



Orientation des médecins libres praticiens sur l'introduction de TARMED 1.1r dans le domaine AA/AMF/AI pour médecins libres praticiens

L'unité de doctrine est parfois nécessaire quand on fait de l'information TARMED par exemple. J'ai lu sous la plume du Dr H. H. Brunner [1] dans le n° 1/2 du Bulletin des médecins suisses, que l'introduction du TARMED pour la LAA ne devait entraîner aucune inquiétude particulière et que pour la plupart des médecins de premier recours, le quota LAA par rapport à la LAMal ne dépassait pas quelques pour cent. Le Dr Brunner concluait donc qu'il était tout à fait possible de rédiger les factures LAA à la main pendant les premiers mois, et j'ajouterais qu'il est également possible dans presque tous les logiciels de facturation actuels d'introduire les quelques prestations de la nomenclature LAA que nous aurons à utiliser et qui nous sont souvent indiqués et imposés par la SUVA-CNA.

La doctrine semble être tout à fait différente dans le n° 4 du BMS, sous la plume du Dr Bossard et surtout de Mr Prantl [2], comme par hasard, directeur de la Caisse des médecins, et comme par hasard, au moment même où la Caisse des médecins tente de relancer une campagne urgente de recrutement avant le 30 mars si on veut profiter d'une maintenance gratuite. Comme par hasard, on trouve donc une thèse opposée à celle du Dr Brunner: il serait tout d'un coup d'une absolue nécessité d'être équipé d'un logiciel TARMED avant le 1^{er} mai 2003, avec si possible validateur (l'obligation est pourtant prévue au plus tôt pour 2006 si je ne me trompe), d'un nouveau n° EAN que la FMH nous donnera puisque nous aurons, comme indiqué dans l'article, rempli le questionnaire de recensement de la valeur intrinsèque de la FMH qui mentionnera notre domaine de spécialisation, nos attestations de formation complémentaire, certificats d'aptitudes techniques, nos droits acquis et *tutti quanti*, tout ceci bien sûr avant fin avril. Bon courage au secrétariat qui va gérer tout cela avant le 1^{er} mai 2003 et nous renvoyer les documents nécessaires. Il faudrait encore, et toujours avant le 1^{er} mai 2003 avoir signé un contrat avec un Trust Center ... Toutes sortes de choses qui à l'évidence ne laisseraient aucun autre choix que de donner le monopole de la facturation médicale suisse à

un seul organisme prêt à le faire: la caisse des médecins où certaines de ses tentacules plus ou moins occultes.

Si 15 500 médecins dont le chiffre d'affaire moyen est de Fr. 400 000.- donnent 5 à 6% à la Caisse des médecins, à NewIndex sous forme de cotisations majorées, en frais de télécommunication, en inscription à un Trust Center ..., cela représente 372 millions de francs. Ce n'est pas pour rien que j'avais proposé à la FMH de faire elle-même ce travail, qu'il était facile de financer par une cotisation exceptionnelle de Fr. 1000.- par membre qui aurait permis pour 15,5 millions de créer une société qui nous appartiendrait collectivement et qui aurait pu développer les meilleurs logiciels aux meilleurs prix, tant pour la facturation que pour ce qui est des dossiers médicaux. Il faut croire que les intérêts de la caisse des médecins ne le permettaient pas, et que la FMH se trouve plus à l'aise dans sa position d'actionnaire minoritaire et sans contrôle dans le NewIndex de la Caisse des médecins. En effet mes propositions envoyées au secrétariat général n'ont pas obtenu de réponse favorable. Soyons sérieux et accordez vos violons. Ou bien la FMH défend ses membres et les informe sous une plume autorisée comme celle du Dr Brunner [1], ou bien elle permet la désinformation et ouvre une tribune préférentielle à son partenaire quasi omniprésent et quasi unique pour lui faciliter ses démarches commerciales tentaculaires et invasives qui tiennent plus du monopole, de la phagocytose et du chantage à l'urgence que de l'esprit de concurrence et on voit alors l'information Brunnerienne du début janvier, complètement inversée le 22 janvier par le directeur de la Caisse des médecins.

De quels contrôle dispose-t-on à la FMH sur les publications dans le BMS? Il m'avait pourtant semblé que c'était fort difficile d'obtenir le droit d'insertion de mon CD TarMedSyn puisqu'il aurait eu, d'après le rédacteur en chef, des intentions qui allaient à l'encontre de la politique de la FMH. Il faut croire que les intentions de la Caisse des médecins ne rencontrent pas les mêmes obstacles et que le crédit de confiance est tel que son directeur peut quasiment démentir le Président de la FMH et engager le secrétariat dans des tâches pharaoniques comme ce serait le cas s'il fallait, avant le 1^{er} mai, que les 15 500 membres de la FMH soient «validés» dans toutes leurs compétences par un nouveau code EAN définis après réception et contrôle individuel de chaque médecin.

Merci de clarifier la position FMH dans le prochain BMS et de démentir les affirmations de la Caisse des médecins en rappelant que les décisions de la FMH et ses informations ne sont pas relayées par des sociétés externes et qu'elle ne contrôle pas.

Dr Pascal Vallotton, La Tour-de-Peilz

- 1 Brunner HH. A l'attention des présidents des sociétés cantonales de médecine. Bull Méd Suisses 2003;84(1/2):14.
- 2 Bossard F, Prantl A. Orientation des médecins libres praticiens sur l'introduction de TARMED 1.1r dans le domaine AA/AMF/AI pour médecins libres praticiens. Bull Méd Suisses 2003;84(4):137-8.

Replik

Ich verzichte auf Ausführungen zu diesem Brief; soweit er sachlich diskutierte Aspekte betrifft, wurde über diese in der Schweizerischen Ärztezeitung vollumfänglich und fortlaufend informiert. Zu persönlichen Invektiven nehme ich grundsätzlich nicht mehr Stellung.

Die Anrempelungen gegen Herrn Direktor Anton Prantl von der Ärztekasse können so nicht hingenommen werden. Im Namen der FMH halte ich fest, dass Herr Prantl unter Hintansetzung seiner persönlichen Interessen wie auch den Interessen der Ärztekasse der FMH unschätzbare Dienste erwiesen hat. Die Vorwürfe und Unterstellungen von Herrn Vallotton entbehren jeder Grundlage.

Dr. med. H. H. Brunner, Präsident FMH

Replik

Ohne in extenso auf den Leserbrief von Dr. Vallotton eingehen zu wollen, sind einige Richtigstellungen angebracht.

Die NewIndex AG ist eine ärzteigene Aktiengesellschaft. Aktionäre sind die FMH und alle Kantonalen Ärztesellschaften sowie als Minderheitsaktionär die Ärztekasse. NewIndex setzt bei der Einführung von TARMED einige der zentralen Aufgaben der Kantonalen Gesellschaften und der FMH technisch um. Als erstes hat sie den kantonalen Ärztesellschaften eigene Daten für die Start-TPW-Berechnungen und allfällige Rekursverfahren zur Verfügung gestellt.

Um für die Phase der Kostenneutralitätssteuerung vorbereitet zu sein, vor allem aber, um auch in Zukunft über eigene Daten zu verfügen, welche elektronisch schnell verfügbar sowohl dem einzelnen Arzt als auch den kantonalen Gesellschaften, der FMH und falls gewünscht auch den Fachgesellschaften und anderen nationalen Ärztereinigungen zur Verfügung stehen sollen, wurde das Konzept der TrustCenter entwickelt. Die Umsetzung erfolgt im Verlauf des Jahres 2003. Insgesamt werden 10 regionale TrustCenter aufgebaut.

Dank der Zusammenarbeit mit anerkannten Know-how-Trägern, wie Herrn A. Prantl, Direktor der Ärztekasse, liegen die Kosten weit unter der von Dr. Vallotton genannten horrenden Summe von Fr. 372 Mio. (dies sind ja fast Swissair-Dimensionen!!) und werden es ermöglichen, den elektronischen Datenverkehr zu marktgemässigen Preisen abzuwickeln.

Ich erlaube mir hier noch eine persönliche Bemerkung. Im Gegensatz zu Organisationen wie santésuisse verfügen die kantonalen Ärztesellschaften und die FMH nicht über riesige finanzielle Ressourcen. Dies zwingt uns, in schlanken Strukturen gute, engagierte Köpfe mit einem grossen Rucksack an Know-how zusammenzubringen. Gerade der Ärztekasse und insbesondere ihrem Direktor, Herrn A. Prantl, ist es zu verdanken, dass viele kritische Situationen mit Bravour gemeistert werden konnten. Im Gegensatz zu Dr. Vallotton wissen viele Kolleginnen und Kollegen, vor allem diejenigen, welche standspolitisch engagiert sind, dies zu würdigen.

*Dr. med. A. Haefeli, NewIndex AG,
Vizepräsident des VR*



Was sind gute bzw. schlechte Mediziner? [1]

Gerne würde ich auch zu den guten Medizinerinnen gehören. In *meiner Praxis* ist immer noch eine «Run-Situation». Laut meinen Patienten soll ich ein guter Diagnostiker und allgemein recht guter Arzt sein (PEEP-Studie hatte das gleiche gezeigt!!). Das führt dazu, dass viele und insbesondere auch schwierige Patienten / Patientenkrankheitszustände in meine Praxis kommen! Und diese – vorweggenommen – kosten etwas und meist eben nicht sehr wenig! (= Problem: KK-Statistiken ohne Fallmitbeurteilung!!)

Bei der Helsana-Rating-Statistik war ich «zu teuer», also bin ich dort wahrscheinlich nicht so ein «guter Arzt»!

Ich bin gespannt, nun von einem Kollegen und Nationalrat, der sich mit Medizin und Politik befasst, zu hören, was aus politischer Sicht ein guter Arzt ist.

Gerne nehme ich eine Liste von Kriterien für einen guten Arzt (bzw. schlechten Arzt) entgegen. Gerne würde ich aber auch ein Mandat annehmen, wo ich 5 Jahre Erfahrung mit Statistiken und deren Auslegung betreffend Arztkosten einbringen könnte, selbst wenn dies direkt bei einer Kommission in Bern wäre!

Ich kann Ihnen mitteilen, dass ich im Laufe der letzten 5 Jahre einige Schreiben gesammelt habe, die mir zeigen, dass weder die Ärzteschaft noch die KK genau wissen, was ein guter bzw. schlechter Arzt ist, speziell wenn es um die Finanzproblematik: «eigene Praxiskosten und verursachte Kosten» geht!

Ich hoffe, dass wir aus dem «Volk/Ärzteschaft» mit solchen Anliegen ernstgenommen werden.

Dr. med. Urs Enggist, Auenstein

1 Cortesi A. Der Nationalrat lehnte in der Schlussabstimmung das revidierte Krankenversicherungsgesetz ab. Interview mit Felix Gutzwiller. Tages-Anzeiger, 14. Dezember 2002.



Therapeutische Systeme [1]

Die «Stiftung für integrierte Therapiesysteme», welche im Bereich MS von der Firma Schering (Schweiz) AG einem pharmazeutischen Unternehmen getragen und finanziert wird, stellen Sie in Ihrem Artikel als Non-Profit-Organisation mit gemeinnützigen Zielen vor. Als Mitglied des Ärztlichen Beirats der Schweizerischen Multiple Sklerose Gesellschaft muss ich, zusammen mit meinen unten aufgeführten Kollegen/-innen, dahinter ein klares Fragezeichen setzen. Auch wenn ich die Qualität der angebotenen Dienstleistungen hier nicht in Frage stellen möchte, so ist es eine Tatsache, dass nur Patienten/-innen, die mit dem von diesem Unternehmen vertriebenen Medikament Betaferon behandelt werden, davon profitieren können.

Eine Non-Profit-Organisation mit gemeinnützigen Zielen richtet ihr Angebot auf alle Betroffenen und Interessierten aus, unabhängig davon, ob und welche Medikamente sie verwenden. Der Artikel unterschlägt, dass momentan im Bereich MS nur die Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft diesen Anspruch einlösen kann. Seit über 40 Jahren bietet sie ein umfassendes, neutrales Dienstleistungsangebot für MS-Betroffene an, finanziert durch Spendengelder und, gemäss einem definierten Leistungsauftrag, zu 20 Prozent von der öffentlichen Hand.

*Dr. med. Karsten Beer, St. Gallen;
Prof. Dr. med. L. Kappos, Basel;
Dr. med. M. Schluep, Lausanne;
Dr. med. S. Beer, Valens;
Dr. med. C. Vaney*

1 Taverna E. Therapeutische Systeme. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(49):2708-9.



Freiwillige Pockenimpfung

Im Zusammenhang mit dem internationalen Terrorismus und im Hinblick auf einen möglichen Irak-Krieg ist immer öfter von möglichen Biowaffenanschlägen die Rede, insbesondere von Pocken. Darum beginnen die USA sowie mehrere europäische Staaten, sich mit möglichen Schutzmassnahmen zu befassen. Ab sofort wird in den USA gegen Pocken geimpft, zunächst das Militär sowie die Personen, die bei einem Angriff zuerst betroffen sind (u. a. im Gesundheitswesen). Aber auch jeder Bürger, der dies möchte, kann sich jetzt melden und sich in nächster Zeit impfen lassen.

Es spricht vieles dafür, der Bevölkerung eine freiwillige, vorzeitige Impfung zu ermöglichen. Bei uns wollen die Behörden aber mit Impfungen zuwarten und erst nach einem Terroranschlag mit Pocken mit Impfen beginnen. Dies ist aber vor allem aus zwei Gründen problematisch und gefährlich: Zum einen ist es ein enormes logistisches Problem, die vom Militär verwalteten Impfdosen innert nützlicher Frist im Land zu verteilen und die Bevölkerung zu erreichen. Zum anderen ist bei einer solchen Ad-hoc-Impfung im Krisenfall mit Panik, Chaos und Hektik zu rechnen, so dass die Ruhe, Zeit und Möglichkeit fehlen, sorgfältig abzuwägen, wen man impfen darf und wen aus medizinischen Gründen nicht, weil er mit gravierenden Nebenwirkungen und (u.U. letalen) Gesundheitsschäden rechnen muss. Würde man aber jetzt, vor einem Anschlag, die Bevölkerung impfen, kann man die notwendige Sorgfalt aufwenden, die Personen zu eruieren, für die eine Impfung problematisch oder gar fatal wäre (z. B. Personen mit geschwächtem Immunsystem, HIV-Infekt, immunsuppressiver Therapie, schweren Krankheiten, Schwangere oder stillende Mütter usw. sowie deren familiäres Umfeld). Können die gefährdeten Personen ausgeschieden werden, gibt es laut Experten kaum gravierende Impffolgen [1].

Da es diverse medizinische Überlegungen zu bedenken gilt, sollten diese jetzt schon eingehend diskutiert werden – und zwar in medizinischen Fachkreisen als auch öffentlich. Wir dürfen die Entscheidungsfindung nicht allein der Regierung und dem Militär überlassen. Die Bevölkerung hat ein Recht auf einen umfassenden Impfschutz, für den wir Ärzte verantwortlich sind!

Deshalb möchte ich mit diesem Beitrag die Diskussion anregen und für eine rechtzeitige, freiwillige Impfung der Bevölkerung plädieren.

Dr. med. R. Kaiser, Dielsdorf

- 1 Bicknell WJ. The case for voluntary smallpox vaccination. *N Engl J Med* 2002;346(17):1323-5.



Raum für geistige Anregung

Das in der Schweizerischen Ärztezeitung veröffentlichte Gespräch von Dr. med. Adolf Jens Koemeda mit Martin Walser [1] hat mein volles Interesse gefunden.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich darauf hinweisen, dass ich es nach wie vor für sehr wertvoll halte, dass in der SÄZ nicht nur fachliche und standespolitische Artikel publiziert werden, sondern dass Raum besteht für geistige Anregung darüber hinaus (Rubrik Standpunkte).

Dr. med. Markus Brüderlin, Zürich

- 1 Koemeda AJ. Meine Muse ist der Mangel. *Schweiz Ärztezeitung* 2002;83(51):2863-6.

Leserbriefe

Jeder Leserbrief ist willkommen und kann grundsätzlich veröffentlicht werden, sofern der Text eine Länge von 500 Worten nicht überschreitet. Die Redaktion behält sich jedoch jederzeit das Recht vor, Auswahl, Kürzungen und Bearbeitungen vorzunehmen. Ausnahmsweise können auch längere Briefe publiziert werden. Die Autoren erhalten keinen Abzug für das «Gut zum Druck».

Das vollständige Manuskript ist an die folgende Adresse der Redaktion einzureichen, wenn möglich per E-Mail:

**Redaktion Schweizerische Ärztezeitung
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Postfach
4010 Basel
Tel. 061 467 85 72
Fax 061 467 85 56
E-Mail: redaktion.saez@emh.ch**