

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.

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

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

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, 00.0040, 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 Bestimmungen gelten für Ärztinnen und Ärzte in gleichem Masse. Zur besseren Lesbarkeit werden nur männliche Formen verwendet. Wir bitten die Leserinnen um Verständnis.

- 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 beschränkt nur maximal einen, einem Facharzttitel entsprechenden Fachbereich ohne Schwerpunkttitel oder Fähigkeits- / Fertigkeitensausweise. 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 (voraussichtlich 1.1.2002) 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

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

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. 150 StGB geahndet werden können.

Die TARMED/Nachfolgeorganisation (NFO) bildet eine paritätische Kommission (nachfolgend: PaKoDig) bestehend aus je einem Vertreter der Vertragsparteien, welche die Daten mindestens 1x pro Jahr einer Schlussvalidierung unterzieht, die durch den berechtigten Arzt gegenzuzeichnen 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 NFO beschliessen.

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

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 einzelleistungswise 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 santésuisse)

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

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

Selbstständig 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.

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

3.2.5. Ärzte in Weiterbildung

Ärzte in Weiterbildung teilen der FMH, unter Bestätigung allfällig bereits erworbener Weiterbildungstitel (Facharzttitel, 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 TARMED/NFO 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.

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

5. Validierung der Dignitätsdatenbank / Sanktionen, Rekurs, Rechtsweg

5.1. Paritätische Kontrollkommission Dignitätsdatenbank der NFO (PaKoDIG), Zusammensetzung/Aufgaben

5.1.1. Zusammensetzung und Aufgaben

Die NFO bestellt eine Kommission zur Überwachung und Validierung der Datenbank Dignität (PaKoDIG). Sie wird gebildet von je einer durch die Vertragsparteien 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).

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

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.

Bern, 7. Dezember 2001 HHB/dr
Konzept 9.0

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