



# Haus- und Kinderärzte Ostschweiz



## Editorial:

Wieder geht ein Jahr seinem Ende entgegen, was schon fast reflexartig zur Rückschau anregt. Entsprechend ist das letzte Bulletin dieses Jahres gestaltet: Zu Beginn ein pointierter standespolitischer Rück- und Ausblick von unserem Präsidenten. Dann folgt ein weiterer Beitrag zum Thema Tiers Garant versus Tiers Payant und anschliessend diverse Beiträge aus verschiedenen „Ecken“, als Ausdruck unserer vielfältigen beruflichen Herausforderungen: Neuigkeiten aus dem VVG, ein Beitrag zur angeordneten Kollektivmitgliedschaft bei der Apa (Ärzte mit Patientenapotheke), das Kurzprotokoll der Vorstandssitzung vom 21.08.13, eine Sensibilisierung für die Kampagne gegen Depression und wie immer die neuesten Informationen aus dem Tarifwesen. Zum Abschluss noch ein Blick über den hausärztlich-schweizerischen Tellerrand in eine Hausarztpraxis in Südfrankreich, wo der „désert médical“ (für nicht Frankophone = Hausarztmangel!) schon seit langem Wirklichkeit ist. Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern noch einen guten Jahresabschluss (in mancherlei Hinsicht!) und ein Gutes Neues Jahr 2014.

Greta Frick

## Bericht des Präsidenten

Alex Steinacher, Präsident HKO

Geschätzte Leserin, geschätzter Leser  
Liebe Kolleginnen und Kollegen,

### Freude herrscht...

### Gedanken zum Rückzug der Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“

Schon lange nicht mehr gab es in der hausärztlichen Standespolitik so viele erfreuliche Nachrichten zu vermelden, wie in diesem Herbst - eigentlich noch nie - seit ich mich in meinem Berufsleben und meiner standespolitischen Tätigkeit zurückerinnern kann.

Steinig war der Weg für alle Involvierten bis hierhin und manch einer hat nicht mehr daran geglaubt, dass sich an dieser steten Abwärtsspirale von Lohnkürzungen und Erschwerung der Arbeits- und Rahmenbedingungen je etwas ändern würde. Dass „die Jungen“ einen wohl faszinierenden, aber anspruchsvollen und fordernden Beruf mit langen Arbeitszeiten und Notfalldiensten bei gleichzeitig immer geringerer Honorierung (sowohl gesellschaftlich als auch monetär) weniger attraktiv empfinden als eine Karriere als besser bezahlter Spezial- oder Spitalarzt ohne unternehmerische Verantwortung, kann ihnen niemand verübeln.

Erst jetzt, wo der Hausärztemangel an vielen Orten bereits langsam spür- und greifbar wird, anstehende Problemlösungen durch die Politiker nicht einfach ausgesessen und auf eine kommende Legislaturperiode verschoben werden können und sicher v.a. auch unter dem Druck der Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ (und damit der letztlich betroffenen Bevölkerung), bewegen sich die verantwortlichen Entscheidungsträger. Sie realisieren endlich und sehr spät, dass fünf vor zwölf schon vorbei ist und sowohl rasche Sofortmassnahmen als auch längerfristig wirksame, nachhaltige Lösungen her müssen. Nach langer Stagnation, während der viele schon resigniert und sich auch enttäuscht von der Standespolitik abgewendet haben, kommt nun erstaunlich „rasch“ Bewegung in die Sache. Wer sich aber in den politischen Prozessen auskennt weiss, dass diesem Erfolg harte Knochenarbeit und eine lange Vorbereitungs- und Überzeugungsarbeit voraus gegangen ist.

Aber was konkret passiert nun in den nächsten Monaten:

## Inhaltsverzeichnis

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

Editorial.....	1	Blick über den Tellerrand.....	10
Freude herrscht, Bericht des Präsidenten.....	1-2	Kurz notiert, Impressum .....	11
Gedanken zu den Abrechnungsverfahren TG/TP.....	3		
Kurzprotokoll VS 21.08.13, Vorschau nächste MV .....	4		
Neue Preise für VVG Zeugnisse. Evaluation Kollektivmitgliedschaft Apa .....	5		
Information vom Bündnis gegen Depression .....	6-7		
Neueste Tarifinformationen.....	8-9		

**TPW-Erhöhung von + 1 Rp. im Tarifverbund Ostschweiz ab 1.1.2014:**

Grundlage bilden die Verhandlungen der Tarifpartner KOCH mit curafutura und santésuisse im Rahmen von LeiKoV. Nach langer Stagnation haben sich die Fronten nach Eintritt der neu gegründeten curafutura (Helsana, CSS, Sanitas, KPT) aufgeweicht. Einige Ostschweizer Regierungen sind der Ansicht, dass sie die zu bewilligende TPW-Erhöhung noch dem Preisüberwacher vorlegen müssten. Solange sich allerdings die Tarifpartner einigen können - wie im vorliegenden Fall - sollte dies nach Ansicht der Standespolitik gar nicht nötig sein...

**200 Mio./J für grundversorgerisch tätige Kolleginnen und Kollegen ab 1.7.2014 im Rahmen des Masterplans von BR Berset:**

Nachdem sich die Tarifpartner national bis zum Schluss nicht einigen konnten, wie denn die eigentlich unbestrittene Besserstellung der Hausärzte zu erreichen sei, macht BR Berset von seiner neuen Möglichkeit zu subsidiären Eingriffen in den Tarif Gebrauch (voraussichtlich über eine nur für Grundversorger gültige Zuschlagsposition und ohne zeitliche Befristung resp. bis zum Inkrafttreten einer Gesamtrevision TARMED). Seine Vorgabe zur zeitnahen Gegenfinanzierung über gewisse Spezialistenpositionen und -dignitäten hat derweil bei der FMH keine einhellige Freude ausgelöst. Dies ist verständlich, denn eigentlich hat das eine auch mit dem anderen nichts zu tun. TARMED ist konzipiert als betriebswirtschaftlich korrekt gerechnetes Abgeltungsmodell. Isolierte Eingriffe hebeln dieses in unkontrollierter Weise aus. Deshalb ist es eminent wichtig, dass einerseits die Tarifrevision möglichst rasch weiter vorangetrieben wird und die Preisbildung von der betriebswirtschaftlich gerechneten Tarifstruktur abkoppelt wird. Auch sollten die Tarifpartner in ihrem eigenen Interesse unbedingt rasch tragfähige Lösungen in weiteren Tariffragen anstreben, um ihre Tarifautonomie zurückzuerlangen, resp. um keine weiteren Freiheiten einzubüssen und dem BR und damit dem BAG und Staat abzugeben. Gespannt sein darf man dabei auf das weitere Verhalten der erstarkenden curafutura und der langsam auseinanderbröckelnden santésuisse.

**35 Mio. zusätzlich für das Praxislabor ab 1.1.2014 im Rahmen des Masterplans von BR Berset:**

Initial durch Erhöhung des Übergangszuschlags, ab 1.7.2014 über einen POCT (Point-of-care Tarif). Darin enthalten sind neu 33 der wichtigsten, im Praxislabor zur rascheren Triage und Behandlung erbrachte Laborleistungen. Der Rest kann weiterhin, aber nach dem bisherigen Tarif, abgerechnet werden.

Was für die einen Kolleginnen und Kollegen ein gutes Verhandlungsergebnis darstellt, geht anderen viel zu wenig weit. Diese sind der Meinung, dass wegen lediglich 235 Mio. zugesicherten Franken die Volksinitiative nie hätte zurückgezogen werden sollen. Immerhin hat Hausärzte Schweiz ja 350 Mio. gefordert und Berechnungen der FMH haben gezeigt, dass die ambulant tätige Ärzteschaft in den letzten knapp 10 Jahren durch die Kostenneutralität im TARMED sowie durch diverse, verordnete Tarif- und Preisanpassungen im Bereiche der Analysenliste und der Medikamentenmarge sowie nicht ausgeglichene Steigerung der Personal- und weiterer Gestehungskosten bereits 8.956 Milliarden (!) Franken als Effizienzbeiträge dem System vorfinanziert hat; ein Grossteil davon von den Grundversorgern.

Die grosse Mehrheit steht aber hinter dem Entscheid, frei nach dem Spruch „lieber den Spatz in der Hand als die Taube auf dem Dach“. Hätte man die Initiative durchgezogen, hätte sie ja auch erst noch gewonnen werden müssen, was mit erheblichen persönlichen und finanziellen Anstrengungen verbunden gewesen wäre. Allfällige daraus resultierende Erfolge wären dann auch erst mit noch grösserer Verspätung den Hausärzten zugute gekommen, einem Zeitpunkt, an dem bereits ein beträchtlicher Teil der jetzt noch tätigen Kolleginnen und Kollegen bereits im Pensionsalter wäre und der Nachwuchs wegen fehlender positiver Signale weiterhin auf sich warten liesse.

Aber seid auf der Hut: Ein Zwischensieg nur ist errungen. Trotz Rückzug der Initiative werden wir uns alle in den nächsten Monaten nochmals so richtig engagieren müssen: der Gegenvorschlag muss voraussichtlich an der Abstimmung im Mai 2014 unbedingt mit einer grossen Ja-Mehrheit angenommen werden. Kernbotschaft ist, dass es dabei um eine starke Hausarztmedizin geht und dass das Gesundheitswesen ohne diese (respektive uns) nicht funktioniert.

Ich möchte an dieser Stelle jeder Einzelnen, jedem einzelnen von Euch danken: Den Standespolitikern von „Hausärzte Schweiz“, FMH, KKA, KOCH sowie allen übrigen Ärztesellschaften und Hausärztereinigungen für ihren unermüdlichen Einsatz, aber auch allen anderen unter Euch, die Ihr mit Auflegen von Flyern, Teilnahme an Diskussionen oder in Gesprächen mit den Patienten unsere Anliegen vertreten habt. Bleibt am Ball. Der Karren beginnt zu rollen, ist aber noch lange nicht aus dem „Dreck“ gezogen...

*Alex Steinacher, Präsident HKO*

## Gedanken zu den Abrechnungsverfahren Tiers Garant und Tiers Payant.

*Dr.med. Erich Honegger, Verwaltungsratspräsident eastcare*

Kollege Dr. Peter Wiedersheim hat im letzten HKO-Bulletin vom Juli 2013 ausführlich erläutert, warum er, die FMH, die KKA und die KOCH den Leistungserbringern empfehlen, ihre erbrachten Leistungen ausschliesslich im Abrechnungsverfahren Tiers Garant (TG) direkt ihren Patientinnen und Patienten in Rechnung zu stellen.

Das Trustcenter eastcare hat im Rahmen der Umstellung vom Tiers Payant (TP) zum Tiers Garant (TG) in verschiedenen Kantonen der Ostschweiz die Argumente, die Dr. Wiedersheim aufführt, im Wesentlichen mitgetragen, auch öffentlich vertreten und in seinen Empfehlungen an die Kunden wie in den Verhandlungen mit den Versicherern immer wieder eingebracht. Eine Wiederholung seiner differenzierten Überlegungen erübrigt sich. Es gibt jedoch aus unserer Sicht einige weitere Aspekte zu berücksichtigen.

Es trifft zu, dass eastcare (wie Dr. Wiedersheim anmerkt) auf ausdrücklichen Wunsch einer Praxis die elektronische Rechnungsanlieferung an den Versicherer im Tiers Payant TP abwickeln kann. Aus Sicht der eastcare ist der einzige Grund dafür die Sicherstellung der ärztlichen Datensammlung. Warum? Wenn bisher eine Praxis aus welchen Gründen auch immer den autonomen Entscheid fällte, elektronisch im TP abzurechnen, dann konnte sie das bis vor kurzem ausschliesslich über die direkte Anbindung an die MediData, den Intermediär der Versicherer, organisieren. In diesem Fall laufen die Kostendaten zuerst an die MediData und erst auf ausdrückliches Verlangen der Praxis gegebenenfalls auch ans Trustcenter. Der Datenfluss ist somit unter Kontrolle des versicherungseigenen Intermediärs und kann von diesem jederzeit eingeschränkt oder gar unterbunden werden.

Sendet jedoch eine Praxis ihre Kostendaten über den elektronischen Datenaustausch im TG wie im TP zuerst elektronisch ans Trustcenter, und dieses leitet sie weiter an den Versicherer (direkt oder via MediData), so landen die Daten ZUERST im ärztlichen Trustcenter. Damit ist der Datenfluss in den ärztlichen Datenpool gesichert, und es besteht keinerlei Abhängigkeit vom Versicherer. Nur mit dieser Autonomie können wir die langfristige Sicherstellung der ärztlichen Datensammlung gewährleisten. Und DAS allein zählt!

eastcare hat niemals die Absicht, eine Praxis vom Abrechnungsmodus TG zum TP zu «verführen». Aber Tatsache ist: Jede Praxis, die sich für den TP entscheidet und diesen direkt über MediData abwickelt, bringt - wie geschildert - ungewollt den ärztlichen Datenpool in Gefahr. Hinzu kommt, dass MediData diese Praxen praktisch vollständig auf die TP-Schiene aufgleist. eastcare will nichts anderes, als jenen Praxen,

die - meistens nur in Einzelfällen auf Verlangen des Patienten oder des Arztes - im TP elektronisch abrechnen wollen, eine ebenbürtige Alternative zu MediData anbieten können, damit der direkte Datenfluss Praxis > Trustcenter garantiert bleibt. Diese differenzierte Form der Wahl des Abrechnungsverfahrens führt viel weniger zu einer den Taxpunktwert gefährdenden Ausweitung des Kostenvolumens, da die direkt mit dem TC abrechnenden Praxen erfahrungsgemäss deutlich seltener vollumfänglich in den TP wechseln, als dies über die MediData-Schiene der Fall ist.

Wir respektieren den Wunsch unserer Kunden bezüglich Wahl des Abrechnungsverfahrens. Wir informieren jedoch auch über alle relevanten Aspekte hinsichtlich der rechtlich korrekten Abwicklung sowie der Vor- und Nachteile aus praxisindividueller wie aus übergeordneter standespolitischer Sicht. eastcare sendet die elektronischen TP-Rechnungen zum Teil direkt an die Versicherer, zum Teil an die MediData, dies aus dem einfachen Grund, weil immer der Rechnungsempfänger seine Adresse bestimmt und nicht der Versender. So war's mit Papierrechnungen schon immer und wird es auch im elektronischen Datenaustausch bleiben.

Wir sind klar der Meinung

- dass gute Argumente der Standespolitik für den TG als default-Abrechnungsmodus sprechen.
- dass der TG mit den heute zur Verfügung stehenden modernen Tools attraktiver gestaltet werden soll. Diese Entwicklungsarbeit leistet eastcare aktuell mit seinen Partnern.
- dass Praxen, die im Einzelfall im TP elektronisch abrechnen wollen, sich dafür ans ärztliche Trustcenter wenden können und nicht ausschliesslich auf den versicherungseigenen Intermediär MediData angewiesen sein sollen.
- dass die Rechnungsstellung auch im TP selbstverständlich allen gesetzlichen Bestimmungen (Datenschutz, Rechnungskopie an den Patienten) genügen muss.
- dass der ärztliche Datenpool - eine einmalige Errungenschaft der Ärztinnen und Ärzte, die ihre Daten einem Trustcenter zusenden und diese finanzieren - unbedingt gesichert und sein Nutzen zugunsten der ganzen Ärzteschaft erhalten bleiben soll.

*Dr. med. Erich Honegger*  
*Verwaltungsratspräsident eastcare AG*



## Kurzprotokoll der Vorstandssitzung vom 21.08.2013

*Martin Kläusler, Aktuar*

### Rückblick GV 23. Mai 2013

Die Idee, die GV zusammen mit der OSGIM in Arbon TG durchzuführen, um mehr Mitglieder begrüßen zu können, war leider nicht zielführend. Die Teilnehmerzahl konnte nur unwesentlich erhöht werden. Das Fortbildungsprogramm wurde als lehrreich beurteilt. In der nahen Zukunft werden wir wieder GVs nach gewohntem Muster durchführen. Ob in späteren Jahren wieder eine gemeinsame Veranstaltung organisiert werden wird, ist noch offen.

### Tarif-Informationen

Unser Ressort-Betreuer Gerry Weirich kann mehrheitlich Erfreuliches berichten:

Per 1.1.2014 soll der TPW der Region Ostschweiz von 82 auf 83 Rappen steigen.

Bezüglich Kapitel 40 (Hausarztmedizin im Tarmed) besteht definitiv keine Einstimmigkeit unter den Tarifpartnern von Tarmedsuisse, womit das Kapitel 40 untergeht.

BR Berset gesteht der Grundversorgung 200 Mio. Fr. zu. Zur Verteilung wird per 1.1.2014 die neue Position 00.0035 kreiert, zu rund 10-11 Taxpunkten, abrechenbar nur für Grundversorger im Zusammenhang mit der Position 00.0030. Somit können die Hausärzte mit einem Mehrumsatz von ca 8 Fr. pro Konsultation rechnen.

Im Labor sollen 28 Analysen für Grundversorger höhergestuft und zu Realkosten vergütet werden. Das Einführungsdatum ist noch unklar, evt. per 1.3.2014.

Aufgrund der bekannten Blockadepraktiken der Tarifpartner in Änderungs- und Revisionsangelegenheiten steht zur Diskussion, dass zukünftig keine Einstimmigkeit mehr nötig sein soll, sondern ein mehrstufiges Einigungsverfahren mit Experten angewendet werden soll.

### Ressortverteilung

Die Betreuerin des Ressorts Bulletin und Homepage, Greta Frick, tritt bekanntermassen per Ende 2013 zurück. Interimistisch hat sich Gerry Weirich bereit erklärt, diese Aufgaben (auch noch) zu übernehmen. Ziel ist es, eine Person zu finden, die Interesse und Spass hat, zwei- bis dreimal jährlich redaktionell aktiv zu werden. Hilfestellung und Einarbeitung wird angeboten. Interessenten mögen sich bitte bei einem der Vorstandsmitglieder oder im HKO-Sekretariat melden (s. Adressen auf der Homepage: [www.hk-o.ch](http://www.hk-o.ch)). Die übrigen Chargen und Ressorts bleiben personell unverändert besetzt.

*Martin Kläusler*

## Vorschau auf die nächste Mitgliederversammlung vom 22.05.2014

*Greta Frick*

Die nächste Mitgliederversammlung der HKO wird am 22. Mai 2014 im Grossraum St. Gallen unter der Überschrift "Hausarztpraxis, fit für die Zukunft!?" stattfinden. Angedacht sind Referate zum Thema eHealth, elektronische Krankengeschichte, eventuell in Zusammenarbeit mit dem IPI (Institut für Praxisinformatik unter der Schirmherrschaft von Hausärzte Schweiz) sowie als weiterer Themenbereich die Gründung von Gruppenpraxen resp. zeitgemässe Praxisübergabe. Reserviert Euch bereits jetzt dieses Datum, es lohnt sich bestimmt!

**Hausarztpraxis fit für die Zukunft !?!**



## Neue Preise für VVG Zeugnisse

Alex Steinacher

### Neue Preise für VVG-Zeugnisse

Im Zusammenhang mit der laufenden Teuerung und der aktuellen Diskussion um die Erhöhung des TPW per 1.1.2014 stellt sich natürlich auch die Frage, in wie weit die verrechneten Preise für VVG-Zeugnisse und –Dienstleistungen noch aktuelle sind und ob sie ggf. den aktuellen Gegebenheiten anzupassen sind.

Die meisten unter Euch werden sich erinnern, dass im Jahr 2000 zwischen der FMH und dem Schweizerischen Versicherungsverband SVV Honorare für die diversen VVG-Leistungen vertraglich vereinbart wurden. Seither ist allerdings alleine schon die Teuerung um gut 7% angestiegen. Der genannte Vertrag wurde vom SVV im März 2005 im Hinblick auf das seit 1.4.2005 in Kraft getretene, revidierte und verschärfte Kartellgesetz

gekündigt aus Sorge, dass die Wettbewerbskommission diese Honoraransätze als unzulässiges Preiskartell werten könnte, was neu teilweise mit sehr hohen Bussen geahndet wird.

Neue Preisempfehlungen können aus den genannten Gründen somit weder von der FMH noch von anderen Standesorganisationen – also auch nicht vom HKO - abgegeben werden. Es besteht derzeit ein vertragsloser Zustand und die Preisbildung unterliegt dem freien Markt. Vor dem Hintergrund dieser für uns Ärzte ungewohnten unternehmerischen Freiheit kann jedes Mitglied die bisher in Rechnung gestellten Honorare für sich prüfen und hinterfragen. Im Zweifelsfalle empfehlen wir, sich vom Versicherer vor der Bearbeitung des Zeugnisses eine Kostengutsprache einzuholen.

## Evaluation Kollektivmitgliedschaft bei der Apa

Alex Steinacher

Die ApA (Ärzte mit Patientenapotheke) ist eine Vereinigung der Selbstdispensierenden Ärzte der Schweiz und setzt sich für eine patientenfreundliche, sichere, qualitativ optimale und günstige Medikamentenversorgung ihrer Patientinnen und Patienten ein.

Was in diesem Zusammenhang wichtig ist und vielleicht nicht alle wissen: Die ApA hat u.a. über viele Jahre im Abstimmungskampf zur DMA im Kanton ZH sowie in der entscheidenden Abstimmungsphase zur Verankerung der DMA im Gesundheitsgesetz des Kantons SH im letzten Jahr vor und hinter den Kulissen einen namhaften Beitrag zu den jeweils erfolgreichen Resultaten geleistet. Auch wenn für uns in der Ostschweiz die DMA ein alltäglicher und wichtiger Bestandteil des Praxisalltages ist, vergessen wir vielleicht allzu leicht, dass noch in knapp der Hälfte aller Kantone die DMA nicht flächendeckend möglich ist, von vielen Kreisen – nicht nur den Apothekern – die ärztliche Medikamentenabgabe heftig attackiert wird und auch auf nationalem politischem Parkett keineswegs Einigkeit darüber besteht, dass eine Patientenapotheke beim Hausarzt nicht nur für den Patienten eine komfortable und sichere Möglichkeit des Medikamentenbezuges darstellt, sondern dadurch auch ein entscheidender Beitrag zur Compliance und zum Behandlungserfolg geleistet wird. Dass die Medikamentenkosten pro Patient in den DMA-Kantonen markant tiefer liegen als in der übrigen Schweiz ist dabei kein Zufall und sollte eigentlich in der zunehmend angeheizten Diskussion um die Kosten auch die letzten Zweifler überzeugen.

Der Vorstand der HKO sieht in der ApA und ihrer Arbeit

einen wichtigen Partner im Kampf für die Sicherung und weiteren Verankerung der DMA in der (Ost-) Schweiz und hat deshalb die Möglichkeit einer Kollektivmitgliedschaft ihrer Mitglieder geprüft, da hierdurch vorteilhaftere Konditionen möglich würden (Reduktion des Mitgliederbeitrages von 160.- auf 100.- Fr.). Eine Analyse der Mitgliederzahlen und des Deckungsgrades der HKO- und ApA-Mitglieder in den einzelnen Kantonen hat allerdings gezeigt, dass die ApA v.a. in den „Kampfkantonen“, allem voran im Kanton ZH, stark ist. Der Überlappungsgrad der ApA-Mitglieder ist aber in den Ostschweizer HKO-Kantonen zu gering, um pauschal für alle unsere Mitglieder eine daraus resultierende „Erhöhung“ unseres Jahresbeitrages von 50.- auf 150.- (50.- Mitgliederbeitrag HKO unverändert + 100.- Beitrag Pauschalmitgliedschaft ApA) zu rechtfertigen. Erstaunlicherweise weist die ApA gerade auch im Kanton SH, wo sie ja im letzten Jahr zusammen mit der dortigen Ärztesgesellschaft Namhaftes i.R. des Abstimmungskampfes um das neue Gesundheitsgesetz geleistet hat, eine unterdurchschnittliche Mitgliederzahl auf.

Der HKO-Vorstand hat aus diesem Grund eine Kollektivmitgliedschaft bei der ApA verworfen. Wir empfehlen jedoch jedem von Euch unbedingt, eine entsprechende eigene Mitgliedschaft zu prüfen, um einerseits die Arbeit dieser für die DMA wichtigen Organisation zu sichern und zu stärken und andererseits auch von den vielen Vorteilen (aktuelle Informationen, CD mit Richtlinien, Dokumenten und zahlreichen Vorlagen für die konforme Führung einer Patientenapotheke, Weiterbildungen für Ärzte und MPAs) zu profitieren.

## Information vom Bündnis gegen Depression in der Ostschweiz

*Dr. med. Thomas Meier, Chefarzt Psychiatrie-Dienste Süd des Kantons St. Gallen*

### "Seelenschmerz: Die Depression hat viele Gesichter"

so der Titel einer an verschiedenen Orten gezeigten Ausstellung des St. Galler Bündnisses gegen Depression mit Werken von Künstlern, die zum Teil direkt von der Krankheit betroffen sind. Die Ausstellung hat unter anderem in Erinnerung gerufen, dass Depressionen noch immer viel zu häufig nicht diagnostiziert werden. Warum? Weil sich die Krankheit in unterschiedlichen Gewändern präsentiert. Ab und zu springt uns eine Depression über eine traurige Verstimmung an. Der Hausarzt steht aber wahrscheinlich viel häufiger Patienten gegenüber, die an versteckten Depressionen leiden und über Schmerzen, Müdigkeit, Schlafstörungen etc. klagen. Besonders schwer zu erkennen ist die Depression, wenn sie sich hinter einem lächelnden Gesicht versteckt.

### Das Problem Depression

Depressionen sind sehr häufig. Die epidemiologische Forschung lehrt uns, dass aktuell bis drei Prozent der Bevölkerung an schweren, und bis sieben Prozent insgesamt an Depressionen leiden. Eine Depression dauert unbehandelt im Durchschnitt fünf Monate. Gut 15 Prozent der Erkrankungen verlaufen leider chronisch über mehr als ein Jahr. 10 bis 15 Prozent aller depressiv Erkrankter nehmen sich in ihrem von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit geprägten Zustand das Leben.

Da Depressionen oft im Jugend- und frühen Erwachsenenalter beginnen, resultieren auch enorme Kosten durch Arbeitsunfähigkeiten und teure, lang dauernde Behandlungen. Die Prognose ist unter anderem stark vom Zeitpunkt der Diagnose und der konsequenten Behandlung abhängig: Je rascher reagiert wird, desto besser der Langzeitverlauf!

### Die Symptome der Depression

Leitsymptome einer Depression sind nach ICD 10 erstens die über mindestens zwei Wochen andauernde Verstimmung, zweitens der Verlust von Interessen und Freude und drittens der verminderte Antrieb und die erhöhte Ermüdbarkeit mit Aktivitätseinschränkungen. Als Zusatzsymptome werden verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit mit häufig vorkommen-

den Selbstvorwürfen, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, -pläne und -handlungen, Schlafstörungen (Ein-, Durchschlafstörungen sowie vorzeitiges Aufwachen am Morgen), verminderter Appetit und Lustlosigkeit aufgeführt. Einzelne Symptome wie Verlust von Interessen oder Freude an üblichen Aktivitäten, verminderte emotionale Reaktionsfähigkeit, Früherwachen (um zwei oder mehr Stunden), Morgentief, motorische Hemmung ("Verkriechen im Bett") oder Agitiertheit ("Tiger im Käfig"), Appetit-, Gewichtsverlust und Verlust des sexuellen Verlangens werden zudem als somatisches Syndrom zusammengefasst.

### Wie erkennen wir eine Depression in der ärztlichen Praxis?

Wie entdecken wir nun in der Vielfalt der individuell unterschiedlich vorhandenen und ausgeprägten Symptome das Krankheitsbild Depression? Rasch zum Ziel führend sind die Schlüsselfragen, die vor Jahrzehnten vom Basler Professor Kielholz vorgeschlagen worden sind:

- Woran können Sie sich freuen?
- Fällt es Ihnen in letzter Zeit schwer, sich für etwas zu entscheiden?
- Haben Ihre Interessen (am Zeitgeschehen, Hobbies) abgenommen?
- Haben Sie sich von Beziehungen zurückgezogen?
- Grübeln Sie über den Wert Ihres Lebens nach?
- Müssen Sie ab und zu daran denken, sich das Leben zu nehmen?

Mit der ersten Frage nach der Fähigkeit sich zu freuen gelingt es in der Regel sehr schnell, auch eine versteckte Depression zu entlarven.

### Und wie wird behandelt?

Viele Patienten verstehen ihren Leidenszustand als Folge schuldhaften Verhaltens und geben ihrer Überzeugung Ausdruck, dass sie sich nur mehr anstrengen müssten, um wieder die innere Balance zu finden. Nach der Diagnosestellung muss somit in erster Linie ein Krankheitskonzept vermittelt werden, das - wenn es vom Patienten akzeptiert werden kann - eine deutliche Entlastung zur Folge hat. Dabei kann uns die populäre Bezeichnung der Depression als "Burnout" gute Dienste leisten. Dass eine allgemeingültige wissenschaftliche Definition und Abgrenzung für Burnout nach wie vor fehlt, braucht uns nicht zu

kümmern. Burnout wird als Erschöpfung nach hohem (beruflichem) Engagement verstanden und berechtigt zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfe.

Neben der Führung der Patienten und dem Mit-einbezug der Angehörigen, der gemeinsamen Suche nach Ursachen der Depression und deren Behebung (man denke stets auch an körperliche Erkrankungen wie Eisen-, Folsäuremangel, hormonelle und kardiale Störungen) soll mit einem Antidepressivum behandelt werden. Nur bei der leichtgradig ausgeprägten Depression kann mit der Medikamentenverschreibung vorerst für zwei Wochen zugewartet und die Krankheitsentwicklung beobachtet werden.

Man wählt heute in erster Linie ein modernes, nebenwirkungsarmes Antidepressivum (z.B. einen Serotoninwiederaufnahmehemmer oder - wenn Schlafstörungen dominieren - eine sedierende Substanz aus einer anderen Wirkungsgruppe). Das Medikament wird einschleichend dosiert, um unerwünschte Effekte wie Übelkeit oder Unruhe zu vermeiden. Wichtig ist, dass die Wirkdosis innerhalb weniger Tage erreicht wird, damit der Patient bald eine Entlastung erlebt. Die Kombination mit einem Benzodiazepin oder einem nieder dosierten Neuroleptikum kann in der Anfangsphase rasch Entlastung bringen.

Bei sehr schwer ausgeprägten Krankheitszuständen sollte sofort ein Facharzt beigezogen werden, bei allen anderen Depressionen dann, wenn die Behandlung trotz guter Medikamentendosierung innerhalb von zwei bis maximal vier Wochen keinen oder einen ungenügenden Effekt zeigt.

Mindestens ein Drittel aller Depressionen erfordern besondere Massnahmen, wie Medikamentenkombinationen, Hochdosierungen etc., um eine Remission zu erreichen. Ist Symptombefreiheit eingetreten, muss die bisherige Behandlung über sechs Monate (bei einer Ersterkrankung), resp. über ein bis mehrere Jahre (bei einer Folgeerkrankung) in bisheriger Dosierung weitergeführt

werden. Auf diese Weise kann der grossen Rückfallgefahr am besten begegnet werden.

### **Materialien für Patienten Ansprechstellen für Psychische Gesundheit / Bündnisse gegen Depression:**

**AR** (Bündnis / Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit):

Departement Gesundheit/Amt für Gesundheit  
Reto Fausch 071 353 65 74

[Reto.Fausch@AR.CH](mailto:Reto.Fausch@AR.CH), [www.forum-psychische-gesundheit.ch](http://www.forum-psychische-gesundheit.ch)

[www.buendnis-depression.ar.ch](http://www.buendnis-depression.ar.ch)

**AI** (Bündnis / Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit):

Gesundheits- und Sozialdepartement  
Martin Würmli 071 788 94 51

[martin.wuermli@gsd.ai.ch](mailto:martin.wuermli@gsd.ai.ch), [www.forum-psychische-gesundheit.ch](http://www.forum-psychische-gesundheit.ch)

[www.buendnis-depression.ai.ch](http://www.buendnis-depression.ai.ch)

**GL:** Departement Finanzen und Gesundheit

Daniela de la Cruz, 055 646 61 40

[Daniela.delaCruz@gl.ch](mailto:Daniela.delaCruz@gl.ch)

**GR** (Bündnis / Fachstelle Psychische Gesundheit):

Gesundheitsamt Graubünden/  
Gesundheitsförderung und Prävention  
Fabienne Brigger 081 257 64 10

[fabienne.brigger@san.gr.ch](mailto:fabienne.brigger@san.gr.ch)

[www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch)

**SG** (Bündnis / Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit):

Amt für Gesundheitsvorsorge/ZEPRA  
Jürg Engler 058 229 87 69

[juerg.engler@sg.ch](mailto:juerg.engler@sg.ch), [www.forum-psychische-gesundheit.ch](http://www.forum-psychische-gesundheit.ch)

[www.buendnis-depression.sg.ch](http://www.buendnis-depression.sg.ch)

**TG** (Bündnis / Fachstelle Psychische Gesundheit): Perspektive Thurgau

Beatrice Neff 071 626 02 02

[b.neff@perspektive-tg.ch](mailto:b.neff@perspektive-tg.ch), [www.buendnis-gegen-depression.tg.ch](http://www.buendnis-gegen-depression.tg.ch)



## Neueste Tarifinformationen

Gerry Weirich

Über das Wichtigste zum Thema Tarife habe ich bereits in der letzten Ausgabe berichtet, und Alex Steinacher hat den aktuellen Stand ja im Bericht des Präsidenten dieser Ausgabe kurz beleuchtet.

Ich gestatte mir hier eine etwas kritischere Sicht darzulegen. Nicht, um das Erreichte schlecht zu machen, darum kann es nicht gehen, sondern um eine gewisse Relativierung: Wir können uns jetzt nicht zurücklehnen.

### Tarmed/Masterplan

Die Problemdefinition war: (a): Es gibt immer weniger Hausärzte, speziell in tariflich uninteressanten Regionen. Und (b): Die hausärztliche Tätigkeit ist im Tarmed ungenügend abgebildet. Tariftechnisch wird der Facharzt für Allgemeine Innere Medizin weitestgehend gleich behandelt, wie der praktische Arzt ohne Facharztausbildung und kann vorwiegend Positionen verrechnen, die alle anderen Ärzte auch anwenden können. Das heisst: Tariftechnisch gesehen ist jeder Subspezialist gleichzeitig auch ein Hausarzt, denn er kann jede hausärztliche Leistung ebenso verrechnen, wie ein Facharzt für Grundversorgung. Umgekehrt gilt das nicht.

Dabei ist in der täglichen Praxisarbeit der Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin eben gerade *nicht* bloss einer, der eben die Ausbildung zum Subspezialisten nicht geschafft hat, sondern ein qualifizierter Arzt für den speziellen und nicht immer einfach abzugrenzenden Bereich des unselektionierten Patientenguts, des allgemeinen Notfalldienstes, des breiten Spektrums an Diagnosen, sowie der lebensbegleitenden und nicht nur interventionellen Betreuung des Patienten. Diese Tätigkeit braucht eine bestimmte Form der Weiterbildung und eine entsprechende tarifliche Abbildung.

Hausärzte Schweiz hat zu diesem Zweck ein eigenes hausärztliches Tarifkapitel entwickelt, das Kapitel 40. Dort werden spezifisch hausärztliche Tätigkeiten abgebildet, und das Kapitel stünde folgerichtig auch nur Fachärzten für Grundversorgung offen. Die Berechnungen ergaben, dass die Einführung dieses Kapitels rund CHF 350 Millionen kosten würde. Die Finanzierung sollte aus der Neugestaltung des ganzen Tarifwerks im Rahmen von Tarvision erfolgen. (Zum Vergleich:

Die stationären Spitalkosten steigen seit 2008 pro Jahr durchschnittlich um ca. 600 Mio)

Leider konnten sich die Tarifpartner in Tarmed-suisse nicht auf die Einführung dieses Kapitels einigen. Insbesondere für H+ war es inakzeptabel, dass Spitalambulatorien nicht als Grundversorger im Sinne von Kapitel 40 gelten sollten. Bundesrat Berset will die Gelegenheit ergreifen, erstmals die subsidiäre Kompetenz des Bundes bei der Tarifgestaltung anzuwenden. Er hat angekündigt, hierfür CHF 200 Mio einzusetzen. Wobei es unklar ist, woher dieses Geld kommen soll und ebenso unklar, in welcher Form es verteilt werden soll. Angedacht ist eine Zuschlagsposition zur Grundkonsultation, welche nur Grundversorgern offenstehen soll. (Wobei dieselben Abgrenzungsprobleme absehbar sind, wie bei Kapitel 40).

Fazit: (1) Tarmed wird noch weniger als bisher betriebswirtschaftlich korrekt sein. Schon bei der Einführung haben politische Eingriffe und Querelen innerhalb der FMH den Tarif „verbogen“, grösstenteils zulasten der Grundversorger. Nun wird vollends eine rein politisch motivierte, und betriebswirtschaftlich überhaupt nicht begründbare punktuelle Tarmed-Veränderung eingeführt, welche, selbst wenn sie funktioniert, 150 Millionen Franken weniger einbringt, als die hausärztliche Arbeit, betriebswirtschaftlich gerechnet, mehr kosten würde.

Gut, man kann darüber streiten, ob ein Amtstarif wirklich per se schlecht ist. Das Gesundheitswesen ist ohnehin ein strikt durchregulierter Markt und politische Eingriffe in die Tarifstruktur sind somit nicht völlig abwegig. Allerdings werden wir, falls BR Berset seine Ankündigung überhaupt wahr macht, die nächsten Jahre (Jahrzehnte?) nun mit einem Zwitterwerk weiterleben müssen, das als betriebswirtschaftlicher Tarif verkauft, aber als politischer Tarif umgesetzt wird. Vereinfacht ausgedrückt: Wir werden nie den Preis bekommen, den unsere Arbeit eben rechnerisch wert wäre, sondern immer nur den, der politisch opportun ist. Ich wage die Prognose, dass der Hausarztschwund vor allem in der Ostschweiz weitergehen wird, so dass sich das Gesundheitswesen insgesamt verteuern wird, da die Patienten ja nicht gleichzeitig mit den Hausärzten verschwinden, sondern sich vielmehr in den wesentlich teureren Spitalambulatorien stauen werden



oder gleich zu demjenigen Spezialisten gehen werden, den sie anhand ihrer Symptome und Google(tm) für den Richtigen halten.

Allerdings: Ein kleiner Hoffnungsschimmer besteht: Der Tarvision-Prozess, also die Gesamtrevision von Tarmed, soll nach dem Willen von FMH, H+ und MTK weitergehen. Wir werden sehen.

### **Labortarif**

Die jetzt gefundene Lösung des Point-Of-Care Tarifmodells mit den wichtigsten Analysepositionen zum betriebswirtschaftlich errechneten Tarif erscheint vernünftig. Allerdings darf man, wenn man sich über die 35 Millionen freut, nicht vergessen, dass die Tarifrevision 2009 uns 70 Millionen gekostet hat. Unterm Strich steht das Praxislabor also immer noch schlechter da, als 2008.

### **KVG-TPW-Erhöhung**

Im Prinzip natürlich eine erfreuliche Nachricht. Nach Jahren des Stillstands scheint der LeiKoV Prozess nun dank der Anstrengungen der KKA und der Spaltung von santésuisse/tarifsuisse wieder in Gang zu kommen. Allerdings bedeutet das, dass unterschiedliche Taxpunktweite je nach Krankenkasse des Versicherten möglich werden. Nebst rechtlichen Fragen (darf der Kanton bei verschiedenen Tarifoptionen die Teurere genehmigen, oder nur die Günstigere?), bedeutet das auch eine Verkomplizierung der Abrechnung, welche die Softwarehäuser nicht gratis implementieren werden, und welche einen gewissen Schulungs- und Kontrollaufwand bedeutet. Zur Zeit können wir hier in der Ostschweiz allerdings dieses Problem eher entspannt sehen, weil sich beide Tarifpartner auf denselben Taxpunktweite geeinigt haben.

### **MTK-TPW-Stagnation**

Im UVG und IV-Bereich haben wir überhaupt nichts erreicht: Der Taxpunktweite verharrt weiter bei den objektiv nachweislich falschen 92 Rappen. Es scheint schlicht nicht möglich zu sein, hier irgendeinen Fortschritt zu erzielen.

### **DMA**

Bleibt eine Dauerbaustelle. Die Margenerosion geht weiter, und der Versuch, ein margenunabhängiges Abgeltungsmodell zu entwickeln und zunächst als Pilotprojekt einzuführen, scheiterte am Unwillen der Tarifpartner, namentlich santésuisse. Es ist zu befürchten, dass ein Grossteil der Besserstellung von 235 Millionen zumindest in den DMA-Kantonen von dieser

Erosion aufgefressen werden wird.

### **Die Initiative „Ja zur Hausarztmedizin“**

Hat einiges bewirkt, keine Frage. Hausärzte Schweiz wurde neu als eigener relevanter Faktor im Schweizer Gesundheitswesen wahrgenommen, während früher die Grundversorger als weitgehend belangloses Teilgrüppchen der FMH gesehen wurden. Politiker sahen sich nun gezwungen, Position zur medizinischen Grundversorgung in der Schweiz zu beziehen.

Genauer gesagt: Die Angst vor der Initiative hat diese Dinge bewirkt. Diese Angst ist nun natürlich weg, und damit auch der Druck auf die Politik. Die Räte haben einen Gegenvorschlag entwickelt, welcher den Initianten akzeptabel erscheint, oder zumindest besser als der Versuch, die Initiative zur Abstimmung zu bringen. Allerdings: Auch dieser Gegenvorschlag muss vom Volk angenommen werden. Und wenn wir uns an das Hin- und Her in den Räten erinnern, bis der Gegenvorschlag stand, dürfen wir davon ausgehen, dass die Politik sich nicht besonders für diese Abstimmung ins Zeug legen wird. Wir werden den Abstimmungskampf also ebenso engagiert führen müssen, wie wir es für die Initiative hätten tun müssen, nur eben nicht für „unsere“ Initiative, sondern für das Konzept des Ständerates. Bei einer Abstimmung über die Initiative hätten wir zwei Chancen gehabt: Den „Hauptgewinn“, oder den „Trostpreis“ des Gegenvorschlags.

Auf der anderen Seite haben wir mit dem Rückzug der Initiative die Zusagen des Masterplans gewonnen. Diese sind zwar geringer, als erhofft, aber mit dem Bestehen auf der Abstimmung hätten wir zunächst einmal „gar nichts“ bekommen. Ich denke, die Haltung des Initiativkomitees ist nachvollziehbar und selbstverständlich zu respektieren, aber persönlich halte ich die Euphorie für etwas verfrüht.

*Gerry Weirich*

## Blick über den Tellerrand

Greta Frick

Während meiner regelmässigen Ferientaufenthalte in den Cevennen, eine bergige, wenig besiedelte und protestantisch geprägte Gegend in Südfrankreich (Languedoc-Roussillon), habe ich einen engagierten, erfahrenen Hausarzt kennengelernt und ihn auf zwei seiner Hausbesuchstouren in einem geländegängigen Toyota begleitet. Nach 3 jähriger allgemeinmedizinischer Ausbildung und einer Vielzahl von Praktika in verschiedensten Fachgebieten, hat sich der aus Marseille stammende, katholische Kollege vor über 20 Jahren in St. Etienne Vallée Française, einem kleinen Dorf von rund 200 Einwohnern niedergelassen. Ausser einem tragbaren EKG gibt es in der Praxis keine diagnostischen Hilfsmittel, also kein Labor (ausser das BZ-Messgerät), kein Röntgen, geschweige denn ein Ultraschallgerät. Im grösseren Umkreis von rund 100 km gab es ca. 18 Arztpraxen, wovon aktuell noch 8 übrig geblieben sind. Auf praktisch verlorenem Posten bestreitet der Kollege mit einer erstaunlichen Gelassenheit, die nicht zuletzt auf seine enorme Erfahrung zurückzuführen ist, die medizinische Grundversorgung über alle Altersstufen hinweg, Geburten, lebensbedrohliche Not- und Unfälle und Begleitung am Lebensende eingeschlossen. Dank seiner regelmässigen, durchorganisierten Hausbesuchstouren - Odysseen von rund 70 km auf schlechten, schmalen Strassen hin zu abgelegenen winzigen Weilern - können die betagten Menschen überhaupt noch zuhause bleiben. Auf den Hausbesuchen werden die in manchmal sehr bescheidenen Verhältnissen lebenden Patienten mit ihren Medikamenten versorgt und im je nach Jahreszeit kalten Schlafzimmer gründlich untersucht, z.T. im dem Bett in welchem sie geboren worden sind und auch sterben werden (resp. sterben möchten). Über das jeden Hausarzt beschäftigende Thema der Abrechnung haben wir uns auch ausgetauscht. Jede Konsultation, jeder Hausbesuch wird unmittelbar mittels Check oder bar bezahlt, mit dem Rückforderungsbeleg erhalten die Patienten die Kosten vollumfänglich von der Krankenkasse zurückerstattet (also kein Selbstbehalt und keine Franchise, heilige Kühe, die noch kein Präsident der Republik gewagt hat anzutasten). Die Medikamente werden im Tiers Payant abgerechnet. Im Wartezimmer hing eine Aufstellung der wichtigsten Tarifpositionen und ich habe u.a. über den mageren Notfallzuschlag von ca. 45 Euro für Einsätze zwischen 24.00 und 6.00 gestaunt. Neu-

erdings erhält der Hausarzt von der Krankenkasse einen Bonus, wenn er möglichst viele seiner Patienten z.B. gegen Grippe impft oder die Cholesterin- oder Blutzuckerzielwerte bei den Patienten erreicht, was den Kollegen sehr erobost, da so die Verantwortung für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten plötzlich bei ihm liegt und die bodenständige Bevölkerung, wohl nicht unähnlich wie im Emmental, gegenüber Impfungen und sonstigen präventiven (pharmaindustriegesteuerten) Massnahmen sehr skeptisch eingestellt ist. Die Praxis selber führt er meist allein, zeitweise erhält er Unterstützung von einem Assistenzarzt in Weiterbildung. Er hat eine Sekretärin, die medizinisch überhaupt nicht geschult ist und die vor allem für die administrativen Aufgaben und die Terminvergabe und Organisation der Hausbesuchstouren zuständig. Das Haus in dem die Praxis untergebracht ist, gehört ihm, das gesamte Mobiliar, die EDV Anlage, die wenigen Apparaturen werden geleast, was offensichtlich für ihn günstiger ist, als - wie bei uns üblich - die Infrastruktur zu besitzen. Trotz vieler Widrigkeiten (nicht zuletzt von Seiten der Gemeindebehörden) und Verschleisserscheinungen liebt er seine Arbeit und ist begeistert von der Schönheit der Landschaft, die er täglich durchstreift. Lust bekommen nach neuen Ufern? Wer Abgeschiedenheit, wilde Natur und Ruhe sucht, kommt in den Cevennen voll auf seine Rechnung, die Hausärzte auf lange Sicht wohl eher nicht.



**Kurz notiert**

Greta Frick

**Spende an Solidarmed:**

Wieder haben die HKO an Solidarmed einen Betrag von 3000.- überwiesen. Damit wird u.a. die Arbeit von Dr. Clemens Fehr in Zimbabwe unterstützt. Er war jahrelang treues Mitglied der OS-GAM und arbeitet seit der Übergabe seiner Praxis in Jenaz wieder in Silveira und leistet dort eine enorme medizinische Arbeit in einem Land, in dem das Gesundheitswesen infolge Jahrzehnte langer Misswirtschaft unter Mugabe am Boden liegt. Seine Aufgabe ist nun noch durch die Trauer um seine Frau überschattet, die im April 2013 verstorben ist. Auf seinem Blog, der auf der Homepage von den HKO aufgeschaltet ist ([www.hk-o.ch](http://www.hk-o.ch), unter „über uns“ > „Aktivitäten/Projekte“) finden Sie noch weitere Informationen und Bildmaterial über seinen Alltag.

**Nein zur Selbstdispensation im Kanton Aargau:**

Im Kanton Aargau gab es am 22. September 2013 ein erneutes Nein an der Urne zur Selbstdispensation. So gibt es weiterhin in der Arztpraxis nur ein Rezept und die nächste Apotheke kann Gesetzes wegen bis zu einer Stunde mit dem öffentlichen Verkehr entfernt liegen. Der Aargauische Ärzteverband hat mit Unterstützung der Apa durch eine Gesetzes-Initiative versucht, diesen unbefriedigenden Umstand zu verändern, was leider nicht gelang. Gleichzeitig wurde aber auch eine Verfassungsinitiative der Apotheker, die gegen die Aufgabe ihres Abgabemonopols Sturm liefen, abgelehnt und zwar deutlicher als die der Ärzteschaft. Die Ja-Stimmen kamen mehrheitlich aus den Gegenden, wo eine Selbstdispensation aus geographischen Gründen erlaubt ist, was wiederum beweist, dass die SD bei den Patienten, die sie kennen beliebt ist, von den anderen, die sie nicht kennen aber nicht vermisst wird.

# SOLIDAR MED

Mehr Informationen über die Apa erhalten Sie unter folgenden Adressen:

APA - Ärzte mit Patientenapotheke  
Dr. Sven Bradke, Geschäftsführer  
Röschstrasse 18  
9006 St.Gallen

Telefon: +71 246 51 40, Fax: +71 246 51 01

E-Mail: [sven.bradke@mediapolis.ch](mailto:sven.bradke@mediapolis.ch)

[www.patientenapotheke.ch](http://www.patientenapotheke.ch)

Ärzte mit Patientenapotheke **APA**  
Vereinigung der selbstdispensierenden Ärzte der Schweiz

**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](mailto:Luzia.Schneider@hin.ch)

**Redaktion:** Dr. med. Greta Frick  
Ausserdorf 4  
7307 Jenins  
Tel. 081/630 09 30  
E-Mail: [greta.frick@hin.ch](mailto:greta.frick@hin.ch)

Das HKO Bulletin ist auf der HKO Homepage [www.hk-o.ch](http://www.hk-o.ch) als pdf Dokument abrufbar, ebenso ältere Versionen.