



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Häufig gestellte Fragen (FAQ) zur Einführung und Anwendung von **TARMED 1.09** (Verordnung des Bundesrats «Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung») und «Anhang 2» (Tarifstruktur) dazu an die Geschäftsstelle von H+ Die Spitäler der Schweiz¹

Aktualisierung: Bern, 14.02.2019 Geschäftsbereich Tarife und eHealth

1. **Gelten die *Mengenbeschränkungen*** (z. B. *Kleine Untersuchung pro 5 Minuten 6 Mal pro 3 Monate oder Leistungen in Abwesenheit – 30 mal 1 Minute pro 3 Monaten, usw.*) **zukünftig pro Arzt oder für das ganze Spital?**

Ansatzpunkt ist der Wechsel des Fachbereiches/Klinik. Wenn ein Patient für unterschiedliche medizinische Problem in der freien Praxis mehrere Ärztinnen/Ärzte konsultiert, wird dort selbstverständlich 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 fachärztlichen Bereich anzuwenden.

Der Wechsel des Fachbereiches/Klinik kann auf der Rechnung mit der jeweiligen GLN des verantwortlichen Arztes dokumentiert werden.

Ergänzung Februar 2019: Diese Anwendung gibt nach wie vor zu Rückfragen Anlass. Grosse Schweizer Spitäler sind mit grossen Krankenversicherern daran sachgerechte und gleichzeitig automatisch prüfbare Anwendungsregeln zu finden. Diese bilateralen Arbeiten werden von H+ beobachtet und sofern von den bearbeitenden Partnern gewünscht, setzt sich H+ für die nationale Anwendung ein. Stossrichtung der Arbeiten ist die Kennzeichnung der Fachklinik auf Positionsebene auf Basis der bekannten, jedoch etwas differenzierteren BfS Liste der Fachbereiche aus der Krankenhausstatistik.

2. **Welche Bedingungen/Krankheitsbilder müssen erfüllt sein, um Positionen mit der Bezeichnung „mit einem erhöhten Behandlungsbedarf“ verrechnen zu dürfen?**

Im Kommentar zur bundesrätlichen Verordnung ist erläutert:

«Ein erhöhter Behandlungsbedarf im Sinne eines ausnahmsweise erhöhten Zeitbedarfs kann beispielsweise bei multimorbiden Patienten, bei Patienten mit mittlerer oder schwerer kognitiver Funktionseinschränkung, bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen oder bei Patienten in einer instabilen und schweren Krankheitssituation (z.B. akutes Koronarsyndrom, instabile Krebserkrankung) auftreten. Die Behandlung der genannten Patienten berechtigt jedoch nicht automatisch zur Anwendung höherer Limitationen, der erhöhte Behandlungsbedarf eines Patienten ist gegenüber dem Versicherer zu begründen».

Mit der Anwendung der gesonderten Tarifpositionen für erhöhten Behandlungsbedarf zeigt der Leistungserbringer den Bedarf explizit an.

Die Art und Weise der Begründung ist nicht geregelt. Es gelten daher die üblichen Regeln beim Informationsaustausch zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherung. Medizinische Begründungen müssen über den vertrauensärztlichen Dienst abgewickelt werden. Die inhaltliche Begründung des erhöhten Behandlungsbedarfs muss in der Krankendokumentation des Patienten

¹ Wo sinnvoll sind in dieser FAQ, bei der Verwendung von weiblichen oder männlichen Formen in den Bezeichnungen, das jeweils andere Geschlecht mit gemeint.

ersichtlich und somit belegbar sein. Offen ist, auf welche Weise die Krankenversicherer erhöhten Behandlungsbedarf und deren Begründung hinterfragen werden.

2.1. Ist diese **Begründung** erst bei Nachfrage zu übersenden oder hat dies bei Rechnungsversand zu erfolgen?

Die Verordnung macht keine Angabe über den Zeitpunkt und die Art und Weise der Begründung. Medizinische Informationen gehören nicht auf die Rechnung. Offen ist, auf welche Weise die Krankenversicherer erhöhten Behandlungsbedarf und deren Begründung hinterfragen werden.

2.2. Gibt es ev. ein **vorgefertigtes Blatt/Formular zur Erfassung der Begründung** des erhöhten Behandlungsbedarfs (zum Ankreuzen), um den Aufwand des Arztes zu minimieren?

Nein – siehe 2 und 2.1

2.3. Wie muss die Limitationsregel in den Leistungsgruppen LG-4 und L-11 (Leistungen in Abwesenheit) umgesetzt werden, wenn der Behandlungsbedarf in der Periode von 3 Monaten wechselt?

Die Leistungen sind je nach Behandlungsbedarf zu erfassen. Die Limitationen gelten je Leistungsgruppe. Innerhalb einer Sitzung sind die Tarifpositionen nur innerhalb derselben Leistungsgruppe kumulierbar.

3. Wo kann ich den **Browser und die Verordnung** des Bundesrats finden

Die offiziellen Unterlagen finden sich auf der Internetseite des BAG:

- Verordnung mit Erklärungen zum Vorgehen [Inhalt und Kommentar vom 18. Oktober 2017](#) (PDF, 588 kB, 18.10.2017)
- Browser [Tarifstruktur für ärztliche Leistungen \(Bitte vor dem Öffnen speichern und unter Eigenschaften Sicherheitseinstellungen anpassen\)](#) (CHM, 3 MB, 18.10.2017)
- Tarifstruktur schriftlich [Tarifstruktur für ärztliche Leistungen \(Anhang 2\)](#) (PDF, 12 MB, 18.10.2017)
- Änderungsprotokoll [Anpassungen der Tarifstruktur für ärztliche Leistungen \(Anhang 1\)](#) (XLS, 1 MB, 18.10.2017)
- Datenbank [Tarifstruktur für ärztliche Leistungen \(Access-Datenbank\)](#) (MDB, 24 MB, 18.10.2017)

4. Ab wann wird der **Tarif TARMED 1.09** eingeführt?

Im Bereich des KVG wird der neue Tarif TARMED 1.09 per 01.01.2018 für sämtliche Leistungserbringer eingeführt.

In den Bereichen UV/MV/IV überlässt die MTK den Spitälern den Entscheid, welche TARMED-Version sie vom 1. Januar bis 31. Juli 2018 abrechnen werden. Anschliessend gilt für alle Leistungserbringer (Spitäler, Arztpraxen und Gruppenpraxen) die identische Regelung:

Die Versicherer, welche durch die MTK vertreten sind empfangen im Bereich UV/MV/IV ab 01.08.2018 (Leistungsdatum) nur Rechnungen die mit TARMED 1.08_BR abgerechnet werden. Für Spitäler die in den ersten Monaten 2018 auch im Bereich UV/MV/IV die Tarifstruktur TARMED 1.09 angewendet haben, dürfen für jene Leistungen, die in dieser Tarifstruktur für UV/MV/IV fehlen – besonders Gutachten – die Leistungen mit TARMED 1.08_BR nachfakturieren.

5. *Sind die Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung und zu Lasten der **Unfall-, Invali- den- oder Militärversicherung** (UV/IV/MV) gleich abzurechnen?*

Nein, es gilt die Regelung nach dem PVK Entscheid vom 09. August 2018. Leistungen mit Leistungserbringungsdatum ab 01.08.2018 müssen mit der TARMED Version 1.08_BR abgerechnet werden. Bei Fragen zur Abrechnung der Leistungen zwischen dem 01.01.2018 und dem 31.07.2018 benutzen Sie bitte das Formular [Anfragen](#) zum Thema Tarife auf unserer Internetseite.

Bereits ab dem 01.01.2018 steht für das bisherige Kapitel Kapitels 38 (Berufskrankheitenprophylaxe gemäss Unfallversicherungsgesetz ({UVG} einen Katalog zur Verfügung (Tarifcode 050). Leistungserbringer, welche von diesem Katalog Gebrauch machen möchten, sollen sich an die SUVA, Dr.med. Claudia Pletscher (Chefärztin Arbeitsmedizin) wenden.

6. *Kann für die gegebenenfalls nötige **Anästhesiezeit bei CT- und MRI- Untersuchungen neu die effektive Anästhesiezeit gemäss Anästhesieprotokoll verrechnet werden?***

Bei Tarifpositionen ohne festgelegte Zeit für die Leistung im engeren Sinne, gilt die Schnitt-Naht-Zeit bei operativen Eingriffen bzw. die *Untersuchungszeit* gemäss Anästhesieprotokoll bei diagnostischen Eingriffen; bei Mehrfacheingriffen gelten die in den Tarifpositionen aufgeführten Risikoklassen.

7. *Unsere **Praktischen Ärzte** erbringen verschiedenste Leistungen im Ambulatorium. Müssen wir den bei jeder Leistung hinterlegt **Skalierungsfaktor AL** bei der Rechnungsstellung anwenden? Wir sind davon ausgegangen, dass gemäss Konzept Dignität der Chefarzt der entsprechenden klinischen Abteilung über die leistungsbezogene Dignität verfügen muss und wir innerhalb der Spitalinstitution deshalb für die Praktischen Ärzte keine Kürzung in der AL vornehmen müssen.*

Das BAG hält in Inhalt und Kommentar zur Verordnungsänderung fest, dass der Skalierungsfaktor im Zuge der Einführung von einem einheitlichen Dignitätsfaktor für alle Leistungen eingeführt wurde. Das um die ungerechtfertigte Besserstellung von Personen mit dem Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» (Ausbildungsdauer 3 Jahre) gegenüber anderen Weiterbildungstitel = Facharztstitel (Ausbildungsdauer 5 oder 6 Jahre) bei der Abrechnung von Leistungen im TARMED zu korrigieren. Diese Besserstellung könnte allerdings nur realisieren, wer diese Leistungen selbständig und eigenverantwortlich erbringt und abrechnet. In Spitälern kommt diese Situation bei Ärztinnen und Ärzten mit dem Weiterbildungstitel «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» nur bei Leistungen vor, welche bei den Tarifpositionen die Dignität «alle» vermerkt haben.

Bei der Abrechnung aller andern Leistungen muss in Spitälern sichergestellt sein, dass ein verantwortlicher Arzt = weisungsbefugter Inhaber der entsprechenden Dignität- in Interventionsbereitschaft verfügbar war, falls Ärztinnen und Ärzte, welche die in der Tarifposition festgehaltenen Dignität nicht innehaben, am Patienten tätig waren. Das gilt übrigens auch für anderes ärztliches Personal zum Beispiel Assistenzärztinnen und Assistenzärzte, Oberärztinnen und Oberärzte, welche den in der Tarifposition hinterlegte qualitative Dignität nicht innehaben.

Begründung: In der Vereinbarung betreffend Umsetzung Dignitätskonzept im Spital, ist unter Punkt 2 Leistungserbringung festgehalten, dass grundsätzlich TARMED-Leistungen nur abgerechnet werden dürfen, wenn der leistungserbringende Arzt die auf der Tarifposition ersichtliche erforderliche ärztliche Dignität durch seine Identifikationsnummer (GLN) nachweist. Ärzte mit dem Weiterbildungstitel Praktischer Arzt sind berechtigt die Leistungen mit der Dignität «alle» abzurechnen und das Spital hat in diesem Fall den Skalierungsfaktor AL anzuwenden.

Erbringt ein praktischer Arzt hingegen Leistungen, für die sie oder er die erforderliche Dignität nicht hat, kommt folgende Regel der Vereinbarung zum Tragen:

Wird im ambulanten Spitalbereich eine Leistung durch einen Arzt erbracht, der die dafür erforderliche Dignität nicht besitzt, ist bei der Leistungsposition zusätzlich die Identifikationsnummer desjenigen Arztes zu referenzieren, der für die Leistungserbringung die fachliche Verantwortung innerhalb des Spitals trägt. Der verantwortliche Arzt muss dabei über die leistungsbezogenen Dignitäten verfügen und zum Zeitpunkt der Leistungserbringung in Interventionsbereitschaft stehen.

Fazit: Erbringt eine praktische Ärztin, ein praktischer Arzt im Spitalbereich ambulante Leistungen und ist bei den Tarifpositionen dieser Leistungen die Dignität «alle» vermerkt, so muss das Spital den Skalierungsfaktor bei der Rechnungsstellung anwenden. In allen anderen Fällen nicht.

-
8. Sind für Behandlungsmaterial im Rahmen der Anwendung von TARMED **Materialsets** abrechenbar? Zitiert wird der PIK Entscheid I-17001, der besagt, dass Materialsets nicht mehr abrechenbar sind. Wir sind unsicher.

H+ empfiehlt bei der Abrechnung der Leistungen die PIK-Entscheide bis zur veröffentlichten Version 1.58 zu beachten. Entscheide nach 01.07.2016 – besonders der Entscheid 17001 zu den Materialsets ist nicht zu beachten. Das gilt für Leistungserbringer, die via H+ Beitritt zum Rahmenvertrag TARMED erklärt hatten. Ob andere Leistungserbringer diesen PIK Entscheid beachten müssen, ist für H+ offen.

H+ vertritt die Haltung, dass von Hersteller am Schweizer Markt eingeführte Materialsets abrechenbar sind. Spital-/Klinikintern konfektionierte Sets sind nicht abrechenbar.

-
9. Wir wollen als H+ Mitglied eine **neue Sparte zur Aufnahme** in die Spartendatenbank deklarieren. Wie gehen wir vor?

Es ist grundsätzlich fraglich, ob für die Anwendung von TARMED 1.09 die bisherigen tarifpartnerschaftlichen Entscheide, die im Rahmen von TARMED Suisse getroffen wurden noch gelten. Die Spartendatenbank, die im Rahmen der PaKoDig gepflegt wurde, wird nun für seine Mitglieder von H+ gepflegt. Selbstdeklaration sind an H+ zu senden und die Versicherer erhalten quartalsweise jenen Teil der Datenbank zugestellt, welcher durch H+ gepflegt wird.

Die Versicherer haben die Möglichkeit die Unterlagen, welche zu Spartendatenbank-Einträge durch H+ geführt haben vor Ort in der Geschäftsstelle einzusehen.

10.

Häufig gestellt Fragen zu Tarifrecht im Kontext mit TARMED

11. Gilt der **Rahmenvertrag** zwischen **H+ und santésuisse** noch?

Nein, H+ hat den vom Bundesrat im 2002 genehmigten Rahmenvertrag inklusive aller mitgelieferten Dokumente fristgerecht Ende Juni 2016 auf den 31. Dezember 2016 gekündigt. Dieser Rahmenvertrag, alle dazugehörigen Abmachungen und insbesondere die Tarifstruktur sind ab dem 1. Januar 2017 nicht mehr gültig gewesen. (Die Tarifstruktur wurde verlängert siehe unten bei 12.)

-
12. Gilt der **Rahmenvertrag** zwischen **FMH und santésuisse** noch?

Ja, dieser Vertrag ist ungekündigt und gilt für die Ärztinnen und Ärzte in den Praxen und für Gruppenpraxen, wenn sie diesem Rahmenvertrag angeschlossen sind, weiterhin. Für die Spitäler und Kliniken gilt der Rahmenvertrag zwischen FMH und santésuisse aber nicht

13. Welche **Tarifstruktur** gilt für ambulante medizinischen Leistungen **vor dem 1. Januar 2018**?

Im 2017 gilt TARMED 1.08_BR. Die Tarifpartner, FMH, H+, santésuisse, curafutura und MTK, haben diese Tarifstruktur bis zum 31. Dezember 2017 verlängert.

14. Welche **Tarifstruktur** gilt für ambulante medizinischen Leistungen **ab dem 1. Januar 2018**?

- Für Einzelleistungen welche über das KVG abgerechnet werden gilt nur TARMED 1.09, der vom Bundesrat festgesetzt worden ist
 - In den Bereichen UV/MV/IV überlässt die MTK den Spitälern den Entscheid, welche TARMED-Version sie vom 1. Januar bis 31. Juli 2018 abrechnen werden. (siehe Punkt 5)
 - Die Versicherer, welche durch die MTK vertreten sind empfangen im Bereich UV/MV/IV ab 01.08.2018 (Leistungsdatum) nur Rechnungen die mit TARMED 1.08_BR abgerechnet werden. Für Spitälern die in den ersten Monaten 2018 auch im Bereich UV/MV/IV die Tarifstruktur TARMED 1.09 angewendet haben, dürfen für jene Leistungen, die in dieser Tarifstruktur für UV/MV/IV fehlen – besonders Gutachten – die Leistungen mit TARMED 1.08_BR nachfakturieren.
 - Die Tarifpartner (einzelne Leistungserbringer und einzelne Versicherungen) können Zeit- und Pauschaltarife vereinbaren, wie zum Beispiel für Katarakt-Operationen.
-

15. Können Spitälern und Versicherer **zusätzliche Vereinbarungen** im Rahmen des TARMED treffen.

Ja, die Tarifpartner sind frei Zusatzvereinbarung, zum Beispiel über Zahlungsmodi, im Rahmen des TARMED 1.09 zu vereinbaren.

16. Sind die **alten Vereinbarungen** zwischen Spitälern und Versicherern zum TARMED weiterhin gültig?

Die Rechtssituation ist nicht klar.

- Gibt es keinen Bezug auf den TARMED-Rahmenvertrag zwischen H+ und santésuisse, dann sollten Vereinbarungen zwischen Spitälern und Versicherern weiterhin gültig sein.
- Gibt es einen Bezug zum TARMED-Rahmenvertrag zwischen H+ und santésuisse könnte auch die Vereinbarung zwischen Spitälern und Versicherern ungültig sein (analog zu BVGE Physio TG). Behalten die Spitälern und Versicherer aber die Regeln ihrer alten Vereinbarung in der Praxis bei, kann davon ausgegangen werden, dass diese auch weiterhin gelten. Will ein Partner die Regeln nicht mehr einhalten, rät H+ die Vereinbarung neu zu verhandeln.