

# Forum CC



## TARMED version 1.05.03

A l'attention du Dr Franco Muggli:

Monsieur le Docteur,

La nouvelle version du TARMED valable depuis 2008 a nécessité un protocole de 61 pages pour les modifications survenues entre la version 1.04 (valable depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007) et la version 1.05. Bien que cette version ait été publiée en octobre 2007 et approuvée par le Conseil fédéral le 21 novembre 2007, elle *ne peut pas* être utilisée en raison de différentes erreurs: il a donc fallu réaliser la version 1.05.03 du 14 décembre 2007 et établir un nouveau protocole de modifications de 54 pages. Ces modifications occasionnent sans aucun doute un énorme travail administratif au cabinet médical, en raison notamment du laps de temps très court à disposition!

Les modifications concernent principalement le chapitre révisé de l'imagerie médicale [1]. La taxation d'origine, entachée d'erreurs et qui avait nécessité les mesures d'urgence pour les radiologues, a enfin été corrigée. Or ces erreurs étaient déjà connues des années avant l'introduction du TARMED!

Toutefois, deux points *fondamentaux n'ont toujours pas été pris en compte*:

### 1. Limitations

Des limitations sont prévues pour différentes prestations de base, dans la mesure où la facturation n'est pas effectuée sur un support électronique. La facturation électronique nécessite toutefois une «réglementation commune relative au transfert des données» convenue par les parties. Cette réglementation, qui était l'une des *conditions préalables à la votation générale* du 4 mars 2002 (questions A et B [2]), n'existe toujours pas. La convention-cadre et ses annexes *n'auraient donc pas* dû être signées par la FMH! La raison à la base de ces limitations reste incompréhensible; santésuisse voudrait-elle contraindre les médecins à établir une facturation électronique sans indemnisation (au profit des caisses-maladie) et selon le système du tiers garant?

### 2. Convention prestations-prix (CPP) et positions de marquage

La CCP nationale prévoit au ch. 2.4 différents facteurs correctifs pour le calcul de la valeur du

point tarifaire (VPT), et notamment des critères «liés à la prestation» (nouvelles prestations obligatoires, progrès médicaux, etc.). Conformément au ch. 2.5.2d, il revient à la partie à la convention représentant les médecins de créer la base de données indispensable pour documenter ces critères, faute de quoi ils ne seront pas pris en considération (ch. 2.5.3). A cet effet, on a prévu de subdiviser la prestation de base (5 premières min.) en plusieurs positions (00.0011 à 00.0017). Cette proposition est sur la table depuis l'été 2006, sinon plus tôt, mais n'a pas été incluse dans la version 1.04 du TARMED (valable dès le 1<sup>er</sup> avril 2007), bien que pratiquement tous les cantons aient adhéré à la CPP au 1<sup>er</sup> janvier 2007. Cette modification du TARMED a été proposée au point 14.2.2 de l'ordre du jour de la Chambre médicale du 3 mai 2007 et acceptée à une forte majorité comme résolution pour les négociations tarifaires ([3]; p. 927-8). L'introduction de ces positions de marquage au 1<sup>er</sup> janvier 2008 pour assurer le monitoring de la demande de prestations médicales a été acceptée ([3]; p. 927, bas de la colonne de gauche). Mais la version 1.05.03 du TARMED valable depuis 2008 ne contient toujours pas cette subdivision!

Cette tactique dilatoire vise-t-elle à empêcher l'intégration des critères liés à la prestation dans le calcul de la VPT parce que ceux-ci pourraient agir en notre faveur?!?

Si ces positions de marquage sont introduites en 2009, on ne pourra commencer à collecter des données qu'à ce moment-là. Or, pour pouvoir faire des comparaisons et saisir des tendances, il faut avoir des données à disposition au moins sur deux ans. Comme la recommandation relative à la VPT est toujours communiquée en février (CPP ch. 5.2.2), ces critères liés à la prestation ne pourront être pris en considération *au plus tôt* que pour la VPT 2012, c'est-à-dire cinq ans après l'adhésion à la CPP! Est-il judicieux de rester partie à cette convention?

Si mon évaluation ne devait pas être correcte, je vous saurais gré de me fournir une réponse convaincante.

M. Schilt, Lucerne

- 1 Bossard F. TARMED 1.05 et la fin du RE III. Bull Méd Suisses. 2007;88(50):2117-23.
- 2 Brunner HH, Müller Imboden A. Votation générale TARMED. Bull Méd Suisses. 2002;83(1-2):4.
- 3 Müller Imboden A. Procès-verbal de la séance ordinaire de la Chambre médicale. Bull Méd Suisses. 2007;88(22):919-35.

**Réponse**

Cher Monsieur,

Un grand merci pour votre lettre du 21 décembre 2007. N'ayant toujours pas de réponse satisfaisante à vous transmettre, je vous réponds malgré tout en vous priant de m'excuser du retard avec lequel je réagis. Voici donc quelques remarques concernant les points que vous avez soulevés:

1. Limitations: c'est vrai, il est contrariant que les partenaires tarifaires n'aient pas encore pris une décision commune pour l'échange électronique des données. La position de la FMH et celle de la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) est toutefois claire; elle a été communiquée plusieurs fois dans le BMS. La position du corps médical est également claire et sans équivoque en ce qui concerne le système du tiers garant. Quant aux limitations, elles ne sont plus un thème de discussion cinq ans après l'introduction

du TARMED. L'application adéquate du tarif permet de facturer sans problème le temps consacré.

2. Positions de marquage: l'introduction de positions de marquage dans la structure tarifaire nécessite l'approbation des partenaires tarifaires au niveau de TARMED Suisse, à la condition toutefois que les sociétés de discipline médicale soient d'accord. Pour autant que je sache, ce processus n'est pas encore clos. Cependant, pour ce qui est du calcul de la VPT, les critères liés à la prestation ne dépendent pas de ce projet. L'important est que ces positions soient intégrées dans la structure tarifaire avant l'introduction du système DRG. Nul doute que cette condition sera remplie grâce à la bonne collaboration entre la FMH et la CCM.

*Dr Franco Muggli,  
membre du Comité central de la FMH*

## Courrier au BMS

**Cannabispolitik**

Die Autoren schreiben zu Recht, dass Cannabis keine harmlose Substanz ist [1]. Im Alltag als Kinder- und Jugendarzt erlebe ich leider, dass sowohl sogenannte Fachleute (insbesondere Sozialarbeiter in Diensten des Staates, deren Arbeit dem Wohle der Jugend dienen sollte, aber auch Psychologen und ärztliche Kollegen) als auch Jugendliche und Eltern oft in ebender Meinung leben, dass Cannabis harmlos sei. Das wirkt sich einerseits so aus, dass die Einstiegsschwelle tiefer ist, andererseits ist es deutlich schwieriger, betroffenen Jugendlichen zu helfen. Die Legalisierungsbewegung hat hierzu entscheidend beigetragen. Es ist klar, dass das Verbot einer Substanz allein die Missbrauchsproblematik nicht löst. Es ist auch unsinnig, Drogenkonsumenten als Verbrecher zu betrachten. Ich bin wahrlich kein Freund von Verboten, geschweige denn von Strafen, wenn aber Cannabis *neu* für legal erklärt wird, es wie ein rezeptfreies Medikament in der Apotheke erhältlich ist, so gibt der Staat und die Gesellschaft das falsche Signal. Als Ärzteschaft

sollten wir uns einem solchen Signal, nämlich der impliziten Verharmlosung, deutlich entgegenstellen und bessere Strategien entwerfen. Ohne Ideologie. Ohne Banalisieren. Mit Engagement für die Kinder und ihre Zukunft.

*Dr. med. Oliver Dätwyler, Dietikon*

- 1 Theunert M, Savary J-F, Hämmig R. Cannabispolitik: weder dämonisieren noch banalisieren. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(17):748-52.

**Cannabispolitik**

Sehr geehrter Herr Kollege Hämmig  
Besten Dank für Ihren Artikel betreffend Cannabispolitik [1]. Ihre Argumente sind in Ordnung. Was mich als Allgemeinpraktiker stört, ist der praktische Aspekt, auf den bezüglich Fahrtauglichkeit zu wenig Stellung genommen wird. Es ist zwar erwähnt, dass THC zum Zeitpunkt des Konsums Wahrnehmungsveränderungen bewirkt: Es beeinträchtigt das Reaktionsvermögen und das Kurzzeitgedächtnis. Richtig vermerkt ist auch, dass Menschen unter THC-Einfluss kein Fahrzeug lenken sollten.

In der Praxis ist es bereits heute so, dass wir auf Antrag des Strassenverkehrsamtes oder der Gerichtsmedizin Drogenabstinenzkontrollen durch-

führen müssen, und dies in zunehmendem Ausmass. Sie glauben doch wohl nicht, dass mit einer Freigabe des THC diese Tendenz abnimmt? Sie wird steigen! Wer heute regelmässig zweimal pro Woche einen Joint raucht, ist *das ganze Jahr dann über fahruntauglich!* Ist Ihnen die Konsequenz bewusst? Wie soll und kann man dies reglementieren? Ich hoffe, dass der Staat dann die Kontrollstellen auch selbst einrichtet und mitfinanziert, wenn er schon die Freigabe fördern will (Kontrolle der Urinabgabe und Blutkontrollen, Haaranalysen usw.). Ich denke, dass es nicht die Aufgabe der Allgemeinmediziner ist, sich zunehmend mit solchen Massnahmen beschäftigen zu müssen.

*Dr. med. Stephan Fleig, Kreuzlingen*

- 1 Theunert M, Savary J-F, Hämmig R. Cannabispolitik: weder dämonisieren noch banalisieren. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(17):748-52.

### Replik

Sehr geehrter Herr Kollege Fleig

Vielen Dank für Ihr Interesse am Artikel.

Als Vorbemerkung möchte ich darauf hinweisen, dass die Hanfinitiative nicht eine völlige Freigabe von Cannabis verlangt, sondern nur eine Straffreiheit für Konsum und für mit dem Konsum verbundene Handlungen (Besitz und Anbau für Eigenbedarf). Der Rest soll weiterhin geregelt bleiben, und dabei werden auch Strafanordnungen zum Zuge kommen. Damit soll dem modernen, heute geltenden Rechtsverständnis Rechnung getragen werden, bei dem der Staat sich im Bereiche des «private vice» nicht einmischen und sich auf die Regelung des «public vice» beschränken soll.

Das von Ihnen skizzierte Szenario ist durchaus realistisch, und in Deutschland hat es sich schon gezeigt, dass trotz einer Lockerung der Cannabisregelung über die Hintertür des Strassenverkehrs wieder die Lockerungen aufgehoben wurden. Wie Sie in Ihrem Kommentar aufzeigen, besteht heute die Tendenz, politisch schlecht gelöste Probleme zur Lösung an die Ärzteschaft abzuschieben. Betroffen sind davon die Hausärzte, aber auch die Psychiater (Strassenverkehrsamtgutachten). Dieser Entwicklung ist entschieden entgegenzutreten.

Bei der Testung auf Cannabis besteht das Problem, dass auf einen lange nachweisbaren Metaboliten im Urin oder Speichel getestet wird, der weit über die die eigentliche Intoxikation hinaus, also zu einem Zeitpunkt noch, wo schon lange keine Einschränkung der Fahrfähigkeit mehr besteht, nachweisbar bleibt. Die auch

schon versuchte juristische Hilfskonstruktion, dass bei Leuten, die hin und wieder kiffen, es sich um Leute handelt, die generell eine eingeschränkte Fahreignung aufweisen, liess sich nicht halten.

Die gleichen Probleme mit der Testung bestehen heute wie im Strassenverkehr auch im Sport. Cannabis steht auf der Dopingliste, und niemand glaubt ernstlich daran, dass Cannabis mit seinen schlappmachenden Eigenschaften im Wettkampf auf unerlaubte Weise die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit steigere. Die Sportverbände haben kein Interesse, ihre Spitzensportler wegen eines nicht mit dem Wettkampf verbundenen Cannabiskonsums aus dem Verkehr ziehen zu lassen. Deshalb wird nach einem Metaboliten gesucht, der besser eine akute Intoxikation abbildet, und ein Kandidat, der diesen Anforderungen genügt, scheint gefunden. Allerdings wird es noch einige Zeit dauern, bis ein solcher Test kommerziell verfügbar sein wird.

Heutige Tests können das, was sie können, gut, nur können gängige Cannabistests eben keine Aussage zur Fahrfähigkeit in einem gegebenen Zeitpunkt machen. Die Hersteller der Tests haben natürlich kein Interesse, explizit darauf hinzuweisen, geht es doch bei den Testungen um ein Millionengeschäft. Verschiedene Strassenpolizeien der Schweiz in ihrer löblichen Sorge um die Verkehrssicherheit wurden zu ungewollten Protagonisten dieses Geschäfts. Die Industrie ist sich der Rolle der Polizei dabei wahrscheinlich wohl bewusst. Mit Befremden musste ich z. B. feststellen, dass Polizeikorps über Speicheltests verfügte, bevor sie auf dem medizinischen Markt eingeführt wurden. So ist die allgemeine Testeuphorie wieder auf den Boden der Realität zurückzubringen, und darin sehe ich eine wichtige Aufgabe einer informierten Ärzteschaft.

*Dr. med. Robert Hämmig, Bern*

### Überflüssige Hanfinitiative

Die im September zur Abstimmung gelangende Hanfinitiative ist überflüssig und kontraproduktiv, genauso wie der Gesundheitsartikel, über den demnächst abgestimmt wird.

Diese Initiative löst das Problem der Zunahme des Cannabiskonsums in keiner Weise. Die Möglichkeiten einer umfassenden Prävention sind

auch ohne einen weiteren Verfassungsartikel vollumfänglich gegeben und könnten noch ausgebaut werden.

Ziel einer umfassenden Prävention ist Stärkung und Erhaltung der Gesundheit. Dies beinhaltet gerade bei Suchtstoffen die Aufklärung der Bevölkerung über die gesundheitsschädigenden Folgen von bestimmten Verhaltensweisen, wie z.B. den Konsum von Alkohol, Zigaretten und von Drogen.

Durch Einbeziehen dieser Themen in den Schulunterricht der Mittel- und Oberstufen kann mehr zur Prävention beigetragen werden als mit einem Verfassungsartikel. Je besser jemand Bescheid weiss, um so besser kann er sich entscheiden, ob er Drogen konsumieren will oder sie der Gesundheit zuliebe meidet. Keiner kann von sich zum voraus sagen, ob er Gefahr läuft, Dauerkonsument zu werden, mit allen körperlichen und seelischen Folgen. Deshalb ist es das wichtigste Präventionsziel, die Jugendlichen dazu zu motivieren, gar nicht erst mit dem Konsum zu beginnen.

Vergleicht man die Entwicklung des Cannabiskonsums mit demjenigen von Tabak, so kommt man zu ganz anderen Überlegungen als die Initianten. Tabak war ja immer schon legal. Zur Verhinderung von Tabakkonsum hat dieser Umstand nichts beigetragen. Es ist also widersinnig, zuerst alles freizugeben und nach starker Ausweitung des Konsums mit präventiven und legalen Mitteln wieder einzudämmen zu versuchen.

Die momentane Tabakprävention des Bundes – in der Kombination von präventiven Bemühungen mit Einschränkungen des Konsums auf gesetzgeberischem Weg – ist der vernünftigste gangbare Weg einer erfolgreichen Gesundheitspolitik.

Diese Präventionsstrategien sollten auf die Prävention des Cannabiskonsums übertragen werden. Das geht gut ohne einen neuen Verfassungsartikel.

Folgende Fragen sollte man bei dieser Diskussion immer dabei haben: Ist es nicht trotz allem Jugendschutz bei Alkohol und Tabak so, dass das Alter des beginnenden Konsums zwischen 12 und 14 Jahren liegt? Ist beim Cannabis nun alles anders? Sollen die Apotheken nun plötzlich lungenschädigende Raucherwaren verkaufen? Sollen wir die internationalen Konventionen nun wirklich kündigen?

*Dr. med. Hans Köppel, Baden*

### **Et voilà la médecine vétérinaire**

Décidément on n'arrête pas le progrès. En moins d'un demi-siècle, on aura passé de la médecine humaine à éthique hippocratique à la médecine économique et fonctionnaire de caisse pour enfin, ce qui était prévisible, aboutir à la médecine vétérinaire, qui sera éventuellement légalisée par l'article constitutionnel mis en votation populaire le 1<sup>er</sup> juin 2008.

Il ne faut pas s'y tromper. Ce qui caractérise la médecine vétérinaire ne consiste pas en un déficit de compétence, de technique ou même d'empathie. Non, sa particularité est qu'elle a pour but de soigner l'animal. Essentiellement l'animal ayant un propriétaire solvable, car lui-même n'a pas de droit spécifique et ne dispose pas librement de son corps. Aussi est-ce son propriétaire qui décidera de le faire soigner ou non par le vétérinaire qu'il a lui-même choisi puisque c'est lui qui payera les frais du «fournisseur de soins» (selon l'expression utilisée aujourd'hui!).

C'est pourquoi il est parfaitement légitime de prétendre que tout système médical doit être qualifié de vétérinaire du moment que les frais sont payés par un tiers (Etat, caisses) qui choisit, à son gré, le soignant dont il peut influencer le traitement, selon l'adage du «qui paie, commande», normal en économie. D'autant plus lorsque le but de ce système est la rentabilité, comme pour les soins du bétail de rapport.

Pour l'animal de compagnie, c'est différent. Il existe, le plus souvent dans ce cas là, un facteur d'affectivité qui pousse le propriétaire à tous les sacrifices pour lui procurer les meilleurs soins. Malheureusement cette affectivité n'existe pas, de la part des fonctionnaires des caisses envers les malades agressant, de par les coûts des soins nécessités, le capital (si énorme soit-il!) qui les fait vivre, constitué par les cotisations obligatoires du citoyen et les subventions.

Aussi faut-il, pour revenir à une médecine humaine, un système où l'argent des cotisations personnelles et obligatoires reste à la disposition des intéressés et non plus délégué à celle de l'affairiste mafia des caisses-maladie.

*E. Truffer, Sierre*

### Lieber Heiner Lachenmeier

Zu Deinem Aufsatz über «1 Jahr Psychotherapieverordnung = Vernichtung von 10 Mannjahren Arbeit» [1] möchte ich Dich beglückwünschen, übrigens ebenso zu Deinem Offenen Brief in der vorangegangenen Nummer [2]. Am liebsten würde ich Deine Schreiben gleich mitunterzeichnen, so gut abgefasst scheinen sie mir und so sehr sprechen sie mir aus der Seele. Immerhin frage ich mich, aus welchem Grund Du im Beitrag über die Psychotherapieverordnung den vielleicht wichtigsten zukunftsweisenden Aspekt nicht eingehender erwähnt hast: Es ist doch so, dass auch den Verantwortlichen bereits bei der Beschlussfassung über diese unselige Verordnung klar sein musste, dass man auf diesen krummen Wegen nicht nur das Ziel verfehlen wird, sondern sich sogar kontraproduktiv, wenn nicht ungesetzlich, wie Du erwähnst, verhält. Und warum hat man das doch getan und erst noch in eine «Versuchsphase» eingebaut? Natürlich, um dann das Scheitern der Absicht mit den gewählten Mitteln begründen zu können. Auf diese Weise hält man einerseits vorsorglich bereits den Fuss in der Türe, und andererseits wird man mit guten Erfolgchancen detailliertere und höchstwahrscheinlich nichtsdestotrotz unverändert unbrauchbare Angaben von uns verlangen können. Dadurch hofft man, so unterstelle ich, dass sich ganz praktisch und bequem die Schwelle für Psychotherapie erhöhen lässt. Und wozu das? Offensichtlich nicht, um die Ressourcen besser zu verteilen, dazu taugt eben das Mittel angesichts fehlender zuverlässiger Auswahlkriterien weder jetzt noch mit grosser Wahrscheinlichkeit in Zukunft nicht. Das aber ist nur dann unwesentlich, wenn das gewählte Ziel die bloss (wahl-)politisch wirksame Kostenbremse darstellt, ohne dass sich diese dergestalt psychiatrisch begründen lässt. Dieses Verfahren wird viele Hilfsbedürftige einseitig, weil eben nicht im Rahmen einer gerechteren Verteilung der Ressourcen, treffen!

Und noch einmal möchte ich Dir beipflichten: Dieses Vorgehen lässt sich dereinst auch auf die somatischen Grundversorger anwenden; Gnade diesen Kollegen, wenn sie chronische Leiden behandeln! Wir Psychiater und Psychiaterinnen werden dann jedenfalls als Lehrstück hingehalten haben, bei uns, ganz unten an der Leiter, kann man das am besten üben, das haben die Gesundheitspolitiker längststens erkannt!

*Rolf Tschannen, Wil*

- 1 Lachenmeier H. 1 Jahr Psychotherapieverordnung = Vernichtung von 10 Mannjahren Arbeit. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(15):628-9.
- 2 Lachenmeier H. Offener Brief an den FMH-Präsidenten. Schweiz Ärztezeitung. 2008;(14):562-3.

### Fortbildungsziel: Burn-out-Prophylaxe

Solche Projekte wie dasjenige zur Burn-out-Prophylaxe sind sehr wichtig, da Burn-out wie erwähnt bei Ärzten häufig ist und nicht nur für die betroffene Ärztin, sondern auch für die Angehörigen und Patienten schlimme Folgen haben kann. Einen wichtigen Beitrag zur Burn-out-Prophylaxe können auch Balintgruppen leisten, also Gesprächsgruppen von Personen, die Patienten betreuen, unter Leitung eines dafür geschulten Balintgruppenleiters (Arzt oder Psychologe mit Ausbildung in psychoanalytischer Psychotherapie und Balintgruppenleitung). Im Zentrum der Balintgruppenarbeit steht das Studium der Arzt-Patienten-Beziehung anhand von Beispielen der Gruppenmitglieder. Die regelmässige Teilnahme an einer Balintgruppe hilft nicht nur, schwierige Arzt-Patienten-Beziehungen besser zu verstehen, sondern führt auch zu einer Vernetzung der Teilnehmer und wirkt so auf mehreren Ebenen dem Burn-out-Risiko entgegen.

*Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil*