

Das TARMED-Schiff wird nicht schwimmen

Die Position der FMS zum TARMED 1.1

R. Tscholl, Chr. Kraysenbühl, F. A. Bernath, A. Eijsten,
W. P. Gartenmann, R. Schmoker, P. Custer, B. Meister, M. Litschgi,
M. Schwöbel, W. Schweizer

Hand aufs Herz. Welcher Arzt – ausser den an den Verhandlungen beteiligten Spezialisten – durchschaut das komplizierte Vertragswerk «TARMED» wirklich? Die meisten von uns müssen sich auf ihr Gefühl verlassen. Sie müssen sich darauf verlassen, was ihnen von den Führungskräften ihrer Fachgesellschaften empfohlen wird. Und die sagen im wesentlichen: Der TARMED ist zwar noch mit Fehlern behaftet, aber es wird schon gut kommen. Lassen wir das Schiff zu Wasser, es wird dann schon schwimmen. Die FMS hat den TARMED gründlich analysiert und kommt zum Schluss: Das TARMED-Schiff wird eben nicht schwimmen. Es wird viele Ärzte in die Tiefe reissen.

Am schwersten wiegt die Gefährdung von Patienten durch inadäquate Assistenz und die fehlende monitorisierte Überwachung nach ambulanten Operationen (siehe unten). Vernünftig geplante, rationale Kombinationseingriffe verschiedener Disziplinen am selben Patienten werden verunmöglicht durch absurde Kumulationssperren und Leistungsblöcke.

Im Vergleich dazu fallen materielle Aspekte weniger ins Gewicht. Immerhin ist aber zu bedenken, dass im Rahmen der Grundversicherung viele invasive Leistungen und die ganze Radiologie nicht mehr kostendeckend sind. Und das Belegarztsystem wird künftig in Frage gestellt, weil das Honorar zur Deckung der Infrastrukturkosten (TL) den invasiv tätigen Ärzten vorenthalten wird.

Die FMS wehrt sich nicht generell gegen einen neuen Arzttarif. Sie will bloss nicht einem fehlerhaften Tarif unter unzähligen Vorbehalten zustimmen. Welcher Arbeiter, welche Gewerkschaft würde einen Gesamtarbeitsvertrag akzeptieren, von dem kein Mensch weiss, was er in Frankenbeträgen bedeutet? Dies vor allem unter dem Gesichtspunkt, dass der Taxpunktwert zumindest im KVG-Bereich wahrscheinlich irgendwo zwischen 60 und 80 Rappen zu liegen kommt, also deutlich unter dem ursprüngli-

chen Wert von einem Franken. Möglicherweise wird er wie in Deutschland im freien Fall enden, wenn Politik und santésuisse der Ansicht sind, die Gesundheitskosten würden ausufern.

Die FMS weiss, dass alle Beteiligten das Thema TARMED endlich vom Tisch haben möchten. Der Druck von aussen, dem neuen Arzttarif endlich zuzustimmen, sei gewaltig, wird uns Ärzten zudem einflüstert. Die Politik, der Bundesrat, die Medien verlangten endlich eine Zustimmung der Ärzteschaft. Wir hätten gar keine andere Wahl, als Ja zu sagen. (Warum sollen wir dann überhaupt noch abstimmen?)

Die FMS wird dem äusseren Druck nicht nachgeben. Sie will die Patienten und ihre bedrohten Fachgesellschaften nicht im Stich lassen. Wir Ärzte – und zwar alle, Grundversorger und Spezialisten – haben ein besseres Verhandlungsergebnis verdient!

Patientengefährdende Bestimmungen und Tarifpositionen

Die FMS hat in der Diskussion um TARMED immer wieder auf allgemein wichtige und für die invasiven Ärzte inakzeptable Probleme sowie auf patientengefährdende Elemente im Tarif hingewiesen.

Im folgenden sind die wichtigsten Probleme und ihre Begründungen zusammengefasst.

Das Assistenzproblem

Aussage der FMS

Falls Operationen, wie im TARMED 1.1 vorgesehen, mit der von den Versicherern vorgegebenen Assistenz durchgeführt werden müssen, können einige Operationen nicht mehr in der bisherigen Qualität durchgeführt werden. Eine ungenügende Assistenz gefährdet den Patienten.

Begründung

Im TARMED ist bei allen Operationen die Zahl der Assistenzen fest im Tarif angegeben.

Im TARMED-Tarifbrowser 1.1 findet sich im Kapitel Einführung – Allgemeine Hinweise zum Tarif die klare Bestimmung, dass die Assistenz im Arzthonorar bereits eingerechnet ist und maximal 2 Assistenzen bezahlt werden.

Auszug aus dem Kapitel Einführung – Allgemeine Hinweise zum Tarif aus TARMED 1.1

| | |
|--------------------|---|
| Assistenz | Entschädigung für die ärztliche Tätigkeit (inkl. Assistenz) in Taxpunkten |
| Anzahl Assistenten | Anzahl für die Tarifberechnung berücksichtigten Assistentenpersonen. Es werden maximal 2 Assistentenpersonen entschädigt. |

Es gibt jedoch Operationen, bei denen mehr als zwei Assistenzen notwendig sind, wie beispielsweise ein rupturiertes Aortenaneurysma oder eine abdominoperineale Rektumamputation usw.

Korrespondenz:
François A. Bernath
Generalsekretär FMS
Postfach
CH-8034 Zürich

Man kann argumentieren, TARMED 1.1 gelte nur für den ambulanten Bereich und da gebe es keine solchen Eingriffe. TARMED wird sicher primär für ambulante Leistungen eingesetzt, wird jedoch als Basis für alle zukünftigen Tarifverhandlungen gelten und es ist unsinnig, hier derartige Tarifpositionen nun mit einem Ja zum Tarif zu sanktionieren. Will man TARMED nur bei ambulanten Operationen, soll man alle Eingriffe, die nur stationär durchgeführt werden können, aus dem Tarif streichen.

Bei vielen Operationen wird nur eine Assistenz oder gar keine Assistenz erlaubt, obschon das medizinisch nicht vertretbar ist.

Beispiele: Kryptorchismus (Operation in der Kinderchirurgie – kein Assistent erlaubt!); Inguinalhernie beim Neugeborenen; Varizenoperationen; Hemithyreoidektomie; abdominale Revisionsoperationen nach gynäkologischen Eingriffen usw.

Die Tatsache, dass das Assistenzhonorar dem Operateur ausbezahlt wird, unabhängig davon, ob er einen Assistenten benötigt oder nicht, setzt falsche, gefährliche Anreize, ohne Assistenten zu arbeiten.

Nur der verantwortliche Chirurg kann entscheiden, ob er für eine Operation einen Assistenten benötigt oder nicht. Wird eine Assistenz benötigt, muss sie, wie jede andere erbrachte Leistung auch, honoriert werden. Nicht erbrachte Assistenzen hingegen sollen nicht honoriert werden.

Aus der Erkenntnis heraus, dass es unhaltbar ist, dass der Versicherer über eine notwendige Assistenz entscheidet, wurde in der neusten Tarifversion TARMED 1.1 neu die Position 00.1420 geschaffen, die in besondern Fällen eine zusätzliche Assistenz honoriert. Der besondere Fall wurde vom Versicherer auch gleich abschliessend auf einen Bodymassindex von >33 verbindlich festgelegt. Die Unsinnigkeit dieser Bestimmung zeigt sich insbesondere in der Neugeborenenchirurgie. Nur am Rande sei erwähnt, dass diese zusätzliche Assistenz weit unter der Dignität FMH 5 entlohnt wird, nämlich mit 60.18 Taxpunkten pro Stunde. Diese Entlohnung liegt weit tiefer als die Wegentschädigung (Tarifposition 00.0090), die jeder Arzt erhält für die Zeit, die er benötigt, um sich zu einem Patienten zu begeben, unabhängig vom gewählten Verkehrsmittel. Tramfahren oder zu Fuss gehen werden somit deutlich besser entschädigt als Assistenzen bei einer Operation.

Im Abschnitt 35 der Generellen Interpretationen steht, dass bei Eingriffen mit Dignität FMH8 die erste Assistenz durch einen Facharzt erfolgen muss. Diese unsinnige Forderung verunmöglicht jede vernünftige Aus- und Weiterbildung, da sie in keiner Weise die heutige Realität widerspiegelt. Je nach Eingriff und nach Erfahrung des Operateurs kann eine Assistenz sehr wohl durch einen fortgeschrittenen Assistenten oder Oberarzt, der jedoch noch keinen Facharzttitel hat, erbracht werden.

- Die richtige Assistenz ist für die Sicherheit eines Patienten ein entscheidender Faktor!
- Nur der Operateur, nicht jedoch der Versicherer, kann über die Zahl und die Art der Assistenz entscheiden!
- Erbrachte Assistenzen sollen honoriert werden, nicht erbrachte Assistenzen sollen nicht honoriert werden.
- Die Forderung nach Assistenz ausschliesslich durch Fachärzte ist weder sachlich vertretbar noch praktisch durchführbar.

Fehlende postoperative Überwachung

Aussage der FMS

TARMED gefährdet die Patienten, da sie postoperativ nicht genügend überwacht werden können.

Begründung

Die Tarifpositionen 35.0110 und 35.0120 regeln die postoperative Überwachung im Aufwachraum. Darin steht klar, dass diese Positionen nur bei stationärer Behandlung abgerechnet werden können, nicht jedoch bei ambulanten Operationen. Die enorme Sicherheit, welche durch die moderne Anästhesie erreicht wurde, beruht wesentlich auf einer lückenlosen intra- und postoperativen intensiven Überwachung. In einigen Ländern ist diese postoperative Überwachung im Aufwachraum per Gesetz vorgeschrieben. Es darf daher nicht sein, dass TARMED aus Kostengründen diese zur Sicherheit der Patienten zwingend notwendige Überwachung nach Anästhesien nicht erlaubt. Nur nebenbei sei erwähnt, dass es für diese Überwachung kein ärztliches Honorar, sondern richtigerweise nur eine technische Leistung geben müsste, die an das Spital geht. Der Vorwurf, es gehe den invasiv tätigen Ärzten nur ums Geld, trifft auch hier nicht zu!

- Bisher übliche Sicherheitsstandards müssen auch unter TARMED möglich sein.
- Wir Ärzte sind für die Sicherheit unserer Patienten verantwortlich. Ein Tarif, der diese Sicherheit gefährdet, muss abgelehnt werden.

Unsinnige Kumulationssperren

Aussage der FMS

Unsinnige Kumulationssperren verunmöglichen eine korrekte chirurgische Versorgung.

Begründung

Bei vielen Tarifpositionen sind Positionen aufgeführt, welche in der gleichen Sitzung nicht miteinander kombiniert werden dürfen (= Kumulationssperren).

Beispielsweise im Kapitel 07.04 Spaltchirurgie verunmöglichen diese Kumulationssperren eine Spaltkorrektur in möglichst wenigen Operationen, wie sie

heute vielerorts durchgeführt werden und internationalen Guidelines entsprechen. Nur der Chirurg kann entscheiden, welche Operationsschritte er miteinander in der gleichen Operation kombiniert. Es darf auch hier nicht Sache der Versicherer sein, sich in medizinische Entscheide einzumischen!

- Nur der Arzt – nicht der Versicherer – darf medizinische Entscheide fällen.
- Unsinnige Kumulationssperren verunmöglichen eine korrekte Behandlung von Patienten.

Unsinnige qualitative Dignitäten

Aussage der FMS

Unsinnige qualitative Dignitäten verunmöglichen eine vernünftige Patientenbehandlung.

Begründung

Bei allen Tarifpositionen ist im Feld «qualitative Dignitäten» abschliessend aufgeführt, wer diesen Eingriff durchführen darf. Durch unsinnige, jeglicher gängigen Praxis zuwiderlaufende Einschränkungen werden nach Ablauf einer Übergangsfrist vernünftige Operationsabläufe verhindert. Wo beispielsweise heute ein Team eine schwere Gesichtsverletzung versorgt, müssen in Zukunft mindestens vier verschiedene «Spezialisten» die Operation aufteilen. Leidtragender ist sicher der Patient. Steht in einem peripheren Spital für eine gewisse Operation kein gemäss TARMED legitimer Chirurg für die Behandlung zur Verfügung, muss der Patient in ein anderes Spital verlegt werden, obschon ein anwesender Chirurg durchaus die Fähigkeit und das notwendige Training hat, eine entsprechende Operation durchzuführen. Beispielsweise muss er bei einer Nervennaht im Bereich der Ellenbeuge die Operation abbrechen, falls die Nervenläsion sich bis in den Unterarm ausdehnt, da er nur Nervennahte bis zum Ellbogen durchführen darf (Positionen 05.2750 und 05.2740).

- Die «qualitative Dignität» darf sich ausschliesslich nach der Weiterbildungsordnung richten.

Existenzgefährdende Bestimmungen für invasiv tätige Ärzte

Fehlende TL für den Arzt verunmöglicht operative Tätigkeit

Aussage der FMS

Viele Operationen können aus wirtschaftlichen Gründen an nicht-subventionierten Spitälern mit Belegärzten nicht mehr durchgeführt werden.

Begründung

TARMED basiert auf dem Prinzip, dass bei jeder Tätigkeit ein Honorar für die ärztliche Leistung bezahlt wird (AL) und ein Honorar zur Deckung der Infrastrukturkosten (TL).

Der praktizierende Arzt erhält korrekterweise für all seine Tätigkeiten in der Praxis (Positionen 00.0010), jedoch auch bei Hausbesuchen (Positionen 00.0060) und selbst für die Wegentschädigung (Positionen 00.0090) neben der AL von 9.57 TP eine TL von 8.19 TP pro 5 min.

Diese TL wird benötigt, um die laufenden Unkosten einer Praxis, Mieten, Personal, Amortisationen usw., inklusive Versicherungen und persönliche Fortbildungen, zu entschädigen. Diese Unkosten laufen auch, wenn der praktizierende Arzt einen Hausbesuch macht und werden daher auch für diese Zeit korrekt entschädigt.

Der invasiv tätige Arzt hingegen erhält während der operativen Tätigkeit keine solche TL. Gemäss H-Plus (der Vereinigung der Spitäler der Schweiz) soll die Technische Leistung bei den invasiven Leistungspositionen zu 100% an die Spitäler gehen.

Wie das Honorar für einen Hausbesuch ohne die Technische Leistung dazu führen würde, dass aus wirtschaftlichen Gründen keine Hausbesuche mehr möglich wären, so könnten invasiv tätige Ärzte aus wirtschaftlichen Gründen viele Operationen nicht mehr durchführen, wenn sie während der Zeit der Operation keine Technische Leistung erhalten. Dieser Systemfehler wurde erkannt, soll jedoch erst im Re-engineering II (RE II) erneut bearbeitet werden. In der aktuellen Tarifversion fehlt jedoch diese technische Leistungskomponente für den invasiv tätigen Arzt. Diese sog. »arztnahe TL« macht fast die Hälfte der Entschädigung für eine ärztliche Leistung aus. Kein Arzt kann auf diese Entschädigung seiner Unkosten (Praxis, Versicherungen, Fortbildung usw.) verzichten.

Leidtragende dieser Entwicklung werden die Patienten sein, welche nur noch in Zentrumsspitalern mit festangestellten Ärzten und vom Staat abgedecktem Defizit operiert werden können. Wartelisten wie in England sind damit programmiert.

Die invasiv tätigen Ärzte verlangen keine andere Behandlung im Tarif als die übrigen Ärzte. Die gleichen Spielregeln müssen für alle gelten. Auch der invasiv tätige Arzt hat Anrecht auf die gleiche TL pro 5 min wie der praktizierende Arzt, wenn er einen Hausbesuch macht.

- Alle Ärzte, ob Grundversorger oder invasiv Tätige benötigen zur Deckung ihrer Unkosten für Praxis, Versicherung, Fortbildung usw. eine Entschädigung (= TL).

Medizin ohne Radiologie?

Auch die FMH vertritt die Auffassung, dass schon kurze Zeit nach Einführung von TARMED die freien Radiologieinstitute nicht mehr werden bestehen können; die radiologischen Spitalabteilungen werden mit grossen Defiziten zu kämpfen haben. Die jetzt schon grösstenteils am Limit arbeitenden radiologischen Spitalabteilungen (ein FMH-Vertreter spricht von einer

Belastung, die heute schon kaum mehr erträglich ist) werden kollabieren, weil es schlicht unmöglich sein wird, die Nachfrage nach radiologischen Untersuchungen zu befriedigen.

Damit wird die radiologische Versorgung in der Schweiz zusammenbrechen, mit der fatalen Folge, dass eine Vielzahl von operativen Eingriffen nicht mehr oder nur noch mit einem erhöhten Risiko für den Patienten durchgeführt werden kann.

Abstimmungsempfehlung der FMS

Die Verhandlungsdelegation der FMS hat alle diese schwerwiegenden Probleme mehrfach den Versicherern vorgelegt und erläutert. Obschon die Fakten

nicht bestritten werden, wurden die notwendigen Änderungen im Tarif nicht durchgeführt. Es besteht daher keine Hoffnung auf ein vernünftiges Gespräch nach einer Annahme des TARMED 1.1. Da es sich in vielen Punkten um Grundsatzpositionen handelt, besteht auch keine Hoffnung, diese nach einer Annahme der aktuellen Version in einer Tarifrevision wie dem RE II ändern zu können. Der Tarif muss daher, trotz des immensen politischen Druckes, der auf uns ausgeübt wird, solange abgelehnt werden, bis die dargelegten Probleme gelöst sind. Wir Ärzte können und dürfen uns nicht auf vage Versprechungen der Versicherer verlassen.

Weitere Informationen auf: www.invasio-fms.ch und www.tarmedfms.ch.

Groupement des Médecins Généralistes Vaudois: TARMED 3× NON

Dr Pierre de Vevey^a, Dr Charles Dvorak^b pour le comité du GMGV

^a Président GMGV

^b Responsable TARMED GMGV

Sur l'initiative de son comité, le GMGV (Groupement des Médecins Généralistes Vaudois) a tenu, le mardi 5 février 2002 à St-Prex, une assemblée générale extraordinaire. L'objectif de cette rencontre, à la veille de la votation sur le TARMED, était de définir une recommandation de vote destinée à l'ensemble de ses membres et de la communiquer le plus largement possible au monde médical, aussi bien sur le plan cantonal que fédéral.

Nous ne rappellerons pas ici le contenu des trois questions de la votation, tout membre de la FMH ayant reçu, à ce jour, les documents s'y rapportant.

Après des débats passionnants et parfois passionnés, nourris de toutes les tendances (merci au Dr Jacques de Haller, président de la Société Suisse de Médecine Générale d'y avoir activement participé), l'assemblée générale, convoquée statutairement, a décidé, à une nette majorité, de proposer de refuser les trois propositions de la votation TARMED. Question 1 (tarif): 32 NON, 14 OUI, 6 abstentions;

Question 2 (contrat-cadre): 50 NON, 1 OUI, 2 abstentions; Question 3 (contrat-cadre et valeur du point AA/AI/AM): 29 NON, 20 OUI, 5 abstentions.

Suite à cette décision démocratique, le GMGV recommande à l'ensemble de ses membres de voter 3 fois NON au TARMED.

L'argumentaire se décline en quatre points:

1. Le déficit démocratique: Tout d'abord, tout au long de son élaboration, le TARMED a été négocié par le Président de la FMH dans le plus grand secret, même à l'égard de ses collaborateurs les plus proches. Le cadre de la présente votation ne pouvait alors échapper à cette règle du mystère voire de la mystification: la structure même des questions donne la migraine aux plus avertis d'entre nous. (La question 1 est une annexe de la question 2 par ex. puisque le tarif fait partie intégrante des annexes de la convention cadre). Pour la question 2, certaines annexes essentielles du contrat cadre ne sont pas finalisées (transmission électronique des données et du diagnostic par ex.), ce qui correspond à signer un «chèque en blanc». Ensuite, toute structure démocratique donne la possibilité de voter «par abstention». En l'occurrence, seuls les bulletins OUI et NON seront valables. De même, face à des enjeux susceptibles de remettre largement en cause la pratique libérale de notre profession, la moindre des choses aurait été de nous informer sur les conséquences juridiques des diverses possibilités de vote. Pour terminer, la FMH a clairement déclaré qu'un résultat différencié du vote par cantons et/ou spécialités était exclu. Vote anonyme peut être, mais alors pourquoi nous demander de retourner notre bulletin dans la seule enveloppe grise fournie et sur laquelle figure notre nom en toutes lettres assorti d'un numéro?

2. L'autre niveau concerne plus directement l'objectif du vote et la **médecine générale** en particulier. Le tarif (question 1) est lié à la **garantie des droits acquis**. Ces derniers mois, en suivant les diverses versions successives du tarif, cette garantie a bien changé. Au début, les droits acquis nous étaient promis pour 7 ans, et même pour l'éternité. Dans le n° 5/2002 du BMS supplément 6 b, nous découvrons leurs limites dans le temps. Plus question d'éternité ou de 7 ans mais bien de 3 ans au-delà desquels nous devons fournir une attestation stipulant que nous avons suivi les formations exigées dans chacun des domaines ne relevant pas au sens strict de la médecine générale. Ces attestations seront obtenues selon les normes des sociétés de disciplines médicales concernées... Ainsi, par exemple, au delà de 3 ans après l'introduction du TARMED, le médecin généraliste, FMH ou non, pourra toujours faire de la pédiatrie. Il (elle) le fera néanmoins au tarif des prestations de base et non plus à celui des pédiatres, à moins qu'il (elle) ne suive en parallèle la formation continue exigée par la société suisse de pédiatrie. Et il y va ainsi de toutes les spécialités. **En fin de compte, le généraliste sera réduit aux seules prestations de base avec néanmoins quelques sucres (p.ex. 00.0050 entretien d'information du spécialiste ...) ... honorés aux même nombre de points que la consultation de base. En cas d'explosion prévisible des coûts, les positions de base utilisées par l'ensemble du corps médical seront touchées en premier lors d'une diminution de la valeur du point. N'ayant d'autre alternative de facturation, le généraliste sera atteint de plein fouet.**
- La complexité du tarif lui-même nous apparaît être surtout un outil normatif à l'usage de santé-suisse avec les conséquences prévisibles sur notre futur mode de pratique.
- Il est navrant que dans un contexte politique où tout est fait, soit disant, pour revaloriser la médecine de premier recours, aucune prestation spécifique ne soit attribuée au généraliste, avec une valorisation tarifaire à l'appuis.
3. Le contrat cadre (question 2) est un processus inachevé comportant dans son annexe 4 l'**obligation de la communication du diagnostic sur la note d'honoraires**, se fondant ainsi sur l'article LAMAL 42 al 3/4 et 5. Pourtant, le texte LAMAL n'oblige pas la transmission du diagnostic lui-même. Nous ne pouvons transiger sur le **secret médical** qui est l'un des fondements éthiques de notre profession. A quoi peut par ailleurs servir un code diagnostic si ce n'est à élaborer des fallacieuses statistiques de santé et à mettre sur pied un coût par pathologie?
- La transmission électronique des données est une autre raison de voter «la tête dans le sac». Elle est encore au stade des projets et personne ne peut nous garantir son efficacité et surtout sa confidentialité. Et contrairement à ce qu'affirme le Président de la FMH, nous restons persuadés qu'elle induira un transfert des coûts de fonctionnement des CM vers les médecins.
4. Pour la question 3 (convention tarifaire AA/AI/AM + valeur du point à 1.-) nous relevons que la plupart des articles de la convention cadre nous sont proposés avec une signature au 28 décembre 2001. Ils n'ont donc pas pu être adoptés par la chambre médicale du 13 décembre 2001! Petite nouveauté non dénuée d'intérêts: les médicaments prescrits devront figurer sur la facture.
- Vous avez en main les éléments essentiels. Nous pouvons dégager de tout cela un sentiment de malaise et d'abus. Nous vivons une rupture de confiance avec la FMH. Si tout cela n'est que de la politique, nous vous proposons de laisser la FMH la poursuivre sans notre caution.
- Bon vote!