



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, 22.02.2018 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 fachärztlichem Bereich anzuwenden. Der Wechsel des Fachbereiches/Klinik kann auf der Rechnung mit der jeweiligen GLN des verantwortlichen Arztes dokumentiert werden.

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

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

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 hinterfragt werden können.

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 die Entscheidung, welche TARMED-Version sie vom 1. Januar bis 31. März 2018 abrechnen werden. Der gefällte Entscheid schliesst einen Wechsel der Tarif-Version innerhalb des ersten Quartals 2018 aus. Spitäler, welche technisch nicht in der Lage sind, weiterhin gemäss TARMED-Version 1.08_BR abzurechnen, können dies der ZMT mitteilen. Damit erlischt gegenüber den UV/MV/IV-Versicherern der Anspruch auf Kompensation der Taxpunktdifferenz zur Version 1.09 des BAG.

Tarifpositionen im Leistungsbereich der MTK, welche aus der Version 1.09 gestrichen wurden, können durch die betroffenen Spitäler ab 1.4.2018 rückwirkend bis zum 1.1.2018 über den neuen UV/MV/IV-Tarif 1.09 (Code 007) nachfakturiert werden.

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

Es sind alle Leistungen zulasten der Krankenkassen mit der verordneten Version 1.09 abzurechnen. Diese Version hat vom Forum Datenaustausch den Tarifcode 001 zugeordnet erhalten und beinhaltet alle Tarifpositionen aus Anhang 2 (Tarifstruktur) der Verordnung des Bundesrats «Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung». Ab 01.04.2018 werden auch alle Leistungen zu Lasten der UV/IV/MV mit der Version 1.09 abzurechnen.

Spitäler welche entschieden haben bereits ab 01.01.2018 ihre Leistungen der UV/IV/MV mit der Version 1.09 abzurechnen, dürfen dies tun.

Für Leistungen welche in der Version 1.09 nicht so aufgeführt sind, wie sie von der MTK und den Leistungserbringern angewendet werden sollen, steht ab dem 01.04.2018 einen separaten Katalog zur Verfügung. Dieser trägt den Tarifcode 007 und betrifft vor allem von den Versicherern (UV/IV/MV) verlangte Gutachten. Diese Leistungen dürfen für den Zeitraum 01.01.2018 – 31.03.2018 mit diesem Katalog nachfakturiert werden.²

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.*

Erbringt eine praktische Ärztin, ein praktischer Arzt im Spitalbereich ambulante Leistungen und werden bei diesen Leistungen bei der Abrechnung Tarifpositionen mit der Dignität «alle» verwendet, so muss auch das Spital den Skalierungsfaktor AL aus TARMED 1.09 bei der Rechnungsstellung anwenden.

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.

² Beschluss der MTK finden Sie hier: [LINK auf MTK ZMT Website](#)

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 kommerziell vertriebene Materialsets abrechenbar sind. Spital-/Klinik-intern 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.

Häufig gestellt Fragen zu Tarfrecht im Kontext mit TARMED

10. 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 11.)

11. 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

12. 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.

13. 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
- Bei UV/MV/IV überlässt die MTK den Spitälern den Entscheid, welche TARMED-Version sie vom 1. Januar bis 31. März 2018 abrechnen werden. Der gefällte Entscheid schliesst einen Wechsel der Tarif-Version innerhalb des ersten Quartals 2018 aus. Spitäler, welche technisch nicht in der Lage sind, weiterhin gemäss TARMED-Version 1.08_BR abzurechnen, können dies der ZMT mitteilen. Damit erlischt gegenüber den UV/MV/IV-Versicherern der Anspruch auf Kompensation der Taxpunktdifferenz zur Version 1.09 des BAG.
- Tarifpositionen im Leistungsbereich der MTK, welche aus der Version 1.09 gestrichen wurden, können durch die betroffenen Spitäler ab 1. April 2018 rückwirkend bis zum 1. Januar 2018 über den neuen UV/MV/IV-Tarif 1.09 (Code 007) nachfakturiert werden.
- Die Tarifpartner können Zeit- und Pauschaltarife vereinbaren, wie zum Beispiel für Katarakt-Operationen.

14. Können Spitäler 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.

15. 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 Spitäler 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.