

## Forderungen an die FMH

Immer wieder erreichen uns Leserbriefe wie die drei folgenden, in denen mehr oder weniger konkrete bzw. direkte Erwartungen oder Forderungen an die FMH geäußert werden. Ein paar grundsätzliche Gedanken des FMH-Präsidenten dazu finden Sie im Editorial dieser Nummer.

## Exigences à l'égard de la FMH

Nous recevons régulièrement des lettres de lectrices et lecteurs qui, à l'instar des trois missives que nous publions ci-après, expriment les attentes ou les exigences plus ou moins concrètes que leurs auteurs nourrissent à l'égard de la FMH. Dans l'éditorial de ce jour, le président de la FMH formule quelques réflexions de fond au sujet de telles requêtes.



### Ärzt rating: fälliger Paradigmenwechsel

Ich nehme Bezug auf meinen Brief vom 4. Juli 2004 betreffend meine damaligen Fragen, welche Sie in einem summarischen Antwortbrief als wahrgenommen und relevant bezeichnet haben.

Zwischenzeitlich entnehme ich unserer Schweizerischen Ärztezeitung, dass das Problem Ärzt rating in der Schweiz innerhalb der Entscheidungsgremien der FMH in erschreckender Weise und für mich völlig unbegreiflich skotomisiert wird. Hiermit appelliere ich an Sie, die Ärztinnen und Ärzte endlich von diesem unsinnigen Ärzt rating der *santésuisse* zu befreien, und protestiere gegen das *Laisser-faire* der FMH: Die Bemessung ärztlicher Qualität im Alltag ist ärztliche Kernkompetenz und darf und durfte niemals den Versicherern überlassen werden. Sie müssen jetzt diesen seit Jahrzehnten von der FMH und den kantonalen Ärzteverbänden mit zu verantwortenden Unsinn abschaffen. Deswegen wurden Sie gewählt.

Das Hauptproblem stellt der *fehlende Risikoausgleich* im Primary Care dar mit der impliziten Gefahr von Fehl- und Vorverurteilungen von mehreren Tausend Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz, welche jederzeit als Versicherungsbetrüger vorgeführt werden können. Die FMH wird, falls dies aus politischen Gründen anlässlich der Parlamentsdebatte im Frühling 2006 in nie dagewesenem Umfang geschehen würde, die volle Verantwortung für den fehlenden Schutz ihrer Mitglieder übernehmen müssen.

Ich denke, dass Sie mit mir einig gehen, dass die Bemessung der Qualität eines Arztes *unter keinen Umständen* auf die Variablen «Alter», «Geschlecht», «Wohnort» der Patienten reduziert werden darf, um allfällige *Überarztung im zivilrechtlich strafbaren Sinn* zu erfassen. Die Ansicht internationaler Experten zum Ärzt rating auf Grund dieser wenigen Variablen ist klar: ein unbrauchbares Instrument, solange morbiditätsrelevante Aspekte in der Analyse ausgeschlossen werden (Risikoausgleich).

Es muss als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt werden, dass die Interessenvertreterin der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz, deren Präsident Sie sind, alles daransetzt, für ein Ärzt rating, welches für die Erfassung von Versicherungsbetrügern unter uns Ärztinnen und Ärzten erwiesenermassen untauglich ist, weil es viele Versicherungsbetrüger erzeugt, welche gar keine sind, niemals Hand bieten würde; bzw. auf die heutige Realität bezogen, mit höchster Priorität daran arbeiten würde, das heutige Ärzt rating abzuschaffen und durch ein eigenes Ärzt rating zu ersetzen.

In Anbetracht der heute operativen und rechtlich akzeptierten Ratingmethoden darf ich Sie darauf hinweisen, dass entgegen gewissen Äusserungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), welches schon mehrfach Aufsichtsbeschwerden betreffend gravierende Probleme um das Ärzt rating eintönig beschwichtigend und bagatellisierend via Dr. Brunner hat beantworten lassen, nun eine *Notsituation* resultiert, welche nicht zuletzt der Politik der FMH zu verdanken ist. Diese Sichtweise wird durch Rechtsgutachten, welche klare Verfahrensverletzungen beim Ärzt rating festgestellt haben, bewiesen.

Die *Notsituation* besteht darin, dass schätzungsweise 20% der ambulant tätigen Ärzte dank dem Ärzterating der *santésuisse* in irgendeiner Form «Überarztung» betreiben, sei es im Bereich veranlasster Kosten für Physiotherapie, für Medikamente oder für diagnostische Untersuchungen und vieles mehr. Interessant ist die Beobachtung, dass die «überarztenden» Ärztinnen und Ärzte, die ja meist medizinisch begründbare und damit notwendige «Kostenüberschreitungen» verursachen (müssen) und anhand von Gruppenmittelwerten von *santésuisse* anhand einer lückenreichen Rechnungsstellerstatistik «herausgefiltert» werden, ihren Praxisspiegel zwar kennen, diese Kostenüberschreitungen werden aber wegen nicht erfolgter *santésuisse*-Sanktionen je nach Wohnkanton als weniger bedrohlich empfunden. In Kantonen mit Sanktionen führt das gleiche Instrument hingegen zu versteckter Rationierung und depressiven Reaktionen unter den Ärzten. Dies ergaben meine zahlreichen Befragungen von Ärztinnen und Ärzten in verschiedenen Kantonen.

Ich habe den Eindruck, dass die FMH weiterhin ein Ärzterating ohne Risikoausgleich als akzeptables Instrument der Versicherer toleriert. Dies ist, mit Verlaub, ein unglaublicher Fehler. Solche Kostenüberschreitungen sind mitnichten ein Beweismittel für Überarztung, können aber jederzeit in Regressforderungen resultieren, die sich gewaschen haben, ich weise Sie auf das Beispiel Cyrill Jeger hin. Unangenehmerweise sind Regressforderungen diffamierend, indem die verurteilbaren Ärztinnen und Ärzte als Versicherungsbetrüger etikettiert werden.

Warum die *santésuisse* bisher in der grossen Mehrzahl (>95%) der erfassten «Überarztungsfälle» von Regressforderungen Abstand genommen hat, dürfte mit der politischen Brisanz zusammenhängen, mehrere Tausend Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz als Versicherungsbetrüger vor Gericht zu zerren und dort abstrafen zu lassen. Sie hat es vorgezogen, mittels Versendung von Praxisspiegeln präventive Überarztung zu verhindern, spricht die Ärztinnen und Ärzte unter Druck zu setzen, versteckte Rationierung zu betreiben oder teure PatientInnen an andere Instanzen weiterzuweisen, was schon per se eine unglaubliche Anmassung ist und zudem notabene Mechanismen fördert, die den Primary Care unter dem Strich verteuern.

Unglaublich, aber wahr ist die Tatsache, dass weder das BAG noch das BSV, noch die FMH über die effektive Zahl «schwarzer Schafe» in der ambulanten Medizin Bescheid weiss: Alleinige Hüterin dieser Geheimnisse ist die *santésuisse*, Gutachterin und Klägerin von Aburteilungsver-

fahren in Personalunion, per se schon eine juristisch-verfahrensmässige Intolerabilität. Da die *santésuisse* de jure jederzeit massenhaft und landesweit Überarztungsprozesse starten kann, ist die *Deliktmasse* unter den Ärztinnen und Ärzten nicht nur hoch (geschätzt 1400 der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte in der medizinischen Grundversorgung), sondern kann auch politisch umgemünzt werden. Denn jeder Arzt, der wegen Überarztung, ob gerechtfertigt oder nicht, einklagbar ist, erhöht die politische Begründbarkeit für die Durchsetzung der Aufhebung des Kontrahierungszwanges.

Die FMH hat in den letzten zwölf Jahren das einseitige Ärzterating der Versicherer unter Ihrem Vorgänger ohne ernstzunehmende Opposition geduldet. Die Quittung, die wir als Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz nun für dieses faktisch unopponierte *santésuisse*-Rating erhalten werden, wird sich nicht zuletzt verheerend auf die Qualität der medizinischen Grundversorgung auswirken. Wir haben denkbar schlechte Karten, das Interesse unserer PatientInnen in der Grundversorgung künftig zu gewährleisten; die PatientInnen werden sich scharenweise von «versteckten» Versicherungsärzten abwenden und die teuren Polikliniken und Ambulatorien aufsuchen, um sich medizinisch «grundversorgen» zu lassen.

Mit Abschluss der Kostenneutralitätsphase im Juni 2005 wurde zwischen FMH und *santésuisse* vertraglich festgelegt (2002), dass ausgearbeitete WZW-Kriterien das Ärzterating ergänzend zu verbessern hätten. Dies ist bis heute nicht geschehen.

Obwohl dieser Umstand mit politisch-historischen und machtpolitischen Gewordenheiten für gewisse annehmbar erscheinen mag, ist das Abseitsstehen der FMH in Sachen *Risikoausgleich im Primary Care* selbst kriminell, da es ein pseudolegalisiertes Ärzterating akzeptiert.

Die Zeit für Kommunikationsexperimente und andere Aktivitäten auf Nebenschauplätzen der Gesundheitspolitik der FMH ist vorbei. Sie müssen jetzt den Partnern im Gesundheitswesen (BAG, *santésuisse*) klarmachen, dass sich die FMH aus sachlichen, rechtlichen und ethischen Überlegungen weitere Ratings der *santésuisse* betreffend Überarztung nicht mehr gefallen lässt; dass bis zur Erstellung einer wissenschaftlich verifizierten Ratingmethode, welche selbstverständlich durch die Ärzteschaft selbst und anhand noch zu perfektionierender Trustcenterdaten durchzuführen ist, das Ärzterating der *santésuisse* durch das BAG zu suspendieren sei; dass dieses Anliegen mit den entsprechenden Begründungen der Öffentlichkeit publik ge-

macht wird; dass die Übergangszeit bis Ende Juli 2006 dauert; dass bei Weigerung des BAG/BSV, die Ärzteratingmethode der santésuisse zu suspendieren, eine Reihe weiterer Massnahmen in die Realität umgesetzt werden, die ich Ihnen gerne bei Bedarf separat mitteile.

Sie dürfen diesen Brief als Plädoyer für den Vollzug von Anstand im Ärzterating in der Schweiz auffassen. Es sind jetzt zum Schutz der Ärztinnen und Ärzte und im Hinblick auf die Parlamentsdebatte zum Kontrahierungszwang (Frühling 2006) radikale Schritte notwendig. Die FMH muss sich gerade im äusserst sensiblen Bereich der Bemessung unserer Arbeit voll und ganz vor ihre Mitglieder stellen und den längst fälligen Paradigmenwechsel im Ärzterating vollziehen. Der Paradigmenwechsel im Ärzterating ist überfällig, ich fordere Ihren Mut dazu, diesen endlich durchzusetzen.

Michel Romanens, Olten



### Limitationen

Danke für Ihre Antwort, auf die ich zurückkommen möchte. In der gleichen Ausgabe (Nr. 27) wird eine Stellungnahme der santésuisse als Leserbrief publiziert. Mit einer eigenartig anmutenden Einleitung. Offensichtlich hat die FMH eine andere Interpretation der Limitationen als die Krankenversicherer und auch andere Vorstellungen darüber, wie die Rechnungen elektronisch weitergereicht werden und was das kosten darf. Der Gegensatz könnte kaum diametraler sein.

Die Kassen haben ein eigenes «Trustcenter» – Mediport – geschaffen und versuchen mit allen Mitteln, möglichst viele Ärzte dazu zu bringen, dieses und nicht die ärztlichen Trustcenter zu benutzen. Ein Mittel ist, Rechnungen zu einem Dumpingtarif ab elektronischem Kassencenter an die Patienten zu senden und den Arzt direkt zu bezahlen – unter Umgehung geltender kantonalen Regelungen. (Wenn Geld gespart werden kann, werden auch Ärzte schwach!)

Es ist ja klar, warum: Wer die Daten hat, kann: den andern vorschreiben, was gilt, die Daten für sich behalten oder weiterverkaufen und auch mal manipulieren. Mit andern Worten, er diktiert das Spiel.

Ich habe mich mit Absicht einem ärztlichen Trustcenter angeschlossen im klaren Wissen, dass die Daten bei uns Ärzten deponiert werden sollten und nicht bei den Kassen – wie das vor dem TARMED der Fall war. Wer die Daten hat, hat auch Macht. Nun erwarte ich, dass die FMH alles daransetzt, dass der Weg zu den Kassen über unsere eigenen Trustcenter läuft, und bin auch bereit, dafür einen Preis zu bezahlen. Zum Beispiel den Jahresbeitrag als Mitglied der FMH.

Was tut die FMH als mein Vertreter, damit dieses Ziel per 1. Januar 2006 so erreicht ist? Ihre Antwort dazu interessiert mich brennend.

Josef Küttel, Ebikon



### Nochmals verminderte Entschädigung für Blutentnahmen

Mit grossem Unwillen habe ich zur Kenntnis nehmen müssen, dass die Tarifkommission TARMED die Entschädigung für Blutentnahmen im Praxislabor nochmals verringert hat.

In der Vor-TARMED-Ära wurde eine *kapilläre Blutentnahme* nach Analysenliste mit Fr. 8.–entschädigt. Jetzt werden wir im Kt. SO noch 4,19 TP zu 81 Rappen, also Fr. 3.39 bekommen.

Überdies kann diese kapilläre Blutentnahme nur einmal pro Tag verrechnet werden, womit zum Beispiel ein Blutzuckertagesprofil nicht mehr korrekt abgerechnet werden kann. Im weitem ist eine Kumulation mit einer venösen Blutentnahme nicht möglich. Daher kann dann zum Beispiel bei einem antikoagulierten Herzpatienten neben einer venösen Blutentnahme für Kreatinin und Kalium die kapilläre INR-Bestimmung auch nicht mehr adäquat verrechnet werden.

Die *venöse Blutentnahme* wurde in der Vor-TARMED-Ära nach Analysenliste mit Fr. 12.–vergütet. Jetzt soll die Entschädigung im Kt. SO noch 8,19 TP zu 81 Rappen, also noch Fr. 6.63 betragen. Zudem darf diese Position nicht angewendet werden, wenn zum Beispiel eine Blutentnahme zur Bestimmung des TSH in einem auswärtigen Labor erfolgt. Mit dem TARMED wurde übrigens ja auch noch die Umtriebsentschädigung für Postversand von Laborproben von Fr. 7.50 (Solothurner Kassentarif) gestrichen.

Für eine *Blutentnahme am Krankenbett* gab es in der Analysenliste noch eine zusätzliche Honorierung der Arbeit unserer MPA im Betrag von Fr. 25.–. Diese Position wurde zumindest für uns praktizierende Ärzte ersatzlos gestrichen.

Ich kann nicht glauben, dass diese Minder-einnahmen im Praxislabor durch die Schaffung der «technischen Leistung» bei den Tarifpositionen genügend kompensiert wurde. Ich habe vielmehr den Eindruck, dass Behörden, Kassenvertreter und vielleicht auch Grosslabors und Spitalärzte durch zunehmende Renditeschmälerung unsere Praxislabors eliminieren möchten, obwohl eine Studie vor wenigen Jahren ge-

zeigt hat, dass das Praxislabor eine kostengünstige und patientenfreundliche Institution ist. Weitsichtige Gesundheitspolitiker schätzen die Arbeit unserer gut eingerichteten, über das Land verstreuten Grundversorgerpraxen, die TARMED-Tarifkommission hingegen diskreditiert die Arbeit in der Grundversorgung durch ihre Geringschätzung unserer Praxislabors. Wir Grundversorger gehörten zu den loyalen Mit-trägern der TARMED-Einführung, jetzt ist aber einmal ein deutlicher Protest gegen die Aktivität der TARMED-Tarifkommission angebracht.

*Dr. med. A. Bleisch, Niedergösgen*