
IV-Rundschreiben Nr. 202 vom 11. Juni 2004

Ärztliche Gutachten¹ und Berichte nach Tarmed

1. Ärztliche Gutachten

Im Tarmed sind 5 Gutachtenkategorien A - E festgelegt worden. Die medizinischen Interpretationen der einzelnen Kategorien lauten wie folgt:

A: Kurzes Aktenstudium, klare Befunde, nicht sonderlich schwierige Beantwortung der Fragen.

B: Gutachten mit mittlerem Schwierigkeitsgrad: Würdigung der Vorbefunde, Diskussion differentialdiagnostischer und/oder differentialätiologischer Probleme, schwierigere Beurteilung und Beantwortung der Fragen. Einfache Recherche.

C: Gutachten mit hohem Schwierigkeitsgrad: mehrschichtige Problematik, Würdigung von Vorbefunden und Vorgutachten, schwierige Beantwortung eines umfangreichen Fragenkataloges, aufwändige Recherchen.

D: Gutachten mit überdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad: komplexe Aktenlage mit zahlreichen Vorbefunden und schwieriger Würdigung von Vorgutachten, Beantwortung eines umfangreichen und anspruchsvollen Fragenkatalogs, sehr aufwändige Recherchen.

E: Für ausserordentlich schwierige Fälle sind Spezialabmachungen mit dem Auftraggeber zu treffen. Unter diese Kategorie gehören: ausserordentlich aufwändiges Aktenstudium, hoher Schwierigkeitsgrad der gutachterlichen Überlegungen und Schlussfolgerungen, ausserordentlich schwieriges Verfassen des Gutachtens mit ungewöhnlich umfangreichen Recherchen.

Die Einteilung der Kategorien bezieht sich in erster Linie auf die Komplexität der Aktenlage und der Fragestellung und nicht auf den effektiven

¹ vgl. IV-Rundschreiben Nr. 200

Zeitaufwand, der im Einzelfall für das Erstellen des Gutachtens aufgewendet wird. Ein typisches IV-Gutachten fällt in die Kategorie C. Laut Aussage der FMH sollten ca. 80% aller Gutachten gemäss Kategorie C abgerechnet werden. Ein Gutachten der Kategorie D ist nur in Ausnahmefällen gerechtfertigt, wenn der ausserordentlich hohe Aufwand aufgrund der Aktenlage offensichtlich ist. Ein Gutachten der Kategorie E bedingt eine vorherige Absprache zwischen Kostenträger und Leistungserbringer und sollte die absolute Ausnahme bilden. Die IV-Stellen haben bei Auftragserteilung auf der IV-Verfügung klar aufzuführen, welche Gutachtenkategorie (A,B,C,D oder E) maximal in Rechnung gestellt werden kann. Im Normalfall ist das die Kategorie C.

Zu jeder Gutachtenkategorie gibt es 7 Untersuchungsklassen (Zuschlagspositionen). Mit Hilfe dieser Klassen wird der Zeitaufwand für die Untersuchung der zu begutachtenden Person und das explorierende Gespräch abgegolten. Eine Kumulation von Klassen (Verrechnung mehrerer Klassen für ein einziges Gutachten) ist nicht zulässig.

Bis vor kurzem wurde eine Mehrfachverrechnung von Untersuchungsklassen bei einem Gutachten als tarifkonform angesehen. Es kann daher vorkommen, dass auf einzelnen Rechnungen mehrere Untersuchungsklassen aufgeführt sind. Es wird empfohlen, solche Rechnungen vorläufig noch zu akzeptieren. Für Leistungen, die ab 1.7.2004 erbracht werden, gilt jedoch die strikte Regelung, dass pro Gutachten nur 1 Untersuchungsklasse abgerechnet werden kann.

Für das Erstellen eines Gutachtens können somit zwei Tarifpositionen abgerechnet werden: Zum einen die Tarifposition für die Kategorie (Erstellen des eigentlichen Gutachtens), zum anderen die Tarifposition für die Klasse (Untersuchung der zu begutachtenden Person und das explorierende Gespräch). Grundleistungen (z.B. Konsultationen) können nicht zusätzlich verrechnet werden. Die zusätzliche Verrechenbarkeit von Extraleistungen richtet sich nach den Bestimmungen des Tarmed.

2. Vergütung Bagatellformular

Die Geschäftsstelle TARMED Suisse und der Tarifdienst 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 nicht korrekt! Die Paritätische Interpretationskommission PIK hat klar festgehalten, dass Bagatellformulare vom Versicherer nicht separat entschädigt werden.

3. Zwischenberichte, Schriftverkehr unter Ärzten

Im weiteren wird darauf aufmerksam gemacht, dass die PIK-Entscheide 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 (11-20 Zeilen) resp. 00.2280 (21-35 Zeilen) und 00.2290 (Folgeseiten) entschädigt, sofern es sich hierbei um ein Schreiben mit relevantem medizinischen Inhalt (Befund, Diagnose, bisherige Therapien) und nicht nur um ein kurzes Überweisungsschreiben handelt. Darunter würde typischerweise ein Überweisungsbericht mit wichtigen medizinischen Informationen für eine Abklärung bei einem Spezialisten fallen. Ferner muss der Arzt dem zuständigen Versicherer unaufgefordert eine Kopie dieses Schreibens zustellen. Die Briefkopie darf nicht nochmals mit der Tarifposition 00.2260 verrechnet werden.

Der Aufwand für das Hin- und Herschicken von Akten wird von den Versicherern nicht vergütet. Das Erstellen von Kopien wird von den Versicherern nur übernommen, wenn diese Kopien ausdrücklich einverlangt wurden, und zwar pauschal pro Auftrag mit der Tarifziffer 00.2260, unabhängig vom tatsächlichen Aufwand.

4. Vom Versicherten versäumte Sitzungen

Wenn Versicherte dem Aufgebot zur Untersuchung nicht nachkommen, entsteht dem Arzt daraus ein Einnahmenverlust. Solche Einnahmenverluste wurden bei der Berechnung der Grundleistungen des Tarmed (z.B. den Konsultationen) bereits berücksichtigt. Die IV leistet daher bei versäumten Sitzungen keine Entschädigungen an die Ärzte.