

Rahmenvertrag zum TarMed

Version vom 14.12.2000

Genehmigt durch den Verwaltungsrat des KSK
am 24. Januar 2001.

Genehmigt durch den Zentralvorstand der FMH
am 28. Dezember 2000.

Vertragsparteien

- Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn («KSK») und
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 16 («FMH»)

1. Ingress

- 1 Die Versicherer und die Ärzte¹ haben im Rahmen der Gesamtrevision Arzttarif und Spitalleistungskatalog (TarMed) eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur erarbeitet, welche die unterschiedlichen Tarifstrukturen UV/MV/IV, die kantonalen Ärztetarife für die Krankenversicherung und den Spitalleistungskatalog (SLK) ersetzt. Die Tarifstruktur TarMed gemäss Anhang 1 bildet einen integrierenden Bestandteil dieses Vertrages.
- 2 Der vorliegende Vertrag bezweckt die Einführung und Anwendung dieser gesamtschweizerisch vereinbarten Tarifstruktur und eine einheitliche Abwicklung der Vergütung der Ärzte durch die Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG.
- 3 Als Bestandteile des Vertrages gelten
 - *1. die von den Parteien vereinbarte und vom Bundesrat genehmigte Tarifstruktur;
 - *2. Konzept Kostenneutralität;
 - *3. Regelungen zum Datenschutz und Datenaustausch, insbesondere elektronischer Datentransfer;
 - *4. Tätigkeit von Vertrauensärzten;

¹ Im Interesse besserer Verständlichkeit wird bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt, sie gilt aber für beide Geschlechter.

² Für diese Leistungserbringer gelten dieselben vertraglichen Rechte und Pflichten wie für selbständig praktizierende Ärzte, soweit nichts anderes vereinbart wird.

* Diese Anhänge gelten für die Parteien als wesentlich, d.h., sie müssen bei der Genehmigung durch die zuständigen Organe der Parteien ebenfalls vorliegen. Die anderen Anhänge können später genehmigt werden.

5. Regelungen über die Höhe der Beitrittsgebühr und der jährlichen Unkostenbeiträge;
- *6. Regelung über Diagnose/Diagnosecode;
7. Regelung über das Abrechnungswesen;
8. Regelung über Qualitätserfordernisse und WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit);
9. Regelung über die Paritätische Interpretationskommission;
- *10. Regelung über die Anerkennung der Infrastrukturen, Dignitäten und Spezialausbildungen;
11. Rahmentarif (noch ausstehend).

2. Geltungsbereich

- 1 Dieser Vertrag gilt für:
 - a) alle selbständig praktizierenden Ärzte, die eine Berufsausübungsbewilligung nach kantonalem Recht erhalten haben, die gesetzlichen Voraussetzungen nach KVG erfüllen und diesem Vertrag beigetreten sind;
 - b) alle Ärzte, die Leistungen nach den besonderen Versicherungsformen erbringen (HMO, Hausarztmodell, Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege usw.), soweit sie nach Einzelleistungstarif abrechnen und diesem Vertrag beigetreten sind²;
 - c) alle nach KVG zugelassenen Versicherer, die diesem Vertrag beigetreten sind;
 - d) alle Versicherten, die im Rahmen des KVG oder internationalen Abkommen Anspruch auf eine Vergütung durch die Krankenversicherer haben.
- 2 Dieser Vertrag gilt auf dem Gebiet der ganzen Schweiz.
- 3 Soweit in diesem Vertrag eine Materie nicht abschliessend geregelt wird, können Ärzte und Versicherer auf überkantonaler, kantonaler oder regionaler Ebene ergänzende Bestimmungen erlassen. Sonderregelungen bezüglich Tarifstruktur, Interpretation, Ergänzungen etc. sind ausgeschlossen.

3. Beitritt zum Vertrag

- 1 Dieser Vertrag gilt für jeden Arzt, der neu der FMH angeschlossen ist, die Zulassungsvoraussetzungen nach Ziffer 2 Abs. 1 lit. a dieses Vertrages erfüllt, und ihm mittels einer schriftlichen Erklärung an die FMH beigetreten ist.
- 2 Dieser Vertrag gilt für jeden nach KVG zugelassenen und dem KSK angehörenden Krankenversicherer, der ihm durch schriftliche Erklärung an das KSK beigetreten ist.
- 3 Die FMH und das KSK führen jeweils eine Liste ihrer Mitglieder und Nichtmitglieder, die diesem Vertrag angeschlossen sind.
- 4 Die FMH und das KSK stellen einander die Mitgliederlisten zu.

4. Rücktritt vom Vertrag

- 1 Will ein Arzt oder ein Versicherer von diesem Vertrag zurücktreten, hat er schriftlich eine Rücktrittserklärung bei seinem Berufsverband einzureichen. Die Rücktrittserklärung hat unter Einhaltung einer sechsmonatigen Frist per 30. Juni, bzw. 31. Dezember zu erfolgen.
- 2 Verliert ein Arzt die Mitgliedschaft bei der FMH bzw. ein Versicherer beim KSK, verliert er die Zugehörigkeit zu diesem Vertrag innert einer sechsmonatigen Frist per 30. Juni bzw. 31. Dezember, sofern er diesem Vertrag nicht als Nichtmitglied beitrifft.

5. Nichtmitglieder

- 1 Ärzte, die nicht der FMH angehören, bzw. Versicherer, die nicht dem KSK angehören, aber die Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 2 erfüllen, können dem Vertrag beitreten. Der Beitritt schliesst die volle Anerkennung des Vertrags mit seinen Anhängen ein. Nichtmitglieder haben eine Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag zu entrichten. Die Modalitäten sind in den Ausführungsbestimmungen (Anhang 5) geregelt.
- 2 Dieser Vertrag kann erst nach Bezahlung der Beitrittsgebühr angewendet werden. Die Anwendbarkeit dieses Vertrages entfällt per sofort, wenn der jährliche Unkostenbeitrag nach zweimaliger Mahnung innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der zweiten Mahnung nicht bezahlt wird. Für verspätete Zahlungen wird ein Verzugszins von 5% berechnet.
- 3 Die nicht einem Verband angehörenden Ärzte und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten per 30. Juni oder 31. Dezember vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittserklärung muss schriftlich beim jeweiligen Verband eingereicht werden.
- 4 Auf der jeweiligen Mitgliederliste der Vertragsparteien sind die Nichtmitglieder, die dem Vertrag beigetreten sind, ebenfalls und gesondert aufzuführen.

6. EAN-Nummer/Registriernummer (Reg.-Nr.)

- 1 Die FMH händigt allen Ärzten eine EAN-Nummer aus (einheitliche europäische Individualisierungsnummer).
- 2 Gestützt auf diese EAN-Nummer sowie die mitgeteilten Daten über die Verrechnungsberechtigung erhält der nach kantonalen Bestimmungen zugelassene Arzt vom KSK eine Registriernummer (Reg.-Nr.) und rechnet über diese ab. Die persönliche EAN- und die Reg.-Nr. müssen auf jeder Rechnung und Verordnung aufgeführt werden.
- 3 Die Registriernummer ist dem zugelassenen Arzt innert zehn Tagen nach Eingang eines entsprechenden Begehrens durch das KSK zuzustellen.

7. Anerkennung der Infrastrukturen, Dignitäten und Spezialausbildungen

- 1 Die Parteien regeln im Anhang 10 die Kriterien für die Anerkennung der Infrastrukturen, Dignitäten und Spezialausbildungen.
- 2 Alle diesem Vertrag beigetretenen Ärzte, Mitglieder und Nichtmitglieder der FMH müssen die definierten Anerkennungskriterien erfüllen. Die Einhaltung der Kriterien ist Voraussetzung für die Abrechnungsberechtigung.

8. Praxisassistentenz und Stellvertretung

- 1 Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, seine Leistung persönlich zu erbringen.
- 2 Er kann unter Berücksichtigung der kantonalen Gesetzgebung einen Praxisassistenten oder Stellvertreter beiziehen.
- 3 Ein Praxisassistent kann zur Weiterbildung während maximal sechs Monaten angestellt werden. Vorbehalten sind anderweitige Lösungen in der WBO. Der Praxisinhaber gibt dem KSK die EAN-Nummer und die Dauer der Anstellung des Praxisassistenten bekannt.
- 4 Ein Stellvertreter kann bei länger dauernder Abwesenheit des Praxisinhabers angestellt werden. Name und Dignität des Stellvertreters sind dem KSK bekannt zu geben. Dauert eine Stellvertretung länger als sechs Monate, so hat der betreffende Stellvertreter eine eigene Registernummer zu beantragen.
- 5 Der Arzt als Inhaber der Registriernummer trägt im Rahmen dieses Vertrages die Verantwortung für das ärztliche Verhalten seines Stellvertreters oder Assistenten.

9. Anstellung von Ärzten und Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person

- 1 Die Anstellung von Ärzten unter der Verantwortung und Aufsicht eines anstellenden Arztes ist zulässig.
- 2 Die anzustellenden Ärzte müssen dem KSK und der FMH vor Antritt der Stelle gemeldet werden. Im Zeitpunkt der Anstellung müssen für den anzustellenden Arzt die Voraussetzungen gemäss Art. 36 KVG und Art. 38 KVV erfüllt sein.
- 3 Eine Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person (AG, Kommanditgesellschaft, GmbH, Genossenschaft, Verein etc.) ist möglich.
- 4 Sind mehrere Ärzte unter einer einzigen Reg.-Nr. tätig, haften sie im Rahmen dieses Vertrages gegenüber den Krankenversicherern bei vertragswidrigem Verhalten solidarisch.
- 5 Die erbrachten Leistungen müssen den einzelnen Ärzten zugeordnet werden können.

6 Die Anstellung von Ärzten bzw. die Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person richtet sich im übrigen nach der kantonalen Gesetzgebung und den Vereinbarungen zwischen Ärzten und Versicherern auf überkantonaler, kantonal- oder regionaler Ebene.

10. Sanktionen bei Vertragsverletzung

1 Verletzt ein diesem Vertrag beigetretener Arzt oder Versicherer Bestimmungen dieses Vertrages, seiner Anhänge, des KVG oder seiner Verordnungen, so kann die zuständige PVK folgende Sanktionen aussprechen:

1. schriftliche Mahnung;
2. Nichtbezahlung von zu Unrecht verrechneten Leistungen;
3. Rückforderung von zu Unrecht bezahlten Vergütungen;
4. Bezahlung von zu Unrecht verweigerten Vergütungen;
5. Busse bis Fr. 50 000.–;
6. Ausschluss vom Vertrag;
7. Veröffentlichung in den Publikationsorganen der Vertragsparteien.

2 Die einzelnen Sanktionen können kumulativ ausgesprochen werden.

3 Die Einreichung einer Strafanzeige bei Verdacht auf eine strafbare Handlung bleibt ausdrücklich vorbehalten.

11. Rechnungsstellung und Vergütung

1 Schuldner der Vergütung der ärztlichen Leistung im Rahmen des KVG ist der Versicherte (System des «tiers garant»). Ärzte und Versicherer können das System des «tiers payant» vereinbaren.

2 Der Taxpunktwert wird auf kantonal- oder regionaler Ebene ausgehandelt.

3 Der Arzt stellt Rechnung nach dem Tarif am Ort der Leistungserbringung. Es gilt der Tarifschutz.

4 Der Arzt stellt die Rechnung mittels einem einheitlichen Rechnungsformular gemäss Anhang 7 dieses Vertrages.

5 Die Abrechnung erfolgt innert zwei Jahren nach Einführung von TarMed in elektronischer Form. Die Modalitäten beim elektronischen Datentransfer im «tiers payant» und im «tiers garant» sind in Anhang 3 dieses Vertrages geregelt.

6 Im Falle des «tiers garant» schickt der Arzt die Rechnung dem Versicherten und – falls dieser bei einem Versicherer eine Rückforderung geltend macht – stellt er dem Versicherer gemäss Anhang zum elektronischen Datentransfer eine elektronische Kopie zur Verfügung.

7 Der Arzt liefert im Falle des «tiers payant» die Rechnung dem Versicherer und stellt dem Versicherten eine Kopie zu.

8 Die Rechnung muss folgende Angaben enthalten:

- a) Name und Adresse des Arztes, die Reg.-Nr. und die EAN-Nr.;
- b) Name, Adresse, Geburtsdatum und – soweit vorhanden – die Versichertennummer des Patienten;
- c) Grund der Behandlung (Krankheit, Unfall, Mutterschaft und Geburtsgebrechen);
- d) Kalendarium der Leistungen;
- e) Tarifpositionen, Nr. und Bezeichnung;
- f) Taxpunktwerte;
- g) Diagnosen nach dem vereinbarten Diagnosecode;
- h) Bezeichnung von Nichtpflichtleistungen gemäss KVG;
- i) Rechnungsdatum.

9 Falls ein Patient per 30. Juni bzw. 31. Dezember seinen Versicherer wechselt, erstellt der Arzt auf Verlangen des Patienten bis spätestens am 15. August des Kalenderjahres bzw. 15. Februar des Folgejahres eine Zwischenabrechnung per 30. Juni bzw. 31. Dezember.

10 Der Versicherer vergütet dem Arzt – falls das System des «tiers payant» vereinbart worden ist – den unbestrittenen Teil bei elektronischer Abrechnung innerhalb von 30 Tagen, bei schriftlicher Abrechnung von 45 Tagen nach Erhalt der Rechnung.

11 Die Verrechnung von Ausständen des Versicherten gegenüber dem Versicherer zu Lasten des Arztes ist im «tiers payant» ausgeschlossen.

12 Weitergehende überkantonale, kantonale und regionale Lösungen bleiben vorbehalten.

12. Schuldübernahme

1 In Einzelfällen kann der Arzt mit dem Versicherer vor Rechnungsstellung schriftlich vereinbaren, dass ihm dieser den Rückforderungsbetrag, den er dem Versicherten schuldet, direkt bezahlt.

2 Einzelheiten werden in den überkantonalen, kantonalen oder regionalen Verträgen geregelt.

13. Qualitätssicherung

Die dem Vertrag angeschlossenen Ärzte verpflichten sich zur Mitwirkung bei den Massnahmen für die Sicherung und Kontrolle der Qualität nach Art. 58 KVG. Diese Massnahmen werden in einem separaten Anhang 8 zu diesem Vertrag festgehalten.

14. Vertrauensärzte, elektronischer Datentransfer

1 Für die Behandlung von Daten, die sich auf bestimmte oder bestimmbar Personen beziehen, insbesondere im elektronischen Datentransfer, gilt Art. 84 KVG.

- Die Parteien regeln die Weitergabe von medizinischen Daten und die Stellung und Weiterbildung von Vertrauensärzten in den Anhängen 3 und 4 zu diesem Vertrag.

15. Wirtschaftlichkeit

- Die Vertragsärzte haben sich in der Behandlung, in der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln sowie in der Anordnung und Durchführung von wissenschaftlich anerkannten Heilanzeigen und Analysen auf das durch das Interesse des Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche zu beschränken (Art. 56 KVG).
- Die Parteien verpflichten sich im Sinne von Art. 56 Abs. 5 KVG und Art. 76 und 77 KVV zur Erarbeitung von Datengrundlagen und Messkriterien für die Sicherstellung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen gemäss diesem Gesetz. Die Arbeiten sollen bis spätestens zum Ablauf der kostenneutralen Einführungsphase abgeschlossen sein.

16. Paritätische Interpretationskommission (PIK)

Die Vertragspartner schaffen eine Paritätische Interpretationskommission (PIK) mit der alleinigen und umfassenden Zuständigkeit, den TarMed gesamtschweizerisch einheitlich und verbindlich zu interpretieren. Die Modalitäten sind im Anhang 9 zu diesem Vertrag geregelt.

17. Paritätische Vertrauenskommission

- Ärzte und Versicherer haben auf überkantonaler, kantonaler oder regionaler Ebene eine Paritätische Vertrauenskommission (PVK) einzurichten.
- Diesen PVKs können folgende Aufgaben übertragen werden:
 - Führen von Verhandlungen bei gekündigten überkantonalen, kantonalen oder regionalen Verträgen oder im vertragslosen Zustand;
 - Interpretation der überkantonalen, kantonalen oder regionalen Verträge;
 - Schlichten von Streitigkeiten zwischen Ärzten und Versicherern;
 - Überprüfen beanstandeter Arztrechnungen;
 - Überprüfen von ärztlichen Behandlungen gemäss den von den Parteien erarbeiteten WZW-Kriterien (Anhang 8)
 - Verhängen von Sanktionen gegenüber einzelnen Ärzten oder Versicherern bei Verletzung des KVG, seiner Verordnungen, des Rahmenvertrages KSK-FMH, seiner Anhänge oder der überkantonalen, kantonalen oder regionalen Verträge;
 - Erteilen von Ratschlägen;
 - weitere Aufgaben, die ihr von den Vertragsparteien gemeinsam unterbreitet werden.

- Die von einer Partei angerufene PVK hat spätestens innert einer Frist von zwei Monaten nach Anrufung zu einer Vermittlungsverhandlung einzuladen.

18. Kündigung

- Dieser Vertrag kann von jeder Vertragspartei frühestens nach Ablauf von zwölf Monaten nach dem Inkrafttreten schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung erfolgt unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Monats, d.h. frühestens auf ... Massgebend für die Einhaltung der Kündigungsfrist von sechs Monaten ist das Datum des Poststempels der Kündigung.
- Wird dieser Vertrag innert den ersten zwölf Monaten nicht gekündigt, kann eine Kündigung nur unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres erfolgen.
- Nach der Kündigung durch eine der Parteien nehmen die beiden Parteien unverzüglich Vertragsverhandlungen auf.
- Kommt nach Ablauf der Kündigungsfrist von sechs Monaten kein neuer Vertrag zustande, informieren die Vertragsparteien das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).

19. Schiedsgericht FMH/KSK

- Streitigkeiten aus diesem Vertrag oder seinen Anhängen, mit Ausnahme von Tarifstreitigkeiten und Interpretationsfragen gemäss Art. 16 dieses Vertrages, sollen nach Möglichkeit auf dem Verhandlungsweg zwischen den Parteien und anschliessend auf der Ebene der Paritätischen Vertrauenskommissionen, soweit sie die überkantonalen, kantonalen oder regionalen Verträge betreffen, erledigt werden.
- Kommt es zu keiner Einigung, entscheidet ein vertraglich von den Parteien eingesetztes Schiedsgericht abschliessend über Streitigkeiten aus diesem Vertrag.
- Beide Parteien ernennen je zwei Schiedsrichter, welche den Obmann bestimmen. Bei Säumigkeit der Parteien ernannt der Präsident des Obergerichtes des Kantons Solothurn die Schiedsrichter.
- Das Schiedsgericht bezweckt die einheitliche Auslegung dieses Vertrages und seiner Anhänge.
- Das Schiedsgericht bestimmt das Verfahren selbst. Es hat seinen Sitz in Solothurn. Im übrigen gelten die Vorschriften der Zivilprozessordnung des Kantons Solothurn.
- In überkantonalen, kantonalen oder regionalen Verträgen können eigene Schiedsgerichte eingesetzt werden.

Übergangsbestimmungen

I. Inkrafttreten

- 1 Dieser Vertrag tritt nach Unterzeichnung beider Vertragsparteien mit Datum der Genehmigung durch den Bundesrat in Kraft.
- 2 Alle der FMH angehörenden Ärzte sind bei Inkrafttreten diesem Vertrag angeschlossen, sofern sie nicht innert 30 Tagen ab Veröffentlichung in den Verbandsorganen die Mitteilung an die FMH machen, dem Vertrag nicht beizutreten.
- 3 Falls durch den Bundesrat oder das zuständige Departement dieser Vertrag oder Teile desselben oder seine Anhänge, die für die Parteien von wesentlicher Bedeutung sind, nämlich die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens gültige Version, Konzept Kostenneutralität vom ..., nicht genehmigt werden sollten, wird der gesamte Vertrag mit seinen Anhängen für die Parteien gegenstandslos.
- 4 Nach Inkrafttreten dieses Vertrages bezeichnen die kantonalen Vertragsparteien einen Stichtag, ab dem nach der neuen TarMed-Tarifstruktur abgerechnet wird. Die nach früherem Tarif erbrachten Leistungen (inklusive Analysen, Physiotherapien usw.) müssen mit einer Abrechnung bis zu diesem Stichtag in Rechnung gestellt werden.
- 5 Ab diesem Stichtag sind die übrigen eidgenössischen Tarife integral anzuwenden.

II. Kostenneutralität

- 1 Die Vertragsparteien vereinbaren, dass sich durch die Einführung der Tarifstruktur TarMed die Gesamtkosten je Versicherten für alle im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechneten Leistungen in der Arztpraxis nicht erhöhen dürfen. *(Diese Definition ist für beide Parteien nicht verbindlich. Sie kann erst im Zeitpunkt der Genehmigung von Anhang 2 verfasst werden!)*
- 2 Die Vertragsparteien regeln die Details über eine kostenneutrale Einführung des TarMed in einem Anhang zu diesem Vertrag.

Schönenwerd/Solothurn, 14. Dezember 2000
P. Meier/D. Wyler

Beitrittsgebühren und jährliche Unkostenbeiträge von Nichtmitgliedern der FMH bzw. des KSK

Gemäss Art. 46 Abs. 2 KVG bzw. Art. 5 des Rahmenvertrages TarMed vom 12. Januar 2001 vereinbaren die Parteien folgendes:

1. Die FMH und das KSK erheben von Nichtverbandsmitgliedern eine Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag gemäss Art. 5 des Rahmenvertrages TarMed.
2. Die Beitrittsgebühr für Nichtmitglieder FMH (für frei praktizierende und Spitalärzte, die den Tarif anwenden) beträgt 60% des Jahresbeitrages von FMH-Mitgliedern. Die Beitrittsgebühr für Nichtmitglieder KSK beträgt 60% des Jahresbeitrages, den sie bei einer KSK-Mitgliedschaft entrichten müssten.
3. Der jährliche Unkostenbeitrag für Nichtmitglieder FMH (für frei praktizierende und Spitalärzte, die den Tarif anwenden) beträgt 30% des jährlichen FMH-Mitgliederbeitrages. Der jährliche Unkostenbeitrag für Nichtmitglieder KSK beträgt 30% des Jahresbeitrages, den sie bei einer KSK-Mitgliedschaft entrichten müssten. Der Unkostenbeitrag wird erst ab dem Beitritt folgenden Jahr erhoben.
4. Beim Vertragsrücktritt eines Nichtmitgliedes im Verlaufe des Jahres verfällt der gesamte jährliche Unkostenbeitrag.
5. Die Beitrittsgebühr und der jährliche Unkostenbeitrag sind im voraus zu bezahlen und werden fällig mit dem Einreichen der Beitrittserklärung bzw. vor Beginn eines Kalenderjahres. Im übrigen gilt Art. 5 Abs. 2 des Rahmenvertrages TarMed.
6. Überkantonale, kantonale oder regionale Gruppierungen sind berechtigt, von Nichtmitgliedern eine analoge Beitrittsgebühr bzw. einen jährlichen Unkostenbeitrag zu verlangen. Die maximale Höhe ist in den entsprechenden Verträgen zu fixieren.
7. Über Streitigkeiten betreffend Höhe und Festsetzung der Beitrittsgebühr bzw. des jährlichen Unkostenbeitrages für Nichtmitglieder FMH/KSK entscheidet abschliessend das Schiedsgericht gemäss Art. 19 Rahmenvertrag TarMed.

Regelung über Diagnose/Diagnosecode

Gemäss Art. 11 Abs. 8 lit. g des Rahmenvertrages TarMed vom 12. Januar 2001 vereinbaren die Parteien folgendes:

1. Als Grundlage für den anzuwendenden Diagnosecode für die gesamte ambulante Praxistätigkeit gilt die Codeliste des Kantons Tessin vom 19. Juni 1996.
2. Dieser Diagnosecode ist durch die Position «Diagnose auf Verlangen der Versicherer nur an den Vertrauensarzt» zu ergänzen.
3. Die Spitäler sowie die Ärzte mit akkreditiertem Praxis-OP wenden den ICD-10-Code bzw. die genaue Version CHOP an.
4. Der gemäss Ziff. 1 vorläufig angewendete Diagnosecode wird aufgrund der Erfahrungen der Parteien bis 1. Januar 2003 durch ein kohärentes System auf der Basis des überprüften ICPC, welcher mit der ICD-10-Codierung kompatibel ist, abgelöst.
5. Die Parteien können eine Verlängerung der Anwendbarkeit des Tessiner Diagnosecodes vereinbaren.