PIK-Entscheid Nr. 05042 Verrechnung von Berichten

Der PIK-Entscheid zur Verrechnung von Berichten im TARMED ist unbefriedigend [1]: Pos. 00.2250 vergütet einen kleinen Arztbericht an den Versicherer, sei er auf Formular oder nicht. Niemand kommt auf die Idee, diesen dem Versicherer zweimal zu verrechnen!

Pos. 00.2270–00.2290 sind Berichte nicht auf Formular, z.B. Schriftverkehr unter Ärzten. Diese ärztliche Tätigkeit kann selbstverständlich dem Kostenträger verrechnet werden, gewiss aber nicht zweimal!

Das Problem liegt aber *ganz woanders*, nämlich bei Pos. 00.2260, die im PIK-Entscheid nicht tangiert wird. Diese Position vergütet *Kopien von bestehenden* Berichten, die dem Versicherer zwar schon verrechnet wurden (Pos 00.2270–90), die der Versicherer jedoch *nachträglich in Kopie* verlangt. Dies bedeutet eine *zusätzliche* Arbeit (Heraussuchen der KG und des Berichtes, ärztlicher Entscheid, ob dieser Bericht dem Versicherer zur Einsicht zugestellt werden darf, Kopieren und Versand des Berichtes).

Die Versicherer (ZMT) stellen sich auf den Standpunkt, dass sie *kostenlos und automatisch* ein Anrecht auf jeden Bericht haben, den sie bezahlen!

Auf meine Anfrage hin hat der FMH-Tarifdienst mir am 4. Mai 2004 geantwortet, dass diese nachträglich verlangte Kopie mit Pos. 00.2260 verrechnet werden kann. Ein Kumulationsverbot besteht in diesem Kapitel 00.06 des TARMED nicht!

Auf eine gleichlautende Anfrage der Versicherer gibt derselbe FMH-Tarifdienst am 27. Mai 2004 genau die *gegenteilige* Auskunft und stellt sich auf den Standpunkt der Versicherer, dass die verlangten Kopien nicht mehr zusätzlich verrechnet werden können.

Wozu ist dann die Pos. 00.2260 geschaffen worden, die explizit in ihrer medizinischen Interpretation festhält, dass damit «vom Versicherer verlangte Kopien von *bestehenden* medizinischen Dokumenten» vergütet werden?

Abgesehen davon ist die Argumentation der ZMT absurd! Wenn ein Versicherer eine ärztliche Tätigkeit bezahlt (z.B. die Arbeit eines Briefes), wieso hat er dann automatisch Anrecht auf dieses Produkt der ärztlichen Tätigkeit? Wenn ein Versicherer ein Medikament bezahlt, hat er dann Anrecht auf das Medikament? Wenn ein Spitalaufenthalt von einem Versicherer vergütet wird, geniesst dann der Versicherer den Spitalaufenthalt? Zudem bestehen datenschutzrechtliche Probleme, wenn jeder ärztliche Schriftverkehr automatisch dem Versicherer zugestellt werden sollte!

Auf diese tatsächliche Kontroverse ist die PIK in ihrem Entscheid *gar nicht eingegangen!*

Dr. Martin Schilt, Luzern

1 TARMED Suisse. PIK-Entscheide. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(48):2661.

Replik

Das TARMED-Kapitel 00.06 ist in der Paritätischen Tarifkommission TARMED (PTK) im Winter 2004/2005 ausgiebig diskutiert und überarbeitet worden. Die vier TARMED-Tarifpartner einigten sich auf eine Lösung, welche auch vom Leitungsgremium bestätigt wurde. Das überarbeitete TARMED-Kapitel 00.06 und die damit direkt in Verbindung stehende überarbeitete Generelle Interpretation 14 (GI-14) werden im neuen TARMED-Browser ersichtlich sein. Vor der allgemeinen Publikation wird (seit mehreren Monaten) die Genehmigung durch den Bundesrat abgewartet, nachfolgend eine Vorinformation:

GI-14

Sämtliche Berichte/Dokumentationen sind dem Versicherer bzw. dem *Vertrauensarzt* des Versicherers *auf Verlangen* zuzustellen, dabei gelten die Bestimmungen des Datenschutzes.

Jede Leistung ist in geeigneter Form (Schrift, Ausdruck, Tonträger, Bildträger) zu dokumentieren.

Die Dokumentation und der Bericht sind *integraler Bestandteil der Leistung* und mit dieser abgegolten, auch wenn unter dem Parameter «Bericht» keine Minutage angegeben ist. Die *erstmalige Zustellung* dieser Dokumente auf *Verlangen des Versicherers* ist kostenlos. Vorbehalten bleiben Leistungen, für die eine separate Abrechnung der Dokumentation/des Berichtes ausdrücklich erwähnt und tarifiert ist.

Der *nochmalige Versand* dieser Dokumente auf Verlangen des Versicherers wird mit der Position 00.2260 bzw. 00.2265 vergütet.

Kommentar aus Sicht der FMH

Gemäss dem Absatz «Vertrauensarzt» müssen die Bestimmungen des Datenschutzes bei Zustellung der Unterlagen eingehalten werden. Wenn Sie diese Unterlagen an den Vertrauensarzt adressieren, dürften Sie die Datenschutzbestimmungen erfüllt haben. Für die versicherungsinterne Verwendung der von Ihnen an den Vertrauensarzt gerichteten Dokumente können Sie nicht belangt werden.

Es steht nirgendwo geschrieben, dass Kopien «automatisch» an den Versicherer zugestellt werden müssen, sondern lediglich auf Verlangen.

Fazit: Grundsätzlich ist zu unterscheiden, ob für den Versicherer ein neuer Bericht erstellt werden muss oder ob von bestehenden Dokumenten Kopien angefertigt werden. Wird eine nochmalige Kopie verlangt, kann die entsprechende Kopieposition im TARMED verrechnet werden (TARMED-Pos. Nr. 00.2260 [wie bestehend] oder Nr. 00.2265 [bei mehr als 10 Seiten]). Wird ein zusätzlicher Bericht erstellt, kann die neue TARMED-Position Nr. 00.2285 (Nicht formalisierter Bericht, 11–35 Zeilen Text) und je nach Fall auch TARMED-Pos. Nr. 00.2295 (Nicht formalisierter Bericht, jede weiteren 35 Zeilen Text) abgerechnet werden.

Letzter Hinweis: Ein Bericht gilt gemäss TARMED nicht als formalisiert, wenn eine Krankenkasse ihr eigenes Formular entwirft. Auch gilt der Bericht nicht als formalisiert, wenn der verfassende Arzt seine eigene Vorlage verwendet, welche formularähnlich aussieht.

M.-C. Peter,
Mitglied des Zentralvorstandes der FMH