

**TARMED-Kapitelrevision «Bildgebende Verfahren» erfolgreich beendet**

Der Bundesrat hat der TARMED-Version 1.05 zugestimmt und somit auch die TARMED-Kapitelrevision 30 (Bildgebende Verfahren) genehmigt. Eine lange Leidensgeschichte konnte somit erfolgreich abgeschlossen werden.

Die FMH war zum Schluss massgeblich an der Umsetzung der Vorgaben beteiligt. Nachdem sie im Herbst 2006 das Veto zur damaligen Version eingelegt hatte, konnten unter dem Lead der FMH die Vereinfachung der Nomenklatur, das Monitoringkonzept und die Berechnung von Betriebsstelle (Radiologen) und Administrativ- und Infrastrukturpauschale (AIP-Nicht-radiologen) gemeinsam mit allen Partnern erfolgreich abgeschlossen werden.

Sowohl die FMH-interne Abwicklung des Projekts als auch die Verhandlungen mit den Kostenträgern könnten für weitere Kapitelrevisionen beispielhaft sein.

Mit den Artikeln in dieser Ausgabe der SÄZ informieren Radiologen (François Bossard), Nicht-radiologen (Beat Dubs) und der Tarifiedienst (Karl Bachofen) über die Änderungen dieser Revision des Kapitels 30.

An dieser Stelle möchte ich allen Helfern, die in den verschiedenen Projektgruppen mitgearbeitet haben, ein herzliches Dankeschön aussprechen. Im besonderen gilt dies für die beiden Leiter der Arbeitsgruppen TARMED Suisse, Francois Bossard (Phase I) und Beat Dubs (Phase II), die einen besonderen Effort zum Gelingen des Projekts RE III geleistet haben.

*Dr. med. Ernst Gähler, Mitglied des Zentralvorstands der FMH,  
Leiter Ressort Tarife und Verträge*

## RE III in TARMED 1.05

**TARMED 1.05 ist vor ein paar Tagen vom Bundesrat genehmigt worden und enthält das RE III (Reengineering III). Die Vertragspartner haben erstmals seit Einführung TARMED bewiesen, dass sie in der Lage sind, grössere strukturelle Veränderungen in diesem Tarif gemeinsam durchzuführen, und es fertiggebracht, ein ganzes Kapitel durchgehend zu revidieren.**

*François Bossard\**

\* ehemaliger Co-Leiter der AG RE III

### **Was ist nun der Inhalt von RE III?**

#### **Ausgangslage und Prämissen**

- Vereinfachung der Nomenklatur des Kapitels «Bildgebende Verfahren» (Reduktion der Anzahl Positionen um 50%);
- korrekte Tarifierung durch Anpassung der Löhne und Preise:
  - für die einzelnen Positionen,
  - für die drei Bereiche (Sparten): Spitalradiologie, Radiologen, Nichtradiologen;
- Vermindern von Anreizen zur Anwendung der strahlenbelastenden Expositionen;
- Sicherstellung der radiologischen Versorgung in ländlichen Gebieten und bei den Grundversorgern;
- kostenneutrale Einführung.

Diese Prämissen wurden durch RE III erfüllt. Die Details der realisierten Änderungen zu RE III sind

im folgenden Kapitel stichwortweise erörtert. Nicht zu verändern waren die qualitative und quantitative Dignität.

#### **Die wichtigsten Änderungen RE III auf einen Blick**

- Um Verwechslungen zu vermeiden, wird per 1. Januar 2008 das TARMED-Kapitel 30 «Bildgebende Verfahren» aufgehoben und ersetzt durch das neue TARMED-Kapitel 39 «Bildgebende Verfahren»;
- die Berechnung der bildgebenden Leistungen erfolgt nach neuen Grundsätzen. Nicht direkt mit der Untersuchung im Zusammenhang stehende Infrastrukturkosten werden über eine sogenannte Betriebsstelle für Radiologen bzw. über eine Administrativinfrastrukturpauschale (AIP) für Nichtradiologen abgegolten;

Korrespondenz:  
Dr. med. François Bossard  
Spychertenstrasse 37c  
CH-3652 Hilterfingen

francois.bossard@bluewin.ch

- ein bisschen Mathematik aus den Berechnungsgrundlagen:
  - weil die Betriebszeit von 8,4 auf 12 Stunden erhöht wurde, sind die Kostensätze der Sparten gesunken,
  - weil die indirekten Kosten, die eigentlich die administrativen und infrastrukturellen Kosten darstellten, aus den Kostensätzen entfernt wurden, sind die Kostensätze der Sparten gesunken,
  - weil die Gerätekosten erhöht wurden, sind die Kostensätze der Sparten gestiegen,
  - weil die Abschreibzeit auf 6 Jahre gesenkt wurde, sind die Kostensätze der Sparten gestiegen,
  - weil die Sach- und Umlagekosten in CT und MRI von 43 auf 55 % angehoben wurden, sind die Kostensätze der Sparten gestiegen,
  - weil die Löhne angepasst wurden, sind die Kostensätze der Sparten gestiegen,
  - weil die Sparten Röntgen I und Ultraschall gross nicht mehr nach KOREG berechnet wurden, sondern nach INFRA, ergab sich eine weitere Verschiebung in der Berechnung, nämlich eine Erhöhung des Kostensatzes dieser beiden Sparten, und weil dies zu höheren Kosten bei den Nichtradiologen geführt hätte, musste für diese eine andere Berechnung der AIP durchgeführt werden;
- die Kostensätze sind also generell gesunken. Die Einführung der Betriebsstelle und AIP muss die Differenz ausgleichen;
- es gibt eine Grundkonsultation/Betriebsstelle für Radiologen in Privatinstitutionen und für Radiologieabteilungen in Spitälern. Diese unterscheiden sich nur in der Minutage und somit in der Anzahl Taxpunkte der technischen Leistung. Ursächlich für diesen Unterschied ist die Bedingung der kostenneutralen Einführung in allen Kostenräumen;
- für die Bereiche KVG und UV/MV/IV gibt es für die Grundkonsultation/Betriebsstelle für Radiologen und für die Administrativinfrastrukturpauschale (AIP) für Nichtradiologen unterschiedliche Tarifpositionen;
- Kinder- und IPS-Zuschläge sind für alle Sparten (mit Ausnahme des Kapitels Angiographie) am Anfang des Kapitels zusammengefasst;
- die Nomenklatur des Kapitels 39 wurde stark gestrafft:
  - die meisten Zuschlagspositionen entfallen,
  - die aufgehobenen Zuschlagspositionen wurden mengengewichtet in die jeweiligen Hauptleistungen integriert. Entsprechend erhöht sich die Minutage und die Anzahl Taxpunkte AL und TL dieser Hauptleistungen,
  - in der konventionellen Röntgendiagnostik wurde die Anzahl weiterer Aufnahmen limitiert,
  - Untersuchungen gleicher Regionen und gleicher Techniken sind in einer einzigen Position zusammengefasst;
- die Basisleistungen der Sparten CT und MRI wurden in die Hauptleistungen integriert;
- für die weiteren Serien gibt es in der Sparte CT und MRI je eine definierte Zuschlagsposition;
- in der Angiographie ist die Reduktion der Anzahl Leistungen weniger straff ausgefallen als in den anderen Sparten. Hingegen wurden die Gefässzuordnungen durch Verbesserung der selektiven Darstellungen und Wegfallen der superselektiven Darstellungen restrukturiert;
- Kostenneutralität: Die Kostenentwicklung mit Einführung des Kapitels 39 wird getrennt

**Tabelle 1**  
Kostensatzvergleiche.

Sparte	Kostensatz TARMED 1.03	Kostensatz RE III	Differenz (%)
Röntgen I	3,903	2,989	-23,4
konventionelle Tomographie	4,755		
Durchleuchtung	8,231	6,635	-19,4
Mammographie	4,037	3,317	-17,8
Ultraschall gross	3,323	2,335	-29,7
CT	6,704	6,467	- 3,5
MRI	7,938	7,096	-10,6
Angiographie	9,912	8,136	-17,9
AIP		1,639	
Betriebsstelle		2,156	

für Private Radiologieinstitute, Radiologieabteilungen in Spitälern und Nichtradiologen und getrennt für die Bereiche KVG und UV/MV/IV während eines Jahres monitorisiert. Es wird dabei das Sitzungsmittel bzw. es werden die Taxpunkte pro Sitzung betrachtet:

- steigende Kosten pro Sitzung führen zu einer Senkung der Minutage (TL) der Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie bzw. AIP,
- sinkende Kosten pro Sitzung führen zu einer Anhebung der Minutage (TL) der Grundkonsultation/Betriebsstelle Radiologie bzw. AIP,

- eine vermehrte Nachfrage nach bildgebenden Leistungen führt nicht zu einer Reduktion der Minutage der Grundkonsultation/Betriebsstelle bzw. AIP;
- diese Kosten werden getrennt monitorisiert für
  - Nichtradiologen,
  - Radiologen in freier Praxis,
  - Radiologieabteilungen in Spitälern.

Eine detaillierte Information kann über E-Mail beim Tarifiedienst der FMH oder bei francois.bossard@bluewin.ch erfragt werden. Diese Information mit Berechnungsbeispielen wird nur elektronisch abgegeben.

## TARMED 1.05 kommt: Verlust oder Gewinn?

Beat Dubs

Leiter Arbeitsgruppe RE III (Phase 2007), Leiter Tarifgruppe KMH, Präsident Taskforce TARMED SGUM

Als Resultat aus dem etwa drei Jahre dauernden Re-Engineering III (RE III) ist nun auch mit dem endlich eingetroffenen bundesrätlichen Segen die neue TARMED-Version 1.05 entstanden. Sie wird ab 1. Januar 2008 in Kraft treten und bringt für alle Ärztinnen und Ärzte, die Röntgenaufnahmen anfertigen und/oder Ultraschalluntersuchungen durchführen, einige fundamentale Änderungen mit sich.

Der vorliegende Artikel befasst sich nur mit denjenigen Untersuchungen, die in der Regel auch Nichtradiologen durchführen, also dem «konventionellen Röntgen» und den Ultraschalluntersuchungen. Die Änderungen im Bereich «Durchleuchtungen, CT, MRI, Mammographie, Angiografie» werden hier nicht kommentiert, auch wenn wesentliche Bestandteile in diesen Unterkapiteln ebenfalls gelten. Die Radiologen werden aber ihrerseits direkt und spezifisch durch ihre eigene Fachgesellschaft orientiert.

### Was wurde geändert?

Das ganze ehemalige Kapitel 30 (bildgebende Verfahren) wurde gestrichen und durch ein neues, wesentlich gestraffteres Kapitel 39 ersetzt. Bei dieser Gelegenheit wurden einerseits die Nomenklatur überarbeitet und eine ganze Reihe von Positionen, vor allem aus dem Ultraschallbereich, zusammengefasst. Andererseits wurde aus der technischen Leistungskomponente jeder einzelnen Position eine Trennung zwischen den direkten und den indirekten Kosten vorgenom-

men. Letztere sind Anteile, die zeitlich unabhängig von der Dauer der einzelnen Leistung sind (Terminwesen, Krankengeschichte anfertigen, Berichtversand, Fakturierung, Inkasso usw.). Sie wurden von der bisherigen Taxpunktzahl der technischen Leistung subtrahiert, so dass zukünftig bei jeder einzelnen Leistung die Taxpunktzahl der technischen Leistung um etwa ein Viertel bis etwa ein Drittel kleiner ist, weil hier eben nur noch die direkten, von der Zeitdauer der Untersuchung abhängigen Kosten (Geräte, Raum, Hilfspersonal usw.) enthalten sind.

Damit die extrahierten indirekten Kosten aber dennoch weiterverrechnet werden können, wurde ein neues Grundelement in Form einer «Administrations- und Infrastrukturpauschale» (AIP) geschaffen, die nun zusätzlich einmal pro Patient und Sitzung verrechnet werden kann, unabhängig von der Dauer oder der Zahl der Röntgenaufnahmen bzw. Ultraschalleistungspositionen.

Bei konventionellen Röntgenaufnahmen konnte schon bisher eine «Grundtaxe für das Röntgen in der Arztpraxis» (30.0020) verrechnet werden. Diese wurde nun aufgewertet und in dieses Grundelement umgewandelt, während für Ultraschalluntersuchungen dieses Grundelement neu ist.

Viele Namensbezeichnungen von einzelnen Positionen wurden vereinfacht oder neuen Techniken angepasst. Die qualitative Dignität wurde in einer separaten Aktion überarbeitet und in-

Korrespondenz:  
Dr. med. Beat Dubs  
Privatklinik Bethanien  
Toblerstrasse 51  
CH-8044 Zürich

beat.dubs@sono-bethanien.ch

zwischen von der PaKoDig verabschiedet. Leider stellte sich heraus, dass noch einige Fehler entstanden sind bei der Transkription in die neue Browserversion. Diese müssen noch behandelt werden. Die bisher bekannten Fehler sind übrigens aufgelistet auf [www.arzttarif.ch](http://www.arzttarif.ch) unter «Beispiele». Allfällige weitere Fehlermeldungen werden beim Tarifiedienst der FMH gerne entgegen genommen ([tarife@fmh.ch](mailto:tarife@fmh.ch)).

Für mehrere Röntgenuntersuchungen wurden Limitationen eingeführt, die die Zahl der verrechenbaren Aufnahmen pro Sitzung beschränken. Die Limitationen sind aber so abgefasst, dass bei korrekter Aufnahmetechnik und vernünftiger Indikation die notwendigen Aufnahmen verrechnet werden können. Zudem sind diese Limitationen auch mit den Geboten des Strahlenschutzes vereinbar.

Auch im Ultraschallbereich sind einige Kumulationsverbote und Leistungsgruppen, namentlich bei den Gefässen, zu beachten. Leider sind auch hier noch einige Fehler festgestellt worden, die noch einer Korrektur bedürfen.

Gemäss Vorgabe des Bundesrates mussten alle diese Änderungen «kostenneutral» erfolgen. Um diese Auswirkung, die nur schwer kalkulierbar ist, nachprüfen zu können, wird für 1–2 Jahre ein «Monitoring» durchgeführt. Werden die zukünftigen Sitzungskosten höher als bisher sein (mit einer «Marge» von etwa 7% für teuerungsbedingte Bereinigung), so wird die «AIP» entsprechend gekürzt werden und umgekehrt. Eine paritätisch zusammengesetzte Arbeitsgruppe überwacht die von den Trustcentern gemeldeten Zahlen und vergleicht diese mit der Statistik der Kostenträger. Falls zu grosse Divergenzen auftreten, kann die Kostenentwicklung durch Anpassen der AIP gesteuert werden. Eine solche Steuerung bleibt aber in den Kostenräumen KVG/UVG getrennt, ebenso in den Ärzteguppen Nichtradiologen/Spitalradiologen/freie Radiologiestitute.

### Was aber bedeutet das nun konkret für den einzelnen?

Grundsätzlich sind nur die Sparten des konventionellen Röntgens (Röntgenraum I, Sparten-Nr. 180) und des Ultraschalls (Ultraschall gross, Sparten-Nr. 171) von den zahlenmässigen Änderungen betroffen. Die Sparte «gynäkologischer/geburtshilflicher Ultraschall» (Sparten-Nr. 172) ist vom Ganzen nicht betroffen, dort bleibt alles beim alten! (Weshalb diese Sparte von den Kostenträgern nicht einbezogen werden wollte, ist uns leider auch nicht klar.)

An der «ärztlichen Leistung» einer TARMED-Position wurde grundsätzlich nichts geändert.

Einige kleinere Fehler sind bei der technischen Übersetzung aufgetreten und sollen noch bereinigt werden.

Die «technische Leistung» jeder TARMED-Position hingegen ist, wie oben erwähnt, gekürzt worden.

Die technischen Grundleistungen für das Röntgen und für den Ultraschall bleiben erhalten, können also weiterverrechnet werden, sind aber ebenfalls um den indirekten Kostenanteil gekürzt worden.

Pro Sitzung und Patient kann nun also noch das neue Grundelement der AIP hinzuverrechnet werden, wobei vorderhand je getrennte Positionsnummern für den KVG-Bereich (39.0020) und den UVG/MV/IV-Bereich (39.0021) angewandt werden müssen. Diese Trennung ist notwendig, um das Monitoring nach Kostenräumen gerecht auftrennen zu können. Die Softwarelieferanten werden hierfür aber sicher Automatismen einbauen, falls einmal nachträglich der Garant gewechselt werden muss.

### Wo wurden sonst noch bedeutende Änderungen eingeführt?

Die endosonographischen Untersuchungen verursachten bisher die zweithöchsten Kostenanteile. Um hier auch der Realität besser gerecht zu werden, wurde eine «kleine Endosonographie» (endosonographische Kontrolluntersuchung, Pos. Nr. 39.3340) für Kontrollen oder einfache kurze Untersuchungen wie Follikelmessungen usw. eingeführt.

Kumulationen von Organuntersuchungen und Gefässuntersuchungen wurden stark eingeschränkt und hierfür die beiden «Kreuzpositionen» geschaffen (Gefässsonographie im Rahmen einer Organ- oder Weichteiluntersuchung, Pos. Nr. 39.3510, und Organ- oder Weichteiluntersuchung im Rahmen einer Gefässsonographie, Pos. Nr. 39.3515).

Die Interventionen wurden gestrafft. Zukünftig gibt es nur noch eine Position «Ultraschallgesteuerte diagnostische Intervention bei Punktion/Biopsie/Aspiration» (Pos. Nr. 39.3700) und eine «Ultraschallgesteuerte therapeutische Intervention» (Pos. Nr. 39.3710).

### Betrachten wir einige konkrete Beispiele

Die folgenden Tabellen sind gleichzeitig ein Äquivalent für die Daten, die zukünftig auf der Arztrechnung stehen sollen. Hinzu kommen selbstverständlich noch die Grundleistungen für die Konsultation und allenfalls damit verbundene weitere Leistungen ausserhalb des Kapitels 39, soweit diese nicht einem Kumulationsverbot unterstehen.

**Tabelle 1**

Thorax dv und seitlich.

TARMED-Versionen	1.04 = 1.05 (unverändert)			1.04	1.05
	Min aL	TP aL	Min tL	TP tL	TP tL
Thorax-Rö erste Aufnahme 30.0730, neu 39.0190	7	14,41	6	23,42	17,93
Thorax-Rö weitere Aufnahme 30.0740, neu 39.0195	4	8,23	4	15,61	11,95
Grundelement Röntgen bzw. AIP 30.0020, neu 39.0020/21	–	0	5	19,51	37,69
Technische Grundleistung 30.2110, neu 39.2100	–	0	5	19,51	14,94
Total TP		22,64	20	78,05	82,51
Gesamtzahl TP mit aL				100,69	105,15

**Tabelle 2**

LWS ap und seitlich.

TARMED-Versionen	1.04 = 1.05 (unverändert)			1.04	1.05
	Min aL	TP aL	Min tL	TP tL	TP tL
LWS erste Aufnahme 30.0550, neu 39.0150	6	12,35	7	27,32	20,91
LWS weitere Aufnahme 30.0560, neu 39.0155	2	4,12	4	15,61	11,95
Grundelement Röntgen bzw. AIP 30.0020, neu 39.0020/21	–	0	5	19,51	37,69
Technische Grundleistung 30.2110, neu 39.2100	–	0	5	19,51	14,94
Total TP		16,47	21	81,95	85,49
Gesamtzahl TP mit aL				98,42	101,96

**Tabelle 3**

Sprunggelenk ap und seitlich.

TARMED-Versionen	1.04 = 1.05 (unverändert)			1.04	1.05
	Min aL	TP aL	Min tL	TP tL	TP tL
Sprunggelenk erste Aufnahme 30.1790, neu 39.0330	5	10,29	9	35,13	26,89
Sprunggelenk weitere Auf- nahme 30.1800, neu 39.0335	2	4,12	4	15,61	11,95
Grundelement Röntgen bzw. AIP 30.0020, neu 39.0020/21	–	0	5	19,51	37,69
Technische Grundleistung 30.2110, neu 39.2100	–	0	5	19,51	14,94
Total TP		14,41	23	89,76	91,47
Gesamtzahl TP mit aL				104,17	105,88

Die folgenden Tabellen stellen die Verrechnung in der TARMED-Version 1.04 der neuen Version 1.05 gegenüber. An der ärztlichen Leistung (aL) hat sich weder von seiten der Minutage (Min) noch an der Taxpunktzahl (TP) etwas geändert. Die technische Leistung (tL) hingegen wurde gekürzt, dafür das Grundelement (AIP) erhöht.

Eine der häufigsten Röntgenuntersuchungen in der täglichen Praxis ist die Thoraxaufnahme (Tab. 1). Dieses Beispiel zeigt, dass in Zukunft eine Thoraxaufnahme ap und seitlich mit 20 Minuten Dauer tL (netto 10 Minuten tL, ohne immer konstante Grundleistungen) knapp 4,5 Taxpunkte besser vergütet wird als im «alten» TARMED.

An einem weiteren Beispiel, der Lendenwirbelsäule ap und seitlich, soll ebenfalls ein Vergleich dargestellt werden (Tab. 2). Die Differenz zwischen den Versionen beträgt noch etwa 3,5 Taxpunkte, denn die Leistung dauert 21 Minuten tL (netto 11 Minuten) und damit 1 Minute länger.

Betrachten wir noch eine Aufnahme des Sprunggelenkes ap+ seitlich (Tab. 3). Diese Leistung, die nun eine Dauer von 23 Minuten tL (netto 13 Minuten) aufweist, wird nur noch um etwa 1,5 Taxpunkte besser bewertet.

*Daraus folgt, dass Röntgenleistungen, die kumuliert netto 15 Minuten und mehr Minutage tL aufweisen, gegenüber der früheren TARMED-Version schlechter, kürzer dauernde Aufnahmen hingegen zukünftig besser vergütet werden.*

Betrachten wir analog noch ein gängiges Beispiel aus dem Ultraschall, die Abdomenuntersuchung (Tab. 4). Wer also das Abdomen mit einer Dauer von 30 Minuten tL (netto 20 Minuten tL) gesamthaft ohne Verdauungstrakt untersucht, fährt im neuen TARMED doch rund 13 Taxpunkte besser!

Aber auch im Bereich Ultraschall nimmt diese Differenz mit zunehmender Höhe der Minutage tL ab, wie schon folgendes Beispiel zeigt, nämlich dann, wenn in der gleichen Sitzung auch noch der Verdauungstrakt untersucht wird (Tab. 5). Diese Leistung dauert nun 40 Minuten tL (netto 30 Minuten tL), und die Differenz zum alten TARMED ist auf rund 3 Taxpunkte zusammengeschrumpft!

*Daraus folgt, dass Ultraschalleistungen, die kumuliert netto 34 Minuten und mehr Minutage tL aufweisen, gegenüber der früheren TARMED-Version schlechter, kürzer dauernde Untersuchungen hingegen besser vergütet werden.*

Damit ist die im Titel gestellte Frage auch beantwortet: Ein Verlust oder ein Gewinn hängt direkt von der Untersuchungsdauer pro Sitzung ab. Wer kürzere Untersuchungen durchführt, fährt tendenziell besser und umgekehrt.

So oder so gewonnen hat die Nomenklatur per se, weil sie verständlicher und moderner wurde.

Es wird empfohlen, Behandlungen, die Leistungen aus dem Kapitel 30 enthalten, per 31. Dezember 2007 abzurechnen und ab 1. Januar 2008 eine neue Rechnung zu eröffnen, wenn die Behandlung weiterläuft.

Ob das Resultat der Verhandlungen, das in der jetzigen TARMED-Version 1.05 vorliegt, aber auch in Zukunft gehalten werden kann, hängt vom Verhalten von uns allen Anwendern ab. Deshalb gilt die Empfehlung, Zurückhaltung zu üben und in einer Sitzung wirklich nur das notwendig Indizierte zu untersuchen.

Für Anwender und Interessenten wurde eine spezielle Internetplattform geschaffen, die unter [www.arzttarif.ch](http://www.arzttarif.ch) erreicht werden kann. Hier sind zahlreiche Informationen von praktischer Bedeutung aufgeschaltet, und diese Seite wird auch laufend erweitert. Auch der Online-Browser der TARMED Suisse kann unter <http://onb.tarmedsuisse.ch> konsultiert werden, bis Ende Jahr muss dort aber noch die Version 1.05 (oben links) angeklickt werden.

Die Verhandlungen in der langen Geschichte des RE III waren schwierig und die damit verbundene Arbeit, der Nervenabrieb und der Zeitaufwand enorm. Das heutige Resultat ist die Frucht einer guten Zusammenarbeit aller involvierten Instanzen, in erster Linie der Mitglieder des Büros Tarife der FMH, der Verantwortlichen des Tarifiedienstes sowie der entsprechenden Exponenten und Delegierten der betroffenen Fachgesellschaften. Ihnen allen sei deshalb an dieser Stelle noch einmal herzlich gedankt.

So bleibt die Hoffnung, dass die Überführung in die neue TARMED-Version möglichst stressarm über die Bühne geht und dass im Vorfeld geäußerte Bedenken über eine weitere Beschneidung unserer Einkünfte mit den obigen Darstellungen objektiviert und relativiert werden konnten.

**Tabelle 4**

Abdomen gesamt.

TARMED-Versionen	1.04 = 1.05 (ausg. AIP)			1.04	1.05
	Min aL	TP aL	Min tL	TP tL	TP tL
Abdomen gesamt 30.2910, neu 39.3240	20+7	58,54	20	66,48	46,70
Grundelement Röntgen bzw. AIP bisher nicht, neu 39.0020/21	–	–	–/5	0	37,69
Technische Grundleistung 30.4010, neu 39.3800	–	0	5	16,62	11,67
Total TP		58,54	25/30	83,10	96,06
Gesamtzahl TP mit aL				141,64	154,60

**Tabelle 5**

Abdomen gesamt mit Verdauungstrakt.

TARMED-Versionen	1.04 = 1.05 (ausg. AIP)			1.04	1.05
	Min aL	TP aL	Min tL	TP tL	TP tL
Abdomen gesamt 30.2910, neu 39.3240	20+7	58,54	20	66,48	46,70
Magen-Darm- bzw. Verdauungs- trakt 30.2920, neu 39.3265	10+3	28,19	10	33,24	23,35
Grundelement Röntgen bzw. AIP bisher nicht, neu 39.0020/21	–	–	–/5	0	37,69
Technische Grundleistung 30.4010, neu 39.3800	–	0	5	16,62	11,67
Total TP		86,73	35/40	116,34	119,41
Gesamtzahl TP mit aL				203,07	206,14