

# Kantonaler Anschlussvertrag (AV) zum Rahmenvertrag TARMED (RV)

zwischen  
santésuisse

und

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Bern (im Folgenden «AeG» genannt)

## Abkürzungen:

KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18.3.1994  
KVV: Verordnung über die Krankenversicherung vom 27.6.1995  
RV: Rahmenvertrag TARMED zwischen FMH und santésuisse vom 05.06.2002  
AV: Kantonaler Anschlussvertrag zum Rahmenvertrag TARMED  
LeiKoV: Vertrag zwischen santésuisse und FMH sowie den kantonalen Ärztesellschaften betreffend Kontrolle und Steuerung von Leistungen und Kosten im TARMED (nationale LeiKoV vom 27.06.2005, unterzeichnet am 26.09.2005)  
AeG: Ärztegesellschaft(en)  
ZSR-Nr.: Zahlstellenregister-Nummer

## Inhaltsverzeichnis

### Präambel

Art. 1 Sachlicher und örtlicher Geltungsbereich  
Art. 2 Beitritt zum Vertrag / Verbandsmitglieder (Neumitglieder) / Nichtverbandsmitglieder  
Art. 3 Beitrittsgebühren / Unkostenbeiträge  
Art. 4 Rücktritt vom Vertrag  
Art. 5 Verzeichnis der Beitritte / Rücktritte  
Art. 6 EAN-Nummer / ZSR-Nummer  
Art. 7 Ausschluss einzelner Ärzte / Versicherer  
Art. 8 Auftragsverhältnis / freie Arztwahl  
Art. 9 Taxpunktwert / Kontrolle und Steuerung von Leistungen und Kosten  
Art. 10 Rechnungsstellung und Vergütung  
Art. 11 Ärztliche Statistikdaten  
Art. 12 Zession von Versichertenansprüchen  
Art. 13 Praxisassistenten und Stellvertretung  
Art. 14 Anstellung von Ärzten und Zusammenarbeit in der Rechtsform einer jur. Person  
Art. 15 Vertrauensärzte  
Art. 16 paritätische Vertrauenskommission / vertraglich vereinbartes Schiedsgericht  
Art. 17 Sanktionen bei Vertragsverletzung  
Art. 18 Vertragsdauer und Kündigung  
Art. 19 Inkrafttreten  
Art. 20 Rahmentarif  
Art. 21 Schluss- und Übergangsbestimmungen  
Art. 22 Behördliche Genehmigung

### Präambel

<sup>1</sup> santésuisse und die FMH haben am 5. Juni 2002 den RV unterschrieben. Der RV wurde vom Bundesrat am 30. September 2002 genehmigt.

<sup>2</sup> Der Taxpunktwert ist überkantonal, kantonal oder regional durch die Parteien zu vereinbaren und durch die zuständige Regierung zu genehmigen (Art. 11 Abs. 2 RV).

<sup>3</sup> Kommt es zu keiner Einigung zwischen den Verbänden, wird der Taxpunktwert durch die Regierung des zuständigen Kantons festgesetzt.

<sup>4</sup> Versicherer und Ärzte können zudem überkantonal, kantonal oder regional Bestimmungen erlassen, soweit der RV eine Materie nicht abschliessend regelt (Art. 2 Abs. 3 RV).

<sup>5</sup> Sollten sich Bestimmungen des RV und/oder seiner Anhänge und Bestimmungen dieses Vertrages und/oder seiner Anhänge widersprechen, so gehen die Bestimmungen des RV und/oder seiner Anhänge vor.

<sup>6</sup> Die kantonale und nationale LeiKoV bilden einen integrierenden Bestandteil dieses Vertrages.

### Art. 1 Sachlicher und örtlicher Geltungsbereich

<sup>1</sup> Dieser Vertrag regelt die Beziehungen zwischen den Ärzten und Versicherern, die ihm durch schriftliche Erklärung beigetreten sind (Art. 2 AV). Vorbehalten bleibt Art. 22 Abs. 1 AV.

<sup>2</sup> Der Vertrag gilt für alle ambulanten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG, die in der von den Parteien vereinbarten und vom Bundesrat genehmigten Tarifstruktur «TARMED» enthalten sind und die im Kanton Bern in freier Praxis erbracht werden (Art. 2 Abs. 1 RV).

<sup>3</sup> Ärzte, die an einem Spital ambulante Leistungen im eigenen Namen, auf eigene Verantwortung und auf eigene Rechnung mit einer eigenen ZSR-Nummer erbringen, sind in Bezug auf diese Leistungen diesem Vertrag nicht unterstellt.

### Art. 2 Beitritt zum Vertrag / Verbandsmitglieder (Neumitglieder) / Nichtverbandsmitglieder

<sup>1</sup> Diesem Vertrag können Ärzte und Versicherer beitreten, die dem RV beigetreten sind (Art. 46 Abs. 2 KVG i.V. mit Übergangsbestimmungen Art. 1 RV und Art. 21 Abs. 1 AV).

### Verbandsmitglieder der AeG (Neumitglieder)

<sup>2</sup> Neumitglieder der AeG, für die der RV gilt, haben bei der Aufnahme schriftlich zu erklären, ob sie diesem Vertrag beitreten.

### Nicht-Verbandsmitglieder der AeG

<sup>3</sup> Nicht-Verbandsmitglieder der AeG können diesem Vertrag beitreten, sofern sie dem RV beigetreten sind (Art. 5 RV). Der Beitritt schliesst die volle Anerkennung dieses Vertrages mit seinen Anhängen ein. Er hat durch schriftliche Erklärung an die AeG zu

# Anschlussvertrag TARMED 2008

2

erfolgen. Er wird erst wirksam, wenn die Beitrittsgebühr (Art. 3 AV) bezahlt worden ist.

<sup>4</sup> Versicherer können den Beitritt und den Rücktritt unabhängig von einer Mitgliedschaft zu *santésuisse* erklären.

## Art. 3 Beitrittsgebühren / Unkostenbeiträge (Art. 46 Abs. 2 KVG und Art. 5 RV)

<sup>1</sup> Ärzte, die Nicht-Verbandsmitglieder von AeG sind, haben an die zuständige AeG eine einmalige Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag zu bezahlen.

<sup>2</sup> Die Modalitäten sind im Anhang A dieses Vertrages geregelt.

## Art. 4 Rücktritt vom Vertrag

<sup>1</sup> Einzelne Ärzte und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per 30.06. und per 31.12. von diesem Vertrag zurücktreten. Ärzte reichen ihre Rücktrittserklärung innert der vorgegebenen Frist beim ihrem jeweiligen Sekretariat der AeG ein; Versicherer reichen ihre Rücktrittserklärung innert der vorgegebenen Frist bei *santésuisse* ein.

<sup>2</sup> Falls ein Arzt oder Versicherer die Zugehörigkeit zum RV verliert, so verliert er gleichzeitig die Zugehörigkeit zu diesem Vertrag.

<sup>3</sup> Verliert ein Arzt die Mitgliedschaft bei der AeG, verliert er die Zugehörigkeit zu diesem Vertrag auf den nächsten Kündigungstermin gemäss Art. 4 Abs. 1 RV bzw. Art. 4 Abs. 1 AV, sofern er diesem Vertrag nicht als Nicht-Verbandsmitglied beiträgt (vgl. Art. 2 Abs. 3 AV).

## Art. 5 Verzeichnis der Beitritte / Rücktritte (Art. 3 Abs. 3 und 4 RV)

<sup>1</sup> *santésuisse* und die AeG führen ein Verzeichnis über die Beitritte und Rücktritte.

<sup>2</sup> Alle Mutationen werden in diesem Verzeichnis festgehalten, welches für die Parteien, aber auch für Dritte, massgebend ist.

<sup>3</sup> Die Parteien stellen sich die entsprechenden Verzeichnisse halbjährlich zu.

## Art. 6 EAN-Nummer / ZSR-Nummer (Art. 6 RV)

<sup>1</sup> Die FMH händigt allen Ärzten eine EAN-Nummer aus (einheitliche europäische Individualisierungs-Nummer).

<sup>2</sup> Gestützt auf diese EAN-Nummer sowie die mitgeteilten Daten über die Verrechnungsberechtigung erteilt *santésuisse* dem gemäss KVG, RV und AV als Leistungserbringer anerkannten Arzt eine ZSR-Nummer. Der Arzt rechnet über diese ZSR-Nummer ab. Die persönliche EAN- und die ZSR-Nummer müssen auf jeder Rechnung und Verordnung aufgeführt werden. (Art. 10 Abs. 2 lit. a AV).

<sup>3</sup> Die bisherigen ZSR-Nummern können im allgemeinen beibehalten werden.

<sup>4</sup> *santésuisse* übermittelt dem zugelassenen Arzt die ZSR-Nummer innert 10 Tagen, nachdem das entsprechende Begehren mit den Unterlagen, aus denen hervorgeht, dass es sich um einen gemäss RV und diesem Vertrag als Leistungserbringer anerkannten Arzt handelt, eingereicht worden ist, und nachdem die Beitrittsgebühr bezahlt ist (Art. 6 Abs. 3 RV, Art. 3 AV).

## Art. 7 Ausschluss einzelner Aerzte / Versicherer (Art. 10 Abs. 1 lit. f RV)

Der Ausschluss von Ärzten oder Versicherern darf nur aus wichtigen Gründen beantragt werden. Die antragstellende Partei hat

ein Ausschlussbegehren mit schriftlicher Begründung an die paritätische Vertrauenskommission zu richten (Art. 16 dieses AV). Diese führt ein Verfahren gemäss Art. 16 und Anhang E durch. Der Entscheid kann an das kantonale Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG weitergezogen werden.

## Art. 8 Auftragsverhältnis / freie Arztwahl

<sup>1</sup> Die Beziehungen zwischen Arzt und Patient richten sich nach dem Recht des einfachen Auftrags (Art. 394 ff OR).

<sup>2</sup> Die freie Arztwahl der Versicherten wird von den Parteien ausdrücklich garantiert. Vorbehalten bleiben Einschränkungsmöglichkeiten der freien Arztwahl durch gesetzliche Bestimmungen (zur Zeit besondere Versicherungsformen Art. 62 KVG).

## Art. 9 Taxpunktwert / Kontrolle und Steuerung von Leistungen und Kosten

<sup>1</sup> Die Höhe und Anpassung des Taxpunktwertes richtet sich nach den Bestimmungen von Anhang B (kantonale LeiKoV).

<sup>2</sup> Werden in einem Vertragsraum zwischen Versicherern und Leistungserbringern Wechsel vom Tiers garant in den Tiers payant oder vom Tiers payant in den Tiers garant vereinbart, ist die durch den Wechsel bedingte Volumensveränderung bei der nationalen LeiKoV vorgesehenen Berechnung angemessen zu berücksichtigen. Das nationale Lenkungsbüro LeiKoV trifft die dazu notwendigen Massnahmen.

## Art. 10 Rechnungstellung und Vergütung (Art. 42 KVG und Art. 11 RV)

<sup>1</sup> Die Parteien vereinbaren für den Vertragsraum die Rechnungstellung nach dem System des **Tiers garant**. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung. In Abweichung von Artikel 22 Absatz 1 ATSG kann dieser Anspruch dem Leistungserbringer abgetreten werden.

<sup>2</sup> Einzelne Versicherer und einzelne Leistungserbringer können in Abweichung zu Absatz 1 vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung der Leistung schuldet (System des Tiers payant). Die versicherte Person erhält eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Bei einem solchen Systemwechsel bzw. bei diesem Vergütungsmodus dürfen dem Versicherer, dem Leistungserbringer und den Patienten keine Nachteile erwachsen.

<sup>3</sup> Beim Wechsel der Vergütungsform informiert der Leistungserbringer den Patienten in angemessener Art und Weise.

<sup>4</sup> Die Rechnung hat gemäss Art. 11 Abs. 8 RV folgende Angaben zu enthalten:

- Name und Adresse des Arztes, die ZSR- und die EAN-Nummer
- Name, Adresse, Geburtsdatum und – soweit vorhanden – die Versicherten-Nummer des Patienten
- Grund der Behandlung (Krankheit, Unfall, Mutterschaft und Geburtsgebrechen)
- Kalendarium der Leistungen
- Tarifpositionen, Nr. und Bezeichnung
- Taxpunkte, Taxpunktwerte, Gesamtbetrag pro Tarif
- Diagnosen nach dem vereinbarten Diagnose-Code
- Bezeichnung von Nichtpflichtleistungen gemäss KVG
- Rechnungsdatum

<sup>5</sup> Die Rechnungstellung durch die Ärzte hat in der Regel jeweils spätestens alle drei Monate zu erfolgen. Um den Versicherern eine korrekte Abrechnung der Leistungen auf Ende eines Kalen-

derjahres zu ermöglichen, wird den Ärzten empfohlen, ihre Leistungen entsprechend per Ende eines Kalenderjahres abzurechnen, bzw. die Leistungen auf einer Rechnung nach Kalenderjahr aufzugliedern.

#### Art. 11 Ärztliche Statistikdaten

santésuisse ermöglicht den einzelnen Ärzten bzw. der AeG den individuellen Bezug der massgebenden Statistiken und Kommentare.

#### Art. 12 Zession von Versichertenansprüchen

<sup>1</sup> Bei notorisch schlechten Zahlern nach erfolgloser Betreuung und beim Bestehen dringender Verdachtsgründe, dass die Kostenerstattung des Krankenversicherers durch den Versicherten zweckfremd verwendet wird (z.B. Drogenbeschaffung) kann der Arzt ausnahmsweise von der Möglichkeit Gebrauch machen, sich vom Versicherten die Leistungsansprüche gegenüber seinem Versicherer abtreten zu lassen und dies dem Versicherer zu notifizieren (Übereinkunft AeG und Kantonalverband bernischer Krankenkassen Ziff. 3 vom 13.12.1993; in Abweichung von Art. 12 RV). Die Notifikation ist zusammen mit der Rechnung beim Versicherer einzureichen.

<sup>2</sup> Streitigkeiten betreffend die Zession werden in erster Instanz durch die kantonale paritätische Vertrauenskommission entschieden.

#### Art. 13 Praxisassistenz und Stellvertretung (Art. 8 RV)

<sup>1</sup> Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, seine Leistung persönlich zu erbringen.

<sup>2</sup> Er kann unter Berücksichtigung der kantonalen Gesetzgebung einen Praxisassistenten oder Stellvertreter beiziehen.

<sup>3</sup> Ein Praxisassistent kann zur Weiterbildung während maximal 6 Monaten angestellt werden. Vorbehalten sind anderweitige Lösungen in der WBO (Weiterbildungsordnung). Der Praxisinhaber gibt santésuisse die EAN-Nummer und die Dauer der Anstellung des Praxisassistenten bekannt.

<sup>4</sup> Ein Stellvertreter kann bei länger dauernder Abwesenheit des Praxisinhabers angestellt werden. Bei regelmässigen, im Voraus bekannten Tagesabwesenheiten und bei Ferienabwesenheiten von mehr als 14 Tagen sind Name und Dignität des Stellvertreters santésuisse bekannt zu geben. Dauert eine Stellvertretung länger als sechs Monate, so hat der betreffende Stellvertreter eine eigene ZSR-Nummer zu beantragen.

<sup>5</sup> Stellvertreter im Sinne von Art. 13 Abs. 4 AV können insbesondere eingesetzt werden bei vorübergehender Verhinderung an der persönlichen Berufsausübung, bei übergangsweisen Fortführung der Praxis, bei dauernder Arbeitsunfähigkeit oder beim Tode des Arztes, um die Übernahme der Praxis durch einen Nachfolger zu ermöglichen.

<sup>6</sup> Der Arzt als Inhaber der ZSR-Nummer trägt im Rahmen dieses Vertrages die Verantwortung für die ärztliche Tätigkeit seines Stellvertreters oder Assistenten.

<sup>7</sup> Die Frist von 6 Monaten gemäss Art. 13 Abs. 3 AV kann durch santésuisse ausnahmsweise verlängert werden.

#### Art. 14 Anstellung von Ärzten und Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person (Art. 9 RV)

<sup>1</sup> Die Anstellung von Ärzten unter der Verantwortung und Aufsicht eines anstellenden Arztes ist zulässig.

<sup>2</sup> Die anzustellenden Ärzte müssen santésuisse 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.

<sup>3</sup> Eine Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person (AG, Kommanditgesellschaft, GmbH, Genossenschaft, Verein etc.) ist möglich.

<sup>4</sup> Sind mehrere Ärzte unter einer einzigen ZSR-Nummer tätig, haften sie im Rahmen dieses Vertrages gegenüber den Krankenversicherern bei vertragswidrigem Verhalten solidarisch.

<sup>5</sup> Die erbrachten Leistungen müssen den einzelnen Ärzten mittels EAN-Nummer so zugeordnet werden können, dass aus der Rechnung der Arzt ersichtlich ist, der die Leistungen hauptverantwortlich erbringt.

<sup>6</sup> 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, kantonaler oder regionaler Ebene.

#### Art. 15 Vertrauensärzte

<sup>1</sup> Vertrauensärzte unterstehen den Bestimmungen des zwischen santésuisse und FMH abgeschlossenen Vertrauensarztvertrages, zur Zeit Version vom 14.12.2001.

<sup>2</sup> Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Ärzte-Gesellschaften Vertrauensärzte. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 36 KVG erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein (Art. 57 Abs. 1 KVG).

<sup>3</sup> Vertrauensärzte, die in der ganzen Schweiz tätig sein sollen, müssen im Einvernehmen mit der Ärzte-Gesellschaft des Kantons bestellt werden, in dem der Versicherer seinen Hauptsitz oder der Verband der Versicherer seinen Sitz hat. (Art. 57 Abs. 2 KVG).

<sup>4</sup> Die AeG kann einen gesamtschweizerisch tätigen Vertrauensarzt aus wichtigen Gründen ablehnen (Art. 57 Abs. 3 KVG); in diesem Fall ist die Sache der paritätischen Vertrauenskommission zu unterbreiten (Art. 16 dieses AV).

<sup>5</sup> Falls ein Vertrauensarzt Versicherte persönlich untersucht, muss er den behandelnden Arzt vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren (Art. 57 Abs. 6 KVG).

<sup>6</sup> santésuisse verpflichtet sich, von den Versicherern jeweils per 01.01. eines Jahres eine Liste der Telefonnummern und Zustelladressen der für die verschiedenen Kantone zuständigen vertrauensärztlichen Dienste oder der Vertrauensärzte zu verlangen und den AeG diese Listen auf dem Internet zugänglich zu machen.

#### Art. 16 Paritätische Vertrauenskommission

<sup>1</sup> Die Parteien richten gestützt auf Art. 17 RV gemeinsam eine paritätische Vertrauenskommission ein. Die Einzelheiten (Zusammensetzung, Zuständigkeit, Verfahren) richten sich nach einem separaten Reglement (Anhang D). Vorbehalten bleiben die Bestimmungen in Abs. 2 bis 6.

<sup>2</sup> Die AeG bestimmt ihre Vertreter, santésuisse die Vertreter der Versicherer.

<sup>3</sup> Die vertragsschliessenden Parteien wählen einen neutralen Vorsitzenden und bestimmen gegebenenfalls gemeinsam ein allfälliges Sekretariat. Die Kosten für den Vorsitz sowie das Sekretariat werden von den Parteien je zur Hälfte getragen.

<sup>4</sup> Die paritätische Vertrauenskommission ist ausdrücklich nicht

# Anschlussvertrag TARMED 2008

4

zuständig für Pauschalbeanstandungsverfahren gegen einzelne Ärzte, die sich auf die Rechnungsstellerstatistik von santésuisse abstützen. Diese Verfahren sind direkt beim zuständigen ordentlichen kantonalen Schiedsgericht nach Art. 89 KVG einzureichen.

<sup>5</sup> Die vertragschliessenden Parteien und ihre Mitglieder sowie Ärzte und Versicherer, die den Einzelbeitritt zu diesem Vertrag erklärt haben, sind verpflichtet, sich dem Verfahren vor der paritätischen Vertrauenskommission zu unterziehen. Vorbehalten bleiben die Verfahren gemäss Absatz 4.

<sup>6</sup> Die Vertragsparteien entschädigen ihre Vertreter selbst.

## Art. 17 Sanktionen bei Vertragsverletzung (Art. 10 RV)

<sup>1</sup> Verletzt ein diesem Vertrag beigetretener Arzt oder Versicherer Bestimmungen dieses Vertrages oder des RV, seiner Anhänge, des KVG (insbes. Weitergabe von erhaltenen Vergünstigungen Art. 56 Abs. 3 KVG) oder seiner Verordnungen, so kann die paritätische Vertrauenskommission folgende Sanktionen aussprechen (Art. 16 AV):

- schriftliche Mahnung
- Nichtbezahlung von zu Unrecht verrechneten Leistungen
- Rückforderung von zu Unrecht bezahlten Vergütungen
- Bezahlung von zu Unrecht verweigerten Vergütungen
- Busse bis Fr. 50'000.–
- Ausschluss vom Vertrag
- Veröffentlichung in den Publikationsorganen der Vertragsparteien.

<sup>2</sup> Die einzelnen Sanktionen können kumulativ ausgesprochen werden.

<sup>3</sup> Die Einreichung einer Strafanzeige bei Verdacht auf eine strafbare Handlung bleibt ausdrücklich vorbehalten.

## Art. 18 Vertragsdauer und Kündigung (Art. 46 Abs. 5 KVG und Art. 18 RV)

<sup>1</sup> Dieser Vertrag samt Anhängen tritt per 1. Januar 2008 in Kraft und ersetzt den AV vom 16. Mai 2006. Er kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres, erstmals auf den 31. Dezember 2008, von einer der beiden vertragschliessenden Parteien gekündigt werden. Wird der Vertrag in der vorgegebenen Frist nicht gekündigt, bleibt er jeweils ein weiteres Jahr in Kraft.

<sup>2</sup> Die Anhänge A, B und D sind unabhängig von diesem AV kündbar. Kündigungsfrist gemäss Abs. 1 hievor.

<sup>3</sup> Wird der RV gekündigt, so gilt auch dieser Vertrag auf den gleichen Termin als gekündigt.

## Art. 19 Inkrafttreten

Seit Einführung der neuen TARMED-Tarifstruktur (01.01.2004) sind Leistungen für Analysen, Logopädie, Physio- und Ergotherapie nach den entsprechenden eidgenössischen Tarifen abzurechnen (Art. 20 RV).

## Art. 20 Rahmentarif (Art. 48 KVG)

Kommt zwischen Ärzten und Versicherern kein kantonaler Anschlussvertrag zustande, wird dieser gekündigt oder wird der RV vom 05.06.2002 gekündigt und kommt kein neuer RV zustande, beantragen die Parteien der Genehmigungsbehörde, den gültigen Taxpunktwert plus/minus 2 Rappen im Sinne von Art. 48 KVG als Rahmentarif festzusetzen.

## Art. 21 Schluss- und Übergangsbestimmungen

Alle Ärzte, die Mitglied der AeG sind und für die der RV gilt, sind bei Inkrafttreten diesem Vertrag angeschlossen, sofern sie dem Sekretariat der AeG nicht innert 30 Tagen ab Genehmigung des Vertrages durch die Mitgliederversammlung bzw. Generalversammlung mitteilen, dass sie dem Vertrag nicht beitreten (Übergangsbestimmung Art. 1 RV)

## Art. 22 Behördliche Genehmigung

<sup>1</sup> Dieser Vertrag und seine Anhänge bedürfen der Genehmigung durch den Regierungsrat des Kantons Bern.

<sup>2</sup> Falls eine zuständige Genehmigungsbehörde oder die zuständige Rekursinstanz diesen Vertrag und/oder die entsprechenden, wesentlichen Anhänge nicht genehmigt, wird der gesamte Vertrag mit seinen Anhängen für die Parteien gegenstandslos. Die Anhänge B und C gelten als wesentlich!

Bern, 22. Juni 2007

### Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Dr. med. J. Schlup  
Präsident

Dr. iur Th. Eichenberger  
Sekretär

### santésuisse

Ruth Humbel Näf  
Leiterin Region Mitte

Thomas Linder  
Geschäftsführer Bern

### Anhänge:

- A Beitrittsgebühren und jährliche Unkostenbeiträge von Nichtverbandsmitgliedern
- B Vereinbarung zwischen Ärztegesellschaft des Kantons Bern und santésuisse betreffend Taxpunktwert sowie Kontrolle und Steuerung von Leistungen und Kosten (kantonale LeiKoV)
- C Vertrag zwischen santésuisse und FMH sowie den kantonalen Ärztegesellschaften betreffend Kontrolle und Steuerung von Leistungen und Kosten im Bereich TARMED (nationale LeiKoV)
- D Reglement für die paritätische Vertrauenskommission

## ANHANG A

**Beitrittsgebühren und jährliche Unkostenbeiträge von Nichtverbandsmitgliedern**

Gemäss Art. 46 Abs. 2 KVG bzw. Art. 5 RV sowie Art. 6 des Anhanges 5 RV und Art. 3 AV vereinbaren die Ärzte-Gesellschaft des Kantons Bern und santésuisse folgendes:

1. Die AeG erhebt von den Nichtverbandsmitgliedern eine Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag.
2. Diese Beiträge dienen der Deckung der Kosten der Vertragsverhandlungen, des Vertragesabschlusses, der Erstellung der für die Anhänge B und C des Kantonalen Anschlussvertrages (Taxpunktwert, Starttaxpunktwert und Parameter der Kostenneutralität) notwendigen Datengrundlagen und der Durchführung des Vertrages sowie der Tätigkeit der kantonalen paritätischen Kommission, soweit sie Aufgaben im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu übernehmen hat.
3. Die Beitrittsgebühr für Nichtverbandsmitglieder beträgt maximal 60% – im Einführungsjahr von TARMED bzw. des AV maximal 80% – des Mitglieder-Jahresbeitrages der AeG.
4. Der jährliche Unkostenbeitrag für Nichtverbandsmitglieder beträgt maximal 50% des Mitglieder-Jahresbeitrages der AeG. Der Unkostenbeitrag wird erst ab dem dem Beitritt folgenden Jahr erhoben. In der Kostenneutralitätsphase kann der jährliche Unkostenbeitrag entsprechend den Aufwendungen der AeG auf maximal 80% des Mitglieder-Jahresbeitrages angehoben werden.
5. Die Beitrittsgebühr und der jährliche Unkostenbeitrag werden im Rahmen der maximalen Höhe (Ziff. 3 bzw. Ziff. 4) von der AeG autonom festgelegt.
6. Beim Vertragsrücktritt eines Nichtverbandsmitgliedes im Verlaufe des Jahres verfällt der ganze jährliche Unkostenbeitrag.
7. Die Beitrittsgebühr und der jährliche Unkostenbeitrag sind im voraus zu bezahlen und werden fällig mit dem Einreichen der Beitrittserklärung resp. am 31.12. vor Beginn eines Kalenderjahres.
8. Die Anwendbarkeit des Kantonalen Anschlussvertrages entfällt, wenn der jährliche Unkostenbeitrag nach zweimaliger Mahnung, nach einer Frist von 30 Tagen nach der zweiten Mahnung nicht bezahlt wird. In der Mahnung ist das Nichtverbandsmitglied auf diese Sanktion ausdrücklich hinzuweisen. Nach Ablauf dieser Frist wird dem Nichtverbandsmitglied die Abrechnungsberechtigung entzogen.

Bern, 22. Juni 2007

**Ärztegesellschaft des Kantons Bern**

Dr. med. J. Schlup  
Präsident

Dr. iur Th. Eichenberger  
Sekretär

**santésuisse**

Ruth Humbel Näf  
Leiterin Region Mitte

Thomas Linder  
Geschäftsführer Bern

## ANHANG B

**Vertrag**

zwischen **santésuisse** und **Ärztegesellschaft des Kantons Bern** (im Folgenden «AeG» genannt)  
betreffend

**Taxpunktwert sowie Kontrolle und Steuerung von Leistungen und Kosten**  
(kantonale LeiKoV)**1 Geltungsbereich und Vertragsbeitritt****1.1 Persönlicher Geltungsbereich**

Dieser Anhang zum Anschlussvertrag (AV) gilt einerseits für die Vertragsparteien, d.h. für

- den Verband der Schweizer Krankenversicherer (santésuisse)
- die kantonale Ärztegesellschaft

sowie andererseits für

- die dem Rahmenvertrag TARMED (RV) und dem kantonalen AV beigetretenen Ärztinnen und Ärzte (nachfolgend: Vertragsärzte))
- die dem RV und dem AV beigetretenen Versicherer (nachfolgend: Vertragsversicherer).

**1.2 Sachlicher Geltungsbereich**

<sup>1</sup> Mit diesem Anhang soll die Leistungs- und Kostensteuerung umgesetzt und der kantonale Taxpunktwert vereinbart werden.

<sup>2</sup> Die nationale LeiKoV bildet einen integrierenden Bestandteil dieses Anhangs. Die Parteien verpflichten sich, für die Vereinbarung des künftigen Taxpunktwertes die Regeln der nationalen LeiKoV anzuwenden.

**1.3 Beitritt und Rücktritt**

Für Beitritt und Rücktritt gelten die Art. 2 und 4 des AV i.V.m. Ziff. 4 dieses Anhangs (Schluss- und Übergangsbestimmungen).

**2 Taxpunktwert**

<sup>1</sup> Der Taxpunktwert beträgt per 1. Januar 2008 CHF 0.86.

<sup>2</sup> Die für die Taxpunktwertherleitung massgebenden Sollkosten gemäss Art. 2.3 Abs. 1 der nationalen LeiKoV betragen für 2008 CHF 579.29 pro Versicherten.

**3 Kündigung**

<sup>1</sup> Wird der RV gekündigt, gilt auch der AV mit seinen Anhängen auf denselben Termin als gekündigt (Art. 18 Abs. 2 AV).

<sup>2</sup> Wird der AV gekündigt, gilt auch dieser Anhang als gekündigt.

<sup>3</sup> Wird nur die kantonale LeiKoV (Anhang B des AV) gekündigt, so gelten der AV sowie die übrigen Anhänge weiter. Dagegen verliert die nationale LeiKoV als integrierender Bestandteil dieses Vertrages ihre Gültigkeit.

# Anschlussvertrag TARMED 2008

## ANHANG B UND C

6

<sup>4</sup> Ziff. 2 dieses Anhangs (Taxpunktwert) kann separat, d.h. ohne Kündigung der übrigen Bestimmungen dieses Anhangs, gekündigt werden. In diesem Fall bleiben die nationale LeiKoV (Anhang C) und die übrigen Bestimmungen dieses Anhangs weiterhin in Kraft.

<sup>5</sup> In allen Fällen gelten die Kündigungsbestimmungen gemäss Art. 18 Abs. 3 und 4 RV.

<sup>6</sup> Liegt eine Steuerungsempfehlung durch das Lenkungsbüro per August vor, kann die Ziff. 2 dieses Anhangs (Taxpunktwert) mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten ausnahmsweise per 30.6. des Folgejahres gekündigt werden.

### 4 Schluss- und Übergangsbestimmungen

<sup>1</sup> Alle Ärzte, die Mitglieder der kantonalen AeG sind und für die der RV und der AV gelten, sind bei Inkrafttreten diesem Vertrag angeschlossen, sofern sie dem Sekretariat der AeG nicht innert

30 Tagen ab Zustellung bzw. Veröffentlichung der AeG mitteilen, dass sie dem Vertrag nicht beitreten (Schluss- und Übergangsbestimmungen des Art. 21 AV).

<sup>2</sup> Dieser Anhang tritt per 1. Januar 2008 in Kraft und bedarf der Genehmigung durch den Regierungsrat des Kantons Bern.

Bern, 22. Juni 2007

#### Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Dr. med. J. Schlup  
Präsident

Dr. iur. Th. Eichenberger  
Sekretär

#### santésuisse

Ruth Humbel Näf  
Leiterin Region Mitte

Thomas Linder  
Geschäftsführer Bern

ANHANG C

## Vertrag

zwischen **santésuisse** und **FMH** sowie

**den kantonalen Ärztegesellschaften** betreffend

### Kontrolle und Steuerung von Leistungen und Kosten im Bereich TARMED

(nationale LeiKoV)

#### Präambel

Die Vertragsparteien wollen mit der vorliegenden Vereinbarung folgende Ziele erreichen:

- Die Kostenentwicklung im KVG-Bereich von TARMED (Art. 2 TARMED-Rahmenvertrag) soll einer nachhaltigen, vertraglich geregelten Überwachung und Steuerung unter Einbezug von Leistungsargumenten und Veränderungen der Gestehungskosten unterliegen;
- Die Daten und Erkenntnisse der Parteien bilden dafür die Grundlage;
- Vereinbaren einer Nachfolgeregelung für die Ende 2005 auslaufende Vereinbarung zur Kostenneutralität gemäss Anhang 2 TARMED Rahmenvertrag;
- Ersetzen der Anhänge «Taxpunktwert» und «Starttaxpunktwert und Parameter der Kostenneutralität» der kantonalen Anschlussverträge;
- Vereinbaren einer Übergangsregelung, welche für die Zeit von Mitte 2005 bis Ende 2006 eine Kontrolle und Steuerung ermöglicht und einen geordneten Übergang von der Vereinbarung über die Kostenneutralität zu diesem Vertrag (LeiKoV) gewährleistet;
- Bestimmen eines Kostenkorridors über die Zeit (in der Folge «Kostenkorridor» genannt), welcher die Inangriffnahme und Umsetzung von allenfalls notwendigen tarifstrukturellen Anpassungen (Reengineering) ermöglicht;
- Bei der Bestimmung dieses Kostenkorridors werden unter anderem berücksichtigt:
  - A) Veränderungen in der Demographie;
  - B) Veränderungen der Nachfragestruktur;
  - C) gezielte Eingriffe in die Angebotsstruktur;

- D) Veränderungen des Leistungskatalogs;
- E) Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen;

- Mittelfristig soll eine gezielte Konvergenz der Leistungsvergütung verfolgt werden, wobei das Abrechnungsverhalten zu berücksichtigen ist;
- Die gemäss Art. 46 und 47 KVG vorgesehenen Kompetenzregelungen im Bereich der Tarifverträge sollen nicht tangiert werden;
- Festlegen insbesondere von Struktur, Organisation, Kompetenzen und Finanzierung des Lenkungsbüros;
- Regeln der Anfechtbarkeit von PIK-Entscheiden;
- Zuteilen der Kompetenzen betreffend Weiterentwicklung / Änderung der TARMED-Tarifstruktur.

### 1 Geltungsbereich

#### 1.1 Persönlicher Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt einerseits für die Vertragsparteien, d.h. für

- die Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte (FMH)
- den Verband der Schweizer Krankenversicherer (santésuisse)
- die unterzeichnenden kantonalen Ärztegesellschaften (KÄG) sowie andererseits für
- die dem Rahmenvertrag TARMED (RV) und einem kantonalen Anschlussvertrag (AV) beigetretenen Ärztinnen und Ärzte (nachfolgend: Vertragsärzte<sup>1</sup>)

<sup>1</sup> Im Interesse besserer Lesbarkeit wird in diesem Vertrag ausschliesslich die männliche Form verwendet; sie gilt jedoch auch für das weibliche Geschlecht.

- die dem RV und einem AV beigetretenen Versicherer (nachfolgend: Vertragsversicherer).

### 1.2 Örtlicher und sachlicher Geltungsbereich

Der Geltungsbereich richtet sich nach Art. 2 RV und Art. 1 des jeweiligen AV zum RV. In diesen Bestimmungen sind auch die Zulassungsvoraussetzungen geregelt.

### 1.3 Bildung von Regionen

Wenn die zuständigen Gesundheitsdirektionen sowie die beteiligten Vertragsparteien einverstanden sind, können sich mehrere Kantone und / oder Halbkantone zu Regionen zusammenschliessen. In diesem Fall werden für die Kosten-Leistungskontrolle gewichtete Mittelwerte gebildet.

## 2 Umsetzung der LeiKoV

### 2.1 Leistungsbasis (Dividend)

<sup>1</sup> Zur Leistungsbasis zählen sämtliche von Vertragsversicherern innerhalb eines Kalendermonats bezahlten OKP-Leistungen nach TARMED, welche von Vertragsärzten erbracht wurden. Diese Kosten sind pro Kanton / Region (Vertragsgemeinschaft) auszuscheiden. Abgrenzungskriterium ist jeweils das Behandlungsbeginndatum.

<sup>2</sup> Nicht zur Leistungsbasis gezählt werden Leistungen an besondere Versicherungsformen mit Pauschalentschädigung.

<sup>3</sup> Zusätzlich monitorisiert werden sämtliche von Vertragsversicherern innerhalb eines Kalendermonats bezahlten OKP-Leistungen in den Bereichen Analysen<sup>1+2</sup>, Mittel und Gegenstände<sup>1</sup>, Medikamente<sup>1+2</sup>, Physiotherapie<sup>1+2</sup> und weitere, sofern statistisch ausscheidbar, welche von Vertragsärzten erbracht (Gruppe<sup>1</sup>) und / oder veranlasst (Gruppe<sup>2</sup>) wurden.

### 2.2 Bezugsgrösse (Divisor)

<sup>1</sup> Als Bezugsgrösse dient die Anzahl Versicherte pro Wohnkanton/-region und Versichertenmonat gemäss santésuisse-

Datenpool. Der santésuisse-Datenpool übernimmt für die Bestimmung der Versicherten die Definitionen der gemeinsamen Einrichtung KVG gemäss dem Dokument «Leitfaden für die Ermittlung der Daten für den Risikoausgleich». Nicht zur Bezugsgrösse gezählt werden Leistungen für Versicherte in besonderen Versicherungsformen mit Pauschalentschädigung, solange der statistische Fehler zu vernachlässigen ist. Dazu werden diese separat ausgewiesen.

<sup>2</sup> Die Bezugsgrösse ist in stärkerem Ausmass vom Abdeckungsgrad der Vertragsversicherer und möglichen Verschiebungen von Versichertenanteilen in der besonderen Versicherungsform als die Leistungsbasis betroffen. Aus diesem Grund ist der Veränderung dieser beiden Grössen Rechnung zu tragen und sie ist zu monitorisieren.

### 2.3 Vergleichsbasis (Istkosten / Sollkosten)

<sup>1</sup> Ausgangswert bilden die Istkosten des Jahres 2003. Die Sollkosten April 2004 bis März 2005 errechnen sich aus den Istkosten des Jahres 2003 zuzüglich 1.875% (entsprechend Ein-Ein-Viertel Mal den Korrekturfaktor  $x_2$  gemäss Anhang 2 RV).

<sup>2</sup> Die Sollkosten April 2005 (rsp. t-1) bis März 2006 (rsp. t) werden gebildet aus den Sollkosten April 2004 (rsp. t-2) bis März 2005 (rsp. t-1), bereinigt um den Korrekturfaktor x (gemäss Ziff. 2.4) und allfälliger Verrechnung der Abweichung von der Zielvereinbarung (Kostenüber- oder -Unterschreitung im Vorjahr).

<sup>3</sup> Die festgelegten Sollkosten sind in begründeten und dokumentierten (datengestützten) Fällen korrigierbar. Der jeweilige Vertragspartner (santésuisse bzw. die KÄG) stellt dabei den entsprechenden Antrag, über welchen das Lenkungsbüro beschliesst.

### 2.4 Korrekturfaktor X

<sup>1</sup> Mit dem Korrekturfaktor X sollen sektorielle Kostenveränderungen abgegolten werden.

<sup>2</sup> Gewichtung und Höhe der einzelnen Faktoren erfolgt zentral durch das Lenkungsbüro auf Basis einheitlicher Kriterien, wobei kantonale Differenzierungen möglich sind.

<sup>3</sup> Die Höhe des Korrekturfaktors begründet sich in spezifischen

Behandlungsart (Partnerart)	Tarifkategorie	Kostenart / Leistungsart	LAR-Nr. ab 2004	LAR-Nr. ab 2003
Arzt ambulant (alle Untergruppen gemäss ZSR)	TARMED (ab 2004)	Arztbehandlung	011*	011
	SL	Medikamente	050	050
	KLV	MiGeL	052	052*
	Physio	Physiotherapie (eidg. Physio-Tarif)	053	053*
	Analysenliste	Analysen	054	–
	Übrige Tarife	Übrige ambulante Tarife	055*	–
		Stationäre Leistungen beim Arzt	056*	–
	Unbekannt		999	999
	Übrige Tarife ambulant**	Zahnarzt, Chiro, etc.	001-998	001-998

\*im Einführungsjahr statistisch nicht auswertbar  
\*\*bestehende Kostenarten, welche jedoch bei Ärzten nicht erwartet werden

Abkürzungen	Leistungsbasis	LB	Physiotherapie	P = LAR 053
	Total abgerechnete Leistungen	L	Analyse	A = LAR 054
	Partnerart	PA	Stat. Tarife	Tstat = LAR 056
	Medikamente	M = LAR 050	Capitation	Cap
	MiGeL	MG = LAR 052		

# Anschlussvertrag TARMED 2008

## ANHANG C

8

Korrekturkomponenten  $x_i - x_n$  (z.B. neue Pflichtleistungen, medizinischer Fortschritt, demographische Entwicklung, Effizienzsteigerung in der medizinischen Versorgung, strukturelle Angebots- und Nachfrageentwicklungen, Parameter zur Beurteilung der Leistungsentwicklung, Konvergenz der Leistungsvergütung, Auswirkungen aufgrund von Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen), wobei die effektive Entwicklung der Vorjahre zu berücksichtigen ist.

<sup>4</sup> Die Parameter zur Beurteilung der Leistungsentwicklung werden (gemäss Zusatzvereinbarung zum RV, Anhang 3, vom 1. November 2003) in die zwingenden Angaben des einheitlichen Rechnungsformulars integriert. In Ausnahmefällen können die Parteien eine abweichende Regelung treffen.

### 2.5 Datenbasis

<sup>1</sup> Für das Controlling stellt santésuisse aus dem santésuisse-Datenpool quartalsweise die aufbereiteten Daten auf Monatsbasis zur Verfügung.

<sup>2</sup> Daten zur Festsetzung des Korrekturfaktors, insbesondere Parameter zur Beurteilung der Leistungsentwicklung, können von den Vertragsparteien eingebracht werden. Dabei haben die Parteien die Führungsrolle in der Lieferung und Aufbereitung der Daten wie folgt aufgeteilt:

- Gesamtkosten: santésuisse
- Versichertendemographie: santésuisse
- Leistungsimport/-export: santésuisse
- Einzelleistungsdaten, Leistungsparameter: ärztliche Vertragsparteien

<sup>3</sup> Es können nur Parameter berücksichtigt werden, zu deren Beurteilung die Parteien die notwendigen Datengrundlagen (z.B. Dignitätsdaten) in elektronischer und aktualisierter Form als Datenbank zur Verfügung haben.

<sup>4</sup> Die Daten sind jeweils für sämtliche Vertragsgemeinschaften aufzubereiten und offenzulegen.

## 3 Technische Definitionen

### 3.1 Leistungsbasis (Dividend)

<sup>1</sup> Die entsprechenden Berechnungen basieren auf Auswertungen aus dem santésuisse-Datenpool, wobei von den Leistungserbringern erhobene Datenreihen in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Es ist gegenseitig Daten- und Berechnungstransparenz zu gewähren. Für das Controlling werden die von santésuisse aus dem santésuisse-Datenpool quartalsweise aufbereiteten Monatsdaten verwendet (siehe Tabelle S. 7).

<sup>2</sup> Die Leistungsbasis muss wegen der Einführung von TARMED per 1.1.2004 in zwei Phasen unterschieden werden. Liegt mindestens ein Monat der Leistungsbasis vor der Einführung, gilt die Phase 1:

a) *Abgrenzung Phase 1 (ein Teil der Sollkosten stammt aus dem Behandlungsjahr 2003):*

- Zur Leistungsbasis zählen aus statistischen und abgrenzungstechnischen Gründen sämtliche von Vertragsversicherern bezahlten Brutto-Kosten aus OKP (ambulante TARMED-Leistungen sowie Analysen, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Mittel und Gegenstände, etc. abzüglich der Medikamente), welche von Vertragsärzten erbracht wurden. Diese Kosten sind pro Kanton/Region und pro Vertragsgruppe aus-

zuscheiden. Abgrenzungskriterium ist jeweils das Behandlungsbeginndatum.

- Nicht zur Leistungsbasis gezählt werden Leistungen an besondere Versicherungsformen mit Pauschalentschädigung.
- Zusätzlich monitorisiert werden sämtliche von Vertragsversicherern bezahlten OKP Leistungen in den Bereichen Analysen, Medikamente, Physiotherapie, welche von Vertragsärzten erbracht oder veranlasst wurden.
- Formel für die Leistungsbasis:

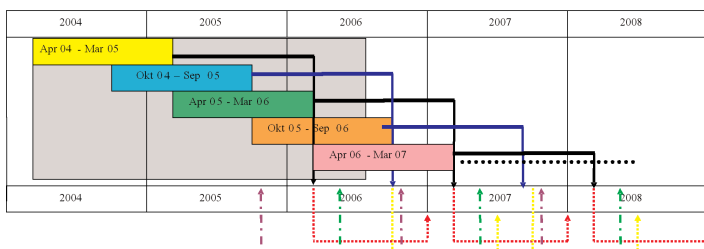
$$LB = L_{PA \text{ Ärzte}} - M - Cap$$

b) *Abgrenzung Phase 2 (die gesamten Sollkosten betreffen das Behandlungsjahr 2004):*

- Zur Leistungsbasis zählen aus statistischen und abgrenzungstechnischen Gründen sämtliche von Vertragsversicherern bezahlten Brutto-Kosten aus OKP (ambulante TARMED-Leistungen sowie Ergotherapie, Logopädie, etc. abzüglich der Medikamente, Analysen, Physiotherapie, Mittel und Gegenstände und stationären Tarifen), welche von Vertragsärzten erbracht wurden. Diese Kosten sind pro Kanton/Region und pro Vertragsgruppe auszuscheiden. Abgrenzungskriterium ist jeweils das Behandlungsbeginndatum.
- Nicht zur Leistungsbasis gezählt werden Leistungen an besondere Versicherungsformen mit Pauschalentschädigung.
- Zusätzlich monitorisiert werden ab dem Behandlungsjahr 2004 sämtliche von Vertragsversicherern bezahlten OKP Leistungen in den Bereichen Analysen<sup>1+2</sup>, Mittel und Gegenstände<sup>1</sup>, Medikamente<sup>1+2</sup>, Physiotherapie<sup>1+2</sup> und weitere, sofern statistisch ausscheidbar, welche von Vertragsärzten erbracht (Gruppe<sup>1</sup>) und / oder veranlasst (Gruppe<sup>2</sup>) wurden.
- Soweit Leistungen in weiteren Bereichen wie Ergotherapie, Logopädie, etc. abgrenzbar oder mit geeigneten und plausibilisierten statistischen Methoden von den übrigen Leistungen ausscheidbar sind, können weitere Abgrenzungen bei der Bestimmung der Leistungsbasis vereinbart werden.
- Formel für die Leistungsbasis:

$$LB = L_{PA \text{ Ärzte}} - M - MG - P - A - T_{stat} - Cap$$

## 4 Technisches Umsetzungskonzept



### Legende

- Steuerungs-Empfehlung zwingend: Neuer TPW ab 1.1.
- Sitzung Februar: Soll/Ist-Vergleich
- Steuerungs-Empfehlung bei Bedarf: Neuer TPW ab 1.7.
- Sitzung August: Soll/Ist-Vergleich
- Sitzung Mai: Sollkostenkorrektur X für die nächste Periode
- Sitzung November: während den ersten beiden Jahren, kein definierter Inhalt
- Doppelte Messmethode bis März 06: gemäss KN Rahmenvertrag Anhang 2 und LKV



## 5 Abwicklung der Kosten- und Leistungskontrolle

### 5.1 Soll-/Ist-Kostenvergleich und Empfehlung

#### Taxpunktwert

<sup>1</sup> Es erfolgt ein Soll-/Ist-Kostenvergleich. Ergibt sich aufgrund dieses Vergleichs eine Abweichung, so erfolgt eine Steuerungsempfehlung des Lenkungsbüros für den Taxpunktwert (TPW).

<sup>2</sup> Der zeitliche Ablauf des Soll-/Ist-Kostenvergleichs ist in Ziff. 4 (technisches Umsetzungskonzept) graphisch dargestellt.

### 5.2 Korrekturmassnahmen

<sup>1</sup> Ergibt die Überprüfung der Soll/Ist-Situation in einer Vertragsgemeinschaft, dass eine relevante Abweichung vorliegt, prüft das Lenkungsbüro, ob eine TPW-Anpassung notwendig sei. Falls es diese für notwendig erachtet, empfiehlt das Lenkungsbüro der betroffenen kantonalen Ärztesgesellschaft und santésuisse, eine entsprechende Änderung des Taxpunktwertes zu vereinbaren und von der Kantonsregierung genehmigen zu lassen.

<sup>2</sup> Empfehlungen des Lenkungsbüros betreffend TPW-Anpassungen erfolgen zwingend jeweils im Februar für eine Umsetzung per 1.1. des Folgejahres und bei Bedarf im August für eine Umsetzung per 1.7. des Folgejahres.

### 5.3 Korrekturmechanismus

Muss eine Korrektur vorgenommen werden, so wird der neue TPW so berechnet, dass das kumulierte Taxpunktvolument, gewichtet mit dem neuen TPW, die Sollkosten erreichen würde.

## 6 Das Lenkungsbüro

### 6.1 Aufgaben und Kompetenzen

<sup>1</sup> Die Leistungs- und Kostenvereinbarung wird durch ein gemeinsam finanziertes, nationales Lenkungsbüro nach einheitlichen Kriterien und technischen Definitionen umgesetzt. Das Lenkungsbüro hat insbesondere folgende Aufgaben und Kompetenzen:

- Bearbeitung sämtlicher Probleme im Zusammenhang mit der Leistungs- und Kosten-Lenkung, -Steuerung sowie -Erfassung;
- Vornahme des Soll-/Ist-Kostenvergleichs und der begründeten Empfehlung an die zuständigen Parteien für eine allfällige Taxpunktwertanpassung;
- Definition der Korrekturkomponenten;
- Erarbeitung der Methodik für die Erhebung der Korrekturkomponenten;
- Erarbeitung der lokalen Gewichtung und Festlegung der Höhe der Korrekturkomponenten;
- Erarbeitung von Vorschlägen zur gezielten Konvergenz der Leistungsvergütung;
- Weiterentwicklung der TARMED-Tarifstruktur und Ausarbeiten von Empfehlungen zuhanden santésuisse und FMH für entsprechende Anträge an TARMED Suisse;
- Präzisierung und Anpassung der technischen Definitionen;
- Nachführung des jeweils aktuellen Standes des von den Parteien vereinbarten einheitlichen Rechnungsformulars (XML-Standard) bzw. der Übermittlungsart der Rechnungen (gemäss Zusatzvereinbarung zum RV, Anhang 3, vom 1. November 2003).

<sup>2</sup> Das Lenkungsbüro kann weitere Empfehlungen zur Steuerung an die Vertragsparteien abgeben.

<sup>3</sup> Das Lenkungsbüro kann im Einvernehmen mit den Parteien weitere Aufgaben übernehmen.

### 6.2 Zusammensetzung des Lenkungsbüros

<sup>1</sup> Das Lenkungsbüro setzt sich zusammen aus drei Vertretern von santésuisse und drei von den ärztlichen Vertragsparteien (FMH und kantonale Ärztesgesellschaften) mandatierten Vertretern und deren Suppleanten.

<sup>2</sup> Je ein Vertreter von BAG, Preisüberwachung und GDK kann als Beobachter an den Februar- und August-Sitzungen des Lenkungsbüros teilnehmen.

### 6.3 Verfahren

<sup>1</sup> Die Einladung, die Traktanden und das Protokoll werden jeweils vom Vorsitzenden der entsprechenden Sitzung verschickt. Einladung und Traktanden müssen mindestens 1 Woche vor der Sitzung bei den Mitgliedern eintreffen.

<sup>2</sup> Die Taxpunktwertempfehlung sowie Beschlüsse des Lenkungsbüros bedürfen der Einstimmigkeit der Parteien. Die betroffenen Vertragsgemeinschaften haben das Recht, angehört zu werden und Anträge an das Lenkungsbüro zu stellen.

<sup>3</sup> Von den Sitzungen wird ein Beschlussprotokoll erstellt.

<sup>4</sup> Der Vorsitz wechselt im Jahresrhythmus. Das erste Kalenderjahr wird von einem Vertreter von santésuisse präsidiert.

<sup>5</sup> Das Büro organisiert sich im Weiteren selbst. Es kann ein Handbuch erlassen.

### 6.4 Sitzungstermine

<sup>1</sup> Das Lenkungsbüro trifft sich zwingend jeweils am dritten Donnerstag der Monate Februar und August zur Beurteilung der Soll-/Ist-Kosten (Ziff. 2.3).

<sup>2</sup> Das Lenkungsbüro trifft sich zwingend jeweils am dritten Donnerstag im Mai zur Festlegung des Korrekturfaktors und der Korrekturkomponenten für das laufende Jahr.

<sup>3</sup> Während den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung trifft sich das Lenkungsbüro zusätzlich jeweils am dritten Donnerstag des Monats November.

<sup>4</sup> Die im Lenkungsbüro vertretenen Parteien können weitere Sitzungen zur Wahrnehmung der übrigen Aufgaben vereinbaren.

### 6.5 Finanzierung des Lenkungsbüros

<sup>1</sup> Die Parteien – santésuisse einerseits sowie die ärztlichen Vertragsparteien andererseits – tragen die Kosten, die ihnen aus der Teilnahme und Mitwirkung im Lenkungsbüro entstehen, in zeitlicher und finanzieller Hinsicht selbst.

<sup>2</sup> Dasselbe gilt grundsätzlich für die Bereitstellung der Basisdaten und die Durchführung der dazugehörigen Analysen. Es können andere Kostenteilungsregeln festgesetzt werden.

<sup>3</sup> Das Lenkungsbüro erstellt jeweils Ende Jahr ein Budget – ausgenommen die internen Kosten gemäss Abs. 1 hievore – mit Kostenverteilungsschlüssel für das kommende Jahr, welches von den Parteien zu genehmigen ist.

<sup>4</sup> Über Anträge zu externen Studien und Analysen, den Beizug von Experten oder die Entwicklung von gemeinsamen Instrumenten ist gemeinsam zu entscheiden.

## 7 Elektronische Datenübermittlung

<sup>1</sup> Für die elektronische Rechnungsstellung ist der XML-Standard und das von santésuisse und FMH gemäss Zusatzvereinbarung zum RV, Anhang 3, vom 1. November 2003 für verbindlich erklärte, einheitliche Rechnungsformular zu verwenden. Die Parteien orientieren sich dabei nach Möglichkeit am Standard des Forums für Datenaustausch im Gesundheitswesen und bringen dort ihre aus diesem Vertrag entstehenden Bedürfnisse ein.

# Anschlussvertrag TARMED 2008

## ANHANG C

10

<sup>2</sup> Das Rechnungsformular ist in jedem Fall vollständig und richtig auszufüllen.

<sup>3</sup> Rechnungen, welche nicht diesen Formvorschriften entsprechen, können zurückgewiesen werden.

## 8 Kündigung

### 8.1 Kündigung

<sup>1</sup> Jede Vertragspartei kann den Vertrag unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres kündigen.

<sup>2</sup> Die Kündigung erfolgt jeweils durch eingeschriebenen Brief, und zwar:

- von santésuisse: an die FMH. Diese informiert die KÄG;
- von der FMH: an santésuisse;
- von einer KÄG: an santésuisse. Die KÄG informiert die FMH.

<sup>3</sup> Bei Kündigung durch eine KÄG oder durch FMH gilt dieser Vertrag unter den übrigen Parteien weiter.

<sup>4</sup> Falls der RV gekündigt wird, gilt gemäss Art. 19 AV auch der AV auf den gleichen Termin als gekündigt. Dies gilt auch in Bezug auf diesen Vertrag. Falls der AV mit seinen Anhängen gekündigt wird, gilt auch dieser Vertrag als gekündigt. Dies in Bezug auf die kündigende Vertragspartei (kantonale KÄG, Vertragsgemeinschaft). Für die übrigen Vertragsparteien gilt der Vertrag weiter.

## 9 Weiterzug von PIK-Entscheiden gemäss Art. 16 TARMED Rahmenvertrag

Die PIK-Entscheide gemäss Art. 16 RV können direkt an das zuständige kantonale Schiedsgericht weitergezogen werden (Art. 89 KVG). Die Weiterzugsmöglichkeit an kantonale PVK's entfällt.

## 10 Schluss- und Übergangsbestimmungen

### 10.1 Übergang von der Kostenneutralitätsphase zur LeiKoV

<sup>1</sup> Die Messung und die Vergleichsmethode (technische Aspekte) gemäss der Vereinbarung zur Kostenneutralität gemäss Anhang 2 RV wird bis Mitte 2006 weitergeführt bzw. angewendet.

<sup>2</sup> Die Messung wird quartalsweise auf Monatsbasis durchgeführt (d.h. im August 2005 werden die Daten bis Juni 2005, im November 2005 die Daten bis September 2005, im Februar 2006 die Daten bis Dezember 2005, im Mai 2006 die Daten bis März 2006 ausgewertet [vgl. Ziff. 4, «Technisches Umsetzungskonzept»])

<sup>3</sup> Ergibt sich nach dieser Messmethode eine abweichende Steuerungsempfehlung zur neuen LeiKoV-Messmethode, so sind diese Erkenntnisse entsprechend zu berücksichtigen.

<sup>4</sup> Für die Abwicklung dieser Übergangsbestimmung ist das Lenkungsbüro in der Zusammensetzung und mit den Kompetenzen gemäss Ziff. 5 dieser Vereinbarung zuständig.

<sup>5</sup> Parteien, die als Inkrafttreten den 1.7.05 erklärt haben, können bezüglich der Dauer der Abtragung des Kompensationsvolumens andere Perioden als die üblicherweise vorgesehenen 6 Monate vereinbaren.

### 10.2 Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt für die Parteien mit der rechtsverbindlichen Unterschrift in Kraft. Sie treten in die aktuell laufende Sollkostenperiode gem. Ziff. 2.3 Abs. 1 ein.

### 10.3 Vorrang der deutschen Version der Vereinbarung

Diese Vereinbarung wird übersetzt. Bei Auslegungsfragen und Unklarheiten ist der deutsche Text massgebend.

Solothurn, 26.9.2005

#### santésuisse

Der Präsident  
Christoffel Brändli

#### Die Schweizer Krankenversicherer

Der Direktor  
Marc-André Giger

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

Der Präsident  
Jacques de Haller

Tarifdel. des ZV  
Franco Muggli

## ANHANG D

**Reglement für die paritätische Vertrauenskommission (PVK)**

gemäss Art. 16 des Anschlussvertrages (AV) vom 22. Juni 2007 zum Rahmenvertrag TARMED zwischen der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern und santésuisse.

**I. Zusammensetzung und Organisation****Art. 1**

Die kantonale paritätische Vertrauenskommission (PVK) besteht aus 6 ordentlichen Mitgliedern. Jede Vertragspartei ernennt je die Hälfte davon.

Jede Vertragspartei ernennt zudem mindestens drei Ersatzmitglieder, die Ärztesgesellschaft so viele, damit im Bedarfsfall das fachärztliche know-how in der Spruchbehörde verfügbar ist.

**Art. 2**

Die Vertragsparteien wählen als Präsidenten eine neutrale unabhängige Persönlichkeit. Sie bezeichnen zudem im Einvernehmen mit dem Präsidenten das Sekretariat der PVK.

**Art. 3**

Die PVK tagt unter dem Vorsitz des Präsidenten und im Beisein von je drei Mitgliedern bzw. Ersatzmitgliedern beider Parteien. Der Sekretär hat beratende Stimme.

**Art. 4****Ausstand / Ablehnung**

Tritt ein Mitglied in den Ausstand oder wird es abgelehnt, so wird es durch die entsprechende Vertragspartei selbst ersetzt.

Tritt der Präsident in den Ausstand oder wird er abgelehnt, so wird er durch den Vizepräsidenten ersetzt.

Der Vizepräsident wird durch die PVK aus der Mitte der ordentlichen PVK-Mitglieder jeweils für ein Jahr gewählt. Das Vizepräsidium wechselt im Jahresturnus unter den beiden Vertragsparteien.

Über ein Ablehnungsbegehren gegen ein PVK-Mitglied oder den Präsidenten entscheidet die PVK selber, wobei die abgelehnte Person in den Ausstand tritt.

Die berufliche Tätigkeit für eine Krankenversicherung oder die Tätigkeit als Arzt oder Ärztin stellen keinen Ablehnungsgrund dar.

**Art. 5**

Der Präsident beruft die PVK ein, so oft es die Geschäfte erfordern. Der Sekretär besorgt die schriftlichen Arbeiten, er protokolliert, verschickt die Entscheide der PVK und führt das Archiv.

**II. Aufgaben****Art. 6**

Die PVK ist kantonale Vermittlungsinstanz in den Fällen gemäss Art. 8 lit. a bis d hienach.

**Art. 7**

Die PVK ist Entscheidungsinstanz in den Fällen gemäss Art. 8 lit. e und g bis j hienach.

**Art. 8**

Unter Vorbehalt von Art. 16 Abs. 4 AV werden der PVK folgende Aufgaben übertragen:

- a. Interpretation der kantonalen und allfälligen regionalen Verträge
- b. Schlichten von Streitigkeiten zwischen Ärzten und Versicherern
- c. Überprüfung beanstandeter Arztrechnungen
- d. Überprüfung von ärztlichen Behandlungen gemäss den WZW-Kriterien (Anhang 6 RV)
- e. Verhängen von Sanktionen (Art. 17 AV) gegenüber einzelnen Ärzten oder Versicherern bei Verletzung des KVG, seiner Verordnungen, des RV, seiner Anhänge oder der kantonalen und allenfalls regionalen Verträge
- f. Erteilen von Ratschlägen
- g. Entscheid über den Ausschluss von diesem Vertrag oder die Ablehnung eines Beitrittsgesuches von Ärzten oder Versicherern (Art. 2 und 7 AV)
- h. Entscheid über Streitigkeiten betreffend Zession (Art. 12 AV)
- i. Entscheid über Ablehnung eines Vertrauensarztes gemäss Art. 15 Abs. 4 AV
- j. Entscheid über Streitigkeiten über Beitrittsgebühr und Unkostenbeitrag (Art. 3 AV und Anhang A)

Aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung zwischen den Parteien können der PVK weitere Kompetenzen übertragen werden.

**III. Legitimation und Verfahren****Art. 9**

Im Verfahren vor der PVK sind aktiv- und passivlegitimiert:

- a. Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
- b. santésuisse Bern
- c. Mitglieder der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
- d. Ärzte, die dem AV beigetreten sind, ohne Mitglied der Ärztesgesellschaft zu sein
- e. Angeschlossene Krankenkassen
- f. Krankenkassen, die dem AV beigetreten sind, ohne Mitglied bei santésuisse zu sein.

**Art. 10**

Beschwerden oder Anträge sind dem Sekretär der Kommission schriftlich und begründet unter Beilage der Beweismittel in drei Exemplaren einzureichen.

**Art. 11**

Die Beschwerde oder der Antrag wird der Gegenpartei unter Fristansetzung zur schriftlichen Stellungnahme zugestellt. Die Frist kann auf begründetes Gesuch hin erstreckt werden. Der Präsident kann bei Streitigkeiten eine Vermittlungsverhandlung durchführen.

**Art. 12**

Die Kommission erlässt ihre Empfehlungen bzw. fällt ihre Entscheide aufgrund der Akten. Eine mündliche Anhörung kann angeordnet werden. Sie ist zwingend, wenn Sanktionen gemäss Art. 17 Abs. 1 AV in Frage kommen.

**Art. 13**

Die PVK ist in ihren Beschlüssen nicht an die Parteianträge gebunden.

# Anschlussvertrag TARMED 2008

## ANHANG D

12

**Art. 14**

Die PVK fasst ihre Beschlüsse im Konsens.  
Ist Konsens nicht möglich, so entscheidet die PVK mit der einfachen Mehrheit der anwesenden, stimmberechtigten Mitglieder.  
Bei Stimmgleichheit fasst die PVK ihre Beschlüsse mit Stimm-entscheid des Präsidenten.  
Die Beschlüsse werden den Parteien schriftlich und begründet eröffnet. Die PVK kann allfällige Minderheitsmeinungen in die Begründung aufnehmen.

**Art. 15**

Beschlüsse der PVK werden für die Parteien verbindlich, wenn sie nicht innert 30 Tagen seit der Eröffnung schriftlich gegenüber der PVK abgelehnt werden.

**Art. 16**

Lehnt eine Partei einen Beschluss der PVK ab, wird dies den Parteien durch die PVK schriftlich eröffnet. In diesem Fall steht den Parteien der Weg an das kantonale Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG offen.

**Art. 17**

Die Parteien können sich die Akten der PVK zur Einsichtnahme zustellen lassen.

**Art. 18**

Wird ein Beschluss nicht innerhalb von 4 Monaten nach Eingang der Beschwerde oder des Antrages den Parteien eröffnet, steht diesen ohne Weiteres der Weg an das Kantonale Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG offen.

**Art. 19**

Das Verfahren vor der PVK ist kostenlos. Jede Vertragspartei entschädigt ihre Vertreter selbst. Die übrigen Kosten (Entschädigung des Präsidenten, Sekretariat, allfällige Expertenonorare und Kanzleiauslagen) werden von den Vertragsparteien je zur Hälfte getragen. Der Sekretär hat über diese Kosten jährlich abzurechnen.

Kosten, die durch Beweisanträge der Parteien verursacht werden, sind durch diese zu übernehmen und werden bei ihnen durch das Sekretariat vorschussweise erhoben.

**Art. 20***Kündigung*

Dieses Reglement kann erstmals per 31. Dezember 2008 gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Monate (Art. 18 RV in Verbindung mit Art. 18 AV).

Wird der AV gekündigt, gilt auch dieses Reglement automatisch als gekündigt.

Für Verfahren, die im Falle der Kündigung vor Ablauf der Kündigungsfrist bei der PVK eingeleitet wurden, ist diese weiterhin zuständig.

**Art. 21***Schlussbestimmung*

Dieses Reglement tritt gleichzeitig mit dem AV in Kraft.

Bern, 22. Juni 2007

**Ärztegesellschaft des Kantons Bern**

Dr. med. J. Schlup  
Präsident

Dr. iur. Th. Eichenberger  
Sekretär

**santésuisse**

Ruth Humbel Näf  
Leiterin Region Mitte

Thomas Linder  
Geschäftsführer Bern