

Einfügen von TARMED in Ihre Praxissoftware

F. Bossard

Über die Einführung von TARMED in den Betriebsalltag wird viel Verschiedenes geschrieben. Nicht nur die Spitäler tun sich mit der Einführung schwer, sondern auch die Ärzte in freier Praxis und Softwarehäuser. Im Vergleich zu allen bisherigen kantonalen Tarifen und dem UV-Tarif beziehungsweise SLK ist TARMED ein viel differenzierter und abschliessender Tarif. Für die meisten neu ist die Anwendung der verschiedenen Notfallzuschläge und vieler detaillierter Einzelleistungen. Hinzu kommen die Unterscheidung von AL und TL, Haupt- und Nebenleistungen (sogenannte Zuschläge) und bei nahezu allen Leistungen genaue Angaben, medizinische und technische Interpretationen, Kumulationseinschränkungen und obendrauf noch unterschiedliche Dignitäten, Spartenangaben, usw. Dies hat zur Folge, dass Sie neben Ihren bisherigen Tarifen nun auch einen neuen Tarif mit vielen Leistungsziffern in Ihr Praxisadministrationssystem einfügen lassen müssen, sofern Sie nicht TARMED direkt importieren können oder die für Sie relevanten Leistungen selber eingeben können.

Die Softwarefirmen nützen nun die Gelegenheit, Ihnen neue Programme, teilweise teure Lösungen, vorzuschlagen. Dies ist nicht unbedingt notwendig. Das Programm Sumex und der Validator, welches als Vorwand genommen wird, sind nicht Voraussetzung für die Abrechnung mit TARMED. Ihre bisherigen Abrechnungen haben Sie auch ohne solche Hilfsmittel erstellt.

Sie haben bisher in Ihrem Programm auch Leistungspakete, Leistungsblöcke, Leistungsketten und dergleichen verwendet, mit welchen Sie ganze Leistungsgruppen aufgerufen haben, mit oder ohne Einzelabfragen (sogenannte automatische Leistungsketten oder Leistungsketten mit Variablen, das heisst Leistungsketten, bei welchen einzelne Leistungen bezüglich Anzahl variabel waren).

Diese gleichen Leistungspakete – mit Ausnahme von einigen Standards, welche in den Berner Schulungskursen erläutert werden – können Ihnen die Softwarehersteller schlecht erstellen, da diese nicht Ihre persönlichen Gewohnheiten der Leistungserbringung in dieser Differenzierung kennen.

Deshalb werden Sie nicht darum herumkommen, solche Leistungspakete (siehe Kapitel: Leistungspakete) selber definieren zu müssen, sei

es, dass Sie diese selber in Ihr Programm eingeben oder dass Ihnen Ihre Softwarefirma diese gegen Aufwand in Ihr Programm eingibt.

Auch Sumex und Validator als Hilfsprogramme nehmen Ihnen diese Aufgabe nach aktuellen Informationen nicht ab, weshalb die Teilnehmer in den Berner Schulungskursen aufgefordert wurden, ihre bisherigen Leistungspakete herauszuschreiben, damit sie diese in die neue Tarifliste eingeben können.

Was sollte eine optimale Hilfsprogrammstruktur können

- Die bei den Leistungen definierten Maxima bei den medizinischen und technischen Interpretationen kontrollieren.
- Die Kumulationsverbote kontrollieren.
- Bei einem Kind den entsprechenden Kinderzuschlag vorschlagen.
- Dafür sorgen, dass Sie bei einer Frau nicht eine Prostataktomie eingeben.
- Dafür sorgen, dass Sie bei einem Mann nicht eine Hysterektomie eingeben.
- Dafür sorgen, dass Sie bei verschiedenen Leistungen die technischen Grundleistungen nicht vergessen; andererseits können Sie solche Zuschläge auch in Ihre Leistungspakete einbinden.
- Bei einer Leistung allfällige Zuschläge vorschlagen, damit Sie diese nicht im Browser selber suchen müssen; dann müssten Sie aber diese jeweils mit NEIN beantworten, wenn diese Zuschläge nicht ausgeführt wurden; andererseits können Sie solche Zuschläge auch als Variable in Ihre Leistungspakete einbinden.

Was kann eine solche Hilfsprogrammstruktur kaum

- Ihre Dignität korrekt erfassen, da dazu Ihr Profil bekannt sein muss, dass erst durch die FMH erhoben werden wird.
- Die Kombinationen verschiedener Leistungen kontrollieren.
- Beliebige Leistungspakete vorschlagen (das Programm kann ja nicht erraten, welche Leistungen Sie am Patienten erbracht haben).

Korrespondenz:
Dr. med. François Bossard
Scherzliweg 16
CH-3600 Thun

Zusammenfassung

TARMED ist ein komplexerer Tarif als die meisten bisher existierenden Tarife. Aber es ist durchaus möglich, in einem bisherigen Praxisadministrationsprogramm TARMED in einem Tarif-File einzufügen ohne Verwendung von Sumex und Validator.

Voraussetzung für weitere absehbare TARMED-Versionen ist das Zurverfügungstellen von TARMED in einer üblichen, universellen Form, welche – anders als der Tarifbrowser – eine direkte Übernahme gestattet.

Die einzige notwendige Anpassung ist, eine Möglichkeit der XLM-Format-Ausgabe der Rechnungen einzufügen, um die später kommende elektronische Abrechnung zu ermöglichen. Das Programm der Ärztekasse kommt ohne Sumex und Validator aus. Sogar in einem älteren DOS-gestützten Praxisprogramm konnte TARMED schon erfolgreich implementiert werden.

Nach unseren Informationen wurde der Validator mit dessen Regeln nicht mit der FMH, sondern im Auftrag der Versicherer erstellt, enthält also somit die Interpretation der Versicherer; und da die EAN-Nummer ja den Arzt mit seinem Leistungsprofil und der Besitzstandsgarantie identifiziert und die Softwarefirmen teilweise Partner der Medidata sind (siehe www.medidata.ch), stellt sich die Frage, ob nicht die genannten Hilfsprogramme oder nur schon das XLM-Format dazu benützt werden, um eine einheitliche Rechnungsdarstellung oder gar Datenhoheit zu erlangen; dann wären die ärzteigenen Trustcenter nicht mehr notwendig.

Vielleicht regt dieser Beitrag dazu an, mehr über die Funktionen von Sumex und Validatoren zu erfahren, Vor- und Nachteile, Verknüpfungen mit den Trustcenter, Datenübertragungen, elektronische Abrechnung, usw.

Zu Erläuterungen des XLM-Standards empfehlen wir den Besuch der Homepage <http://www.xmldata.ch/de/faq-de.html> und zu Sumex die Homepage <http://www.tarmed.net/> sowie eine Übersicht über TARMED in <http://www.tarmed.org>.

Was sind Leistungspakete?

Die meisten Ärzte, aber auch die Spitäler, arbeiten in ihren Programmen mit Leistungsketten/-blöcken oder Leistungspaketen zusammen. Es empfiehlt sich, die gleichen Leistungspakete nun

auch unter TARMED zu erstellen. Da TARMED eine wesentlich differenziertere Leistungsstruktur aufweist und einzelne Untersuchungen mit verschiedenen Leistungen zu kombinieren sind, ist die Erstellung von Leistungspaketen dringend empfohlen. In den Berner Schulungskursen wurden solche Leistungspakete für den Bereich der Grundleistung und für den Bereich der bildgebenden Systeme für Nichtradiologen, aber auch für Radiologen, zusammengestellt.

Was ist ein Leistungspaket?

Ein Leistungspaket ist eine Sammlung verschiedener Leistungen in bisherigen Tarifen und nun neu in TARMED, welche als gesamte medizinische Leistung häufig in einer Praxis erbracht wird und deshalb vernünftigerweise in Ihrem Praxisprogramm als Leistungspaket oder Leistungskette einzubringen ist. Damit können Sie die Eingabe Ihrer Leistungen vereinfachen. Wenn Sie bisher mit Leistungsblättern gearbeitet haben, waren meistens die einzelnen Positionen bereits solche Leistungspakete, welche in der Praxissoftware entsprechend bearbeitet worden sind.

Wer muss solche Leistungspakete erstellen?

Letztlich kann nur der Praxisinhaber solche Leistungspakete erstellen. Warum? Weil nur er weiss, welche Leistungen und in welcher Kombination er diese in seiner Praxis erbringt. Das gleiche gilt in verschärfter Form in den Spitälern bei den Spezialleistungen.

Wie erstelle ich am einfachsten solche Leistungspakete?

Indem die bisherigen Leistungsketten, Leistungsblöcke oder Positionen auf dem Leistungsblatt aus dem bisherigen Tarif übernommen werden und mit den entsprechenden Leistungspositionen aus dem TARMED aufgefüllt werden.

Welche neuen Möglichkeiten eröffnet Ihnen TARMED?

- Sie können Ihre Leistungszeiten kontrollieren.
- Wenn Sie an einem Tag 6 Std. produktiv gearbeitet haben und die Summe der erbrachten Leistungen an diesem Tag z.B. 4 Std. sind, dann haben Sie nicht alle Leistungen erfasst.
 - Wenn Sie aber an einem Tag 6 Std. produktiv gearbeitet haben und die Summe der erbrachten Leistungen an diesem Tag sind z.B. 10 Std., dann haben Sie wohl zu viele Leistungen notiert ...

Generell sollte nicht nur die Summe der AL-Zeiten kontrolliert werden, sondern auch die Summe der TL-Zeiten, getrennt nach Sparten!

Wir empfehlen aber nicht nur die Kontrolle über die Leistungszeit, sondern – wegen der Kostenneutralität – auch über den Leistungsbetrag:

- Bestimmen Sie Ihren Tagesumsatz heute mit dem bisherigen Tarif und dem Umsatz pro Sitzung.
- Im TARMED vergleichen Sie dieselben Zahlen mit den oben erwähnten.

- Sind beide Werte mehr oder weniger gleich, dann haben Sie kostenneutral gearbeitet, und wenn alle Ärzte so verfahren, wird der Taxpunktwert sich nicht senken.

Diese Erfassung der Leistungszeiten benötigen einen gewissen Umbau beziehungsweise Ergänzung bisheriger Praxisadministrationsprogramme, gestatten dann aber auch zusätzliche Auswertungen.

10 Jahre Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie

F. Largiadèr

Vor bald 100 Jahren, im Jahre 1913, wurde die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie gegründet, und nach der späteren Verselbständigung der Orthopädie und der Urologie war sie während langer Zeit die Gesellschaft eines Fachs mit einem klar definierten Gebiet und ebenso klarem Anspruch. Jeder damalige Chirurg konnte und sollte das ganze Fach beherrschen. Aber die ehemals so einheitliche Chirurgie hat sich in den letzten 50 Jahren enorm entwickelt und diversifiziert. Im Zuge dieser Entwicklung entstanden eigenständige Schweizerische Gesellschaften für Neurochirurgie, Plastisch-rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Kinderchirurgie, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie. Die FMH hat damals auf diese Entwicklung reagiert und FMH-Haupttitel Neurochirurgie, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Kinderchirurgie, Kieferchirurgie sowie Herz- und thorakale Gefässchirurgie geschaffen. Unfallchirurgen waren schon seit langer Zeit auch in der Gesellschaft für Unfallmedizin und Berufskrankheiten heimisch, und die reinen Gefässchirurgen gründeten eine weitere separate Gesellschaft. Die FMH versuchte, der zunehmenden Diversifizierung durch Schaffung von Untertiteln Rechnung zu tragen; auch ein Untertitel Traumatologie wurde diskutiert. Deshalb musste im Jahr 1992 festgestellt werden, dass im Falle der unbeeinflussten

Weiterentwicklung die reale Möglichkeit besteht, «dass der Allgemein Chirurg des Jahres 2000, der keinen Untertitel aufweisen kann, Abszesse und Furunkel operiert, Wundversorgungen macht und Schürfwunden pflegt, Radiusfrakturen reponiert und Malleolen anschraubt sowie femorale Embolektomien durchführt, aber im Übrigen auf die Viszeralchirurgie beschränkt ist» [1].

Viele Chirurgen kamen aber zur Überzeugung, dass die Viszeralchirurgie mehr sei als ein Tummelfeld für Nichtspezialisten, dass sie ein eigenes Teilgebiet der Chirurgie sei mit speziellen Anforderungen und anspruchsvoller Weiterbildung. Nachdem der Vorschlag, einen FMH-Untertitel Viszeralchirurgie anzustreben, in der Generalversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie keine Unterstützung gefunden hatte, gründeten am 15. Juni 1992 in Zürich 17 Viszeralchirurgen (worunter 10 Chefärzte) die Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie. Es wurde festgehalten, dass die in der Chirurgie geforderten Kenntnisse und Fertigkeiten einen Umfang angenommen haben, die ein Einzelner schon lange nicht mehr beherrschen kann. «Eine der Hauptaufgaben der neuen Gesellschaft ist es daher, die Bemühungen der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie um eine zeitgemässe Weiterbildungsordnung zu unterstützen und dabei die spezifischen viszeralchirurgischen Anliegen einzubringen» [2].

Korrespondenz:
Prof. Felix Largiadèr
Berglistrasse 17
CH-8703 Erlenbach
Tel. 01 915 33 88
Fax 01 915 33 89

E-Mail: fehela@swissonline.ch

Die ersten Reaktionen der Führungsgremien der schweizerischen Chirurgie auf die Gründung waren durchwegs negativ und von Befürchtungen geprägt, es stünde eine Spaltung der Chirurgie bevor und die neue Gesellschaft erhebe Exklusivanspruch auf die Viszeralchirurgie. Währenddem sich die Mitgliedschaft bei der neuen Gesellschaft innerhalb von zwei Monaten mehr als verdoppelte, schrieb der Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie, er betrachte «die Entstehung dieser Gesellschaft für mehr als nur bedauerlich; ich habe dafür schlechthin kein Verständnis». Ein zukünftiger Präsident empfand die Gründung «gerade in diesem Moment als einen Rückenschuss gegen alle, die bestrebt sind, die Weiterbildung zum Chirurgen der modernen Gegebenheit der zunehmenden Spezialisierung anzupassen, ohne dass dadurch eine Zersplitterung des Mutterfaches eingeleitet wird». Und ein weiterer zukünftiger Präsident, der sein Einverständnis mit der Gründung schriftlich abgegeben hatte, wollte davon später nichts mehr wissen. Die neue Gesellschaft wuchs aber weiter und konnte schliesslich mit ihrer kompetenten und sachbezogenen Mitarbeit bei der Neuordnung der chirurgischen Weiterbildung die Vorurteile langsam abbauen.

Heute sind die beschriebenen Widerstände längst Geschichte. Mit 192 Mitgliedern (wovon 69 aktive Chefarzte von Universitätskliniken, Kantonsspitalern und Regionalspitalern) ist die Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie

zu einer der zahlenmässig stärksten chirurgischen Fachgesellschaften überhaupt geworden. Viele der früher prominenten Kritiker sind ihr inzwischen auch beigetreten. Die FMH hat am 1. Juli 2002 das neue Weiterbildungsreglement für die Chirurgie und die Weiterbildungsprogramme für die Schwerpunkte in Kraft gesetzt. Unter diesen Schwerpunkten findet sich auch derjenige für Viszeralchirurgie, den die Gesellschaft formuliert und in das Gesamtkonzept eingebracht hat. Auch die Liste der Schwerpunktweiterbildungsstätten hat sie zusammen mit den betroffenen Chefarzten erarbeitet. So ist ziemlich genau zehn Jahre nach der Gründung ein erstes grosses Ziel erreicht worden. Die Umsetzung in die Praxis wird die nächste Aufgabe der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie sein.

Näheres zur Gesellschaft:
www.viszeralchirurgie.ch

Literatur

- 1 Largiadèr F. Die Situation der Chirurgie im Jahre 1992 oder: Wie ist die Zukunft der Viszeralchirurgie? Schweiz Med Wochenschr 1992;122:1429-31.
- 2 Largiadèr F, Aeberhard P, Buchmann P, Givel JC. Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie. Schweiz Ärztezeitung 1992;73:1654.