

# DEFACTO

FAKTEN UND MEINUNGEN DER ARGOMED

## Die Tarifzukunft neu denken

Argomed-Stellungnahme  
zum Tarifeingriff



# Inhalt

- 3 Editorial**  
Von Dr. med. Gregor Dufner
  
- 4 «Wir sollten unsere Vorurteile ablegen und aufeinander zugehen»**  
Interview mit Pius Zängerle, Direktor des Krankenversicherungsverbandes curafutura
  
- 8 Ein-Griff mit Nebenwirkungen**  
Stellungnahme der Argomed Ärzte AG zum zweiten Tarifeingriff durch den Bundesrat in die aktuelle TARMED-Tarifstruktur
  
- 10 Der TARMED-Eingriff des Bundesrates aus Sicht der FMH**  
Von Dr. med. Gregor Dufner
  
- 14 Die Ärzte sollen nochmals mit 700 Millionen bluten! Die Kassen freut's!**  
Von Dr. med. Josef Widler, Präsident der Ärztesgesellschaft Kanton Zürich
  
- 15 Carte Blanche: Überreglementierung zerstört die Qualität der Medizin**  
Von Dr. med. Josef Sachs, Psychiater, Brugg
  
- 16 Gefestigt und bereit für den Wandel**  
Von Roger Tschumi
  
- 17 Junge Hausärzte – ein knappes Gut**  
Von Roger Tschumi
  
- 17 FC Hausärzte gegen FC Spitalärzte**  
Von Ruedi Wartmann
  
- 18 Ceterum Censeo: Denn sie wissen nicht, womit sie es zu tun haben**  
Von Dr. med. Gregor Dufner



Liebe Leserinnen und Leser

Im **Gespräch mit Pius Zängerle**, dem Direktor des Krankenkassenverbandes curafutura, gewinnt man den Eindruck echter Wertschätzung für die Hausarztmedizin. Als Mathematiker und Ökonom ist es für ihn selbstverständlich, dass unsere Arbeit angemessen entschädigt werden soll. Bürokratische Leerläufe seien zu überprüfen (z. B. Inkontinenzzeugnis – für mich absoluter Spitzenreiter unsinniger Atteste). Wo TARMED-Sorgen uns begleiten, ruft er dazu auf, einen Schritt auf die Krankenversicherer zu tun. Was sich die Argomed seit Jahren auf ihr Banner geschrieben hat. Herr Zängerle unterstreicht die Bereitschaft zur konstruktiven Zusammenarbeit mit den curafutura-Krankenkassen CSS, Helsana, Sanitas und KPT. Argomed bleibt am Ball (siehe Interview Seite 4)!

Ein Wechselbad der Gefühle löst der **geplante TARMED-Eingriff des Bundesrates** aus. Lesen Sie dazu konträre Meinungen und die ausführliche Stellungnahme der Argomed an den Bundesrat (Seite 8).

Dr. med. Urs Stoffel präsentierte im Rahmen einer Argomed-Plattform interessierten Argomed-Ärzten einen vertieften Einblick über die geplanten Eingriffe und deren komplexe Auswirkungen aus der Sicht der FMH (Seite 10).

Während der hausärztliche Zuschlag bestehen bleiben soll und uns die Dignitätseinebnung als vermeintliche (hauchdünne) Gewinner aussehen lässt, ist die Umwandlung des Status in eine reine Zeitleistung und insbesondere die Limitierung der Arbeit in Abwesenheit des Patienten eine inakzeptable Abwertung. Und sie gefährdet die Betreuung chronisch Kranker. Wenn es denn so kommen sollte.

Ein Urteil des Kantonsgerichts Luzern, die lineare Abwertung der Technischen Leistung beim bundesrätlichen TARMED-Eingriff 2014 widerspreche dem KVG und sei nicht sachgerecht, lässt aufhorchen. Fortsetzung folgt. Mit Sicherheit.

**Dr. med. Gregor Dufner**

# «Wir sollten unsere Vorurteile ablegen und aufeinander zugehen»

Interview mit Pius Zängerle, Direktor des Krankenversicherungsverbandes curafutura



Pius Zängerle

**Defacto:** *Kennen Sie Argomed?*

**Pius Zängerle:** Ja, ich kenne Argomed als integriertes Versorgungsetz. Ich hatte ausserdem kürzlich das Vergnügen, Argomed-Ärzte an einem Workshop in Scuol kennenzulernen.

*Wie ist das Verhältnis von curafutura zu santésuisse?*

Das Verhältnis ist nicht störungsfrei, es gibt noch offene Baustellen, die nicht gelöst sind. Wie Sie wissen, endete unsere Beziehung in einer Scheidung.

*Was halten Sie vom Prinzip der «Kostenneutralität»? Ist dieses Prinzip ein Tabu bzw. eine heilige Kuh im Schweizer Gesundheitswesen?*

Man muss bei dieser gesetzlichen Vorgabe differenzieren: Es geht hier nicht um eine Kostenbremse oder um ein Globalbudget, sondern um ein Prinzip, das die Prämienzahler vor Kostensprüngen schützt. Ein Tarifwechsel darf nicht zu Mehrkosten führen. Das ist legitim und verständlich. Das heisst aber nicht, dass eine Tarifrevision mit einer dynamischen Kostenneutralität ge-

koppelt werden muss. Dies im Unterschied zur statischen Kostenneutralität, die einzuhalten ist. Insofern bedauern wir schon, dass die Ärzteschaft letztes Jahr den Revisionsvorschlag abgelehnt hatte.

*Sie machen demnach die Ärzte verantwortlich, dass es nicht zu einer Revision gekommen ist?*

Nein! Ich spreche vom negativen politischen Druck, der auf künftige Revisionen entstanden ist, weil die FMH letztes Jahr siebenfach Nein gesagt hat.

*Wer die Kostenneutralität aus einem grösseren Kontext betrachtet, fragt sich aber schon, wem – ausser den Krankenversicherern – das strikte Einhalten der Kostenneutralität nutzt? Warum darf Medizin angesichts der Bedeutung für die Gesundheit und des Fortschrittes nicht mehr kosten? In anderen Politikbereichen – zum Beispiel in der Landwirtschaft, Energie, Bildung – wird selten bis nie mit der Kostenneutralität argumentiert.*

Vorsicht: Die Kostenneutralität kommt den Versicherten zugute, die Jahr für Jahr zwischen vier und fünf Prozent mehr Prämien bezahlen, obwohl sie nicht nach vier bis fünf Prozent mehr Leistungen verlangen! Kein Sektor erlebt ein derart starkes Kostenwachstum wie der Gesundheitsbereich. Und gerade deshalb fordert der Gesetzgeber eine Kostenneutralität. Man könnte diesen Druck reduzieren, indem man Tarife für Grundversorger und Spezialisten differenziert, statt alle über einen Leisten zu schlagen. Da aber auch diese Lösung Nachteile hat, forcieren wir sie nicht. Aber wir schliessen sie auch nicht aus.

*Aus der Sicht der Ärzte sieht das anders aus. Die Einnahmen der Hausärzte bleiben statisch, also immer gleich. Das einzig dynamische war die Zunahme der Lohnkosten und der Einkaufskosten, aber auch die Zunahme der Ansprüche an die Qualität. Wir Hausärzte merken von dieser Dynamik auf der Einnahmeseite nichts.*

Das stimmt so nicht. Der Tarifeingriff 2014 hat den Grundversorgern rund 200 Mio Franken Mehreinnahmen verschafft. Und auch der geplante Tarifeingriff von Bundesrat Berset stellt die Grundversorger wiederum besser.

*Das hiess es schon bei der Einführung des TARMED, was nachweislich nicht stimmte. Tatsache ist – und unsere Berechnungen zeigen das auch auf –, dass der aktuelle Eingriff, den Bundesrat Berset jetzt plant, ganz*

klar eine Aufwertung der hausärztlichen Leistungen bedeutet. Wir bei curafutura finden das richtig und gut. Ich kann nicht ganz nachvollziehen, warum die Grundversorger nicht selbstbewusster innerhalb der FMH auftreten und gegen die eigenen Interessen stimmen. Ist es eine Solidarität mit den Spezialisten, aber gegen die eigenen Interessen? Geht es um die Einheit der Ärzteschaft?

*Wir möchten das an einem konkreten Beispiel exemplifizieren. Wie bewerten Sie die Tarifposition «Leistung in Abwesenheit»? Diese Arbeit wird im Kanton Aargau mit CHF 15.80 honoriert. Ist das Ihrer Meinung nach in Ordnung?*

Grundsätzlich sind wir für eine faire Vergütung. Dafür braucht es aber einen faktenbasierten Ausweis und Grundlagen, die wir bis heute nicht erhalten haben. Das heisst: Wir benötigen mehr Transparenz. Was die Leistungen in Abwesenheit betrifft, begrüssen wir den Vorschlag des Bundesrates, dass es jetzt eine Präzisierung geben soll. Das ist auch für uns ein Schritt in die richtige Richtung. Heute ist diese Rechnung intransparent. Wir sind als Versicherer nicht der Ansicht, dass der Arzt gratis arbeiten soll. Aber die Ärzte – insbesondere die FMH – müssen auch einen Beitrag leisten, dass die Transparenz endlich hergestellt wird.

*Was wir mit diesem Beispiel zeigen wollen: Die Büroarbeit nimmt immer mehr zu, ohne dass sie entsprechend abgegolten wird. Ein Hausarzt, der heute im Schnitt 8–9 Stunden pro Tag in der Praxis ist, macht ca. 2–4 Stunden Büroarbeit. Die Versicherer sind sich offenbar nicht bewusst, wie wichtig diese Arbeit ist, zudem suggerieren sie, dass das unrechtmässig erworbenes Geld sei. Die Ärzte fühlen sich von den Versicherern deswegen im Stich gelassen.*

Gerade Sie bei der Argomed haben doch die Möglichkeit mit vielen Versicherern spezielle, pauschalierte oder teilpauschalierte Modelle und Verträge abzuschliessen. Gerade unsere Versicherer sind ganz sicher motiviert, mit Ärzten wie Ihnen konstruktiv zusammenzuarbeiten und die notwendigen Leistungen fair zu honorieren. Denn wir wollen schliesslich, dass die Bevölkerung gut versorgt ist, und dazu gehört ein faires Entgelt der Ärzte. Gleichwohl müssen wir andererseits feststellen, dass es Leistungserbringer gibt, die das System schamlos ausnutzen und überhöhte Rechnungen stellen. Es kann nicht sein, dass sich diese auf dem Buckel der Prämienzahler bereichern.

*Da sind wir gleicher Meinung. Die Ärzte haben das gleiche Interesse wie Sie: Wir wollen keine schwarzen Schafe, die das*

## curafutura

Die Krankenversicherer CSS, Helsana, Sanitas und KPT haben im April 2013 den Verband «curafutura» gegründet, nachdem sie aus der santésuisse ausgetreten waren. Präsident ist der Arzt und FDP-Nationalrat Ignazio Cassis, Direktor ist seit 2015 Pius Zängerle. Mit der CSS und der Helsana sind die Nummern 1 und 3 der Branche vertreten. curafutura vertritt rund 4 Millionen Schweizerinnen und Schweizer bzw. ca. 43 % der Bevölkerung. Mehr zu curafutura unter [www.curafutura.ch](http://www.curafutura.ch).

Die Spaltung der santésuisse zeichnete sich seit Jahren ab, weil es zwischen den gut 60 im Verband zusammengeschlossenen Kassen oft Interessenskonflikte gegeben hatte. Zuletzt verstärkten sich die Spannungen bei der Frage des Risikoausgleichs. Die nun in curafutura vertretenen Kassen waren für eine Verfeinerung des Risikoausgleichs.

*Image aller andern Ärzte beschädigen. Wer sind denn Ihrer Erfahrung nach die schwarzen Schafe genau?*

Es sind diejenigen, die primär ihr Einkommen mit allen Mitteln maximieren und denen es weniger um das Patientenwohl und schon gar nicht um die Prämienzahler geht.

*Ist Ihrer Meinung nach die Rechnungssteller-Statistik (RSS) ein geeignetes Mittel, um schwarze Schafe aufzudecken?*

Nicht nur. Mit der RSS können wir nicht alle schwarzen Schafe herausfiltern. Dazu braucht es noch weitere Massnahmen.

*Welche?*

Es braucht u. a. Anpassungen bei den Anreizen. Und es braucht eine Tarifrevision mit einem Tarif, der in der Folge gemeinsam von Ärzteschaft und Versicherern weiterentwickelt wird. So wie das bei den stationären Tarifen recht gut funktioniert.

*Enthält diese Kritik auch ein Stück Selbstkritik?*

Ja, dieser Eindruck ist richtig. curafutura wurde unter anderem gegründet, um Blockaden in der Tarifierung zu lösen. Allerdings erweist sich dies als nicht ganz einfach, auch wenn wir zuversichtlich sind, dass wir – Schritt für Schritt – einen Beitrag zur Entwicklung unseres Gesundheitssystems leisten können.

*Bei den WZW-Kriterien sind Sie gegenüber den Ärzten auf die Obergrenze fixiert: Gehen die Untersuchungen auch in Richtung Unterversorgung? Was passiert mit einem Arzt, der einen 65%-RSS-Schnitt ausweist? Ist Ihrer Meinung nach bei einem solchen Schnitt die Qualität der Medizin noch gewährleistet?*

Wir sorgen uns bei den WZW-Kriterien vor allem ums Z – um die Zweckmässigkeit. Der Nachweis der Indikationsqualität fehlt völlig!

*Wir Ärzte haben vor allem den Eindruck, dass sich die Versicherer primär ums W – die Wirtschaftlichkeit – kümmern. Die*

*Zweckmässigkeit kollidiert bei uns oft mit den Patientenerwartungen. Wie sollte man Ihrer Meinung nach mit überzogenen Patientenerwartungen umgehen?*

Sie sprechen ein wichtiges Thema an. Genau bei solchen Fragen sollten wir – Versicherer und Ärzte – mehr als bisher zusammenarbeiten. Wir sollten unsere gegenseitigen Vorurteile ablegen und aufeinander zugehen. Vor allem bei der integrierten Grundversorgung sehe ich gute Möglichkeiten der Zusammenarbeit. Es geht beim Thema Patientenerwartung letztlich vor allem um eine Umgewichtung der Anreize. Wir alle – und damit meine ich die Versicherer, die Leistungserbringer und die Patienten – müssen dazu einen noch grösseren Beitrag leisten. Es gibt ein Optimierungspotenzial.

*Ob die Patienten dazu bereit sind? Die meisten Patienten sagen sich doch: Wenn ich schon so hohe Prämien bezahlen muss, dann will ich auch alles erhalten, was möglich ist. Wie wollen Sie einer solchen Haltung wirksam begegnen?*

Sie haben recht: Man kann diese Einstellung nicht in einem Jahr ändern. Trotzdem müssen wir etwas tun, wir können nicht untätig bleiben. Wir müssen das System so umbauen, dass diejenigen belohnt werden, die mithelfen, Kosten zu vermeiden oder zu sparen. Dazu gehören eben die Hausärzte der integrierten Versorgung. Da gibt es viele gute Ansätze.

*Aus Sicht der Ärzte gibt es vor allem im administrativen Bereich Handlungsbedarf, weil die Versicherer nach wie vor zu viele, zu unsinnige und unnötige Vorschriften stellen. Ein Beispiel: Die MDS-Pflegestufenzeugnisse für Patienten in einem Alters- oder Pflegeheim. Oder die Inkontinenzgrade. Es ist doch unsinnig, von uns Ärzten zu verlangen, ein Zeugnis auszustellen, welchen Inkontinenzgrad ein Patient hat. Das wissen wir oft nicht genau, das gehört ins Pflichtenheft der Pflegenden. Ins gleiche Kapitel gehören Verlaufsberichte zu Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie.*

Das kann ich im Detail nicht beurteilen. Aber offenbar haben wir hier in der Tat einen Leerlauf, den man anders lösen müsste – Stichwort Interprofessionalität. Gerade die Behandlung der Inkontinenz könnte man doch den Pflegenden oder an die Praxisassistentinnen delegieren. Dazu braucht es allerdings einen entsprechenden Tarif. Auch hier braucht es Grundlagen und Fakten, auch hier rufe ich Sie auf: Machen Sie mit, liefern Sie Fakten! Und auch hier gilt: Gehen wir pragmatisch vor und verzichten wir darauf, immer allen alles recht machen zu wollen.

*Zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen: Sind die 5–6% Verwaltungskosten durch die Versicherer nicht zu hoch?*

Ich glaube nicht, dass ein Kostensatz von knapp 5% zu hoch ist. Die Versicherer sind engagiert, keine unnötigen Kosten zu generieren. Sie stehen gegenseitig im Wettbewerb. Zu hohe Kosten schlagen sich in höheren Prämien und letztlich weniger Kunden nieder. Das will kein Versicherer.

*Welches ist Ihre Meinung zum Ärztemangel?*

Es gibt keinen Ärztemangel heute, im Gegenteil. Wir haben teilweise eine Ärzteschwemme. Konkret: Wir haben zu viele Spezialisten in der Schweiz und zu wenig Hausärzte.

*Welchen Wunsch haben Sie an die Leser des Defacto – an die Argomed-Ärzte?*

Ich rufe Sie auf: Arbeiten Sie mit uns zusammen. Helfen Sie mit, gemeinsame Lösungen zu entwickeln! Noch mehr als bisher! Wir bieten Hand dazu.

**Die Fragen stellten Dr. med. Gregor Dufner und Bernhard Stricker, lic.phil., Redaktor Defacto**



## Der Hintergrund: die TARMED-Revision

**Bundesrat Berset hat im Namen des Gesamtbundesrates den Ärztetarif TARMED im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz erneut überarbeitet und im März 2017 in die Vernehmlassung geschickt (bis am 21. Juni 2017). Er tat dies, weil sich die Tarifpartner in den letzten Jahren nicht auf eine Gesamtrevision einigen konnten. Inhaltlich geht es u.a. um eine Erhöhung der Transparenz, um die Reduktion von Fehlanreizen und um mehr «Sachgerechtigkeit», was gemäss Bundesrat zu jährlichen Einsparungen von rund 700 Millionen Franken führt.**

Der Bundesrat hatte die Tarifstruktur bereits auf den 1. Oktober 2014 angepasst und dabei vor allem die Entschädigungen

für bestimmte technische Leistungen linear gesenkt. Die neuen Anpassungen sind differenzierter und haben zum Ziel, die Tarifstruktur sachgerechter auszugestalten. Dazu gehört, dass Leistungen nicht mehr nach der unterschiedlichen Dauer der ärztlichen Weiterbildung bewertet werden sollen. Heute erhalten die Spezialisten aufgrund dieser Regelung höhere Vergütungen als Grundversorger. Neu wird entsprechend dem Medizinalberufegesetz eine einheitliche Dauer der Weiterbildung vorausgesetzt. Zudem datiert die Bewertung vieler ärztlicher Leistungen aus den 1990er-Jahren. Viele dieser Leistungen benötigen dank des medizinisch-technischen Fortschritts heute weniger Zeit, entsprechend sind die heutigen Abgeltungen zu hoch.

Weiter werden verschiedene TARMED-Abrechnungsregeln geändert und präzisiert. Dies betrifft unter anderem die Tarifpositionen, mit welchen Ärztinnen und Ärzte «Leistungen in Abwesenheit des Patienten» abrechnen.

Die Anpassungen sollen auf den 1. Januar 2018 in Kraft treten, da es sonst ab Anfang 2018 keine gemeinsam vereinbarte Tarifstruktur mehr geben würde. Sie sind eine Übergangslösung.

Für **curafutura** ist der geplante Tarifeingriff des Bundesrates völlig berechtigt, aber nur ein Zwischenschritt. curafutura unterstützt daher die vorgeschlagenen Anpassungen und setzt sich weiterhin für eine tarifpartnerschaftliche Revision des Arzttarifs ein.



**Mepha-Generika –  
für fast jedes Original  
eine Alternative.**



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

2117

Die mit dem Regenbogen

**mepha** 

# Ein-Griff mit Nebenwirkungen

Stellungnahme der Argomed Ärzte AG zur geplanten Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung.

Bundesamt für Gesundheit  
 Direktionsbereich Kranken- und  
 Unfallversicherung  
 Abteilung Leistungen  
 Schwarzenburgstrasse 165  
 3003 Bern

Lenzburg, 16.06.2017

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
 Sehr geehrte Damen und Herren

Die Argomed Ärzte AG ist die grösste Managed-Care-Organisation der Schweiz und vereint über 700 angeschlossene Hausärztinnen und Hausärzte in 18 Ärztenetzen. Unsere Ärzte betreuen mehr als 400'000 Versicherte in Hausarztmodellen sowie gesamthaft rund 1,2 Millionen Patienten. Ausgehend vom Kanton Aargau erstreckt sich das Einzugsgebiet in die benachbarten Kantone Bern, Luzern, Solothurn und Zug.

Eine effiziente und kostensparende Leistungserbringung, hohe Betreuungsqualität, unterstützt durch über 60 Qualitätszirkel, sowie innovative Lösungen bei der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit und in der Versorgungsplanung sind seit 1998 unsere zentralen Ziele. Damit stehen wir im Einklang mit den vom Bundesrat formulierten Zielen von «Gesundheit2020».

Die vorliegende Stellungnahme der Argomed Ärzte AG zum vorgeschlagenen Eingriff des Bundesrates in die aktuelle Tarifstruktur TARMED ist keine blosser Vertretung der Partikularinteressen einer grösseren Gruppe von Hausärzten, sondern beansprucht für sich getreu unseren Werten und Zielen eine ganzheitliche und systembezogene Sicht. Wir bedanken uns im Voraus für eine aufmerksame Kenntnisnahme und wohlwollende Würdigung unserer aufgeführten Argumente.

## 1. Einsparung von CHF 700 Mio.:

In der Vorlage findet sich weder ein Hinweis noch eine nachvollziehbare Herleitung, wie diese Summe zu Stande kommt. Ohne fundierte Begründung muss die Angemessenheit des



Die vorgeschlagenen Limitationen sind nicht sachgerecht, sie führen zu einer Schwächung des Hausarztes und damit der integrierten Versorgung.

Einsparziels von CHF 700 Mio. ernsthaft angezweifelt werden.

## 2. Die Weiterführung der Anpassungen von 2014 gemäss Version 01.08 BR, namentlich der Zuschlagsposition 00.0015:

Wir begrüßen die Weiterführung der Anpassungen von 2014, namentlich der Zuschlagsposition 00.0015, als politisch wichtiges Signal, denn der TARMED ist einseitig techniklastig und bedroht deshalb die ärztliche Grundversorgung nach wie vor existenziell.

Bei dieser Gelegenheit weisen wir gerne darauf hin, dass mit intellektueller Leistung erzielte Einsparungen weder im Tarif noch auf unseren Rechnungen abgebildet werden können. Sie sind aber im realen Leben eine wirtschaftlich relevante Tatsache.

## 3. Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen:

Im Grundsatz sind wir einverstanden. Die Reduktion des Dignitätsfaktors von 1.00 auf 0.968 ist für uns jedoch nicht akzeptabel, weil nicht sachgerecht; ebenso die Reduktion des Taxpunktolumens um 60 Mio. TP als Sicher-

heitsmarge zur Vermeidung einer vermeintlichen Kostenerhöhung.

*Konkreter Vorschlag der Argomed:  
 Zurücksetzung des quantitativen Dignitätsfaktors auf einen Wert von 1.00 für alle Leistungen.*

## 4. Leistungen in Abwesenheit des Patienten:

Diese geplante Anpassung trifft insbesondere gut funktionierende Managed-Care-Modelle ganz empfindlich, und wir sehen hier dringend Handlungsbedarf. Die vorgeschlagenen Limitationen verunmöglichen die konkreten Bemühungen unserer Hausärzte für eine interprofessionelle und kosteneffiziente Steuerung und Koordination der Patienten in unseren Managed-Care-Modellen.

## 4a. Leistungen in Abwesenheit des Patienten:

- Die Aufschlüsselung in Pos. 00.0141-7 erhöht die Transparenz unter Inkaufnahme eines für uns akzeptablen bürokratischen Mehraufwandes.



- «Vergessen» wurden interessanterweise die für uns alltäglichen und nicht immer gut begründeten Rückfragen und Begehren von Kostenträgern/Versicherungen.
- Kurze Zeugnisse und Berichte von weniger als 10 Zeilen Umfang werden von den Abwesenheitspositionen ausgenommen – offenbar in der Annahme, solche Arbeiten würden nur in Anwesenheit des Patienten erbracht (Verweis auf «Grundleistungen»). Dies ist in keiner Weise der Fall. Man stelle sich vor, jeder Patient müsste für eine solche Leistung zwecks Erzeugung einer Grundleistung extra eine Arztkonsultation auslösen.

#### Konkrete Vorschläge der Argomed:

- *Schaffung einer Pos. 00.0148 «Auskünfte und Abklärungen im Auftrag von Versicherungen und Kostenträgern, pro 5 Minuten», in jedem Fall ohne Limitation und ohne Anrechnung an die Limitation der übrigen Positionen «in Abwesenheit» 00.0141-7.*
- *Zudem Pos. 00.0146 anwendbar auch für kurze Zeugnisse und Berichte (z. B. für Arbeitgeber), nicht in gleicher Sitzung wie Berichte gemäss Kapitel 00.06.*

#### 4b. Limitation auf 6x5 Minuten pro 3 Monate:

Für die grosse Mehrheit der Praxisfälle ist die vorgeschlagene Zeit-Menge ausreichend. Unter die Räder kommen aber einmal mehr polymorbide und hilflose, oft ältere Patienten mit hohem Steuerungsaufwand. Es ist irritierend, wenn in der umfassenden Strategie «Gesundheit2020» Interprofessionalität gefördert und gefordert werden soll, deren Umsetzung dann aber durch aktuelle Unterlassungen bzw. Limitierungen im Tarif völlig unterbunden wird.

Die höchsten individuellen Kosten – mit dem grössten Einsparpotenzial durch verbesserte hausärztliche Steuerung – fallen bekanntlich bei diesen relativ wenigen Patienten mit komplexen Problemen an.

Steuerung erfolgt nicht nur in der Sprechstunde durch Information, Motivation und Verlaufsdocumentation, sondern regelmässig auch durch Absprachen unter Leistungserbringern in Abwesenheit der Betroffenen. Bei dieser Tarifposition zu sparen, wird sich aus unserer Sicht als Bumerang erweisen, denn die wenigen zusätzlichen 140er-Leistungen oberhalb der willkürlich festgelegten Limitation haben in dieser hauptbetroffenen Patientengruppe eine grosse Hebelwirkung auf die Effizienz und Einsparung weiterer Leistungen bzw. Kosten.

#### Konkrete Vorschläge der Argomed:

- *Weglassen der Limitation.*

- *Falls die Limitation nicht weggelassen wird, Schaffung einer Position 00.0149 mit Bezug zu Positionen 00.0141-146 (evtl. 148, vgl. oben), «Komplexfall» mit Taxpunkt-wert 0 (AL und TL), welche die Limitierung aufhebt und in besonderen Fällen auf Verlangen der Kasse begründet und dokumentiert werden muss.*

#### 5. Umwandlung der Handlungsleistungen «Untersuchung durch den Facharzt ...» in Zeitleistungen:

Dieser Eingriff ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht. Die Handlungsleistungen einfach in Zeitleistungen zu verwandeln und gleichzeitig zu limitieren, eliminiert den bisher vorhandenen Anreiz zu effizienter Leistungserbringung. Die teilweise belassenen Spezifikationen der Untersuchung sind für eine Anwendung im Sinn einer Zeitleistung nicht anwendbar, da ungeeignet und widersprüchlich, v. a. auch in Verbindung mit Pos. 00.0425.

Eine Abwertung durch Überführung in einen reinen Zeittarif untergräbt das Kernstück der Sprechstunde des Hausarztes: Anamnese, Untersuchung und Beratung des Patienten. Nur die Pflege und Würdigung dieser Kerntätigkeit ermöglichen es, weitere Schritte selektiv, zielgerichtet und dadurch kosteneffizient zu veranlassen. Zudem sei daran erinnert, dass der kleine und grosse Status bereits im jetzigen Tarif mengenmässig limitiert ist.

#### Konkrete Vorschläge der Argomed:

- *Verzicht auf eine Umwandlung von Handlungsleistungen in Zeitleistungen.*
- *Falls zu Zeitleistungen umgewandelt wird, sollten diese zumindest konsistent und ohne Limitation formuliert werden.*

#### 6. Limitationen auch für elektronisch abrechnende Fachärzte:

«Limitationen dienen grundsätzlich dazu, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (...) zu garantieren. Werden sie nicht eingehalten bzw. können sie nicht kontrolliert werden, ist die Leistungserbringung nicht wirtschaftlich» (Kommentar S12/26).

Einverstanden sind wir mit der Feststellung, dass die seinerzeitige Begründung für die Aufhebung der Limitationen «für elektronisch abrechnende Ärzte» heute obsolet ist. Ohne elektronische Hilfsmittel mit TARMED korrekt und differenziert abrechnen zu wollen, ist in der Tat schwierig.

Die eingangs zitierte Begründung kann jedoch gar nicht überzeugen. Wir bezweifeln, dass Limitationen in diesem Zusammenhang das richtige Instrument sind. Kostenkontrollen kön-

nen mit einem gezielten Monitoring durchgeführt und Massnahmen nötigenfalls gezielt ergriffen werden. Der Tarif darf nicht den Inhalt der ärztlichen Leistung bestimmen. Limitationen sind versteckte Rationierungsmassnahmen.

#### 7. Punktion und Blutentnahme:

Die neue Interpretation stimmt besser mit der Alltagsrealität in unseren Praxen überein und wird deshalb vorbehaltlos begrüsst.

#### 8. Position 00.0610:

Die Umtarifung ist sachgerecht, die Präzisierung der Interpretation liegt wohl im Ermessen der Behörde.

#### 9. Zeitspanne für Einführung des neuen Tarifs:

Wir bitten um frühzeitige Bekanntmachung der ab 01.01.2018 gültigen Tarifversion, damit die nötigen Umstellungen geordnet und sauber durchgeführt werden können. Für Anpassungen der Abrechnungsprogramme durch die Software-Anbieter soll genügend Zeit eingeräumt werden.

Zusammenfassend halten wir fest, dass die Argomed Ärzte AG dem Tarifeingriff grundsätzlich verständnisvoll und vorwiegend positiv gegenübersteht. Die Abwertung der ärztlichen klinischen Untersuchung, welche die nachgelagerten diagnostischen und therapeutischen Schritte weitgehend bestimmt, ist jedoch nicht konsistent mit dem deklarierten Ziel der Tarifierfassung. Wir lehnen sie dezidiert ab. Die neu eingeführten Limitationen für Leistungen in Abwesenheit des Patienten behindern gerade in den Fällen, wo dies am nötigsten ist, die kosteneffiziente, interprofessionelle Koordination zum Wohle der Patienten. Die vorgeschlagenen Limitationen sind per se nicht sachgerecht, führen zu einer Schwächung des Hausarztes und damit der integrierten Versorgung.

Mit freundlichen Grüssen

**Dr. med. Wolfgang Czerwenka**  
Präsident des Verwaltungsrates

**Dr. med. Severin Lüscher**  
Vizepräsident des Verwaltungsrates

**Dr. sc. nat. Claudine Blaser Egger**  
Geschäftsführerin

# Der TARMED-Eingriff des Bundesrates aus Sicht der FMH

Dr. med. Urs Stoffel, Departementsverantwortlicher Ambulante Versorgung und Tarife der FMH, hielt vor gefülltem Auditorium im Hotel Aarauerhof in Aarau im Rahmen der Argomed-Plattform ein fundiertes Referat über den vom Bundesrat geplanten Tarifeingriff. Die FMH wird eine umfassende und differenzierte Vernehmlassung eingeben unter Berücksichtigung der Vernehmlassungen der einzelnen Verbände. Nach einem Überblick über die geplanten Änderungen im TARMED wurde auch speziell auf die Auswirkungen für die anwesenden Grundversorger eingegangen. VR-Vizepräsident Dr. med. Severin Lüscher führte durch die anschliessende angeregte Diskussion in diesem mit vielen Fragezeichen besetzten Thema.

## Vorbemerkung Kostenneutralität

Bei diesem auf der TARMED-Version 1.08\_BR basierenden Tarifeingriff sind rund 700 Mio. Franken Einsparungen geplant! Sie betrifft ausschliesslich die ambulante Medizin. Von kostenneutralem Eingriff kann also nicht mehr gesprochen werden. Der geplante Tarifeingriff ist einerseits eine Umverteilung und insgesamt eine deutliche Sparvorlage. Die TARMED-Änderungen und der zugehörige Tarif-Browser sind auf der FMH-Homepage unter der Rubrik «my fmh» einzusehen. Die Kollateralschäden (Kindermedizin, Psychiatrie usw.) des geplanten Tarifeingriffs sind erheblich.

## Rückblick auf den Tarifeingriff des Bundesrates 2014

2014 war der bundesrätliche Eingriff gekennzeichnet durch eine lineare Absenkung von 8,5% bei den technischen Leistungen in ausgewählten TARMED-Kapiteln. Der aktuelle geplante bundesrätliche Tarifeingriff ist indes viel komplexer.

## Massnahme 1: Einebnung der quantitativen Dignitäten

Die Dignitäten werden vereinheitlicht 0.968 (Abb. 1). Während dies für die meisten Hausärzte mit einer bisherigen Dignität von 0.905 (FMH5) eine Aufwertung bedeu-

tet, führt dies insbesondere bei hohen Dignitäten mit entsprechend langen Weiterbildungszeiten zu empfindlichen Einbussen (Abb. 2). Praktische Ärzte werden einer Dignität von 0.940 zugeteilt.

Abbildung 1



## Die Massnahmen im Detail

### Einheitlicher Dignitätsfaktor für alle Leistungen

- Quantitativen Dignitäten» sollen vereinheitlicht werden auf **0.968** von bisher:
  - FMH5 = 0.905
  - FMH6 = 1.0436
  - FMH7 = 1.086
  - FMH8 = 1.3046
  - FMH9 = 1.4785
  - FMH10 = 2.2625
  - FMH12 = 2.2625
- **Neu:** Absenkungsfaktor für den Praktischen Arzt von **0.94**







**Fazit**

Bei der aktuellen TARMED-Revision des Bundesrates wird der Anstieg der Personalkosten für nichtärztliches Personal nicht berücksichtigt. Es geht um eine einseitige Kürzung der ärztlichen Leistung. Einzelne ärztliche Leistungen (z. B. Star-Op) werden um 65 % abgebaut. Besonders betroffen sind spezialisierte Kliniken, die sich auf ein schmales Spektrum einzelner Leistungen spezialisiert haben.

Auch innerhalb der Fachgesellschaften kann es massive Verschiebungen geben, eine Überprüfung der eigenen Leistungen kann sich lohnen. Mit VOLUMIS online oder TARIS steht ein entsprechendes Tool der FMH zur Verfügung.

**Diskussion**

Der aus dem GRAT entwickelte TARMED wurde betriebswirtschaftlich auf einem TP von 1.00 berechnet, die erste Senkung er-

folgte schon bei Einführung der kantonalen TP-Werte, welche aktuell zwischen 0.80 bis 0.96 liegen. Speziell die Aufteilung des Status in eine reine Zeitleistung und die Limitationen bei der Position 00.0140 (max. 6x pro 3 Monate) gaben zu Besorgnis und Ärger Anlass und treffen die Hausarztmedizin. Insbesondere die fehlende Abbildung im Tarif bei Betreuung von komplexen chronischen Patienten wird bemängelt. Dies torpediert gerade das Ziel, für welches sich der Bundesrat in seiner eigenen Strategie «Gesundheit 2020» stark macht: die integrierte Versorgung. Auch die Kassen sollten eigentlich an einer gut vernetzten integrierten Versorgung interessiert sein. Andererseits wird anerkannt, dass überhöhte Spezialleistungen gekürzt werden. Stossend bei der Aufteilung der Position 00.0140 ist die fehlende Position «Arbeit in Abwesenheit auf Begehren der Kostenträger». Wie bisher fehlt eine Tarifposition

für einen Bericht <10 Zeilen. Diese über 00.0140 abzurechnen zu müssen, ist bei den geplanten Limitationen nicht akzeptabel.

Einigkeit darüber bestand, dass die Dignität mindestens 1 betragen müsste. Die MPA-Leistungen sind nicht neu definiert worden, was die Leistung der MPA – wie bisher – verzerrt. Fadenentfernung oder Infusion durch MPA jedoch bleiben weiterhin bestehen.

Die bisherigen Schwächen des TARMED sind unverändert. Es handelt sich um eine erneute Sparübung auf Kosten der Ärzteschaft. Dr. Stoffel versicherte, dass mit TARCO genau die diskutierten Schwachpunkte behoben werden sollen.

**Dr. med. Gregor Dufner**

## FMH greift Bundesrat und Politik frontal an

An einer Pressekonferenz am 20. Juni 2017 (ein Tag vor Ablauf der Vernehmlassungsfrist) hat die FMH den zweiten Tarifeingriff des Bundesrates unmissverständlich abgelehnt und zurückgewiesen. FMH-Präsident Dr. Jürg Schlup begründete die Ablehnung vor allem damit, dass der Eingriff die ambulante Versorgung massiv schwäche: «Diese Abwertung ambulanter Leistungen zielt an den Ursachen vorbei. Wer Kosten im Gesundheitswesen sparen will, muss mehr ambulant behandeln und weniger stationär.»

Das bundesrätliche Prinzip «ambulant vor stationär» wird von der FMH denn auch voll unterstützt und mitgetragen, nicht aber im Kontext des Tarifeingriffes, der nach Ansicht der FMH genau dieses Prinzip

untergrabe. Ausserdem fehle es an «Sachgerechtigkeit», was FMH-Zentralvorstandsmitglied Dr. Urs Stoffel an der PK zur Aussage bewog: «Der Eingriff basiert ausschliesslich auf den Vorschlägen der Versicherer, was bereits die gesetzlich bedingte Sachgerechtigkeit von vornweg ausschliesst.»

Für FMH-Vizepräsident Dr. Remo Osterwalder ist denn auch klar, dass es dem Bundesrat gar nicht so sehr um Kostensenkung, sondern vielmehr um «ein klares politisches Zeichen an die Ärzteschaft» gehe, und zwar, «weil die Politik nicht willens ist, die effektiven Ursachen der Kostensteigerung anzugehen!»

FMH-Präsident Dr. Jürg Schlup doppelte nach, indem er «die Politik» aufforderte,

«das Gesundheitssystem als Ganzes zu betrachten», die heutigen Fehlanreize (durch die ungleiche Tarifierung und Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen) zu beseitigen «und auf symbolische Strafaktionen zu verzichten.»

Fazit: Die Kritik am Bundesrat und an der Politik war eine Grundkonstante an der PK. Die FMH machte kein Hehl aus ihrer Enttäuschung über den bundesrätlichen Tarifeingriff und gab sich kämpferisch und entschlossen – im Ton freundlich, in der Sache aber hart.

**Bernhard Stricker**

# Die Ärzte sollen nochmals mit 700 Millionen bluten! Die Kassen freut's!

Die Sicht des Präsidenten der Ärztesgesellschaft Kanton Zürich zum Tarifeingriff

«Die Gesundheitskosten dürfen nicht weiter ansteigen!» «Die Krankenkassenprämien sind nicht mehr tragbar!» «Ärzte verdienen zu viel!» «Medikamente sind zu teuer!» «Die Ärzte und Krankenkassen haben keinen neuen Tarif eingereicht, also kürzen wir die Ärzteeinkommen um 700 Millionen Franken pro Jahr!» «Die Kosten im Gesundheitswesen steigen überproportional!» «Wir kürzen den Ärzten den Lohn, dann sinken die Prämien!»

Wenn es denn so einfach wäre!

Die Bevölkerung wächst ständig und wird bei guter Gesundheit immer älter. Selbstverständlich steigen die Kosten. Dank Prävention und Patienten-Empowerment verhindern wir bei Diabetikern teure Spätschäden. Diabetiker leben also besser und länger. Ob aber die Gesundheitskosten, die sie bis zum Tod verursachen, tiefer sind, hat noch nie jemand bewiesen, denn wenn sie nicht an den Komplikationen des Diabetes sterben, erleiden sie eine andere Krankheit, zum Beispiel ein Karzinom und eine teure Chemotherapie verlängert ihr Leben um einige Monate. Prävention ist zwar sinnvoll, spart aber bis zum Lebensende keine Kosten ein.

Es fällt also immer mehr Arbeit an, die bezahlt werden muss. Im Gegensatz zu den meisten anderen Wirtschaftszweigen können aber die personalintensiven Arbeiten nicht in Tieflohnländer verlagert werden. So auch die Arbeit am Patienten!

Es ist auch eine Tatsache, dass in jeder Gesellschaft mit dem Ansteigen des Brutto-sozialproduktes die Gesundheitskosten steigen. Je wohlhabender ein Land ist, desto höher sind seine Gesundheitskosten.

Die grosse Mehrheit der Bezüger von Gesundheitsleistungen ist nicht kostensensibel. Sie beziehen unbeschwert medizinische Leistungen. «Ich will wissen respektive sehen, was der Grund meiner Beschwerden ist, auch wenn das verlangte MRI keine therapeutischen Konsequenzen hat.» Müsste der Patient vorab Fr. 100.– selber bezahlen, würden signifikant weniger unnützer Untersuchungen durchgeführt.

Die Zürcher Spitäler melden zurzeit beachtliche Gewinne für das vergangene Jahr,

ausser den Zürcher Stadtspitälern wegen ihres grossen Abschreibungsbedarfes. Diese Gewinne und Abschreibungen wurden übrigens alle mit Krankenkassenprämien und Steuergeldern finanziert. Wo bleibt hier der Kürzungsantrag der Regierung?

Mit dem Tarifeingriff präsentiert der Bundesrat eine populistische Scheinlösung, angeblich um einen weiteren Prämienanstieg zu verhindern! Er senkt die Gehälter der Ärztinnen und Ärzten um 700 Millionen Franken. Gleichzeitig soll dann aber auch dem Grundsatz «Ambulant vor Stationär» nachgelebt werden und die Hausärzte bessergestellt werden. Wie soll das bitte aufgehen?

**Dr. med. Josef Widler,  
Präsident der Ärztesgesellschaft Kanton Zürich**

Weitere Infos: [www.aerzte-zh.ch](http://www.aerzte-zh.ch)

# Überreglementierung zerstört die Qualität der Medizin

Die Begleitstudie der FMH anlässlich der Einführung von SwissDRG (Befragung 2015) bestätigt eine Entwicklung, die wir alle schon seit Jahren feststellen: Der Fokus der ärztlichen Tätigkeit bewegt sich weg vom Patienten und hin zur Administration. Akutsomatiker verbringen noch einen Drittel und Psychiater – deren Arbeit eigentlich besonders personenbezogen sein sollte – sogar nur noch einen Viertel ihrer Arbeitszeit mit patientennahen Tätigkeiten<sup>1</sup>. Trotzdem üben die meisten Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf weiterhin mit Freude aus. Lediglich 10% eines Jahrgangs wechselt in eine branchenfremde Tätigkeit. Im Vergleich mit anderen Berufsgruppen sind das erst wenige, aber es werden immer mehr.

Sinkende Berufszufriedenheit und steigende Stressbelastung von Ärztinnen und Ärzten werden oft mit langen Arbeitszeiten, hoher Dienstbelastung und schlechter Vereinbarkeit des Berufs mit familiären Verpflichtungen erklärt. Das ist zwar richtig, aber nur eine Seite der Medaille. Die andere Seite gründet tiefer, nämlich in der Identifikation mit dem Beruf. Wer Medizin studiert hat, will als Mediziner arbeiten und nicht in erster Linie als kaufmännischer Sachbearbeiter oder als Mediamatiker. Als gut ausgebildete Fachpersonen wollen und sollen Medizinerinnen und Mediziner den Lead im Gesundheitswesen behalten und sich nicht dem Diktum der Ökonomie unterordnen.

Seit ich in der Medizin tätig bin, ist der Aufwand für Dokumentation jährlich angestiegen. Jede einzelne Zusatzaufgabe, zum Beispiel Kurzberichte für Krankenkassen oder differenzierte Dokumentation der Arbeitszeit, erschien sinnvoll, und deren Aufwand wurde jeweils auf höchstens fünf bis zehn Minuten pro Tag veranschlagt. Aber «Kleinvieh macht auch Mist», alles zusam-



Dr. med. Josef Sachs

men nimmt schnell mal eine Stunde oder mehr in Anspruch. Vor 25 Jahren wurde uns versprochen, dass die Informatik alles vereinfachen werde. Es werde weniger Papier gebraucht und der Mensch werde von administrativen Arbeiten entlastet, hiess es. Das Gegenteil ist eingetroffen. Wir sitzen länger im Büro und verbrauchen mehr Papier als je zuvor.

Verursacht wird die Zunahme der Administration durch die Verpflichtung zur Schriftlichkeit bei allen Entscheidungsschritten, durch die Verrechtlichung der Medizin und nicht zuletzt durch das Gebot der Wirtschaftlichkeit. Es ist ja auch sinnvoll, dass unsere Arbeit transparent und nachvollziehbar ist. Leider ist die zunehmende Dokumentationspflicht aber auch Ausdruck

einer zum Teil ausufernden Reglementierung der ärztlichen Tätigkeit. Dahinter steckt wohl eine gehörige Portion Misstrauen gegen unseren Berufsstand. Mit vermehrter Reglementierung wird versucht, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Medizin zu verbessern.

Der Versuch, die Qualität der Medizin durch mehr Reglementierung zu verbessern, stösst dort an Grenzen, wo Medizin nicht nur eine angewandte Wissenschaft, sondern eine Kunst ist. Reglementarische Einengung verbessert die Qualität dieser Kunst nicht, sondern zerstört gerade das, was sie zu verbessern trachtet. Ärztliche Kunst braucht Freiheit. Sie dient den Patienten, die behandelt und nicht bloss «gemanagt» werden wollen: Patients are patients, not customers. Patients need care, not management<sup>2</sup>.

Die Freiheit, die notwendig ist, um gute Medizin anzubieten, ist nicht umsonst zu haben. Sie setzt ein Vertrauen in die Ärzteschaft voraus, das eingelöst werden muss. Dazu brauchen wir nicht nur genügend, sondern auch hervorragend ausgebildete Ärztinnen und Ärzte. Daran möge bei der Erhöhung der Zahl der Medizinstudenten gedacht werden.

**Dr. med. Josef Sachs, Psychiater, Brugg**

<sup>1</sup> Schweizerische Ärztezeitung 2016;97(1):6–8

<sup>2</sup> George J. Annas, New England Journal of Medicine 1995; 333:1650

# Gefestigt und bereit für den Wandel

Am 1. Juni 2017 fand die 20. Generalversammlung der Argomed Ärzte AG im Hotel Krone in Lenzburg im Beisein von 33 Aktionären statt. Die Argomed konnte wiederum ein sehr erfolgreiches Geschäftsjahr verzeichnen. Die neue Geschäftsführerin Claudine Blaser wurde von den Anwesenden herzlich begrüsst.

Dr. Wolfgang Czerwenka blickte auf ein bewegtes erstes Geschäftsjahr als Präsident des Verwaltungsrats zurück und beleuchtete in seinem Referat die Veränderungen im Gesundheitswesen, die sich auch auf die Hausarztmedizin auswirken werden. Der medizinisch-technische Fortschritt, demografische Veränderungen in der Gesellschaft und die Verknappung in der Ärzteschaft werden zu einer höheren Arbeitsteilung im Gesundheitswesen führen. Die integrierte Versorgung wird somit wichtiger denn je. Der Begriff der medizinischen Grundversorgung wird breiter gefasst. Dies führt zu neuen Kooperationen und Modellen, zum Beispiel mit Apotheken.

Die Arbeit der Hausärztinnen und Hausärzte wird sich durch den technologischen und gesellschaftlichen Wandel verändern. Managed Care wird für Patienten und Ärzte zur Selbstverständlichkeit. Die Versicherer drängen vermehrt auf Modelle, bei denen die Messbarkeit von Leistungen eine bedeutendere Rolle einnimmt. Die Argomed will hier als Partnerin auf Augenhöhe eine führende Rolle in der Weiterentwicklung von neuen Managed-Care-Modellen einnehmen. Die Hausärztinnen und Hausärzte sollen auch in Zukunft eine hochwertige Versorgung der Bevölkerung sicherstellen und koordinieren, in enger Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern

und unter Einsatz moderner technischer Hilfsmittel.

Freud und Leid liegen oft nahe beieinander. Im vergangenen Januar ist unser langjähriges Geschäftsleitungsmitglied Dr. Heini Zürcher nach langer Krankheit von uns gegangen. Mit einem Moment der Stille ehrten die Anwesenden sein Wirken für die Argomed.

Vor Beginn des formellen Teils der Generalversammlung stellte sich die neue Geschäftsführerin der Argomed, Dr. Claudine Blaser Egger, kurz vor. Nach nur einem Monat als neue CEO hat sie sich bereits fundiert in zahlreiche Dossiers eingearbeitet und freut sich auf einen aktiven und konstruktiven Dialog mit den Mitgliedern der Argomed.

Marijana Kovacevic, Leiterin Finanzen, präsentierte die Jahresrechnung mit einem erfreulichen Jahresgewinn von 480 000 Franken. Die Aktie wird erneut höher bewertet. Der beschlossene Aktiensplit im Verhältnis 1:10 soll die Aktie für neue Aktionäre attraktiver machen.

Die Argomed vergab wiederum den Q-Award zur Anerkennung besonderer Leistungen und Projekte für die Grundversorgung. Dieses Jahr ging der Preis ans Netzwerk mednetbern AG für die Erarbeitung der Guideline «Depression». Der Preis wurde von Stefan Schäfer, Andreas Rutishauser und Amato Giani dankend entgegengenommen.

Mit Verweis auf die nächste, etwas besondere Generalversammlung zum 20-Jahr-Jubiläum der Argomed am 24. Mai 2018 wurde die Versammlung geschlossen.



Verleihung des Q-Awards. V.l.n.r.: Claudia Hofer (Argomed), Dr. med. Urs Hürlimann (Argomed), Dr. med. Stefan Schäfer (mednetbern AG), Dr. med. Andreas Rutishauser (mednetbern AG)

Roger Tschumi



# Junge Hausärzte – ein knappes Gut

**Am 29. April 2017 fand im Kongresszentrum Thun der 7. Kongress der Jungen Hausärztinnen und -ärzte Schweiz (JHaS) statt. Die Argomed war mit einem Stand vor Ort vertreten.**

Obwohl sich an diesem Samstag der Frühling nach einer langen Kälteperiode von seiner besten Seite zeigte, fanden viele Besucher den Weg nach Thun. Die Referate waren gut besucht und es herrschte viel Betrieb auf dem Veranstaltungsgelände. Nicht wenige hatten ihre Sprösslinge mit an

den Kongress genommen, was der Veranstaltung eine angenehm familiäre Atmosphäre verlieh. Alles in bester Ordnung also mit der Hausarztmedizin?

Im Gespräch mit jungen Ärztinnen und Ärzten zeigte sich, dass sie bestens vernetzt und gut darauf vorbereitet sind, ihre Zukunft in der Hausarztmedizin zu meistern. Sie wissen meist, welche Kompetenzen ihnen auf dem Weg in die eigene (Gruppen-)Praxis noch fehlen und sie scheuen sich nicht, dieses Wissen bei einem Berater oder Planer einzuholen. Und hier zeigte sich dann

doch wieder die zunehmende Verknappung in der Hausarztmedizin. Nach einem Rundgang durch die Ausstellung liess sich schwer sagen, wer zahlreicher vor Ort vertreten war: junge Interessenten für ein Praxisprojekt oder die Beratungsunternehmen dazu!

Aus dem Trend zur Gruppenpraxis ist eine Industrie geworden. Ob diese die Grundversorgung der Zukunft sicherstellen kann, hängt davon ab, wie gut es uns allgemein gelingt, junge Ärztinnen und Ärzte für den Hausarztberuf zu begeistern.

**Roger Tschumi**

## Hausarztmedizin einmal anders

# FC Hausärzte gegen FC Spitalärzte

Vor 30 Jahren haben Kurt Kaspar (ehemaliger Argomed-Präsident) und ich den ersten von insgesamt 18 Fussballmatches FC Praktikicus gegen FC KSB organisiert. Der erste Match fand am 15. Juni 1987 in der Sportanlage Esp, Baden-Dättwil, statt. Weitere 17 folgten, das 18. und letzte Spiel erfolgte am 24. Mai 2005.

Das Team vom FC Praktikicus setzte sich zusammen aus Hausärzten aus der Umge-

bung von Baden. Für die Mannschaft vom KSB rekrutierte Kurt Hodel die Spieler. Das Resultat lautete damals 9:4 für die Spitalmannschaft.

In den darauffolgenden Jahren war Christoph Wäckerle die treibende Kraft beim FC Praktikicus und beim Team KSB Gery Teufelsberger von der Chirurgie, später oder nach der Berufung als Chefarzt der Medizin, auch Jürg Beer.

Die Spieler des ersten Matches im Jahre 1987 werden sich auf den folgenden Fotos noch gut erkennen. Ich amtierte übrigens einerseits als Schiedsrichter und andererseits als Vertreter des Sponsors dieses sportlichen Anlasses. Zu Beginn war dies Wander-Pharma, kurze Zeit später war dies Sandoz-Wander-Pharma, gefolgt von Novartis Pharma Schweiz AG.

**Ruedi Wartmann, Wettingen**



FC Praktikicus im Jahr 1987



FC KSB im Jahr 2005

# Denn sie wissen nicht, womit sie es zu tun haben



Bremgarten by night

Während ich mich mit der Diskussion über die Limitierung der ärztlichen Leistung in Abwesenheit (im Rahmen der TARMED-Revision) im falschen Film wähne, läuft bereits ein anderer falscher Film: das Hausärztsterben.

Bremgarten, eine wunderschöne alte Stadt in einer malerischen Reusschleife, wird ab Juli 2017 eine weitere – die zweitletzte – Gemeinschaftspraxis verlieren. Es lassen sich keine Ärzte für die Allgemeinmedizin mehr finden.

Bei meiner Praxiseröffnung im Jahr 2000 waren fünf Allgemeinpraktiker mit gut frequentierten Praxen und ein homöopathisch ausgerichteter Allgemeinmediziner hier tätig. Jetzt verbleiben meine Praxispartnerin (20%-Pensum) und ich.

Bremgarten ist nicht etwa ein abgelegenes Seitental eines abgelegenen Seitentals, sondern liegt an attraktiver Lage Nähe Zürich.

Die letzte Praxisschliessung vor zwei Jahren brachte uns – dank Aufnahmestopp – nur zwei mittelgrosse Aktenkisten. Für die dickste Dreifach-Akte benötigte ich zweieinhalb Stunden: Klar, am Wochenende, wann sonst? Nicht, wenn normale Leute arbeiten.

Zugegeben: In Bremgarten ist der GAU überraschend gekommen. Vielleicht kommt ja eine ebenso überraschende Wende. Vorübergehend wenigstens.

Wir kennen ja die Prognosen für die nächsten fünf bis zehn Jahre. – Sicher? Die Aargauer Zeitung zitiert eine Umfrage des Aargauer Ärztesverbandes, wonach jeder zweite (56%!) der 442 befragten Ärzte seine Praxis bis 2020 übergeben möchte.

In Bremgarten offenbart sich heute schon, was sich weiter wie eine Epidemie über die Schweiz ausbreiten wird: der Haus- und Kinderärztemangel. Ansteckend, hochvirulent. Irgendwie scheint mir die TARMED-Diskussion über 6x Fr. 15.80 in diesem Kontext geradezu absurd. Irgendwann werde ich mich zwischen Arbeit in Abwesenheit auf Begehren von irgendwem und Behandlung eines hilfeschuchenden Patienten entscheiden müssen.

Irgendwann?

**Dr. med. Gregor Dufner**





### **Impressum**

Bahnhofstrasse 24  
CH-5600 Lenzburg  
Tel. +41 56 483 03 33  
Fax +41 56 483 03 30  
argomed@argomed.ch  
www.argomed.ch

### Redaktionelle und inhaltliche Verantwortung

Dr. med. Gregor Dufner  
Dr. med. Rudolf Ebnöther  
Dr. Claudine Blaser, Geschäftsführerin  
Roger Tschumi, Leiter Praxis Management  
Bernhard Stricker, lic. phil., Journalist BR  
Claudia Hofer, Leiterin Administration  
Sabrina Gräub, Administration

### **Agenda**

Netzkonferenz  
Donnerstag, 14.09.2017

Plattform  
Donnerstag, 09.11.2017