Danielle Lemann

Komplementärmedizin und Krankenkassen

Wie rechnen komplementärmedizinisch tätige Ärzte zukünftig mit den Krankenkassen ab?

Das Programm Evaluation Komplementärmedizin PEK untersuchte im Auftrag des Bundesrates 1999 bis 2005 die fünf ärztlichen komplementärmedizinischen Fachrichtungen anthroposophische Medizin, Klassische Homöopathie, Phytotherapie, Traditionelle Chinesische Medizin und Neuraltherapie auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) (Anträge und Schlussbericht auf Homepage BAG* und der entsprechenden Ärztesgesellschaften). Das PEK ist international bisher das grösste und komplexeste Forschungsprojekt zur komplementärmedizinischen Versorgung der Bevölkerung auf nationaler Ebene.

Ablehnung der Ärztlichen Komplementärmedizin und Folgen

Aus politischem Kalkül ist am 3. Juni 2005 der befürchtete Entscheid von Bundesrat Couchepin, die Komplementärmedizin aus der obligatorischen Grundversicherung zu eliminieren, gefallen, angeblich mangels WZW-Nachweis. Wirkliche Spareffekte auf die Gesundheitskosten werden indes nicht folgen. Es wurde ja im PEK gezeigt, dass die ärztliche Komplementärmedizin sehr kostengünstig ist (Publikationen in Vorbereitung). Wieso sollte mit einer Streichung dieser Leistungen gespart werden können?

Die Begründung des BAG ist angesichts der guten Daten und des PEK-Schlussberichtes nicht überzeugend und inkonsistent.

Auf die Frage einer der Komplementärmedizin und der Grundversorgung angepassten Methodologie wurde gar nicht eingegangen.

Schlimme Auswirkungen wird dieser Entscheid auf die Vertretung der Komplementärmedizin an den Universitäten haben, also für unsere Ausbildungs- und Forschungsaufgaben. Auch die Zusammenarbeit zwischen den Vertretern der Komplementärmedizin und der Schulmedizin wird sehr unter diesem Entscheid leiden. Dass die Komplementärmedizin in der Schweiz nicht anerkannt wird, beeinflusst die Haltung der Studenten und jungen Ärzte und ist auch für die Hausarztmedizin ein Rückschlag. In wissenschaftlicher Hinsicht leidet die Hausarztmedizin an den gleichen Problemen: In der freien Praxis gibt es keine interessierten Geldgeber, die Patientenvielfalt ist zu gross, die dauernde Zeitnot und der Wartezimmerdruck erschweren Studien mit hohem Evidenzgrad.

Obwohl von der Sache her voraussehen, sorgte die Tatsache für Überraschung, dass die Situation für die meisten komplementärmedizinischen Ärzte im Alltag, vor allem mit dem Abrechnen, zunächst gar nicht wesentlich anders wird. Diejenigen Kollegen, die vor allem als Grundversorger tätig sind, können ihre Leistungen in einem vernünftigen zeitlichen Umfang mit normalen Tarmed-Positionen abrechnen. Eine Ausnahme dazu bildet die Homöopathie, bei der der Zeitaufwand für die homöopathische Anamnese oft eher gross ist und somit nicht vollumfänglich über Tarmed-Positionen abgewickelt werden kann.

* www.bag.admin.ch/kv/forschung/f/2005/Schlussbericht_PEK.pdf

Das BAG hat sich verschiedentlich und gegensätzlich zu diesem Problem geäußert, so z.B. in den «Erläuterungen Entscheid komplementärmedizinische Methoden» vom 3.6.05: „Die modernen Tarifierungswerke respektieren diesen Grundsatz, dass die Arzt-Patientenbeziehung ein persönlich geprägtes Innenleben haben müsse, das sich keinem Dritten erschliessen müsse, und fragen nicht nach dem konkreten Inhalt einer Konsultation“.

Andererseits droht Herr Brunner verschiedentlich, z.B. in der NZZ am Sonntag vom 5.6.05: „Wenn das Kostenvolumen nicht zurückgeht, besteht der Verdacht, dass nicht gesetzeskonform abgerechnet wird. Da werden wir sehr genau hinschauen“.

Die bisher in der Spezialitätenliste (SL) aufgelisteten Heilmittel werden weiterhin von der Grundversicherung bezahlt. Es ist jedoch nicht klar, was das BAG mit der ganzen SL im Sinn hat.

In den verschiedenen Therapie-Richtungen gibt es jedoch Kollegen, die sozusagen Spezialisten sind für die schwierigsten und kränksten Patienten und fast nur komplementärmedizinisch tätig sind. Mit ihren Fachgesellschaften zusammen sucht die UNION Lösungen, damit diese KollegInnen von den Zusatzversicherungen anerkannt werden.

Aufgabe der UNION

Die **UNION schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen** berücksichtigt die speziellen Bedingungen der Fachschaften. Zum Beispiel kämpft die SAGEM bereits seit Jahren mit der Problematik der Anerkennung ihrer Ausweise. Auch die SMGP verfügt nicht über einen FMH-anerkannten Ausweis. Die ASA ihrerseits muss ihren Ausweis präzisieren. Die Akupunktur wurde ja schon vor PEK definitiv in die Grundversicherung aufgenommen, und bleibt also in der Grundversicherung, hingegen ist die chinesische Phytotherapie dort nicht inbegriffen.

Für eine Gesellschaft wie den SVHA, der über einen klar definierten, von der FMH anerkannten Fähigkeits-Aus-

weis verfügt, ist die Lage einfacher. Die SVHA-Mitglieder mit FA können den Zusatzversicherungen tel quel gemeldet werden. Dies gilt auch für Mitglieder des VAOAS und für die SANTH. Für die SMGP und für die SAGEM müssen jedoch Lösungen gefunden werden. Die UNION wird mit diesen Fachgesellschaften und der FMH zusammen neue Qualitätslabels zuhanden der Zusatzversicherungen ausarbeiten.

Weil für die verschiedenen Richtungen so verschiedene Ausgangslagen bestehen, ist es klar, dass die Ratschläge an die Kollegen auch ganz verschieden ausfallen:

Anthroposophische Medizin VAOAS

Die VAOAS möchte sich dafür einsetzen, dass ihre Ärzte im Regelfall keine Verträge mit Zusatzversicherungen brauchen und wie bisher mit den normalen Tarmed-Grundversorgungstarifen abrechnen können, insbesondere weil die anthroposophischen Heilmittel weiterhin durch die Grundversicherung vergütet werden.

Die anthroposophisch orientierten Ärzte setzen sich für eine soziale Medizin ein und für die vielen Patienten, für die eine Zusatzversicherung nicht bezahlbar ist. Sie wehren sich dagegen, dass die Krankenkassen mit den ungerechtfertigten Zusatzversicherungen neue Gewinne machen können.

Für Kollegen mit Fähigkeitsausweis VAOAS, die in Zukunft dennoch auch über Zusatzversicherungen abrechnen möchten, empfiehlt die VAOAS individuelle Abmachungen mit den Patienten, die eine Zusatzversicherung haben. Dabei ist zu empfehlen, auch für die Zusatzversicherung die Preise im Rahmen der bisherigen Tarmed-Tarife zu halten. Ob es besser ist, nur über eine Rechnung abzurechnen und die Unterteilung den Krankenkassen zu überlassen, oder zwei Rechnungen zu schreiben, ist noch nicht klar. Klar wurde bereits, dass einige Krankenkassen selber oft nicht Bescheid wissen, welche Leistungen wohin gehören.

Am besten informieren sich die Patienten bei ihrem(r) betreuenden Arzt/Ärztin und bei ihrer Krankenkasse. Bis Ende September sollten laut Empfehlungen des BAG die Kranken-

kassen angefangene komplementärmedizinische Behandlungen aus der Grundversicherung bezahlen.

Homöopathische Ärzte SVHA

Die Abrechnung kann in den ersten 3 Monaten gleich aussehen wie bis anhin, zumindest für angefangene Behandlungen. Für neue Patienten können unter der Position 9999 im Tarmed die Homöopathie- oder KM-Anteile verrechnet werden (diese Position kann anscheinend mit einem frei zu verfassenden Text eingerichtet werden, z.B. "Homöopathische Anamnese und Repertorisation". Sie kann im Tarmed auch jetzt schon verwendet werden z.B. für verpasste, nicht abgemeldete Konsultationen). Falls der Patient bereits eine Zusatzversicherung hat, kann die Kasse selber entscheiden, ob sie den homöopathischen Anteil der Konsultation über die Zusatz- oder über die Grundversicherung abwickeln will.

Die Forderung nach Splitting, also der Möglichkeit der Rechnungsstellung für grundversicherungspflichtige und nichtpflichtige Leistungen in der gleichen Konsultation, ist eine der zentralen Forderungen des SVHA für die Verhandlungen mit den Versicherern.

Auch möchte der SVHA sich dafür einsetzen, dass jeder Arzt neben der EAN-Nummer nicht noch eine ZSR (Zentralstellenregister der Santésuisse)-Nummer braucht.

TCM

Es sei vorweggenommen, dass die Akupunktur weiterhin in der Grundversicherung bleibt. Sie kann bis 180 Min/6 Monate verrechnet werden. Wer neben dem Nadelrezept auch noch ein Arzneirezept verordnen möchte, kann dies tun, kann es aber nicht mehr über die Grundversicherung verrechnen. Das BAG empfiehlt den Krankenversicherern, komplementärmedizinische Therapien, die bis spätestens 30. Juni 2005 begonnen wurden, noch während 3 Monaten (bis Ende September 2005) zu vergüten.

Auch im Rahmen einer Grundversorgersprechstunde kann allenfalls ein Arzneirezept ausgestellt werden. Aus einem Gerichtsentscheid vom 2. Mai 2000, allerdings zu einem stationären

Fall, geht hervor, dass das eidgenössische Versicherungsgericht im Streitfall eine Behandlung, die überwiegend zum Zweck einer TCM Arzneibehandlung durchgeführt wurde, als Nichtpflichtleistung definiert hat und die Grundversicherung dann für die ganze Behandlung auch nicht kostenpflichtig war, vermutlich auch nicht für allfällige schulmedizinische Vorabklärungen. Wir empfehlen deshalb, zumindest alle Patienten, die ausschliesslich für eine Behandlung mit chinesischen Arzneimitteln in die Sprechstunde kommen, darauf hinzuweisen, dass sie ab 1. Juli 2005 keine Pflichtleistung mehr sind.

Auch wenn der zusätzliche Zeitaufwand im Rahmen der Grundversorger-sprechstunde das übliche Mass übersteigt, sollte dies klar als TCM- Arzneibehandlung in der Rechnung deklariert und über die private Zusatzversicherung abgerechnet werden.

Wenn eine TCM-Arzneibehandlung geplant ist, sollten sich die Patienten unverzüglich mit ihrer Kasse in Verbindung setzen, um abzuklären, ob eine Zusatzversicherung besteht, und ob die TCM-Arzneibehandlung abgegolten wird. Patienten ohne Zusatzversicherung sollten in Erfahrung bringen, ob eine solche abgeschlossen werden könne und welche Voraussetzungen an den Behandler und an die Rechnungs-

stellung für eine Rückerstattung der Kosten der Arzneibehandlung gelten.

Der Patient wird nun in dieser neuen Situation vermehrt nach dem Preis der Behandlung fragen, da sie jetzt direkt sein Budget tangiert. Es ist empfehlenswert, sich an die Vorgaben von Tarmed zu halten. Bei besonderer Beanspruchung und wenn das Preis-Leistungs-Verhältnis in den Augen des Patienten seinen Vorstellungen entspricht, muss man sich an keinerlei Limitationen halten. Die ASA empfiehlt, besonders aufwändige und kostspielige Behandlungen besser vorher mit dem Patienten im Sinne einer Offerte zu besprechen.

Durch eine klare Trennung von Grundversorgerbehandlung und TCM-Arzneibehandlung mit 2 separaten Rechnungen vermeidet man allfällige Nachfragen durch Sachbearbeiter, die wissen wollen, welches der Hauptzweck der Konsultation war.

Ausblick

Wir Ärzte müssen uns bewusst sein, dass der Zusatzversicherungsbereich etwas ganz anderes ist als der Grundversicherungsbereich. Hier herrscht total freie Marktwirtschaft. Die Kassen brauchen nicht mit allen Ärzten zusammenzuarbeiten, wenn sie nicht

wollen. Auch die Preise sind ganz frei gestaltbar.

Wir hoffen, dass sich für alle KollegInnen und ihre PatientInnen gute Lösungen finden lassen. Ob in der Zukunft auch neue Versicherungsmodelle entwickelt werden können? Bei weiteren Streichungen im Grundversicherungsbereich wird jedenfalls die Grund-Idee einer solidarischen sozialen Krankenversicherung immer fragwürdiger.

Anschrift der Autorin:

Dr. med. Danielle Lemann
FMH Allgemeine Medizin
Präsidentin VAOAS
Bernstrasse 13, CH-3550 Langnau