

Die am häufigsten gestellten Fragen zu TarMed

Ich bin gegenwärtig in der Weiterbildung mit dem Ziel, den FMH-Titel in Allgemeinmedizin zu erwerben. Ich frage mich nun, ob ich diese Weiterbildung auf das ausrichten soll, was ich später in der Praxis noch fakturieren kann (dies wird nicht vor fünf Jahren der Fall sein). Hat es noch einen Sinn, wenn ich mich in ORL, Pädiatrie und in Gynäkologie/Geburts-hilfe weiterbilde? Sollte dies der Fall sein: was muss ich unternehmen, um meine Fähigkeiten auf diesen Gebieten anerkennen zu lassen, so dass ich zum Beispiel eine ORL-Untersuchung oder eine Konsultation bei einem Säugling abrechnen kann? Ausserdem: werde ich meine während des einjährigen Universitätsstudiums erworbenen Kenntnisse in Psychiatrie anrechnen lassen können?

C. C. in O.

Erstens kommen hier die wohlerworbenen Rechte zum Zuge. Das heisst, bis anhin regelmässig und unbeanstandet erbrachte Leistungen können angegeben und weiterhin verrechnet werden. Massgebend hierfür wird das Konzept Dignität der FMH/TarMed sein, welches leider noch nicht publiziert werden kann. Die definitive Fassung dieses Papiers kann erst nach Vorliegen der Verordnung über die Freizügigkeit im Personenverkehr mit der EU publiziert werden. Zweitens stehen sehr viele Leistungen mit einer qualitativen Dignität «alle» für alle offen.

Ich bin verantwortlich für die Patientenadministration sowie die Einführung von TarMed für die Psychiatrie und die Gefängnismedizin auf den 1. Januar 2001. Können Sie mir in diesem Zusammenhang sagen, wann Version 3.0 TarMed auf französisch verfügbar sein wird? Hat es wichtige Änderungen im Kapitel 2.0? Sollte TarMed am 1. Januar 2001 starten, ist dann die elektronische Abrechnung obligatorisch? Falls ja, gibt es dafür vorbereitete Formulare?

R. C. in P.

Für die kantonalen Tarife sind die kantonalen Ärztesellschaften zuständig. Diese müssen auch die entsprechenden Berechnungen vornehmen. Die französische Version wird gegen Ende Jahr verfügbar sein. Eine Einführung von TarMed auf den 1. Januar 2001 ist unserer Kenntnis nach in keinem Kanton geplant. Die elektronische Abrechnung ist nicht obligatorisch, aber empfehlenswert, da nur mittels elektronischer Abrechnung die Limitationen (z.B. Arbeit in Abwesenheit des Patienten) aufgehoben sind.

1. Welche Position muss angewandt werden, wenn die Blutdruckmessung an die Praxisassistentin delegiert wird, die in einem Raum der Praxis arbeitet?
2. Können die verabreichten oder angeordneten Medikamente speziell verrechnet werden?
3. Position 00.0080: Wenn der Hinweg 15 Minuten dauert, kann man 3×5 Minuten für den Hinweg und 3×5 Minuten für den Rückweg fakturieren? Was ist ein «vergeblicher notfallmässiger Besuch»?
4. Position 00.0220: Heisst maximal $2 \times$ pro 6 Monate abrechenbar $1 \times$ pro 3 Mt. oder $2 \times$ pro Jahr?
5. Position 00.0530: intrakutan/intramuköse Injektion, und 00.0490 venöse Punktion: Diese beiden Positionen sind in der Konsultation inbegriffen. Sollen sie dennoch auf der Rechnung aufgeführt werden?
6. Position 00.1000: Die Leichenschau findet in der Regel am Ort des Todesfalls (zu Hause, in einem Heim), ausnahmsweise in der Praxis statt. Wie kommt es, dass unter TL eine 20minütige Raumbelegung angegeben wird?
7. Positionen 00.1730/00.1740/00.1750: Was heisst «Notfall A, B, C, D»?
8. Positionen 00.1760/00.1770: Was ist der Unterschied zwischen einer Notfall-Inkonvenienz und einem zeitlichen Zuschlag?
9. Position 04.0470: Ich bin Allgemeinmediziner FMH und habe bisher schon Hauttumoren entfernt, ohne dass die Krankenkassen Einspruch erhoben hätten. Obschon meine Dignität 5 ist, werde ich in diesem Fall den gleichen Tarif anwenden können wie ein Kollege mit Dignität 6?

W. A. in N.

1. Ärztliche Leistungen, ganz oder teilweise, wie eben die Blutdruckmessung durch nicht-ärztliches Personal unter ärztlicher Aufsicht und Kontrolle, sind integraler Bestandteil der AL und mit letzteren abgegolten.
2. Medikamente können separat gemäss Spezialitätenliste (SL) abgerechnet werden.
3. In diesem Fall kann der Hin- und Rückweg sowie 5 Minuten Konsultation verrechnet werden.
4. Der grosse Status kann pro Patient max. $2 \times$ pro 6 Monate abgerechnet werden.
5. Diese beiden Positionen (00.0530 und 00.0490) sind durch allgemeine Grundleistungen abgegolten. Es ist nicht vorgesehen, dass diese Leistung in der Rechnung ausgewiesen werden muss. Bei gewissen Leistungen ist es bestimmt von Vorteil, in der Krankengeschichte des jeweiligen Patienten einen Vermerk zu machen, falls es Rückfragen von Krankenkassen geben sollte.
6. Auch der Position 00.1000, «Leichenschau durch den Facharzt», ist eine TL zugeordnet, also kann folglich nebst der AL auch eine TL verrechnet werden.
7. Hier handelt es sich um verschiedene Zeitzuschläge betr. Notfall. Die Buchstaben A–D haben sonst keine Bedeutung.

8. Es gibt drei verschiedene Notfallzuschläge: 1. Pauschale Fr. 60.–, gültig für: Mo–Fr 7–19 Uhr, Sa 7–12 Uhr, So 7–22 Uhr. 2. Pauschale Fr. 120.– und auf alle AL einen Zuschlag von 25%, gültig für: Mo–Fr 19–22 Uhr, Sa 12–22 Uhr und So 7–22 Uhr. 3. Pauschale Fr. 180.– und auf alle AL einen Zuschlag von 50%, gültig für: Mo–Fr/Sa/So 22–7 Uhr. Alle diese Notfallzuschläge sind im Kapitel 00.08 geregelt und erklärt.
9. Die Position 04.0470 hat eine qualitative Dignität «alle», das heisst, sie kann von allen abgerechnet werden. Die quantitative Dignität ist ein Bewertungsmodell und zeigt den Wert der Leistung in Taxpunkten.

Laut Mitteilung des lokalen Krankenkassenverbandes soll nach der Einführung des TarMed delegierte Psychotherapie nur noch an Psychotherapeuten möglich sein, die von gewissen Psychologenverbänden (z.B. FSP, VPS) anerkannt sind. Ist diese Regelung rechtlich verbindlich? Gibt es Übergangsregelungen für Psychotherapeuten, die nicht entsprechenden Verbänden angehören, aber schon seit Jahren delegierte Psychotherapie ausüben? Wie steht es bezüglich wohlverworbener Rechte für solche delegiert arbeitende Psychotherapeuten?

R. M. in G.

Der delegierende Facharzt muss über die qualitative Dignität «Kinder- und Jugendpsychiatrie» oder «Psychiatrie und Psychotherapie» verfügen. Ausführende Psychologen/Psychotherapeuten müssen die Erfüllung der Ausbildungskriterien der FSP oder des SVP nachweisen, beim delegierenden Facharzt angestellt sein und ihre Leistungen in dessen Praxis erbringen. Unter Vorbehalt der Regelung der wohlverworbener Rechte!

Ich bin seit 20 Jahren Allgemeinpraktiker ohne FMH-Titel und praktiziere auch Homöopathie. Ich habe kein Zertifikat für Manuelle Medizin, praktiziere aber seit zwei Jahren Manuelle Medizin nach Dr. Polak. Gegenwärtig rechne ich gemäss den Positionen 606 und 607 des Genfer Vertrags ab (Massage/medizinische Gymnastik in Tranchen von 15 Minuten). Werde ich weiter abrechnen können? Und wie?

G. L. in G.

Im Kapitel Grundleistungen gibt es ein Unterkapitel «Komplementärmedizin», 00.03.05. Hier sind die entsprechenden Positionen zu Homöopathie aufgeführt. Jene Leistungen, welche Sie zuordnen können, fallen unter die wohlverworbener Rechte. Das heisst, im Rahmen der Besitzstandsgarantie wird sichergestellt, dass alle Ärztinnen und Ärzte, die bisher regelmässig und unbeanstandet Leistungen erbracht haben, wofür sie nach neuer qualitativer Dignität die Berechtigung nicht mehr hätten, dies auch weiterhin tun können. Massgebend hierfür wird das Konzept Dignität der

FMH/TarMed sein, welches leider noch nicht publiziert werden kann. Die definitive Fassung dieses Papiers kann erst nach Vorliegen der Verordnung über die Freizügigkeit im Personenverkehr mit der EU publiziert werden.

Was beinhaltet FHM 5–12, wie sieht es mit uns Alten (> 55 J.) aus, die bisher Kleinchirurgie und andere Spezialitäten ausgeübt haben? Habe ich richtig verstanden, dass wenn die Blutentnahme in der Sprechstunde gemacht wird, diese als Zeitaufwand der Konsultation verrechnet werden kann?

U. C. in A.

Die quantitative Dignität FMH 5–12 zeigt den Bewertungsfaktor vom ärztlichen Einkommen, ist wesentlich für die Kalkulation von Preisen der Leistungen, es kommen diverse Stufenansätze zur Anwendung. Im Rahmen der Besitzstandsgarantie wird sichergestellt, dass alle Ärztinnen und Ärzte, die bisher regelmässig und unbeanstandet Leistungen erbracht haben, wofür sie nach neuer qualitativer Dignität die Berechtigung nicht mehr hätten, dies auch in Zukunft tun können. Massgebend hierfür wird das Konzept Dignität der FMH/TarMed sein, welches leider noch nicht publiziert werden kann. Die definitive Fassung dieses Papiers kann erst nach Vorliegen der Verordnung über die Freizügigkeit im Personenverkehr mit der EU publiziert werden.

Das ist richtig, die Blutentnahme wird als Bestandteil der Allgemeinen Grundleistung abgerechnet. Die Leistung wird in der Rechnung nicht ausgewiesen.

Im Takeda-Symposium zu TarMed wurde offenbar vermittelt, dass eine Konsultation immer mit der Pos. «erste 5 Min» beginnt und nach eventueller Zusatzzeit oder Extraleistungen etc. mit der Pos. «letzte 5 Min» enden muss. Sonst bliebe die Rechnung in der Plausibilitätsabklärung hängen. Diese Zwangskumulation finde ich in der Interpretation nicht – ist es also eine Ente?

F. C. in W.

Wo kein Kumulationsverbot herrscht, beginnt selbstverständlich jeder Patientenkontakt mit der Position «erste 5 Minuten». Beispiel: Wie verrechne ich eine Behandlung von 14 Minuten und eine Extraleistung? Die Antwort lautet: 1× 00.0010, 1× 00.0020 und 1× 00.0030 sowie die entsprechende Extraleistung.

Ist TarMed künftig auch auf CD erhältlich? Wo ist es zu bestellen?

A. T. in N.

Die TarMed-Version 1.0 wird auf CD erhältlich sein. Jedem FMH-Mitglied wird eine solche CD zugestellt werden.

Wie sieht es bezüglich der Verrechnung des Verbrauchsmaterials bis Fr. 200.– zurzeit aus? Gibt es eine Chance, diesen Punkt noch rechtzeitig zu regeln, oder müssen wir bereits schon bald in Ergänzung zu unserer Praxis eine separate Firma in oder nahe unseren Praxen gründen, in der unseren Patienten die benötigten Materialien kaufen und sie uns zur Applikation mitbringen?

K. M. in C.

Die TarMed Version 1.0 wird eine neue Regelung für die Entschädigung von Verbrauchsmaterial beinhalten. Diese Regelung ist im Sinne der freipraktizierenden Ärzte ausgefallen.

Im September 2000 haben Sie angekündigt, dass TarMed 1.0 spätestens am 31.12.2001 in Kraft treten wird. Wann wird der Tarif publiziert, und wann wird er erhältlich sein?

B. O.

Die TarMed-Version 1.0 wird zurzeit noch überarbeitet. Sie wird nach vollendeter Überarbeitung so schnell wie möglich publiziert.

Trifft es zu, dass jede TarMed-Position bei der Abrechnung zwingend einem ICD-Code zugeordnet werden muss? Wird es in Zukunft Patientenlaufnummern bzw. Fallnummern geben, mit welchen die initialisierten Kosten pro Arzt erfasst werden könnten (vgl. SUVA)? Wenn ja, in welchem Zeitraum?

M. K. in E.

Es steht noch nicht fest, was für ein Code angegeben werden muss. Vor allem der Code ICD-10 scheint für Grundversorger weniger geeignet zu sein. Der Rechnungsinhalt ist noch offen. Es können noch keine Aussagen dazu gemacht werden.