

**COBRA**

**Tarmed**

**Conformance Statement**

**Version 1.5**

**Januar 2004**

w83173



# 1 Grundlagen

a) Die Cobra Tarmed-Lösung besteht aus 2 Teilen:

- Erfassen und Versenden der Röntgenleistungen: Conrad+ V3
- Validieren und Generieren von Tarmed-Leistungen (nicht auf Röntgen beschränkt): CTV+ (Cobra Tarmed Validator)

b) Die Basis für beide Applikationen ist der offizielle Tarmed Browser, Version TARMED1.1r (TM11rD.chm).

c) Die Lösung ist ausgelegt für Spitäler und Kliniken. Sie dient der schnellen Leistungserfassung und Validierung, ist aber nicht ein Fakturiersystem. Bestandteil dieser Version sind Schnittstellen zu Spital-Verwaltungssystemen.

d) Erfasst werden Leistungspakete, deren Validierung erst bei der Leistungsermittlung (im Batchverfahren) erfolgt. Ein Leistungspaket kann nur Hauptleistungen, die dazugehörenden Zuschlagsleistungen, Zuschlagsleistungen des Typs "LZ" und alleinige Leistungen enthalten. Die Pakete werden vom Anwender definiert.

e) Innerhalb eines frei definierbaren Leistungserbringungsintervalls werden alle Untersuchungen bearbeitet (Batchverfahren). Dabei werden automatisch generiert:

- Basisleistung
- Grundkonsultation
- Technische Grundleistung
- Fachärztlicher Zuschlag
- Zuschlag Kind
- Notfallzuschlag
- %-Zuschlag.
- 'erste' Leistungsposition wird automatisch aufgeteilt in 'weitere' und 'letzte' Leistungsposition(en).
- 'Kontrollaufnahme'



## 2 Dateistrukturen

- a) Der Tarmed Katalog (**Tarmed1.1r**) ist 1:1 in eine Tabelle übernommen. Diese kann vom Anwender nicht verändert werden, ausser den beiden zusätzlichen Feldern 'Interne Bezeichnung' und 'alternative Leistungs-Nr.'. Parallel dazu werden mehrere, vom Anwender nicht veränderbare Zusatztabelle, geführt.
- b) Allfällige Änderungen des offiziellen Kataloges werden von Cobra umgehend in die Tabellen übernommen und diese ihren Kunden zur Verfügung gestellt.
- c) **CTV<sup>+</sup>** kennt folgende Leistungstypen :
- L Hauptleistung
  - LZ+ dazugehörige Zuschlagsleistung
  - LZ Zuschlagsleistung (+), an keine bestimmte Hauptleistung gebunden.
  - LA alleinige Leistung
  - LAK alleinige Leistung mit Kapitelzusatz
  - LAZ alleinige Zuschlagsleistung
  - LAS1 alleinige Leistung exkl. Zugang
  - LE Leistung "erste"
  - LZW Leistung "weitere", "letzte"
  - LGL automatisch generierte Basis- und Grundleistungen
  - LP Pseudoleistung
- d) Um zu gewissen Untersuchungen die richtigen Basisleistungen generieren zu können, ist, da im offiziellen Katalog falsch definiert, in der Tabelle 'Sparten' eine zusätzliche Pseudosparte eingetragen: 'CT Radiotherapie'. In den Leistungen '32.0210', '32.0220', '32.1240', '32.1250', '32.1260' wird deshalb die Sparte geändert zu 'CT Radiotherapie'.
- e) Die Positionen '04.1720' und '04.1760' sind hierarchisch falsch eingeordnet und ergeben deshalb eine falsche Bezugsleistung. Die Bezugsleistung wurde geändert zu '04.1700', resp. zu '04.1740'.
- f) Leistungen, die in einem Leistungspaket nicht enthalten sind oder gemäss Tarmed-Regeln nicht verrechnet werden dürfen, aber z.B. aus Dokumentationsgründen trotzdem ausgewiesen werden müssen, können in einer eigenen Tabelle 'Extras' definiert werden. Pro Leistung kann 'validieren j/n' angegeben werden. Diese Leistungen bleiben als 'Extras' gekennzeichnet.
- g) Existiert zu einer Hauptleistung eine Zuschlagsposition, die bei einer anderen Zuschlagsposition zu dieser Hauptleistung als Zuschlag definiert ist, wird sie nur einmal übernommen.



- h) Untersuchungen, die aus Dokumentationsgründen erfasst werden müssen, aber nach Tarmed nicht verrechnet werden können, kann die Pseudoleistung '99.9999' (Leistungstyp 'LP') zugewiesen werden. Diese Position ist Bestandteil des Cobra-Tarmedkataloges und wird im Validator nicht berücksichtigt und nie weitergegeben.
- i) Bei den beidseitigen Hauptleistungen '30.1090', '30.3310', '30.3630', '30.7300', '30.7320', '30.7330', '30.7400' ist die Seitenangabe bei einigen abhängigen Zuschlagsleistungen erforderlich. Da die Hauptleistung nur einmal pro Sitzung abgerechnet werden kann, wurde bei den Zuschlägen '30.1100', '30.1110', '30.3320', '30.3640', '30.7150', '30.7200', '30.7340' die Seitenangabe entfernt. Die Limitierung '1 mal pro Seite' wurde bei allen Zuschlagspositionen ausser '30.7200' auf '2 mal pro Sitzung' geändert. Für Position '30.7410' wurde 'Seitenangabe' obligatorisch gesetzt, da sie nur 1 mal pro Seite verrechnet werden kann.



## 3 Validator

### 3.1 Allgemeines

Das automatische Generieren von Leistungen und das Validieren geschieht in der eigenständigen Applikation **CTV<sup>+</sup>**. Die zu bearbeitenden Daten werden im XML-Format übergeben. **CTV<sup>+</sup>** produziert als Output bereinigte und ergänzte Leistungsdaten, sowie ein allfälliges Fehlerjournal, beides im XML-Format.

### 3.2 Generieren von Leistungen

#### Grundleistungen

- a) Alle Grundleistungen werden pro Sitzung und Sparte generiert. Sie sind in der Tabelle 'Sparten' definiert. Die Sparte ergibt sich zwingend aus einer Hauptleistung.
- Basisleistung  
Zu den Sparten 'MRI' und 'Angio' können keine Basisleistungen generiert werden, da zu diesen verschiedene Zuschläge zugelassen sind, die nicht automatisch erzeugt werden können.
  - Grundkonsultation
  - Die zutreffende technische Grundleistung ist abhängig davon, ob die Leistung erbracht wurde bei einem
    - ambulanten Patienten
    - stationären Patienten
    - stationären Ips-Patienten
    - Patienten unter Narkose (ambulant oder stationär)
  - Der fachärztliche Zuschlag wird erhoben bei Ips-Patienten oder Patienten unter Narkose (ambulant oder stationär)
  - Der Zuschlag für Kinder (Alter im Moment der Leistungserbringung) ist abhängig davon, ob eine Röntgenuntersuchung ohne oder mit Kontrastmittel durchgeführt wurde. Die Verwendung eines Kontrastmittels ergibt sich aus den Leistungen.
- b) Sind in einer Sitzung Leistungen aus verschiedenen Sparten vorhanden, die zu technischen Grundleistungen aus dem gleichen Unterkapitel führen, d.h. untereinander nicht kumulierbar sind, wird die teurere Grundleistung generiert.

#### Notfallzuschläge

Wird eine Untersuchung als 'Notfall' markiert und ist der leistungserbringende Arzt in der Personaldatei als 'Belegarzt' definiert, werden die Zuschläge aus der Leistungsgruppe LG-52 anhand des Datums und der Zeit der Leistungserbringung automatisch generiert.



## Andere Leistungen

- a) Ist eine Leistung vom Typ 'LE', wird die angegebene Anzahl aufgeteilt, gemäss der Tabelle 'Erste und Weitere', in einmal 'erste' Leistung und n-1 mal weitere, resp. letzte Leistung. Ist die Anzahl 2, wird eine 'letzte' generiert, sofern vorhanden.  
Die Tabelle 'Erste und Weitere' enthält nur Leistungspositionen, zu denen eine 'weitere' oder 'letzte' oder eine '%-Zuschlags'-Leistung gehört.
- b) Ist in der Tabelle 'Erste und Weitere' im Feld '%-Zuschlag' eine Leistung definiert, wird diese automatisch generiert mit Anzahl 1 falls Flag 'Tomographie' gleich 'J' ist.
- c) Ist in der Tabelle 'Erste und Weitere' im Feld 'Kontrollaufnahme' eine Leistung definiert, wird diese automatisch generiert mit Anzahl 1 falls Flag 'Kontrollaufnahme' gleich 'J' ist.

## 3.3 Bewerten von Leistungen

In der vorliegenden Version des **CTV<sup>+</sup>** werden die Dignität und Leistungen des Typs 'LP' nicht berücksichtigt.

Leistungen, die als 'Extras' gekennzeichnet sind werden nur geprüft, wenn sie als 'zu validieren' markiert sind.

### Regeln

Die Regeln a) bis j) werden pro Sitzung angewandt.

- a) Zu einer 'alleinigen Leistung' (Typ 'LA') sind die, gemäss Hierarchie zugehörigen Zuschlagsleistungen, sowie Leistungen aus den Kapiteln '00', '01', '04.03.03', '04.03.05', '26', '28', '30', '34', '35', '36' erlaubt.
- b) Zu einer 'alleinigen Leistung mit Kapitelzusatz' (Typ 'LAK') sind keine anderen Leistungen aus demselben Kapitel kumulierbar, ausser die, gemäss Hierarchie zugehörigen Zuschlagsleistungen. 'Dasselbe Kapitel' bedeutet hier: alle Leistungen, deren erste zwei Ziffern gleich sind wie diejenigen der zu testenden Leistung.
- c) Eine 'alleinige Zuschlagsleistung' (Typ 'LAZ') darf nicht mit anderen Zuschlägen derselben Hauptleistung kumuliert werden.
- d) Zu einer 'alleinigen Leistung exkl. Zugang' (Typ 'LAS1') darf der Zugang nur eine Leistung aus der Leistungsgruppe LG-39 sein.
- e) Ist eine Leistung definiert als 'zu einem Block gehörend', darf diese Leistung nur kumuliert werden mit Leistungen aus dem betreffenden Leistungsblock, den in diesem Block definierten Ausnahmen oder mit denjenigen Leistungen, die als 'kumulierbar mit' definiert sind. Weitere Kumulationseinschränkungen sind möglich.



- f) Nicht kumulierbar mit: die angegebenen Leistungen oder Leistungen aus dem angegebenen Leistungsblock, -Gruppe oder Kapitel sind nicht kumulierbar mit der zu testenden Leistung.
- g) Nur kumulierbar mit: nur die angegebenen Leistungen oder Leistungen aus der angegebenen Leistungsgruppe oder Kapitel sind mit der zu testenden Leistung kumulierbar.
- h) Ist eine Leistung definiert als 'nicht kumulierbar gleiche Seite', darf die angegebene Leistung nicht auf derselben Seite mit der zu testenden kumuliert werden.
- i) Ist bei einer Leistung die Seitenangabe obligatorisch, wird geprüft, ob der Code vorhanden ist.
- j) Ist eine Leistung definiert als 'nicht kombinierbar mit wenn' darf die angegebene Leistung, falls die Bedingung zutrifft, nicht kombiniert werden.

Unabhängig von der Sitzung werden geprüft:

- k) Bei Angaben zu einer Leistung 'maximal Anzahl pro' werden nur folgende Einheiten und Intervalle berücksichtigt:
- pro Patient
  - pro Fall (Hospitalisation)
  - pro Untersuchung
  - pro Sitzung
  - Sitzungen pro Jahr
  - Sitzungen pro Fall (Hospitalisation)
  - pro Seite
  - pro Tag
  - pro Woche (7 Tage)
  - pro Monat (30 Tage)
  - pro 2 Monate (60 Tage)
  - pro 3 Monate (90 Tage)
  - pro 6 Monate (180 Tage)
  - pro Jahr (360 Tage)

Mengenlimitierungen für 'nicht elektronisch abrechnende Fachärzte/Spitäler' werden nicht berücksichtigt.

- l) Ist eine Leistung nur bei Patienten in einem bestimmten Alter zulässig, wird das 'Alter von bis' im Moment der Leistungserbringung geprüft.



### 3.4 Konflikt-/Fehlerbehandlung

Über die Tabelle 'Regeln' wird gesteuert, was bei einem Konflikt zweier oder mehrerer Leistungen zu geschehen hat. Folgende Aktionen sind möglich:

- (R) Alle Leistungen derselben Sitzung werden zurückgewiesen
- (D) Leistung wird gelöscht, resp. die Anzahl auf das erlaubte Maximum gesetzt. Wird eine Hauptleistung gelöscht, werden auch alle dazugehörenden Zuschlagsleistungen gelöscht.
- (N) Leistung wird auf 'nicht verrechenbar' gesetzt, sie wird nicht weiter validiert.

Pro Regel (siehe 3.3) kann der entsprechende Aktions-Flag gesetzt werden.

Die Standard-Einstellungen von Cobra für den **CTV<sup>+</sup>** sind (die Buchstaben beziehen sich auf die Aufzählung in Kapitel 3.3) folgende: ausser für die Regeln f, h, j und k werden alle Leistungen einer Sitzung zurückgewiesen.

Rückweisungen von Leistungen werden in einem Fehlerjournal protokolliert.

Löschen oder ändern der Anzahl wird in einem Warnungsjournal ausgewiesen.



## 4 Leistungsschnittstelle

- a) **Format:** Die vom CTV ermittelten, generierten und bereinigten Leistungen werden im XML-Format, gemäss der Standard-Schnittstelle ALIS, Version 3.1b zur Verfügung gestellt.
- b) **Sitzung:**  
- Conrad<sup>+</sup>-Sitzungs-Nr., übergeordnete, eindeutige Nummer, 1 bis 8 Stellen. oder  
- Nr. pro Patient, Fall und Tag  
- GUID
- c) **Auftragsnummer:** Untersuchungs-Nr. (Accessionnumber), 1 bis 8 Stellen
- d) **Laufnummer:** eindeutige, fortlaufende Nummer
- e) **Referenzlauf-Nr.:** Lauf-Nr. der Hauptleistung, bei Hauptleistungen und Material Verweis auf sich selber
- f) **Dignitätsgeber:** Feld 'Dignität' aus Raumentabelle (freier Text)
- g) **Leistungserbringer:** Feld 'EAN-Nr' aus Tabelle 'Personal'  
1) Visierender Radiologe (wenn vorhanden) oder  
2) befundender Radiologe (wenn vorhanden) ansonsten  
3) ausführender Radiologe
- h) **Behandelnder Arzt:** Untersuchender Radiologe (wenn vorhanden)  
Feld 'EAN-Nr' aus Tabelle 'Personal'
- i) **Honorarempfänger:**  
gesteuert über:  
- Untersuchung: Feld 'Honorar-Kostenstelle' aus Tabelle 'Untersuchungscode'  
- Raum: Feld 'Honorar-Kostenstelle' aus Tabelle 'Raumcode'  
- Radiologe: Feld 'Kostenstelle anwesend' aus Tabelle 'Personal'  
1) Befundender Radiologe (wenn vorhanden) oder  
2) ausführender Radiologe ansonsten  
3) 'Kostenstelle Radiologie' aus Abrechnungs-Parameter
- j) **Parameter:** Uebermittelt werden 'Körperseite' und 'verrechenbar'.  
Bei Material Betrag in Fr. sofern vorhanden