruktur und auch auf den Rechnungen aus Patientensicht sinnvoll ist.
- Für die Einführung von TARDOC sollte der berechnete EF und nicht ein verhandelter EF verwendet werden. Die Berechnung des Start-EF sowie des Vergleichsvolumens für das Monitoring sollte kurz vor Inkraftsetzung von TARDOC nochmals mit aktualisierten Daten vorgenommen werden.
- Der Zeitpunkt des Datenabzugs der TARDOC-Daten und der TARMED-Vergleichsdaten sollte identisch sein und nicht vor dem Dezember des Nachfolgejahres liegen
- Die Monitoringvereinbarung und das Kostenneutralitätskonzept sollten so ausgestaltet werden, dass sie unabhängig von einem bestimmten Inkraftsetzungszeitpunkt angewendet werden können.
- Die Höhe der global über das TPV festgelegten Wachstumsrate sowie des im Einführungsjahr angewandten Toleranzkorridors sollte plausibilisiert werden. Das Konzept müsste eigentlich vorsehen, dass für die Jahre 2020 und 2021 nicht einfach ein Wachstum von 3% angenommen wird, sondern dass das gemessene, exogen begründete Wachstum als Basis dient, sobald die Zahlen vorliegen.
- Es ist zu überlegen, wie die im Konzept vorgesehene Kompensation verursachergerecht(er) ausgestaltet werden kann.
- Nach Bereichen unterschiedliche EF (auch wenn es nur für die Dauer eines Jahres ist) sind zu vermeiden. Grosse Unterschiede in der Entwicklung der Bereiche lassen den Schluss zu, dass ein Ungleichgewicht in der Tarifstruktur besteht, welches nicht über den EF, sondern über eine Anpassung der Tarifstruktur resp. der Kostenmodelle korrigiert werden müsste (z.B. mit unterschiedlichen Abrechnungsregeln pro Bereich).
- Dass die sektorielle Betrachtung nach Abschluss des Monitorings endet, sollte in die verbindliche Erklärung der Tarifpartner bezüglich dem definitiven EF nach der Kostenneutralitätsphase (siehe weiter oben) aufgenommen werden.

## VII. Anhörung der Tarifpartner und des Preisüberwachers

An der vom BAG organisierten Sitzung vom 11. Dezember 2019 wurden sämtliche Tarifpartner im ambulanten ärztlichen Bereich aufgefordert, bis Ende März 2020 ihre Stellungnahmen zu nachfolgend genannten Aspekten einzureichen.

H+ und santésuisse wurden gebeten, ihre Gründe darzulegen, weshalb sie sich nicht an der Revision von TARDOC beteiligt haben sowie eine Beurteilung zu der durch die ats-tms AG veröffentlichten Tarifstruktur TARDOC 1.0 abzugeben. Ferner wurden die Tarifpartner dazu aufgerufen, die für die Stellungnahmen nützlichen Informationen untereinander auszutauschen.

santésuisse sowie H+ reichten die eingeforderten Stellungnahmen per 31. März 2020 beziehungsweise 2. April 2020 ein. Im Folgenden finden sich die Stellungnahmen der Tarifpartner zur Tarifstruktur TARDOC 1.0:

### 1. Position von H+

H+ hält fest, dass die von den Tarifpartnern TARDOC zur Verfügung gestellten Unterlagen in keiner Art und Weise ausreichen würden, um sich ein umfassendes Bild vom TARDOC 1.0 machen zu können. Insbesondere würden schriftliche Erläuterungen und Begründungen zur Entstehung des Regelwerkes, sowie die Tarifierungsgrundsätze fehlen. Ebenfalls fehlten ein Änderungsprotokoll, ein Schulungs- und ein Prüfkonzept. Auch die, für die Prüfung zur Verfügung stehende Zeit wäre zu knapp gewesen. Deshalb konnte gemäss H+ der TARDOC 1.0 inhaltlich nicht im Detail auf die sachliche Richtigkeit in der Vorgehensweise zur Konstruktion und damit auch nicht auf die Richtigkeit oder die Güte des Resultates geprüft werden.

#### 1.1. Allgemein

Der TARDOC 1.0 ist nach Ansicht von H+ nicht genehmigungsfähig, da nicht alle Tarifpartner bei der Erarbeitung und Einreichung dabei waren. Ferner wurde der TARDOC 1.0 in zwei verschiedenen Versionen eingereicht, eine normierte und eine unnormierte. Der TARDOC 1.0 erfülle damit die Vorgaben des Krankenversicherungsgesetzes und der entsprechenden Verordnungen nicht. Der KVV-Grundsatz «Keine Mehrkosten bei Modellwechsel» werde vom TARDOC 1.0 nicht respektiert. Es fehlten ferner Tarifverträge für die Umsetzung mit Monitoring und Korrekturmassnahmen.

Allgemein macht es für H+ wenig Sinn, eine teure und wenig ausgereifte Einzelleistungstarifstruktur wie TARDOC 1.0 in Kraft zu setzen, wenn viele ambulante Leistungen nach dem Modell der SwissDRG AG (PAM) zeitnah pauschaliert werden können. Aus datenbasiert begründbarer Sicht von H+ bestehe in den Spitälern bei mindestens 70% der heutigen ambulanten TARMED-Leistungen in Kombination mit dazu gehörenden Leistungen aus der Analyseliste und Behandlungsmaterial ein Potenzial zur pauschalen tariflichen Abbildung. Für die restlichen Spitalleistungen seien einfache Zeit- oder Einzelleistungstarifizierungen vorzusehen.

#### 1.2. Leistungsstruktur

H+ sind bei der Prüfung insbesondere folgende Punkte aufgefallen:

- Im Bereich der Operativen Eingriffe sei eine sinnvolle Pauschalierung erarbeitet worden.
- Im Bereich der nichtärztlichen Leistungen sei das Konzept von H+ umgestossen und der Zustand TARMED 1.08 wiederhergestellt worden. Eine Vollkosten-Tarifierung der nichtärztlichen Leistungen sei jedoch unumgänglich.
- Der von H+ verfolgte Grundsatz der Vereinfachung sei in einigen Bereichen umgestossen worden (z.B. im Kapitel zur Psychiatrie und bei den ärztlichen Grundleistungen).
- Durch die willkürliche Absenkung des SUK-Satzes, begründet mit einem Parteigutachten, sei die Bewertung der Infrastruktur und/oder Personalleistung (IPL) gesenkt und tarifmechanisch die ärztliche Leistung relativ betrachtet angehoben worden. Dieses nie mit Daten belegte Manöver würde die Vergütung der Leistung einseitig zur Berufsgruppe der Ärzte verteilen. Für 80% des Taxpunktolumens der Spitalleistungen verwende der TARDOC 1.0 eine sachlich nicht korrekte Bewertung der IPL.

- Die Abgeltung der Notfallvorhalteleistung (CS.1001) werde befürwortet, jedoch erachtet H+ einen Prozentzuschlag zur medizinischen Leistung als sachgerechter als eine pauschale Abgeltung unabhängig von den durchgeführten Leistungen.
- Die Qualitative Dignität entspricht gemäss Interpretation von H+ nicht den Vorgaben des KVG (Art. 43. Abs. 2 lit. d).
- Die Kindermedizin sei nicht kostendeckend tarifiert.

Im Weiteren handle es sich um ein viel zu kompliziertes Regelwerk, welches die Leistungen nicht sachgerecht abbilde.

## **2. Position von santésuisse**

Der Bericht von santésuisse bezieht sich primär nur auf die öffentlich im Internet als Tarifbrowser einsehbaren TARDOC-Tarifstrukturen. Gestützt auf eine informelle Informationssitzung mit Vertretern der ats-tms AG erlaubt sich santésuisse darüber hinaus zusätzliche Bemerkungen und Verbesserungsvorschläge.

### **2.1. Allgemein**

Aus Sicht von santésuisse erfüllt TARDOC 1.0 weder die amtlichen, noch die von santésuisse definierten Vorgaben an eine neue (Einzelleistungs-)Tarifstruktur. santésuisse würdigt die grosse Arbeit, welche die Aktionäre der ats-tms AG geleistet haben und erachtet es als denkbar, dass ausgehend von der Leistungs-nomenklatur TARDOC 1.0 gemeinsam eine neue und bessere Tarifstruktur erstellt werden kann. Entsprechende Vorgaben hinsichtlich erwartetem Resultat und Zeitrahmen seien vom BAG zu formulieren.

santésuisse sei immer bereit gewesen, im Sinne der Tarifautonomie über eine neue bzw. überarbeitete Tarifstruktur zu verhandeln. Eine gemeinsame Eingabe zur Genehmigung könne santésuisse aber nur dann mittragen, wenn mindestens die drei Rahmenbedingungen des Bundesrates: Kostenneutralität, Kostensteuerung und transparente Offenlegung der zur Tarifierung verwendeten Daten sichergestellt seien. Weiter müsse der Wille aller Tarifpartner vorhanden sein, die existierenden Schwachpunkte der TARDOC-Tarifstrukturen zu beheben. Zu diesem Zweck sollten die Tarifpartner vor Beginn entsprechender Arbeiten in einem gemeinsamen «Letter of Intent» die Zielvorgaben definieren.

### **2.2. Kostenneutralität und Normierung**

Die von curafutura gewählte Normierungsmethode für die Tarifstruktur TARDOC 1.0 erscheint santésuisse aufgrund ihrer Analysen nicht zweckmässig, um eine Einführung ohne Mehrkosten zu garantieren. Die Analysen von santésuisse zeigten zudem, dass mit dem TARDOC 1.0 insbesondere operative Leistungen mit den neu hinterlegten Kostenmodellen in vielen Fällen zu höheren Taxpunkt-Volumina führen würden, während in der Grundversorgung tätige Ärzte durch den Wegfall des Zuschlags für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis (00.0015) im TARDOC 1.0 schlechter gestellt werden dürften als unter TARMED 1.09. Da es sich um eine leistungs- und zeitungebundene Zuschlagsposition handle, ist es fraglich, ob dieser Umsatzverlust alleine durch die höher bewerteten Positionen für Konsultationen im TARDOC 1.0 wieder wettgemacht würde. Die Facharztgruppen dürften deshalb unterschiedlich stark von der Kostensteuerung betroffen sein.

### **2.3. Leistungsstruktur**

Die Leistungsstruktur TARDOC 1.0 reflektiere den aktuellen Stand der medizinischen Leistungserbringung im ambulanten Arzt- und Spitalbereich besser als die Leistungsstruktur TARMED. Nebst aktualisierten Grundlagen würde die Tarifstruktur TARDOC 1.0 dem Umstand Rechnung tragen, dass die TARMED Tarifstruktur viele Positionen enthalte, die nie oder kaum verwendet würden. In der Tarifstruktur TARDOC 1.0 seien zudem viele der sehr selten verwendeten Positionen in neue, zusammengefasste Leistungen (z.B. MS.0001 Seltene ambulante Leistungen am Bewegungsapparat im OP A) transformiert worden. Dieser Ansatz sei allerdings nicht konsequent genug umgesetzt worden. Es gäbe nach wie vor sehr viele Positionen. Die Komplexität insbesondere bezüglich des hinterlegten Regelwerks sei sehr hoch. Die Positionen seien in sehr kleine Zeiteinheiten von zum Teil nur einer Minute zerlegt worden. Dies lasse viel Freiraum für grosszügige Abrechnungen der erbrachten Leistungen, die nur schwer zu

kontrollieren seien. Die TARDOC-Leistungsnomenklatur stelle keine Vereinfachung gegenüber TARMED dar. Zu begrüssen sei aber, dass «Seltene Leistungen» zusammengefasst wurden.

Der TARDOC 1.0 lasse, wie der TARMED, innerhalb einer Sitzung die Kumulation von Zeitleistungen und Handlungsleistungen zu. Diese Kumulationsmöglichkeit erschwere die Rechnungskontrolle durch den Patienten. Der im Tarifwesen nicht bewanderte Patient werde als Richtgrösse für die Kontrolle der Rechnung seines Arztes primär die Gesprächszeit mit dem Arzt (Dauer der Konsultation) beiziehen. Durch die Mischung der auf Zeitleistungen basierenden Konsultationspositionen mit Untersuchungsblöcken in Form von Handlungsleistungen könne der Patient diese Kontrolle nicht wahrnehmen. Dieselbe Problematik stelle sich für den Versicherer im Rahmen der Rechnungskontrolle noch in erhöhtem Ausmass, da der Versicherer die korrekt erbrachte Dauer der Konsultation nicht kennen würde. Mit dem Eingriff des Bundesrates wären die meisten in der Abrechnung problematischen Handlungsleistungen in Zeitleistungen umgewandelt worden. Zu diesen Leistungen gehörten beispielsweise die kleine Untersuchung durch den Grundversorger (00.0410) und die umfassende Untersuchung durch den Grundversorger (00.0420). Diese Massnahme habe sich unbestritten kostendämpfend ausgewirkt. Mit der Tarifstruktur TARDOC 1.0 sei diese sinnvolle Massnahme rückgängig gemacht worden. Die Handlungsleistungen für Organuntersuchungen stellten eines der zentralen Probleme der TARDOC 1.0 Struktur dar. santésuisse zeigt dies anschaulich anhand eines Beispiels.

Die telefonische Konsultation werde in TARDOC 1.0 im Unterkapitel AF.10 Ärztliche telemedizinische Grundleistungen subsumiert. Die tariftechnische Abbildung der Telemedizin sei sicher richtig. Allerdings bestehe bei dieser Leistung die Gefahr einer unkontrollierbaren Mengenausweitung. Deshalb solle die Zulassung der Mediziner in diesem Bereich geregelt sein.

Bei diversen Extraleistungen (z.B. Kniearthroskopie) könnten zusätzliche (operative / invasive) Leistungen pro Minute, d.h. im Zeittarif abgerechnet werden. Eine effektive Abrechnungskontrolle solcher Leistungen sei nicht machbar. Zudem würden effizient arbeitende Leistungserbringer benachteiligt. Ebenfalls nicht überprüfbar sei, ob die lange Dauer eines Eingriffs nicht dem Weiterbildungsauftrag eines Leistungserbringers geschuldet ist. Die Zusatzleistungen im Minutentakt seien zugunsten einer klar zeitlich definierten und beschriebenen Leistung zu ersetzen.

Diverse Positionen im TARDOC 1.0 wiesen keinerlei Mengenlimitationen auf und könnten somit theoretisch unbeschränkt abgerechnet werden. Andere Positionen wiesen im TARDOC 1.0 im Vergleich zum aktuell gültigen Tarif TARMED 1.09 eine stark erhöhte Mengenlimitation auf.

Mit dem TARDOC 1.0 werde der Ansatz verfolgt, für jede Facharztspezialität ein eigenes Kapitel zu erstellen. Dies habe zur Folge, dass auch Facharztspezialitäten aufgeführt würden, die nur bedingt eine Pflichtleistung darstellten (z.B. Sportmedizin, Arbeitsmedizin und Tropenmedizin). Es stelle sich grundsätzlich die Frage, wie mit Nichtpflichtleistungen umgegangen werden solle und ob solche überhaupt in einer Tarifstruktur aufgeführt werden sollten oder ob diese zwar benannt und als nichtpflichtig bezeichnet werden sollten, aber keine Bewertung, d.h. keine Taxpunkte aufweisen würden, da die Verrechnung an den Selbstzahler Verhandlungssache von Leistungserbringer und Patient seien.

Auffällig sei die Zunahme der durch nichtärztliches Personal abrechenbaren Leistungen. Die separate Tarifierung solcher Leistungen mache im Kalkulationsmodell differenzierte Annahmen notwendig. Das heisst, der Umsatz aus nichtärztlichen Leistungen müsse separat ermittelt (geschätzt) werden und dürfe nicht bei den Kostenelementen, welche durch die ärztlichen Leistungen bereits gedeckt seien, berücksichtigt werden.

Der Zuschlag für Leistungen bei Kindern könne für Kinder bis 12 Jahren (statt 6 Jahren im TARMED) fakturiert werden. Hier sei eine höhere Vergütung zu erwarten, da der Zuschlag auf ein grösseres Patientenkollektiv anwendbar sei.

Sowohl die spartenspezifischen Zuschlagspositionen für die Wechselzeiten als auch die Zuschlagspositionen für Vor- und Nachbereitungszeiten würden keine Vereinfachung der Tarifstruktur darstellen.

Das Modell der ärztlichen Unterstützung sei zu wenig griffig formuliert. Ohne eine klare Eingrenzung der ärztlichen Assistenz werden die Krankenversicherer kaum verhindern können, dass ein Grossteil der in den Spitälern erbrachten Weiterbildungskosten der Ärzte auf die Prämienzahler abgewälzt würden. Die ärztliche Assistenz müsste nach santésuisse negativ formuliert werden: «Die Unterstützung eines Operators durch einen Arzt in Weiter- und Fortbildung gilt tarifarisch nicht als ärztliche Unterstützung.»

## 2.4. Qualitative Dignitäten

Der Sinn und Zweck der qualitativen Dignitäten sollte hinterfragt werden. Gemäss Angaben der ats-tms AG sei im Rahmen von TARDOC 1.0 eine Erhebung der Dignitäten und Besitzstandsansprüche bei allen FMH-Mitgliedern geplant. Gestützt auf die Rückmeldungen der Leistungserbringer würde bei ats-tms AG eine Dignitätsdatenbank aufgebaut. Die Dauer des Besitzstandes wäre auf 10 Jahre bei nachgewiesener Fortbildung beschränkt. Gestützt auf die bisherigen Erfahrungen der Versicherer mit der qualitativen Dignität und insbesondere dem Besitzstand sei diese Idee kaum sinnvoll umsetzbar. Für die gesetzliche Aufgabe der Rechnungskontrolle seien die Versicherer auf eine offizielle, verbindliche und allgemein zugängliche Datenbank angewiesen. Aus diesem Grund solle eine Dignitätsdatenbank auf dem Medreg aufgebaut werden. Weiter müsste die Anzahl der Leistungen, welche an eine Weiter- oder Fortbildung geknüpft seien, massiv eingeschränkt werden. Ausgehend von einer Analyse der aktuellen Besitzstände solle die Besitzstandsdauer in einem neuen Tarif massiv verkürzt, wenn nicht gar gestrichen werden.

## 2.5. Verbesserungsvorschläge

santésuisse schlägt vor, dass der Tariftyp in Abhängigkeit der erbrachten Leistung definiert wird und in der gleichen Sitzung idealerweise nur ein Tariftyp zur Anwendung gelangt. Dabei sollen innerhalb derselben Tarifstruktur Leistungen der Grundversorgung (insbesondere Hausarztmedizin, Pädiatrie) über einen Zeittarif und Leistungen der Spezialversorgung (z.B. chirurgische Eingriffe im OP, invasive Leistungen ausserhalb OP) über einen Pauschalentarif (Handlungsleistungen) vergütet werden.

santésuisse schlägt vor, dass die Leistungserbringer auch im ambulanten Bereich die Leistungserfassung losgelöst von der Tarifstruktur vornehmen. Für die Erfassung der erbrachten Leistungen biete sich - wo vorhanden - der CHOP-Katalog an. Für Leistungen der Grundversorgung sei eine Codierung auf Basis einer einfacheren Klassifikation zu verwenden. Die abrechenbare Pauschale/Leistung würde wie im stationären Bereich durch die erfassten Codes ermittelt und die Codes müssten zusammen mit der Rechnungsstellung dem Krankenversicherer übermittelt werden. Die Prozesse für Überarbeitung und Pflege von CHOP-Codes seien bereits vorhanden und erprobt.

In den öffentlich verfügbaren Dokumenten zu TARDOC 1.0 seien keine Informationen zur Übermittlung der Diagnose enthalten. santésuisse verlangt, dass die Leistungserbringer gestützt auf Art. 42 Abs. 3bis KVG aussagekräftige Angaben zur Diagnose auf Basis einer anerkannten Klassifikation übermitteln. Bei fehlender Einigung der Tarifpartner betreffend die zu verwendende Klassifikation solle diese behördlich festgelegt werden (Art. 59a bis KVV).

Die Leistungsnummern für bildgebende Leistungen sei zu vereinfachen. Je Infrastruktur (Ultraschall, konventionelles Röntgen, CT, MRI etc.) könnten Pauschalen basierend auf den Infrastrukturkosten gebildet werden. Für die Befundung der Leistungen diene eine Befundpauschale. Diese könne je nach Typ der verwendeten Infrastruktur unterschiedlich sein. Die Tarifposition «+Zuschlag weitere Serien MRI» solle gestrichen werden und die Bewertung der organspezifischen Positionen sei entsprechend anzupassen.

## 3. Stellungnahme des Preisüberwachers

Im Rahmen von Artikel 14 des Preisüberwachungsgesetzes reichte der Preisüberwacher mit Schreiben vom 30. März 2020 seine Stellungnahme zur Tarifstruktur TARDOC 1.0 ein. Er kommt zum Schluss, dass TARDOC 1.0 aus nachfolgend genannten Gründen nicht genehmigungsfähig ist.

### 3.1. Vollständige Dokumentation und Transparenz

Der Preisüberwacher stellt fest, dass die Tarifpartner zusammen mit ihrem Genehmigungsantrag zu TARDOC 1.0 sehr viele Unterlagen eingereicht haben. Aufgrund der nicht gebündelten Informationen ist es jedoch nicht möglich, sich ein Gesamtbild der Tarifrevision zu verschaffen oder die zugrundeliegenden Kalkulations-Parameter zu erkennen. Dieser Transparenzmangel in der Dokumentation würde eine Nichtgenehmigung von TARDOC 1.0 durch den Bundesrat rechtfertigen.



### **3.2. Aktualität und Datenbasis**

Der Preisüberwacher stellt fest, dass die Tarifpartner im Rahmen der Revision auf eine Erhebung der ärztlichen Tätigkeit verzichtet haben. Darüber hinaus wurde der SUK-Satz – ein wichtiger Parameter im Berechnungsmodell INFRA – nicht basierend auf den tatsächlichen Kosten erhoben. Daraus schliesst er, dass eine Anpassung an die aktuellen Gegebenheiten, wie in den Rahmenbedingungen des Bundesrates festgehalten, nicht erfolgt ist, was ein weiterer Grund dafür ist, dass TARDOC 1.0 nicht genehmigt werden kann.

### **3.3. Wirtschaftlichkeit und Billigkeit**

Der Preisüberwacher stellt fest, dass sich die Tarifpartner über die Art der Umsetzung der Kostenneutralität nicht einig sind, obgleich das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit besagt, dass die neue Tarifstruktur für ambulante und ärztliche Leistungen kostenneutral zu sein hat und die falschen/negativen Anreize der alten Struktur korrigieren muss. Konkret müssen insbesondere folgende zwei Anforderungen erfüllt sein:

- Erstens muss die neue Tarifstruktur transcodiert, das Taxpunktvolume simuliert und schliesslich durch Multiplikation mit dem durchschnittlichen Punktwert in Franken umgerechnet werden. Weiter wären solche Simulationen anhand der aus Kostensicht wichtigsten «Warenkörbe» zu plausibilisieren, wie dies bei der Umwandlung der kantonalen Arzttarife in den TARMED Anfang der 2000er-Jahre gemacht worden ist.
- Zweitens müsste das Verhandlungsergebnis auch eine Kostenneutralitätsphase umfassen, während der die Anwendung von TARDOC analysiert würde mit der Möglichkeit, bei Übertreibungen und falschen tariflichen Anreizen korrigierend in die Tarifstruktur beziehungsweise die Tarifierhebung einzugreifen.

Da diese beiden Anforderungen nicht erfüllt sind, ist TARDOC 1.0 nicht genehmigungsfähig.

### **3.4. Vereinfachung der Tarifstruktur**

Der Preisüberwacher begrüsst zwar die Reduktion der Anzahl Positionen in der Tarifstruktur TARDOC 1.0, stellt aber fest, dass diese immer noch rund 2700 Positionen umfasst. Die vorgeschlagene Struktur basiert nach wie vor auf der gleichen Logik wie TARMED, obwohl die Tarifpartner bei einer (Gesamt)revision grundsätzlich die Freiheit haben, komplett andere und vor allem einfachere Modelle in Betracht zu ziehen, welche weniger (potenziell) falsche Anreize beinhalten.

## **4. Erkenntnisse aus den Stellungnahmen zur Tarifstruktur TARDOC 1.0**

Insgesamt gehen die Stellungnahmen von H+ und santésuisse sowie des Preisüberwachers zur Tarifstruktur TARDOC 1.0 in dieselbe Richtung wie die Analysen unter Ziffer III bis VI im Bericht, nämlich dass die Vorgaben an die Revision nicht erfüllt sind.

Der Preisüberwacher, der Zugang zu sämtlichen Dokumenten hatte, die von curafutura und der FMH bis Ende 2019 eingereicht wurden, bedauert, dass sich die Informationen verzettelt in zahlreichen Dokumenten finden, was es verunmöglicht, sich einen Gesamteindruck über die Revision zu verschaffen oder die zugrundeliegenden Berechnungsparameter zu eruieren. Vor diesem Hintergrund ist die Forderung nach vollständiger Dokumentation und Transparenz nicht erfüllt. H+ und santésuisse ihrerseits hatten nach eigenen Aussagen nicht Zugang zu allen Dokumenten/Informationen, die für eine umfassende Prüfung hilfreich gewesen wären. curafutura und die FMH zeigten allerdings insofern guten Willen, als sie mit santésuisse eine Informationssitzung abgehalten sowie alle vom Spitalverband H+ geforderten Informationen lieferten.

In seiner Stellungnahme thematisiert der Preisüberwacher auch die fehlende Datenerhebung. Dass die Tarifpartner im Rahmen der Revision auf eine Erhebung (z. B. zur ärztlichen Tätigkeit oder zum SUK-Satz) verzichtet haben, läuft in seinen Augen den vom Bundesrat hinsichtlich der Revision gesetzten Rahmenbedingungen zuwider, was eine Nichtgenehmigung von TARDOC 1.0 rechtfertigt. Das Fehlen einer Erhebung zur Senkung des SUK-Satzes wird auch von H+ kritisiert. Für H+ führt die Absenkung des SUK-Satzes ohne Datengrundlage zu einer Unterbewertung der Infrastruktur- und Personalleistungen gegenüber den ärztlichen Leistungen. Unter dem Strich zeigt sich, dass eine Datenerhebung die

Voraussetzung für die Bestimmung eines sachgerechten SUK-Satzes ist. Dies deckt sich ebenfalls mit einem der im Rahmen der Analyse des Kostenmodells INFRA gemachten Anpassungsvorschlag (siehe Ziffer IV.4.2.). Darüber hinaus wird unter jedem der vom BAG geprüften Punkte (Leistungspositionen und Anwendungsregeln, Modell der ärztlichen Leistungen, Modelle für die Berechnung der IPL) eine Erhebung der Leistungs- oder Kostendaten verlangt.

santésuisse weist auf die aktuellere medizinische Nomenklatur im Vergleich zum TARMED hin, und bewertet zusammen mit H+ die Anpassung der Tarifierung bei den operativen Leistungen als positiv. Alle angehörten Interessengruppen gehen jedoch darin einig, dass es sich bei TARDOC 1.0 um eine kompliziertere Tarifstruktur handelt (detailliertere Tarifierung, Komplexität der Vorschriften usw.). Diese von den Tarifpartnern gemachten Bemerkungen decken sich grundsätzlich mit den Prüfergebnissen unter Ziffer IV.2.

In seiner Stellungnahme bringt santésuisse ausserdem zum Ausdruck, dass die in der Grundversorgung tätigen Ärzte insbesondere durch den Wegfall des vom Bundesrat 2014 eingeführten Zuschlags für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis schlechter gestellt werden könnten. In vorliegendem Fall wurde keinerlei Analyse zu den Auswirkungen auf die Kosten in den verschiedenen Fachbereichen durchgeführt. Einer der unter Punkt VI.3. formulierten Anpassungsempfehlungen für TARDOC 1.0 besagt allerdings, dass die Tarifpartner im Zuge der nächsten Einreichung der Tarifstruktur auch Bewertungen zu den Auswirkungen auf die Kosten pro Fachbereich und Spitalkategorie einreichen sollen. Darüber hinaus werden die Tarifpartner aufgefordert, für die wichtigsten Leistungen pro Fachbereich eine Gegenüberstellung der Leistungsabrechnung zwischen TARMED und der vorgeschlagenen Tarifstruktur vorzunehmen. Diese Anregungen gehen in Richtung der Position des Preisüberwachers und werden eine eingehendere Analyse der Auswirkungen der angepassten Tarifstruktur auf die verschiedenen Bereiche ermöglichen.

Ferner stellt H+ fest, dass die Kinder- und Jugendmedizin unter TARDOC 1.0 nicht kostendeckend tarifiert ist, liefert jedoch leider weder Daten zu den im Zusammenhang mit der Kinder- und Jugendmedizin entstehenden Kosten im ambulanten Spitalbereich noch Schätzungen zu den über TARDOC 1.0 erzielbaren Erträgen. Zudem macht H+ keinerlei Angaben zu den Positionen oder Bereichen in der Kinder- und Jugendmedizin, die unter TARDOC 1.0 nicht kostendeckend tarifiert wären. Somit ist es schwierig, diese Punkte überhaupt zu berücksichtigen. Es ist hier nochmals darauf hinzuweisen, dass die Tarifierung die transparent ausgewiesenen Kosten der effizienten Leistungserbringung decken muss (sei es in der Kinder- und Jugendmedizin, in der Hausarztmedizin oder in jedem anderen Bereich).

Gemäss H+ bildet TARDOC die Leistungen grundsätzlich nicht sachgerecht ab. Diese Aussage von H+ zeigt, dass die Beteiligung aller relevanten Leistungserbringergruppen (Ärzte und Spitäler) eine wichtige Voraussetzung für die Erfüllung des Kriteriums der Sachgerechtigkeit ist (siehe dazu auch Ziffer III.3).

Nach Durchsicht der Stellungnahmen der Tarifpartner scheinen sich deren Meinungen und die Meinung des Preisüberwachers weitgehend mit den Ergebnissen der Prüfung durch das BAG aus Ziffer III bis VI dieses Berichts zu decken.

curafutura und die FMH werden jedoch aufgefordert zu prüfen, ob und in welchem Umfang die unter VII genannten Kritikpunkte in die Tarifstruktur TARDOC 1.0 integriert werden könnten.

## VIII. Schlussfolgerung

Die Prüfung aller eingereichten Unterlagen hat ergeben, dass die Tarifstruktur TARDOC aus Sicht des BAG in der vorliegenden Form nicht genehmigt werden kann.

Die **formelle Prüfung** von TARDOC zeigt, dass die Vertragsparteien die Verhältnisse im ambulanten ärztlichen Bereich nur unzureichend widerspiegeln. Mit dem Beitritt der SWICA zur Einzelleistungstarifstruktur TARDOC ist auf Versichererseite nun eine knappe Mehrheit vertreten. Auf Seiten der Leistungserbringer sind die Spitäler, vertreten durch den Spitalverband H+, nach wie vor nicht Vertragspartei. Aufgrund der Ergebnisse der materiellen Prüfung des Gesuchs kann jedoch offen bleiben, ob ein Tarifvertrag mit nur einer äusserst knappen Mehrheit auf Seiten der Versicherer und ohne die Beteiligung der Spitäler als zweite relevante Leistungserbringergruppe die Anforderungen an eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur erfüllt.

Die **materielle Prüfung** von TARDOC zeigt, dass diese Tarifstruktur weder die gesetzlichen Anforderungen noch die Rahmenbedingungen des Bundesrates erfüllt. Die Tarifpartner, die nicht Vertragspartei sind, sowie der Preisüberwacher kommen zu den gleichen Schlussfolgerungen.

Die Tarifstruktur TARDOC erfüllt die Rahmenbedingung der **vollständigen Dokumentation und Transparenz** nur bedingt. Positiv ist festzustellen, dass die Tarifpartner sehr bemüht waren, dem BAG die zur Prüfung des Genehmigungsantrages erforderlichen Unterlagen und Informationen zuzustellen, auch wenn es dazu mehrerer Nachreichungen bedurfte. Auch die Beantwortung diverser Fragen im Rahmen der technischen Sitzungen zeigt, dass die Tarifpartner grundsätzlich das Ziel hatten, diese Rahmenbedingung zu erfüllen. Nichtsdestotrotz fehlen dem BAG bezüglich verschiedener Aspekte der Tarifstruktur Informationen, die es ermöglichen, die Tarifstruktur TARDOC im Detail zu verstehen oder zu überprüfen (z.B. Angaben/Erläuterungen zu den Expertenmeinungen zu normativ-festgelegten Grössen, Angaben zur Repräsentativität der Datenerhebung RoKo etc.). Dies dürfte auch damit zusammenhängen, dass nicht alle Elemente und Grundlagen der Tarifstruktur dokumentiert sind. Teilweise mussten die Informationen in den Unterlagen zusammengesucht werden und es fehlten Erläuterungen insbesondere zu Excel-Dateien. Festzuhalten ist ebenfalls, dass die FMH gewisse Unterlagen bedauerlicherweise nur dem BAG zur Verfügung gestellt, curafutura diese jedoch nicht erhalten hat.

Die Tarifstruktur TARDOC erfüllt nur teilweise die Rahmenbedingung der **Anpassung an die aktuellen Gegebenheiten**. Es lassen sich jedoch auch mehrere positive Elemente feststellen: Gewisse Punkte in den Interpretationen von TARDOC konnten geklärt werden, die im TARMED zu Streitigkeiten Anlass gaben. Weiter wurden Definitionen für wichtige Parameter oder Konzepte der Tarifstruktur eingeführt. Es scheint ferner, dass grosse Anstrengungen zur Aktualisierung der Tarifpositionen unternommen wurden, um den technischen und technologischen Fortschritten sowie den heutigen Behandlungsprozessen Rechnung zu tragen. In dieser Hinsicht wurde der Anforderung betreffend Aktualisierung der Tarifstruktur Rechnung getragen und die Tarifstruktur TARDOC kann somit als Grundlage für die Erarbeitung einer Einzelleistungsstruktur dienen, die den gesetzlichen Anforderungen gerecht wird. Eine neue Struktur müsste jedoch nochmals vereinfacht werden. Insbesondere die grosse Anzahl der Positionen für Konsultationen, Behandlungen und Untersuchungen setzt Anreize zur Mengenausweitung. Dies sollte korrigiert werden. Die Verwendung der gemittelten Daten der Jahre 2014 bis 2016 zu den Kosten der Arztpraxen im Kostenmodell KOREG stellt ebenfalls einen Fortschritt gegenüber TARMED dar, der noch auf Daten aus den 1990er-Jahren basiert. Die jährliche Erhebung der Kosten von Arztpraxen bietet die Möglichkeit, die Tarifstruktur regelmässig zu aktualisieren. Für diverse Grössen und Parameter in der Tarifstruktur TARDOC wurden jedoch keine neuen Erhebungen vorgenommen, sie wurden normativ in Expertengesprächen, zu welchen dem BAG keine Dokumentation vorliegt, oder mittels Indexierung festgelegt (z. B. keine Erhebung zu der ärztlichen Tätigkeit oder zu den Leistungen, keine Erhebung zu einzelnen Parametern der Betriebszeit im Kostenmodell INFRA, Ermittlung der Spartenbetriebsdauern im KOREG-Modell anhand von abgerechneten TARMED-Positionen). Bei Verwendung von normativ festgelegten Werten müssten diese zumindest begründet und nachvollziehbar sein.

Die Tarifstruktur TARDOC erfüllt die **Rahmenbedingung der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit nicht**. Die detaillierte Prüfung von TARDOC zeigt, dass die Kostensteigerung, welche ohne Korrektur über den External Factor resultieren würde, zum Teil den Berechnungsmodellen für die Taxpunkte zuzuschreiben ist, die das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit nicht vollständig erfüllen.

- Folgende Elemente tragen zu einer ungerechtfertigten Erhöhung des Kostensatzes für ärztliche Leistungen bei: Bei der Berechnung des Referenzeinkommens werden zum Teil die Gehälter von Spitalärzten herangezogen, deren Funktionen sich kaum mit denjenigen von frei praktizierenden Ärzten vergleichen lassen, die Berechnung der Jahresarbeitszeit scheint etwas zu tief angesetzt und ausserdem wurden einige Tarifwirksamkeitsindizes gesenkt, obwohl im TARDOC explizit mehr Leistungen über die Tarifpositionen abgebildet werden.
- Zudem wurden auch verschiedene Elemente ausgemacht, die zu einem ungerechtfertigten Anstieg beim Kostenmodell INFRA beitragen. So umfassen beispielsweise die in den Tarif einflussenden Baukosten Aufwendungen im Zusammenhang mit Nebendienstleistungen, die selbsttragend sein müssten (Restaurant, Kiosk, Cafeteria, Kinderkrippe usw.), oder Aufwendungen aufgrund von Leistungen, die nicht über die ambulante ärztliche Tarifstruktur vergütet werden dürfen (z. B. Hotellerie). Die Tarifpartner erläutern auch nicht, ob der SUK-Satz aufgrund der neuen Kalkulation der Baukosten mit differenzierterer Kostenumlage aus «nichtproduktiven» Funktionen angepasst wurde. Ebenfalls wird nicht erklärt, ob der SUK-Satz der Tatsache Rechnung trägt, dass die TARDOC-Struktur viel stärker auf die Behandlungsprozesse ausgerichtet ist, das heisst, dass zum Beispiel ein grösserer Anteil der nichtärztlichen Personalkosten direkt den jeweiligen Sparten zugewiesen wird. Wenn diesen Tatsachen mit dem SUK-Satz nicht Rechnung getragen wurde, dürfte es bei einem Teil der Baukosten und der nichtärztlichen Personalkosten zu einer doppelten Verrechnung kommen (einmal über die direkte Zuweisung an die jeweilige Sparte und ein zweites Mal über den SUK-Satz). Abgesehen davon ist die Anwendung eines einheitlichen SUK-Satzes auch nicht im Sinne einer verursachergerechten Tarifierung.
- Im Kalkulationsmodell KOREG scheint die Anforderung der effizienten Leistungserbringung nicht in ausreichendem Masse berücksichtigt worden zu sein. Einerseits basiert das Modell auf Mittelwerten und andererseits sind die Betriebsdauern gewisser Sparten sehr tief.

Basierend auf der von den Tarifpartnern eingereichten Kostensimulation würde der Übergang von TAR-MED 1.09 zu TARDOC 1.0 bei gleicher Leistung und Qualität und ohne Korrektur über den External Factor zu einem Anstieg des Taxpunktvolumens von 2,3 Milliarden Punkten führen (von 11,7 Milliarden zu 14,0 Milliarden), was ceteris paribus einer Zunahme der OKP-Kosten in Höhe von rund 6% bis 7% entspräche. Eine solche Zunahme wäre für das Gesamtsystem der sozialen Krankenversicherung nicht tragbar. Das von den Tarifpartnern eingereichte Kostenneutralitätskonzept sieht eine Korrektur des Taxpunktvolumens mittels eines External Factors vor. Aber auch mit dieser Korrektur resultiert eine Zunahme des Taxpunktvolumens (+ 300 Mio. Taxpunkte), was dem Prinzip der statischen Kostenneutralität widerspricht (siehe Ziffer VI.2.2).

Das eingereichte Kostenneutralitätskonzept sieht zudem zur Sicherstellung der dynamischen Kostenneutralität ein Monitoring von nur einem Jahr (2022) vor. Ein Monitoring von nur einem Jahr ist klar als zu kurz zu beurteilen. Zur Sicherstellung der dynamischen Kostenneutralität braucht es eine Vereinbarung mit einem Monitoring von mindestens 3 Jahren, d.h. ein Konzept, welches sicherstellt, dass es auch in den Jahren nach der Einführung zu keinen Mehrkosten alleine aufgrund der Einführung der neuen Tarifstruktur kommt. Auch fehlt ein langfristiges Monitoring der Kostenentwicklung, welches aufzeigt, wie die Tarife regelmässig überprüft und angepasst werden sollen, wenn sie die gesetzlichen Vorgaben nicht mehr erfüllen. Die Rahmenbedingung betreffend Wirtschaftlichkeit und Billigkeit muss deshalb als nicht erfüllt beurteilt werden.

Was die **übrigen Anforderungen** an die Revision anbelangt, so zeigt die Prüfung schliesslich, dass es sich bei TARDOC um ein nach wie vor äusserst komplexes Tarifwerk handelt. Die Auswirkungen auf bestimmte Bereiche wie die Grundversorgung und die Kinder- und Jugendmedizin konnten leider nicht abschliessend beurteilt werden.

Angesichts dieser Feststellungen wurden gegenüber den Tarifpartnern Anpassungsempfehlungen formuliert. Diese betreffen die wichtigsten zu TARDOC geäußerten Kritikpunkte und sollen es den Tarifpartnern ermöglichen, die Struktur in Bezug auf die gesetzlichen Anforderungen und die Rahmenbedingungen des Bundesrates anzupassen. Nachfolgende Tabelle 8 gibt einen Überblick über diese Anpassungsempfehlungen:

<b>Anpassungsempfehlungen aus formeller Sicht</b>	
1	Im Bereich der ambulanten ärztlichen Leistungen muss nach Ansicht des Bundesrates eine revidierte Tarifstruktur vorliegen, welche grundsätzlich von allen massgeblichen Tarifpartnern mitgetragen wird. Dies wäre auch im Sinn der gesetzlich vorgesehenen Tarifautonomie und würde eine höhere Akzeptanz der Tarifstruktur sicherstellen.
2	Bei einer so gewichtigen Tarifstruktur wie dem TARDOC ist es nicht zuletzt auch im Hinblick auf die Erfüllung der gesetzlichen Vorgabe der Sachgerechtigkeit erforderlich, dass sowohl die Versicherer als auch alle gesetzlichen Leistungserbringergruppen (Ärzte und Spitäler) repräsentativ vertreten sind. Zudem kann auch nur so sichergestellt werden, dass die Interessen sämtlicher massgeblichen Parteien berücksichtigt sind, und dass die Struktur somit aufgrund einer breiten Akzeptanz zur einheitlichen Anwendung taugt, ohne sie gleichzeitig einer nicht unbeachtlichen Anzahl nichtbeteiligter Tarifpartner aufzuzwingen.
<b>Anpassungsempfehlungen für die Dokumentation und die Leistungspositionen und Anwendungsregeln</b>	
1	Die Dokumentation sollte ein umfassendes Revisionskonzept enthalten, das aufzeigt, wie die Tarifpartner vorgegangen sind, um eine einheitliche Abbildung der Leistungen über die gesamte Tarifstruktur hinweg sicherzustellen.
2	Die Leistungspositionen und Anwendungsregeln in TARDOC sollten nochmals überarbeitet werden, um Fehler zu beheben und eine einheitliche Übersetzung in die jeweiligen Landessprachen zu gewährleisten.
3	Die Nummerierung der Tarifpositionen sollte der Struktur der Kapitel und Unterkapitel entsprechen. Die Titel der Positionen sollten eine eindeutige Identifizierung der tarifierten Leistung ermöglichen (identische Titel für unterschiedliche Tarifpositionen vermeiden).
4	Die Dauer der Leistungen sollte sich möglichst auf eine Erhebung der ärztlichen Tätigkeit stützen. Bei Verwendung von normativ festgelegten Werten müssen diese begründet und nachvollziehbar sein.
5	Eine Mischung von Zeit- und Handlungsleistungen sollte auf das strikte Minimum beschränkt werden.
6	Die Abrechnungsregeln sollten so strukturiert sein, dass sie leichter aufzufinden sind.
7	Die Struktur der Leistungspositionen sowie die Anwendungsregeln sollten vereinfacht werden.
8	Die Leistungen, bei denen die KVG-Pflicht umstritten ist (z. B. zeitversetzte telemedizinische Leistungen oder nichtärztliche Leistungen), sollten der ELGK zur Prüfung unterbreitet werden.
<b>Anpassungsempfehlungen für das Berechnungsmodell für ärztliche Leistungen</b>	
1	Der dem Referenzeinkommen zu Grunde liegende Vergleichslohn bei Anstellungsverhältnis im Spital sollte auf einer Vergleichsgruppe von Ärzten beruhen, die den freipraktizierenden Ärzten möglichst ähnlich ist. Dies sind im Spital die Oberärzte.
2	Die Angaben zur Jahresarbeitszeit sollten neu erhoben werden oder normativ festgelegte Werte zumindest begründet und nachvollziehbar sein.
3	Die Tarifwirksamkeitsindizes aller Sparten sollten neu bestimmt und tendenziell angehoben werden. Eine neue Arbeitszeiterhebung sollte erfolgen.
4	Der Unterschied in der Weiterbildungsdauer zwischen den praktischen Ärzten und den Fachärzten sollte adäquat abgebildet werden.

### **Anpassungsempfehlungen für das Kostenmodell INFRA**

- 1 Kosten, welche für eine ambulante ärztliche Tarifstruktur nicht oder nur zum Teil relevant sind, sollten transparent abgegrenzt werden und dürfen nicht ins Berechnungsmodell einfließen.
- 2 Bei einem Clustering zur Vereinfachung des Modells ist sicher zu stellen, dass es nicht zu einer Verzerrung der Relationen zwischen den einzelnen Leistungspositionen führt.
- 3 Wenn eigenständig ausgeführte Leistungen durch das nicht-ärztliche Personal in eigenen Leistungspositionen tarifiert werden, muss dies bei der Festlegung der Personaldotation berücksichtigt und dokumentiert werden, um zu verhindern, dass Personalkosten doppelt verrechnet werden.
- 4 Zur Bestimmung eines sachgerechten SUK-Satzes sollten die notwendigen Daten erhoben werden. Der SUK-Satz muss bei einer Änderung der Berechnungsmethode der Anlagenutzungskosten oder der Personalkosten adäquat angepasst werden.

### **Anpassungsempfehlungen für Kostenmodell KOREG**

- 1 Für eine detaillierte Rückmeldung zum Kostenmodell KOREG muss zunächst die vollständige Transparenz gegenüber allen beteiligten Tarifpartnern und zuständigen Prüfbehörden geschaffen werden.
- 2 Die Herleitung sämtlicher Parameter sollte transparent ausgewiesen und die Rohdaten aus der RoKo offengelegt werden. Dies müsste insbesondere für die Parameter ergänzt werden, welche auf Expertenmeinungen und/oder normativer Festlegung basieren.
- 3 Betreffend Datengrundlagen sollten Angaben zur Repräsentativität und Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit der erhobenen Daten gemacht und die Daten gegebenenfalls bereinigt werden.
- 4 Die Spartenbetriebsdauern sollten aktuell und empirisch erhoben werden. Dabei sollten auch ärztliche Tätigkeiten ausserhalb der Praxis, beispielsweise als Belegarzt, berücksichtigt werden. Bei Verwendung von normativ festgelegten Werten müssen diese begründet und nachvollziehbar sein.
- 5 Dort wo es aufgrund der Datenbasis möglich ist, sollten spartenspezifische Kosten den entsprechenden Sparten direkt zugewiesen werden. Zudem muss sichergestellt werden, dass Kosten nicht mehrfach vergütet werden.
- 6 Um die Modellpraxen näher an der Realität abzubilden, sollte die Modellierung von mehr als zwei Modellpraxen geprüft werden.
- 7 Es wäre aufgrund der Anreizproblematik und der sehr unterschiedlich ausgestalteten Modelle zu überlegen, ob es nicht möglich wäre, für die Tarifstruktur TARDOC nur ein Kostenmodell zu hinterlegen, welches dann für alle Leistungen angewendet werden könnte.

### **Anpassungsempfehlungen betreffend die Beurteilung und das Monitoring von Effekten auf die Kosten**

- 1 Nebst den Unterlagen und Informationen zur Transcodierung sollte die Dokumentation zur Beurteilung und zum Monitoring von Effekten auf die Kosten auch eine Beurteilung zu den Gesamteffekten der Revision auf die verschiedenen Bereiche (Fachdisziplinen in der Arztpraxis und Spalkategorien) sowie Abrechnungsbeispiele für die in den unterschiedlichen Bereichen am häufigsten abgerechneten Leistungen umfassen.
- 2 Der Wechsel zu einer neuen Tarifstruktur sollte nicht zu Kostensteigerungen führen. Sämtliche Kostensteigerungen sollten gerechtfertigt sein, die qualitativ hochstehenden und effizient erbrachten Leistungen abgelden und sich für das Gesamtsystem in einem tragbaren Rahmen bewegen. Wenn die Simulationen zu den Effekten auf die Kosten der unterbreiteten Tarifstruktur auf eine Erhöhung des Taxpunktvolumens hinweisen, die für die Gesellschaft nicht tragbar ist, sollte die Struktur korrigiert werden.

<ol style="list-style-type: none"> <li>3 Das Konzept kostenneutrale Überführung sollte grundsätzlich überarbeitet werden und die unter Ziffer VI.2 aufgeführten Unklarheiten präziser erläutert werden. Insbesondere müssen quantitative Werte wie beispielsweise der EF oder die exogenen Faktoren auf möglichst aktuell erhobenen Daten basieren und nicht normativ festgelegt werden.</li> <li>4 Das Erreichen der statischen Kostenneutralität ist ex ante sicherzustellen und sollte im Idealfall ex post, d.h. nach Einführung der Tarifstruktur, überprüft werden.</li> <li>5 Das Konzept für die kostenneutrale Überführung sollte eine Beobachtung der Kostenentwicklung für die Jahre nach Einführung von TARDOC (mindestens über 3 Jahre) beinhalten, damit auch die dynamische Kostenneutralität sichergestellt wird. Statische und dynamische Kostenneutralität zusammen sollen garantieren, dass die effektive Anwendung der Tarifstruktur per se nicht zu einer ungerechtfertigten Zunahme des abgerechneten Volumens führt.</li> <li>6 Zudem braucht es ein langfristiges Monitoring der Kostenentwicklung, d.h. es muss aufgezeigt werden, wie die Tarife regelmässig überprüft und angepasst werden sollen, wenn sie die gesetzlichen Vorgaben nicht mehr erfüllen.</li> </ol>
<b>Anpassungsempfehlungen betreffend die Umsetzung der Tarifstruktur</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Die TARDOC-Tarifpartner sollten klären, wie die Zusammenarbeit der ats-tms AG mit den anderen Tarifpartnern aussehen kann.</li> <li>2 Die Geltendmachung von oder die Weiterführung des Besitzstands bei Ablösung des TARMEDs durch den TARDOC ist grundsätzlich fragwürdig. Sollten die Tarifpartner dennoch bei der Besitzstandsregelung bleiben, sind die Gründe, welche eine Besitzstandswahrung rechtfertigen, aufzuzeigen. Auch sollte in diesem Fall die absolute Beschränkung des Besitzstandes auf weniger als 10 Jahre festgelegt werden. Bei Festhalten an der Besitzstandsregelung sollte zudem eine andere Lösung zur Überprüfung der Qualität der in Besitzstand erbrachten Leistungen gefunden werden.</li> </ol>

*Tabelle 8: Anpassungsempfehlungen TARDOC  
(Quelle: eigene Darstellung)*

## IX. Anhang

Auflistung aller von den Tarifpartnern eingereichten Unterlagen (Juli 2019 bis Juni 2020):

Paket	eingereicht am	eingereicht von	Name Datei (original)
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	Antrag Grundvertrag Regeln Dignitätskonzept Spartenanerkennung etc.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	Empfangsbestaetigung_BK_12_07_2019.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	190712_Begleitbrief_Einreichung_TARDOC_sig.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	a Ärztliches Referenzeinkommen_20171212.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	b Ärztliche Produktivität und Jahresarbeitszeit.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	c Tarifwirksamkeitsindex und Tarifführerschaft.xlsx
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	d Kostenmodell KOREG.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	e Gutachten zur Berechnung der Sach- und Umlagekosten.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	f OP-Konzept ats-tms_20190523.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	g Polynomics Analysen_SUK-Satz_Schlussbericht_20170630.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	h Prüfbericht ärztliches Referenzeinkommen_20171102.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	i TARMED 1.08BR_Transcodierung vom 20190528_nur Originaltranscodierung.xlsx
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	j 190712_Brief_Patientenstelle_TARDOC_sig.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	k 190712_Brief_SPO_TARDOC_sig.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	l Links zu den Tarifbrowsern TARDOC 1.0.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	20190705-TARDOC-Gesamtnomenklatur_final_ohne_TP.xlsx
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	190712_Grundvertrag_KVG_TARDOC_sig.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	190712_Regeln_Abrechnung_TARDOC_sig.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	m 2019 Spartenkonzept TARDOC signiert.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura & FMH	n 2019 Dignitätskonzept TARDOC signiert.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura	Curafutura_Inhalt_Vereinbarung über Monitoring und Anhang 1.pdf (Begleitbrief)
Paket 1	12.07.2019	curafutura	190625_Entwurf_TARDOC_Monitoringvereinbarung.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura	190625_TARDOC_cf_Konzept_Monitoring_Nachkorrektur.pdf
Paket 1	12.07.2019	curafutura	190712_TARDOC_Gesamtnomenklatur_final_curafutura.xlsx
Paket 1	12.07.2019	FMH	FMH_Ergaenzende_Unterlagen der FMH zum Antrag auf Genehmigung der Tarifstruktur TARDOC.pdf (Begleitbrief)
Paket 1	12.07.2019	FMH	2019_07_03_Begleitbrief_FM_H_TARDOC_mit link ohne Signatur_.pdf
Paket 1	12.07.2019	FMH	2019_07_08_Konzept_KN_2 signiert.pdf
Paket 1	12.07.2019	FMH	2019_Begleitbrief_FM_H signiert.pdf
Paket 1	12.07.2019	FMH	20190705-TARDOC-Gesamtnomenklatur_FM_H.xlsx
Paket 2	29.08.2019	curafutura & FMH	20190829_Antwortschreiben_curafutura_FM_H an Bundesrat_sigFMH_cf.pdf (Begleitbrief)
Paket 2	29.08.2019	curafutura & FMH	20190822_Beschreibung_Tarifstruktur_TARDOC.pdf
Paket 2	29.08.2019	curafutura & FMH	2_Simulation und Faktoren_20190624.xlsx



Paket	eingereicht am	eingereicht von	Name Datei (original)
Paket 2	29.08.2019	curafutura & FMH	4_Kostenmodelle INFRA-Kostensätze_20190509.xlsx
Paket 2	29.08.2019	curafutura & FMH	5a Masterdokumentation ZMT.pdf
Paket 2	29.08.2019	curafutura & FMH	5b_1998-11-01 - FMS - Die Produktivität der invasiv tätigen Ärzteschaft.pdf
Paket 2	29.08.2019	curafutura & FMH	5c_20130118 - Arbeitszeiterhebung Praxis (ZMT).pdf
Paket 2	29.08.2019	curafutura & FMH	5c_20130118 - Arbeitszeiterhebung Praxis Grafiken (ZMT).pdf
Paket 2	29.08.2019	curafutura & FMH	5d_INFRA_Schlussbericht 15061998_V1.1.pdf
Paket 2	29.08.2019	curafutura & FMH	5e_3e_Tarifwirksamkeitsindex.pdf
Paket 2	29.08.2019	curafutura & FMH	6_Vergleich_Sparten_TARDOC_TARMED_20190812.xlsx
Paket 2	30.08.2019	FMH	2019-08-30_Brief nur FMH an BAG_TARDOC.pdf (Begleitbrief)
Paket 2	30.08.2019	FMH	20180517-Referenzeinkommen-Schlussbericht WIG.pdf
Paket 2	30.08.2019	FMH	20180924-TARDOC-KOREG-Bericht.pdf
Paket 2	30.08.2019	FMH	20180326-TARDOC-KOREG-Beilage 1_Details zur Datenaufbereitung.xlsx
Paket 2	30.08.2019	FMH	20180326-TARDOC-KOREG-Beilage 2a_2b_3_4_Überleitung.xlsx
Paket 2	30.08.2019	FMH	20180924-TARDOC-KOREG-Beilage 5_Spartenbetriebsdauer.xlsx.xlsx
Paket 2	30.08.2019	FMH	20180924-TARDOC-KOREG-Beilage 8_Spartenberechnung.XLSX
Paket 2	30.08.2019	FMH	2016-RoKo-Fragebogen.pdf
Paket 3	14.10.2019	curafutura & FMH	20191014_Antwort_cf-FMH an BAG_Detailunterlagen_sig.pdf (Begleitbrief)
Paket 3	14.10.2019	curafutura & FMH	20190510_Transcodierungsrichtlinien und -anleitung_V0.98.pdf
Paket 3	14.10.2019	FMH	20191014_TARDOC_Brief FMH an BAG_nachzureichende Unterlagen.pdf (Begleitbrief)
Paket 3	14.10.2019	FMH	Schlussbericht Einkommensstudie Büro BASS 14.09.2012.PDF
Paket 4	02.03.2020	ats-tms ag	Alle Regeln inkl LG_20200227.xlsx
Paket 5	19.03.2020	ats-tms ag	Begleitbrief Hr. Fuhrer.pdf (Begleitbrief)
Paket 5	19.03.2020	ats-tms ag	2020-01-08_TARDOC Praesentation santesuise Folien.pdf
Paket 5	19.03.2020	ats-tms ag	4_Kostenmodelle INFRA-Kostensätze_20190509_ergänzt_20200317.xlsx
Paket 5	19.03.2020	ats-tms ag	Liste aller verwendeten Geräte und Personal_20200217.xlsx
Paket 5	19.03.2020	ats-tms ag	Modellspital LeadConsultants.pdf
Paket 5	19.03.2020	ats-tms ag	Präsentation BAG_20200226.pdf
Paket 5	19.03.2020	ats-tms ag	Fragen BAG komplett_Version zur Abgabe an BAG.xlsx
Paket 6	14.04.2020	FMH	20200414_E-Mail_Oeschger_Nachlieferung BAG zur technischen Sitzung vom 25.3.2020.msg (Begleitemail)
Paket 6	14.04.2020	FMH	2020-03-25_TARDOC Pruefprozess BAG_Vorstellung KOREG_Von der RoKo zum Kostensatz_Version BAG.pdf
Paket 6	14.04.2020	FMH	TARDOC_Pruefung BAG_KOREG_Antworten auf aufgetauchte Fragen waehrend 2. Workshop.pdf
Paket 6	14.04.2020	FMH	2020_RoKo_Fragebogen_DE_genehmigt 07.02.2020.pdf
Paket 6	14.04.2020	FMH	2019-05-09_TARDOC KOREG_Clustering zu Metasparten_inkl. Investitionen.xlsx
Paket 6	14.04.2020	FMH	2018-06-04_TARDOC KOREG_Spartenbetriebsdauer_Clustering der Sparten.xlsx
Paket 6	14.04.2020	FMH	TARDOC_KOREG_Haeufigkeit einer Sparte.xlsx
Paket 6	14.04.2020	FMH	2020-03-27_TARDOC_KOREG_Daten_Percentile_Nachlieferung.xlsx

<b>Paket</b>	<b>eingereicht am</b>	<b>eingereicht von</b>	<b>Name Datei (original)</b>
Paket 7	21.04.2020	ats-tms ag	ats-tms_BBrief_Nachreichung_20200400.docx (Begleitbrief)
Paket 7	21.04.2020	ats-tms ag	Präsentation BAG_2020406.pdf
Paket 7	21.04.2020	ats-tms ag	SITZU-TARD_Kostensimulation_TARDOC_Fragekatalog_Technische-Sitzung_III_gemeinsame Antworten.docx
Paket 8	12.05.2020	ats-tms ag	Fragen Antworten zum Modellspital.msg (Begleitmail)
Paket 8	12.05.2020	ats-tms ag	Fragekatalog_Baukosten_Bericht ohne Hotellerie_Apotheke V_03.docx
Paket 9	25.06.2020	curafutura & FMH	Schreiben curafutura und FMH an Bundesrat_25.06.2020.pdf (Begleitschreiben)
Paket 9	25.06.2020	curafutura & FMH	Tardoc_Konzept_Kostenneutrale Überführung_20200622_paraphiert.pdf
Paket 9	25.06.2020	curafutura & FMH	Tardoc_Monitoringvereinbarung_20200622_signiert.pdf
Paket 9	25.06.2020	curafutura & FMH	Tardoc_Beitrittsvereinbarung SWICA_20200604_signiert.pdf
Paket 9	25.06.2020	curafutura & FMH	Tardoc_Gesamtnomenklatur_20200625.xlsx
Paket 9	25.06.2020	curafutura & FMH	Übersicht Änderungen_Tardoc_1.0 zu 1.1_20200625.xlsx
Paket 9	25.06.2020	curafutura & FMH	Tardoc_Kostenmodell_INFRA-Kostensätze_20200625.xlsx
Paket 9	25.06.2020	curafutura & FMH	Tardoc_Modellspital_Vergleich Sparten 2016_2020_20200625.pdf
Paket 9	25.06.2020	curafutura & FMH	Tardoc_Modellspital_Spartenauswertung_20200625.pdf
Paket 9	25.06.2020	curafutura & FMH	Tardoc_Spartenkonzept_V1.1_20200622_signiert.pdf
Paket 9	25.06.2020	curafutura & FMH	Tardoc_Simulation_20200625.xlsx
Paket 9	25.06.2020	curafutura & FMH	Tardoc_Stellungnahme SPO_20200616.pdf