

TarMed ist nicht reif für die Abstimmung!

Ein Gespräch mit Dr. med. Jürg Ammann, Präsident FMS

SÄZ: Sind Sie immer noch einverstanden mit dem Grundgedanken von GRAT, heute TarMed, nämlich im neuen Tarif die ärztlich-intellektuelle Leistung aufzuwerten?

Dr. Jürg Ammann: Gegen diese grundsätzliche Aufwertung haben wir nie opponiert. Wir waren auch immer damit einverstanden, dass ein gesamtschweizerischer Tarif erarbeitet würde. Wir haben in all den Jahren in den Expertengesprächen aktiv und konstruktiv mitgearbeitet. Kritisch wurde es für die FMS erst im Herbst 1997, als die erste Version des Tarifs vorlag und man die deprimierenden Resultate unserer aktiven Mitarbeit zur Kenntnis nehmen musste. Wir stellten damals fest, dass für gewisse Fachgesellschaften der operativ-invasiven Disziplinen existenzbedrohende Tarife angesetzt worden waren.

An einer Pressekonferenz Ende Juli 1999 hat die FMS bekanntgegeben, dass für ihre Mitglieder das Einkommen unter TarMed durchschnittlich um 43% absinken würde. Sie haben also nackte Existenzangst?

Das ist absolut klar. Einzelne Fachgesellschaften der FMS, welche fast ausschliesslich aus dem Grundversicherungstarif leben müssen, haben mit solchen Einbussen keine Überlebenschancen. Wir haben immer darauf hingewiesen, dass alle operativ-invasiven Fachgesellschaften aus dem Grundversicherungstarif leben können müssen. Es ist uns zum Glück gelungen, dies auch zu kommunizieren, auch die FMH und der Zentralvorstand haben dies klar erkannt. Das Schlimme an der Sache ist heute, dass nicht mehr nur von TarMed gesprochen wird, sondern auch vom ganzen Bereich der Zusatzversicherungen (VVG) – erinnert sei an das Eingreifen des Preisüberwachers –, so dass alles noch um mehrere Dimensionen schlimmer wird. Die Einbussen im Grundversicherungsbereich waren in der Beta-Version tatsächlich massiv – und dann jetzt noch dies! Hier hat uns das nackte Grauen gepackt. Man hat immer gesagt, im KVG müsse Wettbewerb herrschen, und nun macht man genau das Gegenteil. Man präsentiert nämlich Lösungen, die jeglichem marktwirtschaftlichem Denken widersprechen.

Stichwort Zusatzversicherungsbereich: Es ist doch so, dass bei vielen FMS-Mitgliedern ein Hauptteil des Einkommens aus diesem Bereich stammt. Dieser Teil geht stetig zurück, weil immer mehr Leute sich eine Zusatzversicherung nicht mehr leisten wollen oder können. Der neue Sozialtarif ist aber nicht geschaffen worden, um diese Einkommenseinbussen auszugleichen.



Natürlich nicht. Wie erwähnt, müssen aber auch operativ-invasive Spezialisten, welche eine durchschnittliche operative Tätigkeit ausüben, aus dem Grundversicherungstarif leben können. Nach unseren Warenkorbstudien können dies viele nicht. Wenn es nun so ist, dass die Zusatzversicherungen, welche dem VVG unterstehen, quasi an TarMed angehängt werden, so könnte es passieren, dass gerade die Spezialärzte, welche eine komplexe und gefährliche Arbeit verrichten, am Schluss sogar unter das Einkommen eines Grundversorgers fallen. Man darf die Rolle der Privatversicherungen nicht unterschätzen. Durch den Rückgang von Privatpatienten haben Spezialärzte schon gewaltige Einkommenseinbussen hinnehmen müssen. Einmal mehr muss festgestellt werden, dass aus dem Grundversicherungsbereich kein Spezialarzt je ein Grossverdiener-Einkommen erzielt hat.

Die Frage der Arzttarife ist, nicht zuletzt durch das KVG, völlig verpolitisiert worden. Sie haben vorhin den Preisüberwacher erwähnt. Kann sich die Ärzteschaft aus dieser Verpolitisierung überhaupt noch befreien, und wenn ja, wie?

Der «Kampf» an der Informationsfront muss weitergehen. Es scheint klar, dass die andere Seite die Zusammenhänge nicht richtig sieht. Dass die operativ-invasive Tätigkeit tatsächlich viel gefährlicher ist als jede andere Tätigkeit, geht aus den Haftpflichtprämien hervor. Gegenüber Grundversorgern liegen diese bei den operativ-invasiven Spezialisten um ein Vielfaches höher. Im schweizerischen Gesundheitswesen gibt es eine Balance zwischen den Grundversorgern und Spezialärzten, zwischen Spitälern und



Ärzten in freier Praxis, zwischen Belegärzten und Spitalärzten, zwischen privaten und öffentlichen Spitälern. Deren enge Zusammenarbeit macht die Qualität unseres Gesundheitswesens aus. Wer auf irgendeine Art diese Balance stört, stört auch die Qualität der medizinischen Versorgung, dies kann weder die Absicht des KVG noch der Politiker sein. Sollte man z.B. die Existenz der Belegärzte, welche rund 25% der medizinischen Leistungen erbringen, gefährden, gefährdet man unser Gesundheitswesen an der Basis. Nicht zu sprechen von der Nachwuchsförderungen in chirurgischen Fächern: Wer würde denn – fast aller Karrierechancen beraubt – ohne die Möglichkeit einer Belegarztstätigkeit einen so anstrengenden Beruf überhaupt noch wählen wollen? Bereits jetzt sind die Mitgliederzahlen einiger unserer operativ-invasiven Fachgesellschaften teilweise rückläufig.

Aber ist denn die Qualität der medizinischen Leistungen abhängig vom Verdienst der Ärzteschaft?

Natürlich nicht. Aber sie ist abhängig von unserem überdurchschnittlichen Einsatz, durch welchen sich bisher ein überdurchschnittlicher Verdienst ergeben hat. Als Chefarzt arbeitet man sicher 80 Stunden in der Woche. Sollte diese Mehrbelastung auch nicht höhere Erträge bringen und würde mein Einkommen auf dasjenige eines Sekundarlehrers sinken, so würden auch wir – analog der Assistenzärzte – eine 55-Stunden-Woche beanspruchen. Damit ist dann die Qualität nicht mehr gewährleistet, denn die Qualität wird erbracht durch die Mehrarbeit der Spezialärzte. Es ist eine Tatsache, dass ein grosser Teil der Qualität im Gesundheitswesen durch die operativ-invasiv tätigen Ärzte, welche die moderne Medizin praktizieren, erbracht worden ist. Fängt man nun an, die 4500 – 5000 Spezialisten zu drücken unter dem Hinweis, sie würden zuviel verdienen, gehen die Anreize zu Mehrleistungen und der damit erbrachten Qualität und Qualitätssicherung verloren.

Sind Sie sich bewusst, dass diese Botschaft der Bevölkerung fast nicht zu kommunizieren ist?

Das Verständnis des Publikums für unsere verantwortungsvolle operative Tätigkeit ist gross. Das Publikum kann beispielsweise nicht verstehen, dass ein Augenarzt für die Implantation einer Linse etwa genau gleich honoriert werden sollte wie ein Coiffeur beim Waschen und Legen einer Damenfrisur. Auch im Gesundheitswesen spielt bisher ein gewisser Markt. Wenn dieser nicht spielt, kann auch die Politik nichts machen. Lassen Sie mich ein Beispiel geben: Vor vielen Jahren haben wir im Kanton Thurgau einen Augenarzt gehabt, der das Gefühl hatte, im Kanton Thurgau zu schlechte Arbeitsbedingungen zu haben. Er hat den Kanton verlassen mit dem Resultat, dass im ganzen Kanton Thurgau kein operativer Augenarzt mehr praktizierte. Dies hat in der Bevölkerung fast zu einem Aufstand geführt. Der Sanitätsdirektor ist attackiert worden, was das für eine Katastrophe sei mit der augenärztlichen Versorgung im Kanton. Daraufhin hat der Kanton auf dem Markt einen Augenarzt gesucht und mit ihm ein Spezialarrangement treffen müssen. So funktioniert das. Wenn man dies erneut durchspielen will, z.B. die Belegärzte in existentielle Not bringen will, dann hat man innert kurzer Zeit die Patienten auf den Barrikaden, weil die Leistungen der Spezialärzte nicht mehr erbracht werden. Im übrigen gibt es genügend solcher Negativbeispiele im Ausland, z.B. in England oder Schweden. Könnten die Schweizer denn nicht aus solchen Fehlern lernen?

Nach der Pressekonferenz der FMS von Ende Juli hat der Tages-Anzeiger u. a. geschrieben: «Wenn sich ausgerechnet die Spitzenverdiener unter den finanziell ohnehin begüterten Ärzten wehren, in Zukunft weniger einzunehmen, können sie nicht automatisch Verständnis erwarten.»

Das ist mir auch klar. Wir sind nicht auf Millionenverdienste aus. Als Chefchirurgen beispielsweise gehen wir von Einkommen aus, welche auch den Vorstellungen der Sanitätsdirektoren entsprechen und auch so formuliert worden sind. Unsere FMS-Lebens-einkommensstudie zeigt, dass wir erst ab einem Alter von 45 Jahren oder mehr nur rund 20 Jahre lang gut verdienen. In dieser Phase müssen wir das erwähnte Einkommen haben, um vergleichsweise auf das Lebens-einkommen eines Gymnasiallehrers zu kommen.

Der FMH-Präsident hat moniert, er habe bis heute von der FMS nie gehört, welche konkreten Einkommensgrössen sie anstrebe; so habe sie nie klar kommuniziert, was ihre Idealgrösse eines Stundeneinkommens für einen Chirurgen wäre. Wie ist Ihre Vorstellung?

Diese Frage habe ich erwartet, sie ist nicht einfach zu beantworten. Klar ist aber, dass die FMS sich dem Beschluss der Ärztekammer unterzogen hat, im Grundversicherungsbereich eine Einkommenseinbusse von 10% in Kauf zu nehmen. Damit waren wir einver-

standen und damit ist auch die von der FMS angestrebte Grösse bekannt. Für Fachgesellschaften, deren Mitglieder in ihrer Tätigkeit als Spezialärzte hohe Infrastrukturinvestitionen machen müssen, sollen vom Tarif her diese Voraussetzungen dazu geschaffen werden.

Aber dies wird ja durch den technischen Taxpunkt abgedeckt; es geht hier um den ärztlichen Teil.

Beides ist miteinander verknüpft. Wenn der technische Taxpunkt zu tief ist, kann er mit der ärztlichen Leistung nicht kompensiert werden. Wir wissen alle, dass die TL miserabel schlecht ist und den Kriterien einer betriebswirtschaftlichen Rechnung nicht genügt. Wenn dieser Teil des neuen TarMed einmal allen Akteuren im Gesundheitswesen bekannt wird, werden es die Spitalträger sein, welche als erste eine Überarbeitung verlangen. Wir könnten ja auch einen bestimmten Stundenlohn fordern. Der Direkter des BSV hat mir einmal gesagt, der Bund könnte auch einen Zeittarif machen. Ich habe ihm einen Stundenansatz von Fr. 250.- vorgeschlagen, der mir im Vergleich mit einem EDV-Spezialisten z.B. durchaus vernünftig schien. Für die verantwortungsvolle Tätigkeit eines chirurgischen Chefarztes ist dieser fiktive Ansatz keineswegs zu hoch, wenn er verglichen wird mit Stundenlöhnen anderer Akademiker mit weit kürzerer Weiterbildungszeit. Mit einem Stundenlohn von Fr. 250.- würden aber Chefchirurgen mit ihrer Arbeitsbelastung sogar weit über den heutigen Durchschnittseinkommen liegen.

Über die finanziellen Auswirkungen von TarMed bestehen unterschiedliche Ansichten. So sagt der Preisüberwacher, TarMed bringe eine Kostenzunahme von 30%, das Bundesamt für Sozialversicherung kommt auf eine Zunahme von zwischen 33 und 38%, das Konkordat der Krankenversicherer gar auf eine Steigerung von 56%. Eine Feldstudie im Kanton Wallis andererseits weist eine Kostenverminderung von 28% aus.

Diese Zahlen belegen nur die völlige Intransparenz der ganzen Übung. Wir haben unsere Warenkorbstudien gemacht, diese haben klare Resultate gezeigt, nämlich ein Minus von über 40% gegenüber dem Grundversicherungstarif von vorher. Unsere Warenkorbstudien betreffen indes nur die rein operativ-invasive Leistung und nicht die Grundleistungen. Diese sind aber bei einzelnen Fachgesellschaften unterschiedlich hoch, und bei vielen Fachgesellschaften können die höheren Grundleistungen niemals die hohen Einbussen aus der operativ-invasiven Tätigkeit kompensieren.

Andererseits gibt es aber auch innerhalb der FMS Gesellschaften, die mit TarMed gewinnen.

Dies betrifft diejenigen Fachgesellschaften mit hoher Produktivität, mit langen Operationen und einer hohen Dignität, so z.B. die Herzchirurgen oder die Chirurgen des Neurokraniums. Andererseits werden



beispielsweise Wirbelsäulenchirurgen, Urologen, Kinderchirurgen, Orthopäden und auch die Chirurgen, deren tägliche Arbeit hauptsächlich in den Dignitäten 6–8 angesiedelt ist, miserabel entschädigt. Wir haben in den Expertengesprächen bezüglich der Dignität zu viel Goodwill gezeigt. Wir haben nicht realisiert, dass am Schluss die unteren Dignitäten so schlecht honoriert werden. Deshalb sollen jetzt, nachträglich, die niedrigen Dignitäten aufgebessert werden.

An der Ärztekammer vom 2. Februar wird die Version TarMed alpha 2.2 zur Abstimmung gebracht. Gibt es für die FMS noch Spielraum?

Wenn TarMed weiterhin so mangelhaft ist, kann man nicht zustimmen. Der Ärztekammerbeschluss ist allerdings klar: Vor der Inbetriebnahme eines solchen Tarifes müssen Feldstudien die Konsequenzen aufzeigen, welche sich durch einen solchen Tarif ergeben. Schlimm ist, dass man jetzt direkt scharf schiessen will. Haben doch die kantonalen Sanitätsdirektoren angekündigt, dass sie ihre Spitäler nur aufrüsten, wenn der Tarif definitiv ist. Ich erinnere nebenbei daran, dass man in Deutschland einen derartigen neuen Tarif inner 4 Wochen an die Wand gefahren hat. Dies ist auch für die Schweiz nicht auszuschliessen. Da sind noch unzählige logistische Probleme, die längst nicht gelöst sind. Und über die Kosten der Einführung eines solchen Tarifes schweigen sich bisher sämtliche Instanzen aus. Wenn TarMed angenommen werden soll, muss man ganz klar die Bedingungen vertraglich vereinbaren. Der FMH-Präsident hat dies auch immer wieder versprochen. Auch ein Kündigungsrecht muss vertraglich vereinbart werden können.

Lehnt die Ärzteschaft den Tarif ab, kommt schlicht und einfach ein Bundestarif. Nehmen Sie diese Möglichkeit ernst?

Das ist die ständige Drohung des FMH-Präsidenten, des BSV und des EDI. Ich glaube nicht daran.



Eine andere Möglichkeit wäre natürlich, dass der Bund die Tarifstruktur TarMed übernimmt und einen Taxpunktwert von z.B. 80 Rappen festlegt.

Niemand scheint sich über die fatalen Konsequenzen eines solchen politisch dirigistischen und nicht betriebswirtschaftlichen Tarifs im klaren zu sein. Nicht nur ist ein nicht betriebswirtschaftlich gerechneter Tarif klar ungesetzlich. Sie können aber machen, was sie wollen, wenn es schief läuft, ist alles im Keller. Wir stehen mit TarMed unter einem Erfolgsdruck. Entweder ist der Tarif tatsächlich betriebswirtschaftlich berechnet, dann ist er durchsetzbar. Ist er dies nicht, ist es ein politischer Tarif, und er ist nicht durchsetzbar. Dann werden die Ärzte in den Ausstand treten und erklären, dass sie zu diesem Tarif nicht arbeiten und keine grundversicherten Patienten behandeln können und wollen. Dann müssten Verträge mit jedem einzelnen gemacht werden – nicht auszudenken! Ich glaube auch nicht, dass der Bundesrat gegen den Willen der Ärzteschaft einen Tarif durchsetzen wird.

Müsste man also schon dem Gesundheitswesen zu Liebe nein zu TarMed sagen?

Zum jetzigen Zeitpunkt kann man weder ja noch nein zu TarMed sagen. Da wir die Version 2.2 bis zur Stunde nicht gesehen haben (notabene stehen wir jetzt vier Wochen vor der Ärztekammer, welche den Beschluss machen soll!), können wir uns zur letzten Version überhaupt nicht äussern. Möglicherweise ist man nach den Feldstudien besser in der Lage, das Tarifwerk als richtig oder falsch zu beurteilen. TarMed

ist etwas so Komplexes und Kompliziertes, und es gibt heute so viele Fragezeichen, dass man den Durchblick nicht hat. Was man heute schon sieht, ist, dass die Bürokratie noch dominanter wird und allein deswegen die Medizin kaputt geht. Davor habe ich Angst. Auch hier sind die operativ-invasiven Fachgesellschaften durch TarMed benachteiligt: Ein Grossteil der ca. 4500 Einzelleistungen betrifft diese Minorität der operativ-invasiven Fachgesellschaften.

Sie plädieren also für ein Moratorium. Damit leisten Sie aber auch den Spaltungstendenzen innerhalb der FMH Vorschub.

Ich plädiere nicht für ein Moratorium. Mit TarMed muss in geordneten Bahnen (sprich Feldstudien) vorwärts gemacht werden. Spaltungstendenzen sind aber eh da. Es geht ja auch nicht nur um die Grundversorger, die mit diesem Tarif unter Umständen auch nicht leben können. Es geht aber vor allem um Spitalangestellte, um Belegärzte, Assistenzärzte und Chefärzte – auch um das Pflegepersonal. Bei rund 4200 Positionen wird am Schluss die Leistungserfassung wichtiger als die medizinische Leistung.

Der FMH-Präsident hat betont, er habe bei den Verhandlungen die politische Mitte gesucht, habe versucht, alle Interessen zu integrieren. Sind Sie auch dieser Auffassung?

Die Verhandlungen zwischen FMS und FMH waren sehr konstruktiv. Ich glaube auch, dass wir als FMS die Grundversorger und die FMH mit unseren Argumenten und unseren Studien mindestens teilweise beeinflussen und auch überzeugen konnten. Wir haben nie etwas gegen die Grundversorger gesagt, aber es ist natürlich klar bei einem Verhältnis von 5:1 zugunsten der Grundversorger, dass wir – im Zeichen der Kostenneutralität – um 50% heruntergehen, wenn jene 10% mehr bekommen. Und klar ist auch, dass die invasiv Tätigen von den Grundversorgern immer überstimmt werden. Erschütternd ist, dass der ganze Tarif unter einem riesigen Zeitdruck entstehen musste und nicht vorher schon entsprechenden Studien in Auftrag gegeben worden sind. Am Schluss hat man dann in einer Aktion, die sehr an die alten Basarmethoden erinnert, den Faktor 1,2 aus dem Hut gezaubert. Dabei sind wir gar nicht unbedingt für den Faktor 1,2. Nach der letzten Präsidentenkonferenz haben wir auf Aufforderung des FMH-Präsidenten, wiederum unter grosstem Zeitdruck(!), ein eigenes Tarifmodell FMS eingereicht. Dieses konnte allerdings in die Version 2.2 nicht mehr eingearbeitet werden. Der FMH-Präsident hat unser Modell positiv aufgenommen. In diesem Tarifmodell wird die Produktivität nach Dignität gestaffelt, es soll somit die vernachlässigten niedrigen Dignitäten anheben, möglicherweise sogar zu Ungunsten der höheren Dignitäten. – Und ausserdem: Einem Kinderchirurgen, der einen Leistenbruch operiert und der statt rund Fr. 500.– dafür noch etwa Fr. 120.– bekommen soll, nützt dieser Faktor 1,2 nicht viel, er hat immer noch rund zwei Drittel weniger als vorher.

Nochmals zurück zu den Spaltungstendenzen innerhalb der FMH: Sie haben schon öffentlich erklärt, dass Sie als FMS-Präsident keine Spaltung der FMH anstreben. Gilt dies weiterhin?

Ich habe immer das konstruktive Gespräch mit der FMH gesucht und wir haben dies auch regelmässig praktiziert. Ich glaube indessen, dass die FMH noch ganz andere Aufgaben wahrnehmen sollte, als sie dies in den letzten Jahren getan hat. Sie hat sich in der letzten Zeit praktisch nur auf diesen Tarif konzentriert, und das war falsch. Der Präsident hätte mit Antritt des Amtes den Job als Tarifdelegierter der FMH, der viel zu viele seiner wertvollen Kräfte absorbiert hat, niederlegen sollen. H. H. Brunner hat dies ja auch eingesehen. Gerne hätte ich also eine nach aussen starke FMH, aber ich will auch eine starke FMS. Die letzte Umfrage unter den FMS-Mitgliedern hat aber klar gezeigt, dass eine Mehrheit der Mitglieder eine Vernetzung und damit auch eine Stärkung der FMS wünscht. Die FMH hat in ihren Gremien, z.B. in der KWFB, Qualitätskriterien für die Weiterbildung erarbeitet, aber diese sind im Tarif nicht umgesetzt worden. Deswegen fühlen wir uns von der FMH verraten, weil wir mit ihr zusammen diese Qualitätskriterien erarbeitet haben und jetzt tarifarisch so abgespielen werden. Dies ist ein Widerspruch, den wir so nicht akzeptieren können. Offenbar ist die FMH nicht imstand, im invasiven Bereich die Qualität mit den Titeln zu garantieren, deswegen braucht es die FMS.

Braucht es denn eine zweite parallele Ärztekammer?

Ja, darüber müsste man unbedingt diskutieren. Ein Zweikammersystem analog dem schweizerischen Parlament wäre für die Ärzteschaft von Vorteil. Die operativ-invasiven Fachgesellschaften waren und sind in der Ärztekammer der FMH immer untervertreten. Zwar hat man in der Strukturreform versucht, einen gewissen Ausgleich zu schaffen und zu korrigieren, aber wir werden immer noch regelmässig überstimmt. Wir, die FMS, sind die Hüter der operativ-invasiven Qualität, und wir müssen diese Aufgaben vermehrt wahrnehmen können.

Ist die FMS nicht bloss eine Zweckgemeinschaft, die sich auflösen wird, wenn einmal ein neuer Tarif – wie immer dieser auch aussehen wird – steht?

Wie die Situation aussieht, wird es allein für Tariffragen die FMS noch über Jahre brauchen. Unsere Zielsetzungen haben wir aber schon zum Zeitpunkt der FMS-Gründung viel weiter abgesteckt. Aber die Frage stellt sich tatsächlich. Ist die FMS bloss eine Kampforganisation und sorgt für einen guten Tarif, oder ist sie eine Konkurrenzorganisation zur FMH, oder soll die FMS künftig gar eine «organization of excellence» werden, in der gesundheitspolitische und auch Fragen der Qualität der FMS-Fachbereiche diskutiert werden, dies ist noch offen. Die operativ-invasive Tätigkeit ist eine Tätigkeit, die nicht billig sein kann. Wir sind uns bewusst, dass wir durch die

Operationen der modernen Medizin grosse Kosten im Gesundheitswesen verursachen. Daher ist unser Beitrag so enorm wichtig, und wir sind eine wichtige Stimme in der heutigen gesundheitspolitischen Diskussion. Wir haben z.B. in der Rationierungsdiskussion gewichtige Vorschläge zu machen.

Wie ist die FMS überhaupt strukturiert?

Wir haben einen Vorstand, einen Beirat, eine Präsidentenkonferenz und eine Generalversammlung. Fast wöchentlich haben wir eine Vorstandssitzung, an der die aktuellen Probleme diskutiert werden und die Marschrichtung festgelegt wird. Jede Gesellschaft zahlt Fr. 250.– pro Jahr für jedes Mitglied.

Aber dies ist immer noch unter dem Dach der FMH?

Dies werden die FMS-Mitglieder entscheiden. Ich sehe aber, dass Fachgesellschaften der FMS (z.B. die Gynäkologen oder auch die Neurochirurgen) mit ihren eigenen Weiterbildungsvorschlägen in der Ärztekammer immer wieder angerannt sind, daher besteht durchaus eine Möglichkeit, dass die FMS z.B. eigene Weiterbildungskriterien erarbeitet. Zwar ist die Weiterbildungsordnung immer in enger Zusammenarbeit mit der FMH erfolgt, und wir hoffen, dass dies auch in Zukunft so bleiben kann. Unsere Umfragen bei der FMS haben aber in verschiedenen Belangen gezeigt, dass die FMH-Voraussetzungen bezüglich Weiterbildungszeit, Assistenzarztdauer, Erlangung der beruflichen Selbständigkeit usw. auf falschen und theoretischen Annahmen und auf Wunschdenken beruhen. So können beispielsweise die FMH-Vorgaben der Weiterbildungsdauer fast in keinem einzigen Fall eingehalten werden. Ich kann mir daher durchaus vorstellen, dass wir über die FMH hinaus noch ein eigenes FMS-Diplom abgeben könnten. Dies nicht zuletzt mit Blick auf die kommende Öffnung der Grenzen, Stichwort Euro, das uns ohnehin noch grosse Probleme bringen wird.

Nochmals zurück zur TarMed. Wie soll die Ärztekammer am 2. Februar 2000 entscheiden?

Der Tarif ist nicht reif für die Abstimmung. Gewichtige Vorbehalte müssen noch angebracht werden. So lange wir auch nicht die ganzen vertraglichen Abmachungen im Hintergrund sehen, so lange können wir nicht ja sagen zu diesem Vertragswerk. Die Gefahr ist riesengross, dass der Tarif an die Wand fährt.

*Interview: M. Trutmann, R. Steiner
Photos: M. Trutmann*