

KONFERENZ DER KANTONALEN ÄRZTEGESELLSCHAFTEN KKA-CCM-CMC JAHRESBERICHT 2017

Einleitende Worte des Co-Präsidiums

Zentralen Themen wie der drohende bundesrätliche Tarifeingriff, die Arbeiten im Rahmen der Revision der Tarifstruktur TARCO, die kantonalen Listen zu Eingriffen, welche zukünftig spitalambulant zu erfolgen haben, sowie die neue Vorlage zur Zulassungssteuerung haben die gesundheitspolitische Agenda der KKA bestimmt. Weitere Ausführungen dazu finden Sie nachfolgend im Jahresbericht.

Das Verbandsjahr 2017 wurde durch intensive Diskussionen zur zukünftigen Ausrichtung der KKA geprägt. An der ausserordentlichen Mitgliederversammlung vom 25. Oktober 2017 fassten die Mitglieder grundsätzliche Beschlüsse zu einer Strukturreform der KKA.

Die KKA soll als starker schweizerischer Verband unter Mitwirkung – wieder - aller 24 Ärztesellschaften deren Interessen vertreten und die kantonsübergreifende Zusammenarbeit unter den Kantonalgesellschaften fördern. Dies mit der Etablierung einfacher und schlanker Strukturen unter Erhalt der regionalen Verbände OMCT, SMSR und VEDAG. Die Bildung von Fachgruppen unter Leitung eines Fachgruppenleiters, der auch im Vorstand vertreten sein muss und dort für das Ressort dieser Fachgruppe verantwortlich ist, soll unter Einbezug der Ressourcen der Ärztesellschaften erfolgen. Die Arbeit in den Fachgruppen dient der Wissenssammlung und dem –transfer sowie der Aufbereitung und Bereitstellung von Grundlagen für die Mitglieder zu deren Unterstützung in individuellen Verhandlungen auf kantonaler Ebene.

Im Hinblick auf die Strukturreform 2018 beschlossen die Mitglieder mehrheitlich auf Antrag des Vorstandes die Verhandlungsdelegation KKA vorübergehend von der entsprechenden Pflichten zu Tarifverhandlungen für diejenigen Kantone zu entbinden, welche der KKA im Herbst 2016 ein entsprechendes Mandat erteilt hatten. Damit wurden die Tarifverhandlungen sowie TPW-Modelldiskussionen von der Verhandlungsdelegation KKA mit CSS, HSK und tarifsuisse sistiert, bis verbandsintern geklärt wurde unter welchen Prämissen diese weitergeführt werden können bzw. sollen.

An der Mitgliederversammlung vom 14. Dezember 2017 mandatierten die Mitglieder den Vorstand Vorschläge für eine Reorganisation der KKA zu einer neuen Organisationsstruktur sowie deren Finanzierung zu erarbeiten und an der nächsten MV vom 26. April 2018 zu präsentieren.

Wir wollen mit unseren auf Ende 2017 erfolgten Rücktritten den Weg freimachen, damit der Vorstand in seiner neuen Zusammensetzung im kommenden Jahr die anstehenden Richtungsentscheide zusammen mit den Mitgliedern treffen kann. Wir wünschen unseren Kolleginnen und Kollegen viel Glück und Erfolg bei der Durchsetzung ihrer Interessen und hoffen, dass sich alle für eine starke und engagierte Verbandsarbeit der Ärztesellschaften auf kantonaler und eidgenössischer Ebene engagieren.

Dres med. Fiorenzo Caranzano und Peter Wiedersheim, Co-Präsidium KKA - CCM

Lugano und St. Gallen im April 2018

Präsidium und Vorstand

An der Mitgliederversammlung vom 14. Dezember 2017 erfolgten die Rücktritte der langjährigen und verdienten Co-Präsidenten Fiorenzo Caranzano und Peter Wiedersheim. Die Mitglieder bestätigten in globo die bisherigen Vorstandsmitglieder Rémy Boscacci FR, Beat Gafner BE, Aldo Kramis LU, Monique Lehky Hagen VS und Josef Widler ZH. Neu sind der OMCT, SMSR und VEDAG mit Pierre-Alain Schneider, Präsident SMSR, Florian Leupold, Präsident VEDAG, und Franco Denti sowie Filippo Scacchi, Präsident und Vorstandsmitglied OMCT, stimmberechtigt im Vorstand vertreten. Zur Führung der Geschäfte ad interim wurden Josef Widler als Präsident und als Vizepräsident Rémy Boscacci gewählt.

Geschäftsstelle

Der KKA-Geschäftsstelle gehören Barbara Zinggeler (Geschäftsführung seit 2006) und Catherine Hool (Projektleitung KKA seit 2012 sowie Mitarbeit in der Konferenz der Ostschweizer Ärztegesellschaften) an.

Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Die Vorstandsmitglieder und Co-Präsidenten sowie die Geschäftsführerin engagierten sich auch 2017 an gesundheitspolitischen Veranstaltungen und Seminaren als Organisatoren, Referenten und Moderatorinnen. Die KKA war zusammen mit der FMH wieder im Conference Board des Swiss DRG Forums Schweiz-Deutschland vertreten.

Themen 2017 im Fokus

Neuaufgabe des Zulassungsstopps; Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern des ambulanten Bereiches

Beim Vorentwurf des Bundesrates zur Zulassung von Leistungserbringern kann nicht von einer weitsichtigen Vorlage die Rede sein. Die vorgeschlagenen Massnahmen zur Zulassungssteuerung sind völlig untauglich und nur einer weitergehenden Planwirtschaft im ambulanten medizinischen Bereich förderlich und sind deshalb abzulehnen.

Die klaren Aufträge des Parlamentes, echte Alternativen gegenüber den bisherigen, befristeten Zulassungsstopps - deren Auswirkungen nicht die von der Politik gewünschten, sondern in verschiedener Hinsicht kontraproduktiv waren - aufzuzeigen, wurden nicht erfüllt. Es fehlen jegliche Hinweise für eine nachhaltige Finanzierung des ambulanten Bereiches, obwohl die Zulassungs- und die Finanzierungsfrage sachlich zusammengehören. Während der neue Zulassungsstopp die praxisambulante Ärzteschaft dauerhaft einschränken soll, dürfte die Umsetzung in den Spitälern auch künftig illusorisch bleiben.

Das Resultat ist eine Schwächung einer auf die Patientenbedürfnisse fokussierten medizinischen Versorgung in der ambulanten Praxis, die erwiesenermassen wirtschaftlicher erbracht wird als im spitalambulanten Bereich.

Ziel einer jeden umfassenden Reform im Gesundheitswesen sollte eine Lösung sein, welche die legitimen Interessen der Bevölkerung, Leistungserbringer sowie Bund und Kantone gut austariert. Dazu müssen auch neue Finanzierungsgrundlagen geschaffen werden. Wegen der die Stärkung des ambulanten Sektors behindernden finanziellen Fehlanreize ist mittelfristig eine einheitliche Finanzierung des stationären und des ambulanten Sektors anzustreben, und die Arbeit daran muss – angesichts der zu überwindenden politischen Widerstände der Kantone – jetzt mit Einbezug von allen Beteiligten beginnen.

Für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche ambulante medizinische Versorgung braucht es deshalb neue Finanzierungsgrundlagen, damit die Vorteile allen Kostenträgern – auch und vorab den Prämien- und Steuerzahlern - zu Gute kommen. Die Kantone müssen ihre Verantwortung im ambulanten Bereich sowohl bei der Erteilung der Berufsausübungsbewilligung nach qualitativen Kriterien im Sinne der Patientensicherheit als auch im Hinblick auf mehr Koordination im Sinne der realen Versorgungsregionen über die Kantonsgrenzen hinaus wahrnehmen. Es braucht Anreize für Praxisgründungen von Hausärzten und Spezialärzten sowie Modelle zur Regionalisierung der Grundversorgung.

Tarife und Verträge : Verhandlungen mit tarifsuisse, HSK und CSS vor dem Hintergrund der Revision der ambulanten Tarifstruktur und dem geplanten bundesrätlichen Tarifeingriff

Die von der KKA VerhandlungsDelegation mit tarifsuisse geführten Diskussionen zu einem neu gemeinsam entwickelten TPW-Modell führten nicht zum Ziel, die als nicht tauglich eingestufte LeiKoV ablösen zu können. Ein von tarifsuisse unilateral entwickeltes Modell stellte aus Sicht der KKA keine zukünftige Lösung für eine sachgerechte und betriebswirtschaftlich gerechnete Tarifierung der in der praxisambulanten Medizin erbrachten Leistungen dar. Für die Darstellung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fehlen tarifsuisse die relevanten Daten. Dieses unilaterale tarifsuisse-Modell wurde in der Festsetzungsantwort an die Ärztesgesellschaft des Kantons ZH AGZ verwendet. Darin wurde von tarifsuisse festgehalten, dass dieses Modell im Grundsatz mit der KKA im 1. Semester 2016 entwickelt wurde, was in keiner Weise der Wahrheit entspricht. Die KKA stellte klar, dass eine datenbasierte Grundlage fehlt, um Empfehlungen für die TPW 2018 abgeben zu können. Eine unilaterale Anwendung des tarifsuisse-Modells lehnte die KKA ab und erachtete ein solches Vorgehen auch juristisch nicht legitim, ist doch die LeiKoV mit den Kantonen in ungekündigtem Verhältnis noch in Kraft.

Die HSK zeigte kein grosses Interesse mit der VD-KK weitere Verhandlungen zu den Verträgen und TPW 2018 für diejenigen Kantone zu führen, die mit der HSK nach wie vor in einem Vertragsverhältnis stehen.

Mit den Kantonen JU, FR, SO, TI, denen die HSK den TPW gekündigt hat bzw. VS und ZH, die selber gekündigt haben, stand HSK in bilateralen Verhandlungen.

Mit der CSS traf sich die KKA regelmässig und in einem intensiven Sitzungsrhythmus. Erarbeitet wurde eine Erklärung über die Veröffentlichung von Daten als mögliche juristische Grundlage für einen zukünftigen Datenaustausch sowie eine Absichtserklärung zur Zusammenarbeit von KKA und CSS in den Ver-

handlungen zu einem neuen Tarifvertrag und Taxpunktwertmodell mit einer sachgerechten und betriebswirtschaftlich gerechneten Tarifierung der in der praxisambulanten Medizin erbrachten Leistungen. Es herrschte Einigkeit, dass zur breiten Akzeptanz ein solches neues Modell zusammen mit einem neuen Tarifvertrag extern validiert werden muss. Aufgrund der Unsicherheiten im Zusammenhang mit der blockierten Tarifrevision, dem bundesrätlichen Tarifeingriff vom 22. März 2017 sowie dem Fehlen der notwendigen Zeit zur Aufbereitung von datenbasierten Argumentationen waren sich die Parteien einig, dass im Sinne der Stabilität auf den 1. Januar 2018 keine Veränderungen bzw. Anpassungen der kantonalen Taxpunktwerte vorgenommen werden sollten.

Die Tarifgruppe KKA traf sich regelmässig. Unter anderem analysierte sie zusammen mit unserem Rechtsberater Prof. Dr. U. Saxer die Entscheide des Bundesverwaltungsgerichtes zu den kantonalen Taxpunktwerten. Diese Analyse ergab den Grundsatz, dass ein Tarif und damit ein TPW in Übereinstimmung mit den Geboten der Wirtschaftlichkeit zu stehen hat und datenbasiert überprüfbar sein muss. Dabei haben die Leistungserbringer die Regeln der Betriebswirtschaftlichkeit, um keine Defizite einzufahren, und die einer wirtschaftlichen, effizienten Leistungserbringung zu beachten. Die Wertschätzung dieser beiden Regeln wird gleichgestellt. Bei der Festsetzung der TPW muss berücksichtigt werden, dass die Leistungserbringer hinreichende und der Bedeutung ihrer Arbeit in der ambulanten medizinischen Versorgung entsprechende Erträge generieren können, um die Kosten der Leistungserbringung zu decken.

Die Tarifgruppe erachtet die **Datenoptimierung als absolut prioritär. Für die Dokumentation der Betriebswirtschaftlichkeit sind die RoKo-Daten unerlässlich.** Deshalb erging vom Vorstand die Empfehlung an die Mitglieder, die Erhebung der RoKo-Daten von allen Kantonalgesellschaften für ihre Mitglieder obligatorisch zu erklären und in den Statuten der Datenlieferungspflicht zu unterstellen.

Die Tarifstruktur ist ein Abbild der Betriebswirtschaftlichkeit und deshalb ist ein baldiger, erfolgreicher Abschluss des laufenden FMH- Projektes TARmedCONsensus **TARCO** unter Miteinbezug von den in der Ärztekammer vertretenen Verbänden unabdingbar. Aber erst die Tarifstruktur **und** der Taxpunktwert ergeben die Basis für die Entschädigung der Leistungserbringer.

Die Tarifgruppe erachtet es zudem als prioritär, dass **das Verhältnis der Entwicklung der Prämien im Vergleich zu den OKP-Kosten intensiver in der politischen Diskussion aufgenommen und dargestellt werden muss, denn die Krankenkassenprämien widerspiegeln nicht die Gesundheitskosten .**

Tarifeingriff des Bundesrates per 1. Januar 2018

Die Tarifstruktur ist von absolut zentraler Bedeutung. Es ist völlig unbestritten, dass die im Jahre 2004 eingeführte national einheitliche ambulante Tarifstruktur Tarmed veraltet ist und deshalb zu revidieren ist. Eine Tarifstruktur hat von Gesetzes wegen die Aufgabe, die Kosten für die Erbringung medizinischer Leistungen realistisch und betriebswirtschaftlich korrekt abzubilden. Dies hat so gegolten und muss weiterhin so gelten. Der Eingriff des Bundesrates in die Tarifstruktur Tarmed erfüllt diese Voraussetzungen eindeutig nicht. Er behindert sogar ganz erheblich die Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern über die neue Struktur. Auch insoweit erweist er sich als kontraproduktiv. Denn am Konsens der Tarifpartner führt kein Weg vorbei. Niemand will eine verordnete Tarifstruktur. Aus diesem Grund steht die KKA hin-

ter dem Revisionsprojekt TARCO. Dieses bezweckt eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Tarifierung aller ambulanten ärztlicher Leistungen. Ziel ist es, per Mitte 2018 dem Bundesrat einen partnerschaftlichen und gemeinsamen Tarifvorschlag zur Genehmigung zu unterbreiten. Dieser Prozess soll nicht durch einen Tarifeingriff zusätzlich behindert und verzögert werden.

Die KKA hält in ihren Positionen an erster Stelle fest, dass sich im Bereich der ambulant tätigen Ärzteschaft zunehmend Versorgungsprobleme abzeichnen. Dies gilt namentlich, aber nicht nur, für die Grundversorger; stark betroffen sind auch Behandlungsleistungen im Bereich der Pädiatrie und Kinderpsychiatrie – Ärztgruppen, welche durch den geplanten Tarifeingriff besonders betroffen sind. Ganz allgemein gefährdet der "Spareingriff" die Versorgungssicherheit der Bevölkerung und führt zu Umlagerungen in kostenintensivere Sektoren mit höheren Gesamtkosten und in der Folge höheren Krankenkassenprämien.

Unter dem geltenden KVG ist die Einigung zwischen den Tarifpartnern der Regelfall, der staatliche Eingriff die Ausnahme. Dies muss sowohl für die Taxpunktwerte wie auch für die Tarifstruktur gelten. Letztere muss hierbei eine korrekte Basis für die Entschädigung der Leistungserbringer nach möglichst konsistenten Kriterien bilden, nicht auf der Basis von im Augenblick geborenen ad hoc-Eingriffen ohne konsistente Muster.

Ambulant vor Stationär: Kantonale Listen zu Vorgaben für Operationen und Behandlungen im Spital

Die KKA beurteilte in ihren an die Gesundheitsdirektorenkonferenz und den Bundesrat gerichteten Stellungnahmen dieses Vorgehen aus ärztlicher Sicht und mit Fokus auf die Patientensicherheit, mit dem Blick auf die Ökonomie sowie die Qualität der Rechtsgrundlagen.

Zentral ist, dass der Patient die in seinem Fall beste Behandlung bekommt, unabhängig, ob stationär oder ambulant. Eine abschliessende und vom Kanton definierte Liste wie im Kanton Luzern von ambulant durchzuführenden Eingriffen ist somit nicht zielführend und wird den komplexen Praxisanforderungen nicht gerecht. Ob stationär oder ambulant operiert wird, sollte auch künftig ein medizinischer und nicht ein politischer Entscheid sein. Grundsätzlich muss die Entscheidungskompetenz bei den behandelnden Ärzten und Institutionen bleiben, ob Patienten ambulant oder stationär behandelt werden. Denn sie tragen die medizinische und juristische Verantwortung. Andernfalls werden sich auch haftpflichtrechtliche Fragen stellen.

Etliche Kantone fördern oder dulden zumindest das «Wettrüsten» der Spitalambulatorien, welches mit vom Kanton festgeschriebenen ambulanten Operationslisten aktiv beschleunigt wird. An diesen in den Spitälern ambulant erbrachten Leistungen beteiligen sich die Kantone aber nicht und können so zu Lasten der Prämienzahler ihre kantonalen Budgets schonen. Ambulant durchgeführte Eingriffe sind zwar in der Regel aus bekannten Gründen kostengünstiger, können jedoch systembedingt die Prämienzahlenden sogar mehr belasten. Diese systemischen Fehlanreize aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungssysteme müssen konsequent eliminiert werden.

Zudem fördern private und halbprivate Spitalversicherungen stationäre Behandlungen, da sie für Spitäler und Belegärzte ertragreicher sind, was klar in Richtung Zweiklassen-Medizin führt.

Das KVG sieht keine Rolle der Kantone bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit vor, sondern nur der Versicherer (Art. 56 KVG). Im KVG fehlt also eine entsprechende Grundlage. Müsste ein Arzt aus medizinischer Sicht einer dieser ambulant vorgeschriebenen Eingriffe dennoch stationär durchführen, wären

die kantonalen Behörden respektive deren Vertrauensärzte zwingend zu einer Kostengutsprache basierend auf den Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Dafür fehlt den Kantonen jedoch die gesetzliche Grundlage. Wenn die Kantone ihre eigenen, voneinander divergierenden Listen machen führt dies zu grosser Rechtsunsicherheit. Für eine derartige Problemstellung müssen einheitliche Standards gelten.

TOX Info Suisse; Die KKA engagiert sich für die Unterstützung von TOX Info Suisse

Das Zentrum wird durch Beiträge verschiedener Partner im Gesundheitswesen finanziert und erbringt Leistungen mit Nutzen für die Patientinnen und Patienten wie auch für die Ärzteschaft. Finanziert wird das TOX-Zentrum heute durch pharmaSuisse, die SUVA, einzelne Kantonalgesellschaften (vorher FMH) und scienceindustries. Durch Leistungsverträge unterstützen GDK, BAG, H+ und swissmedic die Angebote.

15 von 24 Kantonalgesellschaften haben für das Tox Info Center für das Jahr 2017 Beiträge von insgesamt CHF 56'600.- gesprochen. A. Kramis, Präsident der Luzerner Ärzteschaft, welcher die KKA im Stiftungsrat vom Tox Info Center seit April 2017 vertritt, ruft die Mitglieder dazu auf, diese und möglichst weitere Beiträge auch für 2018 zu sprechen.

MAS: erste Erhebung der Strukturdaten 2015 der Praxen und Ambulanten Zentren zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur individuellen ärztlichen Datenlieferung durch das BfS und die Ärzteschaft

Die Mitwirkung bei MAS wurde und wird von den kantonalen Ärztesgesellschaften kontrovers diskutiert und entsprechend verschieden fielen die diesbezüglichen Empfehlungen an deren Mitglieder aus. Im Zentrum der Diskussionen und auch der Befürchtungen der Ärzteschaft stehen der Datenschutz sowie die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses bzw. der Patientenrechte. Ebenso ist es für die Leistungserbringer zentral zu wissen, wie das Übermittlungsverfahren aussieht und was mit ihren Daten bei den Datenempfängern geschieht (Zugriffsrechte, Datensicherheit, Aufbewahrung, Verknüpfung, Archivierung, Löschung etc.). Aufgrund dieser Unsicherheiten stehen nicht alle Ärztinnen und Ärzte einer Datenlieferung gleich positiv gegenüber.

Die KKA setzte sich auch im 2017 engagiert dafür ein, dass im Bearbeitungsreglement die offenen und ungelösten Fragen zu Zweckmässigkeit, Verhältnismässigkeit, Interpretationshoheit und Zugang zur Datensammlung, zum Ansichts- und Interpretationsrecht der Ärzteschaft, zum Datenschutz sowie zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses bzw. der Patientenrechte zusammen mit der FMH weiter und konsequent angegangen wurden.

Bundesgesetz zu Totalrevision des Datenschutzgesetzes

Die allgemeine Stossrichtung des Vorentwurfs wird begrüsst, handelt es sich in den Grundanliegen um die möglichst weitgehende, wenn auch nicht zwingend vollständige Harmonisierung der schweizeri-

schen Datenschutzgesetzgebung mit den europäischen Vorgaben sowie die Verbesserung des Datenschutzes natürlicher Personen in ausgewählten Aspekten.

Die KKA engagierte sich massgeblich in dieser Vernehmlassung, weil datenschutzrechtliche Problemstellungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit eine ganz zentrale und immer wichtigere Bedeutung einnehmen. Datenschutzfragen im Gesundheitswesen dürfen nicht nur aus der Patientenperspektive beleuchtet werden, sondern auch die Perspektive der Leistungserbringer und deren Rechte sowie Pflichten müssen miteinbezogen werden.

Die Verpflichtungen der Ärzteschaft, das Arztgeheimnis zu schützen und zu achten ist unabdingbarer Bestandteil einer erfolgreichen und vertrauensbasierten ärztlichen Tätigkeit. Das Arztgeheimnis und damit auch der Schutz der Privat- und Intimsphäre der Patientinnen und Patienten sind aber stark gegenläufigen Tendenzen ausgesetzt. Beispielsweise verlangt der technisch medizinische Fortschritt und die vermehrte Spezialisierung innerhalb der Ärzteschaft einen immer grösser werdenden Austausch von Daten innerhalb der ambulant tätigen Ärzteschaft, aber auch zwischen Ärzten und Spitälern, Apotheken und weiteren Leistungserbringern der Gesundheitsberufe. Je integrierter die Gesundheitsversorgung wird, desto wichtiger wird der Austausch von Patientendaten, welche zum Teil sensibler Natur sind. Die freipraktizierende Ärzteschaft lagert aus Gründen zunehmender Vorschriften und Auflagen, der Effizienz sowie der Konzentration auf die Kerntätigkeit immer stärker einzelne administrative Tätigkeiten aus, insbesondere das Rechnungswesen. Auch dies führt dazu, dass Daten der Arztpraxen, aber auch von einzelnen Patienten von Dritten bearbeitet werden. Die Dokumentation und Informationspflichten der freipraktizierenden Ärzteschaft sind in den letzten Jahren ganz erheblich erweitert worden. Dies führt dazu, dass die Belastung der Ärzteschaft durch diese Art der Tätigkeit finanziell und zeitlich erheblich zugenommen hat.

Deshalb existieren zu Recht Befürchtungen hinsichtlich einer weiteren Zunahme der administrativen Belastung und einer erheblichen Verschärfung sowie Erweiterung des Strafrahmens.

Zürich, im April 2018

Dres med. Fiorenzo Caranzano und Peter Wiedersheim, Co-Präsidium KKA-CCM

Für den Jahresbericht: Barbara Zinggeler, Geschäftsführerin KKA-CCM