

Leserbriefe

Bericht an den weiterbetreuenden Arzt



Ich habe eine Frage an Herrn Pellaton betreffend seine TARMED-Fälle: Im Fall Nr. 15 (Heft 8, [1]) gibt er an, dass ein Bericht an den weiterbetreuenden Arzt mit dem 00.2270 verrechnet werden sollte. Gemäss Nachfrage meinerseits bei verschiedenen Stellen, telefonisch auch bei der PIK (paritätische Interpretationskommission), ist aber für Berichte ausserhalb der SUVA/MV und IV der Tarif 140 (ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten pro 5 Min.) anzuwenden. Herr Pellaton gibt aber in diesem Fall die Position 00.2270 an!

Verrechnet man 15 Min. «140» (Bericht 1 Seite 15 Minuten), entspricht dies zwar «2270», aber es sollte klar sein, wie man es macht

Dr. med. L. Villiger, 5400 Baden

1 Pellaton J. Fallbeispiele zur richtigen Anwendung von TARMED (fünfte Folge) / Exemples pratiques pour le bon usage du TARMED (5e série). PrimaryCare 2004;4:128-31.

Antwort von Dr. Pellaton

Der alte PIK-Entscheid vom September wurde nie von der TARMED Suisse sanktioniert, ist also nie in Kraft getreten. Hier die Mitteilung der PIK vom 20.01.2004, welche Ihre Frage exakt beantwortet: «Tarifinterpretationen der Paritätischen Interpretationskommission PIK 20. Januar 2004:

Vergütung Bagatellformular

Die Geschäftsstelle TARMED Suisse und der Tarifiedienst FMH haben verschiedenen Leistungserbringern und Versicherern eine Information zukommen lassen, wonach das Bagatellformular durch die Versicherer mit der Tarifposition 00.2210 oder 00.2250 vergütet werden muss. Diese Information ist falsch! Die PIK hat klar festgehalten, dass Bagatellformulare vom Versicherer nicht separat entschädigt werden.

Sistierung der Entscheide 03002 «Zwischenbericht» und 03008 «Schriftverkehr unter Ärzten»

Im weiteren möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass die PIK-Entscheidung Nr. 03002 und 03008 sistiert wurden. Somit gilt bis auf weiteres folgende Regelung: Ein vom Versicherer verlangter ärztlicher Zwischenbericht wird mit der Tarifposition 00.2220 entschädigt. Der Schriftverkehr unter Ärzten wird mit der Tarifposition 00.2270 resp. 00.2280 und 00.2290 entschädigt, sofern es sich hierbei um ein Schreiben mit relevantem medizinischem Inhalt (Befund, Diagnose, bisherige Therapien) und nicht um ein kurzes Überweisungsschreiben handelt. Ferner muss der Arzt dem zuständigen UVG-Versicherer unaufgefordert eine Kopie dieses Schreibens zustellen. Die Briefkopie darf nicht nochmals mit der Tarifposition 00.2260 verrechnet werden.»

Versicherten-, EAN- und andere Nummern



In unserem Qualitätszirkel befassen wir uns mit dem Thema TARMED. Neben vielen anderen Unklarheiten besteht die Unsicherheit, was auf einer TARMED-konformen Rechnung alles stehen muss. Einige von uns sammeln seit Monaten die Namen der Krankenkassen sowie die Versichertennummern ihrer eigenen sowie auch derjenigen PatientInnen, die sie anlässlich einer einmaligen Notfallkonsultation behandelt haben; ein schwieriges Unterfangen, das noch zusätzlich kompliziert werden dürfte, weil die Krankenversicherungen auf Ende Jahr oft gewechselt werden. Andere beschaffen sich alle EAN-Nummern der verschiedensten Versicherungen; bei den vielen Agenturen ein Riesenaufwand, trotz der Homepage www.medwin.ch, für jede einzelne Praxis. Die EAN-Nummern der KollegInnen, mit denen wir zusammenarbeiten, stellen demgegenüber direkt ein kleines Problem

dar. Neben den eifrigen Sammlern gibt es aber auch einige unter uns, die bisher keine Nummern gesammelt haben.

Welche Nummern müssen unabdingbar auf der Rechnung stehen, wenn man nicht riskieren will, dass diese von den Versicherern postwendend wieder zurückgeschickt werden? Wenn diese Nummern tatsächlich nötig sein sollten, gibt es Möglichkeiten, dass nicht Zehntausende von Praxen dieselbe Arbeit von Grund auf selber aufbauen müssen?

QZ Elfenau, Bern

Antwort von Dr. Pellaton

In den Verträgen im UV/MV/IV- wie auch im KVG-Bereich ist abschliessend aufgezählt, welche Angaben auf einer Rechnung gemacht werden müssen. Mit den einheitlichen Rechnungsformularen (Anhänge zu den Verträgen) wurden leider weitere Angaben definiert und zum Teil im Sumex-Validator zementiert. Ich bin klar der Meinung, dass die Aufzählungen in den Verträgen abschliessend sind und nicht durch ein nachträglich ausgehandeltes Rechnungsformular neue Angaben verlangt werden können. Das wäre ja eine Vertragsänderung. Man soll diese Angaben daher auch nicht machen. So ist im KVG-Bereich (im Tièrs Garant) die Angabe der Versicherten-Nummer laut Vertrag nur anzugeben, sofern sie bekannt ist. Die Ärztekammer hat diesen Zusatz so beschlossen, da es für den Arzt schlicht unmöglich ist, eine Datei der Versicherten-Nummern (ja nicht einmal der aktuellen Krankenkasse) à jour zu halten. Die Angabe der EAN-Nummer der Versicherung im UV/MV/IV-Bereich ist in den Verträgen überhaupt nicht erwähnt. Die meisten Unfallpatienten wissen bei ihren ersten Konsultationen ja kaum, bei welcher Versicherung oder Filiale sie versichert sind, da nicht der Patient, sondern der Arbeitgeber die Versicherung abschliesst. Zudem ist mir bisher kein einziges Formular einer Versicherung in die Hände gekommen, auf welchem die

EAN-Nummer dieser Versicherung aufgeführt gewesen wäre. Der Sumex-Validator verlangt allerdings eine Eingabe in dieser Rubrik. Entsprechende Listen werden von gewissen Software-Firmen abgegeben. Aus diesen Listen kann man mühsam die Nummern einzeln eingeben. Man kann in dieser Rubrik aber auch überall eine «2» gefolgt von 12 Nullen oder noch besser «760, 8 Mal die Null und zuletzt 5» eingeben, dann gibt der Validator Ruhe. Ich habe mich konsequent an diese letzte Lösung gehalten.

Die eigene EAN-Nummer muss der Arzt auf jeder Rechnung, jeder Verordnung (Physio, Spitex, auswärtiges Labor usw.), jedem Rezept und jeder bei einem Kollegen verordneten Abklärung (hier kommt sicher höchstens eine Röntgenabklärung

in Frage) angeben. Sie muss sicher nicht angegeben werden bei einer Überweisung an einen Kollegen zur weiteren Abklärung und/oder Therapie. Es empfiehlt sich aber, die EAN-Nummer in den Briefkopf aufzunehmen.

Ist jetzt noch etwas klar?

Notfallzuschläge werktags streichen



Schade, dass der Artikel «Erläuterungen zur Warnung der Assessment-Kommission» im Heft 9/2004 erst anfangs März und nicht bereits im Januar veröffentlicht wurde. So bleibt gar wenig Zeit für Korrekturen im Abrechnungsverhalten bis Ende Monat.

Kein Verständnis habe ich dafür, dass die Grafik aus Datenschutzgründen anonymisiert ist. So glaubt doch mancher, die Rüge betreffe die anderen. Und es wird versäumt, in den betreffenden Kantonen die korrekte Anwendung des Tarifs nachträglich zu schulen.

Unvorstellbar, dass eine durchschnittliche Konsultation rund 24 Minuten dauern soll – gute zwei Patienten pro Stunde! Letztlich werden durch eine Absenkung des Taxpunktwertes alle bestraft – auch die korrekten Anwender des neuen Tarifs. Deshalb schlage ich vor, die Notfallzuschläge an Werktagen ersatzlos zu streichen. Diese Massnahme trifft vorwiegend die unkorrekt Abrechnenden.

Dr. med. Bruno Zaugg, 6102 Malters

Primary Scare

Kommt ein Mann zum Psychiater und sagt: «Herr Doktor, ich kann in die Zukunft schauen.» Der Arzt fragt: «Wann hat das angefangen?» «Nächsten Donnerstag.»