

Bericht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) vom 7. März 2024 zuhanden der SGK-S

«Höchstgrenze für das mit der ambulanten Tarifstruktur pro Arbeitstag verrechenbare Taxpunkt volumen»

1 Auftrag

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S) hat an ihrer Sitzung vom 30. Januar 2024 die Bundesverwaltung mit der Erstellung eines kurzen Berichts zu einem Antrag betreffend eine Höchstgrenze des verrechenbaren Taxpunkt volumens pro Arbeitstag in der nationalen ambulanten Tarifstruktur beauftragt. Der Fokus soll dabei nicht auf dem Weg, den der Antrag für die Änderung wählt (Übergangsbestimmung), sondern auf der inhaltlichen Diskussion liegen. Der vorliegende Bericht erfüllt diesen Auftrag. In Punkt 2 werden der Antrag und in Punkt 3 seine Implikationen erörtert.

2 Der Antrag

2.1 Gegenstand

Der Antrag will in den Übergangsbestimmungen der KVG-Vorlage 22.062 (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) einen neuen Absatz 6 einfügen. Dieser beauftragt den Bundesrat, die **nationale ambulante Tarifstruktur** dahingehend zu ändern, dass eine **Höchstgrenze** für das pro Arbeitstag verrechenbare Taxpunkt volumen festgelegt wird. Die Änderung soll nach Konsultation der Tarifpartner **per 1. Januar 2025** umgesetzt werden.

Die Begründung sowie die fünf beigelegten Beispielrechnungen beziehen sich auf die Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen TARMED und nicht auf nationale Tarifstrukturen für andere Arten von ambulanten Leistungen.¹ Somit kann davon ausgegangen werden, dass Absatz 6 auf TARMED ausgerichtet ist.

Da Absatz 6 in den Übergangsbestimmungen verortet und das Inkrafttreten per 1. Januar 2025 vorgesehen ist, ermöglicht er einen sofortigen und einmaligen Eingriff in TARMED.

2.2 Erläuterungen zum Taxpunkt volumen von TARMED

TARMED legt gegenwärtig keine Norm für das verrechenbare Taxpunkt volumen pro Arbeitstag oder Jahr fest. Das Volumen hängt von den Merkmalen der erbrachten Leistungspositionen ab, namentlich von der Dauer der Leistung und dem errechneten Kostensatz pro Minute für die erforderlichen Ressourcen insbesondere an ärztlichem und nichtärztlichem Personal sowie an Infrastruktur. Je höher die Dauer/der Kostensatz der Leistung, desto höher ist bei ansonsten gleichbleibenden Bedingungen die Anzahl Taxpunkte pro Leistung und damit das insgesamt verrechnete Taxpunkt volumen.

Bei *Zeitpositionen* wird die Dauer der Leistung ausgehend vom effektiven Zeitaufwand abgerechnet. Bei *Handlungspositionen* ist sie als Minutage festgelegt, d. h. eine im Voraus definierte

¹ Logopädinnen und Logopäden, Apothekerinnen und Apotheker, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Chiropraktorkinnen und Chiropraktoren, Hebammen und Zahnärztinnen und Zahnärzte rechnen ihre Leistungen ebenfalls mit Einzelleistungstarifen basierend auf schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen nach Artikel 43 Absatz 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) ab.

Dauer, die von der durchschnittlich benötigten Zeit für die Erbringung der Leistung ausgeht. Bei Handlungspositionen kann sich somit die fakturierte von der effektiven Dauer der Leistung unterscheiden, wobei die Idee ist, dass sich diese Unterschiede im Durchschnitt ausgleichen. Wegen der ausbleibenden TARMED-Revision hat sich der Unterschied zwischen Minutagen und effektiver Dauer der Leistungen jedoch verstärkt. Die Kostensätze pro Minute entsprechen ebenfalls nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten. Einige Tarifpositionen sind über-, andere untertarifert. Da TARMED eine Einzelleistungstarifstruktur ist und Tarifpositionen auf einer Rechnung kumuliert werden können, besteht zudem die Möglichkeit einer «Überfakturierung».

Nur eine umfassende Revision von TARMED könnte die Rückkehr zu einem sachgerechten Tarif ermöglichen. In Abschnitt 3.3 werden die Implikationen eines bundesrätlichen Eingriffs in TARMED in diesem Zusammenhang dargelegt.

3 Implikationen des Antrags

3.1 Hinsichtlich Taxpunkt volumen-Höchstgrenze pro Arbeitstag

Der Antrag will das verrechnete Taxpunkt volumen aller an einem Arbeitstag durchgeführten Behandlungen plafonieren. Die Höchstgrenze würde demnach auf Ebene des Leistungserbringers (und nicht der Patienten) definiert. Werden die Leistungen von einer Ärztin oder einem Arzt in einer Einzelpraxis erbracht, entspricht der Leistungserbringer dieser Ärztin oder diesem Arzt. Erfolgen die Leistungen in Spitälern oder Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10), können sie von mehreren Ärztinnen oder Ärzten erbracht worden sein. Für diese Fälle müssten eine geeignete Definition und entsprechende Höchstgrenze gefunden werden. Zusammen mit den in Abschnitt 2.2 angesprochenen TARMED-Merkmalen (vor allem: nach Leistung differenzierte Anzahl von Taxpunkte und nicht sachgerecht) erschwert dies die Schätzung des (maximalen) Taxpunkt volumens, das pro Arbeitstag verrechenbar sein sollte. Darüber hinaus ist die Einmaligkeit des bundesrätlichen Eingriffs (siehe 2.1) nur schwer mit dem Erfordernis einer regelmässigen Anpassung der Höchstgrenze an die legitimen Entwicklungen im ambulanten ärztlichen Bereich zu vereinbaren.

Die Problemstellungen bei TARMED lassen sich nur mit einer umfassenden Revision lösen, die die Zeitdauern und Kostensätze in der Tarifstruktur sowie geeignete Abrechnungsregeln einschliesst, flankiert von einer Kontrolle des Wirtschaftlichkeitsgebots durch die zuständige Behörde (Art. 46 Abs. 4 KVG) und vom Monitoring nach Artikel 47c KVG². Dieser per 1. Januar 2024 in Kraft getretene Artikel verpflichtet die Versicherer und die Leistungserbringer, ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Entwicklungen vorzusehen. Längerfristig sollten zudem die Bestimmungen zur Förderung ambulanter Pauschalen³, die seit 1. Januar 2023 in Kraft sind, die Bedeutung von Einzelleistungstarifstrukturen und das in Abschnitt 2.2 angesprochene Problem der Kumulation von Tarifpositionen abschwächen.

² Vom Parlament am 30. September 2022 im Rahmen des Kostendämpfungspakets 1b verabschiedeter und per 1. Januar 2024 in Kraft getretener neuer Artikel 47c KVG (AS 2023 630; BBl 2019 6071).

³ Neuer Wortlaut von Artikel 43 Absatz 5 KVG und neuer Artikel 43 Absatz 5^{ter} KVG, beide vom Parlament am 18. Juni 2021 im Rahmen des Kostendämpfungspakets 1a verabschiedet und seit 1. Januar 2023 in Kraft (AS 2021 837; 2022 808; BBl 2019 6071).

3.2 Hinsichtlich Einhaltungskontrolle der Höchstgrenze des Taxpunktvolumens

3.2.1 Implikationen für die Krankenversicherer

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt Leistungen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 32 Abs. 1 KVG). Es ist in erster Linie Aufgabe der Krankenversicherer, die korrekte Anwendung des Tarifs und die Wirtschaftlichkeit der zulasten der OKP abgerechneten Leistungen zu kontrollieren. Gehen Leistungen über das im Interesse der Versicherten liegende und für den Behandlungszweck erforderliche Mass hinaus, kann der Versicherer die Vergütung verweigern oder dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütungen zurückfordern (Art. 56 Abs. 1 und 2 KVG).

Die Krankenversicherer legen bereits heute Daten betreffend zulasten der OKP abgerechneter Leistungen zusammen, hauptsächlich um eine gemeinsame Kontrolle der Wirtschaftlichkeit oder in einigen Fällen der Tarifierstellung zu ermöglichen (z. B. tarifcontrolling von Tarifsuisse). Eine Querschnittsanalyse der ausgestellten Rechnungen pro Arbeitstag zur Erkennung von Leistungserbringern, die die Taxpunktvolumen-Höchstgrenze nicht einhalten, wäre somit grundsätzlich möglich. Mit dem Antrag müssten die Versicherer die Rechnungskontrolle jedoch systematisch «gemeinsam» durchführen. Fehlbare Leistungserbringer könnten jedoch zum Teil auch erst nach Monaten oder Jahren identifiziert werden, da die Leistungserbringer ab dem Behandlungsdatum bis zu fünf Jahre Zeit für die Fakturierung der Leistungen haben. Ein ungeklärtes Problem wären Tiers-Garant-Rechnungen, die den Versicherern nicht vorgelegt werden und die deshalb nicht in die Kontrolle einbezogen werden könnten.

3.2.2 Implikationen für die Leistungserbringer

Mit ihrer Einführung würde die Taxpunktvolumen-Höchstgrenze integraler Bestandteil der Tarifstruktur TARMED. Aufgrund des gesetzlich verankerten Tarifschutzes wären die Leistungserbringer daran gebunden; sie könnten keine höhere Vergütung für Leistungen im Rahmen der OKP verlangen (Art. 44 Abs. 1 KVG).

Sobald die Leistungserbringer die Taxpunktvolumen-Höchstgrenze pro Arbeitstag erreicht haben, bestünde für sie kein Anreiz mehr noch Patienten zu behandeln, selbst wenn diese Behandlungen nötig wären. Eine Taxpunktvolumen-Höchstgrenze pro Arbeitstag könnte sich auch insofern als kontraproduktiv erweisen, als Leistungserbringer, die darunter liegen, sie als Referenzniveau betrachten könnten, das es zu erreichen gilt.

3.2.3 Implikationen für die Versicherten

Die Taxpunktvolumen-Höchstgrenze pro Arbeitstag soll den Kostenanstieg zulasten der OKP eindämmen, was für die Versicherten in Bezug auf die Prämien vorteilhaft wäre. Die Versicherten erhalten die Rechnung oder eine Kopie (Art. 42 Abs. 1-3 KVG), damit sie überprüfen können, ob die fakturierten Leistungen der erbrachten Behandlung entsprechen. Sie wären aber nicht in der Lage zu kontrollieren, ob die Taxpunktvolumen-Höchstgrenze pro Tag eingehalten wurde, da sie nicht alle vom Leistungserbringer ausgestellten Rechnungen sehen. Beim Vereinbaren oder Wahrnehmen von Arztterminen könnten die Versicherten ebenfalls nicht sicher wissen, ob ihre Ärztin oder ihr Arzt die Taxpunktvolumen-Höchstgrenze pro Arbeitstag bereits erreicht hat.

3.3 Hinsichtlich Eingriffsmöglichkeit des Bundesrats

Der Antrag beauftragt den Bundesrat, einen Eingriff in die gesamtschweizerische ambulante Tarifstruktur vorzunehmen. Abgesehen vom Charakter der Einmaligkeit, den dieser Auftrag hätte, ähnelt er stark der bereits bestehenden subsidiären Kompetenz des Bundesrats, der An-

passungen an der Tarifstruktur vornehmen kann, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können (Art. 43 Abs. 5^{bis} KVG).

Der Bundesrat hat von dieser Kompetenz bei TARMED bereits zweimal Gebrauch gemacht: das erste Mal 2014 zur Förderung der Hausarztmedizin und das zweite Mal 2018 insbesondere um einzelne zu hohe Minutagen zu senken und um unerwünschte Anreize zur Erhöhung der fakturierten Mengen zu reduzieren. Diese Eingriffe haben ihre Ziele erreicht. Die Erfahrung hat aber auch gezeigt, dass ihre Wirkung zeitlich begrenzt ist. Deshalb gilt es einen Rahmen zu fördern, der die TARMED-Revision und eine fortlaufende Anpassung an die aktuellen Gegebenheiten ermöglicht. Beides sollte von den Tarifpartnern durchgeführt werden, die über die nötigen Daten verfügen.

In diesem Sinne hat das Parlament am 18. Juni 2021 (auf Vorschlag des Bundesrats) Artikel 47a KVG⁴ verabschiedet. Er verpflichtet die Tarifpartner, gemeinsam eine nationale Tariforganisation einzusetzen, die für die Tarifstrukturen im ambulanten ärztlichen Bereich zuständig ist. Am 15. November 2022 haben die Tarifpartner die «Organisation ambulante Arzttarife» (OAAT) gegründet, die ihren operativen Betrieb offiziell am 3. Januar 2024 aufgenommen hat. Vor diesem Hintergrund und angesichts der im Dezember 2023 beim Bundesrat eingereichten und derzeit geprüften Genehmigungsgesuche TARDOC und ambulante Pauschalen könnte es ein falsches Signal an die Tarifpartner senden und den Tätigkeitsbeginn der OAAT inopportun beeinflussen, wenn nun der Bundesrat mit einer sofortigen TARMED-Anpassung beauftragt wird.

3.4 Hinsichtlich Zeithorizont

Bestenfalls könnte der Bundesrat nach dem Inkrafttreten der gegenwärtig im Parlament beratenen Gesetzesänderung eingreifen. Es würde auch mehrere Monate dauern, bis die Leistungserbringer die Änderung in den Abrechnungssystemen implementiert und die Krankenversicherer ihre Kontrollsysteme angepasst hätten. Hinzu kommt, dass der Eingriff in Form einer Verordnung des Bundesrats erfolgen müsste, was eine dreimonatige Vernehmlassung bei den interessierten Kreisen voraussetzt. Ein Inkrafttreten am 1. Januar 2025 scheint daher nicht realisierbar.

4 Fazit

Der Antrag verfolgt das wichtige Ziel, den Kostenanstieg zulasten der OKP einzudämmen. Eine Höchstgrenze für das pro Arbeitstag verrechenbare Taxpunktvolume könnte sich aber als schwer umsetzbar erweisen. Ein sofortiger Eingriff des Bundesrats in TARMED ist zudem nicht nur ein falsches Signal an die Tarifpartner und inopportun im Hinblick auf den Tätigkeitsbeginn der OAAT. Der Charakter der Nicht-Erneuerbarkeit entspräche auch nicht dem gebotenen Rahmen, der eine fortlaufende Anpassung des ärztlichen Tarifs an die legitimen Entwicklungen im ambulanten ärztlichen Bereich ermöglichen muss. Die Problemstellungen bei TARMED lassen sich nur mit einer umfassenden Revision lösen, welche die Zeitdauern (Minutagen) und Kostensätze in der Tarifstruktur, geeignete Abrechnungsregeln und ambulante Pauschalen einschliesst, flankiert von einer Kontrolle des Wirtschaftlichkeitsgebots durch die zuständige Behörde (Art. 46 Abs. 4 KVG) und vom Monitoring nach Artikel 47c KVG.

⁴ Vom Parlament am 18. Juni 2021 im Rahmen des Kostendämpfungspakets 1a eingeführter neuer Artikel 47a KVG, seit 1. Januar 2022 in Kraft (AS 2021 837; BBl 2019 6071).