

# Konflikt mit der Krankenkasse über Position 7320 des Physiotherapeuten-tarifs – 2. Teil

**THOMAS ZÜND**

## **Was bis jetzt geschah:**

Die Krankenkasse Helsana versandte allen Ärzten, die die Position 7320 des Physiotherapeuten-tarifs anwandten, einen Brief, der besagte, dass diese Position nicht mehr angewandt werden darf, ausser der Arzt schliesse sich einem Separatvertrag mit der Santésuisse an, der von der FMH abgelehnt wird. Nicht erwähnt wurde, dass dieser Vertrag nur Ärzte betrifft, die eine Physiotherapeutin oder einen Physiotherapeuten angestellt haben. Die Verrechnung dieser Position ohne diesen Vertrag sei illegal, die schon abgerechneten Rechnungen würden entgegenkommenderweise noch bezahlt. Im Falle des Nichteinhaltens dieser Weisung wird mit Rückforderungsklagen gedroht.

## **Das hat die Helsana nicht getan!**

Stattdessen hat sie allen Patienten Briefe geschrieben mit der Aufforderung, eine Überweisung zum Physiotherapeuten beizubringen, ansonsten die Rechnung nicht bezahlt werde. Das hatte zur Folge, dass bei den Patienten eine grosse Verunsicherung entstand, da niemand verstehen konnte, warum eine Überweisung nötig sei, wenn gar keine Überweisung stattgefunden hat. Meist handelte es sich um eine oder zwei solche Positionen im Betrag von 20 bis 30 Franken, also um Beträge, um die es sich nicht lohnt, Korrespondenzen zu führen. Um des Friedens willen und um langen Diskussionen mit den Patienten auszuweichen, habe ich solche Überweisungen geschrieben.

Die Patienten wurden ja richtiggehend erpresst: entweder Überweisung oder keine Zahlung! Verstanden wurde nicht, dass das Problem zweischichtig ist, dass es Ärzte gibt mit angestelltem Physiotherapeuten und solche, die diese physikalischen Therapien allein anwenden und sich auf die im alten Vertrag bestehenden Möglichkeiten zur Abrechnung dieser Position berufen.

## **Zum Glück war ich nicht allein!**

Von vielen Seiten erhielt ich Reaktionen von Kollegen, die in der gleichen Situation sind wie ich (z.B. der Leserbrief von Robert Schwaller auf S. 655 in diesem Heft). Allgemein war das Kopfschütteln über das Vorgehen der Helsana-Krankenkasse und ihrer Filialen, die als einzige sich in dieser Frage stark machen wollten. Ebenso waren die Kollegen entsetzt über das Vorgehen der FMH, welche die Praktiker zuerst gar nicht, viel später an unauffälliger Stelle orientiert hat. Versprochen wurde uns eine eingehende Stellungnahme auf Anfang Juni: auf diese warten wir immer noch. Wohl hat die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich eine Stellungnahme publiziert – endlich! Diese geht jedoch mit keinem Wort auf die Probleme in Zusammenhang mit der nachträglichen Forderung auf die unsinnigen Physiotherapieverordnungen ein.

## **Was meint die Helsana-Krankenkasse zu alledem?**

Selbstverständlich habe ich diverse sehr lange Gespräche mit einer Angestellten der Helsana geführt. Für sie ist das Problem sehr einfach: Unterschreiben Sie den Vertrag und alles wird gut. Auf

meine Bemerkung, wie ich denn eine Überweisung an einen praxisinternen Physiotherapeuten machen kann, wenn ich keinen angestellt habe, gab man mir zu Antwort, ich müsse innert 10 Tagen einen bezeichnen, und wenn ich das nicht könne, dann wisse sie auch nicht weiter. Diese Eventualität wurde offensichtlich gar nie in Erwägung gezogen. Offensichtlich wurde nicht verstanden, dass ich keine Physiotherapeuten beschäftige, und mir wurde sogar der Vorschlag gemacht, ich solle doch einen solchen anstellen, damit ich dem Vertrag beitreten könne! Die ganze Diskussion reduziert sich auf diesen angestellten Physiotherapeuten, der bei mir und in vielen Praxen nicht existiert.

Auf die Frage, wie ich denn diese Leistung abrechnen soll, konnte mir die Angestellte keinen Ratschlag geben, sie kenne sich eben im Tarmed nicht aus. Auf meinen Vorschlag, dann müsse ich diese Leistung eben über den Zeittarif oder über die Position 00.1320 des Tarmed abrechnen, meinte sie, dann werde eben die Praxisverweilzeit viel zu lange und ich werde Arbeitszeiten von 24 Stunden haben. Darauf konterte ich, das sei nicht so schlimm, da es sich nur um ein Problem der Helsana-Patienten handelt, und diese seien eben doch die Minderheit der Patienten. Dass die Verrechnung dieser Positionen zu einem erheblichen Kostenschub führen kann, scheint sie nicht zu kümmern.

La version française suivra dans le prochain numéro.

# FMP

## FOEDERATIO MEDICORUM PRACTICORUM FOEDERATIO MEDICARUM PRACTICARUM

### **Es kommt aber noch toller:**

Die Angestellte der Helsana kritisierte, dass ich bei einem Patienten einmal physikalische Therapie selbst abrechnete, diesen aber später zu einem Physiotherapeuten sandte. Das sei nicht zulässig, weil die Physiotherapieverordnung als eine Einheit zu verstehen sei, welche nach dem Ablauf von meist neun Mal eine Begründung nötig mache. Wenn ich diese Position auch nur einmal anwende, dann ist der Bonus verspielt und ich müsse diese übermässige Verschreibung von Physiotherapie begründen. Im konkreten Fall handelte es sich um einen Patienten, der von mir einmal behandelt wurde und der es dann vorzog, zum Physiotherapeuten zu gehen. Die Behandlungen geschahen also keineswegs gleichzeitig. Dies war ja im Kalendarium deutlich ersichtlich.

### **Was sollen wir jetzt tun?**

Sollen wir alle Patienten zum teureren Zeittarif abrechnen mit dem Risiko, dass uns die Zeit überläuft, oder sollen wir dies nur bei den Helsana-Patienten tun, wie es bis jetzt in meiner Praxis geschieht? Irgendwie empfinden wir es als ungerecht, dass diese Patienten mehr bezahlen müssen als andere. Oder sollen wir uns der Ansicht der SUVA anschliessen und das Problem splitten: Ernst Odermatt von der Abteilung für Medizin-altarife der Suva schreibt auf Anfrage am 2. Mai 2006 Folgendes:

#### **1. Inhalation in der Praxis**

*Da diese Leistung nicht separat tarifiert ist, kann sie lediglich über die Konsultation abgerechnet werden. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Medizinische Interpretation zu Ziffer 00.0010, Absatz 2. Die Instruktion für Selbstbehandlung kann nach Ziffer 00.0610 verrechnet werden.*

#### **2. Infrarot-Behandlung**

*Diese Leistung kann nach Ziffer 7320 mit 10 TP (Physiotherapie-Tarif) in Rechnung gestellt werden.*

Also auch von dieser Seite mehr Verwirrung als Hilfe. Mir ist nicht klar, warum er die Inhalation von andern Anwendungen trennt und ob er unter der Infrarot-Behandlung andere Elektrogeräte subsumiert oder wo er diese ansiedelt, schliesslich ist die Inhalation auch ein elektrisches Gerät. Jedenfalls scheint er keine Kenntnis zu haben vom Verdikt der Anwendung der Position 7320 des Physiotherapeutentarifs.

#### **Wie rechnen wir nun ganz konkret ab?**

Für die Kollegen, die eine Physiotherapeutin oder einen Physiotherapeuten angestellt haben, gibt es zwei Möglichkeiten: sie treten dem Vertrag bei (von der FMH nicht empfohlen) oder sie folgen der eigenartigen Empfehlung der FMH, diesen provisorisch zu kündigen, um im Falle eines Nichtzustandekommens des Vertrags nicht im Regen zu stehen. Ich glaube, dieser Vorschlag ist weit entfernt von jeglicher Realität, wenn man sich vorstellt, dass diese Leute eine komplexe Ausbildung hinter sich haben und finanzielle Verpflichtungen eingegangen sind. Solche Fachpersonen kann man doch nicht auf Zusehen hin auf die Strasse stellen.

Für die andern Kolleginnen und Kollegen, die diese Leistungen selbst oder durch die MPA erbracht haben, gibt es die folgenden Möglichkeiten. Wenn die Leistung in Zusammenhang mit einer Konsultation erbracht wird: Pos. 00.0010 und folgende, oder wenn das nicht geht: Pos. 00.1320. Wenn jedoch diese Leistung ausserhalb der Konsultation erbracht wird, müssen wir diese physikalische Anwendung durch eine freundliche Be-

FMP im Internet: [www.fmp-net.ch](http://www.fmp-net.ch)

grüssung in eine Konsultation umwandeln. Dass dann die Kosten erheblich in die Höhe schnellen, dafür können wir ja nichts! Die Frage, ob wir dieses System nur bei Helsana-Patienten anwenden sollen, muss jeder selbst beantworten. Die Gefahr besteht, dass eine andere Krankenkasse ebenfalls auf die Idee kommt, dass sie mehr bezahlen möchten.

Wir Ärztinnen und Ärzte von der Basis möchten die Verantwortlichen von FMH, Santésuisse und anderer Kreise bitten, dass sie sich möglichst bald einigen können, wie die Basis diese Leistungen verrechnen soll. Wir müssen uns um unsere Patienten kümmern und haben nicht die Zeit, stundenlang mit Angestellten von Krankenkassen zu streiten über einen für die Behandlung und den Erfolg beim Patienten völlig irrelevanten Sachverhalt. Sicher ist, dass diese Geschichte wieder ein weiterer Schritt ist zur Demontage der Tätigkeit des Hausarztes. ■

**Thomas Zünd**