



Haus- und Kinderärzte Ostschweiz



Editorial

In dieser Sommerausgabe beginnen wir mit einer Reihe von Beiträgen zum nach wie vor kontrovers diskutierten Thema Tiers Payant versus Tiers Garant. Den Anfang macht ein überzeugter Verfechter des Tiers Garants, Dr. med. Peter Wiedersheim, den sicher viele unter Ihnen als engagierten und dezidierten Standespolitiker kennen und der profunde Kenntnisse über das Tarifwesen hat. Der Bericht des Präsidenten lässt die standespolitischen Schwerpunkte des vergangenen Jahres Revue passieren, etwas ernüchtert über die schrumpfende Zahl an standespolitisch interessierten Kolleginnen und Kollegen. Wie immer finden Sie ein Kurzprotokoll der diesjährigen Mitgliederversammlung, die am 23. Mai in Arbon stattgefunden hat. Des Weiteren erhalten Sie eine Zusammenfassung der Frühlingsdelegiertenversammlung von Hausärzte Schweiz in Emmetten und zu guter Letzt neueste Informationen aus dem Tarif-Dschungel, durch den sich Gerry Weirich tapfer schlägt und dabei seinen Humor (noch?) nicht verloren hat. Ich wünsche frohes Lesen, danach wieder frohes Arbeiten und hoffentlich irgendwann einmal wunderschöne Ferien!

Greta Frick

Bericht des Präsidenten

Alex Steinacher

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser
Liebe Kolleginnen und Kollegen

Am 23. Mai fand unsere alljährliche Generalversammlung statt. In diesem Jahr waren wir wieder einmal in Arbon zu Gast und fanden neben recht gutem Wetter (es hat wenigstens nur am Abend geregnet!) auch sonst ideale Verhältnisse vor, einmal mehr von Markus Nadig perfekt organisiert. Eines der Hauptprojekte der HKO in diesem Jahr war gewiss die Idee, einmal eine GV und Fortbildung gemeinsam mit der OSGIM zu organisieren und durchzuführen. Dies hat es bereits zu früheren Zeiten gegeben, die Idee ist also nicht ganz neu. Bis zur Realisierung waren dann aber doch mehr Hürden zu meistern, als erwartet. Wenn zwei engagierte und routinierte Vorstände plötzlich Aufgaben, Zuständigkeiten und Schnittstellen teilen und neu definieren müssen, ist der Aufwand und Diskussionsbedarf teilweise grösser.

Gehofft hatten wir natürlich darauf, Synergien zu nutzen und mit einer attraktiven Fortbildung eine noch breitere Basis von OSGIM- und HKO-Mitgliedern gemeinsam anzusprechen. Etwas enttäuscht war ich dann allerdings doch über die Teilnehmeranzahl. Hatten wir noch vor wenigen Jahren allein bei der OSGAM/HKO bis gegen 80 Teilnehmer, waren es heuer noch knapp 70 Interessierte aus beiden Gesellschaften, wobei der Austragungsort der Veranstaltung wie bereits hinlänglich bekannt keine Rolle spielt: Kolleginnen und Kollegen aus der nahen Umgebung waren nicht häufiger anzutreffen als unsere meist von weit her anreisenden „treuen Seelen“.

Ob der Teilnehmerrückgang ein allgemeines Phänomen ist, wie ihn auch viele andere Fortbildungen und Vereine zu verzeichnen haben, dem Nachwuchsmangel geschuldet ist oder aber das Konzept grundsätzlich überdacht und Änderungen und Verbesserungen an der Veranstaltung selbst nötig sind, wird Gegenstand ausführlicher Diskussionen an der nächsten Vorstandssitzung sein.

Inhaltsverzeichnis

<http://www.hk-o.ch/>

Editorial	1	Bericht von der Delegiertenversammlung MFE	6
Bericht des Präsidenten	1	Bericht des Tarifdelegierten	7-9
Bericht des Präsidenten (Fortsetzung)	2	Impressum	10
Was für den Tiers Garant spricht.....	3-4		
Kurzprotokoll der GV vom 23.05.2013	5		
CIRS Moderator gesucht!	5		

Was hat den HKO-Vorstand im letzten Vereinsjahr sonst noch beschäftigt? (Text angelehnt an den Jahresbericht)

Das vergangene Vereinsjahr wird wohl als eines der ruhigeren in die Annalen unserer Geschichte eingehen. Hervorgegangen aus der OSGAM, der Ostschweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, wurde vor zwei Jahre an ihrem 30. Geburtstag der Verein in HKO, Haus- und Kinderärzte Ostschweiz, überführt und die Mitgliederbasis um die Pädiater und die Allgemeininternisten erweitert. Insgesamt ergab dies einen Mitgliederzuwachs von 29 Kolleginnen und Kollegen im Jahr 2012, die damit weiter unser standespolitisches Gewicht in der Ostschweiz stärken. Aus meiner ganz persönlichen Warte bin ich dennoch etwas enttäuscht: Das Potenzial wäre wohl noch grösser gewesen, ist aber möglicherweise auch eine Folge des an anderer Stelle in unserem Bulletin kürzlich thematisierten standespolitischen Verdrusses, der sich nach all den Jahren politischer Arbeit und den zumindest nach aussen hin wenig sichtbaren Erfolgen durchaus bei den einen oder anderen Kolleginnen und Kollegen einstellen mag.

Die nationale, standespolitische Grosswetterlage war im letzten Jahr geprägt durch die Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin" und die damit verbundenen diversen politischen Aktivitäten und Vorstösse, allem voran BR Bersets Masterplan. Ich werde an dieser Stelle nicht auf die Details eingehen, da sich hier das Meiste auf nationaler Ebene abspielt und wir somit wenig direkten Einfluss nehmen konnten und können. Wir in der Ostschweiz haben versucht, Bevölkerung, Politik und Medien bei jeder sich bietenden Gelegenheit und den uns zur Verfügung stehenden Kanälen auf das Thema, die Fakten und Hintergründe zu sensibilisieren und damit die nationale Arbeit zu unterstützen. Zudem war der Infobus zur Volksinitiative im letzten Herbst prominent an der OLMA in St. Gallen und an der Herbstmesse in Schaffhausen vertreten. Auch die regionalen Medien haben das Thema Grundversorgung und Hausärztemangel im letzten Jahr vermehrt aufgegriffen und darüber berichtet.

Ein erfreuliches Glanzlicht strahlte des Weiteren im letzten Jahr aus Schaffhausen in die restliche Schweiz: Anlässlich der Volksabstimmung zum neuen Gesundheitsgesetz wurde neu für das ganze Kantonsgebiet die DMA (Direkte Medikamentenapotheke, SD) erlaubt, allerdings mit dem Wermutstropfen einer 5-jährigen Übergangsfrist. Des Weiteren sind wir der Frage nachgegangen,

weshalb in zunehmendem Umfang Kolleginnen und Kollegen in unserer Region neu oder wiederum ihre Honorarrechnungen über den TP (tiers payant) stellen, obwohl über die kantonalen Ärztesgesellschaften kollektiv der TG (tiers garant) vereinbart wurde, und den elektronischen Datentransfer auch noch über den kasseneigenen Intermediär Medidata abwickeln und damit die den TPW-Verhandlungen zugrundeliegende Datenhoheit gefährden. (Siehe Berichte in den letzten beiden Bulletins und den Beitrag von Dr. Peter Wiederheim in dieser Ausgabe). Die Recherchen von Francesco Pedrazzini haben standespolitisch hinter den Kulissen einiges an Staub aufgewirbelt: Wir haben festgestellt, dass auch über unser regionales Trustcenter eastcare eine von der Funktionalität beinahe ebenbürtige elektronische Abrechnung im TP gratis möglich ist, womit zumindest die Abrechnungsdaten der Ärzteschaft auch weiterhin aus erster Hand für die Tarifverhandlungen zur Verfügung stehen würden. Dieses Angebot von eastcare wird jedoch von den Ärztesgesellschaften teilweise heftig kritisiert und behindert aus Furcht, der TP würde sich dadurch ungehemmt weiter ausbreiten. Bei dieser Argumentation wird jedoch völlig skotomisiert, dass dies bereits ohnehin schon der Fall ist und sich die Kolleginnen und Kollegen in der Realität offenbar anders verhalten, als die Standespolitik es sich aus strategischen Überlegungen heraus wünscht.

Und nicht zuletzt haben wir die internen Strukturen noch verfeinert: Neu besteht neben dem HKO-Kernvorstand ein um die MFE-Delegierten erweitertes Gremium, der erweiterte Vorstand. Damit soll erreicht werden, dass der HKO-Vorstand insbesondere auch im Vorfeld der Delegiertenversammlungen von Hausärzte Schweiz ein Gremium zur Vorbesprechung und Abstimmung wichtiger Entscheide auf Ostschweizerischer Ebene bleibt, ohne dass alle Delegierte zwingend dem Kernvorstand mit der damit verbundenen Arbeitsbelastung angehören müssen.

Ich bedanke mich bei all' unseren Mitgliedern für ihre Unterstützung, die erst unsere Arbeit und unser politisches Gewicht ermöglichen. Wegen der demografischen Entwicklung, die auch in unseren Reihen ihre Spuren hinterlassen wird, möchte ich Sie alle zudem bitten, selbst bei jeder sich bietenden Gelegenheit für den Verband zu werben, insbesondere bei den jüngeren Kolleginnen und Kollegen sowie bei den Allgemeininternisten und Pädiatern, die noch lange nicht alle zu unserem Mitgliederkreis gehören.

Was für den Tiers Garant spricht: KKA und K-OCH befürworten wie die FMH klar den Tiers Garant!

Peter Wiedersheim, MBA, Co-Präsident der KKA

Ausgangslage:

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) hält im Artikel 42 fest, dass im ambulanten Bereich grundsätzlich die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung schulden (Tiers garant). Der regionale Anschlussvertrag der Tarifregion Ost (AI/AR, GL, GR, SG, SH und TG) zum nationalen Rahmenvertrag TARMED, hält zur Rechnungstellung und Vergütung im Artikel 11 Absatz 1 folgendes fest: „Die Parteien vereinbaren für den Vertragsraum die Rechnungstellung nach dem System des Tiers garant. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung. In Abweichung von Artikel 22 Absatz 1 ATSG kann dieser Anspruch dem Leistungserbringer abgetreten werden.“

Gemäss Absatz 2 können einzelne Versicherer und einzelne Leistungserbringer in Abweichung zu Absatz 1 vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung der Leistung schuldet (System des Tiers payant). Explizit ist die Rechnungskopie an die versicherte Person erwähnt.

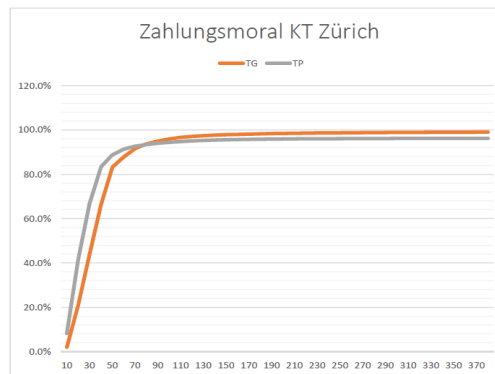
Ist – Situation:

Entgegen diesen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen rechnet heute ein steigender Prozentsatz der Ärzteschaft – insbesondere im Kanton St. Gallen – im Tiers payant ab. Den Patientinnen und Patienten wird fälschlicherweise erklärt, dass sie das Abrechnungssystem wählen dürfen, meist erhalten sie auch keine Rechnungskopie. In einigen Wartezimmern wird sogar mit Umweltschutzargumenten für eine Pauschalvollmacht (welche unzulässig ist!) zum Verzicht auf die gesetzlich vorgeschriebene Rechnungskopie geworben. Nicht zuletzt sei auch der Intermediär Medidata erwähnt, der als verlängerter Arm der Versicherungen mit grossem Aufwand für den elektronischen Tiers payant Werbung macht. Auch das Trustcenter eastcare bietet für ausgewählte Fälle - entgegen der Haltung des K-OCH Präsidiums - eine Kopie dieser Regelung an (notabene auch mit dem Datennetz von Medidata!). Der Debitorenverlust wegen schlechter Zahlungsmoral im Tiers garant gilt weitläufig als Hauptargument für den Wechsel in den Tiers payant.

Fakten und Mythen

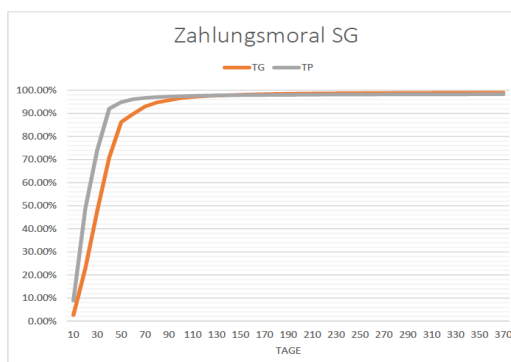
Nachdem kürzlich selbst eine Regionalvereins-Präsidentin von einem Debitorenverlust im TG von über 30% sprach, erlaube ich mir auf eine Abklä-

rung der Ärztekasse zur Zahlungsmoral in den Kantonen St. Gallen und Zürich hinzuweisen. Es ist mir auch ein Anliegen damit die wirkliche Dimension des Problems aufzuzeigen!



Kanton Zürich: Debitorenverlust im TG: 1,0%.

Debitorenverlust im TP: 3,8%



Kanton St. Gallen: Debitorenverlust im TG: 0,9%

Debitorenverlust im TP: 1,7%

Wie diese Graphiken zeigen erfolgt die Zahlung in den ersten 60 Tagen im System des Tiers payant etwas schneller, der Debitorenverlust ist aber gerade im System des Tiers payant höher. Selbstverständlich arbeitet die Ärztekasse im Gegensatz zu vielen ihre Debitorenverluste beklagenden Kolleginnen und Kollegen mit einer exakten Zahlungskontrolle und einem professionellen Mahnwesen!

Das Glück von Eigeninteressen basiert meist auf Kosten der anderen!

Versicherte, die ihre Krankenkasse wechseln und Ärztinnen und Ärzte die vom TG in den TP wechseln haben zumindest eines gemeinsam, sie nutzen individuelle Vorteile für ihren „Mikrokosmos“ auf Kosten der Gemeinschaft.

Es ist z.B. kein Geheimnis, dass im TP rund

10-15% mehr Rechnungsvolumen bei den Krankenversicherungen eingeht wie im TG. Dies hat einerseits höhere Prämien und andererseits einen vermehrten Druck auf den Taxpunktwert zur Folge. Wenn in der ganzen Schweiz vom TG in den TP gewechselt würde, dann hätte dies Mehrkosten von rund 750 Millionen Franken zur Folge. 1 Taxpunktwert-Rappen entspricht circa 50 Millionen Franken! - wir wären also in der Ostschweiz ohne Prämienenerhöhung bei einem TPW von 67 Rappen! - Und das alles für einen doppelt bis dreimal so grossen Debitorenverlust im Tiers payant!

Garantwechsel, Hausarztinitiative und Mehrwert:

Hauptknackpunkt bei der Hausarztinitiative ist die Finanzierung. Die ursprünglichen Forderungen von 350 Millionen wurden bereits auf 200 Millionen Franken reduziert. Ich überlasse die Chancenbeurteilung für eine erfolgreiche Umsetzung von Masterplan/Hausarztinitiative gerne allen in der Grundversorgung Tätigen, wenn wir unser Gesundheitssystem mit dem Wechsel in den Tiers payant mit einem Vielfachen dieses Betrages zusätzlich belasten. Es sei dabei auch klar darauf hingewiesen, dass damit weder bei den Leistungsbezüglern noch bei den Leistungserbringern ein Mehrwert resultiert. Profiteure wären aber z.B. der Intermediär Medidata, die Versicherungen, aber auch gewisse Softwareanbieter, die heute schon für die via Medidata transportierten Rechnungen Geld kassieren! (PS: meist ohne Wissen der Leistungserbringer!)

Warum befürworten FMH, KKA und K-OCH zudem den Tiers garant?

Weil eine korrekte Rechnungskontrolle durch die Patientinnen und Patienten nur mit dem Erhalt der Rechnung vor der Bezahlung durch die Krankenkasse möglich ist.

Weil mit dem Erhalt der Rechnung zudem die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt werden.

Weil unsere Patientinnen und Patienten nur dann wirklich als mündige Partner entschieden können, was an ihre Krankenkasse weitergeleitet wird, wenn sie die Rechnung selber an die Versicherung weiterleiten.

Weil der eidgenössische Datenschützer deshalb schon im Juni 2004 in seinem Bericht den elektronischen TG via die ärzteigenen Trustcenter nicht nur gutgeheissen sondern empfohlen hat.

Weil im Tiers garant tiefere Verwaltungskosten der Krankenkassen resultieren.

Weil der Tiers garant zu relevanten Einsparungen der sozialen Krankenversicherung führt.

Weil mit der Abrechnung im Tiers garant über unsere Trustcenter die Datensammlung der Ärzteschaft und damit unsere Verhandlungsposition in den Vertrags-, Tarif- und Taxpunktwertverhandlungen gestärkt wird.

Weil uns eine repräsentative eigene Datensammlung über die Versorgungsforschung auch qualitative Verbesserungen ermöglicht.

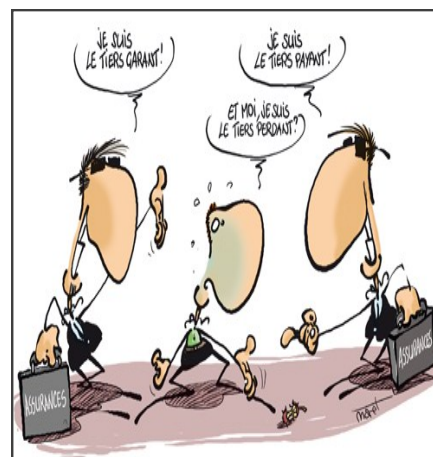
Wer aufhört besser zu werden, hat aufgehört gut zu sein!

Wir leben in einer Zeit von grossen und schnellen Veränderungen. Diese verlangen viel von uns, sie bieten aber auch ein grosses Chancenpotential, das maximal genutzt werden soll. Wer, wenn nicht wir, ist denn Experte im Gesundheitswesen? Frustriert den Kopf in den Sand zu stecken ist keine Lösung! Ich wünsche mir eine aktive Ärzteschaft, die bereit ist unser gutes Gesundheitssystem weiter zu verbessern. Verbesserungspotential hat auch der Tiers garant, aber nicht, wenn Sie ihn selber abschiessen.

Gerne wiederhole ich deshalb auch an dieser Stelle was ich den Vertretern von eastcare gesagt habe: „Wer die Konkurrenz kopiert ist nie besser!“

Fazit:

Probleme löst man nicht, wenn man sie durch andere und/oder sogar grössere ersetzt. Optimieren heisst Ausbau und bessere Nutzung der Vorteile sowie Reduktion der Nachteile. Unser Ziel muss somit klar ein verbesserter Tiers garant und nicht ein Wechsel oder Rückfall in den Tiers payant sein!



Kurzprotokoll der Generalversammlung vom 23.05.2013*Martin Kläusler, Aktuar*

Die diesjährige GV wurde erstmals in Zusammenarbeit mit der OSGIM, unserer Schwesterorganisation der Ostschweizer Internisten durchgeführt, wobei das Fortbildungsprogramm zum Thema „Kulturwandel der IV“ gemeinsam genutzt wurde. Als durchführender Kanton zeichnete Thurgau unter der Organisation von Markus Nadig. Tagungsort war der Seeparksaal in Arbon. Präsident Alex Steinacher konnte 21 Mitglieder zur dritten GV der HKO begrüßen.

In seinem Jahresbericht informierte er über die nationale Standespolitik, insbesondere die Aktivitäten um den Masterplan von BR Berset. Als Ostschweizer Thema wurde durch Francesco Pedrazzini die Situation der Abrechnungsart (Tiers payant versus Tiers garant) bearbeitet. In zunehmendem Masse werden Honorarrechnungen im TP (Tiers payant) gestellt, obwohl über die kantonalen Ärztesellschaften kollektiv der TG (Tiers garant) vereinbart ist. Recherchen haben ergeben, dass unser regionales Trustcenter East-care eine elektronische TP-Version gratis anbieten kann, sodass man zumindest nicht über den kasseneigenen Intermediär Medidata gehen muss, somit auch die Datenhoheit auf Ärzteseite verbleibt. Ansonsten darf das vergangene Vereinsjahr als eher ruhiges Jahr bezeichnet werden.

Kassier Daniel Pfister präsentierte die Jahresrechnung 2012 mit einem Verlust von rund Fr. 15'500. Das Budget fürs Jahr 2013 sieht wiederum einen Verlust von etwa Fr. 13'500 vor, wobei die Budgetierung aufgrund der zusammen mit der OSGIM durchgeführten GV erschwert ist. Jahresrechnung und Budget wurden genehmigt und verdankt.

Der Jahresbeitrag der HKO wurde auf Fr. 50 belassen.

Die Mitgliederzahl blieb praktisch stabil. Leider mussten die Todesfälle der Kollegen Kurt Hausammann und Mathias Grüninger verzeichnet werden.

Im Traktandum Personelles und Wahlen wurde der Rücktritt von Greta Frick aus dem Vorstand auf Ende 2013 bekannt gegeben. Daniel Pfister gab sein Amt als MFE-Delegierter Glarus an Jakob Lütschg weiter. Mit Rainer Fischbacher konnte ein neues Vorstandsmitglied (und gleichzeitig MFE-Delegierter für die beiden Appenzell) gewonnen werden.

In globo wurden die restlichen Mitglieder des bestehenden Vorstandes im Amt bestätigt, ebenso Alex Steinacher als Präsident.

CIRS Moderator gesucht!

Hätten Sie Interesse die Moderation der CIRS Plattform vom KHM zu übernehmen?

Die Aufgabe besteht darin die eingehenden Meldungen, die per Mail angezeigt werden, zu sichten, allenfalls zu anonymisieren oder gar zu löschen und dem Meldenden einen kurzen Kommentar zu seiner Meldung abzugeben, damit dieser nachprüfen kann, dass seine Meldung angekommen ist. Von Zeit zu Zeit muss der Moderator die Möglichkeit der Fehlermeldung im Primary Care oder in anderen Hausarztzeitschriften in Erinnerung rufen und bei Häufung der Meldungen allenfalls unter der Rubrik „Fall des Monats“ einen Fall vorstellen. Selten kommen Anfragen von aus-

sen (z.B. zur Redaktion eines Artikels in einer Patientenorganisationszeitschrift, von Netzwerken oder für einen Workshop zum Thema CIRS). Es sind keine spezifischen Informatikkenntnisse erforderlich. Der Zeitaufwand beträgt 10-20 Minuten pro Fall bei ca. 6 Fällen/Jahr. Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Herr Dr.med. Andreas Brun (brun.andreas@hin.ch), der Sie in Ihre Aufgabe detailliert einführen würde und die zum Thema vorhandene Literatur übergeben würde.

Bericht von der Delegiertenversammlung von Hausärzte Schweiz vom 2.-3. Mai 2013 in Emmetten

Paul Bösch

Ich möchte meinen Bericht mit einem Stimmungsbild beginnen. Schon zum zweiten Mal treffen sich die Delegierten, der Vorstand und Mitglieder der Geschäftsstelle in ruhiger Lage hoch über dem Vierwaldstättersee, einem idealen Ort, um konzentriert und in entspannter Atmosphäre zu arbeiten. Vertraute und neue Gesichter aus allen Teilen der Schweiz werden schnell zu einer grossen Familie, welche sich trifft, um den Berufsverband Hausärzte Schweiz auf die 2. Legislatur einzustimmen. Konzentrierte Workshops, Plenumsdiskussionen und gemütliche Pausen für kulinarische Genüsse sowie eine Rundwanderung bei Seelisberg im Herzen der Urschweiz bilden ein abwechslungsreiches Programm. Folgende Themen wurden in den Workshops diskutiert:

1. Verbandsarbeit im Rückblick und in Zukunft.

Der Rückblick zeigt, dass in der ersten Legislatur schon sehr viel geleistet wurde. Wichtig und erfolgreich war das Überwinden der Gräben zwischen Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiatern. Dies ermöglichte schon bald ein gemeinsames, und wie sich zeigte sehr erfolgreiches Auftreten als geeinte Stimme in der gesundheitspolitischen Landschaft. Auch wenn die Positionierung in der Abstimmung über die MC-Vorlage umstritten war, wurde gerade in dieser Situation von den Politikern der Verband als verlässlicher Partner wahrgenommen. Und mittlerweile ist klar, dass es keine Gesundheitspolitik ohne die Beteiligung von Hausärzte Schweiz gibt. Dazu hat natürlich auch massgeblich die Initiative „JA zur Hausarztmedizin“ beigetragen. Die politischen Diskussionen um diese Initiative werden natürlich auch die nächsten Monate prägen, denn bis Mitte September muss der parlamentarische Prozess abgeschlossen sein.

Noch ist unklar, ob es möglich sein wird, die Initiative zugunsten eines griffigen Gegenvorschlags und eines Masterplans mit sprichwörtlichem „Fleisch am Knochen“ (die Vegetarier mögen mir diesen Ausdruck verzeihen) zurück zu ziehen. Zwar wurden schon in verschiedenen Bereichen Erfolge verzeichnet, doch wenn es dann um konkrete Finanzierungsvorschläge zur Besserstellung der Hausärzte geht, gehen die Meinungen leider meilenweit auseinander.

Weitere Themen, die den Verband in nächster Zeit beschäftigen werden sind u.a.

- Stellungnahme zur Initiative für eine öffentliche Krankenkasse (Workshop 2)
- verbesserte Kommunikation mit der Basis und damit aufzeigen, was der Verband leistet und weshalb es Sinn macht, im Verband Mitglied zu sein.
- Vertiefung des Projektes „Skillmix“, d.h. erarbeiten einer optimalen Nutzung der Ressourcen der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen (wer macht was wo am besten).
- Weiterführen der Zusammenarbeit mit den Netzwerken.
- optimale Nutzung der Ressourcen des Verbandes.
- gutes Lobbying auf allen politischen Ebenen..

2. Positionierung zur Initiative für eine öffentliche Krankenkasse.

Hier zeigte sich schnell, dass die Meinungen unter den Delegierten stark divergieren und etwa zu je einem Drittel zu ja, nein oder Enthaltung tendieren. Trotz dieser Divergenzen sind wir uns einig, dass MFE die Abstimmung als Plattform nutzen soll, um den Anliegen des Verbandes Gehör zu verschaffen. In welcher Form dies geschehen soll, dürfte durch weitere Diskussionen im Vorstand und unter den Delegierten sowie durch eine Mitgliederbefragung zu klären sein. Der Gegenvorschlag des Bundesrates, welcher wohl schon im Parlament Schiffbruch erleiden dürfte, könnte aus unserer Sicht ein Schritt in die richtige Richtung sein, insbesondere wegen des verbesserten Risikoausgleichs.

3. Qualität und IPI:

Einige Stichworte zu den Diskussionen um die Qualität: Guidelines können hilfreich sein, müssen aber tauglich sein für die Hausarztpraxis. Nach dem Motto „less is more“ sollte auch die Verzichtsplanung ein Thema sein. Als Vision sieht die Gruppe ein online-tool mit validierten Informationen, welche in die elektronische KG integriert werden können.

Beim Thema eHealth und IPI (Institut für Praxisinformatik) zeigt sich, dass praxistaugliche Instrumente noch in weiter Ferne sind und wichtige

Voraussetzungen wie Migrierbarkeit und Kompatibilität unter den verschiedenen Anbietern noch fehlen. Umso wichtiger ist, dass das IPI unter der Federführung von MFE Wünsche und Bedürfnisse formuliert und nicht zuletzt auch schaut, was überhaupt bezahlbar ist. Ein wichtiges Projekt ist GP4GP (going paperless for general practitioner), welches als Pilot angelaufen ist und so bald wie möglich allen zur Verfügung stehen soll. Weitere geplante Dienstleistungen des IPI sind Musterverträge für den Kauf einer eKG und praxistauglicher Datenschutz und Security.

Zu den statutarischen Geschäften gehörte u.a. die Wahl von neuen Vorstandsmitgliedern.

Dass sich für drei vakante Sitze gleich fünf KandidInnen zur Verfügung stellen zeigt, dass sich der Verband gut positioniert hat und es offensichtlich attraktiv ist, sich für MFE einzusetzen. Die zwei Kolleginnen und drei Kollegen hatten sich im Vorfeld schon im Primary Care vorgestellt und die

Delegierten hatten zusätzlich die Gelegenheit zu einem Hearing, das ihnen die Wahl erleichtern sollte. In der Tat genügte dann auch ein einziger Wahlgang um Klarheit zu schaffen und wir hoffen natürlich, dass sich Eva Kaiser, Heidi Zinggeler und Rolf Temperli im Vorstand schnell wohlfühlen werden und sich an die „Herkulesarbeit“ heranwagen können. Auf jeden Fall sei ihnen jetzt schon ein herzlicher Dank ausgesprochen, dass sie sich für MFE tatkräftig engagieren möchten.

Die übrigen statutarischen Geschäfte gaben nicht viel zu diskutieren und zeigten, dass der Vorstand mit Unterstützung der Geschäftsstelle gute und seriöse Arbeit geleistet hat. Mit weinenden und lachenden Augen wurden dann auch noch die überaus engagierten bisherigen Vorstandmitglieder Margot Enz, Fränzi Zogg und Stefan Rupp verabschiedet.

Bericht des Tarifdelegierten

Gerry Weirich

Das Tarifwesen hat viele Ähnlichkeiten mit einem Hamsterrad: Enorm viel Aktivität, enorm viel Energieverbrauch, aber, wenn man es mit einer gewissen Distanz beobachtet, eigentlich kaum Vorankommen. Der Tarifdelegierte fragt sich deshalb, ob er nun die Drehungen des Hamsterrades alle beschreiben soll, oder doch lieber nur die echten Bewegungen des Systems.

Leider lässt uns das Bild des Hamsterrades da im Stich: Es ist schwierig zu erkennen, welche der wilden Aktivitäten, die man z.Zt. beobachten kann, letztlich wirklich irgendwohin führen werden.

Um Sie trotzdem zum Weiterlesen zu motivieren, hier noch eine ganz aktuelle Meldung: Unser Freund, der Taxpunktwert, soll per 1.1.2014 um einen Rappen aufgewertet werden. Dies zumindest ist der vom Lenkungsbüro LeiKoV ausgehandelte Kompromiss. Und es ist auch die Empfehlung, die aus den Verhandlungen zwischen HSK und KKA hervorgegangen ist. Falls es bisher nicht Ihr Hobby war, sich mit Tarifdetails zu befassen, werden Sie sich vermutlich jetzt fragen, was diese zwei Sätze eigentlich bedeuten sollen. Daher mache ich das zum Titel meines ersten Abschnitts:

LeiKoV, oder: Wie ein Schiff erst steuerlos wurde, um dann eine doppelte Steuerung zu erhalten.

Ein wichtiges Element von Tarmed ist die Kostenkontrolle, ob uns das nun passt oder nicht. Immerhin war es auch den Versicherern klar, dass Kosten nicht nur von den Leistungserbringern abhängen, sondern auch von externen Faktoren, für die diese schlicht nichts können (demographische Prozesse, Nachfrageänderungen, Preisänderungen bei nach geordneten Prozessen und Materialien usw.). Als Ablösung der Kostenneutralitätsphase nach Einführung des Tarmed wurde deshalb zwischen den Vertragspartnern das Nachfolgemodell LeiKoV (Leistungs- und Kostenvereinbarung) entwickelt. Einen Übersichtsartikel dazu finden Sie z.B. unter: <http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/de/2006/2006-39/2006-39-903.PDF>.

Die Idee war, dass man, gestützt auf Abrechnungsdaten, den Taxpunktwert an die jeweiligen Veränderungen nach oben oder unten anpasst. In den letzten Jahren fand dieser Prozess aber nicht mehr statt. Santésuisse hatte zunehmend Mühe, entsprechende Daten zu liefern, und mit dem Austritt einiger grosser Kassen aus dem Verband verschärfte sich dieses Problem. Drei dieser Kassen, nämlich Helsana, Sanitas und KPT, schlossen sich zu einem Einkaufsverband

namens HSK zusammen, so dass die erstaunte Ärzteschaft es jetzt mit zwei Leistungseinkäufern zu tun hat. Dieser Auftritt einer Konkurrenz zu santésuisse brachte wieder Bewegung in den Prozess, so dass dieses Jahr mit beiden Playern Taxpunktvereinbarungen geschlossen werden konnten. Beide einigten sich für unsere Region Ost auf denselben Taxpunkt von 83 Rappen, aber im Prinzip wird es dadurch möglich, dass zukünftig unterschiedliche Taxpunkte je nach Kasse des Patienten denkbar sind. Die KKA sieht das z.Zt. als nicht weiter problematisch an.

Nun ist der Taxpunkt ja nur eine Seite der Tarif-Medaille, die andere ist die Tarifstruktur:

Tarvision, oder: Was lange währt, währt eben lange

Über die Generalrevision der Tarmed-Tarifstruktur wurde ja schon viel Papier bedruckt, ich spare es mir, das nochmals zu beschreiben. Sie können alles Wissenswerte dazu auch auf der Website der FMH oder der Haus- und Kinderärzte Ostschweiz finden. Im Prinzip kämpft sich dieses Schiff langsam aber stetig durch die aufgewühlte See, und inzwischen sind sogar MTK und H+ mit an Bord. Allerdings nach wie vor nicht santésuisse. Santésuisse hat ein eigenes Schiff zu Wasser gebracht, das als Eisbrecher konzipiert ist, allerdings z.Zt. noch einem Kajak ähnelt. Immerhin, auch das eignet sich ja fürs Eismeer. Santésuisse hat viele Millionen Franken Einsparpotential im aktuellen Tarmed ausgemacht, die ganz einfach zu realisieren seien. (Warum erst jetzt, fragt sich da der erstaunte Leser, reibt sich die Augen und wartet auf trag- und konsensfähige Konkretisierungen).

Tarvision ist nicht ganz im ursprünglichen Zeitplan, aber das ist bei einem solchen Riesenvorhaben ja auch nicht unbedingt verwunderlich. Viel wichtiger und schwieriger, als die rein technische Umsetzung, ist die politische Machbarkeit. Und die hängt vom einstimmigen Konsens der vier Tarifpartner in Tarmedsuisse ab, womit ich zum nächsten Abschnitt überleite:

Tarmedsuisse, oder: von der Dauerblockade zur Auflösung (oder auch nicht).

Die oberste Gralshüterin unseres Tarifs ist Tarmedsuisse. Änderungen am Tarmed können nur durch Beschluss in Tarmedsuisse erfolgen (und nicht etwa durch Willensbezeugungen irgendwelcher Politiker oder Funktionäre, wie

manchmal unterstellt wird). Dies ist ein wesentlicher Unterschied etwa zum Labortarif, der ja bekanntlich ein Amtstarif ist, der also vom BAG nach eigener (Miss-)Laune angepasst werden kann (wie wir ja schmerzlich erfahren haben).

Der Knackpunkt dieser an sich sympathischen Unabhängigkeit des Tarmeds von den Niederungen der Politik, ist die Tatsache, dass Tarmedsuisse-Beschlüsse nur zustande kommen, wenn alle Tarifpartner einig sind. Oder umgekehrt: Jeder der vier Tarifpartner FMH, H+, santésuisse und MTK hat ein volles Vetorecht gegen alle Beschlüsse.

Wer nun glaubt, dass diese Tatsache dynamische Tarifanpassungen nicht direkt fördern wird, liegt durchaus richtig. Man darf sogar so weit gehen und sagen, dass z.Zt. überhaupt keine Tarmedanpassungen mehr möglich sind, weil sich mit Sicherheit immer irgendeiner der Partner ablehnend äussert.

Dieser Umstand ist den Beteiligten nicht entgangen, und man ist darum jetzt dabei, eine geänderte Struktur zu entwerfen, die Blockaden verhindern, aber doch die Interessen aller Beteiligten angemessen berücksichtigen soll. Dass dies nicht ganz einfach ist, liegt auf der Hand, und es ist noch nicht ganz sicher, ob und in welcher Form dies stattfinden wird.

Solange es nicht geschieht, ist jedenfalls die Chance eher klein, dass Tarvision durchgezogen werden kann. Ausser natürlich...

Die subsidiäre Kompetenz, oder: die Drohung mit der grossen, bösen Staatsmedizin

Seit diesem Jahr hat der Bundesrat allerdings ein Mittel gegen die Dauerblockade: Wenn ein Tarif nicht (mehr) sachgerecht ist, und wenn die Tarifpartner sich nicht einigen können, dann kann er einen Amtstarif verordnen. Orthodoxe Liberale müssen jetzt zur Nitrokapsel greifen, während orthodoxe Sozialdemokraten eher anerkennend nicken oder einfach mit den Schultern zucken werden. Die Mehrheit der Tarifpartner ist allerdings eher auf der erstgenannten Seite, so dass diese Drohung eventuell neuen Elan in die Tarifverhandlungen bringen könnte.

Davon ist allerdings z.Zt. nicht wirklich viel zu spüren, obwohl eigentlich die Zeit drängt, denn die Hausärzte haben ja auch ihre Ansprüche, nämlich...

Der Song der Besserstellung, oder: „Im Prinzip ja, aber doch nicht so“

Jeder, wirklich jeder, ist für eine Besserstellung der Hausärzte. Jeder anerkennt, dass Hausarztmedizin grundsätzlich günstig ist, und dass das drohende Verschwinden der Hausärzte die Medizin verteuern wird, weil die Patienten ja nicht einfach verschwinden werden, sondern stattdessen in Spitalambulatorien oder direkt zu Spezialisten gehen werden. Beides ist teurer, als eine Hausarztkonsultation.

Nur, wenn es dann um konkrete Mittel zur Besserstellung geht, dann wird es schwierig. Eigentlich hat der Verband Haus- und KinderärztInnen Schweiz schon vor Monaten einen weit fortgeschrittenen Entwurf für ein eigenes Tarifkapitel für Grundversorgerleistungen vorgestellt (sog. Kapitel 40). Kernidee ist, die hausärztliche Tätigkeit besser abzubilden. Beispielsweise, kleine und mittlere Teilstaten, wie sie den Kern der meisten Hausarztkonsultationen bilden, oder allgemeine Extrakonsultationen, die immerhin teure Besuche auf der Notfallstation ersparen können, und die ausser Haus- und Kinderärzte niemand so niederschwellig anbietet, tariflich anzuerkennen.

Nun, während alle das im Prinzip gut finden, findet doch jeder der Tarifpartner irgendwelche Details, die eben doch nicht gut sind. Die Reihenfolge (Kapitel 40 erst mit Tarvision, oder Kapitel 40 zuerst, unabhängig von Tarvision) gab in den FMH Gremien schon viel zu reden und zu streiten, und unter dem Tisch sind die Meinungen diesbezüglich immer noch geteilt. Die Abgrenzung, wer sich im Sinn von Kapitel 40 als Grundversorger bezeichnen darf, macht insbesondere Spezialisten und Spitalern zu schaffen, und die Frage, was das alles kosten darf (erraten: nichts!) treibt naturgemäss santésuisse und die Politik um. Die Sorge, dass eine Besserstellung der Hausärzte auf Kosten der Spezialärzte erfolgen könnte, ist verständlicherweise nicht wirklich geeignet, den Enthusiasmus innerhalb der FMH zu steigern.

Allerdings sind alle ein wenig unter Druck, denn...

Die Initiative „Ja zur Hausarztmedizin“ oder: Der Masterplan

liegt ja als Drohung in der Luft. Eigentlich will niemand, dass sie zur Abstimmung kommt. Viel lieber hätte man die Forderungen der Initiative, oder zumindest einen Kompromiss, der einen relevanten Teil davon abdeckt, schon vorher eingeführt. Bundesrat Berset hat dafür ja den bekannten

„Masterplan“ lanciert, der alle Partner an einen Tisch holen soll, um einen Weg zu finden, die Besserstellung der Hausärzte soweit zu sichern, dass die Initiative nicht mehr nötig wäre und damit zurückgezogen werden könnte. Die Hausärzte würden da aber gerne substantielle Sicherheiten sehen, während Politik und Tarifpartner es lieber bei unbestimmten Absichtserklärungen und Sympathiebekundungen belassen würden. Wenn man sich nicht findet, dann ist irgendwann der Zeitpunkt für den Rückzug der Initiative verpasst, und sie kommt zur Abstimmung. Wenn wir sie gewinnen, was nicht unbedingt ganz sicher ist, sind wir keinen Schritt weiter als jetzt, denn die konkreten Massnahmen müssen ja immer noch zwischen den Partnern und der Politik vereinbart werden. Eigentlich müssten wir somit ebenfalls an einem Erfolg des Masterplans interessiert sein. Und wenn es gar nicht zu einer Einigung kommt, dann droht ja eben, siehe voriger Abschnitt, die Staatsmedizin. Die Politik hätte ja jetzt eine echte Chance, zu zeigen, dass ihre Sorgen um die Grundversorger nicht nur Lippenbekenntnisse sind. Denn bei der

Gesamtrevision des Labortarifs, oder: Wie das BAG das Praxislabor abschaffen will

hätte sie ja die Möglichkeit, die Verluste wieder auszubügeln, die uns die unbedachte (selbst vom BAG als unkorrekt betrachtete) letzte Tarifrevision eingebracht hat. Aber, weit gefehlt. Anstatt den POCT (Point Of Care Tarif), den die FMH schon vor Jahren vorgestellt hat, anzunehmen oder zu diskutieren, werden die in der Hausarztpraxis vergütbaren Leistungen zu einem lächerlichen Rest zusammengestrichen. Die Vereinigung der Grosslabors, FAMH, bläst ins selbe Horn, weil sie befürchtet, dass jede Besserstellung der Hausärzte im Rahmen der Kostenneutralität zu einer Verschlechterung der Erträge der Grosslabors führen könnte.

Die Akten sind noch nicht geschlossen, auch hier z.Zt. viel „Hamsterrad-Aktivität“, letztlich weiss noch niemand, wie dann der revidierte Labortarif definitiv aussehen wird.

Also auch hier: Besserstellung der Hausärzte? Ja! (Aber nicht so.)

Dies wäre also mein kleiner Rundflug über die Kampfgebiete der Tarifniederungen gewesen. Bitte bleiben Sie angeschnallt, bis das Hausärzte-Fahrzeug vollständig zum Stillstand gekommen ist, und steigen Sie dann geordnet aus.

... und nun ein verdientes Nickerchen nach anstrengender Lektüre...



Impressum

HKO Bulletin:	Herausgegeben vom Vorstand der Haus- und Kinderärzte Ostschweiz. Auflage 720 Exemplare. Beiträge sind jederzeit willkommen!
Sekretariat der HKO:	Frau Luzia Schneider, Oberplattenstrasse 73, 9620 Lichtensteig Tel. 071 / 988 66 40, Fax 071 / 988 66 41, E-Mail Luzia.Schneider@hin.ch
Redaktion:	Dr. med. Greta Frick, Ausserdorf 4, 7307 Jenins Tel. 078/853 44 86, E-Mail: greta.frick@hin.ch