

Forum ZV



Einheitlichere TARMED-Tarife

Sehr geehrter Herr de Haller

In Ihrer Stellungnahme zum Positionspapier der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (Südostschweiz 12. 1. 2010) sagen Sie, dass ein einheitlicher TARMED-Tarif für die Schweiz «kaum denkbar» ist und es den zukünftigen Grundversorgern auf dem Land nicht ums Geld, sondern vielmehr um die Arbeitsbedingungen (Notfalldienst, Präsenzzeiten usw.) geht. Mich würde interessieren, woher Sie diese spezifischen Informationen bezogen haben?

Ich bilde seit 12 Jahren regelmässig Assistenzärzte in meiner Allgemeinpraxis im Berggebiet in Graubünden aus und bin gleichzeitig in verschiedenen Gremien tätig, die sich mit diesen Problemen beschäftigen (Rettungsausschuss, kantonale Rettungskommission usw.). Mit einer Reform des Dienstreglements für Grundversorger ist es uns gelungen, den zeitlichen Aufwand für die Notfalldienste durch Zusammenlegung der Rayons sowie durch enge Zusammenarbeit mit den Regionalspitälern deutlich zu reduzieren. Damit haben wir sicher einen wichtigen Beitrag zur Attraktivitätssteigerung für unseren Berufsstand geleistet. Die Aussage, die Entlohnung spiele für zukünftige Grundversorger eine untergeordnete Rolle, entspricht jedoch nicht den Tatsachen.

Gerade dieser Aspekt macht jungen Ärzten, welche vor der Praxisübernahme oder -eröffnung stehen, Sorgen. Einerseits sind erhebliche Investitionen zu tätigen und steigende laufende Kosten zu bezahlen, andererseits werden die Einkünfte für Labor, Medikamente und Leistungen (wie z. B. Hausbesuche) ständig beschnitten. Warum also sollte sich ein angehender Grundversorger dafür entscheiden, sich in einem Kanton niederzulassen, in dem zudem ein unterdurchschnittlicher TARMED-Tarif gilt? Dies ist aber bei den meisten Berg- und ländlichen Kantonen der Fall. So lange diese enormen Differenzen im TARMED-Tarif in der Schweiz bestehen, werden sich kaum junge Ärzte finden, die bereit sind, als Grundversorger in den benachteiligten Kantonen tätig zu sein. Von den zehn Assistenzärztinnen bzw. -ärzten, die bei mir gearbeitet haben, hat sich nur eine als Grundversorgerin im Kanton Graubünden niedergelassen.

Sofern die FMH und die kantonalen Ärztegesellschaften nicht den Mut haben, das Tabuthema «einheitlichere TARMED-Tarife schweizweit» aufzugreifen und einer Lösung zuzuführen, werden die unterdurchschnittlich entlöhnten Gebiete für junge Hausärzte unterdurchschnittlich attraktiv bleiben. Eine Angleichung der Tarife könnte kostenneutral für die Versicherungen durch eine Umverteilung in den Kantonen geschehen und müsste von den Standesorganisationen intern initiiert werden. Eine solche Solidaritätsbekundung der Ärzteschaften aus Kantonen mit überdurchschnittlichem TARMEDtarif gegenüber den anderen wäre ein wichtiger Meilenstein in der Lösung des Grundversorgerproblems.

Mit freundlichen Grüßen

*Dr. med. Lüzza R. Campell-Dietrich,
FMH Allgemeinmedizin und
Notarzt SGNOR, Pontresina*

Antwort

Lieber Kollege

Sie sprechen eigentlich zwei verschiedene Fragen an: zum einen die Bedeutung der Entlohnung im Zusammenhang mit dem Mangel an Grundversorgern und zum anderen die Angleichung der Taxpunktwerte zwischen den Kantonen.

Die zweite Frage gehört schon seit Jahren zu den Zielen der FMH – und wird es auch bleiben. Allerdings ist die Idee, dass sich die Angleichung der Taxpunktwerte unter Einhaltung einer Art neuer «Kostenneutralität» erreichen lässt, eine völlige – und erst noch gefährliche – Illusion, die bestimmte politische Kreise und die Versicherer geschickt aufrechterhalten.

Selbstverständlich lassen sich die unterschiedlichen Taxpunktwerte in den einzelnen Kantonen nur schwer begründen. Doch es ist ebenso klar – die Zahlen dazu sind eindeutig –, dass sich die Ärzteeinkommen nicht proportional zum Taxpunktwert des jeweiligen Kantons verhalten, im Gegenteil: Aus verschiedenen, hauptsächlich «strukturellen» Gründen handelt es sich beinahe um eine umgekehrte Proportionalität.

Unter «strukturellen» Gründen verstehe ich hier Aspekte wie die Erwartungen der Patienten, die Art und Häufigkeit der Konsultationen, die Vertriebsmöglichkeiten, die den Ärztinnen und Ärzten belassen werden, die Art und Menge der technischen Leistungen usw.

Kurz gesagt Aspekte, die mit der lokalen Einbindung jeder Praxis zusammenhängen und die keine guten oder schlechten Seiten haben, sondern der täglichen Realität der frei praktizierenden Ärzte entsprechen.

Daher verstehen Sie bestimmt, dass diese Sachlage kaum Spielraum für eine Umverteilung der Einkommen «bei gleichbleibendem Budget» lässt: Es würde nur wenig Sinn machen, von jenen zu nehmen, die generell weniger verdienen, um die Taxpunktwerte anzugleichen.

Mit anderen Worten: Gerade weil die Angleichung der Taxpunktwerte zusätzliche finanzielle Mittel erfordert, liessen sich in dieser Frage seit Jahren kaum Fortschritte erzielen. Trotzdem darf man die bereits unternommenen Anstrengungen nicht vergessen: Kein Taxpunktwert wird mehr unter 80 Rappen gesenkt oder über 95 Rappen erhöht.

Dank der Lösungen, welche die FMH, der VEDAG und die KKA zum Thema Selbstdispensation vorschlagen, wird es hoffentlich nach und nach gelingen, die Situation zu deblockieren. Doch zurück zur ersten Frage: Für mich ist klar, dass die Entlohnung der Grundversorger deutlich, d. h. um einen zweistelligen Prozentsatz, steigen muss. Denn angesichts der Arbeitsbelastung und der Verantwortung sowie im Vergleich zu praktisch allen vergleichbaren Berufen ist sie heute offenkundig unzureichend – ein zentraler Punkt in allen politischen und tarifbezogenen Verhandlungen der FMH.

Allerdings ist die Entlohnung bei Weitem nicht der einzige Grund für den sich abzeichnenden, dramatischen Mangel an Grundversorgern. Sie wissen so gut wie ich, dass auch die Arbeitsbedingungen (Überlastung mit nichtmedizinischen Aufgaben, zunehmende Anforderungen im administrativen Bereich, Druck der Versicherer, zuweilen Aggressivität der Patienten usw.) sowie die Lebensqualität der Grundversorger (Präsenzzeiten, Notfalldienst, fehlende Zeit für die Fortbildung, schwierige Vereinbarung mit dem Familienleben usw.) eine zentrale Rolle spielen, die unbedingt erkannt werden und Anerkennung erhalten muss.

In diesem Sinn habe ich mich im Artikel geäußert, den Sie zitieren: Wer davon ausgeht, es genüge, den Taxpunktwert um einige Rappen zu erhöhen, um alle Probleme der Grundversorger zu lösen, macht sich Illusionen oder verkennt die Situation. Dies wollte ich so klar wie möglich zum Ausdruck bringen, damit es

Politik und Medien auch wirklich verstehen. Denn an sie hatte ich mich mit dieser Aussage gerichtet.

Selbstverständlich bedeutet dies nun nicht, dass die finanziellen Fragen nicht auch wichtig sind. Die wiederholten Angriffe der Bundesbehörden und der Versicherer auf das Einkommen der Grundversorger sind skandalös und inakzeptabel – was ich auch immer wie-

der betont habe. Skandalös und inakzeptabel sind sie nicht nur auf der wirtschaftlichen Ebene, sondern auch wegen ihrer Symbolwirkung: Mit ihren Angriffen bringen die Behörden und die Versicherer mangelnde Wertschätzung und mangelnden Respekt gegenüber einem ganzen Berufsstand zum Ausdruck, was auf den Nachwuchs zusätzlich demotivierend wirkt.

Ich kann Ihnen versichern, dass die FMH alles tut, was in ihrer Macht steht, um die Situation der Grundversorger zu verbessern. Ein wichtiges Beispiel in diesem Zusammenhang sind die Vorschläge der FMH im Rahmen der Revision der TARMED-Struktur (Projekt «TARMED 2010»).

*Dr. med. Jacques de Haller,
Präsident der FMH*

Briefe an die SÄZ



Vereinbarkeit von akademischer Karriere und Familie: ein Frauenproblem?

Herzlichen Dank Prof. R. Landmann und Frau A. von Gunten [1] für diese spannende Zusammenstellung und vor allem für Ihre wichtigen Bemühungen zur Nachwuchsförderung weiblicher Kandidaten für eine akademische Laufbahn. Einige Aussagen in den von Ihnen mit Chefärzten durchgeführten Interviews sind allerdings eines Kommentars würdig. Zu verlangen, dass junge Ärztinnen ihren Kinderwunsch aufheben, bis der FMH-Titel erworben ist, grenzt an Menschenunwürdigkeit. Das gebärfähige Alter lässt sich nun mal nicht verschieben. Wir Ärzte und Ärztinnen sind schlicht Menschen und haben uns an gewisse Spielregeln der Biologie zu halten, ob es uns passt oder nicht. Wenn die Rahmenbedingungen nicht vorhanden sind, eine Familie mit einer Berufs- bzw. einer Forschungskarriere

zu verbinden, dann müssen diese eben geschaffen werden. Es ist bedrückend, wie wenig Phantasie und Mut zu neuen Modellen hierzulande vorhanden sind. In vielen Ländern Europas sind Teilzeitmodelle auf *allen* Karrierestufen vielfach erprobt und erfolgreich. Dort ist der Ehrgeiz, kreative Lösungen zu finden, scheinbar um ein Vielfaches grösser. Was spricht dagegen, ein Pilotprojekt durchzuführen und nach einer Testphase Bilanz zu ziehen, anstatt voreingenommen von vornherein ein Teilzeitmodell abzulehnen? Ich glaube, es funktioniert nicht – ein nicht sehr wissenschaftlicher (universitärer!) Ansatz. Rollierende Wochenarbeit (Bsp. alle 2 Wochen 100%) wird als am ehesten taugliches Modell gesehen. Die Phantasie reicht offensichtlich nur für ein Pseudo-Teilzeitmodell. Ein derartiges Modell ist keine Teilzeitstelle im eigentlichen Sinne. Die Kinderbetreuung ist schwierig bis unmöglich. Es gelingt nicht, eine für das Kind so wichtige Routine aufzubauen. Kleinkindern, mit einem kurzgefassten Zeithorizont, kommt ein Modell mit geringerer Wochenarbeit eher entgegen.

Ein Modell von z.B. 60–80% Wochenarbeit (Mo. bis Mi. oder Mo. bis Do.) ist problemlos möglich. Ganz ohne Kontinuitätsverlust geht es selbstverständlich nicht. Aber seien wir mal ehrlich: Die Woche ist grundsätzlich diskontinuierlich. Auch die 100%-Arbeitenden sind aus Gründen der Forschungstätigkeit, Kompensation oder Fortbildung tageweise abwesend. Die Kontinuität ist einer von vielen und nicht der einzige Faktor, der die Qualität der Patientenbetreuung bestimmt. Mit entsprechendem Einsatz bei den Übergaben (auch telefonische Erreichbarkeit während der Abwesenheit ist möglich) kann diese Qualitätseinbusse auf ein Minimum reduziert werden. Enttäuschend, wie viele Risiken hier gesehen werden. Es wird hauptsächlich mit dem drohenden Qualitätsverlust argumentiert. Meistens kommt der Wunsch nach einer Teilzeitbeschäftigung nicht bei Neulingen, sondern bei fortgeschrittenen Assistenten- oder Oberärzten/Oberärztinnen auf. Dabei handelt es sich um eine Selektion von hochmotivierten Mitarbeitern, die in begrenzter Zeit das Bestmögliche zu leisten bereit sind. Das wirklich evidente Risiko – der drohende Kompetenzverlust im Team beim Ausfall dieser Kolleginnen/Kollegen – wird übersehen. Die Universitäts-spitäler sollten sich mehr als alle anderen im Rahmen der Nachwuchsförderung und insbesondere der Frauenförderung um die Schaffung von (echten!) Teilzeitstellen auf allen Ebenen bemühen. Es kann nicht sein, dass Ärzte/Ärztinnen mit Familie (meistens die Frauen) zunehmend in der Peripherie, wenn überhaupt, ihre Teilzeitnische finden und so der Akademie abhanden kommen.

Dr. Bettina Wölnerhanssen, Basel

Leserbriefe

Leserbriefe sind grundsätzlich willkommen und können veröffentlicht werden, sofern sie sich inhaltlich und formal innerhalb der in unserem Kulturkreis üblichen Anstandsgrenzen bewegen, keine für die Redaktion erkennbaren Fehlinformationen enthalten und eine Länge von 2500 Zeichen nicht überschreiten. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Auswahl, Kürzungen und Bearbeitungen vorzunehmen. Seitens der Redaktion besteht keine Verpflichtung zur Publikation. Über Leserbriefe wird in der Regel keine Korrespon-

denz geführt; insbesondere muss eine Nichtveröffentlichung nicht begründet werden. Von diesen Grundsätzen kann abgewichen werden, wenn dies der Redaktion angezeigt erscheint.

Das vollständige Manuskript ist an die folgende Adresse der Redaktion einzureichen, wenn möglich per E-Mail: Redaktion Schweizerische Ärztezeitung, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstr. 8, 4132 Muttenz, Tel. 061 467 85 72, Fax 061 467 85 56, E-Mail: redaktion.saez@emh.ch.

1 von Gunten A, Landmann R. Vereinbarkeit von akademischer Karriere und Familie: ein Frauenproblem? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(1/2):35–8.