

Jahresbericht 2009 der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA

Der Dachverband aller 24 Kantonalen Ärztegesellschaften KKA setzte sich im Jahre 2009 schwergeachtet für folgende Themen ein:

Lenkungsbüro-LeiKoV (Leistung-Kosten-Vereinbarung)

Die einzelnen Kantonalgesellschaften wurden auch im Jahre 2009 durch die KKA und ihr technisches Backoffice in allen Belangen der LeikoV (ZSR-Abgleiche, Erstellung von „watchlisten“, eruieren von kantonsspezifischen Leistungsfaktoren, etc.) fachlich unterstützt und in laufenden Festsetzungsverfahren juristisch begleitet und mit datenbasierten Argumenten unterstützt.

Die Verhandlungsdelegation KKA hat in den Verhandlungen des Jahres 2009 mit der santésuisse-Vertretung die durch die LeikoV festgelegten vertraglichen Regelungen und Vorgaben praktisch umgesetzt. Es wurden die Berechnungsgrundlagen und Argumentarien für die Verhandlungen der Taxpunktwertempfehlungen 2010 mit santésuisse erarbeitet. Die Verhandlungen im Lenkungsbüro verliefen äusserst zäh und konnten nur dank den arbeitsintensiven Vorbereitungen des technischen Backoffice der KKA bewältigt werden. Dabei wurden angesichts der drohenden Notmassnahmen alle möglichen Szenarien bis hin zur Kündigung des Vertrages und allfälligen Festsetzungsverfahren analysiert und bewertet. Das KVG kennt keine Leistungsfaktoren und orientiert sich bezüglich Kostenwachstum ausschliesslich am LIKP (Art 55a, Art 59c KVV). Bei einem generellen Ausstieg aus der LeikoV hätte das BAG eine gute Legitimationsgrundlage gehabt, um in die Tarifstruktur eingreifen zu können, wie dies deutlich in der Botschaft des Bundesrates zu den im Mai 2009 kommunizierten Notmassnahmen zu lesen war. Der Aufwand hat sich jedoch gelohnt, konnten sich doch die Verhandlungsdelegationen von santésuisse und KKA in letzter Minute auf eine gemeinsame Steuerungsempfehlung für die Taxpunktwerte 2010 einigen. Dabei wurde der TPW des Kantons Graubünden um 2Rp. angehoben und Graubünden in die Tarifregion OST integriert. In den anderen Kantonen erfolgten keine Steuerungen.

Projekte in Zusammenarbeit mit der Ärztekasse und der NewIndex

DRG: Die Einführung des Fallpauschalensystems Swiss DRG in den Spitälern im Jahr 2012 wird für die niedergelassene Ärzteschaft von grosser Bedeutung sein und weitreichende Auswirkung haben! Es ist unabdingbar, dass zukünftig datenbasierte Aussagen und die vielgeforderte Evidenz in den Vordergrund rücken. Nun gilt es zu überlegen, welche Leistungsdaten die für die Ärzteschaft notwendigen Informationen liefern können, und unter welchem Fokus der Nutzen einer ambulanten Versorgung in unserem Gesundheitssystem hervorgehoben werden kann. Diese Ausrichtung zur Sicherstellung einer optimalen medizinischen Versorgung wird der ärzteigene Datenpool bzw. die daraus generierten Auswertungen im Rahmen verschiedener Projekte konstruktiv unterstützen können.

Versorgungsforschung: Die Ausgestaltung von Versorgungseinheiten – man denke an die aktuelle politische Diskussion im Parlament zur Förderung von integrierten Versorgungsmodellen (ManagedCare) - wird weiterhin im prioritär sein. In diesem Kontext sollen den Kantonen datenbasierte Grundlagen und Konzepte zur Ausgestaltung einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung angeboten werden können. In einem weiteren Schritt sollen die Nachfrageströme und das Nachfrageverhalten sowie die Auslöser dafür erfasst und untersucht werden. Mit Hilfe der Analyse der Patientenströme sollen die Einzugsgebiete der Ärzte über die Kantonsgrenzen hinaus (und z.B. in die Ballungsgebiete) erfasst werden können. Das kantonale Gesundheitssystem muss gerade auch in der ambulanten Versorgung überregional ausgerichtet und -gestaltet sein, damit die Mobilität der Bevölkerung miteinbezogen werden kann. Diese aktive Versorgungsforschung bietet der Ärzteschaft die Chance, die aktuelle politische Diskussion im Gesundheitswesen massgeblich mitzuprägen, damit eine bedarfsgerechte Grundversorgung gewährleistet werden kann und damit für die Bevölkerung der Zugang zur ärztlichen Versorgung sichergestellt wird. Die Ausgestaltung eines morbiditätsbasierten Risikoausgleichs ist dabei von zentraler Bedeutung gerade im Hinblick auf die Förderung von integrierten Versorgungsmodellen.

Im Jahr 2009 wurden deshalb mit der Ärztekasse und der NewIndex verschiedene Projekte vorbereitet, deren strategische Ausrichtung folgenden Zielen dienen soll:

- Aktive Versorgungsforschung bietet der Ärzteschaft die Chance, die aktuelle politische Diskussion im Gesundheitswesen massgeblich mitzuprägen, damit eine bedarfsgerechte Grundversorgung gewährleistet ist und damit für die Bevölkerung ein bedarfsgerechter Zugang zur ärztlichen Versorgung sichergestellt wird.
- Die Projekte sollen dazu dienen, im hochkomplexen Gesundheitswesen Evidenz und Entscheidungsgrundlagen zu schaffen.
- Die Projekte sollen den Nutzen einer ganzheitlichen, eng vernetzten, ambulanten medizinischen Versorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft in den Vordergrund stellen. Dies fördert die Optimierung der Behandlungsqualität und rückt die Betreuung des Patienten mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt.

Selbstverständlich wird bei der Realisation der Projekte darauf geachtet, die Gesamtbeurteilung nicht aus den Augen zu verlieren, heisst auch die Kostenseite mit zu analysieren. Dabei müssen die anzustrebenden Lösungen unter dem Aspekt der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten betrachtet werden. Das heisst, Kostenbasis müssen die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten sein mit der Berücksichtigung von Nutzen und Mehrwert durch die Behandlung. Dies erfordert vorgängig eine gründliche Analyse der Kostenblöcke und der kostenintensiven Krankheiten. Nur durch eine solche gesamtheitliche Betrachtungsweise kann auch gleichzeitig eine Kostenminderung bei den Aufwendungen erzielt werden.

Zur Zielerreichung wurden beispielsweise die zwei folgenden Projekte 2009 vorbereitet, welche nun aktuell umgesetzt werden:

RFE (reason for encounter): mit diesem Projekt der Ärztesgesellschaft Zug, der Ärztekasse und des TrustCenter medkey wird **das Nachfrageverhalten erfasst** bzw. soll evaluiert werden, wer aus welchem Grund eine medizinische Leistung auslöst. Das Projekt ist ein wichtiger Teil für eine Begleitforschung zu SwissDRG und es ist deshalb von grösster Wichtigkeit, dass möglichst alle Ärzte bei der Verbreitung und Erhebung dieser RFE-Codes mitmachen! RFE ist für jedermann offen und lizenzfrei zu verwenden. Voraussetzung ist nur,

dass die verwendete Praxissoftware ein entsprechendes Modul bereits freigeschaltet hat (wie Vitodata bsp.).

Dataming: mit dieser Datenauswertung können die **Bruttokosten der Ärzte aufgeschlüsselt nach Fachgesellschaften aufgezeigt und verglichen werden**. Damit erhalten die Kantonalgesellschaften auch eine Auswertung ihrer Daten, wobei in einem standardisierten Reporting für jeden Kanton die Entwicklungen der einzelnen Fachgesellschaften ersichtlich sind.

Vertretungen der KKA in Arbeitsgruppen, Verhandlungsdelegationen und Gremien

Die KKA ist seit 2006 in diversen Arbeitsgruppen und Gremien vertreten. Im Büro Tarife der FMH, in der AG „QUALAB“ der FMH, im NAKO-Gremium der NewIndex., in den Verhandlungsdelegationen der FMH im Leitungsgremium „Tarmedsuisse“ sowie in der MTK (Medizinische Tarif Kommission) sowie in der beratenden Begleitgruppe des von Bund und Kantonen getragenen Steuerungsausschusses eHealth Schweiz. International ist die KKA im Verein und Beirat der Gesundheitspiazza Bodensee vertreten, einem zukunftsweisenden Forum in der Gesundheitswirtschaft. Die vierländerübergreifende Gesundheitsökonomie – Tagung fand im April 2009 zum zweiten Mal in Bregenz statt.

Ein weiterer sehr wichtiger Einsitz in der gemeinsamen Arbeitsgruppe des Bundesamts für Statistik BfS zusammen mit der Abteilung DDQ der FMH kam 2009 dazu. Die Arbeitsgruppe soll die Grundlagen zur Umsetzung des seit dem 1.1.2009 in Kraft getretenen KVG-Artikels 22a schaffen. Dieser verpflichtet die Ärzteschaft, der zuständigen Bundesbehörde kostenlos die Daten zu liefern, die benötigt werden, um die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Mit anderen Worten: es werden mit diesem Gesetzesartikel extensive Forderungen an den einzelnen Leistungserbringer zur Datenlieferung gestellt (Leistungsdaten zur Praxisstruktur, Anzahl und Struktur der Patienten, finanzielles Betriebsergebnis, etc.).

In diesem Zusammenhang ist deshalb auf die prioritäre Durchführung der oben erwähnten Projekte zur Sammlung und Auswertung ärzteigener Daten zu verweisen, was auch für die Umsetzung der **RollendenKostenStudie ROKO** zutrifft, deren Datenerfassung in elektronischer Form im 2009 erfolgreich vorbereitet werden konnte, damit im 2010 die Erfassung der Leistungsdaten elektronisch wie auch in Papierform möglich ist.

Vernehmlassungen und Politarbeit

Notmassnahmen im Rahmen einer dringlichen KVG-Revision: bei den geplanten Massnahmen des Bundesrates gab es einen bunten Strauss von Vorschlägen wie die obligatorische Einrichtung von CallCentern durch die Versicherer, die Kompetenz des Bundes zum Eingreifen in die Tarifhoheit, eine gesetzliche Verpflichtung für die Abgabe von Billigstmedikamenten und die Einführung einer Praxisgebühr von Fr. 30.-. Die Vernehmlassungsantwort der KKA und ihr Positionspapier zu den Sofortmassnahmen zuhanden der Parlamentarierinnen und Parlamentarier bzw. der Mitglieder der Gesundheitskommissionen des National- und Ständerats hielt dezidiert fest, dass mit diesen Massnahmen anstelle der

volkswirtschaftlichen Gesamtkosten lediglich sektorielle Kosten betrachtet werden und dass nur mit einem bereichsübergreifenden Massnahmenkatalog, welcher den ambulanten und stationären Leistungsbereich koordiniert, effektive Auswirkungen auf die Kostenentwicklung erzielt werden können. Die grundlegende Voraussetzung dafür bildet die morbiditätsorientierte Verbesserung des Risikoausgleichs unter den Krankenversicherern.

U. Stoffel, Co-Präsident KKA, wurde als Vertreter der Ärzteschaft verschiedentlich eingeladen, Sparvorschläge zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu präsentieren. Er konnte aufzeigen, wo bei der Ärzteschaft bereits mehrfach die Abgeltung für Leistungen gekürzt wurden und wo tatsächlich die relevanten Kosten entstehen (20% der Patienten generieren 80% der Kosten). Er wies bei zukunftsweisenden Lösungen auf den unabdingbaren Einbezug des Faktors „Morbidität“ hin und hielt fest, dass aus Sicht der Ärzteschaft die Weiterführung einer modifizierten LeiKoV, die Beeinflussung der Angebots- und Nachfragestrukturen durch setzen positiver Anreize und nicht durch staatliche Regulierung und das Schaffen der Rahmenbedingungen für eine Integrierte Versorgung und neue Versorgungsmodelle, ebenfalls mögliche und erfolgversprechende Massnahmen zur Kostendämpfung sein könnten.

Eine weitere wichtige Vernehmlassungsantwort und eine politische Positionierung der KKA erfolgte **zur partiellen Aufhebung des Zulassungsstopps**, welcher am 1. Januar 2010 für die Grundversorger (FMH Allgemeine Medizin, Innere Medizin, Praktische Ärzte, Kinder- und Jugendmedizin) aufgehoben wurde, aber für die Spezialisten bis zum 31. Dezember 2011 weiter Gültigkeit haben wird.

Vorbereitung der Vernehmlassung zur Revision des Heilmittelgesetzes HMG in enger Zusammenarbeit mit dem VEDAG und in Abstimmung mit dem SMSR

Ziel war es, eine möglichst gesamtschweizerische, jedoch sicher deutschschweizerische Vernehmlassungsstrategie zu erreichen. Diese wurde von der CH-Taskforce AMA (FMH/Hausärzte Schweiz/VEDAG und KKA) unter der Leitung von S. Bradke koordiniert. Mit dieser Revision wird auch beabsichtigt, die ärztliche Medikamentenabgabe – eine nach wie vor wichtige ärztliche Tätigkeit - grundsätzlich in Frage zu stellen. Erwünscht war deshalb eine klare Positionierung der kantonalen Ärztegesellschaften. Die Taskforce stellte den Kantonalpräsidenten Argumentarien zur Verfügung, damit sie auch ihre kantonalen Gesundheitsdirektoren damit bedienen und mit fundierten Argumenten überzeugen konnten. Zudem wurde eine „Mustervernehmlassung“ erstellt, welche den Kantonalgesellschaften für ihre eigenen Vernehmlassungen als Grundlage zur Verfügung gestellt wurde. Diese gesamtschweizerische Koordination war erfolgreich, sprach sich im März 2010 doch der grösste Teil der Vernehmlassungsantworten dezidiert gegen eine Aufhebung der ärztlichen Medikamentenabgabe aus und dies nicht nur die Kantone, sondern auch Verbände wie der Schweizer Gewerbeverband SGV.

Urs Stoffel, Co-Präsident KKA

Marc-Henri Gauchat, Co-Präsident CCM

