



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+ Fact Sheet und Empfehlungen zu Anwendungsproblemen mit TARMED 1.09

Version 1.2

Bern, 18. Januar 2019

Ausgangslage

Die Geschäftsstelle von H+ hat die Mitglieder gebeten, ihr wiederkehrende Abrechnungs- und Anwendungsprobleme mit TARMED 1.09 zu melden. Die erhaltenen Reaktionen betreffen vor allem die Interpretationen von Begriffen und Regeln in der Tarifstruktur.

Die H+ Geschäftsstelle hat zu den häufigsten Fragen zur Abrechnung dieses in vier Themenkreise unterteiltes Fact Sheet mit Empfehlungen ausgearbeitet. Es ergänzt die bereits veröffentlichten [FAQ](#) zu TARMED 1.09 von H+ und wird dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zur Kenntnisnahme unterbreitet.

Themenkreis 1: Leistungserbringerbegriff und Interpretation der GI 9

Bei der Umsetzung der neu im TARMED geregelten Mengenlimitationen werden die meisten Rechnungen den Spitälern aufgrund der unterschiedlichen Interpretationen des Leistungserbringerbegriffs zurückgewiesen. Das Problem akzentuiert sich mit TARMED 1.09, da elektronisch abrechnende Leistungserbringer nun mit Limitationen konfrontiert sind, die bisher nur für nicht elektronisch abrechnende Leistungserbringer gegolten haben.

Mengenlimitationen werden von einigen Versicherungen nicht nach fachärztlichem Bereich, sondern nach Leistungserbringer (im Sinne von KVG, Art. 36, 36a oder 39) geprüft. Einzelne Versicherungen weiten die Generelle Interpretation 9 (GI-9) noch aus und setzen ihre Pflicht zur Rechnungsprüfung bei den Limitationen und Kumulationsverboten nach versicherter Person um. Das bedeutet, dass die Limitationen aus Sicht des Patienten leistungserbringerübergreifend betrachtet werden. Zur Argumentation dieses Vorgehens zitieren Versicherungen oft die Generelle Interpretation 9 (GI-9) aus TARMED:

GI-9 Kumulation, Kumulationseinschränkung

TARMED 01.09, 1.1.2018

Grundsätzlich sind alle Hauptleistungen als solche sowie untereinander kumulierbar, sofern das eine oder das andere nicht ausdrücklich beschränkt wird.

Sofern nicht ausdrücklich anders erwähnt, gelten die Kumulationsregeln einer Hauptleistung auch für die dieser Hauptleistung zugeordneten Zuschlagsleistungen.

«Max. 1 x pro Sitzung» heisst, dass eine bestimmte Tarifposition während dieses Zeitraums nur «1 x» abgerechnet werden kann.

Weitere Kumulationseinschränkungen beziehen sich z.B. auf eine Zeitperiode: «max. 5 x pro 3 Monate» abrechenbar; die Periode beginnt mit dem Tag der ersten Erbringung der entsprechenden Leistung.

Falls die Kumulationseinschränkung sich nach Altersgruppen unterscheidet, gilt das Datum der ersten Erbringung der entsprechenden Leistung.

Die Einschränkungen beziehen sich auf den Patienten und gelten für den zuständigen Kostenträger.

Wenn eine Krankenversicherung die GI-9 in der zitierten Form «Die Einschränkungen beziehen sich auf den Patienten und gelten für den zuständigen Kostenträger.» umsetzt, bedeutet dies, dass einzig und allein die Krankenversicherung beurteilen kann, wann Limitationen erreicht sind. Sie ist die einzige Stelle, an der die Rechnungen der verschiedenen Leistungserbringer zusammenfliessen. Der einzelne Leistungserbringer hat keinen Überblick über die gesamt erfassten und abgerechneten Leistungen und ist darum nicht in der Lage, Rechnungen bezüglich der Limitationen korrekt zu erstellen. Theoretisch wissen natürlich die Patienten, wie viele Leistungserbringer sie konsultieren, jedoch werden sie kaum etwas wissen von tarifbedingten Limitationen.

Wenn der Leistungserbringerbegriff im TARMED so ausgelegt wird, dass ein Spital einen einzigen Leistungserbringer darstellt, so werden Spitäler bezüglich der Mengenlimitationen anders geprüft als Arztpraxen. Der Leistungserbringerbegriff im Einzelleistungstarif TARMED bezieht sich immer auf eine leistungserbringende Person. H+ daher vertritt seit Jahren (nicht erst seit TARMED 1.09) zum Leistungserbringerbegriff und zum Sitzungsbegriff im TARMED folgende patientenorientierte Haltung:

Wenn ein Patient für unterschiedliche medizinische Probleme in der freien Praxis mehrere Fachärztinnen/-ärzte konsultiert, wird dort von je separater Anwendung der Mengenbeschränkung ausgegangen.

Wenn der Patient nun im Spitalambulatorium zu unterschiedlichen med. Problemen von Ärztinnen/Ärzten aus unterschiedlichen Fachbereichen behandelt wird, kann die Mengenbeschränkung nicht kumuliert über das ganze Spital betrachtet/angewendet werden. H+ empfiehlt, die Mengenbeschränkungen pro fachärztlichem Bereich anzuwenden. Ansatzpunkt ist der Wechsel des Fachbereiches/Klinik. Der Wechsel des Fachbereiches/Klinik kann auf der Rechnung mit der jeweiligen GLN des verantwortlichen Arztes dokumentiert werden. Bei medizinischen Boards, welche unter einer einzigen Tarifposition abgebildet sind, müssen die unterschiedlichen Fachbereiche ersichtlich sein (eigene Sitzung oder unterschiedliche GLN bei ausführendem Arzt).

Dies gilt unabhängig von der im Einzelfall möglichen Konstellation, dass wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erbrachte Leistungen aufgrund der Limitationen im TARMED 1.09 nicht sachgerecht abgerechnet werden können und zu Ertragsausfällen bei den Spitälern führen.

Vor diesem Hintergrund prüfen die Spitäler und die Versicherungen die Abrechnungsregeln (Mengenlimitationen, Kumulationen) wie eingangs beschrieben sehr unterschiedlich. Damit die H+ Mitglieder ihre Rechnungen einheitlich erstellen, hat H+ bereits konkrete Empfehlungen kommuniziert:

- [FAQ TARMED 1.09](#)
- [Empfehlung zur Rechnungsstellung von ambulante interdisziplinären Fallbesprechungen zum Beispiel Tumorboards ab 01.01.2018](#)

→ **Empfehlung zu Themenkreis 1**

Falls ein Spital die Leistungen nach den Empfehlungen von H+ abgerechnet und daraufhin Rechnungsrückweisungen erhalten hat, besteht ein Interpretations-Dissens.

Da nicht absehbar ist, wann tarifpartnerschaftliche Interpretationen zusammen mit H+ wieder möglich sein werden, empfiehlt H+ seinen Mitgliedern, das Inkasso der Faktura zu forcieren mittels Mahnung und Betreibung.

Themenkreis 2: Prüfung der Limitationen pro Zeit, zum Beispiel 36 Mal pro 3 Monate

Einige Krankenversicherer prüft die in der GI-9 erwähnte Periodenregelung fliessend/rollierend. Das bedeutet, dass sich bei der Mengenprüfung die dreimonatige Periode fortlaufend verschiebt. Überschreitet die Tarifposition 00.1530 irgendeinmal 36 in einer Zeitperiode von 3 Monate (90 Tage), erfolgt eine automatische Rückweisung wegen Mengenüberschreitung. Diese Art der Prüfung ist automatisierbar und kann in den Informatiksystemen eindeutig hinterlegt werden. Auch etliche H+ Mitglieder sind dazu über gegangen die Limitationen pro rollierende Zeitperiode zu prüfen.

Einige H+ Mitglieder und bis anhin auch die H+ Geschäftsstelle interpretiert die Perioden beginnend mit dem ersten Tag wie folgt: 1. Periode vom 8. Januar 2018 bis 7. April 2018. 2. Periode vom 8. April 2018 bis 6. Juli 2018 usw. jeweils nach der ersten Leistungserbringung. Nach GI-13 gilt, dass ein Monat 30 Kalendertagen entspricht. Die Anzahl Leistungen sollte also innerhalb der dreimonatigen Perioden kontrolliert werden. Diese Art der Prüfung entspricht dem Wortlaut in der GI-9. Sie ist allerdings auch mit hohem Aufwand nicht elektronisch überprüfbar. Vor allem weil die Zeitperiode einer Rechnung nicht mit der Zeitperiode der Limitation übereinstimmt.

→ **Empfehlung zu Themenkreis 2**

Diese Empfehlung wurde mit der Version 1.2 vom 17.01.2019 grundsätzlich angepasst:

Da die H+ Mitglieder zwar mit unterschiedlichen, aber je sachlich verständlichen und auch je nach Ziel sachrichtigen Argumenten verschieden Ansätze bei der Prüfung Limitation pro Zeit verfolgen, stellt es H+ seinen Mitgliedern frei, welche Art der Prüfung sie anwenden wollen

Themenkreis 3: Zu tiefe Limite, um die Leistung sachgerecht abzurechnen (multimorbide Patienten z. B. bei Boards, in der Psychiatrie oder Kinder)

Bei komplexen medizinischen Fällen, welche in Ambulatorien von Endversorgern (Spitälern und auf seltene Krankheiten oder komplexe Patienten spezialisierten Praxen) oft vorkommen, reichen die in der Tarifstruktur festgelegten Limitationen im Einzelfall vielfach nicht aus, um wirksame, zweckmässige und wirtschaftlich korrekte Leistungen abzubilden. Die Tarifstruktur verhindert die integrierte Versorgung und die nötige Absprache mit anderen Leistungserbringern bzw. bildet sie nicht adäquat ab. Dadurch werden die Leistungserbringer nicht sachgerecht entschädigt.

Die Empfehlung des BAG in ihren FAQ zu diesem Thema ist nicht hilfreich. Sie hält fest, dass jeder Einzelfall über den vertrauensärztlichen bzw. versicherungsmedizinischen Dienst vorgängig – oder bei dringlichen Behandlungen auch nachträglich – angefragt werden muss. Diese Mehrbelastungen sind weder den Leistungserbringern noch den Vertrauensärzten zumutbar.

→ **Empfehlung zu Themenkreis 3**

Die Limitationen sind in der Tarifstruktur unmissverständlich und die Interpretation ist in der Regel unproblematisch, ausser im Themenkreis 1. Es geht vielmehr um jene unsachlichen Limite, die H+ bereits in der Vernehmlassung kritisiert hat. Nun bestätigen sich die Befürchtungen. Die

betroffenen Patientengruppen müssten aus rein ökonomischen Gründen mit zu geringen Leistungen oder verteilt auf mehrere Sitzungen behandelt werden. Die Spitäler und das dort angestellte ärztliche Personal sind jedoch aus patientenorientierten Gründen und aus ethischen und moralischen Überlegungen nicht bereit, die unsinnigen Limiten der TARMED-Version 1.09 zu beachten. Die Leistungen werden lege artis erbracht und die Folge sind Ertragseinbussen für die Spitäler, weil nicht die ganze Leistung tarifrelevant abgebildet ist und abgerechnet werden kann.

Eine Verhaltensempfehlung durch H+ ist hier beinahe unmöglich. Richtig wäre wohl die Leistung indikations- und patientengerecht zu erbringen und sie ohne Limitationen zu erfassen. Es ist dann ein betrieblicher Entscheid, ob bei der Fakturierung die Limiten ausser Acht gelassen und alle Leistungen fakturiert werden. Nach der Rückweisung wegen überschrittener Limiten muss das Inkasso forciert werden inkl. gerichtlicher Klärung des Verhaltens oder ob auf die Fakturierung von über den Limiten liegenden Leistungen verzichtet wird (tarifreglementarisch sachgerecht, aber ohne juristische Abwicklung).

Themenkreis 4: Interpretation zu Limitationen pro Fall

Bei den Leistungen zur Vorbesprechung diagnostischer/therapeutischer Eingriffe mit Patienten/Angehörigen durch den Facharzt (Tarifpositionen 00.0050, 00.0055 und 00.0056) bestehen Mengenlimitationen pro Fall. Der Fall ist in der Tarifstruktur nicht weiter definiert. Einzelne Krankenversicherer betrachten den einzelnen Patienten als einen Fall. Die Aufklärung des Patienten über einen bevorstehenden diagnostischen/therapeutischen Eingriff muss jedoch bei jedem Eingriff wieder geleistet werden, um die informierte Zustimmung zu erhalten. Die Zählweise pro Patient ist daher nicht nachvollziehbar. H+ stützt hier die Ansicht seiner Mitglieder, welche den Fall pro medizinischem Ereignis und damit notwendiger Vorbesprechung betrachten.

→ Empfehlung zu Themenkreis 4

Die Falldefinition wird offensichtlich zwischen den Betrieben und den Krankenversicherern unterschiedlich verstanden. Damit besteht ein Interpretations-Dissens.

Da nicht absehbar ist, wann tarifpartnerschaftliche Interpretationen zusammen mit H+ wieder möglich sein werden, empfiehlt H+ seinen Mitgliedern, das Inkasso der Faktura zu forcieren mittels Mahnung und Betreibung.