

Forum ZV



TARMED Version 1.05.03

Sehr geehrter Herr Dr. Gähler

Die Antwort Ihres Amtsvorgängers Dr. F. Muggli [1] auf meinen Leserbrief [2] ist unbefriedigend, wie die beiden Zuschriften der Kollegen Dahinden und Tschirky ebenfalls bemängelt haben [3, 4].

Limitationen

Gemäss Ihrer Replik [5] können diese nicht aufgehoben werden, auch wenn die TARMED-Rechnungen einem Trustcenter elektronisch übermittelt werden. Die einvernehmliche Lösung der elektronischen Datenübermittlung war aber eine *Vorbedingung* zur Zustimmung zum Rahmenvertrag und TARMED-Tarif [6]. Jetzt, wo der TARMED längst in Kraft ist, wird diese Klausel von den Vertragsparteien nicht mehr beachtet! Ich bin der Ansicht, dass künftig kein unvollständiger Vertrag mehr auf Treu und Glauben unterschrieben werden darf!

Unbefriedigend ist auch die Empfehlung, man solle auf andere Positionen ausweichen, um die tatsächlich geleistete Arbeit abrechnen zu können. Es ist unakzeptabel, wenn notwendige ärztliche Leistungen nur mit Urkundenfälschung verrechnet werden können!

Leikov-Markerpositionen

Dass die TPW-Berechnungen unabhängig von den L-Kriterien erfolgen, haben wir seit Einführung der Leikov Jahr für Jahr erlebt. Im Vorfeld der Abstimmung zu dieser Vereinbarung wurde immer wieder betont, dass damit endlich auch Leistungskriterien berücksichtigt werden. Hat sich dieses Versprechen in Luft aufgelöst?

Dr. F. Muggli hält in seiner Replik fest, es sei nur wichtig, dass diese Markerpositionen vor Einführung der DRG-Tarifstruktur im TARMED integriert werden. Was haben diese Markerpositionen im TARMED (gültig für die ambulante Tätigkeit in der Praxis) mit SwissDRG zu tun? Die DRG-Pauschalen gelten *ausschliesslich* für die stationäre Behandlung in Akutspitalern [7].

Falls mit den Markerpositionen im TARMED eine Verschiebung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung gemessen werden sollte, so muss eine Bestandesaufnahme schon *vor* Einführung der DRG-Tarifstruktur erfolgen, um Vergleichswerte zu haben. Da voraussichtlich DRG im Jahr 2012 in Kraft treten soll, ist somit die Integration der Markerpositionen im TARMED *spätestens* ab 1. Januar 2009 notwendig. Dann bleiben ohnehin nur noch drei Jahre als Vergleichsperiode.

M. Schilt, Luzern

PS: Ich beobachte seit Jahren, dass der Ärzteschaft Verträge und Tarife aufgezwungen werden, die den gesetzlichen Bestimmungen widersprechen oder gar keine gesetzliche Grundlage haben. Wird sich dies ändern?

- 1 Muggli F. Replik. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(21);898.
- 2 Schilt M. TARMED-Version 1.05.03. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(21);897.
- 3 Dahinden A. TARMED-Limitationen. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(28-29);1233.
- 4 Tschirky P. TARMED-Limitationen. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(28-29);1233.
- 5 Gähler E. Replik. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(28-29);1233.
- 6 Brunner HH, Müller Imboden A. Urabstimmung TARMED. Schweiz Ärztezeitung. 2002;83(1-2);3.
- 7 Cuénoud P-E. Eine breitangelegte Begleitforschung ist unabdingbar. Schweiz Ärztezeitung. 2008; 89(30-31);1283.

Ergänzung

In Bezug auf die Limitierungen habe ich in der der SÄZ vom 20. August 2008 eine ganzseitige Reklame der medidata gefunden. Darin wird behauptet, dass alles in bester Ordnung sei:

- Bei der elektronischen Übermittlung der TARMED-Rechnungen an medidata (meines Wissens eine Tochtergesellschaft von santé-suisse) würden alle Limitierungen wegfallen.
- Medidata übermittelt auf Wunsch des Arztes oder der Ärztin die Rechnungen elektronisch und *kostenlos* an ein Trustcenter. Somit ist auch die Ärzteschaft genau orientiert, und es

- besteht Datenparität zwischen dem Verband der Versicherer und jenem der Ärzteschaft.
- Auf Verlangen des Patienten muss der Arzt die Rechnung nicht der KK weitergeben, d. h., der «tiers payant» kann individuell beibehalten werden.
 - Auch wenn die Rechnung direkt an die KK geht (tiers garant), so bleibt der Patient Honorarschuldner. Somit entsteht für den Arzt kein «Klumpenrisiko».

Replik

Sehr geehrter Herr Kollege Schilt

Limitationen

Gespräche und Verhandlungen zum elektronischen Datenaustausch (eDA) haben schon vor der Einführung von TARMED stattgefunden. Die Delegationen von santésuisse und KKA haben Verhandlungen zur Umsetzung des elektronischen Datenaustausches geführt und sich für eine datenschutzkonforme Lösung entschieden. Nur hat dann der Verwaltungsrat santésuisse dieser gemeinsamen Vereinbarung der Verhandlungsdelegationen nicht zugestimmt, und damit ist eine Verbandslösung nicht zustande gekommen. Erneute Gespräche auf Verbandsebene sind bis heute gescheitert, sie wurden von den Versicherern immer wieder abgelehnt.

Aus diesem Grund konnten die Krankenkassen auch den im TARMED-Vertrag vorgesehenen obligatorischen elektronischen Datenaustausch zwei Jahre nach Einführung von TARMED nicht durchsetzen.

Lösungen werden aktuell auf Ebene einzelner Versicherer und der Trustcenter gesucht und wurden teilweise auch gefunden. Der elektronische Datenaustausch (eDA) im Bereich KVG ist zwischen der Ärzteschaft und einzelnen Versicherern wie VISANA, Groupe mutuel und KPT inzwischen über die Trustcenter als «Intermediär» vertraglich möglich geworden. Leider aber noch nicht mit allen Versicherern. Für die so abrechnenden Ärzte entfallen damit die Limitationen. Im Notfalldienst gelten die gleichen Regeln wie im regulären Sprechstundenbetrieb.

Wir können gut verstehen, dass dieser schleppende Verlauf der Verhandlung mit jedem einzelnen Versicherer über den eDA für die Ärzteschaft unbefriedigend und auf Dauer nicht akzeptabel ist. Andererseits können wir aber nur im TG (tiers garant) und über einen Intermediär (Trustcenter) Hand bieten für eine datenschutzkonforme Abwicklung des eDA. Dies wird leider noch nicht von allen Versicherern akzeptiert.

Ich bin mir bewusst, dass das Problem eDA und Limitationen sowohl auf Ebene santésuisse wie auch im UV/MV/IV-(MTK-)Bereich noch nicht zufriedenstellend gelöst ist. Ich versichere Ihnen aber, dass wir am Ball bleiben und auf verschiedenen Ebenen langfristige und für beide Seiten befriedigende Lösungen für den eDA und die unseligen Limitationen suchen.

LeiKoV-Markerpositionen

Die TPW-Berechnungen sind seit Einführung der LeiKoV unter Einbezug von L-Faktoren erfolgt. Folgende L-Faktoren wurden berücksichtigt: *Demographie, Teuerung, FSME-Impfung*. Die Faktoren medizinischer Fortschritt, Nachfrageverhalten und sektorielle Verschiebungen sind schwierig quantifizierbar und Gegenstand der aktuellen Verhandlungen zwischen KKA und santésuisse.

Die von Ihnen angesprochenen Markerpositionen wurden fallengelassen. Es sind Bestrebungen im Gange, die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung vor der Einführung von SwissDRG 2012 mit einem anderen System zu messen. Ich gehe mit Ihnen einig, dass die Bestandaufnahme frühzeitig erfolgen muss. Selbstverständlich müssen die Erfassungen bereits zwei Jahre vor der DRG-Einführung beginnen, um die nötige Vergleichsbasis zu schaffen.

*Dr. med. Ernst Gähler, Vizepräsident FMH,
Leiter Ressort Tarife und Verträge*



Kosten für die Facharztprüfung Allgemeinmedizin FMH

Ich kann Kollegen Schweizer [1] nur zustimmen, dass die Kosten für die Erlangung des Facharztes eindeutig zu hoch bemessen sind. In der Psychiatrie kommen die hohen Ausbildungskosten für die Psychotherapie hinzu. Ein fragwürdiger Effekt ist, dass sich bei uns schon ein paar Kollegen für die Facharztprüfung in Deutschland angemeldet haben, wo die Prüfungskosten wenige hundert Euro betragen. Darüber hinaus benötigt man ein Jahr weniger Ausbildungszeit. Die Aufteilung zwischen ambulant und stationär ist anders geregelt, und auch an die Psychotherapie werden je nach Bundesland niedrigere Anforderungen gestellt. Die Frage ist, ob dies das Ziel der FMH (und der Fachgesellschaften) ist, die zudem nur

noch 1000 Franken im Verlauf von Jahren zurückvergütet? Immer wieder wird man von jungen ausländischen Kollegen gefragt, was der Vorteil einer FMH-Mitgliedschaft ist, und es wird zunehmend schwerer, Argumente dafür zu nennen.

Dr. med. C. Burz, Cazis

Ärztmangel

«Ärztmangel», «Bald keine Hausärzte mehr», «Abwanderung der ausgebildeten Mediziner in die Wirtschaft» sind nur ein paar der Schlagworte, die in der (Fach-)Presse zu lesen sind. Vor allem die Randregionen sind von der Abwanderung bedroht, und es werden, wie bereits vorher in vielen stationären Einrichtungen, hier vor allem in der Psychiatrie zunehmend ausländische Ärzte sich niederlassen, da sie sich hier noch bessere Bedingungen als in ihren Heimatländern erhoffen. Durch die Abschaffung des Arztes im Praktikum in Deutschland und die verbesserten Arbeitsbedingungen ist der Zustrom von dort deutlich zurückgegangen. Auch die österreichischen Kollegen scheinen keinen allzu grossen Drang zu verspüren, in die Schweiz zu kommen. So wird immer wieder ein düsteres Bild gezeichnet, welches sich in der Praxis bisher darin zeigt, dass zunehmend Kollegen eingestellt werden, für die Deutsch nicht die Muttersprache ist, was wiederum vor allem in der Psychiatrie zu absehbaren Problemen führt.

Das heisst also, den Nachwuchs pflegen und hegen. Die FMH unterstützt die niedergelassenen Kollegen finanziell, wenn sie eine/n Praxisassistentin/-en einstellen, und was machen die Kollegen? Sie bieten Knüppelverträge an, in denen eine 60-Stunden-Woche verlangt wird, und alles, was darüber hinausgeht, nicht vergütet werden soll, sie lehnen Kolleginnen mit der offenen Begründung ab, dass sie, im entsprechenden Alter und verheiratet, ja schwanger werden könnten. Dass ein in der Regel schon fortgeschrittener Kollege in der Praxis, der er zweifelsohne Mehreinnahmen erbringt, schlechter bezahlt wird als ein Assistenzarzt in der Klinik und dass derart schlechte Arbeitsbedingungen von der FMH noch unterstützt werden, ist völlig unverständlich.

Aber was machen die Kliniken? Da scheint es noch nicht so schlimm zu sein, es finden sich wohl auch unter schwierigsten Bedingungen immer wieder Ärzte. Arbeitszeitgesetz? Nie gehört. Das ist doch etwas, worum die vom VSAO sich kümmern; die FMH, der wohlgerne alle VSAO-Mitglieder auch angehören, scheint sich nicht zu kümmern. «Wir haben früher viel mehr gearbeitet.» Wie setzen eigentlich Häuser mit zwei Assistenzärzten das Gesetz um? Dass es noch Häuser gibt, in denen von Freitagmittag bis Montag früh ein Assistenzarzt zuständig ist, den Not-

arztpiepser tragen, und innerhalb von 5–10 Minuten vor Ort sein muss, ist doch an sich nicht möglich. Hier fehlt eine breite Debatte, die aus der VSAO-Ecke herausgeholt werden muss. Die FMH sollte ein Interesse haben, dass der Nachwuchs nicht verheizt und schliesslich ins Ausland (zurück) vergrault wird. Einer solchen Einrichtung könnte zum Beispiel die Anerkennung als Ausbildungsstätte aberkannt werden, weil sie nun wahrlich kein Vorbild ist.

Aber wer hat denn Schuld, wenn es wegen Übermüdung zu einem Fehler kommt? Auch die Kollegen, die das mitmachen, sollten sich bewusst sein, dass sie zumindest ein moralisches Verschulden trifft.

Die FMH muss sich aus meiner Sicht den Vorwurf gefallen lassen, dass sie sich zu wenig für die Nachwuchsförderung einsetzt. Letztes Beispiel sei das Thema Facharzt: Zunehmend machen Kollegen, die sich hier ausbilden lassen und auch vorhaben, in der Schweiz zu bleiben, ihre Facharztprüfung in Deutschland, wo z. B. im Falle des FA Psychiatrie und Psychotherapie ein Jahr weniger gefordert wird und die Kosten sich auf eine geringe Verwaltungsgebühr beschränken. Warum soll man da 4000 Franken zahlen und auch noch höhere Ausbildungskosten tragen, wenn es so auch geht? Früher wurden immerhin 2000 Franken zurückerstattet, heute sind es nur noch 1000. Eine Entwicklung, die sicherlich in die falsche Richtung geht.

Die Nachwuchsförderung sollte ein wichtiges Thema sein. Wer Geld gibt, sollte aber auch kontrollieren, wie es eingesetzt wird, und Wildwüchsen entschieden entgegenzutreten, um dem Nachwuchs ein Vorbild zu sein. Die frühere Arbeit der ältern Chefärztegeneration ist sicherlich nicht mit der heutigen Situation vergleichbar. Herr Prof. Sauerbruch hat auch einen Assistenten entlassen, weil der bat, heiraten zu dürfen. Das finden wir doch heute auch nicht mehr toll.

Dr. med. C. Burz, Cazis

Replik

Kosten der ärztlichen Weiterbildung – Nachwuchsförderung

Die Leserbrief von W. Schweizer [1] und C. Burz (obenstehend) sprechen ein zentrales Thema der ärztlichen Berufsbildung an, nämlich deren Finanzierung und Steuerung. Die Autoren fordern mehr Effizienz, namentlich in unseren ärztlichen Organisationen. Des Weiteren fordert C. Burz eine vermehrte Förderung des Nachwuchses.

Den Assistenzärztinnen und -ärzten fallen im Laufe der Weiterbildung direkte und indirekte Kosten an. Letztere enthalten die gegenüber den

anderen Angestellten der Spitäler erhöhte Arbeitszeit und die gegenüber Fachärzten verminderte Entlohnung. Als Gegenwert werden die Assistenzärztinnen und -ärzte in den Weiterbildungsstätten an und mit den Patienten weitergebildet. Die direkten Kosten umfassen die Aufwendungen für obligatorische Weiterbildungskurse, die Gebühren für die Facharztprüfung (FAP) sowie die Gebühren für die Erteilung des Facharzttitels (FAT).

Die Kosten für Kurse, die durch die Weiterbildungsprogramme vorgeschrieben werden, betragen für Allgemeinmedizin rund 2000, für Chirurgie 10000 bis 12000 und für Psychiatrie und Psychotherapie 40000 bis 100000 Franken. Diese sehr unterschiedlichen Kosten wurden im Rahmen der Revisionen der entsprechenden Weiterbildungsprogramme durch die Kommission für Weiter- und Fortbildung (KWFB) diskutiert; die Fachgesellschaften mussten den Bedarf dieser Weiterbildungsinhalte nachweisen. Die von C. Burz im Vergleich zu Deutschland monierten höheren Kosten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildung setzen sich aus denjenigen für die neu eingeführte obligatorische Selbsterfahrung (15000 Franken) und zum grossen Teil aus denjenigen für die Weiterbildung in Psychotherapie zusammen. C. Burz geht bei seiner Kritik nicht auf die ungleiche bzw. qualitativ und quantitativ umfassendere schweizerische Weiterbildung ein, die auch die Psychotherapie einschliesst.

Die Gebühren für die Facharztprüfungen liegen zwischen 800 und 2000 Franken und werden durch die Fachgesellschaften eingefordert. Aus diesen Geldern werden vor allem die personellen Aufwendungen im Rahmen der FAP finanziert. Die Fachgesellschaften honorieren ihre Experten nach unterschiedlichen Ansätzen. W. Schweizer moniert die unterschiedliche Honorierung der Experten für die FAP und geht nicht auf die Quer-

finanzierung bzw. -subventionierung der im Milizsystem geleisteten Arbeiten der Kaderärzte öffentlicher Spitäler ein.

Die Gebühren für die Erteilung der FAT werden durch die FMH erhoben und sind derart gestaltet, dass damit die gesamten Aufwendungen gedeckt werden, die in Zusammenhang stehen mit der Regelung, Umsetzung sowie Qualitätssicherung der Weiterbildung der 9000 Assistenzärztinnen und -ärzte an über 1300 Weiterbildungsstätten [2]. Unter dem Stichwort «Qualitätssicherung der Weiterbildung» sollen die jährliche Befragung der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte zur Weiterbildung und die Visitationen der Weiterbildungsstätten erwähnt werden. Diese Gebühren betragen 4000 Franken für den ersten FAT. Mitglieder der FMH erhalten während der Weiterbildungszeit einbezahlte Mitgliederbeiträge rückerstattet.

Die Förderung des ärztlichen Nachwuchses ist ein Ziel der FMH. Zu diesem Zweck erliess die Ärztekammer im Mai 2001 in Locarno den Generationenvertrag. Das Projekt «Praxisassistenz», das die Weiterbildung in der Hausarztmedizin fördert, ist als weiteres finanzielles und ideelles Engagement der FMH für die Nachwuchsförderung zu erwähnen. Im Jahr 2008 wurden 9000 Assistenzärztinnen und -ärzte an über 1300 Weiterbildungsstätten weitergebildet. Deren Leiterinnen und Leiter setzen die Lernziele und -inhalte der 45 Weiterbildungsprogramme um. Ihnen gehört unser Dank und unsere Sorge: Sie sollten für diesen Einsatz zusätzlich entschädigt und motiviert werden. Hier sind neben dem Bund (EDI) vor allem die Kantone gefordert, die für die Gesundheitsversorgung verantwortlich sind.

*Dr. med. Max Giger, Mitglied
des Zentralvorstands der FMH, Präsident
Kommission für Weiterbildung der FMH*