

# Forum ZV



## TARMED-Version 1.05.03

Sehr geehrter Herr Dr. Muggli

Für die neue Version des TARMED, gültig ab 2008, umfasst das Änderungsprotokoll von der Version 1.04 (gültig ab 1. April 2007) zur Version 1.05 ganze 61 Seiten. Obschon diese Version im Oktober 2007 publiziert und vom Bundesrat am 21. November 2007 genehmigt worden ist, kann sie wegen diverser Fehler *nicht* umgesetzt werden. Deswegen ist die Version 1.05.03 vom 14. Dezember 2007 notwendig geworden, wozu nochmals ein Änderungsprotokoll von 54 Seiten entstanden ist. Diese Änderungen dürften in den Praxen einen erheblichen administrativen Aufwand bewirken, insbesondere wegen der sehr kurzen Zeitspanne!

Der Hauptteil der Änderungen umfasst das revidierte Kapitel der bildgebenden Verfahren [1]. Dadurch werden die ursprünglich fehlerhaften Taxierungen, die die Notmassnahmen für die Radiologie notwendig gemacht haben, endlich korrigiert. Diese Fehler waren jedoch schon *Jahre vor Einführung* des TARMED bekannt!

Zwei *grundlegende Punkte* bleiben jedoch nach wie vor unberücksichtigt:

### 1. Limitierungen

Für verschiedene Grundleistungen bestehen Limitierungen, sofern nicht elektronisch abgerechnet wird. Die elektronische Abrechnung bedingt jedoch eine «einvernehmlich vereinbarte Regelung des Datentransfers». Diese einvernehmliche Regelung war eine *Vorbedingung bei der Urabstimmung* vom 4. März 2002 (Fragen A und B [2]), und besteht bis heute noch nicht. Der Rahmenvertrag mit seinen Anhängen hätte daher von der FMH *nicht* unterzeichnet werden dürfen! Der Grund für diese Limitierungen ist nach wie vor unverständlich, oder will die *santé-suisse* uns Ärztinnen und Ärzte zur kostenlosen elektronischen Abrechnung (wobei die KK viel Geld sparen) und zum «tiers garant» zwingen?

### 2. Leikov-Markerpositionen

Die nationale Leikov sieht in Ziff. 2.4 verschiedene Korrekturfaktoren zur Berechnung des

TPW vor, unter anderem auch sogenannte Leistungskriterien (neue Pflichtleistungen, medizinischer Fortschritt usw.). Die notwendige Datenbasis müssen gemäss Ziff. 2.5.2d die ärztlichen Vertragsparteien beschaffen, ansonsten sie *nicht* berücksichtigt werden (Ziff. 2.5.3). Hiefür ist die Unterteilung der Grundleistung (erste 5 Min.) in die Pos. 00.0011 bis 00.0017 vorgesehen. Dieser Vorschlag lag schon spätestens ab Sommer 2006 auf dem Tisch, wurde aber nicht in die TARMED-Version 1.04 (gültig ab 1. April 2007) aufgenommen, obschon ab 1. Januar 2007 praktisch alle Kantone der Leikov beigetreten sind. In der Ärztekammersitzung vom 3. Mai 2007 wurde diese TARMED-Änderung unter Traktandum 14.2.2 als Antrag gestellt und als Resolution für die Tarifverhandlung mit überwältigendem Mehr angenommen ([3]; S. 927-8.). Die Einführung dieser Markerpositionen zum Erfassen des Nachfragemonitorings für ärztliche Leistungen wurde *per 1. Januar 2008 zugesagt* ([3]; S. 927 unten links). In der ab 2008 gültigen TARMED-Version 1.05.03 findet sich diese Unterteilung immer noch nicht!

Soll mit dieser Verzögerungstaktik weiterhin verhindert werden, dass die L-Kriterien, die zu unseren Gunsten wirken könnten, in der TPW-Berechnung einbezogen werden ??!

Falls diese Markerpositionen 2009 eingeführt werden, kann erst das Datensammeln beginnen. Um einen Vergleich (Trend) zu haben, müssen die Daten von mindestens zwei Jahren vorliegen. Da die TPW-Empfehlung jeweils im Februar bekanntgegeben wird (Leikov Ziff. 5.2.2), können *frühestens* für den TPW 2012 diese Leistungskriterien berücksichtigt werden, d.h. fünf Jahre nach Beitritt zur Leikov! Hat es einen Sinn, bei der Leikov zu bleiben?

Falls ich bei meiner Beurteilung falsch liege, bitte ich um überzeugende Antwort.

M. Schilt, Luzern

- 1 Bossard F. RE III in TARMED 1.05. Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(50):2117-23.
- 2 Brunner HH, Müller Imboden A. Urabstimmung TARMED. Schweiz Ärztezeitung. 2002;83(1-2):3.
- 3 Müller Imboden A. Protokoll der ordentlichen Ärztekammersitzung. Schweiz Ärztezeitung. 2007; 88(22):919-35.

**Replik**

Sehr geehrter Herr Schilt

Vielen Dank für Ihr Schreiben vom 21. Dezember 2007. Obwohl ich nach wie vor keine überzeugende Antwort für Sie habe, entschuldige ich mich für meine verspätete Reaktion. Zu den von Ihnen erwähnten Punkten erlaube ich mir nur ein paar Bemerkungen zu machen:

1. Limitierungen: Es stimmt, es ist ärgerlich dass noch keine einvernehmliche partnerschaftliche Lösung für den elektronischen Datenaustausch getroffen ist. Die Stellung der FMH und der Konferenz der Kantonalen Ärztesellschaften (KKA) ist aber klar und wurde mehrmals in der SÄZ bekanntgegeben. Auch in Sache «tiers garant» ist die Position der Ärzteschaft klar und unmissverständlich. Was die Limitierung anbelangt: Fünf Jahre nach der Einführung von TARMED sind die Limitationen kein Thema

mehr. Durch die adäquate Anwendung des Tarifes ist der Zeitaufwand ohne Probleme abzurechnen.

2. Markerpositionen: Die Einführung von Markerpositionen in der Tarifstruktur benötigt die Genehmigung der Tarifpartner auf der Ebene von «TARMED Suisse». Eine wichtige Voraussetzung ist aber, dass die Fachgesellschaften sich einverstanden erklären. Soviel wie ich weiss, ist dieser Prozess noch nicht abgeschlossen. Für die TPW-Berechnung sind aber die L-Kriterien nicht von diesem Projekt abhängig. Wichtig ist dass diese Positionen vor der Einführung von DRGs in der Tarifstruktur integriert werden. Die gute Zusammenarbeit zwischen FMH und KKA wird diese Voraussetzung sicherstellen.

*Dr. med. Franco Muggli,  
Mitglied des Zentralvorstands der FMH*

## Briefe an die SÄZ

**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 längstens 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*