

# Vertrag

zwischen

curafutura – Die Innovativen Krankenversicherer  
Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern

nachfolgend „**curafutura**“

FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte  
Elfenstrasse 18, 3006 Bern

nachfolgend „**FMH**“

H+ Die Spitäler der Schweiz  
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

nachfolgend „**H+**“

Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)  
Postfach 4358, 6002 Luzern

nachfolgend „**MTK**“

santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer  
Römerstrasse 20, 4500 Solothurn

nachfolgend „**santésuisse**“

nachfolgend gemeinsam „**die Vertragsparteien**“

betreffend die Kommissionsarbeiten der **PIK** und **PaKoDig**

---

Visum

\_\_\_\_\_

cf

FMH

H+

MTK

sas

## 1. Präambel

Im Rahmen eines gerichtlichen Vergleichs haben die Parteien am 23. März 2017 festgehalten, dass die einfache Gesellschaft TARMED Suisse in gegenseitigem Einvernehmen aufgelöst ist (Art. 545 Abs. 1 Ziff. 4 OR).

Die Parteien wollen sicherstellen, dass die Tarifstruktur TARMED in der jeweils gültigen Version weiterhin angewendet werden kann. Aus diesem Grund sollen die PaKoDig (Paritätische Kommission Datenbank Dignität und Sparten TARMED) und die PIK (Paritätische Interpretationskommission) ausserhalb der einfachen Gesellschaft TARMED Suisse weiterbestehen.

Unter Beachtung dieser Punkte vereinbaren die Parteien was folgt:

## 2. Weiterführung der Kommissionen

Zur Anwendung der Tarifstruktur TARMED vereinbaren die Parteien, dass die PaKoDig und die PIK ausserhalb der aufgelösten einfachen Gesellschaft TARMED Suisse weitergeführt werden.

## 3. Anwendbare vertragliche Grundlage dieser Vereinbarung

Für den Zweck gemäss Ziff. 2 hiavor vereinbaren die Parteien hinsichtlich der Arbeit der PIK und der PaKoDig die Anwendbarkeit folgender, auf Basis der bisher bestehenden Grundlagen ausgearbeiteten Verträge als integrierende Anhänge dieser Vereinbarung unter Ausschluss allfälliger anderer, nicht die PIK und die PaKoDig betreffenden Regelungen in diesen Vereinbarungen:

- a. Vereinbarung betreffend die Paritätische Interpretationskommission TARMED (PIK) (Anhang 1);
- b. Vereinbarung betreffend die Paritätische Kommission Datenbanken Dignität und Sparten TARMED (PaKoDig) (Anhang 2);
- c. Vereinbarung betreffend Eröffnung Dignitätsdaten und Rechnungsstellung (Anhang 3).
- d. Konzept Dignität TARMED Version 9.0 (Anhang 4);
- e. Vereinbarung betreffend Umsetzung Konzept Dignität im Spital (Anhang 5);

---

Visum

\_\_\_\_\_

cf

FMH

H+

MTK

sas

- f. Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED (Anhang 6);
- g. Reglement zur Umsetzung des Konzepts über die Anerkennung von Sparten (Anhang 7);

Hinsichtlich des Factsheets „Fortbildungspflicht Besitzstandsleistungen – TARMED Suisse“ sind sich die Parteien über die Anwendbarkeit und Gültigkeit nicht einig. Die Seite der Kostenträger ist der Ansicht, dass das Factsheet seine Gültigkeit verloren hat, währenddem die FMH der Ansicht ist, dass das Factsheet weiterhin Gültigkeit hat und Anwendung findet. Über die Anwendbarkeit und Gültigkeit des Factsheets werden die zuständigen Instanzen entscheiden müssen. Ungeachtet dessen verpflichten sich die Parteien aber, auf eine Lösungsfindung hinsichtlich der Fortbildungspflicht von Besitzstandspositionen hinzuarbeiten.

Anstelle der in den vorstehend genannten Dokumenten (lit. a bis g) erwähnten „TARMED Suisse“ bzw. „Nachfolgeorganisation TARMED“ sind die Vertragsparteien gemeinsam zuständig.

#### **4. Bisherige Entscheide der PIK**

Die Parteien vereinbaren, dass die Entscheide der PIK (PIK Entscheide Version 1.61, Release 30.06.2018, Anhang 8) für sämtliche Parteien bindend sind.

Hiervon ausgenommen ist der PIK-Entscheid 17001 (Definition Einzelstück in GI-20 Verbrauchsmaterialien und Implantate). H+ anerkennt diesen Entscheid nicht. Die Mitglieder von H+ sowie die Kostenträger sind berechtigt, diese Frage der gerichtlichen Klärung zuzuführen.

Alle Parteien sind berechtigt, in sämtliche bisherigen und künftigen Entscheide und deren Grundlagen Einsicht zu nehmen. Die Parteien haben ebenfalls das Recht, für jeden erfolgten Entscheid einen Rückkommensantrag zu stellen.

#### **5. Sparten- und Dignitätsdatenbank**

Die Parteien vereinbaren, dass die am Tag des Inkrafttretens vorliegender Vereinbarung gültige Spartendatenbank von sämtlichen Parteien als bindend anerkannt wird. Sie dient als Basis für das Fortschreiben der Datenbank nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung.

---

Visum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

cf                  FMH                  H+                  MTK                  sas

Die Parteien vereinbaren, dass die am Tag des Inkrafttretens vorliegender Vereinbarung gültige Dignitätsdatenbank von sämtlichen Parteien anerkannt wird. Sie dient als Basis für das Fortschreiben der Datenbank nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung.

## **6. Sitz- und Stimmverteilung innerhalb der Kommissionen sowie Beschlussfassung**

Die Sitzverteilung in der PIK und der PaKoDig ist wie folgt:

<b>Kostenträger</b>	<b>Leistungserbringer</b>
santésuisse 1 Sitz	FMH 2 Sitze
curafutura 1 Sitz	H+ 2 Sitze
MTK 2 Sitze	

Jede Partei bestimmt pro Sitz einen Vertreter und dessen Stellvertreter. Der Vertreter und der Stellvertreter verfügen über dieselben Befugnisse. Die Vereinbarungsparteien sind frei, ihre Vertreter zu bestimmen.

Die Invalidenversicherung (IV) kann mit einem Vertreter als Beobachter an den Sitzungen der PIK und der PaKoDig teilnehmen.

Jede Partei verfügt über eine Stimme. Entscheide der Kommissionen werden einstimmig gefällt. Bei Stimmenthaltung zählen nur die Stimmen der verbleibenden Parteien. Zur Gültigkeit von Entscheiden müssen sämtliche Vertreter der Parteien oder deren Stellvertreter anwesend sein.

Selbiges gilt sinngemäss für Entscheide auf dem Zirkularweg.

Die Antragssteller werden über den Beschluss oder das Nichtzustandekommen eines Beschlusses der PIK informiert.

Den Mitgliedern der Parteien stehen die gesetzlich und/oder vertraglich vorgesehenen Rechtsbehelfe zur Verfügung.

---

Visum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

cf

FMH

H+

MTK

sas

## **7. Verbindlichkeit von Beschlüssen, Rechtsmittel**

Die Kommissionen entscheiden bei Einstimmigkeit, unter Vorbehalt der in den anwendbaren Vereinbarungen und Rechtsgrundlagen vorgesehenen Rechtsmittel, abschliessend. Die Entscheide sind für die Parteien ab Entscheiddatum verbindlich und die Parteien vertreten den Entscheid gegenüber ihren Mitgliedern.

Die Parteien können einstimmig beschliessen, dass Entscheide der PIK publiziert werden. Diese PIK Entscheide werden auf den Websites der Parteien veröffentlicht.

Die Sparten-Datenbank wird von FMH quartalsweise aktualisiert und den Parteien in geeigneter Form zur Verfügung gestellt. Die Parteien können die Datenbank ihren Mitgliedern in geeigneter Form zur Verfügung stellen.

## **8. Vorsitz und Sekretariat der Kommissionen, administrative Regelungen**

### **PIK**

Der administrative Vorsitz sowie die Sitzungsorganisation (Sekretariat) wechseln jährlich unter den Parteien. Für das erste Jahr (2019) ist santésuisse zuständig.

### **PaKoDig**

Der administrative Vorsitz sowie die Sitzungsorganisation (Sekretariat) übernimmt die FMH.

Die Kommissionen erlassen hinsichtlich ihrer administrativen Organisation ein Reglement.

## **9. Interpretationsfragen betreffend die jeweils gültige Tarifstruktur TARMED**

Ungeachtet einer allfälligen Zuständigkeit oder Meinungsäusserung des BAG kann die PIK Interpretationsanfragen zur Tarifstruktur TARMED beantworten. Die PIK behandelt jedoch nur Anfragen von Leistungserbringern und Kostenträgern oder der Parteien selber und keine Anfragen des BAG, es sei denn, eine Partei verlangt einen Entscheid über eine Anfrage des BAG.

Entscheide der PIK können dem BAG zur Kenntnis gebracht werden. Ein solcher Antrag unterliegt den regulären Abstimmungsmodalitäten.

## **10. Beginn und Ende der Vereinbarung**

Die Vereinbarung tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.

---

Visum

\_\_\_\_\_

cf

FMH

H+

MTK

sas

Sie kann mit einer Frist von 6 Monaten auf Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden, erstmals auf den 31. Dezember 2020, es sei denn, die Parteien einigen sich gemeinsam vorzeitig auf eine Auflösung dieser Vereinbarung.

Im Falle der Kündigung durch eine Partei fällt diese Vereinbarung für alle Parteien dahin.

Die Überführung der PIK und PaKoDig in eine Organisation wird in den entsprechenden Vereinbarungen geregelt.

## **11. Abschliessende Vereinbarung**

Die beiden Kommissionen PIK und PaKoDig behandeln keine Anträge für Änderungen an der Tarifstruktur.

Ein Konkurrenzverbot kann aus dieser Vereinbarung nicht abgeleitet werden.

Jede Partei entschädigt ihre Vertreter für die anfallenden Arbeiten. Die Kommissionen entrichten selber keine Entschädigungen.

Auf diese Vereinbarung findet ausschliesslich schweizerisches Recht Anwendung. Ausschliesslicher Gerichtsstand ist Bern, soweit das Gesetz keinen abweichenden, zwingenden Gerichtsstand vorsieht.

Sollten einzelne vertragliche Regelungen unwirksam sein und/oder die Vereinbarung Lücken aufweisen, wird die Gültigkeit der gesamten Vereinbarung dadurch nicht berührt. An Stelle der unwirksamen Regelung bzw. Lücken treten solche Regelungen, die dem Zweck der unwirksamen Bestimmung entsprechen oder möglichst nahe kommen.

## **12. Anhänge**

- a. Vereinbarung betreffend die Paritätische Interpretationskommission TARMED (PIK) (Anhang 1);
- b. Vereinbarung betreffend die Paritätische Kommission Datenbanken Dignität und Sparten TARMED (PaKoDig) (Anhang 2);
- c. Vereinbarung betreffend Eröffnung Dignitätsdaten und Rechnungsstellung (Anhang 3).
- d. Konzept Dignität TARMED Version 9.0 (Anhang 4);
- e. Vereinbarung betreffend Umsetzung Konzept Dignität im Spital (Anhang 5);

---

Visum

_____	_____	_____	_____	_____
cf	FMH	H+	MTK	sas

- f. Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED (Anhang 6);
- g. Reglement zur Umsetzung des Konzepts über die Anerkennung von Sparten (Anhang 7);
- h. PIK Entscheide Version 1.61, Release 30.06.2018 (Anhang 8)

---

Visum

_____	_____	_____	_____	_____
cf	FMH	H+	MTK	sas

### 13. Unterschriften

Für curafutura:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Pius Zänglerle  
Direktor

\_\_\_\_\_  
Anke Trittin  
Leiterin Tarife

Für die FMH:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Jürg Schlup  
Präsident

\_\_\_\_\_  
Dr. Ursina Pally Hofmann  
Generalsekretärin

\_\_\_\_\_  
Visum

\_\_\_\_\_  
cf      FMH      H+      MTK      sas

Für H+:

---

Ort, Datum

---

Isabelle Moret  
Präsidentin H+

---

Dr. Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin

Für die MTK:

---

Ort, Datum

---

Daniel Roscher  
Präsident

---

Dr. Bruno Soltermann  
Vize-Präsident

---

Visum

---

cf      FMH      H+      MTK      sas

Für santésuisse:

---

Verena Nold  
Direktorin

---

Isabel Kohler Muster  
Leiterin Rechtsdienst  
santésuisse-Gruppe

---

Visum

---

---

cf

---

FMH

---

H+

---

MTK

---

sas

**Vereinbarung betreffend die  
Paritätische Interpretationskommission  
TARMED (PIK)**

zwischen

**H+ Die Spitäler der Schweiz (H+),  
die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)**

**und**

**santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer,**

**den Versicherern gemäss Bundesgesetz  
über die Unfallversicherung,  
vertreten durch die**

**Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK),**

**der Militärversicherung,  
vertreten durch die**

**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt SUVA,**

**der Invalidenversicherung (IV)  
vertreten durch das**

**Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)**

## **1. Ingress**

Aufgrund von Ziffer 1 Absatz 3 des Vertrages *TARMED Suisse* schaffen die Vertragsparteien eine Paritätische Interpretationskommission (PIK). Die vorliegende Vereinbarung regelt die Organisation, die Aufgaben und Kompetenzen, das Verfahren sowie die Finanzierung der PIK.

## **2. Ziel und Auftrag**

<sup>1</sup> Die PIK gewährleistet die gemeinsame einheitliche Interpretation der Tarifstruktur TARMED. Als Interpretation gilt die Auslegung einer in der Tarifstruktur TARMED enthaltenen Position, der Anwendungsregeln sowie der allgemeinen Bestimmungen und Erläuterungen.

<sup>2</sup> Die PIK wird tätig, wenn die Anwendung der Tarifstruktur TARMED zu Missverständnissen Anlass gibt oder wenn Interpretationen unklar sind.

## **3. Kompetenzen**

<sup>1</sup> Die PIK ist gesamtschweizerisch als einziges Organ von den Vertragsparteien damit beauftragt, die Tarifstruktur TARMED zu interpretieren.

<sup>2</sup> Entscheide der PIK sind für alle Anwender der Tarifstruktur TARMED verbindlich. Sie gehen den Auffassungen und Veröffentlichungen einzelner Vertragsparteien vor.

## **4. Zusammensetzung**

<sup>1</sup> Die PIK setzt sich zusammen aus vier Vertretern der Versicherer und vier Vertretern der Leistungserbringer. Die Versicherer einigen sich unter einander über die Verteilung der vier Sitze auf die verschiedenen Gruppierungen (santésuisse; UV; MV; IV); dasselbe gilt für die Leistungserbringer (FMH; H+). Eine Personalunion mit den Vertretern in der PTK ist anzustreben.

<sup>2</sup> Der Vorsitz wird für ein Jahr von einer der Parteien übernommen und wechselt jährlich zwischen FMH, H+, santésuisse und UV/MV/IV.

## **5. Sekretariat**

<sup>1</sup> Das Sekretariat wird von der Geschäftsstelle TARMED Suisse geführt. Sie nimmt die Anträge entgegen, bereitet die Sitzungen vor, führt das Sitzungsprotokoll und publiziert die PIK-Entscheide.

## **6. Verfahren**

<sup>1</sup> Alle Anwender der Tarifstruktur TARMED (Tarifpartner und die den Tarifverträgen beigetretenen bzw. angeschlossenen Versicherer und Leistungserbringer) können bei Unklarheiten Anträge an die PIK richten.

<sup>2</sup> Die Anträge sind der Geschäftsstelle TARMED Suisse zuhanden der PIK mittels eines speziellen Formulars einzureichen.

<sup>3</sup> Der Antragssteller kann auf Wunsch der PIK angehört werden. Die Bearbeitung des Geschäfts darf dadurch nicht verzögert werden. Die Antragssteller erhalten für Aufwand und Spesen keine Entschädigung.

<sup>4</sup> Entscheide der PIK haben einstimmig zu erfolgen. Jede der 4<sup>1</sup> Parteien (santésuisse, UV/MV/IV, FMH, H+) verfügt über eine Stimme. Entscheide der PIK auf dem Zirkulationsweg sind zulässig.

## **7. Beizug von Experten**

<sup>1</sup> Die PIK kann für die Entscheidungsfindung auf Antrag einer Partei Experten beiziehen.

<sup>2</sup> Der Beizug von Experten soll ermöglichen, bei Unklarheiten innerhalb der PIK einen Entscheid zu fällen, der der Systematik und Logik der Tarifstruktur, den Absichten der Vertragsparteien etc. gerecht wird.

## **8. Rekursverfahren**

Gegen den Entscheid der PIK kann innerhalb von 30 Tagen schriftlich Einsprache erhoben werden. Das Geschäft ist dann der jeweils zuständigen PVK vorzulegen. Das weitere Verfahren richtet sich nach der jeweiligen Vereinbarung über die PVK und den entsprechenden Reglementen.

## **9. Finanzierung**

<sup>1</sup> Die Parteien entschädigen ihre Vertreter selbst.

<sup>2</sup> Anträge an die PIK sind kostenlos.

---

<sup>1</sup> UV/MV/IV gelten als eine Partei

## **10. Inkrafttreten/Kündigung**

<sup>1</sup> Diese Vereinbarung tritt am 18.04.2007 in Kraft. Sie ersetzt die Vereinbarung betreffend die Paritätische Interpretationskommission TARMED (PIK) vom 05.06.2002.

<sup>2</sup> Diese Vereinbarung kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Monaten auf Ende Kalenderjahr gekündigt werden.

<sup>3</sup> Nach der Kündigung durch eine der Parteien nehmen alle Parteien unverzüglich Verhandlungen für eine Neuregelung auf.

Bern / Luzern / Solothurn, den 18.04.2007

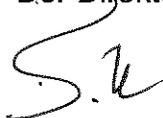
**santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer**

Der Präsident

Der Direktor



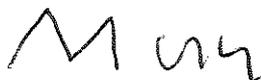
Ch. Brändli



F. Britt

**Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)**

Der Präsident



W. Morger

**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt SUVA**

**Militärversicherung**

Der Abteilungsleiter



K. Stampfli

**Bundesamt für Sozialversicherungen,  
Geschäftsfeld Invalidenversicherung (IV)**

Der Vizedirektor

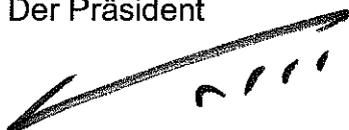


A. du Bois-Reymond

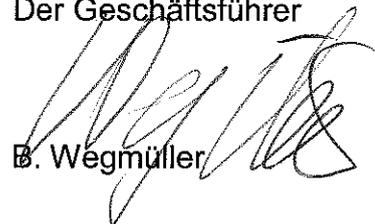
**H+ Die Spitäler der Schweiz**

Der Präsident

Der Geschäftsführer



Ch. Favre

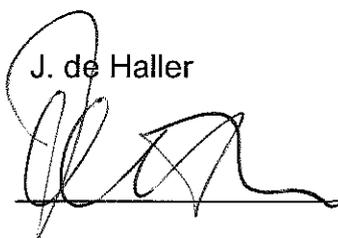


B. Wegmüller

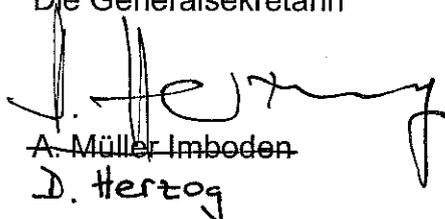
**Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)**

Der Präsident

Die Generalsekretärin



J. de Haller



A. Müller Imboden

D. Hertog

**Vereinbarung betreffend die  
Paritätische Kommission  
Datenbanken Dignität und Sparten TARMED  
(PaKoDIG)**

zwischen

**H+ Die Spitäler der Schweiz (H+),  
die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)**

**und**

**santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer,**

**den Versicherern gemäss Bundesgesetz  
über die Unfallversicherung,**

vertreten durch die

**Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK),**

**dem Bundesamt für Militärversicherung (BAMV),**

**der Invalidenversicherung (IV),**

vertreten durch

**das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)**

## 1. Ingress

<sup>1</sup> Die FMH führt die massgebende Datenbank Dignität gemäss Konzept Dignität TARMED (Konzept Dignität). FMH und H+ führen die Datenbank Sparten gemäss Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED (Konzept Sparten).

<sup>2</sup> Gemäss Ziffer 5.1 des Konzeptes Dignität schaffen die Vertragsparteien eine Paritätische Kommission zur Überwachung und Kontrolle der Datenbank Dignität (PaKoDIG). Der PaKoDIG wird zusätzlich die Aufgabe der Überwachung und Kontrolle der Datenbank Sparten gemäss Konzept Sparten übertragen.

<sup>3</sup> Die vorliegende Vereinbarung regelt Aufgaben, Kompetenzen, Zusammensetzung, Verfahren sowie Finanzierung der PaKoDIG.

## 2. Aufgaben

Der PaKoDIG obliegen folgende Aufgaben:

<sup>1</sup> Überprüfung der Datenbankstrukturen Dignität und Sparten und der operativen Umsetzung der Konzepte Dignität und Sparten durch die beauftragten Organisationen.

<sup>2</sup> Anträge an die Nachfolgeorganisation TARMED betreffend allfälligen Anpassungen der Konzepte Dignität und Sparten (z.B. aufgrund der Umsetzung neuer gesetzlicher Grundlagen und deren Auswirkungen oder bei der Feststellung von Umsetzungsproblemen).

<sup>3</sup> Mindestens jährliche periodische Kontrolle der Datenbanken Dignität und Sparten. Dabei wird mittels Stichproben geprüft, ob die in den Datenbanken erfassten Daten richtig sind. Bei der Datenbank Sparten erfolgt die Prüfung durch die Mitglieder der PaKoDig, bei der Datenbank Dignität über eine externe Revisionsstelle zuhanden der PaKoDig.

<sup>4</sup> Jederzeitige Überprüfung einzelner Datensätze der Datenbanken Sparten und Dignität bei begründetem Verdacht auf Unstimmigkeiten.

## 3. Kompetenzen

<sup>1</sup> Die PaKoDIG entscheidet bei Fragen und Unklarheiten betreffend Initialisierung der Datenbanken Dignität und Sparten und betreffend der operativen Umsetzung der Konzepte Dignität und Sparten durch die beauftragten Organisationen.

<sup>2</sup> Die Mitglieder der PaKoDIG haben im Rahmen von Art. 2 Abs. 4 uneingeschränkte Einsicht in die betroffenen Datensätze der Datenbanken Dignität und Sparten sowie in sämtliche Selbstdeklarationsunterlagen der Leistungserbringer. Die Einsichtnahme erfolgt vor Ort.

<sup>3</sup> Die PaKoDIG kann bei Feststellung von Falschdeklarationen Korrekturen der betroffenen Datensätze der Datenbanken Dignität und Sparten verfügen.

<sup>4</sup> Bei einem begründeten Verdacht auf eine Verletzung eines bilateralen Tarifvertrages oder von Bestimmungen in den Konzepten Dignität oder Sparten leiten die Vertreter der betroffenen Vertragsparteien die Unterlagen an die zuständige PVK weiter. Die PVK entscheidet über allfällige Sanktionen.

<sup>5</sup> Bei einem begründeten Verdacht auf ein strafbares Verhalten (Urkundenfälschung, Betrug) leitet die PaKoDIG die Unterlagen an die betroffene Partei weiter.

#### **4. Zusammensetzung**

<sup>1</sup> Die PaKoDIG setzt sich zusammen aus 8 Personen, nämlich je 2 Vertretern von H+, FMH und santésuisse sowie 2 Vertretern von MTK/IV/BAMV. Die SDK nimmt in der PaKoDIG mit 1 Vertreter im Beobachterstatus Einsitz.

<sup>2</sup> Der Vorsitz wird für jeweils ein Jahr von einer der Vertragsparteien übernommen und geht danach auf die andere Partei über.

#### **5. Geheimhaltungspflicht**

<sup>1</sup> Die Delegierten unterliegen absoluter Geheimhaltungspflicht bezüglich aller Wahrnehmungen im Rahmen ihrer Tätigkeit für die PaKoDIG. Insbesondere ist jegliche Weitergabe personen- oder institutsbezogener Daten an die delegierende Instanz ausgeschlossen. Vorbehalten bleibt die Weitergabe von Daten gemäss Art. 3 Abs. 4 und 5 und Art. 7 Abs. 3.

#### **6. Organisation**

<sup>1</sup> Das Sekretariat der PaKoDIG wird von der Nachfolgeorganisation TARMED geführt.

#### **7. Verfahren**

<sup>1</sup> Anträge zur Überprüfung der Richtigkeit und zu einer allfälligen Korrektur der Daten einzelner Leistungserbringer erfolgen über die Vertragsparteien FMH, H+, santésuisse und MTK/MV/IV zuhanden Sekretariat der PaKoDIG.

<sup>2</sup> Die Organisationen H+, FMH und santésuisse sowie die Vertretung von MTK/IV/BAMV haben je eine Stimme. Für Beschlüsse der PaKoDIG ist Einstimmigkeit erforderlich.

<sup>3</sup> Antragsteller und betroffene Leistungserbringer sind über die Entscheide der PaKoDig schriftlich in Kenntnis zu setzen.

<sup>4</sup> Die Weitergabe der Daten gemäss Art. 3 Abs. 4 erfolgt nur, wenn die Vertreter der betroffenen Vertragsparteien einverstanden sind.

#### **8. Rekursverfahren**

<sup>1</sup> Gegen den Entscheid der PaKoDIG kann von den betroffenen Parteien innerhalb von 30 Tagen schriftlich Einsprache erhoben werden. Das Geschäft ist dann der zuständigen PVK vorzulegen. Der weitere Rechtsweg richtet sich nach den einschlägigen Gesetzesbestimmungen.

## 9. Finanzierung

<sup>1</sup> Die Parteien entschädigen ihre Vertreter selber.

<sup>2</sup> Die Verwaltung der Datenbanken Dignität und Sparten wird von der FMH, rsp. H+ finanziert.

## 10. Inkrafttreten/Kündigung

<sup>1</sup> Diese Vereinbarung tritt nach Unterzeichnung durch die Vertragsparteien in Kraft.

<sup>2</sup> Diese Vereinbarung kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Monaten auf Ende Kalenderjahr gekündigt werden. Die früheste Kündigung ist per 31.12.2004 möglich.

<sup>3</sup> Nach der Kündigung durch eine der Parteien nehmen alle Parteien unverzüglich Verhandlungen für eine Neuregelung auf.

### santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer

Der Präsident

Der Direktor

Ch. Brändli

M.-A. Giger

### Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)

Der Präsident

W. Morger

### Bundesamt für Militärversicherung (BAMV)

Der Vizedirektor

K. Stampfli

### Bundesamt für Sozialversicherung, Invalidenversicherung (IV)

Die Vizedirektorin

B. Breitenmoser

**H+ Die Spitäler der Schweiz**

Der Präsident



P. Saladin

Die Geschäftsführerin



U. Grob

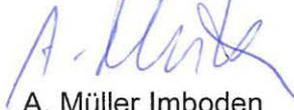
**Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)**

Der Präsident



H.H. Brunner

Die Generalsekretärin



A. Müller Imboden

TARMED  
c/o Zentralstelle für Medizinaltarife UVG  
Andreas Weissenburger  
Postfach 4358, 6002 Luzern  
Tel. 041-419 52 59  
Fax: 041-419 57 04  
Mail: andreas.weissenburger@suva.ch

An:

- FMH
- H+
- santésuisse
- BAMV
- BSV, IV

Luzern, 8. Oktober 2002

### **TARMED Suisse Vereinbarung PaKoDIG**

Sehr geehrte Damen  
Sehr geehrte Herren

In der Beilage erhalten Sie ein Exemplar der inzwischen von allen Vertragsparteien unterzeichneten Vereinbarung betreffend die Paritätische Kommission Datenbanken Dignität und Sparten TARMED (PaKoDIG) zu Ihren Akten.

Freundliche Grüsse  
**TARMED**  
Der Sekretär



A. Weissenburger

## Vereinbarung betreffend Eröffnung Dignitätsdaten und Rechnungsstellung

### 1 Eröffnung Dignitätsdaten

- <sup>1</sup> Die FMH führt die Dignitätsdatenbank gemäss Konzept Dignität TARMED 9.0.
- <sup>2</sup> Die für die Prüfung der Abrechnungsberechtigung benötigten Dignitätsdaten der Ärzte (qualitative Dignitäten, Abrechnungszertifikat, Zuerkennung überhöhter Leistungen, Besitzstandsgarantie) werden den Versicherern elektronisch zugänglich gemacht.
- <sup>3</sup> Grundsätzlich erfolgt der Zugriff online über ein Web-Interface.<sup>1</sup> Die FMH stellt sicher, dass die technische Spezifikation der entsprechenden Schnittstelle bis 31. Dezember 2002 definiert und santésuisse bekannt geben ist. Sie gewährleistet den online-Zugriff spätestens ab 1. April 2003.
- <sup>4</sup> Die Dignitätsprüfung wird durch eine zu Bürozeiten betriebene Hot-Line ergänzt und abgestützt.
- <sup>5</sup> Zwischen FMH und Versicherern können bilateral weitergehende Regelungen betreffend Eröffnung der Dignitätsdaten vereinbart werden.

### 2 Rechnungsstellung

- <sup>1</sup> Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Vorgaben betreffend einheitlichem Rechnungsformular, elektronischer Rechnungsstellung und Weitergabe medizinischer Daten gemäss Art. 11 Abs. 4, 5 und 6 sowie Art. 14 Abs. 2 des TARMED Rahmenvertrages umzusetzen.
- <sup>2</sup> Die inhaltliche und technische Umsetzung und die Regelung über die Kostentragung erfolgt auf Basis der gemeinsam erarbeiteten Standards und Richtlinien im Rahmen des „Forums für den elektronischen Informations- und Datenaustausch im Gesundheitswesen“.
- <sup>3</sup> Das „Forum für den elektronischen Informations- und Datenaustausch im Gesundheitswesen“ besteht zur Zeit der Vertragsunterzeichnung aus Vertretern von SPO, SVV, santésuisse, FMH, H+, BSV, MTK UVG, SUVA und Versicherern. Es

---

<sup>1</sup> Die Dignitätsprüfung erfolgt über die Eingabe von EAN-Nr. des Arztes und fraglicher Tarifposition. Das System prüft, ob der Arzt die Voraussetzungen zur Abrechnung der angegebene Tarifposition erfüllt.

bezweckt die politische Meinungsbildung und Verständigung über Grundsatzfragen rund um den elektronischen Datenaustausch im Schweizer Gesundheitswesen.

<sup>4</sup> Die vom "Forum für den elektronischen Informations- und Datenaustausch im Gesundheitswesen" erlassenen Standards und Richtlinien können von santésuisse und der FMH gemeinsam für alle Versicherer und Ärzte, die dem Rahmenvertrag beigetreten sind, verbindlich erklärt werden.

### **3 Datenschutz**

Die Vertragsparteien verpflichten sich sicherzustellen, dass bei Übermittlung und Verwendung der Daten im Rahmen der Dignitätsprüfung und der elektronischen Rechnungsstellung die gesetzlichen Bestimmungen betreffend Datenschutz eingehalten werden.

### **4 Inkrafttreten/Kündigung**

<sup>1</sup> Diese Vereinbarung tritt mit dem Rahmenvertrag in Kraft.

<sup>2</sup> Das Kündigungsverfahren richtet sich nach Artikel 18 Rahmenvertrag TARMED .

Bern / Solothurn, den 5. Juni 2002

#### **Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)**

Der Präsident

Die Generalsekretärin

H.H. Brunner

A. Müller Imboden

#### **santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer**

Der Präsident

Der Direktor

Ch. Brändli

M.-A. Giger



# **Konzept Dignität TARMED**

**Version 9.0**

## **1. Definitionen**

### **1.1. Quantitative und qualitative Dignität**

#### **1.1.1. Quantitative Dignität**

Die quantitative Dignität stellt einen Bemessungsparameter zu differenzierten Berechnung der in TARMED enthaltenen Einzelleistungen dar; sie ist für die anwendenden Ärzte\* wie Versicherer grundsätzlich ohne Bedeutung. Einzige Ausnahme sind die Fälle, wo festzustellen ist, ob ein Arzt eine Leistung erbringen kann, die er während seiner Weiterbildung in seinem Fachgebiet zum Facharzt nicht erlernt bzw. im Curriculum des entsprechenden Weiterbildungstitels (WB-Titel) nicht enthalten ist.

#### **1.1.2. Qualitative Dignität**

Die qualitative Dignität gibt an, welche WB-Titel – Facharzttitel, Schwerpunkt, Fähigkeits-/Fertigkeitsausweis gemäss WBO – berechtigen, eine Leistung zulasten der Sozialversicherungen zu verrechnen. Die qualitativen Dignitäten sind bei jeder einzelnen Leistung vermerkt.

### **1.2. Kategorien von Ärzten**

#### **1.2.1. Selbständig erwerbender Arzt**

Der selbständig erwerbende Arzt ist dadurch gekennzeichnet, dass er in eigenem Namen Rechnung an den Versicherer stellt, d.h. über eine eigene Liquidationsberechtigung verfügt; für die Definition unerheblich ist die Instanz, die diese Rechnung ausfertigt und verschickt. Im wesentlichen handelt es sich um Ärzte in freier Praxis oder in leitender Stellung im Spital bzw. in Managed Care Organisationen.

#### **1.2.2. Angestellter Arzt**

Der angestellte Arzt stellt keine Rechnungen in eigenem Namen an den Versicherer; unerheblich für die Definition ist, ob der Arzt medizinisch eigenverantwortlich handelt oder nicht.

#### **1.2.3. Arzt in Weiterbildung**

Der Arzt in Weiterbildung ist auf dem Weg zum Erwerb eines WB-Titel – Facharzttitel, Schwerpunkt, Fähigkeits-/Fertigkeitsausweis. In der Regel handelt es sich um Ärzte nach dem Staatsexamen im Angestelltenverhältnis.

### **1.3. Besitzstandsgarantie**

Die Besitzstandsgarantie garantiert einem Arzt die Ausübung seines Berufes im gewohnten, vor TARMED bestehenden Rahmen: Der Arzt kann Leistungen, die er bei einer eigenverantwortlichen und von ihm selber durchgeführten Tätigkeit während 3 Jahren vor Inkraftsetzung der TARMED-Tarifstruktur regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht hat, weiterhin verrechnen. Nicht eigenverantwortlich arbeitende bzw. in Weiterbildung stehende Ärzte müssen den Nachweis erbringen, die beanspruchten Leistungen während 2er Jahre unter Supervision regelmässig und qualitativ unbeanstandet durchgeführt zu haben.

\* Die Bestimmungen gelten für Ärztinnen und Ärzte in gleichem Masse. Zur besseren Lesbarkeit werden nur männliche Formen verwendet. Wir bitten die Leserinnen um Verständnis.

Vorbehalten bleiben gesetzliche Bestimmungen wie z.B. die vorgesehenen Anerkennungsregeln betreffend der delegierten Psychotherapie.

Die Besitzstandsgarantie greift nur dann, wenn nicht ein WB-Titel ohnehin die Verrechnung gestattet.

Die Besitzstandsgarantie ist in Übereinstimmung mit dem neuen Freizügigkeitsgesetz ausgestaltet und entsprechend zeitlich limitiert. Der Erhalt der Besitzstandsgarantie ist an eine angemessene Fortbildung geknüpft (vgl. 2.3.1)

## **2. Grundsätzliche Vorgehensweisen**

### **2.1. Abrechnungsberechtigung/Datenbank**

Ärzte gemäss Ziffer 1.2 haben Anrecht auf Verrechnung von Leistungen gemäss TARMED-Tarifstruktur soweit dies entweder

- ihrer qualitativen Dignität (WB-Titel),
  - ihrem Abrechnungszertifikat (vgl. 2.2.2),
  - der Zuerkennung überhöhter Leistungen (vgl. 2.2.3.) oder
  - der Besitzstandsgarantie (vgl. 1.3 und 2.3)
- entspricht.

Die FMH schafft und verwaltet eine Datenbank, die einzelleistungsweise die Abrechnungsberechtigung jedes in der Schweiz tätigen Arztes festhält. Diese Datenbank steht FMH-Mitgliedern und Nichtmitgliedern offen. Einträge bzw. Mutationen erfolgen gegen Entgelt durch den berechtigten Arzt.

Die Zugriffsberechtigung bzw. die entsprechenden Vorgehensweisen werden in Kapitel 3 geregelt.

### **2.2. Qualitative Dignität**

#### **2.2.1. Qualitative Dignität und TARMED-Tarifstruktur**

Die qualitative Dignität beruht auf der Weiterbildungsordnung der FMH mit Stand 31.12.00 sowie allfälligen anderen gesetzlich vorgesehenen Weiterbildungsbestimmungen und wird im Rahmen der jährlichen Überarbeitung der Tarifstruktur angepasst. Massgeblich ist der Stand der WBO des 31.12. des der Überarbeitung vorangehenden Jahres.

#### **2.2.2. Qualitative Dignität und Nicht-Titelträger**

Wer ab Inkraftsetzung des Freizügigkeitsgesetzes über keinen Facharztstitel und mithin kein entsprechendes Abrechnungszertifikat verfügt, kann nur Anspruch auf Verrechnung der Positionen 00.0010, 00.0020, 00.0030, 00.0060, 00.0070, 00.0080, 00.0090, 00.0110, 00.0120, 00.0130 TARMED-Tarifstruktur Version 1.1 geltend machen.

Wer bis zur Inkraftsetzung von TARMED ein Arztdiplom erworben hat und über keinen Facharztstitel verfügt, ordnet sich einem Facharztstitel zu und beantragt damit ein Abrechnungszertifikat, das ihnen für einen Fachbereich die Abrechnungsberechtigung erteilt.

Dabei gilt

- Der Fachbereich des Abrechnungszertifikates muss dem aktuellen Tätigkeitsbereich des Arztes entsprechen;

- Die Validierung (vgl. 2.4) erfolgt nicht nur durch die Basisorganisation, sondern auch durch die für den Fachbereich zuständige Fachgesellschaft;
- Das Abrechnungszertifikat wird zeitlich befristet ausgestellt; die maximal mögliche Frist ist identisch mit der Übergangsfrist gemäss Freizügigkeitsgesetz.
- Das Abrechnungszertifikat beschlägt nur maximal einen, einem Facharzttitel entsprechenden Fachbereich ohne Schwerpunkttitel oder Fähigkeits- / Fertigkeitenausweise. Für Leistungen ausserhalb dieser Gebiete kann nur nach der Besitzstandsgarantie eine Abrechnungsberechtigung zugesprochen werden;
- Das Abrechnungszertifikat erlischt mit Inkraftsetzung des neuen Freizügigkeitsgesetzes und wird durch einen Facharzttitel oder einen Eidgenössischen Weiterbildungstitel ersetzt.

### **2.2.3. Qualitative Dignität überhöhter Leistungen ausserhalb von WB-Titeln**

Für Leistungen, die üblicherweise nicht im Rahmen der Weiterbildung zu einem WB-Titel erlernt werden bzw. nicht Teil des entsprechenden Curriculums sind, ist eine spezielle Abrechnungsberechtigung vorzulegen. Diese Leistungen werden aufgrund des WB-Curriculums sowie der konkreten Weiterbildung und subsidiär unter Heranziehen der quantitativen Dignitätseinstufung bestimmt und in einem speziellen Anhang zusammengefasst. Die Abrechnungsberechtigung ist an eine regelmässige Fortbildung gebunden, deren Standards durch die zuständigen Fachgesellschaften bis zum Ablauf der „Kostenneutralitätsphase“ zu erstellen sind.

## **2.3. Besitzstandsgarantie**

### **2.3.1. Dauer und Verlängerung**

Die durch die Besitzstandsgarantie beschlagenen Leistungen müssen mittels separater Fortbildung, d.h. ausserhalb der gemäss Fortbildungsordnung (FBO) der FMH geforderten Fortbildung, belegt werden. Wer den Nachweis der geforderten Fortbildung während 3 Jahren nach Einführung der TARMED-Tarifstruktur nicht erbringt, kann die Leistungen zu Lasten der Sozialversicherung nicht mehr geltend machen. Für die anrechenbare Fortbildung massgeblich sind die Standards und akkreditierten Veranstaltungen der für einen Fachbereich zuständigen Fachgesellschaften. Als Bestätigung der reglementskonform absolvierten Fortbildung gelten die entsprechenden Zertifikate der Fachgesellschaften.

### **2.3.2. Selbständig erwerbender Arzt mit WB-Titel**

Die Besitzstandsgarantie betrifft erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten ausserhalb eines WB-Titels bzw. dessen Fachgebiet. Diese Leistungen kann der Arzt im Rahmen der Besitzstandsgarantie weiterhin verrechnen, sofern er diese in einer eigenverantwortlichen und von ihm selber durchgeführten Tätigkeit während 3 Jahren vor der Inkraftsetzung der TARMED-Tarifstruktur regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht hat.

### **2.3.3. Selbständig erwerbender Arzt ohne WB-Titel**

Die Besitzstandsgarantie betrifft die im Rahmen einer Weiterbildungsphase angeeigneten Kenntnisse und Fertigkeiten, welche durch den Erwerb eines sogenannten Abrechnungszertifikates (vgl. 2.2.2) belegt werden. Diese Leistungen kann der Arzt im Rahmen der Besitzstandsgarantie weiterhin verrechnen, sofern er diese in einer eigenverantwortlichen und von ihm selber durchgeführten Tätigkeit während 3 Jahren vor der Inkraftsetzung der TARMED-Tarifstruktur regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht hat.

#### **2.3.4. Angestellter Arzt mit WB-Titel**

Die Besitzstandsgarantie betrifft erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten ausserhalb eines WB-Titels bzw. dessen Fachgebiet. Diese Leistungen kann der Arzt im Rahmen der Besitzstandsgarantie weiterhin verrechnen, sofern sein medizinischer Vorgesetzter bestätigt, dass er diese in einer eigenverantwortlichen und von ihm selber durchgeführten Tätigkeit während 3 Jahren vor der Inkraftsetzung der TARMED-Tarifstruktur regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht hat. Wenn kein medizinischer Vorgesetzter vorhanden ist, ist dies durch die Kant. Gesellschaft zu bestätigen.

#### **2.3.5. Angestellter Arzt ohne WB-Titel**

Die Besitzstandsgarantie betrifft die im Rahmen einer Weiterbildungsphase angeeigneten Kenntnisse und Fertigkeiten, welche durch den Erwerb eines sogenannten Abrechnungszertifikates (vgl. 2.2.2) belegt werden. Diese Leistungen kann der Arzt im Rahmen der Besitzstandsgarantie weiterhin verrechnen, sofern sein medizinischer Vorgesetzter bestätigt, dass er diese in einer eigenverantwortlichen und von ihm selber durchgeführten Tätigkeit während 3 Jahren vor der Inkraftsetzung der TARMED-Tarifstruktur regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht hat. Wenn kein medizinischer Vorgesetzter vorhanden ist, ist dies durch die Kant. Gesellschaft zu bestätigen.

#### **2.3.6. Arzt in Weiterbildung**

Die Besitzstandsgarantie umfasst Kenntnisse und Fertigkeiten, welche der Arzt unter Supervision während 2 Jahren vor der Inkraftsetzung der TARMED-Tarifstruktur regelmässig und qualitativ unbeanstandet durchgeführt hat. Um die Besitzstandsgarantie für diese Leistungen geltend zu machen, muss der Arzt einen entsprechenden Nachweis erbringen.

### **2.4. Datenerhebung und –validierung**

Die Datenerhebung erfolgt nach dem Prinzip der Selbstdeklaration durch den Arzt. Die gelieferten Daten werden zentral von der FMH gesammelt und geprüft. Die Aufgabe der Basisorganisation (Kantonale Gesellschaften oder VSAO) ist beratender Natur. Hinsichtlich der besonderen Regelungen für Nicht-Titelträger wird auf Ziffer 2.2.2 verwiesen.

Jeder Arzt erhält seinen von den zuständigen Instanzen validierten Datensatz in rechtsgültiger Form und bestätigt dessen Richtigkeit unter Kenntnisnahme der Feststellung, dass falsche Angaben als Tatbestand der Urkundenfälschung gemäss Art. 251 StGB geahndet werden können.

Die Nachfolgeorganisation TARMED bildet eine paritätische Kommission (nachfolgend: Pa-KoDig) bestehend aus je einem Vertreter der Vertragsparteien, welche die Daten mindestens 1x pro Jahr einer Schlussvalidierung unterzieht, die durch den berechtigten Arzt gegenzeichnen ist (vgl. Abs. 2). Die Überprüfung erfolgt stichprobenweise bzw. bezogen auf einzelne Ärzte; die Edition der Datenbank als Ganzes an die Mitglieder der Kommission ist ausgeschlossen. Mit Überarbeitung der Tarifstruktur werden neue qualitative Dignitäten eingeführt und diesen ein Leistungsspektrum zugeordnet. Ausnahmen kann die Nachfolgeorganisation TARMED beschliessen.

### **3. Operative Aspekte der Datenerhebung, -verwaltung und -eröffnung**

#### **3.1. Allgemeine Bestimmungen**

##### **3.1.1. Datenerhebung**

Die FMH führt vor Einführung der TARMED-Tarifstruktur bei allen durch Staatsexamen oder analoges Examen diplomierten schweizerischen und ausländischen Ärzten, die in der Schweiz selbständig und/oder unselbständig tätig sind, basierend auf den Prinzipien gemäss Ziffer 1 und 2 eine Erhebung durch, welche die Abrechnungsberechtigung einzelleistungsweise festhält. Die Erhebung wird zu wiederholten Malen in den offiziellen Publikationsorganen der Vertragsparteien angekündigt.

Die FMH führt die Erhebungen für Mitglieder und Nichtmitglieder – für letztere gemäss schriftlichem Auftrag - gegen Entgelt durch. Die Gebühren differieren für Mitglieder und Nichtmitglieder. Die FMH garantiert den Schutz der Daten bzw. Edition derselben ausschliesslich im Rahmen und nach Regeln der vorliegend getroffenen Bestimmungen.

Die Leistungen, die mittels dem Kriterium qualitative Dignität einem WB-Titel zugeordnet sind, werden bei den Trägern dieses Titels nicht erfragt. Gegenstand der einzelleistungsweise Erhebung sind nur Leistungen ausserhalb durch qualitative Dignitäten gekennzeichneten Fachbereiche, d.h. Leistungen im Rahmen der Besitzstandsgarantie gemäss Ziffer 1.3 sowie 2.3 und/oder des Bereichs überhöhter Leistungen (vgl. 2.2.3), die nicht Gegenstand eines Facharztcurriculums sind.

Die Berechtigungen werden in Form eines EAN-Codes festgehalten bzw. dokumentiert, der hierarchisch anderen Berechtigungsklassifikationssystemen vorgeht (z.B. dem ZSR der santéuisse).

Die Datenbank wird aufgrund von Meldungen der Abteilungen Mitgliedschaft und Aus-, Weiter- und Fortbildung der FMH sowie Meldungen Dritter – Versicherer, staatliche Instanzen usw. - laufend aktualisiert; mindestens 1x jährlich erfolgt aufgrund einer erneuten Erhebung bei allen diplomierten Ärzten eine Validierung des gesamten Datensatzes (vgl. 2.4).

##### **3.1.2. Datenverwaltung und -eröffnung**

###### **a) Datenverwaltung**

Die Datenbank wird auf einem separaten Server verwaltet, der mittels spezieller Sicherheitstechnologie durch die Zugriffsberechtigten kontaktiert werden kann. Der reibungslose Datenverkehr wird durch eine zu Bürozeiten betriebene Hot-Line ergänzt und abgestützt.

###### **b) Dateneröffnung**

Die Eröffnung der gesamten Datenbank "qualitative Dignität Leistungserbringer" in elektronischer oder Print-Form ist ausgeschlossen.

Die Angaben der Datenbank werden laufend aufgrund folgender Informationen aktualisiert (Updating):

- Mindestens einmal pro Jahr seitens der FMH bei allen Ärzten durchgeführte Datenerhebung (verantwortlich FMH)
- Angaben der einzelnen Ärzte
- Angaben der zuständigen Basisorganisationen oder Fachgesellschaften

- Angaben der Zugriffsberechtigten, z.B. Versicherungen.

Das Updating basiert auf dem Prinzip der Selbstdeklaration. Angaben Dritter sind dem Bezeichneten zur Stellungnahme vorzulegen. Im Falle von Dissens entscheidet:

- Die Tarifkommission (TAKO) der FMH in erster Instanz
- Der Zentralvorstand der FMH in zweiter Instanz.

**Hinsichtlich Validierung der Datenbank: vgl. Abschnitt 5.1**

## **3.2. Spezielle Bestimmungen**

### **3.2.1. Selbständig erwerbende Ärzte in freier Praxis mit WB-Titel**

Selbständig erwerbende Ärzte teilen der FMH unter Bestätigung ihrer Facharztstitel, Schwerpunkte und Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise mit, welche Leistungen gemäss TARMED-Tarifstruktur sie bis jetzt nach den oben festgehaltenen Kriterien erbracht haben. Die Überprüfung erfolgt gemäss Ziffer 2.4.

### **3.2.2. Selbständig erwerbende Ärzte in freier Praxis ohne WB-Titel**

Selbständig erwerbende Ärzte in freier Praxis ohne WB-Titel ordnen sich in einem Selbstdeklarationsverfahren einem WB-Titel zu, der dem aktuellen Tätigkeitsbereich entsprechen muss und teilen der FMH mit, welche Leistungen gemäss TARMED-Tarifstruktur sie bis jetzt nach den oben festgehaltenen Kriterien erbracht haben und beantragen so ein Abrechnungszertifikat. Die Überprüfung erfolgt gemäss Ziffer 2.4.

### **3.2.3. Angestellte Ärzte mit WB-Titel**

Angestellte Ärzte teilen der FMH unter Bestätigung ihrer Facharztstitel, Schwerpunkte und Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise mit, welche Leistungen sie gemäss TARMED-Tarifstruktur sie bis jetzt nach den oben festgehaltenen Kriterien erbracht haben. Der zuständige medizinische Vorgesetzte bestätigt die Richtigkeit der Angaben schriftlich. Die Überprüfung erfolgt gemäss Ziffer 2.4.

### **3.2.4. Angestellte Ärzte ohne WB-Titel**

Angestellte Ärzte ohne WB-Titel ordnen sich in einem Selbstdeklarationsverfahren einem WB-Titel zu, der dem aktuellen Tätigkeitsbereich entsprechen muss und teilen der FMH mit, welche Leistungen gemäss TARMED-Tarifstruktur sie bis jetzt nach den oben festgehaltenen Kriterien erbracht haben und beantragen so ein Abrechnungszertifikat. Der zuständige medizinische Vorgesetzte bestätigt die Richtigkeit der Angaben schriftlich. Die Überprüfung erfolgt gemäss Ziffer 2.4.

### **3.2.5. Ärzte in Weiterbildung**

Ärzte in Weiterbildung teilen der FMH, unter Bestätigung allfällig bereits erworbener Weiterbildungstitel (Facharztstitel, Schwerpunkt, Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise) mit, welche Leistungen sie gemäss TARMED-Tarifstruktur bis jetzt unter Supervision eines für den Fachbereich, dem die verlangten Leistungen angehören, nachweisbar weitergebildeten Arztes erbracht haben. Der Katalog der erbrachten Leistungen wie auch die adäquate Supervision sind durch den zuständigen medizinischen Vorgesetzten schriftlich zu bestätigen.

Zu beachten sind die Kriterien gemäss Ziffer 1. Es wird davon ausgegangen, dass – eine ausdrücklich anders lautende Deklaration vorbehalten – der Arzt der Basisorganisation VSAO zuzuordnen ist

### **3.2.6. Definitorische Konkurrenz der Kategorien**

Zwischen den drei Kategorien gemäss Ziffer 3.2.1ff können sich definitorische Konkurrenzsituationen ergeben:

- Selbständig erwerbender Arzt in Weiterbildung:  
Das Kriterium des selbständig Erwerbenden geht vor; für Leistungen, die den zu erwerbenden WB-Titel betreffen, gilt Ziffer 3.2.5.
- Selbständig erwerbender Arzt, der ausserhalb von Weiterbildung teilweise angestellt ist:  
Das Kriterium des selbständig Erwerbenden geht vor.

### **3.2.7. Dignitätsbestätigung**

Die FMH stellt jedem Arzt eine Dignitätsbestätigung aus, die in Schrift sowie in Form eines EAN-Codes die ihm zustehenden Dignitäten bzw. Abrechnungsberechtigungen ausweist. Mit ausdrücklicher Ermächtigung des Berechtigten kann dieser Ausweis direkt Dritten zur Verfügung gestellt werden.

## **4. Grundsätze der Anwendung der dignitätsbezogenen Abrechnungsberechtigung**

Für die Abrechnung ist nachzuweisen, dass die in Rechnung gestellten Leistungen durch einen Arzt/Ärzte erbracht wurden, die gemäss ihrer qualitativen Dignität hierzu berechtigt sind.

Dieser Grundsatz gilt unabhängig von der Institution, wo diese Leistung erbracht bzw. durch welche Institution die Leistung abgerechnet wird.

Für Leistungen, die ganz oder teilweise von Ärzten in Weiterbildung unter Supervision erbracht wurden, ist die Dignität des für die Supervision im konkreten Fall zuständigen Arztes massgebend.

Die operative Anwendung ist in den bilateralen Verträgen zwischen Versicherungen und Leistungserbringern zu regeln, die hinsichtlich der Feststellung ihrer Konsistenz mit dem Dignitätskonzept der Nachfolgeorganisation TARMED zur Beurteilung und Genehmigung vorzulegen sind. Dem Prinzip der Gleichbehandlung aller Leistungserbringer ohne Ansehen der Institution, in der sie tätig sind, ist prinzipielle Bedeutung einzuräumen.

## **5. Validierung der Dignitätsdatenbank / Sanktionen, Rekurs, Rechtsweg**

### **5.1. Paritätische Kontrollkommission Dignitätsdatenbank der Nachfolgeorganisation TARMED (PaKoDIG), Zusammensetzung/Aufgaben**

#### **5.1.1. Zusammensetzung und Aufgaben**

Die Nachfolgeorganisation TARMED bestellt eine Kommission zur Überwachung und Validierung der Datenbank Dignität (PaKoDIG). Sie wird gebildet von je einer durch die Ver-

tragsparteien FMH, H+, santésuisse und MTK/MV/IV sowie je einer durch SDK und EDI delegierten Person. Die Delegierten unterliegen absoluter Geheimhaltung bezüglich aller Wahrnehmungen im Rahmen ihrer Tätigkeit für die PaKoDIG. Insbesondere ist jegliche Weitergabe personenbezogener Daten an die delegierende Instanz ausgeschlossen

Der PaKoDIG obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

- Validierung der Datenbank in Form einer maximal monatlichen Überprüfung der Richtigkeit der Angaben in der Dignitätsdatenbank und Verfügung allfälliger Korrekturen bei Feststellung von Falschdeklarationen;
- Anträge an die zuständigen Vertragsparteien betreffend allfälliger Sanktionen bei Falschdeklaration.

Die Validierung erfolgt durch on-site Einsicht in die gesamte Datenbank einerseits, durch gezielte Überprüfung einzelner Ärzte bei Verdacht auf Falschdeklaration oder auf Anzeige hin. Die Erstellung von Abzügen der Datenbank als Ganzes oder in Teilen in Print oder elektronischer Form ist ausgeschlossen.

## **5.2. Sanktionen, Rechtsweg**

### **5.2.1. Sanktionen**

Die Leistungserbringer sind in den Einführungsverträgen zur wahrheitsgetreuen Angabe der zur Bestimmung ihrer Dignitäten massgeblichen Daten und ebenso zur unverzüglichen Mitteilung an die FMH bei allfällige Änderungen zu verpflichten.

Zahlungen der Versicherungen, die aufgrund von Falschdeklarationen bzw. unterlassener Meldung zu Unrecht erfolgt sind, müssen innerhalb einer Verjährungsfrist von 5 Jahren zurückbezahlt werden.

In schwerwiegenden Fällen von Falschdeklaration – wiederholte Falschdeklaration, Falschdeklaration konkludent wider besseres Wissen – können Konventionalstrafen bis 50% bzw. 100% im Wiederholungsfall des zurückerstatteten Betrages verlangt werden, welche an die PaKoDig zu entrichten sind.

Vorbehalten bleibt die Klage auf Urkundenfälschung und/oder Betrug (StGB Art. 251 resp.146 ).

### **5.2.2. Anwendung und Rechtsweg im KVG, UVG, MVG und IVG**

Zuständig für die Anwendung dieser Massnahmen sind die Vertragsparteien gemäss ihren bilateralen Verträgen, die auch einen Ausschluss aus dem Vertrag verfügen können. Das Nähere ist in ihren bilateralen Verträgen zu regeln.

Leistungserbringer wie Versicherer sind für ihre Angaben ausdrücklich auf diese Sanktionen hinzuweisen.

Anträge auf Korrektur von unrichtigen Einträgen in der Datenbank können seitens der berechtigten Leistungserbringer bzw. der Basisorganisationen bei der PaKoDIG anhängig gemacht werden.

Die Leistungserbringer bzw. Basisorganisationen können, falls sie mit dem Entscheid der PaKoDIG nicht einverstanden sind, an die PVK gelangen. Der weitere Rechtsweg richtet sich nach den einschlägigen Gesetzesbestimmungen.

## **Vereinbarung betreffend Umsetzung Konzept Dignität im Spital**

### **1. Grundsatz**

<sup>1</sup> Für die ärztliche Leistungserbringung im Spital gilt das von der Projektoberleitung TARMED verabschiedete Konzept Dignität.

<sup>2</sup> Die ärztlichen Dignitäten sind einer Identifikationsnummer des ärztlichen Leistungserbringers eindeutig zugeordnet.

<sup>3</sup> Die Identifikationsnummer und die damit verbundene ärztliche Dignität sind auf einer Dignitätsdatenbank der FMH hinterlegt. Die FMH verwaltet diese Datenbank und teilt die Angaben den Ärzten, Spitalern und Versicherern mit.

### **2. Leistungserbringung**

<sup>1</sup> Grundsätzlich kann der ärztliche Leistungserbringer nur TARMED-Leistungen abrechnen, deren erforderliche ärztliche Dignität seiner offiziellen Identifikationsnummer hinterlegt sind.

<sup>2</sup> 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.

### **3. Rechnungstellung**

<sup>1</sup> Auf der Rechnung wird bei jeder Einzelleistung die eindeutige Identifikationsnummer des leistungserbringenden Arztes angegeben.

<sup>2</sup> Ausgenommen von dieser Regelung sind Assistenzärzte, sowie ausländische Aezzte, die vorübergehend (d.h. bis max. 1 Jahr) in der Schweiz tätig sind. Die

ambulanten Leistungen dieser Aerzte können mit jeweils einer gesamtschweizerisch einheitlichen Sammelnummer (sog. Dummynummer) abgerechnet werden. Diese Sammelnummer ist nicht an eine Person gebunden und als eindeutige Identifikationsnummer offiziell zwischen den Tarifpartnern zu vereinbaren. Zusätzlich gelten die Bestimmungen unter Ziffer 2.

#### **4. Besitzstandsgarantie ärztliches Leistungsspektrum im Spital**

<sup>1</sup> Die Besitzstandsgarantie betrifft erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten ausserhalb eines WB-Titels bzw. dessen Fachgebiet. Diese Leistungen kann der ärztliche Leistungserbringer im Rahmen der Besitzstandsgarantie weiterhin verrechnen, sofern sein medizinischer Vorgesetzter bestätigt, dass er diese in einer eigenverantwortlichen und von ihm selber durchgeführten Tätigkeit während 3 Jahren vor der Inkraftsetzung der TARMED-Tarifstruktur regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht hat.

<sup>2</sup> Wenn kein medizinischer Vorgesetzter vorhanden ist (z.B. Chefärzte, ärztliche Leiter etc.), ist das Selbstdeklarationsverfahren analog den selbständig erwerbenden Ärzten mit WB-Titel gültig (gemäss Dignitätskonzept V.9.0 Artikel 2.3.2.).

# Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED

Version 2.8 (ersetzt Version 2.7 vom 14.07.2018)  
vom Leitungsgremium TARMED Suisse am  
19.03.2018 in Kraft gesetzt

Anerkennung folgender Sparten/Leistungsbereiche:

- Praxis-OP, OP I – III
- Intensivpflegestation
- Intermediate Care
- Notfallaufnahme
- Nichtärztliche Leistungen in der Spitalpsychiatrie
- Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie
- Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis
- Schlafdiagnostik
- Betriebstelle Radiologie
- Interventionelle Schmerztherapie

<b>Spartenkonzept .....</b>	<b>3</b>
1. Grundlage .....	3
2. Zum Begriff „Anerkennung“ .....	3
3. Sparten / Bereiche, welche Abgrenzungskriterien benötigen .....	3
4. Anforderungen an Anerkennungskriterien .....	4
5. Selbstdeklarationsverfahren und Datenbank .....	4
6. Umgang mit Veränderung in den Unternehmensstrukturen bezüglich Selbstdeklarationsverfahren und Datenbank .....	4
<b>Beilage A: Anerkennung von Praxis-OP, OP I, OP II und OP III .....</b>	<b>6</b>
1. Kriterien zur Anerkennung .....	6
2. Übergangsregelung .....	7
3. Überprüfung des nichtärztlichen Personals (vgl. C1) .....	7
4. Grundsatz der Anerkennung .....	7
5. Methodik der Anerkennung .....	8
6. Verfahren der Anerkennung .....	8
<b>Beilage B: Anerkennung der Intensivpflegestation .....</b>	<b>9</b>
<b>Beilage C: Anerkennung der Intermediate Care .....</b>	<b>10</b>
1. Kriterien zur Anerkennung der Intermediate Care (Überwachungsstation) .....	10
2. Übergangsregelung .....	10
3. Grundsatz der Anerkennung .....	10
4. Methodik der Anerkennung .....	10
5. Verfahren der Anerkennung .....	11
<b>Beilage D: Anerkennung der Anerkannten Notfallaufnahme .....</b>	<b>12</b>
1. Kriterien zur Anerkennung der Anerkannten Notfallaufnahme .....	12
2. Übergangsregelung .....	12
3. Grundsatz der Anerkennung .....	12
4. Methodik der Anerkennung .....	12
5. Verfahren der Anerkennung .....	13
<b>Beilage E: „Anerkennung“ Nichtärztliche Leistungen in der Spitalpsychiatrie (Kap. 02.02) .....</b>	<b>14</b>
1. Kriterien zur „Anerkennung“ der Abrechnungsberechtigung .....	14
2. Übergangsregelung .....	15
3. Verfahren der Anerkennung .....	15
<b>Beilage F: „Anerkennung“ Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie (Kap. 02.04) ....</b>	<b>16</b>
1. Kriterien zur „Anerkennung“ der Abrechnungsberechtigung .....	16
2. Übergangsregelung .....	16
3. Verfahren der Anerkennung .....	16
<b>Beilage G: „Anerkennung“ Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis .....</b>	<b>17</b>
1. Kriterien zur „Anerkennung“ der Abrechnungsberechtigung .....	17
2. Übergangsregelung .....	18
3. Verfahren der Anerkennung .....	18
<b>Beilage H: „Anerkennung“ Schlafdiagnostik .....</b>	<b>19</b>
<b>Beilage J: „Betriebsstelle Radiologie“ .....</b>	<b>20</b>
1. Kriterien zur Anerkennung der Abrechnungsberechtigung .....	20
2. Übergangsregelung .....	20
3. Verfahren der Anerkennung .....	20
<b>Beilage K: „Interventionelle Schmerztherapie“ .....</b>	<b>21</b>
1. Kriterien zur Anerkennung der Abrechnungsberechtigung .....	21
2. Übergangsregelung Fähigkeitsausweis .....	21
3. Verfahren der Spartenanerkennung .....	21

## Spartenkonzept

### 1. Grundlage

<sup>1</sup> Überall dort, wo eine Leistung rein praktisch auch in einer anderen (sprich niedriger installierten TARMED-Sparte) erbracht werden könnte, braucht es Abgrenzungskriterien.

<sup>2</sup> Die Kriterien stellen sicher, dass bestimmte Leistungen nur dann von einem Leistungserbringer mit dem entsprechenden Kostensatz dieser Sparte abgerechnet werden können, wenn er die in der TARMED-Modellberechnung berücksichtigten Kriterien hinsichtlich personeller, räumlicher und technischer Infrastruktur erfüllt.

<sup>3</sup> In denjenigen Sparten, in welchen die Zuordnung der Leistung selbstverständlich und eindeutig ist (z.B. weil ein bestimmtes Gerät oder die entsprechende Personalqualifikation vorhanden sein muss), braucht es von Seiten TARMED keine Anerkennung.

### 2. Zum Begriff „Anerkennung“

<sup>1</sup> Gemäss den heute bestehenden Zertifizierungen (z.B. IPS) beinhaltet eine eigentliche Zertifizierung einen umfassenden Kriterienkatalog, der die strukturellen Voraussetzungen einer Leistungsstelle und ihre qualitative Zulassung als Leistungserbringer definiert.

<sup>2</sup> Eine solche Zertifizierung muss auf vertraglicher oder gesetzlicher Basis beruhen und gehört nicht zu den Aufgaben von TARMED oder zu dessen Vollzug.

<sup>3</sup> Zudem müssten, wenn TARMED eine Zertifizierung im obigen Sinne anstrebt, logischerweise alle definierten Sparten im TARMED zertifiziert werden. Es wäre willkürlich, nur einzelne Sparten auszuwählen.

<sup>4</sup> Deshalb wird eine Anerkennung auf der Basis der Selbstdeklaration gewählt.

### 3. Sparten / Bereiche, welche Abgrenzungskriterien benötigen

<sup>1</sup> Gemäss Grundlage wurden in den folgenden Sparten Abgrenzungskriterien durch TARMED erstellt und werden durch eine zu bezeichnende Stelle kontrolliert:

1. Praxis-OP, OP I, OP II und OP III *Beilage A*
2. Intensivpflegestation *Beilage B*
3. Intermediate Care (Überwachungsstation) *Beilage C*
4. Anerkannte Notfallstation *Beilage D*
5. Nichtärztliche Leistungen in der Spitalpsychiatrie (Kap. 02.02) *Beilage E*
6. Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie (Kap. 02.04) *Beilage F*
7. Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis *Beilage G*
8. Schlafdiagnostik *Beilage H*
9. Betriebsstelle Radiologie *Beilage J*
10. Interventionelle Schmerztherapie *Beilage K*

<sup>2</sup> Die generierten Anerkennungskriterien (ausser IPS, Schlafdiagnostik) und die dazugehörigen Anerkennungsverfahren dieser Sparten befinden sich in den Beilagen zu dieser Vereinbarung. Dabei ist jeweils die deutsche Version massgebend.

#### **4. Anforderungen an Anerkennungskriterien**

<sup>1</sup> Als Anerkennungskriterien werden diejenigen herangezogen, welche im TARMED-Tarifmodell festgehalten sind oder für die Erbringung der Leistung erforderlich sind und bei denen eine klare und einfache Überprüfung möglich ist.

<sup>2</sup> Die in den Beilagen aufgestellten Anerkennungskriterien bei den obengenannten Sparten sind Muss-Kriterien, d.h. sie müssen erfüllt sein, damit die Abrechnungsberechtigung entsteht.

<sup>3</sup> Nicht ganz gesichert ist die Tatsache, ob die nachfolgend aufgestellten Anforderungskriterien kongruent sind mit allen existierenden Leistungsaufträgen der kantonalen Spitallistengemäss KVG Art. 39, Abs.1 lit.d) und e) (z.B. Notfall-Versorgung), oder ob sich bei einzelnen Kriterien Abweichungen ergeben können.

<sup>4</sup> Hinsichtlich der technischen und baulichen Vorgaben können zusätzliche Vorschriften bestehen, welche nicht in den Einflussbereich von TARMED fallen. Bei der Anerkennung geht man davon aus, dass der Betreiber der Sparte die zum Zeitpunkt der Anerkennung massgebenden Vorschriften einhält.

#### **5. Selbstdeklarationsverfahren und Datenbank**

<sup>1</sup> Der Inhalt der Selbstdeklarationsbogen richtet sich nach den gemeinsam erarbeiteten Kriterien in den Beilagen. Diese Selbstdeklarationsbogen werden in geeigneter Form den Spitälern und Institutionen, die nach TARMED verrechnen, zugestellt. Eine Sicherung der Daten für die Überprüfung von Falschdeklarationen ist vorzusehen, die Datenträger wie eventuell die Papierform werden in Ihrem Urzustand aufbewahrt.

<sup>2</sup> Die Datenbank, ev. Datenbanken, stehen den Versicherern und Leistungserbringern in geeigneter Form zur Verfügung.

#### **6. Umgang mit Veränderung in den Unternehmensstrukturen bezüglich Selbstdeklarationsverfahren und Datenbank**

<sup>1</sup> Ausgangslage: vor allem bei Spitälern und Institutionen sind Veränderungen der Betriebsstrukturen zu beobachten, welche in der Spartenbank berücksichtigt werden. Es werden drei Situationen unterschieden, welche insbesondere Leistungserbringer betrifft, welche via „H+ Die Spitäler der Schweiz“ Beitritt zum Rahmenvertrag TARMED erklärt haben:

- a) Namensänderung der Unternehmung  
H+ wird die Namensänderung gemeldet – Der Eintrag wird in der Sparten DB mit Vermerk des Mutationsdatums geändert werden und in den physischen Unterlagen ebenfalls vermerkt.

*Vereinbarung über die Anerkennung von Sparten nach TARMED*

- b) Unternehmen welche neu unter einer Betriebsgemeinschaft (Holding) zusammengefasst sind

Hier ergibt sich für die Sparten DB kein Handlungsbedarf, da die einzelnen Betriebe weiter bestehen und im Tarifsinn eigene Leistungserbringer bleiben, welche einzeln und mit jeder Sparte in der DB eingetragen bleiben

- c) Fusionen

Bei echten Fusionen entsteht aus mehreren Leistungserbringern ein einziger neuer Leistungserbringer. Dieser neue Leistungserbringer hat TARMED Suisse gegenüber via H+ eine neue Selbstdeklaration einzureichen. Ebenso ein Verzeichnis der, an der Fusion beteiligten Betriebe. Die Selbstdeklaration hat innerhalb einer Übergangsfrist von 2 Jahren seit der Geschäftsaufnahme der Fusionsgesellschaft (Eintrag ins Handelsregister) zu erfolgen. In der Zwischenzeit bleibt die Selbstdeklaration der neu fusionierten Leistungserbringer für die Fusionsgesellschaft (=neuer Leistungserbringer) summarisch gültig.

In der DB wird einerseits der neue Betrieb aufgenommen Startdatum = Fusionsdatum und bei den „alten“ Betrieben die Sparten mit einem Enddatum = Fusionsdatum versehen.

Der fusionierte Betrieb muss ab Fusionsdatum in der zweijährigen Übergangsfrist in TARMED - Rechnungen bei Leistungspositionen, welche in einer deklarationspflichtigen Sparte erbracht werden, die GLN des verantwortlichen Arztes auführen.

## Beilage A: Anerkennung von Praxis-OP, OP I, OP II und OP III

### 1. Kriterien zur Anerkennung

Kriterien	Praxis OP	OP I	OP II	OP III
-----------	-----------	------	-------	--------

#### A. Anforderungen an die direkte OP-Umgebung:

##### A1) Technische Anforderungen:

1. Lüftung: Einhalten der Anforderungskriterien Punkt 4.4 Spartenkonzept	--	X	X	X
1.a Lüftung: Einhaltung der Anforderungskriterien Punkt 4.4 Spartenkonzept. Eine raumluftechnische Anlage wird, angepasst an das Eingriffsspektrum, vorausgesetzt (keine Fensterlüftung).	X	--	--	--
2. Bei Verwendung von Anästhesiegasen: Einhalten der SUVA Richtlinien (MAK-Werte)	X <sup>1</sup>	X <sup>1</sup>	X	X

##### A2) Bauliche Anforderungen:

3. Mediengasanschlüsse (wie unter B1) fest oder mobil	--	X	X	X
4. Dem OP-Bereich vorgeschaltete, raumluftechnische Kammer-schleusen (Personal-, Patienten-, Ver- und Entsorgungsschleusen)	--	X	X	X
5. Separater Desinfektions-/Waschplatz für Operateur und OP-Personal	X	X	X	X
6. Dem OP-Saal direkt vorgeschalteter Patientenvorbereitungsraum (z.B. für Narkoseeinleitung) mit den üblichen Einrichtungen und Mediengasversorgung (wie unter B1)	--	X	X	X
6a Dem OP-Saal direkt vorgeschalteter Patientenvorbereitungsraum mit Sauerstoff und Absaugvorrichtung oder Vakuum (fest oder mobil)	X	--	--	--
7. Sterilisation/Instrumentenaufbereitung: Ausserhalb Operationsraum und/oder Benutzung einer praxisexternen Sterilisation/Instrumentenaufbereitung	X	X	X	X
8. Liegende Evakuierung des Patienten möglich (Lift oder Treppenhaus)	X	X	X	X

#### B. Anforderungen des Operationssaales

##### B1) Technische Anforderungen:

1. Mediengasversorgung fest oder mobil				
1a. Sauerstoff und Absaugvorrichtung oder Vakuum	X	--	--	--
1b. Sauerstoff	--	X	X	X
1c. Druckluft	--	X	X	X
1d. Vakuum	--	X	X	X
2. Lüftung: Einhaltung der Anforderungskriterien Punkt 4.4 Spartenkonzept	--	X	X	X
2a Lüftung: Einhaltung der Anforderungskriterien Punkt 4.4 Spartenkonzept. Eine raumluftechnische Anlage wird, angepasst an das Eingriffsspektrum, vorausgesetzt (keine Fensterlüftung).	X	--	--	--

<sup>1</sup> Wenn im beantragten Praxis-OP resp. OP I Anästhesiegase verwendet werden, müssen die SUVA Richtlinien (MAK-Werte) zwingend eingehalten werden.

**B2) Bauliche Anforderungen:**

3. Netto-Nutzfläche des Operationssaals (Mindestfläche)	13 m <sup>2</sup>	30 m <sup>2</sup>	30 m <sup>2</sup>	30 m <sup>2</sup>
3a. OP-Saal wird nicht als Sprechzimmer benutzt	X	X	X	X
4. Fugenloser antistatischer, abwaschbarer und desinfizierbarer Bodenbelag; abwaschbarer und desinfizierbarer Wandbelag	X	X	X	X
5. Möglichkeit der Totalräumung (ausser Deckenleuchte + OP-Tisch-Verankerung) zwecks Zwischendesinfektion	--	X	X	X

**B3) Medizintechnik im OP-Saal:**

6. Schwenkbare und höhenverstellbare OP-Deckenleuchte oder adäquate Ausleuchtung des OP-Feldes, entsprechend den üblichen Anforderungen an die Fachspezialität. Das Beleuchtungssystem ist zu benennen.	X	X	X	X
7. OP-Tisch, verstellbar (Trendelenburg, Höhe, elektrisch oder mechanisch)	X	X	X	X
8. Patientenmonitoring mittels Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie	X	X	X	X
9. Reanimations-Koffer zur Behebung von Komplikationen	X	X	X	X
10. Möglichkeit zur Dokumentation und/oder Überwachung chirurgischer Eingriffe mittels fachspezifischem bildgebendem Verfahren. Das Verfahren ist zu benennen.	X	X	X	X
11. Mobile Geräte für offene Herzoperationen (Herzlungenmaschine, Cell Safer, spezielles Kardioset, usw.)	--	--	--	X

**C. Personelle Voraussetzungen:**

1. Anzahl qualifiziertes OPS-Pflegepersonal (Instr. Sr. oder TOA, ohne Hilfspersonen, 100%-Stellen) pro OP-Saal im Durchschnitt:	0,5	0,5 bis 1	Mehr als 1	Mehr als 1
2. Kardiotechnische Fachperson	--	--	--	X

**Erläuterungen:**

<sup>1</sup> Das Erfordernis einer anerkannten Intensivpflegestation für den OP III wird nicht in den Anerkennungskriterien definiert, damit nicht eine Anerkennung (OP III) unter der Bedingung einer anderen Anerkennung (IPS) notwendig wird. Allenfalls müsste das Erfordernis einer IPS in den Interpretationen der entsprechenden Leistungspositionen selbst vorgenommen werden.

**2. Übergangsregelung**

<sup>1</sup> Keine

**3. Überprüfung des nichtärztlichen Personals (vgl. C1)**

<sup>1</sup> Diese erfolgt im Rahmen der Stichprobenprüfung (auf Fragebogen ist die durchschnittliche Anzahl anzugeben)

**4. Grundsatz der Anerkennung**

<sup>1</sup> Positivliste: Pro Leistungserbringer (Spital/Arztpraxis) wird die Anzahl der anerkannten OP-Säle und ihre „Berechtigung zur Praxis-OP, OP I, II oder III –Abrechnung“ festgehalten.

<sup>2</sup> Die Berechtigung ergibt sich aufgrund der Erfüllung aller obenstehenden Kriterien und der Höhe der Personaldotation aufgrund des Stellenplanes (vgl. 1. Kriterien zur Anerkennung, Punkt C).

## 5. Methodik der Anerkennung

<sup>1</sup> Verfahren mit adaptiertem Selbstdeklarationsbogen, denen Planskizzen der Betriebseinheiten mit der spitalinternen Bezeichnung der einzelnen OP-Säle (Raumnummer) beizulegen sind.

<sup>2</sup> Deklarationspflicht der Institutionen für Veränderungen der Eckwerte laufend.

<sup>3</sup> Sanktionsmöglichkeiten bei „Falschdeklaration“ gemäss den Rahmenverträgen.

## 6. Verfahren der Anerkennung

<sup>1</sup> Alle Leistungserbringer, welche nach TARMED Leistungen aus den Sparten Praxis-OP, OP I, II und/oder III abrechnen möchten und den Rahmenverträgen zwischen Leistungserbringerorganisationen und Versicherern beigetreten sind, werden aufgefordert, die Daten zu melden und ihre Berechtigung wird aufgrund der von ihnen aufgeführten Eckwerte im Selbstdeklarationsbogen abgeklärt und der Datenbank bzw. den Datenbanken zur Anerkennung von Sparten zugeführt.

<sup>2</sup> Zuständige Institution:

- für strategische Fragen: TARMED Suisse
- für die operative Umsetzung
  - technische Bearbeitung der Gesuche: H+ bzw. FMH
  - Entscheide: PaKoDig
  - für Streitfälle / Sanktionen: zuständige PVK

<sup>3</sup> Die Finanzierung der Aufwendungen in Zusammenhang mit der Anerkennung der OP-Säle wird über die Rahmenverträge betreffend Gebühren geklärt.

<sup>4</sup> Die Bezeichnung der OP-Säle (gemäss Punkt 3), wie auch die anderen Anerkennungskriterien, werden von der zuständigen Institution in einer Datenbank erfasst und können von den Kostenträgern zu Kontrollzwecken bei dieser Institution angefragt (abgefragt?) werden. Die anerkannten Institutionen vermerken die Raumnummer in jedem OP-Bericht oder Anästhesieprotokoll. Diese Berichte oder Protokolle können die Kostenträger im Schadenfall zur Überprüfung bei der Institution einsehen.

## **Beilage B: Anerkennung der Intensivpflegestation**

### **Anerkennung der Intensivpflegestation (IPS)**

<sup>1</sup> Für den anzuerkennenden IPS in TARMED werden die schon vorhandenen Zertifizierungskriterien gemäss den Richtlinien für die Anerkennung von Intensivpflegestationen (IPS) durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) vom 17. Oktober 1991, deren Institution und Vorgehen übernommen. Es wird lediglich erhoben, ob überhaupt eine Zertifizierung vorliegt und ob die Zusätze Neonatalogie oder Verbrennungs-IPS anerkannt sind.

<sup>2</sup> Neue Anpassungen der Anerkennungskriterien müssen jeweils von der TARMED Suisse überprüft und neu genehmigt werden.

## Beilage C: Anerkennung der Intermediate Care

Die Anerkennung der Sparte Intermediate Care durch die TARMED-Partnerorganisationen erfolgt lösgelöst von einer allfälligen, eventuellen Anerkennung durch die SGI.

### 1. Kriterien zur Anerkennung der Intermediate Care (Überwachungsstation)

Kriterien	IC
<b>A) Technische Anforderungen:</b>	
1. Monitoringsystem soll zentrale Überwachung und Überwachung aller Patientenbetten von einem Bettmonitor aus erlauben	X
2. Kardiale und respiratorische Überwachungsapparate: EKG, nicht- und invasive Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie, Atemfrequenz-überwachung	X
<b>B) Bauliche Anforderungen:</b>	
1. Mindestfläche: $\geq 10 \text{ m}^2$ NNF pro Bett	X
2. Überwachungszone	X
<b>C) Betriebsbereitschaft und (Fach-)Personelle Voraussetzungen:</b>	
1. 24-Std. Betrieb, 365 Tage pro Jahr betriebsbereit	X
2. 0.25 Stellenprozent dipl. Pflegepersonal (DN II oder AKP) pro Bett	X

### 2. Übergangsregelung

<sup>1</sup> Keine

### 3. Grundsatz der Anerkennung

<sup>1</sup> Positivliste: Pro Institution wird die „Berechtigung zur Intermediate Care – Abrechnung“ festgehalten.

<sup>2</sup> Die Berechtigung ergibt sich aufgrund der Erfüllung aller obenstehenden Kriterien.

### 4. Methodik der Anerkennung

<sup>1</sup> Verfahren mit adaptiertem Selbstdeklarationsbogen.

<sup>2</sup> Deklarationspflicht der Institutionen für Veränderungen der Eckwerte laufend.

<sup>3</sup> Sanktionsmöglichkeiten bei „Falschdeklaration“ erfolgen nach vorgesehenem Verfahren in den Rahmenverträgen.

## 5. Verfahren der Anerkennung

<sup>1</sup> Alle Leistungserbringer, welche nach TARMED Leistungen aus der Sparte Intermediate Care abrechnen möchten und den Rahmenverträgen zwischen Leistungserbringerorganisationen und Versicherern beigetreten sind, werden aufgefordert, die Daten zu melden und ihre Berechtigung wird aufgrund der von ihnen aufgeführten Eckwerte im Selbstdeklara-tions-bogen abgeklärt und der Datenbank bzw. den Datenbanken zur Anerkennung von Sparten zugeführt.

<sup>2</sup> Zuständige Institution:

- für strategische Fragen: TARMED Suisse
- für die operative Umsetzung
  - technische Bearbeitung der Gesuche: H+ bzw. FMH
  - Entscheide: PaKoDig
  - für Streitfälle / Sanktionen: zuständige PVK

<sup>3</sup> Die Finanzierung der Aufwendungen in Zusammenhang mit der Anerkennung der IC wird über die Rahmenverträge betreffend Gebühren geklärt.

<sup>4</sup> Zuständige Institution: H+ bzw. FMH.

## Beilage D: Anerkennung der Anerkannten Notfallaufnahme

### 1. Kriterien zur Anerkennung der Anerkannten Notfallaufnahme

Kriterien	Ankannte Notfallaufnahme
<b>A) Allgemeine Voraussetzungen:</b>	
1. Kantonal dekretierter Notfallversorgungsauftrag mit Allgemeiner Aufnahmepflicht von Patienten	X
<b>B) Bauliche Anforderungen:</b>	
1. Öffentlicher Zugang zum Notfalleingang (-pforte); Notfalleingang mit Rettungsvorfahrt und stufenlosen und bettengängigen Zugang zur Notfallstation	X
<b>C) Betriebsbereitschaft und (Fach-)Personelle Voraussetzungen:</b>	
1. 24-Std. Betrieb, 365 Tage pro Jahr betriebsbereit	X
2. Sicherstellung einer jederzeit verfügbaren ärztlichen Versorgung bei notfallmässigem Eintritt des Patienten	X
3. 0.5 Stellenprozent dipl. Pflegepersonal (DN II) mit Zusatzausbildung; pro Notfallbett	X

### 2. Übergangsregelung

<sup>1</sup> Keine

### 3. Grundsatz der Anerkennung

<sup>1</sup> Positivliste: Pro Institution wird die „Berechtigung zur Abrechnung der Anerkannten Notfallstation“ festgehalten.

<sup>2</sup> Die Berechtigung ergibt sich aufgrund der Erfüllung aller obenstehenden Kriterien.

### 4. Methodik der Anerkennung

<sup>1</sup> Verfahren mit den aktuellen Selbstdeklarationsbogen (inkl. Planskizze der Betriebseinheit).

<sup>2</sup> Deklarationspflicht der Institutionen für Veränderungen der Eckwerte laufend.

<sup>3</sup> Sanktionsmöglichkeiten bei „Falschdeklaration“

## 5. Verfahren der Anerkennung

<sup>1</sup> Alle Leistungserbringer, welche nach TARMED Leistungen aus der Sparte „anerkannte Notfallstation“ abrechnen möchten und den Rahmenverträgen zwischen Leistungserbringerorganisationen und Versicherern beigetreten sind, werden aufgefordert, die Daten zu melden und ihre Berechtigung wird aufgrund der von ihnen aufgeführten Eckwerte im Selbstdeklarationsbogen abgeklärt und der Datenbank bzw. den Datenbanken zur Anerkennung von Sparten zugeführt.

<sup>2</sup> Zuständige Institution:

- für strategische Fragen: TARMED Suisse
- für die operative Umsetzung
  - technische Bearbeitung der Gesuche: H+ bzw. FMH
  - Entscheide: PaKoDig
  - für Streitfälle / Sanktionen: zuständige PVK

<sup>3</sup> Potentielle Institutionen (Spitäler, Praxen,...), sind mit Hilfe geeigneter Datenbanken (Positivliste FMH/MTK, bisher abgelehnte Gesuche von H+/ZMT) und mit einer Publikation in den Fachzeitschriften zu informieren.

<sup>4</sup> Die Finanzierung der Aufwendungen in Zusammenhang mit der Anerkennung ist über die Rahmenverträge betreffend die Gebühren geregelt.

<sup>5</sup> Zuständige Institution: H+.

## Beilage E: „Anerkennung“ Nichtärztliche Leistungen in der Spitalpsychiatrie (Kap. 02.02)

### 1. Kriterien zur „Anerkennung“ der Abrechnungsberechtigung

Kriterien (Musskriterien zur Erlangung der Abrechnungsberechtigung für Kapitel 02.02)	Nichtärztl. Leistungen Spitalpsychiatrie
1. Die Leistungen erfolgen auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Überwachung	X
2. Der delegierende Spitalarzt verfügt über die qualitative Dignität „Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ oder „Psychiatrie & Psychotherapie“ oder „FA delegierte Psychotherapie“	X
<p>3. Ausführende PsychologInnen/PsychotherapeutInnen müssen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein Hochschulstudium im Hauptfach Psychologie einschliesslich Psychopathologie an einer Universität oder an einer Fachhochschule abgeschlossen und ein entsprechendes Diplom (Psychologin/Psychologe FH; Lizentiatsabschluss; für Psychologinnen und Psychologen, welche ihre Hochschulausbildung nach dem Bologna-Modell absolvieren: MSc/MA) erworben haben;</li> <li>- Die Anforderungen des PsyG<sup>2</sup> erfüllen;</li> <li>- Sofern weitergehende kantonale gesetzliche Vorschriften bezüglich Berufsausübung von PsychologInnen / PsychotherapeutInnen in delegierter Form bestehen, müssen auch diese erfüllt sein.</li> <li>- Die in der Weiterbildung stehenden PsychotherapeutInnen können nur von FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie und FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie angestellt werden und müssen für die delegierte psychotherapeutische Arbeit folgende Bedingungen erfüllen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hochschulabschluss in Psychologie</li> <li>- Mindestens 150 Std. Theorie in der ausgewählten Psychotherapiemethode</li> <li>- Mindestens 100 Std. Selbsterfahrung, wovon mindestens 50 Std. im Einzelsetting</li> <li>- fundierte Kenntnisse der Psychopathologie</li> </ul> </li> </ul> <p>Die Weiterbildung muss in der Regel innert 5 Jahren gemäss den genannten Bedingungen abgeschlossen werden, ansonsten die Erlaubnis zur delegierten psychotherapeutischen Arbeit erlischt.</p>	X
4. Die ausführenden PsychologInnen / PsychotherapeutInnen müssen vom Spital angestellt sein, an welchem der delegierende Arzt tätig ist. Es sind mehrere Anstellungsverhältnisse möglich.	X
5. Die ausführenden PsychologInnen / PsychotherapeutInnen erbringen ihre Leistungen im Spital, an welchem der delegierende Arzt tätig ist.	X
6. Die Aufsichtspflicht des delegierenden Arztes muss gewährleistet sein. Zeugnisse, Berichte und Anträge im Zusammenhang mit der delegierten Psychotherapie müssen vom delegierenden Arzt visiert sein.	X

## 2. Übergangsregelung

<sup>1</sup> Übergangsregelung für ausführende PsychologInnen/PsychotherapeutInnen, welche bereits 3 Jahre vor dem 1.1.2004 (Einführung von TARMED) tätig waren:

- a) PsychologInnen/PsychotherapeutInnen ohne kriterienkonforme Aus- und Weiterbildung werden namentlich erfasst (H+). Ihr delegierender Arzt stellt an H+ ein Gesuch mit Dokumentation der Ausbildung und der bisherigen praktischen Tätigkeit der PsychologInnen/PsychotherapeutInnen.
- b) H+ prüft die Gesuche, wobei folgende Entscheide möglich sind:
  1. Annahme des Gesuches
  2. Annahme des Gesuches mit Auflagen
  3. Ablehnung des GesuchesSie informiert den delegierenden Arzt und die PaKoDig über den Entscheid.

## 3. Verfahren der Anerkennung

<sup>1</sup> Eine Liste mit den angestellten PsychologInnen / PsychotherapeutInnen wird nicht geführt.

<sup>2</sup> Es genügt die Bescheinigung des Spitals, an welchem der delegierende Arzt tätig ist,

1. dass der verantwortliche Arzt über die erforderliche qualitative Dignität verfügt entweder gestützt auf seinen Facharztstitel oder auf die Besitzstandswahrung.
2. dass die ausführenden TherapeutInnen von Spital angestellt und dort tätig sind
3. dass diese die Ausbildungskriterien resp. die entsprechenden Bestimmungen der Übergangsregelung erfüllen.

**Beilage F: „Anerkennung“ Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie (Kap. 02.04)**

**1. Kriterien zur „Anerkennung“ der Abrechnungsberechtigung**

Kriterien (Musskriterien zur Erlangung der Abrechnungsberechtigung für Kapitel 02.04)	Nichtärztl. ambulante Leistungen Psychiatrie
1. Die Psychiatrieabteilung des Spitals oder der Institution muss unter der fachlichen Leitung eines in der Psychiatrieabteilung praktizierenden Arztes stehen, welcher über die qualitative Dignität „Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ oder „Psychiatrie & Psychotherapie“ verfügt.	X
2. Behandelndes Personal: - Dipl. Psychologen - Psychiatriseschwestern / Pfleger - Sozialpädagogen - Sozialarbeiter mit Zusatzausbildung - weiteres therapeutische tätiges nicht-ärztliches Personal mit adäquater Ausbildung	X
3. Das Spital oder Institution muss sich über einen öffentlichen Leistungsauftrag/-vereinbarung (oder ähnlich lautendes Dokument der öffentlichen Hand) zur ambulanten psychiatrischen Versorgung ausweisen.	X

**2. Übergangsregelung**

<sup>1</sup> Keine

**3. Verfahren der Anerkennung**

<sup>1</sup> Ansprechstelle für die Anerkennung von Spitälern und Institutionen mit Berechtigung zur Verrechnung von Leistungen gemäss TARMED-Kapitel 02.04 sind H+ und die FMH.

<sup>2</sup> Die Anerkennung erfolgt auf Grund der von H+ bzw. FMH bereitgestellten Unterlagen durch die PaKoDig.

**Beilage G: „Anerkennung“ Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis**

**1. Kriterien zur „Anerkennung“ der Abrechnungsberechtigung**

<b>Kriterien</b> (Musskriterien zur Erlangung der Abrechnungsberechtigung für Kapitel 02.03)	<b>Delegierte Psychotherapie Arztpraxis</b>
1. Die Leistungen erfolgen auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Überwachung	X
2. Der delegierende Arzt verfügt über die qualitative Dignität „Kinder- & Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie“, „Psychiatrie & Psychotherapie“ oder „FA delegierte Psychotherapie“	X
<p>3. Ausführende PsychologInnen/PsychotherapeutInnen müssen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein Hochschulstudium im Hauptfach Psychologie einschliesslich Psychopathologie an einer Universität oder an einer Fachhochschule abgeschlossen und ein entsprechendes Diplom (Psychologin/Psychologe FH; Lizentiatsabschluss; für Psychologinnen und Psychologen, welche ihre Hochschulausbildung nach dem Bologna-Modell absolvieren: MSc/MA) erworben haben;</li> <li>- Die Anforderungen des PsyG<sup>3</sup> erfüllen;</li> <li>- Sofern weitergehende kantonale gesetzliche Vorschriften bezüglich Berufsausübung von PsychologInnen / PsychotherapeutInnen in delegierter Form bestehen, müssen auch diese erfüllt sein.</li> <li>- Die in der Weiterbildung stehenden PsychotherapeutInnen können nur von FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie und FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie angestellt werden und müssen für die delegierte psychotherapeutische Arbeit folgende Bedingungen erfüllen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hochschulabschluss in Psychologie</li> <li>- Mindestens 150 Std. Theorie in der ausgewählten Psychotherapiemethode</li> <li>- Mindestens 100 Std. Selbsterfahrung, wovon mindestens 50 Std. im Einzelsetting</li> <li>- fundierte Kenntnisse der Psychopathologie</li> </ul> </li> </ul> <p>Die Weiterbildung muss in der Regel innert 5 Jahren gemäss den genannten Bedingungen abgeschlossen werden, ansonsten die Erlaubnis zur delegierten psychotherapeutischen Arbeit erlischt.</p>	X
4. Die ausführenden PsychologInnen / PsychotherapeutInnen müssen vom delegierten Arzt angestellt sein. Es sind mehrere Anstellungsverhältnisse möglich.	X
5. Die ausführenden PsychologInnen / PsychotherapeutInnen erbringen ihre Leistungen in der Praxis des delegierenden Arztes.	X
6. Die delegierte Psychotherapie wird pro Arzt auf maximal 100 Wochenstunden beschränkt. Die Aufsichtspflicht des delegierenden Arztes muss gewährleistet sein. Zeugnisse, Berichte und Anträge im Zusammenhang mit der delegierten Psychotherapie müssen vom delegierenden Arzt visiert sein.	X

## 2. Übergangsregelung

<sup>1</sup> Übergangsregelung für ausführende PsychologInnen/PsychotherapeutInnen, welche bereits 3 Jahre vor dem 1.1.2004 (Einführung von TARMED) tätig waren:

- a) PsychologInnen/PsychotherapeutInnen ohne kriterienkonforme Aus- und Weiterbildung werden namentlich erfasst (FMH). Ihr delegierender Arzt stellt an die FMH ein Gesuch mit Dokumentation der Ausbildung und der bisherigen praktischen Tätigkeit der PsychologInnen/PsychotherapeutInnen.
- b) Die FMH prüft die Gesuche, wobei folgende Entscheide möglich sind:
  1. Annahme des Gesuches
  2. Annahme des Gesuches mit Auflagen
  3. Ablehnung des GesuchesSie informiert den delegierenden Arzt und die PaKoDig über den Entscheid.

## 3. Verfahren der Anerkennung

<sup>1</sup> Eine Liste mit den angestellten PsychologInnen / PsychotherapeutInnen wird nicht geführt.

<sup>2</sup> Es genügt die Bescheinigung des delegierenden Arztes,

1. dass er selber über die erforderliche qualitative Dignität verfügt entweder gestützt auf seinen Facharztstitel oder auf die Besitzstandswahrung
2. dass die ausführenden TherapeutInnen von ihm angestellt und in seiner Praxis tätig sind
3. dass diese die Ausbildungskriterien resp. die entsprechenden Bestimmungen der Übergangsregelung erfüllen.

## **Beilage H: „Anerkennung“ Schlafdiagnostik**

### **Berechtigung zur Abrechnung der Leistungen aus dem Kapitel Schlafdiagnostik**

<sup>1</sup> Zuständig für die Anerkennung solcher Institutionen ist die Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (Liste für akkreditierte Zentren in der Schweiz vorhanden).

## Beilage J: „Betriebsstelle Radiologie“

### 1. Kriterien zur Anerkennung der Abrechnungsberechtigung

Kriterien (Musskriterien zur Erlangung der Abrechnungsberechtigung für Leistungen der Sparte „Betriebsstelle Radiologie“)	Betriebsstelle Radiologie
--	---------------------------

#### A) Abrechnungsberechtigung für Radiologieinstitute:

<p>Als abrechnungsberechtigte Radiologieinstitute gelten privatrechtlich geführte, eigenständige Institute. Das heisst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Betriebskosten werden durch die Radiologen des betreffenden Institutes selber getragen</li> <li>- Die Radiologen in privatrechtlich geführten, eigenständigen Instituten rechnen mit eigener EAN- oder Institutsnummer mit den Versicherern ab.</li> <li>- Das Unternehmerrisiko für ein Radiologieinstitut muss von den Radiologen getragen werden“.</li> <li>- Radiologieinstitute in öffentlichrechtlichen oder Privatspitälern fallen unter Lit. B.</li> <li>- Als Radiologen gelten Träger des Titels „FMH Facharzt für Radiologie“ oder eines gleichwertigen ausländischen Facharzttitels. Besitzstandswahrung im Sinne des TARMED-Dignitätskonzeptes gilt nicht als Facharzttitel.</li> </ul>	X
--	---

#### B) Abrechnungsberechtigung für Spitäler:

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Als abrechnungsberechtigt gelten Spitäler, deren bildgebende Leistungen unter der Leitung eines Radiologen erbracht werden.</li> <li>- Als Radiologen gelten Träger des Titels „FMH Facharzt für Radiologie“ oder eines gleichwertigen ausländischen Facharzttitels. Besitzstandswahrung im Sinne des TARMED-Dignitätskonzeptes gilt nicht als Facharzttitel.</li> </ul>	X
---	---

### 2. Übergangsregelung

<sup>1</sup> Übergangsregelungen resp. Besitzstandswahrung für das Spartenkonzepts sind nicht erforderlich, weil die Leistungen der Sparte „Betriebsstelle Radiologie“ ab 1.1.2008 neu sind und vorher nicht existiert haben.

### 3. Verfahren der Anerkennung

<sup>1</sup> Die Anerkennung erfolgt durch die PaKoDig gestützt auf Selbstdeklaration der Leistungserbringer mit einem entsprechenden Formular

<sup>2</sup> Ansprechstellen für die Anerkennung von Leistungserbringern zur Berechtigung der Verrechnung von Leistungen der Sparte „Betriebsstelle Radiologie“ sind:

- Für Spitäler H+
- Für Radiologieinstitute FMH

## Beilage K: „Interventionelle Schmerztherapie“

### 1. Kriterien zur Anerkennung der Abrechnungsberechtigung

Kriterien (Musskriterien zur Erlangung der Abrechnungsberechtigung)	Interventionelle Schmerztherapie
1. Der Leistungserbringer muss über den FA interventionelle Schmerztherapie verfügen	x
2. Die Leistung muss in einem Raum mit geeigneter Bildgebung (z.B. BV/TV) durchgeführt werden	x

### 2. Übergangsregelung Fähigkeitsausweis

<sup>1</sup> Im Sinne einer Übergangsregelungen können alle Leistungserbringer, welche den Fähigkeitsausweis interventionelle Schmerztherapie nicht besitzen, diesen – ohne weitere Voraussetzungen zu erfüllen - innerhalb eines Jahres nach in Kraftsetzung des neuen Kapitels 29 in TARMED Version 1.08 bei der zuständigen Fachgesellschaft beantragen.

### 3. Verfahren der Spartenanerkennung

<sup>1</sup> Die Anerkennung der Sparte erfolgt für die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte durch die FMH und für die Spitäler durch H+ mittels Selbstdeklaration des Antragstellers.

<sup>2</sup> Die FMH und H+ pflegen die anerkannten Sparten in die Datenbank ein und informieren die PaKoDig.

## **Reglement zur Umsetzung des Konzepts über die Anerkennung von Sparten**

Dieses Reglement der Paritätischen Kommission Datenbanken Dignität und Sparten TARMED (PaKoDig) beschreibt die Prozesse für die Umsetzung des „Konzepts über die Anerkennung von Sparten nach TAR-MED“ und bildet somit integralen Bestandteil des Prozessdesigns TARMED Suisse. Das Reglement regelt die Aufgaben und Zuständigkeiten hinsichtlich Rechte und Pflichten der Vertragsparteien, die Überprüfung und Publikation der Datenbank.

### **1. Spartendatenbank**

#### **1.1. Grundsatz**

Die Verbände der Leistungserbringer FMH und H+ führen die Teil-Datenbanken über die anerkannten Sparten gemäss Spartenkonzept. Darunter fallen sämtliche notwendigen Tätigkeiten, welche zur Führung einer aktuellen und korrekten Spartendatenbank notwendig sind.

Die von der FMH und H+ geführten Teil-Datenbanken werden bei TARMED Suisse zu einer einheitlichen Spartendatenbank zusammengefasst und publiziert.

#### **1.2. Rechte und Pflichten**

##### **a) der Leistungserbringerverbände FMH und H+**

- Führen / Verwalten der Teil-Datenbanken gemäss Teil 4 „Technische Spezifikationen und Prozesse“, beinhaltend
  - Beratung der Gesuchsteller.
  - Entgegennahme von Gesuchen zur Anerkennung von Sparten.
  - Formelle Prüfung der Kriterien gem. Spartenkonzept.
  - Vorprüfung der eingegangenen Gesuche und Meldung des vorgesehenen Entscheides an die PaKoDig. Die Mitglieder der PaKoDig können Einsicht in die Gesuche verlangen. Zu diesem Zweck sind die Namen der Gesuchsteller 10 Arbeitstage vor einer ordentlichen PaKoDig Sitzung den Vertragsparteien mitzuteilen. Die Vertragsparteien können bis spätestens zwei Arbeitstage vor Sitzung H+, bzw. FMH mitteilen, welche Gesuchsteller im Detail überprüft werden sollen. H+ oder FMH werden die betroffenen Unterlagen anlässlich der Sitzung offen legen. Die PaKoDig entscheidet gestützt auf die Unterlagen über die Anerkennung. Wird bei einem Antragsteller keine Offenlegung der Unterlagen verlangt, gilt der Vorentscheid von FMH oder H+ als genehmigt. Die Anträge werden mit Protokollierung des Entscheides rechtskräftig. FMH und H+ orientieren anschliessend im Auftrag der PaKoDig die Gesuchsteller.
- Alle zwei Jahre erfolgt eine Validierung aller anerkannten Sparten und eine Meldung der Mutationen an die PaKoDig. Die PaKoDig ist über die durchgeführte Validierung zu informieren.
- Übermittlung der Teil-Datenbank an TARMED Suisse.
- Rechtsgleiche Behandlung aller Gesuche, unabhängig von einer Verbandsmitgliedschaft des Gesuchstellers.

## **b) der Geschäftsstelle Tarmed Suisse**

- Entgegennahme der Teil-Datenbanken und Zusammenführung in die Spartendatenbank.
- Bereitstellung der Spartendatenbank für die Vertragsparteien im Intranet Tarmed Suisse.

## **c) der Kostenträgerverbände santésuisse und MTK UV/MV/IV**

- Bereitstellung und/oder Weiterleitung der Spartendatenbank an die Versicherer, die den TARMED Verträgen beigetreten sind.
- Verpflichtung an die den Tarmed Verträgen beigetretenen Versicherer, dass die Daten alleinig für die Überprüfung der Rechnungstellung verwendet werden.

### **1.3. Finanzierung**

Der Aufwand für den Aufbau und die Pflege der Teil-Datenbanken wird durch die jeweiligen Verbände (FMH und H+) selber getragen.

Der bei TARMED Suisse anfallende Aufwand für den Betrieb und die Publikation der Spartendatenbank wird über das jährliche Budget von TARMED Suisse abgedeckt. Für Sonderaufwendungen (bspw. Entwicklung) kann der Geschäftsführer im Auftrag des PaKoDig Präsidenten im Rahmen des Budgetprozesses zusätzliche Mittel beantragen.

Die Abgabe der Spartendatenbank durch TARMED Suisse ist gebührenfrei.

## **2. Stichproben**

### **2.1. Grundsatz**

Die Überprüfung der Sparten erfolgt jährlich mittels einer Zufallsstichprobe. Diese wird von der Geschäftsstelle TARMED Suisse ermittelt. Unter die Überprüfung fallen alle im „Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED“ aufgeführten Arten von Sparten.

Die Stichprobe umfasst je 5% der Institutionen mit anerkannten Sparten gemäss den nachfolgenden Kategorien:

- Universitätsspitäler
- Spital Zentrumsversorgung
- Spital Grundversorgung
- Rehakliniken
- Psychiatrische Kliniken
- Spezialkliniken
- Pflegeheime
- Arztpraxen mit einer oder mehreren anerkannten Sparten

In jedem Fall muss aber pro Kategorie mindestens eine Institution überprüft werden.

Die Ziehung der Stichprobe ist so anzuordnen, dass nicht eine Institution zweimal hintereinander in die Stichprobe fällt. Die Geschäftsstelle stellt in Zusammenarbeit mit der PaKoDig sicher, dass hierzu eine geeignete Methode der Stichprobenziehung gewählt wird und dokumentiert das gewählte Vorgehen.

Die PaKoDig kann auf Antrag eines Vertragspartners jederzeit Kontrollen zusätzlicher Institutionen/Praxen veranlassen.

## **2.2. Vollzug / Durchführung**

Die PaKoDig bildet jährlich einen „Ausschuss Stichproben“, bestehend aus je 1 Vertreter der Vertragsparteien TARMED Suisse. Der Ausschuss wählt den Vorsitzenden und konstituiert sich selbst.

Der Ausschuss kontrolliert die gezogenen Institutionen nach folgendem Schema:

- Geprüft werden sämtliche Sparten der gezogenen Institutionen/Praxen
- Die Dossierkontrolle erfolgt vor Ort bei FMH und H+
- Wenn notwendig: Einfordern fehlender und weiterer, auch externer Unterlagen, unter Vorgabe einer Einreichungsfrist von 10 Arbeitstagen. Die Unterlagen sind durch FMH und H+ einzufordern.
- Führen eines Prüfungsprotokolls
- Bericht an die PaKoDig, beinhaltend
  1. Resultat der Kontrolle
  2. Anträge / Massnahmen (Begehungen, Zuzug von Experten, usw.)
  3. Abgabe von Empfehlungen (bspw. zu Dokumentation, Prozess)
  4. Weiteres

Die PaKoDig entscheidet über die vom Ausschuss gestellten Anträge grundsätzlich nach Massgabe ihrer üblichen Kompetenzen. Insbesondere trifft sie die Entscheide über Begehungen bei den Leistungserbringern und den Zuzug von Experten.

## **2.3. Finanzierung**

Die Vertragspartner von TARMED Suisse tragen die Kosten ihres Vertreters selber. Über weitergehende Kosten, bspw. beim Zuzug von Experten, entscheidet die PaKoDig im Rahmen des Budgets.

## **3. Gemeinsame Bestimmungen**

### **3.1. Gültigkeit**

Dieses Reglement bildet integralen Bestandteil des Prozessdesigns TARMED Suisse und tritt per 1. Mai 2006 in Kraft.

## **4. Technische Spezifikationen und Prozesse**

### **4.1. Aufbau der Datenbank**

Die bei TARMED Suisse geführte Spartendatenbank kombiniert die Datensätze von FMH und H+.

Die Teil-Datenbanken werden im MS Access-Format geführt und beinhalten die Informationen und Struktur gemäss Tabelle „Struktur der nicht normalisierten Access-Datenbank“ auf Seite 4 dieses Reglements.

## **4.2. Behandlung von Datensätzen**

Eine Sparte wird anerkannt, wenn sämtliche Kriterien gemäss Spartenkonzept erfüllt sind (Abrechnungsberechtigung erfüllt).

Jeder anerkannten Sparte ist eine eindeutige Identifikationsnummer und jedem Eintrag eine Gültigkeitsperiode zuzuweisen (Felder „gueltig von“ und „gueltig bis“) sowie das Datum des Eintrags. Bei unbefristeter Gültigkeit ist das Feld „gueltig bis“ mit dem Wert „31.12.2199“ zu füllen.

Die Gültigkeit einer Sparte darf nicht vor dem Datum der Gesuchstellung beginnen. Die PaKoDig kann Ausnahmen bewilligen.

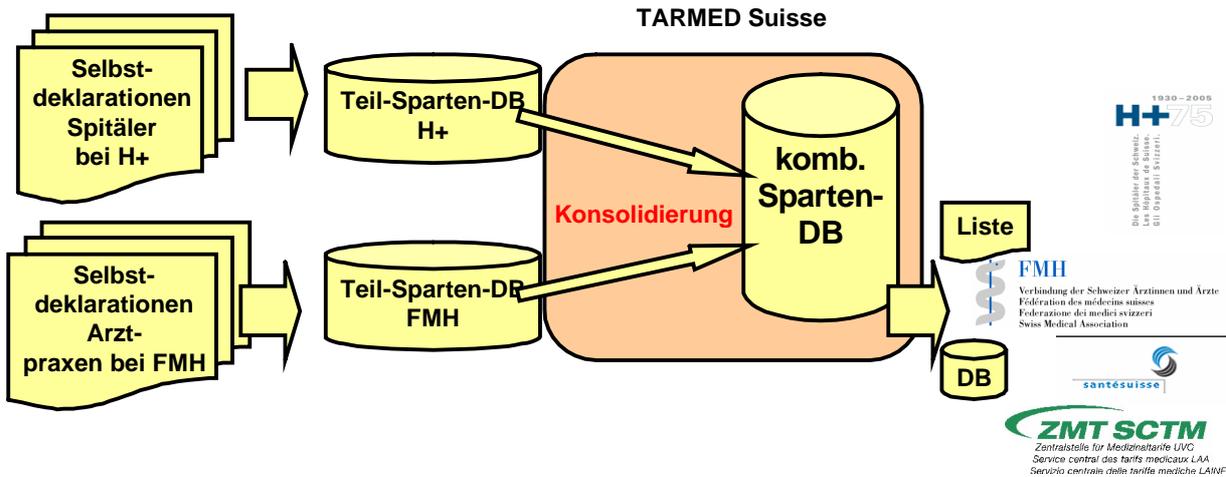
Bei Mutationen ist der alte Datensatz zeitlich zu limitieren (Anpassung „gueltig bis“) und ein neuer Datensatz mit den aktuellen Angaben anzulegen. Änderungen müssen im Feld „Bemerkungen“ klar verständlich festgehalten werden.

## **4.3. Weiterleitung der Teil-Datenbanken**

Die Teildatenbanken werden von H+ und FMH bis spätestens fünf Arbeitstage nach der Sitzung PaKoDig an die Geschäftsstelle TARMED Suisse elektronisch übermittelt. Die Geschäftsstelle sorgt für eine verzugslose Publikation der Spartendatenbank gemäss Ziffer 1.2. b) .

Eine Benachrichtigung der PaKoDig Mitglieder findet nur dann statt, wenn TARMED Suisse die verzugslose Bereitstellung nicht gewährleisten kann.

## Graphische Darstellung des Prozesses



### Struktur der nicht normalisierten Access-Datenbank

(Alle Felder sind **Mussfelder**, wenn nicht anders erwähnt)

\*) Jede Änderung am Datensatz erzeugt einen neuen Record ausser bei Änderungen der Felder „gueltig\_bis“ und „Mutationsdatum“. Der „unic-key“ bezieht sich auf einen Leistungserbringer!

Feldname	Felddatentyp	Beschreibung Spitaler Teil-Datenbank 1: H+	Beschreibung Arzt Teil-Datenbank 2: FMH
ID (unic-key *)	Text	Sparten-ID fortlaufend 000'001 - 100'000	Sparten-ID fortlaufend ab 100'001
Spartencode	Text	gemäss TARMED-Modell 0001 - 0900	gemäss TARMED-Modell 0001 - 0900
Spartentext_D	Text	Text zu Code	Text zu Code
Spartentext_F	Text	Text zu Code	Text zu Code
Spartentext_I	Text	Text zu Code	Text zu Code
Institut_ID	Text	Institutsnummer	Institutsnummer
Institut_Name_1	Text	Institutsname	Institutsname
Institut_Name_2	Text	<i>Bei Bedarf (kein Mussfeld)</i>	<i>Bei Bedarf (kein Mussfeld)</i>
Anrede	Text	Feld bleibt leer	Anrede
Name	Text	Feld bleibt leer	Name des deklarierenden Arztes
Vorname	Text	Feld bleibt leer	Vorname des deklarierenden Arztes
Adresse_1	Text	Strasse / Nr. (Standort Sparte)	Strasse / Nr. (Standort Sparte)
Adresse_2	Text	Adresszusatz	Adresszusatz
PLZ	Text	PLZ	PLZ
PLZ_Zusatz	Text	sofern vorhanden	sofern vorhanden
Ort	Text	Ort (Standort Sparte)	Ort (Standort Sparte)
Kanton	Text	ZH, BE, etc.	ZH, BE, etc.
Land_Code	Text	CH, D, etc.	CH, D, etc.
EAN	Text	EAN (Abrechnung)	EAN (Abrechnung)
gueltig_von	Datum	Beginn Abrechnungsberechtig- ung	Beginn Abrechnungsberechtig- ung
gueltig_bis *)	Datum	Ende Abrechnungsberechtig- ung (unbefristet = 31.12.2199)	Ende Abrechnungsberechtig- ung (unbefristet = 31.12.2199)
Datum der Genehmi- gung durch PaKoDig	Datum	Genehmigung durch PaKoDig	Genehmigung durch PaKoDig
Datenherkunft	Text	1 (fix)	2 (fix)
Mutationsdatum *)	Datum	Datum	Datum
Bemerkung	Text	freies Textfeld	freies Textfeld
ZSR_Nr	Text	<i>vorderhand kein Mussfeld</i>	<i>vorderhand kein Mussfeld</i>

Genehmigt an der PaKoDig-Sitzung vom 9.03.2006