



EDITORIAL

Dr. med. Salvatore Tricarico

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Nun ist die Katze aus dem Sack oder besser das Kätzchen? Bundesrat Alain Berset hat am 16.08.2017 endlich die Aenderungen des Tarmeds bekannt gegeben: Neu werden nur noch 470 Millionen eingespart. Die anderen Aenderungen habt ihr sicher schon von der Presse gehört zusammen mit der Stellungnahme von MFE und FMH. Dazu wird wieder Gerry Weirich ausführlich mit Hintergrundinformationen berichten... Wir Grundversorger sind sicherlich mit einem blauen Auge davon gekommen.

Was in der ganzen Diskussion aber vergessen geht, ist dass wir Ostschweizer mit der direkten Medikamentenabgabe (DMA) in einer ganz speziellen Situation sind: wir haben bisher historisch bedingt unseren Taxpunkt QUERSUBVENTIONIERT! Wenn nun die Marge bei der DMA immer weiter sinkt oder sogar (dazu werde ich noch von meinen Erfahrungen mit dem Altersheim berichten) wegfällt, muss zwingend der Taxpunkt den anderen Kantonen ohne DMA angepasst werden! D. h. unser Taxpunkt muss auf 96 Rappen (Kanton Tessin) oder 89 Rappen (Kanton Zürich) angehoben werden. Nur so kann der Einkommensverlust wettgemacht werden!

Dieser Fact geht bei unseren ostschweizerischen Politikern gerne vergessen! Ebenso in Bern. Wäre interessant, ob diese Tatsache BR Berset bewusst ist.

Wir dürfen nicht vergessen, dass die Lohn und oder- Verdienstaussichten für den Nachwuchs nicht irrelevant sind. Ich würde es zum Beispiel vorziehen mich im Kanton Zürich z.B in Feldbach anstelle Kempratzen (Kanton St. Gallen) niederzulassen, resp. eine Praxis zu eröffnen.

Dass wir aber unbedingt die Nachwuchsförderung mit dem Medical Master in der Ostschweiz brauchen, wird in der Zusammenfassung der Berichte von unserer sehr spannenden GV erläutert.



An dieser Stelle nochmals ganz herzlichen Dank an Prof. Sandro Stöckli, der sich mit Herzblut für den Medical Master einsetzt. Ebenso an MFE Haus- und Kinderärzte Schweiz mit der Idee der Regionaltreffen, wo effektiv die Basis sich mit dem Vorstand und dem Präsidenten von MFE auf Augenhöhe austauschen kann. Ich kann diese Veranstaltungen nur sehr empfehlen und freue mich bereits schon jetzt, auf nächstes Jahr. Wäre dann sehr schön zahlreiche Kolleginnen und Kollegen anzutreffen, um mit ihnen über die aktuellen Sorgen und Nöten zu diskutieren. Einigkeit macht stark!

Ich wünsche Euch noch viel Spass bei der Lektüre unseres Bulletins. Berichte und Einsendungen sind immer willkommen.

Besten Gruss

Dr. med. S. Tricarico
Präsident

INHALTSVERZEICHNIS

Editorial	1	Erfahrungsbericht mit der Spitex Flawil	6
MFE Regionaltreffen Ost	2	Impressum.....	7
Katze aus dem Sack	4	Generalversammlung HKO vom 08.06.2017.....	8

MFE REGIONALTREFFEN OST

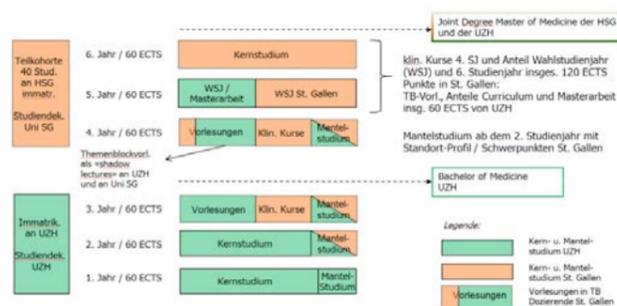
Gerry Weirich

Die Generalversammlung der HKO war dieses Jahr mit dem MFE Regionaltreffen Ost kombiniert. Hochkarätige Besucherinnen und Besucher aus dem MFE Vorstand und der Geschäftsstelle fanden den Weg nach St. Gallen, um mit HKO-Mitgliedern zu sprechen. Zwei interessante Referate zum Thema „Mediziner Ausbildung in der Ostschweiz“ und „Wie bringen wir unsere Themen auf die Politische Agenda“ leiteten zu zwei Workshops über. Hier kurze Zusammenfassungen der Referate:

1. UZH/HSG Joint Medical Master

Präsentiert von Prof. Sandro Stöckli, Chefarzt HNO, KSSG

Geplant ist eine Aufteilung etwa in folgender Art:



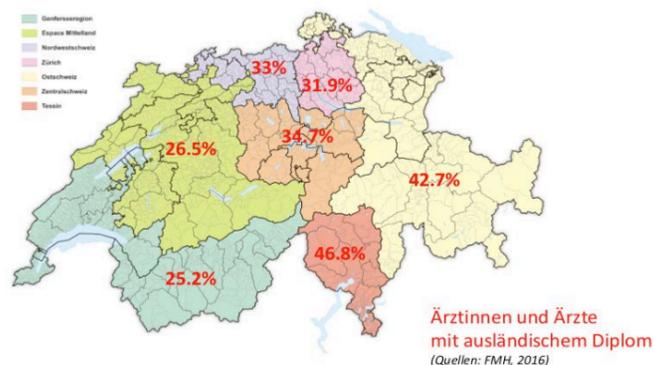
Es wird also kein kompletter Studiengang in St. Gallen angeboten, sondern die Schwerpunkte des Grundstudiums bis zum „Bachelor“ Titel finden in Zürich statt, die weitere Ausbildung zum „Master“ dann schwerpunktmässig in St. Gallen.

Detaillierte Curricula und Konzeptarbeiten für die Lehrinhalte und Vertiefungsthemen werden derzeit erarbeitet.

2. Standespolitik – Wie kommt ein Thema auf die politische Agenda, präsentiert von Reto Wiesli, Geschäftsführer MFE

Eine spannende Einführung in den Politikbetrieb, in dem es eben nicht nur um „die Sache“ geht, sondern auch darum, „die Sache“ den richtigen Leuten im richtigen Moment nahe zu bringen, bzw. überhaupt erst herauszufinden, welches die richtigen Leute und welches der richtige Zeitpunkt ist, wer der geeignete Überbringer der Botschaft ist und mit welchen Argumenten man die richtigen Leute zum richtigen Zeitpunkt überzeugen kann und in welcher Weise dann auch die anderen Entscheidungsträger in ausreichender Zahl überzeugt werden könnten.

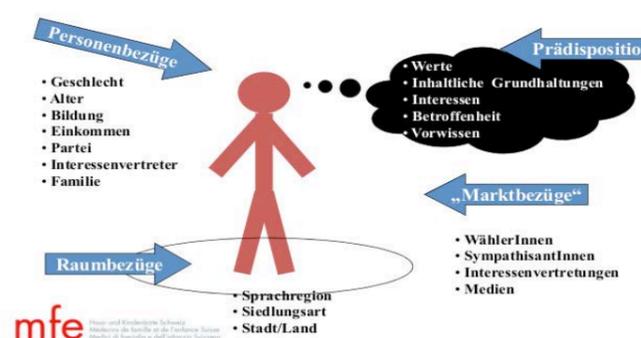
Wir Ärzte neigen dazu, in gewissermassen „naturwissenschaftlicher Weise“ zu denken, dass man nur die richtigen Argumente braucht, um die geeigneten politischen Schritte auszulösen. Reto Wiesli hat uns gezeigt, dass die Realität sehr viel komplexer ist. Entscheidungsträger sind keine Logik-Maschinen, sondern Menschen mit eigenem Hintergrund, eigenen Kenntnissen, eigenen Stärken und Schwächen und eigenen politischen Vorstellungen.



Die einleitende Grafik zeigt, dass insbesondere Ostschweiz und Tessin ganz offensichtlich zu wenig eigene Ärzte ausbilden. Die Universitäten mit Ärzteausbildung sind in Zürich und westlich davon. Viele Studierende aus der Ostschweiz finden nach dem Studium den Weg nicht mehr zurück und gehen der Region verloren. Gleichzeitig werden die noch tätigen Ärzte in der Ostschweiz im Durchschnitt immer älter. Bisher wird diese Lücke mit ausländischen Ärzten gefüllt, aber es liegt auf der Hand, dass dies keine nachhaltige Lösung sein kann.

In St. Gallen entsteht am Kantonsspital St. Gallen in Zusammenarbeit mit der Universität St. Gallen (HSG) nun die „School of Medicine“, die mit der medizinischen Fakultät der Universität Zürich zusammenarbeitet, um einen Studiengang zum „Joint Medical Master“ anzubieten. Das Aufbauprojekt läuft 2017 bis 2020 im Auftrag der Regierungen SG und ZH. Es bleibt zu hoffen, dass das Volk in der Abstimmung im Jahr 2018 dem Start des Studiums einwilligt. Die Chancen stehen diesmal gut!

Wer sind die Entscheidungsträger?



Gutes Lobbying berücksichtigt all diese „weichen“ Faktoren, und ist ohne gute Kenntnisse des politischen Betriebs und seiner Mitwirkenden gar nicht möglich.

Fazit

Die gleichzeitige Organisation der HKO-GV und des MFE Regionaltreffens Ost war eine ausgezeichnete Idee, und die Referenten brachten uns zwei völlig verschiedene, aber jedes in seiner Weise spannende Themen näher, die anschliessend in Workshops vertieft werden konnten. Ich hoffe sehr, dass dies nicht das letzte Mal blieb, dass HKO und MFE gemeinsam tagen!

KATZE AUS DEM SACK

Gerry Weirich

Natürlich ist Ihnen nicht entgangen, dass die bundesrätliche Verordnung zur Tarmed-Anpassung 2018 nun erlassen ist. Das heisst, es gibt nichts mehr zu ändern. Soweit es ihm gefiel, hat der Bundesrat Rückmeldungen aus der Vernehmlassungsphase berücksichtigt, und so einige der grössten Problemfelder (Vgl. Meine Polemik im letzten Bulletin) zumindest gemildert.

Unterm Strich

Die erhofften Einsparungen betragen nur noch 470 Millionen Franken, wobei der Löwenanteil von Spezialisten berappt werden muss.

Diese Einsparung bleibt dennoch auch aus hausärztlicher Sicht eine unglückliche Entscheidung, in einer Zeit, in der einerseits berechnete Forderungen mit dem Universal-Schlagwort „Kostenneutralität“ abgeschmettert werden, und andererseits wegen der seit dem Jahr 2000 nie angepassten TL die Infrastrukturkosten zu einem immer grösseren Teil aus der AL quersubventioniert werden müssen, was netto einen sachlich nicht gerechtfertigten Rückgang des Arzteinkommens bewirkt. Die Anforderungen an freipraktizierende Ärzte sind ja seit dem Jahr 2000 nicht gesunken.

Schon heute finden sich in der Schweiz ja bei weitem nicht mehr genug Einheimische, um die frei werdenden Arztstellen und Praxen neu zu besetzen, und eine weitere Einkommenskürzung um eine halbe Milliarde Franken wird diesen Trend eher nicht bessern. Wenn dann noch die Nachbarländer Massnahmen ergreifen,

Datum	Tarif	Tariffziffer	Bezugsp.
18.08.2016	001	00.0010	Konsultation, erste 8
18.08.2016	001	17.0010	Elektrokardiogramm
18.08.2016	001	00.0010	Konsultation, erste 8
18.08.2016	001	00.0020	00.0010

um den Exodus ihrer teuer ausgebildeten Mediziner zu reduzieren, dann wird die Schweiz in einen echten Versorgungsengpass laufen, der dann vermutlich in einer Nacht und Nebel-Aktion mit Ärzten aus noch ferneren Ländern oder mit in Schnellbleiche ausgebildeten Barfussmedizinerinnen und umfirmierten Apothekern und Pflegefachpersonen gestopft werden muss. Selbstverständlich wie immer mit absolut gleichbleibender Qualität, wie uns die Politik dann zweifellos versichern wird.

Wie gesagt: Protest ist jetzt sinnlos, dieser Tarif wird so oder so am 1.1.2018 eingeführt. Die einzige Chance, etwas zu ändern, stelle ich erst am Ende dieses Artikels vor.

Im Einzelnen

Was sind nun die bundesrätlichen Tarmed-Änderungen? Es sind dieselben, die ich schon im letzten Bulletin beschrieben habe, aber teilweise abgemildert:

1. Einheitliche Dignität. Diese wurde aber gegenüber dem ersten Entwurf (0.968) auf 0.985 verbessert. Angebracht wäre, wie früher ausgeführt, 1.0. Der Skalierungsfaktor für praktische Ärzte wurde entsprechend von 0.93 auf 0.94 erhöht.
2. Erhöhung der Produktivität in den OP-Sparten. Der für viele Ops deletäre Sprung von 45% auf 72% im OP I wurde auf 55% abgemildert, der für OP II von 65% auf 60%, OP III bleibt bei 65%.
3. Senkung der Kostensätze in Sparten mit Investitionskosten über CHF 750'000 um 10%. Diese Senkung wurde gegenüber dem Vernehmlassungsentwurf ein wenig abgemildert.
4. Zeitberechnung für CT und MRI Untersuchungen: Streichung von Leistung im engeren Sinn und einheitliche Berichterstattung. Diese bleiben im Prinzip so wie im Vernehmlassungsentwurf, es wird aber neu eine Leistungsposition für den Fall eingeführt, dass der Radiologe tatsächlich bei der Untersuchung anwesend ist.
5. Senkung der Minutagen bei manchen Positionen der Augenärzte, Kardiologen und Gastroenterologen. Diese wurden gegenüber der Vernehmlassung teilweise abgemildert.
6. Umwandlung von Handlungsleistungen in Zeitleistungen. Wenn Sie bisher z.B. 00.0410 verrechneten, was Sie zweimal pro 3 Monate und Patient durften, dann wurde diese Leistung mit 15 Minuten gerechnet, egal wie lang sie in Wirklichkeit dauerte. Zukünftig dürfen Sie nur noch den tatsächlichen Zeitbedarf „pro 5 Minuten“ verrechnen, und dieser ist auf insgesamt 30 Minuten pro 3 Monate und Patient limitiert. Hier gab es keine Änderung zur Vernehmlassungsvorlage.
7. Abrechnungslimitationen auch für elektronisch abrechnende Ärzte: Der ominöse Zusatz bei vielen limitierten Positionen „Diese Limitation entfällt bei elektronisch abrechnenden Ärzten“ wird gestrichen. Wie im letzten Bulletin beschrieben, ist das ein Logiksalto, der aus einem Anreiz zum elektro-

nisch Abrechnen eine bürokratische Definition eines medizinischen Maximalbedarfs macht. Immerhin hat der Bundesrat hier ein wenig abgemildert: Bei Patienten unter 6 und über 75 Jahren sind die Limiten jeweils doppelt so hoch, und bei „Problemfällen“ soll man mit den Kassen reden können, um im Einzelfall eine höhere Limite (max. doppelt) anwenden zu können. Natürlich ist das reichlich praxisfremd. Wenn ich eh schon zu wenig Zeit habe, soll ich diese Zeit auch noch für Diskussionen mit der Kasse verbraten? (Die Position „Leistung in Abwesenheit des Patienten, die für solche Diskussionen gebraucht würde, ist ja ebenfalls limitiert).

8. Leistung in Abwesenheit. Die frühere Position 00.0140 wird in einen ganzen Strauss von anderen Positionen aufgesplittet, um deutlicher zu machen, wofür die Zeit gebraucht wurde. Die von den Hausärzten dringend gewünschte Position für Zeitaufwand im Kontakt mit dem Versicherer existiert allerdings weiterhin nicht. Insgesamt darf die Position nur noch halb so oft wie bisher angewandt werden, ausser bei Kindern, alten Menschen und Problemfällen wie unter 7. beschrieben.
9. Verhinderung von „Notfall Inkonvenienzpauschalen“ bei Einrichtungen, die speziell zur Behandlung von Notfällen existieren. Auch dies wurde gelockert, bzw. de facto aufgehoben: Künftig darf auch eine Notfallpraxis die Notfallpauschale verrechnen, falls es sich um einen Notfall handelt. Oder, in Bürokratendeutsch: „Wenn beim Patienten eine Störung der vitalen Funktionen oder eine Organschädigung vorliegt oder nicht ausgeschlossen werden kann“. In Normaldeutsch: Eigentlich immer. Die Haut ist ja das grösste Organ des Menschen, und eine Schürfwunde ist zweifellos eine Schädigung dieses Organs, also ein Notfall. Ein Männerschnupfen ist eine Schädigung des Riechorgans usw. Aber warum einfach, wenn man es auch kompliziert formulieren kann? Es bleibt also dabei: Der Patient selbst definiert letztlich, ob er ein Notfall ist. Das ist wohl auch notwendig so.
10. Punktion durch nichtärztliches Personal darf nun auch verrechnet werden, wenn die Blutentnahme fürs eigene Labor erfolgt (entspricht Vernehmlassung und ist eine Verbesserung gegenüber heute.)
11. Instruktion von Selbstmessungen etc. kommt in die Sparte Sprechzimmer, statt bisher UBR. Das bewirkt unterm Strich eine Reduktion der TL.

12. Der bisher übliche Zuschlag von 10% auf Verbrauchsmaterialie und Implantate darf nicht mehr abgerechnet werden. Das entspricht der Vorlage.

Reine UVG, IV und MV Leistungen werden aus dem Tarmed entfernt bzw. nicht in die neue Version übernommen. D.h. es gibt nur noch Positionen, die vom Gesetz unabhängig sind. Die Verrechnung beispielsweise eines IV-Berichts muss separat geregelt werden.

Quo vadis, Tarmed?

Der Bundesrat hat betont, dass diese Anpassungen als Übergangslösung zu verstehen sind, bis es den Tarifpartnern gelingt, eine eigene Tarmed-Revision vorzulegen. Wir erinnern uns: Das Projekt Tarvision wurde 2012 gestartet, dann in ATS-TMS umfirmiert und per Urabstimmung gebodigt (meines Erachtens zu Recht). Danach haben sich, als nicht auf den ersten Blick einleuchtende Verbündete, Santésuisse und FMCh zusammengesetzt, um einen Pauschalen-basierten Tarif zu entwickeln, während Curafutura, H+ und die MTK sich daran gemacht haben, ATS-TMS im Rahmen der ATS-TMS-AG weiterzuentwickeln.

Die FMH ihrerseits liess ihr Reformprojekt als TARCO wieder auferstehen. Es wurde schon eine Menge Zeit in vielen Sitzungen verbraucht, um verschiedene Punkte zu klären:

- Wollen wir unterschiedliche qualitative Dignität (Also Abgrenzung der Abrechnungsberechtigung der Positionen auf berufliche Voraussetzung wie Facharztstitel oder Fähigkeitsausweise)? Oder ist es vielmehr so, dass es nicht Aufgabe des Tarifs sein kann, medizinische Qualifikationen zu definieren?
- Wollen wir unterschiedliche quantitative Dignität (Also unterschiedliche Preise für vergleichbare Leistungen, je nachdem, wer sie erbringt)? Oder sind wir vielmehr der Meinung, dass der Preis einer Leistung nicht davon abhängen kann, wie viele Jahre derjenige, der sie erbringt, in Weiterbildung verbracht hat?
- Welche Tarifpositionen sollen Handlungsleistungen sein (also pauschal verrechnet werden), und welche Zeitleistungen (also pro 5 Minuten verrechnet)?
- Wie kann man auf vernünftige Weise sicherstellen, dass bei Handlungsleistungen die angegebene Minutagen dem tatsächlichen durchschnittlichen Zeitbedarf

entspricht? Und dass der Zeitbedarf ausreichend wenig statistische Schwankungen hat, um einen vernünftigen Durchschnitt überhaupt annehmen zu können?

- Welche neuen Tarmed-Positionen sind notwendig, und welche alten Positionen können wegfallen? Und wie sollen neuen Positionen tarifiert werden?

Um diese und andere Fragen zu klären, wurden Arbeitsgruppen mit den jeweils betroffenen Fachgesellschaften und Interessengruppierungen gegründet, sowie ein Cockpit, welches die Aufgabe hat, die Inputs der Arbeitsgruppen zu sichten. Wegen der riesigen Zahl von zu revidierenden Tarmed-Positionen, und wegen der teils sehr unterschiedlichen Sichtweisen der Fachgesellschaften, und last but not least auch wegen der mangelnden Fähigkeit der FMH, einmal beschlossene Grundsätze auch durchzuziehen (Die FMH hat nur so viel Macht, wie die in ihr vertretenen Gruppierungen ihr zugestehen), ist dieser Prozess extrem schwierig. Ich bin eher pessimistisch, ob daraus in absehbarer Zukunft eine Tarmed-Revision werden kann, der wir zustimmen könnten. Und selbst wenn wir Ärzte zustimmen, ist noch lange nicht sicher, ob die Tarifpartner, die ja alle ihre eigenen Suppen kochen, ebenfalls zustimmen werden. Und ohne Tarifpartner kein Tarif.

Wie auch immer: Bis es soweit ist, gilt das bundesrätliche Provisorium – oder, als gut Schweizerische Einrichtung, wird es dann halt zum Providurium.

Die FMH hat allerdings am -durchaus interessanten- Tarifdelegiertentag am 28.9.2017 erneut Optimismus gezeigt. Die Folien können Sie auf der FMH-Seite nachlesen: https://www.fmh.ch/ambulante_tarife/tarifdelegierten-tag/september-2017.html

- Auch einige meiner oben angesprochenen Diskussionspunkte zu Tarco wurden hier angesprochen: Jede Fachgesellschaft muss(?) ihre 5 volumenstärksten Handlungs-Positionen plausibilisieren. Kann oder will sie das nicht, werden die betroffenen Positionen in Zeitleistungen umgewandelt.
- Die Qualitativen Dignitäten (also die Abgrenzung bestimmter Positionen gegenüber anderen Fachgruppen) werden beibehalten.
- Das Referenzeinkommen (gerechnet für einen Taxpunktwert von 1.00, eine Jahresarbeitszeit von 1920 Stunden und eine Quant. Dignität von 1.0) wurde auf CHF 235'000.- festgelegt (Zum Vergleich: Bisheriger Tarmed: 207'000, Tarvision: 245'000)

Eine interessante, nicht mit Tarmed, sondern mit dem Labortarif zusammenhängende Information war: Qualab, der wir ja alle brav immer unsere Ringversuche abliefern, und vor deren Sanktionen wir zittern, hat gar nicht soviel Macht, wie sie denkt, das ergab jedenfalls ein von der FMH in Auftrag gegebenes juristisches Gutachten. Qualab darf nur im Rahmen des KVG bzw. der davon abgeleiteten Verordnungen handeln. Zum Beispiel darf sie keine Sanktionen erlassen, und die Versicherer dürfen auch nicht, gestützt auf Qualab-Nichtteilnahme oder -Resultate die Zahlung bereits verrechneter Analysen verweigern. Sie müssten zunächst bei Nichterfüllen

der Qualitätssicherungspflicht eine Mahnung aussprechen, und erst dann könnte man über Aberkennung der Labor-Abrechnungsberechtigung sprechen.

Zum Abschluss erneut mein „ceterum censeo“: Bringen Sie Ihre Vorstellungen und Wünsche betreffend Tarifgestaltung ein. Warten Sie nicht, bis ein neuer Tarif beschlossen ist, und rufen Sie dann aus. Verfolgen Sie die Publikationen und Newsletter der FMH zur Tarifentwicklung, und stellen Sie Fragen, wenn etwas nicht klar ist.

ERFAHRUNGSBERICHT MIT DER SPITEX FLAWIL UND DEM WOHN- UND PFLEGEHEIM FLAWIL
Salvatore Tricarico

Die Flawiler Aerzteschaft trifft sich einmal im Jahr mit dem Wohn- und Pflegeheim Flawil zum Erfahrungsaustausch. Im April 2017 kam die Pflege mit der Idee der Blisterung der Medikamente. Damit hätte man immer die richtige Medikation und würde enorm Zeit sparen beim Richten der Medis. Damit verbunden wäre aber der Wegfall der Lieferung bisher der Medikamente durch uns ans WPH und damit auch der Gewinn aus dem Medikamentenumsatz. Es geht dabei um einen Umsatz von Medikamenten in einer sechsstelligen Zahl. Die grösste Praxisgemeinschaft würde dabei sicherlich 50 -bis 70'000 CHF Verdienstausschlag haben! Die Einsparungen im WPH wären aber nur 7'000 CHF !!

Ist es dies dem Altersheim wert? Wird das Beschneiden des Lohnes des Arztes, welcher vor allem auch in der Nacht und am Wochenende da ist, als irrelevant betrachtet? Wer würde dann im Notfall kommen? Der Geriater von St. Gallen?

- Dazu kommen alle Nachteile der Blisterung:
- Medikamentenänderungen können nicht sofort umgesetzt werden und die abgefüllten Blister müssten entsorgt werden.
 - Nicht alles kann abgeblisteret werden, z.B. Tropfen und Suspensionen oder Suppositorien
 - Verwechslungen sind trotz Blisterung möglich, etc.

Die Anfrage bei der APA (Aerzte mit Patientenapotheke) zeigte, dass dies im Moment im Trend ist und von den Anbietern dieser Blisterung sogar gepusht wird. Eine

legale Lösung, um weiter am Umsatz beteiligt zu sein, gibt es bisher nicht! Die APA versucht aber eine Lösung zu bekommen.....
Wir werden bald die Sitzung mit dem WPH haben. Für mich ist klar, dass wenn das WPH dies so möchte, ich die Zusammenarbeit mit dem Heim kündigen werde... bin gespannt.

In die gleiche Richtung geht es mit der Interprofessionalität der Spitex. Von den Krankenkassenfunktionären werden immer mehr fragwürdige Limiten und Kontrollinstrumente verlangt, welche gar nicht Evidence Based sind.

Im Allgemeinen erleben wir die Zusammenarbeit mit der Spitex sehr gut, nur muss man aufpassen, dass vor lauter Bürokratie nicht das Menschliche verloren geht, und dass (was Sie von den Patienten auch immer wieder hören), einmal umgesetzt wird: die gleiche „Krankenschwester“ den Patienten betreuen sollte. Ebenso sollte eine Schulung bezüglich unité de doctrine bei Wundverbänden und unité de doctrine bezüglich der Medikamentenabgabe und -Applikation erfolgen.

Ganz allgemein ist ein Trend festzustellen – weg vom Patienten, hin zur Bürokratie. Ob dies Kosten spart und wirklich die Qualität verbessert, sei dahingestellt. Ich möchte die Spitex nur ermahnen, dass sie nicht sinnlose bürokratische Fehlentscheide mitmacht, sondern sich im Sinne des Patienten wehrt.

Als Beispiel Thema Diabetes:
Wenn ein Ziel- BZ festgesetzt werden soll, muss auch festgesetzt werden: welcher BZ: nüchtern oder > 2 Std pp, dann kann man einen Zielbereich festsetzen und die Therapiekonsequenz festlegen. Dies sieht bei jedem Patienten natürlich ganz anders aus.
Ebenso müsste eine Kontroll-BZ- Messung angesetzt werden, ebenfalls wieder mit etwaigen therapeutischen Konsequenzen, pro Patient abzuwägen, what to do!

Bezüglich der Kostenkontrolle durch die Krankenkassen, hätte ich gerne gewusst, welcher Krankenkassenkontrollleur Zielbereiche definiert haben möchte. Die Zielbereiche sind klar festgelegt. Sie sind auch im Labor angegeben und die Blutdruckwerte sind ganz klar

nach WHO eingeteilt. Dass die Funktionäre damit nicht klar kommen, versteht sich von selbst: sie sind ja auch keine Mediziner!

Da müssen wir gemeinsam kämpfen, dass dieser ziellose Bürokratie Einhalt geboten wird. Deshalb muss man auch wissen, welche Krankenkassen, welche Funktionäre, welche Leute solch unsinnige Sachen erlassen. In gleichem Zusammenhang ist die OPAN-Anmeldung, welche mega kompliziert ist für uns Aerzte. Die Daten können wir auch nicht übernehmen.

Dies ist wieder einmal mehr ein völliger Alleingang irgendeiner Elektronik Firma, ohne die Interessen aller berücksichtigten Parteien zu implementieren, insbesondere von uns Hausärzten.



Liebe Kollegen

Ich hoffe, Euch damit nicht gelangweilt zu haben und wollte Euch aufzeigen, dass sich der tägliche Kampf lohnt. Jeder von uns hat irgendwo täglich eine solche Herausforderung zu meistern. Lasst Euch deswegen nicht unterbringen.

Berichtet über solche Missstände!
Nur so können wir die Politiker zum Umdenken bringen.
Einwände sind willkommen!

Besten Gruss
Salvatore Tricarico

IMPRESSUM	
HKO Informationen:	Herausgegeben vom Vorstand des Verbandes Haus- und Kinderärzte Ostschweiz. Beiträge sind jederzeit willkommen.
Sekretariat HKO:	Luzia Schneider, Oberplattenstrasse 73, 9620 Lichtensteig. Tel. 071 988 66 40, Fax 071 988 66 41, E-Mail Luzia.Schneider@hin.ch
Redaktion:	Gerry Weirich, Rietstrasse 30, 8200 Schaffhausen Tel. 052 624 40 77, E-Mail praxis@weirich.ch

7. GENERALVERSAMMLUNG HKO VOM 08.06.2017, FHS ST. GALLEN

1. Begrüssung
Salvatore Tricarico begrüsst die versammelte Gesellschaft, insbesondere FMV-Vorstandsmitglied Yvonne Gilly sowie die Vertreter der MFE
Es gibt keine Aenderungsanträge zur Traktandenliste
 2. Wahl der Stimmenzähler
M. Krüsi wird als Stimmenzähler gewählt.
 3. Protokoll der GV 2016 (Beilage)
Das Protokoll wird verdankt.
 4. Jahresbericht des Präsidenten
Str. verliest den Bericht, der mit der Einladung ausgesendet wurde. Der Bericht wird ohne Diskussionswunsch durch Akklamation verdankt. Die Zahl der Mitglieder ging leicht zurück auf 572, v.a. wegen Pensionierungen.
 5. Jahresrechnung 2016, Revisionsbericht
Daniel Pfister präsentiert die Jahresrechnung: Auf der Einnahmenseite fehlen die Sponsorenbeiträge von 10000.-, da die Sponsoren nicht fristgerecht bezahlen. Die Sekretariatsrechnung wird dem Budget 2017 zugeordnet. Der Jahresverlust beträgt rund 3800.-. Der Revisorenbericht attestiert die Korrektheit der Jahresrechnung und empfiehlt deren Genehmigung. Diese erfolgt einstimmig.
Künftig ist damit zu rechnen, dass Sponsoring durch Pharmafirmen wegfallen wird.
 6. Mitgliederbeiträge, Budget 2016
DPf stellt das Budget vor und erwähnt die Zuwendung von CHF 16'000.-- an die HKO durch die sich auflösende OSGIM
Entsprechend wird ein Gewinn von rund CHF 10 000.- postuliert.
Der Mitgliederbeitrag soll bei 50.- bleiben.
 7. Wahlen
Der Revisor Beat Durschei aus Flims tritt pensionshalber zurück. Neu stellt sich Martin Dieudonne, St. Gallen zur Verfügung.
 8. Varia, Mitteilungen
Gerry Weirich berichtet über die Tarifverhandlungen. Da die Vernehmlassungsfrist am 21.6.2017 endet, ist deren Behandlung dringlich.
 - Wichtig: Leistungserbringer müssen sich an den Tarif halten.
 - Erste Androhung eines Amtstarifes erfolgte bereits 1997 für das Jahr 2000.
- 2001: die Version 1.1 FMS hat Reduktion der Produktivität von 72% auf 45% durchgesetzt.
 - 2007 EFK Vorabklärung für Wirkungsanalyse
 - 2010 führt EFK die Wirkungsanalyse durch, welche Inkongruenzen zeigte. Amtstarif wurde angedroht.
 - Ab 2012 Tarvision. Santésuisse ist nicht mit an Bord.
 - 2015 Nach dem Tod Ernst Gähler übernahm Urs Stoffel. Um curafutura an bord zu holen, wurde die Kostenneutralität akzeptiert.
 - 2016 ats – tms wurde abgelehnt
 - Tarco entstand aus den Trümmern (Tarif-consens)
 - Der Bundesrat kündigt im Herbst 2016 einen Tarifeingriff an für den Fall einer fehlenden Einigung.
 - Ausgangslage seit 2005
 - Ambulante Konsultationen: Spezialisten * plus 33%
Grundversorger plus 13 %
 - Kosten pro kons plus 30% plus 20%
- Ziel des Eingriffs: Einigung der FMH fördern, überbezahlte Leistungen korrigieren, Spareffekt, (keine Kostenneutralität mehr)
Referenzeinkommen 207'000.-
Dignitätsjustiert 187'335.-
Produktivitätsjustiert 220'394.--
- Jahresarbeitszeit 115 200 Minuten, ca. 1900h oder 9.2h pro Tag
 - Bei unserem TP 0.83 183 000.-
 - Tech. Leistung sollte Praxiskosten decken, auf Basis 1995, dh. veraltet
 - FMH5-Leistungen werden via Dignitätskorrektur aufgewertet, höhere Dignitäten abgewertet.
 - Nicht Facharzt-Grundversorger bleiben auf dem bisherigen Niveau.
 - Für Psychiater Dignitätsverlust.
 - Bundesrätlicher Eingriff hat die chirurgische Produktivität von 45% auf 72% angehoben. Gefahr: gewisse OP werden nicht mehr angeboten.
 - Minutagen werden teils drastisch gesenkt. Die genauen Grundlagen sind unbekannt.
 - Handlungsleistungen werden in Zeitleistungen umgewandelt.
 - Neu Maximal 2x25 Minuten abrechnen pro 3 Monate. Arbeit in Abwesenheit des Patienten pro Quartal halbiert auf 6x5min /3 Mnt. Blutentnahme Labor extern neu verrechenbar
- Die Veranstaltung schliesst mit einem Apéro riche um 18 Uhr
Herisau, den 27.7.2017
Rainer Fischbacher, Aktuar