

# Umsetzung Dignität TarMed

Konzept Version 23.12.1999

## Ausgangslage

Die Dignitätseinstufung ärztlicher Leistungen in der GRAT-/TarMed-Tarifstruktur baut auf der Weiterbildungsordnung der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH auf. Einzelleistungsweise wurde festgelegt, welche Weiterbildungsdauer zur eigenverantwortlichen Erbringung der entsprechenden Leistung qualifiziert (quantitative Dignität, Kalkulationsfaktor zur Berechnung der Leistung). Aufgrund der der Weiterbildungsordnung zugrundeliegenden Curricula wurde in einem zweiten Schritt überprüft, welche Facharztstitel, Schwerpunkte und allenfalls Fähigkeits-/Fertigkeitsausweise die Abrechnungsbeurteilung ausweisen oder ausgewiesen haben (qualitative Dignität). Zielsetzung des vorliegenden Konzeptes ist es, die Instrumente bzw. Vorgehensweisen aufzuzeigen, mittels derer für jedes Mitglied der FMH die qualitative(n) Dignität(en) den berechtigten Versicherten gegenüber ausgewiesen wird/werden.

In Bälde wird die ärztliche Weiterbildung nicht mehr vollumfänglich in den Händen der FMH liegen; das neue Freizügigkeitsgesetz bzw. die in Ausarbeitung stehenden Erlasse zur ärztlichen Weiterbildung stipulieren eine Aufsicht der Eidgenossenschaft über die ärztliche Weiterbildung. Diese nehmen auch Bezug auf die bilateralen Verträge mit der EU. Die FMH hat in den letzten 2 Jahren ihre Weiterbildungsordnung konsequent auf die bevorstehenden Änderungen, insbesondere auch die Regelungen der EU betreffend die Facharzt Ausbildung, ausgerichtet.

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich, dass die Struktur der Weiterbildung, insbesondere die Weiterbildungstitel bzw. die ihnen zugrundeliegenden Curricula, zwischen FMH und H+ bzw. den Sozialversicherern im vorliegenden Konzept nicht negoziabel sind.

## 1. Grundsätze

Massgeblich für die Bewertung der Dignität sind die Facharztstitel, Schwerpunkte, Fähigkeits- und Fertigkeitenausweise der WBO, die aktuell noch von der FMH, voraussichtlich ab 2001 unter Verantwortung des Bundes, erteilt werden.

Vorbehalten sind die rechtlichen Bestimmungen des Bundes, insbesondere des KVG und seiner Verordnungen.

Subsidiär zur WBO der FMH bzw. ihrer Ausführungsbestimmungen werden von der FMH Listen derjenigen Leistungserbringer erstellt, die zur Abrechnung von Leistungen hoher Dignität (i.d.R. >8)

berechtigt sind. Die TarMed-Nachfolgeorganisation erklärt diese Listen für verbindlich; sie ist für die aus der Anwendung entstehenden Rechtsfolgen vollumfänglich verantwortlich.

Die Regelungen dieses Konzeptes gelten für alle Ärztinnen und Ärzte, die nach Inkrafttreten der auf den TarMed-Tarifstrukturen basierenden Tarifverträge ihre selbständige oder unselbständige Berufsausübung aufnehmen bzw. von der unselbständigen in die selbständige Berufsausübung wechseln.

Für Ärztinnen und Ärzte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Tarifverträge als niedergelassener Arzt/niedergelassene Ärztin Belegarztfunktion bzw. als leitender Arzt/leitende Ärztin in Spitälern ihren Beruf bereits selbständig ausüben, gilt das Prinzip der wohlverworbenen Rechte: Sie dürfen unabhängig von den formalen Kriterien der WBO diejenigen Leistungen verrechnen, die sie glaubhaft im Rahmen der alten Tarifstrukturen bereits regelmässig, in genügender Zahl und qualitativ unbeanstandet erbracht haben.

Die FMH führt für ihre Mitglieder bzw. durch Nichtmitglieder mandatierte Datenbanken, aus denen hervorgeht, welche Leistungen unter dem Prinzip der wohlverworbenen Rechte zu Lasten der Sozialversicherer abgerechnet werden dürfen. Diese Listen werden von der TarMed-Nachfolgeorganisation verbindlich erklärt. Die TarMed-Nachfolgeorganisation ist für die aus der Anwendung entstehenden Rechtsfolgen vollumfänglich verantwortlich.

Eine Datenbank der FMH gibt für jedes ihrer Mitglieder Auskunft, für welche Leistungen der TarMed-Tarifstruktur dieses Mitglied abrechnungsbeurteilt ist. Ausgenommen sind Leistungen, die mit «alle» gekennzeichnet sind und von jedem Facharzt bzw. Arzt mit Äquivalenzausweis (vgl. unten) abgerechnet werden dürfen.

Nichtmitglieder bzw. die FMH-Mandatierenden legen die für Entscheide gemäss diesem Konzept notwendigen Unterlagen, die den in den Verträgen bzw. diesem Konzept definierten entsprechen müssen, der TarMed in eigener Verantwortung vor.

Die TarMed-Nachfolgeorganisation legt aufgrund der von der FMH bzw. nicht vertragsgebundenen Ärztinnen und Ärzten vorgelegten Grundlagen für jeden Leistungserbringer fest, welche Leistungen der TarMed-Tarifstruktur zu Lasten der Kostenträger verrechnet werden dürfen. Rechte und Pflichten, die aus diesem Konzept für Kostenträger wie Leistungserbringer entstehen, sind in allen Verträgen, die auf der TarMed-Tarifstruktur basieren, gleich zu regeln bzw. entsprechend zu verankern.

Die vereinbarten Regelungen gelten in der ganzen Schweiz im KVG- und UV/MV/IV-Bereich für Tarife, die auf der Tarifstruktur TarMed basieren.

## 2. Operative Regelungen (Datenstandards, Datenaustausch etc.)

Die zur Dignitätsbeurteilung notwendigen Daten werden täglich mittels elektronischem Datenträger

zur Verfügung gestellt bzw. mutiert. Die technischen Modalitäten werden in einer separaten vertraglichen Vereinbarung geregelt, die den Transfer von Personendaten zwischen FMH bzw. H+ sowie KSK und MTK unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz regelt.

Der Datensatz beinhaltet die durch die TarMed (Nachfolgeorganisation) festzulegende Ordnungszahl, den Namen, Vornamen, Praxisort, den/die Facharzt(titel), den/die Fähigkeitsausweis(e), die Liste der durch den Arzt/die Ärztin verrechenbaren Leistungen gemäss TarMed-Tarifstruktur.

Für FMH-Mitglieder bzw. durch Nichtmitglieder erteilte Mandate stellt die FMH die Daten kostenlos zur Verfügung.

### 3. Vorgehen nach einzelnen Ärztinnen-/Ärztegruppen

#### 3.1 Facharzt(titel)trägerinnen und -träger

Die Leistungszuteilung erfolgt gemäss quantitativer und qualitativer Dignitätszuordnung Tarifstruktur Version Alpha.

#### 3.2 Zuteilung von Leistungen mit Dignitäten ausserhalb WBO

Leistungen der nicht durch Facharzt(titel) bzw. Schwerpunkte, Fähigkeits-/Fertigkeitsausweis zuordenbaren Dignität können nur von Facharzt(titel)trägerinnen und -trägern verrechnet werden.

Die Zuteilung erfolgt aufgrund von Listen, die durch die zuständigen Fachgesellschaften der FMH bzw. die FMH erstellt bzw. geführt werden:

1. Alle Facharzt(titel)trägerinnen und -träger werden in verbindlicher Form eingeladen, Leistungen mit einer Dignität ausserhalb der WBO, die sie zur Verrechnung beanspruchen, dem zuständigen Organ der FMH zu nennen. Dieses erstellt aufgrund der Nennungen eine entsprechende Datenbank. Nichtmitglieder der FMH, soweit sie der FMH kein Mandat erteilt haben, wenden sich an die TarMed, welche die Unterlagen des Gesuchstellers an das zuständige Organ der FMH zur technischen Bearbeitung weiterleitet.
2. Diese Datenbank wird der zuständigen Fachgesellschaft zur Überprüfung zugestellt. Zuständig ist diejenige Fachgesellschaft, in deren Verantwortungsbereich der Titel des antragstellenden Arztes fällt. Für Ärztinnen und Ärzte mit mehreren Titeln ist eine Zuordnung aufgrund der beantragten Leistungen vorzunehmen.
3. Die so bereinigten und seitens der FMH validierten Listen werden dem Konkordat Schweizer Krankenversicherer und der MTK zur Stellungnahme übermittelt. Es gelten die Bestimmungen von Punkt 2 dieses Konzeptes. Differenzen zwischen FMH und Versicherern werden durch ein bezeichnetes Gremium der TarMed-Nachfolgeorganisation bereinigt.
4. Die Listen werden monatlich durch FMH/Fachgesellschaften und TarMed-Nachfolgeorganisation mutiert.

5. Die TarMed-Nachfolgeorganisation ist für die geeignete Information der Kostenträger verantwortlich.

#### 3.3 Nichtfacharzt(titel)trägerinnen und -träger

Massgeblich für die Einstufung der sogenannten Nichtfacharzt(titel)trägerinnen und -träger sind die EU-Richtlinien gemäss bilateralen Verträgen mit der EU, das revidierte Freizügigkeitsgesetz sowie die vorgesehenen gesetzlichen Bestimmungen betreffend die Weiterbildung von Medizinalpersonen. Diese sehen insbesondere vor, dass nach einer Übergangsfrist nur noch Facharzt(titel)trägerinnen und -träger zur selbständigen Berufsausübung zugelassen sind. In der Übergangsfrist muss Nichttitelträgerinnen und -trägern die Möglichkeit zum erleichterten Erwerb des Titels geboten werden.

Die in KVG/KVV verankerte minimale Weiterbildung von 2 Jahren für die Zulassung zur Sozialversicherung gibt Garantie dafür, dass Nichtärztinnen und -ärzte ohne jegliche Weiterbildung selbständig tätig sein können.

In den laufenden KVG-Revisionen werden möglicherweise neue Grundsätze zur Gleichstellung praktizierender Nichttitelträgerinnen und -träger mit Titelträgerinnen und -trägern verankert.

In dieser dynamischen Übergangssituation gilt es, eine zeitlich klar limitierte und Übergangscharakter tragende Lösung zu finden:

1. Ärztinnen und Ärzte in selbständiger Tätigkeit für die Sozialversicherung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der auf den TarMed-Tarifstrukturen basierenden Verträge werden auf Antrag einem Facharzt(titel) zugeordnet, der ihrer effektiven Weiterbildung bzw. Tätigkeit der letzten drei Jahre entspricht. Massgeblich ist das Spektrum regelmässig und in genügender Zahl erbrachter, qualitativ nicht beanstandeter Leistungen. Das entsprechende Zertifikat berechtigt zur Verrechnung gemäss Leistungsspektrum des entsprechenden Facharzt(titel)s, ist aber sonst ohne jegliche Wirkung und ersetzt in keiner Weise den entsprechenden Facharzt(titel) (Äquivalenztitel).
2. Die FMH erstellt nach Überprüfung der Anträge gemäss 3.3.1 eine Datenbank, welche die äquivalente Zuordnung zu einem Facharzt(titel) ausweist. Die Datenbank wird dem KSK und der MTK zur Überprüfung und Stellungnahme übermittelt. Es gelten die Bestimmungen von Punkt 2 dieses Konzeptes. Allfällige Differenzen zwischen FMH und Kostenträgern werden durch das bezeichnete Gremium der TarMed-Nachfolgeorganisation bereinigt, das für die Information der gemäss Vertrag berechtigten Stellen bzw. Organe zuständig ist.
3. Die Listen sind spätestens bis 30 Tage vor Inkrafttreten der entsprechenden Verträge zu erstellen. Sie gelten für die aufgeführten Ärztinnen und Ärzte, unter Vorbehalt einer reglements-konformen Fortbildung, bis zum Inkrafttreten sie hinfällig machender gesetzlicher Bestimmungen.
4. Ärztinnen und Ärzte, die ohne Facharzt(titel) nach dem Inkrafttreten der neuen Verträge diesen bei-

treten wollen, oder Ärztinnen und Ärzte, die in selbständiger Tätigkeit bis zum Inkrafttreten der Verträge keinen Antrag gestellt haben, sowie Nichtmitglieder der FMH, die diese nicht mandatiert haben, stellen zur Feststellung der dignitätsbezogenen Abrechnungsberechtigung Antrag an die TarMed-Nachfolgeorganisation.

- Die Regelungen 3.3 gelten bis zum Inkrafttreten sie hinfallig machender gesetzlicher Bestimmungen.

#### 4. Wohlerworbene Rechte

Ärztinnen und Ärzte, die bis zum Inkrafttreten der auf der TarMed-Tarifstruktur basierenden Tarife zu Verträgen der sozialen Kranken- und Unfallversicherung zugelassen sind, können Leistungen verrechnen, die ihrer reglementarischen Weiter- und Fortbildung nicht entsprechen, sofern sie diese Leistungen vor Inkrafttreten der neuen Tarife bereits in genügender Zahl, regelmässig und qualitativ unbeanstandet erbracht bzw. zu Lasten der sozialen Kranken- und Unfallversicherung abgerechnet haben. Massgeblich sind hier die Ausführungen des EJPD zuhanden der sogenannten Kommission Fleiner I.

Die Berechtigung zur Abrechnung solcher Leistungen wird wie folgt festgelegt bzw. dokumentiert:

- Die FMH lädt nach Genehmigung der Tarifstruktur TarMed Alpha ihre Mitglieder unter Ansetzung einer Frist von 3 Monaten ein, die sie hinsichtlich Verrechnung interessierender Leistungen der Tarifstruktur TarMed Alpha zu melden, zu deren Abrechnung sie gemäss ihrer formalen Weiterbildung (Facharztstitel/Ausweis KVG, Schwerpunkt, Fähigkeits- und Fertigkeitenausweise) nicht berechtigt sind.
- Die FMH erstellt unter kritischer Würdigung und unter Einbezug der befassten kantonalen und Fachgesellschaften eine Liste enthaltend die pro Mitglied zur Verrechnung ausserhalb der formalisierten Weiter- und Fortbildung zugelassenen Leistungen (Frist: + 9 Monate nach Genehmigung der Tarifstruktur durch den Bundesrat).
- Die Liste wird den Sozialversicherern zur Stellungnahme und nachfolgenden einvernehmlichen Bereinigung mit der FMH zugestellt (Frist: +12 Monate nach Genehmigung der Tarifstruktur durch den Bundesrat).
- Nichtmitgliedern der FMH stehen folgende Möglichkeiten offen:
  - Sie beauftragen die FMH gegen Entgelt mit der Bearbeitung ihre Anträge analog den Regelungen für FMH-Mitglieder.
  - Sie legen ihre Berechtigungen in einer separaten Vereinbarung mit den Sozialversicherern im KVG- sowie UV/MV/IV-Bereich fest. Diese führen eine entsprechende Liste, die der FMH vorgelegt und mit ihr einvernehmlich bereinigt wird.
 Für Nichtmitglieder gelten die gleichen Fristen wie für Mitglieder: Als Aufruf mit Frist von

3 Monaten gelten die Publikationen in der Schweizerischen Ärztezeitung. Überdies werden die Kantonsärztinnen und -ärzte bzw. die zuständigen Organe der Kantone eingeladen, der TarMed-Nachfolgeorganisation eine Aufstellung der in ihrem Kantonsgebiet praktizierenden Nichttitelträgerinnen und -träger zu zustellen. Die Listen sind im gleichen Zeitraum wie diejenigen für FMH-Mitglieder zu erstellen bzw. zu bereinigen.

#### 5. Angestellte Ärztinnen und Ärzte

##### 5.1 Chefarztspitäler

###### 5.1.1 Eigenverantwortlich tätige Ärztinnen und Ärzte mit Liquidationsberechtigung in Chefarztspitälern

Massgeblich sind die Bestimmungen von Abschnitt 3 dieses Konzeptes. Die Titel gemäss WBO definieren das Spektrum der von den Leistungserbringern gemäss diesem Konzept abzurechnenden Leistungen des Spitals.

Die Chefarztspitäler erstellen aufgrund der von ihren Chef- und Leitenden Ärztinnen und Ärzten verrechenbaren Leistungen eine Liste derjenigen Leistungen der Tarifstruktur, die sie verrechnen dürfen; diese wird der TarMed monatlich mutiert zur Verfügung gestellt und in Absprache mit den zuständigen Kantonen validiert.

###### 5.1.2 Nicht eigenverantwortlich tätige Ärztinnen und Ärzte ohne Liquidationsberechtigung in Chefarztspitälern: Assistentinnen und Assistenten, Oberärztinnen und -ärzte

Leistungen, die von diesen Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, dürfen verrechnet werden, wenn sie dem Dignitätsspektrum der diesen Ärztinnen und Ärzten vorgesetzten Chefärztinnen und -ärzten und Leitenden Ärztinnen und Ärzten bzw. der von ihnen geleiteten Abteilung entsprechen und wenn diese Leistungen unter Aufsicht und allenfalls Mithilfe dieser vorgesetzten Ärztinnen und Ärzte erbracht werden. Für die Verrechnung gilt Abs. 5.1.1.

##### 5.2 Belegarztspitäler, HMOs, Praxisgemeinschaften mit juristischer Person, Verwaltungsinstitutionen etc.

Sinn gemäss gelten die Regeln der Abschnitte 3 und 4 dieses Konzeptes. Die Ärztinnen und Ärzte verrechnen diejenigen Leistungen, die ihnen gemäss ihrem Titel zustehen. Erfolgt die Abrechnung über die Institution, so ist der verantwortliche Leistungserbringer auf der Rechnung kenntlich zu machen.

Leistungen von nicht eigenverantwortlich tätigen Ärztinnen und Ärzten bzw. von Ärztinnen und Ärzten ohne Liquidationsberechtigung dürfen vom für die Behandlung zuständigen Arzt/von der zuständigen Ärztin verrechnet werden, wenn diese Leistungen unter deren Aufsicht bzw. Mithilfe erbracht werden.