

Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED

Version 2.7 (ersetzt Version 2.6 vom 18.12.2013)
vom Leitungsgremium TARMED Suisse am 13.07.2017
in Kraft gesetzt

Anerkennung folgender Sparten/Leistungsbereiche:

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

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

Beilage K: „Interventionelle Schmerztherapie“	22
1. Kriterien zur Anerkennung der Abrechnungsberechtigung.....	22
2. Übergangsregelung Fähigkeitsausweis	22
3. Verfahren der Spartenanerkennung	22
4. Überprüfung	22

Spartenkonzept

1. Grundlage

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

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

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

2. Zum Begriff „Anerkennung“

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

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

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

⁴ Deshalb wird eine Anerkennung auf der Basis der Selbstdeklaration gewählt.

3. Sparten / Bereiche, welche Abgrenzungskriterien benötigen

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

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

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

4. Anforderungen an Anerkennungskriterien

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

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

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

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

5. Selbstdeklarationsverfahren und Datenbank

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

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

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

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

a) Namensänderung der Unternehmung

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

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

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

- c) Fusionen

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

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

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

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

1 Kriterien zur Anerkennung

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

A. Anforderungen an die direkte OP-Umgebung:

A1) Technische Anforderungen:

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

A2) Bauliche Anforderungen:

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

A3) Erweiterte Anforderungen:

1. Zugang zu einer Spitalinfrastruktur im gleichen Gebäude, bzw. Areal (Aufwachraum, Intermediate Care, IPS etc.).	--	--	X	X
--	----	----	---	---

B. Anforderungen des Operationssaales

B1) Technische Anforderungen:

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

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

B2) Bauliche Anforderungen:

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

B3) Medizintechnik im OP-Saal:

6. Schwenkbare und höhenverstellbare OP-Deckenleuchte oder adäquate Ausleuchtung des OP-Feldes, entsprechend den üblichen Anforderungen an die Fachspezialität. Das Beleuchtungssystem ist zu benennen.	X	X	X	X
7. OP-Tisch, verstellbar (Trendelenburg, Höhe, elektrisch oder mechanisch)	X	X	X	X

8. Patientenmonitoring mittels Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie	X	X	X	X
9. Reanimations-Koffer zur Behebung von Komplikationen	X	X	X	X
10. Möglichkeit zur Dokumentation und/oder Überwachung chirurgischer Eingriffe mittels fachspezifischem bildgebendem Verfahren. Das Verfahren ist zu benennen.	X	X	X	X
11. Mobile Geräte für offene Herzoperationen (Herzlungenmaschine, Cell Safer, spezielles Kardioset, usw.)	--	--	--	X

C. Personelle Voraussetzungen:

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

Erläuterungen:

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

2 Übergangsregelung

¹ Keine

3 Überprüfung des nichtärztlichen Personals (vgl. C1)

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

4 Grundsatz der Anerkennung

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

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

5 Methodik der Anerkennung

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

² Deklarationspflicht der Institutionen für Veränderungen der Eckwerte laufend.

³ Sanktionsmöglichkeiten bei „Falschdeklaration“ gemäss den Rahmenverträgen.

6 Verfahren der Anerkennung

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

² Zuständige Institution:

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

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

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

7 Überprüfung

¹ Die PaKoDig überprüft jährlich mittels Stichproben 5 % der anerkannten Institutionen.

Beilage B: Anerkennung der Intensivpflegestation

Anerkennung der Intensivpflegestation (IPS)

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

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

Beilage C: Anerkennung der Intermediate Care

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

1 Kriterien zur Anerkennung der Intermediate Care (Überwachungsstation)

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

2 Übergangsregelung

¹ Keine

3 Grundsatz der Anerkennung

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

² Die Berechtigung ergibt sich aufgrund der Erfüllung aller obenstehenden Kriterien.

4 Methodik der Anerkennung

¹ Verfahren mit adaptiertem Selbstdeklarationsbogen.

² Deklarationspflicht der Institutionen für Veränderungen der Eckwerte laufend.

³ Sanktionsmöglichkeiten bei „Falschdeklaration“ erfolgen nach vorgesehenem Verfahren in den Rahmenverträgen.

5 Verfahren der Anerkennung

¹ Alle Leistungserbringer, welche nach TARMED Leistungen aus der Sparte Intermediate Care abrechnen möchten und den Rahmenverträgen zwischen Leistungserbringerorganisationen und Versicherern beigetreten sind, werden aufgefordert, die Daten zu melden und ih-

Vereinbarung über die Anerkennung von Sparten nach TARMED

re Berechtigung wird aufgrund der von ihnen aufgeführten Eckwerte im Selbstdeklarationsbogen abgeklärt und der Datenbank bzw. den Datenbanken zur Anerkennung von Sparten zugeführt.

² Zuständige Institution:	für strategische Fragen	TARMED Suisse
	für die operative Umsetzung	
	- technische Bearbeitung der Gesuche	H+ bzw. FMH
	- Entscheide	PaKoDig
	für Streitfälle / Sanktionen	zuständige PVK

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

⁴ Zuständige Institution: H+ bzw. FMH.

6 Überprüfung

¹ Die PaKoDig überprüft jährlich mittels Stichproben 5 % der anerkannten Institutionen.

Beilage D: Anerkennung der Anerkannten Notfallaufnahme

1 Kriterien zur Anerkennung der Anerkannten Notfallaufnahme

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

2 Übergangsregelung

¹ Keine

3 Grundsatz der Anerkennung

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

² Die Berechtigung ergibt sich aufgrund der Erfüllung aller obenstehenden Kriterien.

4 Methodik der Anerkennung

¹ Verfahren mit den aktuellen Selbstdeklarationsbogen (inkl. Planskizze der Betriebseinheit).

² Deklarationspflicht der Institutionen für Veränderungen der Eckwerte laufend.

³ Sanktionsmöglichkeiten bei „Falschdeklaration“

5 Verfahren der Anerkennung

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

² Zuständige Institution: für strategische Fragen

TARMED Suisse

Vereinbarung über die Anerkennung von Sparten nach TARMED

für die operative Umsetzung

- technische Bearbeitung der Gesuche H+ bzw. FMH
- Entscheide PaKoDig

für Streitfälle / Sanktionen

zuständige PVK

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

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

⁵ Zuständige Institution: H+.

6 Überprüfung

¹ Die PaKoDig überprüft jährlich mittels Stichproben 5 % der anerkannten Institutionen.

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

1 Kriterien zur „Anerkennung“ der Abrechnungsberechtigung

Kriterien (Musskriterien zur Erlangung der Abrechnungsberechtigung für Kapitel 02.02)	Nichtärztl. Leistungen Spitalpsychiatrie
1. Die Leistungen erfolgen auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Überwachung	X
2. Der delegierende Spitalarzt verfügt über die qualitative Dignität „Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ oder „Psychiatrie & Psychotherapie“ oder „FA delegierte Psychotherapie“	X
<p>3. Ausführende PsychologInnen/PsychotherapeutInnen müssen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein Hochschulstudium im Hauptfach Psychologie einschliesslich Psychopathologie an einer Universität oder an einer Fachhochschule abgeschlossen und ein entsprechendes Diplom (Psychologin/Psychologe FH; Lizentiatsabschluss; für Psychologinnen und Psychologen, welche ihre Hochschulausbildung nach dem Bologna-Modell absolvieren: MSc/MA) erworben haben; - Die Anforderungen des PsyG² erfüllen; - Sofern weitergehende kantonale gesetzliche Vorschriften bezüglich Berufsausübung von PsychologInnen / PsychotherapeutInnen in delegierter Form bestehen, müssen auch diese erfüllt sein. - Die in der Weiterbildung stehenden PsychotherapeutInnen können nur von FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie und FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie angestellt werden und müssen für die delegierte psychotherapeutische Arbeit folgende Bedingungen erfüllen: <ul style="list-style-type: none"> - Hochschulabschluss in Psychologie - Mindestens 150 Std. Theorie in der ausgewählten Psychotherapiemethode - Mindestens 100 Std. Selbsterfahrung, wovon mindestens 50 Std. im Einzelsetting - fundierte Kenntnisse der Psychopathologie <p>Die Weiterbildung muss in der Regel innert 5 Jahren gemäss den genannten Bedingungen abgeschlossen werden, ansonsten die Erlaubnis zur delegierten psychotherapeutischen Arbeit erlischt.</p>	X
4. Die ausführenden PsychologInnen / PsychotherapeutInnen müssen vom Spital angestellt sein, an welchem der delegierende Arzt tätig ist. Es sind mehrere Anstellungsverhältnisse möglich.	X
5. Die ausführenden PsychologInnen / PsychotherapeutInnen erbringen ihre Leistungen im Spital, an welchem der delegierende Arzt tätig ist.	X
6. Die Aufsichtspflicht des delegierenden Arztes muss gewährleistet sein. Zeugnisse, Berichte und Anträge im Zusammenhang mit der delegierten Psychotherapie müssen vom delegierenden Arzt visiert sein.	X

2 Übergangsregelung

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

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

3 Verfahren der Anerkennung

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

- ² Es genügt die Bescheinigung des Spitals, an welchem der delegierende Arzt tätig ist,
1. dass der verantwortliche Arzt über die erforderliche qualitative Dignität verfügt entweder gestützt auf seinen Facharztstitel oder auf die Besitzstandswahrung.
 2. dass die ausführenden TherapeutInnen von Spital angestellt und dort tätig sind
 3. dass diese die Ausbildungskriterien resp. die entsprechenden Bestimmungen der Übergangsregelung erfüllen.

4 Überprüfung

¹ Die PaKoDig überprüft jährlich mittels Stichproben 5 % der anerkannten Institutionen.

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

1 Kriterien zur „Anerkennung“ der Abrechnungsberechtigung

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

2 Übergangsregelung

¹ Keine

3 Verfahren der Anerkennung

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

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

4 Überprüfung

¹ Die PaKoDig überprüft jährlich mittels Stichproben 5 % der anerkannten Institutionen.

Beilage G: „Anerkennung“ Delegierte Psychotherapie in der Arztpraxis

1 Kriterien zur „Anerkennung“ der Abrechnungsberechtigung

Kriterien (Musskriterien zur Erlangung der Abrechnungsberechtigung für Kapitel 02.03)	Delegierte Psychotherapie Arztpraxis
1. Die Leistungen erfolgen auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Überwachung	X
2. Der delegierende Arzt verfügt über die qualitative Dignität „Kinder- & Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie“, „Psychiatrie & Psychotherapie“ oder „FA delegierte Psychotherapie“	X
<p>3. Ausführende PsychologInnen/PsychotherapeutInnen müssen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein Hochschulstudium im Hauptfach Psychologie einschliesslich Psychopathologie an einer Universität oder an einer Fachhochschule abgeschlossen und ein entsprechendes Diplom (Psychologin/Psychologe FH; Lizentiatsabschluss; für Psychologinnen und Psychologen, welche ihre Hochschulausbildung nach dem Bologna-Modell absolvieren: MSc/MA) erworben haben; - Die Anforderungen des PsyG³ erfüllen; - Sofern weitergehende kantonale gesetzliche Vorschriften bezüglich Berufsausübung von PsychologInnen / PsychotherapeutInnen in delegierter Form bestehen, müssen auch diese erfüllt sein. - Die in der Weiterbildung stehenden PsychotherapeutInnen können nur von FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie und FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie angestellt werden und müssen für die delegierte psychotherapeutische Arbeit folgende Bedingungen erfüllen: <ul style="list-style-type: none"> - Hochschulabschluss in Psychologie - Mindestens 150 Std. Theorie in der ausgewählten Psychotherapiemethode - Mindestens 100 Std. Selbsterfahrung, wovon mindestens 50 Std. im Einzelsetting - fundierte Kenntnisse der Psychopathologie <p>Die Weiterbildung muss in der Regel innert 5 Jahren gemäss den genannten Bedingungen abgeschlossen werden, ansonsten die Erlaubnis zur delegierten psychotherapeutischen Arbeit erlischt.</p>	X
4. Die ausführenden PsychologInnen / PsychotherapeutInnen müssen vom delegierten Arzt angestellt sein. Es sind mehrere Anstellungsverhältnisse möglich.	X
5. Die ausführenden PsychologInnen / PsychotherapeutInnen erbringen ihre Leistungen in der Praxis des delegierenden Arztes.	X
6. Die delegierte Psychotherapie wird pro Arzt auf maximal 100 Wochenstunden beschränkt. Die Aufsichtspflicht des delegierenden Arztes muss gewährleistet sein. Zeugnisse, Berichte und Anträge im Zusammenhang mit der delegierten Psychotherapie müssen vom delegierenden Arzt visiert sein.	X

2 Übergangsregelung

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

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

3 Verfahren der Anerkennung

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

² Es genügt die Bescheinigung des delegierenden Arztes,

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

4 Überprüfung

¹ Die PaKoDig überprüft jährlich mittels Stichproben 5 % der anerkannten Institutionen.

Beilage H: „Anerkennung“ Schlafdiagnostik

Berechtigung zur Abrechnung der Leistungen aus dem Kapitel Schlafdiagnostik

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

Beilage J: „Betriebsstelle Radiologie“

1 Kriterien zur Anerkennung der Abrechnungsberechtigung

Kriterien (Musskriterien zur Erlangung der Abrechnungsberechtigung für Leistungen der Sparte „Betriebsstelle Radiologie“)	Betriebsstelle Radiologie
<p>A) Abrechnungsberechtigung für Radiologieinstitute:</p> <p>Als abrechnungsberechtigte Radiologieinstitute gelten privatrechtlich geführte, eigenständige Institute. Das heisst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle Betriebskosten werden durch die Radiologen des betreffenden Institutes selber getragen - Die Radiologen in privatrechtlich geführten, eigenständigen Instituten rechnen mit eigener EAN- oder Institutsnummer mit den Versicherern ab. - Das Unternehmerrisiko für ein Radiologieinstitut muss von den Radiologen getragen werden“. - Radiologieinstitute in öffentlichrechtlichen oder Privatspitälern fallen unter Lit. B. - Als Radiologen gelten Träger des Titels „FMH Facharzt für Radiologie“ oder eines gleichwertigen ausländischen Facharztstitels. Besitzstandwahrung im Sinne des TARMED-Dignitätskonzeptes gilt nicht als Facharzttitel. 	X
<p>B) Abrechnungsberechtigung für Spitäler:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Als abrechnungsberechtigt gelten Spitäler, deren bildgebende Leistungen unter der Leitung eines Radiologen erbracht werden. - Als Radiologen gelten Träger des Titels „FMH Facharzt für Radiologie“ oder eines gleichwertigen ausländischen Facharztstitels. Besitzstandwahrung im Sinne des TARMED-Dignitätskonzeptes gilt nicht als Facharzttitel. 	X

2 Übergangsregelung

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

3 Verfahren der Anerkennung

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

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

- Für Spitäler H+
- Für Radiologieinstitute FMH

4 Überprüfung

¹ Die PaKoDig überprüft jährlich mittels Stichproben 5 % der anerkannten Institutionen.

Beilage K: „Interventionelle Schmerztherapie“

1. Kriterien zur Anerkennung der Abrechnungsberechtigung

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

2. Übergangsregelung Fähigkeitsausweis

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

3. Verfahren der Spartenanerkennung

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

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

4. Überprüfung

¹ Die PaKoDig überprüft jährlich mittels Stichproben 5 % der anerkannten Institutionen.