

Die am häufigsten gestellten Fragen zu TarMed

Anlässlich von früheren Orientierungen wurde von der TarMed-Verhandlungsdelegation immer wieder betont, dass der neue Tarif eine einfache Auflistung von ärztlichen Leistungen mit ihrem Taxpunktwert darstelle und keinesfalls als Mittel zur Einschränkung der Behandlungsfreiheit dienen soll. Mit grösstem Erstaunen muss man feststellen, dass in den neuesten Versionen des Tarifs mit der Rubrik «Qualitative Dignität» nun gerade solche, zum Teil schwerwiegende Einschränkungen eingeführt werden sollen. Dies betrifft nicht nur seltene und schwierige, sondern auch viele häufige und einfache Eingriffe und diagnostische Methoden. Nur zwei Beispiele unter vielen: In Zukunft kann der einfache, von jedem Allgemeinchirurgen und Orthopäden durchführbare Routine-Eingriff der Carpaltunnel-Operation nur noch durch Inhaber des FMH-Titels für Handchirurgie oder des neu zu schaffenden Fähigkeitsausweises «Handchirurgie» (Schmalspur-Handchirurgie?) durchgeführt werden. In gleicher Weise kann ein ausgewiesener Fusschirurg ein Morton-Neurom oder ein Narbenneurom an der unteren Extremität nur noch operieren, wenn er ebenfalls im Besitz des Facharztstitels oder Fähigkeitsausweises «Handchirurgie» ist. Aber nicht nur Spezialisten, sondern auch die Grundversorger werden durch qualitative Dignitäten in der Behandlungs- und Diagnosefreiheit massiv eingeschränkt, z. B. im Bereich der Ultraschall-Diagnostik.

Wohl soll für Kollegen, welche vor Einführung des TarMed bereits praktizierten, eine Besitzstandsgarantie gelten, welche allerdings auf einer mit komplizierter Administration verbundener Selbstdeklaration beruht. Bereits in einem Jahr werden jedoch alle Kollegen, welche neu ins selbständige Berufsleben eintreten, voll mit den erwähnten Einschränkungen konfrontiert werden.

Ich ersuche deshalb um Beantwortung folgender Fragen:

1. Warum soll TarMed durch den Einbau der qualitativen Dignität, entgegen allen früheren anderslautenden Versprechungen, von einem Leistungspreis-Katalog zu einem vor allem den Krankenkassen willkommenen Instrument zur Einschränkung der Behandlungsfreiheit und zur Verteilung der Leistungen unter einzelnen Fachgruppen umfunktioniert werden?

2. Nebenfrage: Bringt die mit der qualitativen Dignität verbundene Inflation von neu zu schaffenden Fähigkeits- und Fertigkeitenausweisen mehr als eine kosten- und zeitintensive Zunahme von weit über die FBO-Anforderungen hinausgehenden, mit vernünftigem Aufwand kaum zu erfüllenden Fortbildungsverpflichtungen und Rezertifizierungen?

R. J. in B.

Beteuerungen in der zitierten Art wurden nie abgegeben; es war immer klar, dass ein nach Qualität bzw. Dignität gesteuerter Tarif bedeuten würde, dass diese Dignität auch nachweisbar sei.

Die qualitative Dignitätszuteilung entspricht den Gepflogenheiten unseres Versorgungssystems; bei umstrittenen Leistungen wurde der weitest mögliche Rahmen gesetzt. Dies dürfte die Erklärung dafür sein, dass dieser Zuteilung, die übrigens nicht erst mit Alpha 2.2 bekannt wurde, wenig Kritik erwachsen ist.

Zum Ultraschall: Müsstest nicht gerade Sie dafür plädieren, dass nicht mehr jedermann, der weiss, wo das Ultraschallgerät eingeschaltet wird, ohne jegliche zu einem Fähigkeitsausweis führende Weiterbildungsleistungen erbringen und abrechnen darf? Oder anders herum: Wer die zu standespolitischen Sonntagszeiten vollmundig gemachten Lobpreisungen der Qualität unserer Arbeit werktags ernst nimmt, wird gewiss von TarMed keinen Schaden zu erwarten haben.

Was bedeutet «Diese Limitierung entfällt für elektronisch abrechnende Fachärzte»? Warum diese Unterscheidung?

C. H. in M.

Die aufgeführten Limitierungen gelten nicht für Ärztinnen und Ärzte, die ihre Rechnungen auf einem elektronischen Datenträger oder in elektronischer Abrechnung zur Verfügung stellen. Der Kuhhandel wurde eingegangen, weil die Ärztekammer (damals!) mit allen Mitteln die Limitierungen wegbringen wollte und damit zu rechnen ist, dass schon in Bälde mehr als 90% ohnehin elektronisch abrechnen. Elektronische Daten dienen überdies Kostenträgern wie aber auch uns der Analyse der Tarife bzw. ihrer Kosten-/Mengenentwicklungen.

Ich plane eine Praxisübernahme als Internist auf den 1. Januar 2001. Ist es (unter der Annahme, dass der TarMed auf diesen Zeitpunkt eingeführt wird) ratsam, die Praxis z.B. bereits im Dezember dieses Jahres zu eröffnen, um von der «Besitzstandswahrung» profitieren zu können? Ich denke dabei z.B. an das Recht auf Durchführung und Verrechnung von dosisintensiven Röntgenuntersuchungen oder Ergometrien. Oder könnte auf diese Weise der drohende Laborkurs noch umgangen werden? Kennen Sie andere Vorteile, die eine Praxiseröffnung noch in diesem Jahr mit sich bringen würde oder sind meine Befürchtungen haltlos? Eine möglichst konkrete Antwort würde sicher nicht nur mir, sondern manchem Kollegen, der wie ich schleichend eine Paranoia entwickelt, helfen. Für Ihre unermüdbaren Bemühungen um offene Informationen bedanke ich mich recht herzlich.

B. B. in L.

Zielsetzung der Besitzstandswahrung ist zu verhindern, dass jemand, der während Jahren sich ein Leistungsspektrum aufgebaut hat, das er kompetent bewältigt und seine Existenzgrundlage darstellt, nicht durch grundsätzliche Umgebungsveränderungen, die er nicht verantworten kann noch voraussehen konnte, in existentielle Bedrängnis gerät. Dies alles trifft auf Ihre Situation nicht zu. Der Zeitpunkt der Eröffnung Ihrer Praxis sollte sich deshalb nicht nach diesen Regelungen ausrichten.

Bei den heutigen Tarifstrukturen wurde meistens die Institution berücksichtigt, in der eine bestimmte Leistung erbracht wurde. Eine Arthroskopie in der Praxis wurde nicht gleich entschädigt, wie eine ambulante Arthroskopie im Spital, obwohl der Eingriff an beiden Orten gleich durchgeführt wird.

Wie steht es mit dem TarMed? Wird auch hier die technische Leistung, z.B. bei einer Arthroskopie oder einer Curettage in einem Spital besser entschädigt, als in einem Praxis-OP?

A. W. in K.

Dies steht leider zu befürchten, obwohl wir seit Monaten für einheitliche Taxpunktswerte kämpfen. Näheres im Konzept Kostenneutralität und anderen Verlautbarungen.

Ich bin Facharzt für allgemeine Medizin FMH und arbeite seit vier Jahren ausschliesslich psychotherapeutisch und mache auch bei den Psychiatern Notfalldienst.

Kann ich nach Einführung des TarMed weiterhin problemlos Psychotherapien den Krankenkassen verrechnen?

A. F. in W.

Ja.

Alle Berichtskategorien werden nur dann honoriert, wenn die Berichte vom Versicherer verlangt werden.

Im KK-Bereich war es bisher normal, Berichte z.B. von einem Spezialisten an einen Grundversorger im Rahmen eines Konsiliums oder Anmeldungen in ein Spital/an einen anderen Arzt zu verrechnen. Bei mir als Kardiologen machten die Berichte im letzten Jahr immerhin 10% des Gesamtumsatzes im KK-Bereich aus. Wieso wird die bisher nur im UV-Bereich angewandte Unsitte, Berichte nicht verrechnen zu können, nun auf den KK-Bereich ausgedehnt?

R. S. in A.

Wir sind der Sache nachgegangen und haben festgestellt, dass die Interpretation zum vorliegenden Missverständnis Anlass geben kann. Dabei verstehen Sie offenbar, dass Berichte nur dann entschädigt werden, wenn sie von der Versicherung verlangt worden sind. Dies trifft dann zu, wenn es um einen Bericht zu Händen der Versicherer geht. Sollten Sie jedoch einen Bericht im Auftrag eines Kollegen (z.B. Konsilium) oder für eine Überweisung in ein Spital/zu einem Kollegen abfassen, so können Sie diesen in Rechnung stellen. Die Interpretationen müssen somit in diesem Sinne noch präzisiert werden (vorbehalten bleiben dabei die sogenannten kleinen formalisierten und nicht-formalisierten Berichte bis 10 Zeilen, die Bestandteil der allgemeinen Grundleistungen sind, und die Voraussetzung, einzelleistungsweise abzurechnen).

- 1. Kann ich mit der CD des Tarifmodells auch gleich ein Lesegerät erhalten?*
- 2. Oder versenden Sie generell zuerst Anforderungskarten, um statt der unnützen Platte einen Ausdruck der interessierenden Teile auf Papier zu bestellen?*
- 3. Würde nicht die ganze Urabstimmung nachträglich anfechtbar, wenn die Unterlagen nicht gemäss Statuten (Art. 6, Fassung 1990) schriftlich zugestellt worden sind?*

H. S. in P.

- 1. Wenn Sie die entsprechende Mitgliederbeitrags-erhöhung bewerkstelligen, gerne.*
Wir haben den kantonalen Gesellschaften empfohlen, in ihren Sekretariaten entsprechende «working stations» aufzubauen. Ob sich die Mühe lohnt, weiss ich nicht: Angesichts der heutigen PC-Dichte dürften Sie schon in Ihrer unmittelbaren Nachbarschaft entsprechende PC-Möglichkeiten haben.
- 2. Ausdrucke interessierender Teile werden zum Selbstkostenpreis zur Verfügung gestellt. Anmerkung I: Die gesamte Tarifstruktur zweiseitig bedruckt wiegt 6.2 kg und ist ca. 57 cm hoch ... Vielleicht verstehen Sie, dass solche Dinge für 28 000 Mitglieder nicht mehr mit Papier/Print bewältigt werden können. Anmerkung II: Die vorliegende tarifarische Differenzierung entspricht den Wünschen der Ärzteschaft.*
- 3. Die Vorlage auf elektronischen Medien (CD ROM und Internet) verletzen die Statuten der FMH nicht.*