

Tarifrahmen

FAQ Therapeuten

1. Warum diese Massnahme?

Der Tarifrahmen für Alternativmedizin wird als Reaktion auf die stark gestiegenen Gesundheitskosten eingeführt. Im Gegensatz zu anderen Systemen legt der Tarif 590 für komplementärmedizinische Leistungen keine Preis- oder Mengengrenzen fest. Die Groupe Mutuel positioniert sich damit als verantwortungsvolle Akteurin in der nachhaltigen Entwicklung des Gesundheitssystems und strebt eine kontrollierte Steuerung der Kostenentwicklung im Bereich der Zusatzversicherungen an.

2. Wird bei allen Leistungen weniger erstattet?

Nein, nur Leistungen, die über die im Tarifrahmen festgelegten Obergrenzen hinaus in Rechnung gestellt werden, werden begrenzt erstattet. Beträge und Dauer, wie in der Tabelle ausgewiesen, entsprechen den von der Groupe Mutuel anerkannten Obergrenzen. Werden diese Obergrenzen überschritten, ist die Differenz von den Versicherten selbst zu tragen. Rahmenkonforme Leistungen bleiben davon unberührt.

3. Was ist ein Grunddiplom, was ein weiterführendes Ausbildung?

Im Dokument wird zwischen zwei Stufen unterschieden:

- ◇ **Weiterführende Ausbildung:** Eidgenössisches Diplom, Branchenzertifikat OdA KT, Branchen-/Zertifikat OdA Artecure, Zertifikat OdA AM, Eidgenössischer Fachausweis für medizinische Massage, Berufliche Praxis der medizinischen Massage vdms-asmm, Osteopathie mit eigener Berufsausübungsbewilligung (Schweizer Masterabschluss, GDK-Diplom oder SRK-Anerkennung), Naturheilpraktiker ASCA (Methoden-Nr. 211, 231, 545), Naturheilpraktiker RME (Methoden-Nr. 22, 131, 185), Naturheilpraktiker APTN, Mitglieder NVS A.
- ◇ **Grundausbildung:** keines der oben aufgeführten Ausbildungen.

Therapeuten mit einem «weiterführenden» Diplom sind auf dieser Stufe für alle Therapien anerkannt, für die sie akkreditiert sind.

4. Wie kann ich feststellen, ob ich als Basis- oder als Höchststufe eingestuft werde?

Sie können sich an der vom Groupe Mutuel übermittelten Liste orientieren. Wenn Sie mindestens eine der Anerkennungen besitzen, die als Höchststufe definiert ist, werden Ihre Leistungen auf der Höchststufe für alle Therapien erstattet, für die Sie anerkannt sind.

5. Wie wurden die Obergrenzen für die Leistungsübernahme und die Kategorien festgelegt?

Die Obergrenzen wurden auf Grundlage folgender Faktoren festgelegt:

- Aktuelle Abrechnungsdaten (2023–2025) für alle Produkte, die alternativmedizinische Leistungen abdecken.
- Rücksprachen mit den Anerkennungsstellen (EMR, ASCA, APTN und NVS/SPAK)
- Gespräche mit bestimmten Verbänden: Es wurden spontane Kontakte mit CAMSuisse (Kooperation der Berufsorganisationen) initiiert. Insbesondere für Massagen wurde ebenfalls eine Kontaktaufnahme mit der VDMS vorgenommen.
- Bestreben, übermässig hohe Rechnungen zu verhindern, ohne dabei angemessene Praktiken zu benachteiligen.

6. Warum wurde die Anamnese auf maximal 10 Minuten festgelegt? Bei der ersten naturheilkundlichen Sitzung dauert meine Anamnese beispielsweise 30 Minuten, was für den reibungslosen Verlauf der gesamten Behandlung ausschlaggebend ist.

Diese Entscheidung basiert auf mehreren Kriterien, unter anderem auf den Abrechnungsdaten und Empfehlungen von Fachleuten. Ausschlaggebend ist jedoch vor allem die Definition der Anamnese im Tarif 590, die sich auch im FAQ des Versichererteams und der Berufsorganisationen der Arbeitsgruppe Komplementärmedizin widerspiegelt. In der Beschreibung des Tarifs 590 heisst es eindeutig: «... werden (Personalien, Vorgeschichte, bisherige Therapien oder Behandlungen, Medikamente, Risiken etc.), Untersuchungen sowie **methoden- und fachrichtungsunabhängige** Diagnostik und Befunderhebung erfasst.» Daraus ergibt sich, dass die Anamnese für eine Therapie A nicht länger sein sollte als für eine Therapie B. Sobald die Fragen die Methode oder die Fachrichtung betreffen, ist die Tarifposition der entsprechenden Methode/Fachrichtung für die Abrechnung zu verwenden.

7. Ich wohne in Zürich. Warum gelten für mich die gleichen Obergrenzen wie für Therapeuten auf dem Land in der Romandie, die nicht dieselben Kosten haben?

Den Krankenversicherungen wird zuweilen vorgeworfen, ihre Systeme seien intransparent. Mit dieser Massnahme wollten wir ein landesweit gut verständliches System schaffen, um die Nachvollziehbarkeit zu erhöhen. Die festgelegten Obergrenzen liegen zudem über den üblichen Abrechnungspraktiken in den grösseren Schweizer Städten und sollen helfen, die Leistungen zu regulieren und Ungleichheiten zu verringern.

8. Warum enthält die Kategorie «> 60 Minuten» nur fünf Therapien? Warum gerade diese fünf und nicht andere?

Die Groupe Mutuel hat diese Kategorie anhand mehrerer Schlüsselemente definiert: aktuelle Abrechnungsdaten (2023–2025), externe Einschätzungen, Konsultation von Registern und Verbänden sowie Unterstützung durch wissenschaftliche Zeitschriften.

Im Detail:

1. **Audio-Psycho-Phonologie/Tomatis (1014):** Das tägliche Hören dauert typischerweise **ca. 90 Minuten**, verteilt auf mehrere Tage (Programme von 10–13 Tagen usw.). Die berichtete Wirksamkeit hängt von der kumulierten Dosis und einer kontinuierlichen Hörzeit ab, um die auditive und neurosensorische Plastizität zu fördern.
2. **Rebalancing (1060):** Die tiefe manuelle Arbeit und die Faszienbehandlung erfordern ausreichend Zeit, um unterschiedliche Gewebeschichten zu erreichen, und anschliessend Zeit für die (physiologische und neurovegetative) Integration. Strukturierte Behandlungsreihen beruhen auf längeren, nicht fragmentierten Sitzungen. Eine verkürzte Dauer könnte die erwartete kumulative Wirkung abschwächen. Dies spiegelt sich auch in den Abrechnungsdaten wider, die eine durchschnittliche Dauer von mehr als 60 Minuten ausweisen.
3. **Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie (1099):** Mehrere klinische Leitlinien und wissenschaftliche Zeitschriften geben Sitzungen von **etwa 60–90 Minuten** als Standard für anerkannte Indikationen an. Die biologische Wirksamkeit (Gewebediffusion von O₂, Angiogenese, antimikrobielle Wirkung) ist dosis- und zeitabhängig. Eine Reduktion auf 60 Minuten ohne klinische Begründung könnte eine Unterdosierung der Behandlung zur Folge haben.
4. **Kinesiologie (1060):** Die Kinesiologie ist eine individualisierte und nicht standardisierte Methode. Studien und Übersichtsarbeiten zu individualisierten Verfahren betonen die notwendige zeitliche Variabilität, um die Validität der Neubewertung und die kumulative Wirkung zu gewährleisten. Praktizierende empfehlen oft eine Sitzungsdauer von **60–90 Minuten** für eine ganze Sitzung. Auch die Abrechnungsdaten der Groupe Mutuel zeigen, dass Sitzungen häufig länger als eine Stunde dauern.
5. **Kunsttherapie (1217):** Dieser Code entspricht im Rahmen des Tarifs 590 der klinischen Kunsttherapie im weiteren Sinn, das heisst einer **psychotherapeutischen Intervention, die durch Kunst vermittelt wird**. Da diese Position eine ganzheitliche therapeutische Massnahme mit einer Schaffensphase und einer Phase der verbalen Ausarbeitung, Integration, Symbolanalyse und des Transfers darstellt, können je nach Situation des Patienten bis zu 90 Minuten erforderlich sein. Die anderen verwandten Positionen (Figurenspieltherapie und Farbtherapie, auch Chromotherapie genannt, sind **technisch einphasig** – die Sitzung konzentriert sich in erster Linie auf die Ausführung einer Übung, eine Inszenierung oder ein Licht-/Farbumfeld mit nur wenig Austausch. Diese Methoden umfassen keine Verbalisierung oder tiefgehende Analyse, weshalb eine **kürzere Dauer** (45–60 Minuten) gerechtfertigt ist.

9. Sie setzen gewisse Anerkennungen durch Verbände auf dasselbe Niveau wie ein eidgenössisches Diplom. Wie kann das sein? Ist das in Ihren Augen gleichwertig?

Die Groupe Mutuel hat beschlossen, zwei separate Kategorien zu definieren, um gewisse Diplome und Anerkennungen besonders hervorzuheben. Es soll damit keineswegs suggeriert werden, dass eine Anerkennung durch einen Verband einem eidgenössischen Diplom gleichkommt, sondern vielmehr betont werden, dass solche Anerkennungen höher gewichtet werden als Grunddiplome.

Dadurch wird auch die enge Zusammenarbeit mit den Verbänden gestärkt. Für die Qualifikation als Naturheilpraktiker ASCA, RME und APTN, und A-Mitglied NVS existieren entsprechende Pflichtenhefte, die sicherstellen sollen, dass die erbrachten Leistungen qualitativ über denjenigen eines Grunddiploms liegen.

10. Für diesen Patienten sind längere Sitzungen medizinisch gerechtfertigt. Bitte erlauben Sie mir, die zeitlichen Obergrenzen zu überschreiten.

Diese Massnahme ist eine administrative Massnahme. Die Therapeuten können weiterhin Rechnungen über die Obergrenzen hinaus ausstellen, müssen ihre Patienten jedoch darüber informieren, dass die Differenz vollständig von diesen selbst zu tragen ist.