

Frequently Asked Questions - FAQ

TARMED – Änderungen per 01. Januar 2018

Stand: 23. Januar 2018

1. **Wo finde ich den TARMED-Browser, der ab 01.01.2018 gültig ist?**
2. **Gilt die neue Verordnung auch für die Sozialversicherungen UVG, MVG und IVG?**
3. **Wie erhalte ich die neue TARMED-Version für meine Praxissoftware? Wo kann ich die Datenbank für meine Praxissoftware herunterladen?**
4. **Muss ich zwingend eine neue TARMED-Version installieren?**
5. **Welche Auswirkungen hat die Verordnung auf die Tarifstruktur TARMED?**
6. **Was bedeutet der erhöhte Behandlungsbedarf?**
7. **Ich habe den Weiterbildungstitel Praktischer Arzt: Was ändert sich für mich ab 1.1.2018?**
8. **Mit welchem Taxpunktwert rechne ich im neuen Jahr ab**
9. **Wie gehe ich als Arzt vor, wenn eine Rechnung durch den Patienten beanstandet wird?**

Um direkt zur Antwort auf Ihre Frage zu gelangen, klicken Sie direkt auf die entsprechende Frage.

1. Wo finde ich den TARMED-Browser, der ab 01.01.2018 gültig ist?

Der ab dem 01.01.2018 gültige Tarifbrowser 01.09.00_BR_KVG für den Bereich KVG als auch der ab dem 01.01.2018 gültige Tarifbrowser 01.08.00_BR für die Bereiche UVG, MVG und IVG sind unter diesem [Link auf der Internetseite der FMH](#) aufgeschaltet. Für den Bereich UVG/MVG und IVG bleibt der bisherige Tarif Version 01.08.00_BR vom 01.01.2018 bis 31.03.2018 in Kraft.

Tarifversion	Sozialversicherung	Gültigkeit
01.09.00_BR_KVG	KVG	Ab 01.01.2018
01.08.00_BR	UVG, IVG, MVG	Von 01.01.2018 bis 31.03.2018

2. Gilt die neue Verordnung auch für die Sozialversicherungen UVG, MVG und IVG?

Der Tarifeingriff erfolgt über eine vom Bundesrat auszuarbeitende Verordnung, die nur das Krankenversicherungsgesetz KVG betrifft. Somit kann der Bundesrat nur den Tarif für das KVG verordnen.

Der Versicherungsverband für die Unfall- (UVG), Invaliden- (IVG) und Militärversicherung (MVG), die MTK, kann selber bestimmen, ob Sie den Tarifeingriff akzeptieren und somit anwenden oder nicht.

Die MTK hat sich entschieden, dass im Zeitraum vom 01.01.2018 bis zum 31.03.2018 die Tarif-version TARMED 01.08.00_BR für die Bereiche UVG, MVG und IVG unter der Anwendung des Taxpunktwertes für die Arztpraxis in der Höhe von 0.92 zur Anwendung kommt.

Zurzeit laufen die Arbeiten und Verhandlungen zwischen den Tarifpartner MTK, H+ und FMH für einen Tarif für den Bereich UVG/MVG/IVG ab dem 01.04.2018.

3. Wie erhalte ich die neue TARMED-Version für meine Praxissoftware? Wo kann ich die Datenbank für meine Praxissoftware herunterladen?

Der neue Tarif 01.09.00_BR-KVG inkl. weiterer Unterlagen sowie die dazugehörige inkl. Access-Datenbank sind unter diesem [Link auf der Internetseite der FMH](#) aufgeschaltet.

Falls Sie die Implementierung in Ihre Praxissoftware nicht selber vornehmen, wenden Sie sich direkt an Ihren Softwarelieferanten.

4. Muss ich zwingend eine neue TARMED-Version installieren?

Die Verordnung des Bundesrates und damit die Änderungen in der Tarifstruktur TARMED betreffen alle Ärzte unabhängig davon, ob Hausärzte oder Spezialarzt, da mehr oder weniger alle Tarifpositionen eine Änderung erfahren. Eine Installation der neuen TARMED-Version ist in jedem Fall zwingend notwendig. Wenden Sie sich direkt an Ihren Softwarelieferanten bezüglich der technischen Details der neuen TARMED-Version und deren Implementierung in ihre Praxis-Software.

5. Welche Auswirkungen hat die Verordnung auf die Tarifstruktur TARMED?

Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

Die «Quantitativen Dignitäten» werden vereinheitlicht. Sämtlichen Dignitäten wird neu ein einheitlicher **Dignitätsfaktor von 0.985** zugewiesen. Die Taxpunkte für die «Ärztliche Leistung» (AL) mit der Quantitativen Dignität FMH5 (z.B. Grundkonsultation oder Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern) erhöhen sich (ursprünglicher Faktor = 0.905), die Taxpunkte der «Ärztlichen Leistung» für Leistungen mit einer höheren «Quantitativen Dignität» reduzieren sich. Die ursprüngliche Dig-

nitätsfaktoren waren bisher wie folgt festgelegt: FMH6 = 1.0436; FMH7 = 1.086; FMH8 = 1.3046; FMH9 = 1.4785; FMH10 - 12 = 2.2625.

Dignitätsfaktor	Bis 31.12.2017	Ab 01.01.2018
FMH5	0.9050	0.9850
FMH6	1.0436	0.9850
FMH7	1.0860	0.9850
FMH8	1.3046	0.9850
FMH9	1.4785	0.9850
FMH10	2.2625	0.9850
FMH11	2.2625	0.9850
FMH12	2.2625	0.9850

Achtung! Für den **Praktischen Arzt** wird die «Ärztliche Leistung» zusätzlich reduziert. Die für sämtliche Tarifpositionen bereits korrigierte ärztliche Leistung AL wird zusätzlich um den **Skalierungsfaktor 0.93** nach unten korrigiert. Dies gilt für alle Leistungen auf AL-Ebene die praktische Ärzte abrechnen (auch für Besitzstandspositionen).

Erhöhung der «Ärztlichen Produktivität» in den Operationssparten (OP-Sparten)

Die Produktivitäten in den OP-Sparten ändern sich wie folgt:

Sparte	Produktivität bis 31.12.2008	Produktivität ab 01.01.2018	Änderung	Betroffene Tarifpositionen
0045 OPI	45 %	55 %	+ 10 %	1`489
0049 OPII	50 %	60 %	+ 10 %	990
0050 OPIII	55 %	65 %	+ 10 %	47

Senkung der Kostensätze in gewissen Sparten

Die Kostensätze der Technischen Leistung (TL) von Sparten mit Investitionskosten für Anlagen, Geräte und Apparate über CHF 750'000 werden um 10% abgesenkt. Dies betrifft folgende Sparten:

- 0045 Praxis-OP
- 0049 OP I
- 0050 OP II
- 0051 OP III
- 0062 Elektrophysiologisches Labor/Katheterplatz
- 0080 Urologischer Endoskopieraum
- 0081 Urologische Funktionsdiagnostik
- 0082 Extrakorporale Lithotripsie (ESWL)
- 0122 Hyperbare Sauerstofftherapie
- 0188 Kardangiografie/kardiologische-interventionelle Radiologie
- 0190 Gamma-Kamera
- 0191 Nuklearmedizinische Diagnostik II (PET)
- 0210 Hochvoltradiotherapie
- 0211 Simulator
- 0213 Brachytherapie
- 0223 Histologisches Speziallabor
- 0402 Radiochirurgie/Radiotherapie
- 0420 Ganzkörper-Bestrahlung
- 0422 Tiefenhyperthermie
- 0600 CT-überwachte Eingriffe

- 0900 MRI-überwachte Eingriffe
- 5004 Röntgenraum III
- 5006 Angiografie/nicht kardiologisch interventionelle Radiologie
- 5007 Computer-Tomographie (CT)
- 5008 Magnet Resonanz Imaging (MRI)

Elimination der «Leistung im engeren Sinn» (LieS) bei CT- und MRI-Untersuchungen

Die Minutagen für die «Ärztlichen Leistungen im engeren Sinne» bei CT- und MRI-Untersuchungen werden auf null gesetzt.

Dies betrifft folgende Leistungen im CT:

- 39.4010 + Zuschlag weitere Serien CT
- 39.4020 CT Neurokranium
- 39.4030 CT Gesichtsschädel, Nasennebenhöhlen, Oberkiefer, Unterkiefer, Zähne, Kiefergelenke und Schädelbasis
- 39.4040 CT dental, pro Kiefer
- 39.4050 CT Hals
- 39.4060 CT Gesamter Thorax und/oder Sternoclaviculargelenke
- 39.4070 CT Oberbauch
- 39.4080 CT gesamtes Abdomen
- 39.4090 CT Becken und/oder Iliosakralgelenk (ISG)
- 39.4100 CT Wirbelsäule
- 39.4110 CT Schultergelenk und/oder Oberarme
- 39.4120 CT Ellbogengelenke und/oder Vorderarme
- 39.4130 CT Handgelenke und/oder Hand/Hände
- 39.4140 CT Hüfte und/oder Oberschenkel
- 39.4150 CT Kniegelenk und/oder Unterschenkel
- 39.4160 CT Fuss/Füsse und/oder Sprunggelenke
- 39.4170 CT Angiografie aller Gefässe
- 39.4200 CT-gesteuerte Intervention: diagnostisch und/oder therapeutisch
- 39.4210 + Zuschlag für CT-gesteuerte Embolisation/Vertebroplastie
- 39.4220 + Zuschlag für Nukleotomie
- 39.4230 + Zuschlag für CT-gesteuerte operative Versorgung am {ZNS}/Gesichtsschädel

Dies betrifft folgende Leistungen im MRI:

- 39.5010 + Zuschlag weitere Serien MRI
- 39.5020 MRI Angiografie aller Gefässe
- 39.5030 MRI Spektroskopie
- 39.5040 Ganzkörper-MRI zur Metastasensuche, als alleinige bildgebende Leistung
- 39.5050 MRI Neurokranium Übersicht
- 39.5060 MRI Übersicht u/o Teilstück(e) der Wirbelsäule
- 39.5070 MRI Gesichtsschädel/Nasennebenhöhlen
- 39.5080 MRI Hals
- 39.5090 MRI Thorax
- 39.5100 MRI Herz
- 39.5110 MRI Abdomen, Becken
- 39.5120 MRI Defäkografie, als alleinige bildgebende Leistung
- 39.5130 MRI Mamma(e)
- 39.5140 MRI Schultergelenk und/oder Oberarme
- 39.5150 MRI Ellbogengelenke und/oder Vorderarme
- 39.5160 MRI Handgelenke und/oder Hand/Hände
- 39.5170 MRI Hüfte und/oder Oberschenkel

- 39.5180 MRI Kniegelenk und/oder Unterschenkel
- 39.5190 MRI Fuss und/oder Sprunggelenke, Fussgelenke inkl. Achillessehne
- 39.5200 MRI-gesteuerte Intervention: diagnostisch und/oder therapeutisch
- 39.5210 + Zuschlag für MRI-gesteuerte Embolisation/Vertebroplastie
- 39.5220 + Zuschlag für Nukleotomie
- 39.5230 + Zuschlag für MRI-gesteuerte operative Versorgung am {ZNS}/Gesichtsschädel

Anpassung der Berichtszeit bei CT- und MRI-Untersuchungen

Die hinterlegten Minutagen für den Bericht und die Befundung werden vereinheitlicht und für alle CT-Untersuchungen auf 20 Minuten gesetzt. Für alle MRI-Untersuchungen wird die Zeit für die Befundung und den Bericht auf 25 Minuten gesetzt. Davon betroffenen sind dieselben Tarifpositionen wie oben, ausgenommen sind die Tarifpositionen für die zweiten Serien sowie die Zuschlagstarifpositionen.

Dafür gibt es neu für die ärztlichen Leistungen im engeren Sinne separate Tarifpositionen für den Fall, dass der Facharzt für Radiologie bei der Durchführung einer CT- oder MRI-Untersuchung für eine gewisse Zeit anwesend ist. Diese Tarifpositionen sind als Handlungsleistung mit einer Leistung im engeren Sinne von 5 Minuten tarifiert:

- 39.4015 + Ärztliche Leistung im Falle einer persönlichen Betreuung der CT-Untersuchung durch den Facharzt für medizinische Radiologie sowie
- 39.5015 + Ärztliche Leistung im Falle einer persönlichen Betreuung der MRI-Untersuchung durch den Facharzt für medizinische Radiologie.

Senkung der Minutagen bei ausgewählten Tarifpositionen

Bei folgenden Leistungen werden die Minutagen der Leistung im engeren Sinne gesenkt:

- Kataraktoperation (08.2760, 08.2780, 08.2820)
- Glaskörperbiopsie (u/o intravitreale Injektion) (08.3350)
- Belastungs- und Holter-EKG (17.0090, 17.0150)
- Koloskopie (19.1010, 19.1100, 19.1120, 19.1130, 19.1200, 19.1210, 19.1310, 19.1330, 19.1340, 19.1480, 19.1490, 19.1500)
- Stereotaktische Radiotherapie (32.0610, 32.0615)

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

Bei den „Untersuchung durch den Facharzt....“ wird der Leistungstyp von Handlungs- in Zeitleistungen geändert. Diese Positionen werden zukünftig im 5-Min-Takt abgerechnet. Die betrifft folgende Tarifpositionen, die durch **neue Tarifpositionen** (als Zeitleistung, pro 5. Min.) ersetzt werden:

Position alt	Position neu	Limitation
00.0410 Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung	00.0415 Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.	<= 3 mal pro Sitzung <= 6 mal pro 3 Monate
	00.0416 Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren, pro 5 Min.	<= 6 mal pro Sitzung <= 12 mal pro 3 Monate
	00.0417 Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, pro 5	<= 6 mal pro Sitzung <= 12 mal pro 3 Monate

	Min.	
00.0420 Umfassende Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung	00.0425 Umfassende Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min.	<= 5 mal pro Sitzung <= 10 mal pro 3 Monate
00.0430 Kleine rheumatologische Untersuchung durch den Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation	00.0435 Kleine rheumatologische Untersuchung durch den Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.	<= 3 mal pro Sitzung <= 6 mal pro 3 Monate
	00.0436 Kleine rheumatologische Untersuchung durch den Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren, pro 5 Min.	<= 6 mal pro Sitzung <= 12 mal pro 3 Monate
	00.0437 Kleine rheumatologische Untersuchung durch den Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, pro 5 Min.	<= 6 mal pro Sitzung <= 12 mal pro 3 Monate
00.0440 Umfassende rheumatologische Untersuchung durch den Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation	00.0445 Umfassende rheumatologische Untersuchung durch den Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, pro 5 Min.	<= 5 mal pro Sitzung <= 10 mal pro 6 Monate
03.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin des Kindes/Jugendlichen bis 18 Jahre	03.0015 Untersuchung durch den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin des Kindes/Jugendlichen bis 18 Jahre, pro 5 Min.	<= 5 mal pro Sitzung <= 10 mal pro 6 Monate
04.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Dermatologie	04.0015 Untersuchung durch den Facharzt für Dermatologie bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 5 Min.	<= 3 mal pro Sitzung <= 6 mal pro 3 Monate
	04.0016 Untersuchung durch den Facharzt für Dermatologie bei Kindern unter 6 Jahren und Personen über 75 Jahren, pro 5 Min.	<= 6 mal pro Sitzung <= 12 mal pro 3 Monate
	04.0017 Untersuchung durch den Facharzt für Dermatologie bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren mit einem erhöhten Behandlungsbedarf, pro 5 Minuten	<= 6 mal pro Sitzung <= 12 mal pro 3 Monate
07.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Kieferchirurgie und Gesichtschirurgie	07.0015 Untersuchung durch den Facharzt für Kieferchirurgie und Gesichtschirurgie, pro 5 Min.	<= 3 mal pro 3 Monate
09.0010 Untersuchung durch den Facharzt {ORL}	09.0015 Untersuchung durch den Facharzt {ORL}, pro 5 Min.	<= 3 mal pro 3 Monate
22.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe	22.0015 Untersuchung durch den Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, pro 5 Min.	<= 4 mal pro Sitzung <= 8 mal pro 6 Monate

24.0010 Untersuchung durch den Facharzt für Orthopädie oder Chirurgie	24.0015 Untersuchung durch den Facharzt für Orthopädie oder Chirurgie, pro 5 Min.	<= 3 mal pro 3 Monate
--	---	-----------------------

Die Gründe für den erhöhten Behandlungsbedarf eines Patienten müssen in der Patientenakte aufgeführt werden und der erhöhte Behandlungsbedarf eines Patienten ist gegenüber dem Versicherer nur auf Nachfrage zu begründen.

Der erhöhte Behandlungsbedarf ist vom Bundesrat nicht abschliessend definiert worden (keine Krankheitsbilder, keine Diagnosen) und die Anwendung liegt im Ermessen des Arztes.

Differenzierung bei der «Leistungen in Abwesenheit des Patienten»

Die Tarifposition 00.0140 «Ärztliche Leistung» in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium), pro 5 Min.» wird aufgehoben zugunsten folgender neuer Tarifpositionen:

Neue Leistung in Abwesenheit des Patienten mit der kumulativen Limitation maximal 30 x pro 3 Monate	< 6 Jahre und > 75 Jahre mit der kumulativen Limitation maximal 60 x pro 3 Monate	Ausnahmefall erhöhter Behandlungsbedarf mit der kumulativen Limitation maximal 60 x pro 3 Monate
00.0141 Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min	00.0131	00.0161
00.0142 Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.	00.0132	00.0162
00.0143 Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.	00.0133	00.0163
00.0144 Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten., pro 1 Min.	00.0134	00.0164
00.0145 Überweisungen an Konsiliarärzte in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.	00.0135	00.0165
00.0146 Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen ausserhalb von Konsultation, Besuch und telefonischer Konsultation in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.	00.0136	00.0166
00.0147 Diagnostische Leistung am Institut für Pathologie in Abwesenheit des Patienten, pro 1 Min.	00.0137	00.0167
00.0148 Tumorboard in Abwesenheit des Patienten bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren, pro 1 Min.	00.0138	00.0168

Bitte beachten Sie, dass die Limitationen übergreifend über sämtliche der oben genannten Tarifpositionen gelten.

Die Tarifposition 02.0070 «Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten (inkl. Aktenstudium) durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min.» wird aufgehoben zugunsten folgender neuer Tarifpositionen:

Neue Leistungen in Abwesenheit des Patienten (Facharzt für Psychiatrie)

02.0071 Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 1 Min.

02.0072 Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 1 Min.

02.0073 Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 1 Min.

02.0074 Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 1 Min.

02.0075 Überweisungen an Konsiliarärzte in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 1 Min.

02.0076 Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen ausserhalb von Konsultation, Besuch und telefonischer Konsultation in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 1 Min.

Diese neuen, differenzierten Positionen für Ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie sind insgesamt und übergreifend limitiert auf 180 Mal pro 3 Monate

Die Tarifposition 02.0260 «Leistung in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min.» wird aufgehoben zugunsten folgender neuer Tarifpositionen:

Neue Leistungen in Abwesenheit des Patienten (delegierte Psychotherapie)

02.0261 Aktenstudium in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 1 Min.

02.0262 Erkundigungen bei Dritten in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 1 Min.

02.0263 Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 1 Min.

02.0264 Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern ausserhalb der regelmässigen Rapporte, in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 1 Min.

02.0265 Auswertung von Tests in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 1 Min.

02.0266 Verfassen von ausführlichen Berichten, sofern nicht anderweitig entschädigt, in Abwesenheit des Patienten durch den delegierten Psychologen/Psychotherapeuten, pro 1 Min.

Diese neuen, differenzierten Positionen für Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten in der Arztpraxis sind insgesamt und übergreifend limitiert auf 240 Mal pro 6 Monate

Anwendung von Abrechnungslimitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte

Der Vermerk „Diese Limitierung entfällt für elektronisch abrechnende Fachärzte“ bei folgenden Tarifpositionen wird gelöscht. Diese Massnahme betrifft folgende Tarifpositionen:

> 6 Jahre und < 75 Jahre	> 6 Jahre und > 75 Jahre	Erhöhter Behandlungsbedarf
00.0020 + Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag) <= 2 mal pro Sitzung	00.0025 <= 4 mal pro Sitzung	00.0026 <= 4 mal pro Sitzung
00.0050 Vorbesprechung diagnostischer/therapeutischer Eingriffe mit Patienten/Angehörigen durch den Facharzt, pro 5 Min. <= 6 mal pro Fall	00.0055 <= 12 mal pro Fall	00.0056 <= 12 mal pro Fall
00.0070 + Besuch, jede weiteren 5 Min. (Besuchszuschlag) <= 3 mal pro Sitzung	00.0075 <= 6 mal pro Sitzung	00.0076 <= 6 mal pro Sitzung
00.0120 + Telefonische Konsultation durch den Facharzt, jede weiteren 5 Min. <= 2 mal pro Sitzung	00.0125 <= 4 mal pro Sitzung	00.0126 <= 4 mal pro Sitzung
00.0510 Spezifische Beratung durch den Facharzt für Grundversorgung, pro 5 Min. <= 6 mal pro 3 Monate	00.0515 <= 12 mal pro 3 Monate	00.0516 <= 12 mal pro 3 Monate
00.0530 Genetische u/o pränatale Beratung durch den Facharzt, pro 5 Min. <= 9 mal pro Jahr	00.0535 <= 18 mal pro Jahr	00.0536 <= 18 mal pro Jahr
00.0610 Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min. 3 mal pro Sitzung <= 6 mal pro 3 Monate	00.0615 6 mal pro Sitzung <= 12 mal pro 3 Monate	00.0616 6 mal pro Sitzung <= 12 mal pro 3 Monate
00.1370 Nachbetreuung/Betreuung/Überwachung in der Arztpraxis, pro 15 Min. <= 4 mal pro Sitzung	00.1375 <= 8 mal pro Sitzung	00.1376 <= 8 mal pro Sitzung
00.1890 + Telefonische, komplementärmedizinische Konsultation durch den Facharzt, jede weiteren 5 Min. <= 2 mal pro Sitzung	00.1895 <= 4 mal pro Sitzung	00.1896 <= 4 mal pro Sitzung
02.0060 Telefonische Konsultation durch den Facharzt für Psychiatrie, pro 5 Min. <= 4 mal pro Sitzung	02.0065 <= 8 mal pro Sitzung	02.0066 <= 8 mal pro Sitzung
02.0150 Telefonische Konsultation durch behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten, pro 5 Min. <= 4 mal pro Sitzung	02.0155 <= 8 mal pro Sitzung	02.0156 <= 8 mal pro Sitzung
22.0030 Spezielle gynäkologische Beratung durch den Facharzt, pro 5 Min. <= 6 mal pro Jahr	-	22.0035 <= 12 mal pro Jahr
22.0040	-	22.0045 <= 8 mal pro

[Zurück zur Übersicht](#)

Sterilitätsberatung für die Frau durch den Facharzt für Gynäkologie, pro 5 Min. <= 4 mal pro Sitzung

Sitzung 32 mal pro Fall

Die Gründe für den erhöhten Behandlungsbedarf eines Patienten müssen in der Patientenakte aufgeführt werden und der erhöhte Behandlungsbedarf eines Patienten ist gegenüber dem Versicherer zu begründen.

Damit der Facharzt für Psychiatrie im Falle einer Krisensituation genügend Zeit für die Patientin bzw. den Patienten aufwenden kann, wird bei der Tarifposition „02.0080 Psychiatrische Krisenintervention, pro 5 Min.“ in der Interpretation folgende Bemerkung ergänzt: „Kann auch bei telefonischer psychiatrischer Krisenintervention abgerechnet werden“. Diese Tarifposition ist nicht limitiert.

Interpretation bei den Notfallzuschlägen präzisiert

Die Notfall-Inkonvenienzpauschalen können weiterhin durch Ärzte als auch Einrichtungen nach Art. 36a KVG abgerechnet werden.

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

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

Anpassungen der Interpretation bei Punktion und Blutentnahme durch nichtärztliches Personal (00.0715 und 00.0716)

Bei den Tarifpositionen 00.0715 (Punktion, venös, zwecks Blutentnahme, jede Lokalisation durch nicht-ärztliches Personal) und 00.0716 (Blutentnahme kapillär, jede Lokalisation durch nichtärztliches Personal) wird die Limitierung gelöscht, wonach diese nur durch das ärztliche Praxislabor im Rahmen der Präsenzdiagnostik anwendbar ist. Die nichtärztliche Blutentnahme kann auch dann abgerechnet werden, wenn die Analyse in einem externen Labor und nicht in der Arztpraxis erfolgt.

Präzisierung der Interpretation der Tarifposition «Instruktion von Selbstmessungen, Selbstbehandlungen durch den Facharzt, pro 5 Min.» und Umtarifierung in Sparte Sprechzimmer

Die Leistung wird vom UBR Grundversorger (0022) ins Sprechzimmer (0001) umtarifiert. Zudem wird die Interpretation präzisiert.

Elimination des Zuschlags von 10% auf Verbrauchsmaterialien und Implantaten

Achtung! Der Zuschlag von 10% auf den Einstandspreis von Verbrauchsmaterialien und Implantaten wird gestrichen.

Elimination von Tarifpositionen für stationäre Leistungen und Leistungen der Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung sowie von Verweisen auf das Gesetz

Folgende Kapitel werden ersatzlos gestrichen:

00.01.02	Betreuung des hospitalisierten Patienten
00.01.02.01	Betreuung des hospitalisierten Patienten durch den nicht elektronisch abrechnenden Facharzt
00.01.02.02	Betreuung des hospitalisierten Patienten durch den elektronisch abrechnenden Facharzt
34.01.02	Nichtärztliche Leistungen, {IPS} anerkannt
34.01.03	Nichtärztliche Leistungen, Neonatologie {IPS}
34.01.04	Nichtärztliche Leistungen , Verbrennungs-{IPS}
34.03	Intermediate Care
35.02	Aufwachraum
38	Berufskrankheitenprophylaxe gemäss Unfallversicherungsgesetz ({UVG})

Aus folgenden Kapiteln werden die Technischen Grundleistungen für stationäre Patienten und/oder Patienten in Narkose gestrichen:

17.05.	Technische Grundleistungen für Herz und Gefässe (2 Tarifpositionen)
31.07.	Technische Grundleistungen für Nuklearmedizin (6 Tarifpositionen)
32.09.	Technische Grundleistungen für Radioonkologie, Strahlentherapie 14 Tarifpositionen
39	Bildgebende Verfahren 16 Tarifpositionen

Im Kapitel 39 Bildgebende Verfahren werden die Tarifpositionen für Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie UVG; MVG, IVG 39.0011, 39.0016 und 39.0021 ersatzlos gestrichen.

Im Kapitel 17 Kardiologie werden die Positionen 17.0920 und 17.1120 (Zuschläge für ärztliche Assistenz bei kardialer Katheterdiagnostik) ersatzlos gestrichen.

Die Positionen für den Ärztlichen Bericht an die IV (00.2230 und 00.2240) sowie der Expresszuschlag für ärztliche Gutachten (00.2315) werden ersatzlos gestrichen.

Daneben werden in zahlreichen Generellen Interpretationen, Kapitelinterpretationen und medizinischen Interpretationen textliche Anpassungen vorgenommen, so zum Beispiel in der Generellen Interpretation 8 zum Sitzungsbegriff:

- Alte Interpretation: Versäumte Sitzungen gehen nicht zu Lasten der Sozialversicherungen.
- Neu Interpretation: Versäumte Sitzungen gehen nicht zu Lasten der sozialen Krankenversicherung.

Änderungen in den Leistungsgruppen

Bei den Leistungsgruppen wird die Leistungsgruppe LG-12 «Betreuung des hospitalisierten Patienten» wird gestrichen. Folgende Leistungsgruppen werden neu geschaffen:

- LG-04 Ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten
- LG-05 Ärztliche Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch den Facharzt für Psychiatrie

- LG-08 Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch behandelnden Psychologen/Psychotherapeuten
- LG-09 Leistungen in Abwesenheit des Patienten durch delegierten Psychologen/Psychotherapeuten

Keine Änderungen bei Qualitativen Dignitäten

Bei den «Qualitativen Dignitäten» sieht der Bundesrat keine Änderungen vor. Die bisherigen Besitzstände haben auch im 2018 Gültigkeit, sofern die Besitzstandspositionen regelmässig (alle drei Jahre) mit einem Fortbildungsdiplom validiert werden

Phytotherapie gleich tarifieren wie die andere Komplementärmedizin

Die Tarifpositionen für die Phytotherapie werden wie folgt geändert:

00.1870 Phytotherapie durch Facharzt, Konsultation durch den Facharzt, erste 5 Min.	Qualitative Dignität: FA Phytotherapie	Interpretation: Pflanzliche Arzneimittel gemäss SL und ALT. Maximal 180 Min. pro 6 Monate (inkl. 00.1871 und 00.1872). Diese Tarifposition ist Bestandteil der Leistungsgruppe LG-03. Menge: 1 Mal pro Sitzung. Bestandteil der Leistungsgruppe LG-03
Neu: 00.1871 + Phytotherapie durch Facharzt, Konsultation durch den Facharzt, jede weiteren 5 Min.	Qualitative Dignität: FA Phytotherapie	Menge: maximal 34 Mal pro 6 Monate Bestandteil der Leistungsgruppe LG-03
Neu: 00.1872 + Phytotherapie durch Facharzt, Konsultation, durch den Facharzt, letzte 5 Min.	Qualitative Dignität: FA Phytotherapie	Menge: maximal 1 Mal pro Sitzung Bestandteil der Leistungsgruppe LG-03

Zudem werden die Tarifpositionen 00.1880, 00.1890, 00.1900 „Telefonische komplementärmedizinische Konsultation“ mit der qualitativen Dignität Fähigkeitsausweis FA Phytotherapie ergänzt.

6. Was bedeutet der erhöhte Behandlungsbedarf?

Die Gründe für den erhöhten Behandlungsbedarf eines Patienten müssen in der Patientenakte aufgeführt werden und der erhöhte Behandlungsbedarf eines Patienten ist gegenüber dem Versicherer auf Nachfrage zu begründen.

Der erhöhte Behandlungsbedarf ist vom Bundesrat nicht abschliessend definiert worden (keine Krankheitsbilder, keine Diagnosen) und die Anwendung liegt im Ermessen des Arztes.

7. Ich habe den Weiterbildungstitel Praktischer Arzt: Was ändert sich für mich ab 1.1.2018?

Für den **Praktischen Arzt** wird die «Ärztliche Leistung» zusätzlich reduziert. Die für sämtliche Tarifpositionen bereits korrigierte ärztliche Leistung AL wird zusätzlich um den **Skalierungsfaktor 0.93** nach unten korrigiert. Dies gilt für alle Leistungen auf AL-Ebene die praktische Ärzte abrechnen (auch für Besitzstandspositionen).

Falls Sie Tarifpositionen im Besitzstand haben, können Sie diese auch nach dem 1.1.2018 abrechnen, jedoch mit dem Skalierungsfaktor 0.93 auf die ärztliche Leistung. Bitte beachten Sie, dass die Besitzstandspositionen regelmässig (alle drei Jahre) mit einem Fortbildungsdiplom validiert werden müssen.

8. Mit welchem Taxpunktwert rechne ich im neuen Jahr ab?

Der ab 2018 gültige Taxpunktwert wird Ihnen rechtzeitig über die kantonale Ärztesgesellschaft kommuniziert werden. Die aktuell gültigen Taxpunktwerte können Sie unter diesem [Link der NewIndex AG](#) einsehen.

9. Wie gehe ich als Arzt vor, wenn eine Rechnung durch den Patienten beanstandet wird?

Grundsätzlich: Besprechen Sie die Beanstandung mit Ihrem Patienten. Oft sind es Missverständnisse, die in einem persönlichen Gespräch geklärt werden können. Sollten Sie zu keiner Einigung kommen, hat der Patient die Möglichkeit, sich an seine Versicherung zu wenden oder sich Hilfestellung bei einer Patientenorganisation zu holen.

Der Patient kann bei einer Tarifstreitigkeit, in welcher auch der Leistungserbringer involviert ist, entweder an das kantonale Versicherungsgericht gelangen oder aber im System des Tiersgarant vom Krankenversicherer verlangen, dass dieser Klage gegen den Leistungserbringer vor Schiedsgericht erhebt.

Will der Patient an das kantonale Versicherungsgericht gelangen, so muss er von der Krankenkasse zuerst eine einsprachefähige Verfügung verlangen und Einsprache gegen die Verfügung bei der Krankenversicherung erheben. Der Einsprache-Entscheid kann dann mit Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht weitergezogen werden. Als letzte Instanz ist das Bundesgericht zuständig.

Als Arzt wenden Sie sich am besten an Ihre Fachgesellschaft, an Ihre kantonale Ärztesgesellschaft oder an uns: FMH, Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife tarife.ambulant@fmh.ch