

Aktivitäten im Jahr 2012 der KONFERENZ DER KANTONALEN ÄRZTEGESELLSCHAFTEN

Die Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften ist die nationale Dachorganisation von allen 24 kantonalen Ärztegesellschaften der Schweiz und koordiniert die gesundheitspolitischen Anliegen und Aufgaben ihrer Mitglieder.

Vertretungen in Arbeitsgruppen, Verhandlungsdelegationen und Gremien

Die KKA stellt die ärztlichen Vertreter für die Verhandlungsdelegation des „Lenkungsbüros LeiKoV“. Ergänzt und beraten wird die Verhandlungsdelegation LeiKoV von kantonalen Tarifexperten und Vertretern unserer Partner wie der Ärztekasse in der so genannten „Mantelgruppe LeiKoV“.

Die KKA ist in weiteren Arbeitsgruppen und Gremien vertreten. Im „Büro Tarife“ der FMH, in der „AG QUALAB“ der FMH, im Verwaltungsrat und im „NAKO-Gremium“ der NewIndex und in verschiedenen Verhandlungsdelegationen der FMH. Ausserdem nimmt ein Vertreter der KKA als Beobachter Einsitz im „Leitungsgremium Tarmedsuisse“, sowie in der Verhandlungsdelegation FMH für die „SUVA/UV/IV/MV Tarife“ und in der beratenden Begleitgruppe des von Bund und Kantonen getragenen Steuerungsausschusses „eHealth Schweiz“. Die KKA engagiert sich auch in der GDK Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für medizinische Grundversorgung“ und im GDK Forum „Ärztliche Grundversorgung“. Seit 2011 ist die KKA auch im Vorstand der „Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP“ vertreten. Auch 2012 hat die KKA in der „allianz q“ mitgewirkt, einem Zusammenschluss von Akteuren aus dem Gesundheitswesen (wie bsp. die CH-Diabetesgesellschaft SDG, die ApA, H+, Interpharma, etc.), welche den Patienten ins Zentrum stellt und die Qualität der Versorgung thematisiert.

Lenkungsbüro-LeiKoV (Leistungs- und Kosten Vereinbarung)

Zum wiederholten Male fehlte es den durch tarifsuisse gelieferten Daten an der nötigen Qualität.. Die Uneinigkeit der Versicherer untereinander bezüglich des Mitspracherechts der Einkaufsgemeinschaft HSK (Helsana Sanitas KPT) bei den LeiKoV-Verhandlungen hat eine korrekte Lieferung der HSK-Daten an tarifsuisse verhindert. Diese fehlenden Daten (die Daten der Assura fehlen seit Jahren) bewirkten eine für eine Steuerungsempfehlung ungenügende Datenbasis. Die tarifsuisse kam somit auch im 2012 ihrer vertraglichen Pflicht zur Bereitstellung der Datengrundlage als Basis für die Steuerungsempfehlung 2013 nicht nach und es konnten zum zweiten Mal keine Steuerungsempfehlungen für die Kantone erfolgen.

Die einzelnen Kantonalgesellschaften wurden auch im Jahre 2012 durch die KKA und ihr technisches Backoffice, die Firma NewIndex, in allen Belangen der LeiKoV fachlich beraten. Die Kantone in laufenden Festsetzungsverfahren wurden juristisch begleitet und mit datenbasierten Argumenten unterstützt. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass das Kosten-Nutzenverhältnis bei einer Kündigung - das heisst Kündigung von Ziffer 2 von Anhang B (TPW) des kantonalen AV-TARMED - suboptimal ist. Der Aufwand im Festsetzungsverfahren für die betroffene Kantonalgesellschaft ist gross und die Chancen auf einen höheren TPW sind praktisch chancenlos. Alle nicht modellierten Bereiche (SUVA, Medikamente, Analysenliste, etc.) waren in den letzten Jahren stärker von Senkungen betroffen. Von der Gesundheitspolitik wird die LeiKoV als Vertragswerk mit Regeln zur Steuerung nach wie vor positiv

wahrgenommen. Aus diesem Grund wurden auch die Verhandlungen für ein neues Modell bzw. Nachfolgemodell LeiKoV2 intensiv fortgeführt.

Projekte in Zusammenarbeit mit unseren Partnern

Die Projekte der KKA sollen dazu dienen, im hoch komplexen Gesundheitswesen Evidenz- und Entscheidungsgrundlagen zu schaffen und sollen den Nutzen einer ganzheitlichen, eng vernetzten, ambulanten medizinischen Versorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft in den Vordergrund stellen. Dies fördert die Optimierung der Verhandlungsqualität und rückt die Betreuung des Patienten mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Mittelpunkt. Die ärztlichen Daten sind die unverzichtbare Basis für evidenz- und datenbasierte Aussagen im Rahmen der verschiedenen Tarifverhandlungen und für das gesundheitspolitische Wirken.

Ein Schwerpunkt im 2012 war die **Lancierung des neuen Projekts OBELISC** (Objective Evaluation and Leadership in Scientific Health Data Collection), um den Datenpool der Schweizer Ärzteschaft für die Zukunft zu rüsten. Es handelt sich dabei nicht um eine neue Datensammlung, sondern um ein spezielles Subkollektiv, welches Auswertungen auf Einzeldatenbasis ermöglicht. Im Rahmen der Versorgungsforschung kann zum Beispiel gezeigt werden, wie sich das Konsumverhalten der Patienten in Abhängigkeit zur Demografie oder zu anderen Kriterien verändert (bsp. für die Planung der Kapazitäten für die Organisation des Notfalldienstes). Weiter kann gezeigt werden, ob ein Kanton vor allem eigene oder viele ausserkantonale Patienten (Patientenimport) versorgt. Auch die Frage, ob es Regionen mit Zentrumsfunktion gibt und wie sich diese entwickeln, kann beantwortet werden. Mit dem Projekt OBELISC wird es der Ärzteschaft möglich, solche versorgungsrelevanten Aussagen mit unseren eigenen Daten zu machen.

Wie beim RFE und der RoKo stehen die gleichen Zielsetzungen hinter diesem Projekt. Wir brauchen OBELISC, damit durch NewIndex die von der Ärzteschaft geforderten und benötigten Analysen durchgeführt werden können. Im Kanton Zürich arbeitete NewIndex erfolgreich mit der AGZ und den 3 Zürcher Trust Centern zusammen, um einen möglichst hohen Abdeckungs- und Akzeptanzgrad bei der Ärzteschaft zu erreichen.

In der Ende 2011 durch die KKA erfolgten ausführlichen Stellungnahme zum Vorentwurf des **Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG)** wurde klar festgehalten, dass der Nutzen des OnlinePatientenDossiers OPD für die Ärzteschaft mehr immaterieller Natur sein wird, beispielsweise durch die Vermeidung von möglichen Doppelspurigkeiten und der damit verbundenen Effizienzsteigerung. Potenzielle Effizienzgewinne werden sich aus Sicht der KKA angesichts des sehr grossen bürokratischen Aufwandes bei der Einführung und Pflege des OPD sowie der Bindung der sonst schon knappen Ressourcen im Medizinalsektor wohl kaum materialisieren. Per Saldo wird der Aufwand in zeitlicher, finanzieller und administrativer Hinsicht für die Ärzteschaft sicher grösser werden. Die KKA erachtete es als notwendig, dass die Ärzteschaft selber in dieser für die Zukunft unseres Be-

rufes wichtigen Thematik die Führung übernimmt und eine „bottom up“ Strategie einschlägt, welche sich an den Bedürfnissen der gesamten niedergelassenen Ärzteschaft ausrichtet.

Zu diesem Zweck gründete die KKA zusammen mit dem Verband Hausärzte Schweiz MFE sowie dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich IHAM als assoziiertem Mitglied das **Institut für Praxisinformatik IPI**. Das IPI soll als Ansprechpartner für die Ärztinnen und Ärzte, die e-Industrie und die Politik gleichermaßen dienen. Grundziele des IPI sind die Förderung der elektronischen Krankengeschichte eKG, die bedürfnisgerechte Weiterentwicklung und Förderung der IT-Kompetenz in den Praxen, die Interessenvertretung der Ärzteschaft gegenüber Behörden und IT-Industrie. Das IPI unternimmt oder unterstützt zur Umsetzung dieser Ziele die Erarbeitung der allgemeinen Grundlagen und die Forschung sowie die Entwicklung im Bereich Praxisinformatik und eHealth. Es berät und unterstützt die Ärzteschaft, dient als Ansprechpartner für politische Instanzen, Behörden, Verbände und weitere interessierte Kreise.

Vernehmlassungen und Politarbeit

Im 2012 hat die KKA zur **Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherungen (KVG) betreffend die vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung** ausführlich Stellung genommen. Grundsätzlich begrüsst die KKA eine zukünftig ressourcengesteuerte Sicherung der medizinischen Versorgung, erachtete aber die dabei vorgesehene Abstellung ausschliesslich auf die von der SASIS AG verteilten ZSR-Nummern als völlig untauglich. Die KKA war dediziert der Ansicht, dass eine Planung aufgrund von Zahlen, welche den Umfang der effektiv erbrachten Leistungen nicht berücksichtigen, zu gravierenden Verzerrungen, unerwünschten Fehlentwicklungen und unter Umständen zu unerwarteten regionalen oder lokalen Versorgungsengpässen führen wird. Eine sinnvolle Planung kann nur aufgrund von verlässlichen Zahlen erfolgen. Die KKA forderte deshalb, dass bei der Abklärung der Frage, ob eine Unter- oder Überversorgung vorliegt, vorgängig die Beurteilung der Leistungserbringer- und Berufsverbände basierend auf der bestehenden ärztlichen Datensammlung eingeholt werden muss. Grundsätzlich soll bei der kantonalen Ressourcenplanung und -steuerung die grösstmögliche Freiheit bei den zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu treffenden Massnahmen gegeben sein. Dazu gehört auch die Definition von Qualitätskriterien für eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung. Die KKA ersuchte den Bund zu prüfen, ob die Zulassung bzw. die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung an die Bedingung einer bereits erfolgten und zeitlich definierten Tätigkeit in der Patientenbehandlung im Schweizer Gesundheitssystem geknüpft werden könnte.

Ebenso engagierte sich die KKA in der **Vorbereitung zur parlamentarischen Debatte zum teilrevidierten Heilmittelgesetz HMG**, welche im 2013 stattfinden wird. In ihrer Stellungnahme im 2010 begrüsst die KKA eine Teilrevision des geltenden HMG, soweit damit offensichtliche Mängel des bestehenden Gesetzes ausgemerzt werden sollen und die gesetzlichen Regelungen gewährleisten, dass Heilmittel qualitativ hochstehend, sicher und wirksam sind. Die KKA unterstützt insbesondere die Anstrengungen, die zur Verbesserung der Forschungslage für Kinder gemacht werden. Hingegen sprach sich die KKA strikte gegen eine Einschränkung der direkten ärztlichen Medikamentenabgabe

aus, denn die ärztliche Medikamentenabgabe gehört zum Instrumentarium des Arztes wie das Stethoskop! Eine flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung in der Schweiz ist ohne direkte ärztliche Medikamentenabgabe nicht gewährleistet und sie ist bei der Bevölkerung beliebt und günstig. Weitere Kernpunkte der Vorlage sind die Erleichterungen beim Zulassungsverfahren für Arzneimittel (dies betrifft insbesondere Arzneimittel der Komplementärmedizin und Pflanzenheilkunde), mehr Kompetenzen für Apotheken und Drogerien bei der selbständigen Abgabe von Arzneimitteln. Drogistinnen und Drogisten sollen gemäss der Vorlage in der ganzen Schweiz sämtliche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel selbstständig abgeben dürfen und Apothekerinnen und Apotheker wiederum sollen die Möglichkeit erhalten, einen Teil der verschreibungspflichtigen Arzneimittel im Rahmen einer fachlichen Beratung auch ohne ärztliches Rezept persönlich abzugeben. Zudem wurden die Regelungen hinsichtlich der geldwerten Vorteile wie Warenboni oder Gratismuster, mit denen Hersteller ihre Produkte bei Ärztinnen oder Apothekern bewerben, vom Gesetzgeber überarbeitet. Er bezweckt damit, mehr Transparenz und Klarheit über die Zulässigkeit solcher Rabatte zu schaffen, die bei der Verschreibung, Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln und Medizinprodukten gewährt werden.

Im Mai 2012 wurde die Initiative „für eine öffentliche Gesundheitskasse“ mit 120'000 Unterschriften eingereicht. Der Trägerverein setzt sich aus der SP Schweiz, dem VPOD, dem Dachverband Schweizerischer Patientenstellen, dem VSAO, dem CH-Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und weiteren Exponenten aus Politik und Gesundheitswesen zusammen.

Die KKA hat ihren Mitgliedern ein Pro- und Contra-Argumentarium zu den Zielen dieser Volksinitiative zur Verfügung gestellt. Darauf basierend hat die AGZ mittels einer elektronischen Umfrage ihre Mitglieder zur Volksinitiative für „eine öffentliche Gesundheitskasse“ direkt befragt. Die Mehrheit der Antwortenden (55%) hat sich gegen die Schaffung einer Einheitskasse ausgesprochen. Die Gegner einer Einheitskasse nannten in erster Linie das unerwünschte Monopol der Versicherung als Grund für ihre Ablehnung. Ebenfalls wichtig waren der drohende Eingriff in die Behandlungsfreiheit und die Rationierungsgefahr. Bei den Befürwortern wurde in erster Linie der Wegfall der Jagd nach guten Risiken als Grund genannt. Ebenfalls wichtige Argumente bei den Befürwortern waren Einsparungen durch den Wegfall von teuren Kassenwechseln und eine Vereinfachung der administrativen Abläufe.

Eine Studie, welche die Ostschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz in Auftrag gegeben hatte, zeigte auf, dass der finanzielle Vorteil eher klein ist und die rechtlichen Probleme bei der Umsetzung eher gross. Kritisiert wurde darin auch der wachsende Machteinfluss der Kantone und darauf hingewiesen, dass der Kanton keinesfalls gleichzeitig Regulator und Player sein darf. Ein fehlender Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen behindert zudem Anreize für innovative Versorgungsmodelle.

Im Vorfeld der **Neuwahlen für den Zentralvorstand FMH vom 7. Juni 2012** hat sich die KKA wiederum für die längst fälligen Strukturreformen (beispielsweise die Umsetzung der sogenannten Führungsmodelle) stark gemacht. Für die Umsetzung der notwendigen Reformen braucht es einen star-

ken Zentralvorstand, welcher sich auf dezentrale Strukturen wie die Delegiertenversammlung der FMH, Ärzteorganisationen und -verbände sowie die Fachgesellschaften und die Ärztekammer abstützen und verlassen können muss. Ebenso braucht der Zentralvorstand die Rückendeckung der Kantonal- und Fachgesellschaften und das Vertrauen der Basis! Aus genannten Gründen unterstützte die KKA die drei Kandidierenden Ch. Bosshard (Past-Präsident VSAO), J. Schlup (Past-Präsident der Berner Ärztegesellschaft) und U. Stoffel (Präsident AGZ) und empfahl diese den Kantonalgesellschaften zur Wahl. Alle Drei wurden in den ZV-FMH und J. Schlup nachfolgend zum neuen Präsidenten der FMH gewählt.

Reorganisation des Verbandes deutschschweizerischer Ärztegesellschaften VEDAG, assoziiertes Mitglied der KKA

Der VEDAG und die KKA haben sich an den Mitgliederversammlungen vom 15. November 2012 für eine Konzentration der Ressourcen in der Verbandsarbeit ausgesprochen, damit die Kantonalgesellschaften in der Zielverfolgung ihrer Interessen effizienter arbeiten können. Gemäss seinen per 15.11.2102 revidierten Statuten kann der VEDAG für die Verbandsmitglieder administrative und organisatorische Dienstleistungen übernehmen. Zu diesem Zweck wurde eine Geschäftsstelle eingerichtet, welche in Personalunion mit der Geschäftsstelle der KKA agiert.

Der VEDAG vertritt grundsätzlich die Interessen seiner Mitglieder in der Delegiertenversammlung und der Ärztekammer der FMH. Die Kernthemen der VEDAG-Verbandsarbeit sind die ärztliche Medikamentenabgabe, Projekte im Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (Projekt QBM) sowie die Öffentlichkeitsarbeit.

4 Ausgaben von „Politik+Patient“: Zu jeder Session des nationalen Parlaments erscheint die VEDAG-Publikation „Politik + Patient“, in welcher die politische Haltung der Ärzteschaft zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen einer breiten und interessierten Öffentlichkeit kommuniziert werden kann und die auch bei den Parlamentariern grosse Beachtung findet.

Qualitäts-Basis-Modul (QBM): Der VEDAG engagierte sich auch 2012 schwerpunktmässig in seinem Projekt zur Entwicklung eines Qualitäts-Management-Systems. Das Qualitäts-Basis-Modul (QBM) des VEDAG soll allen interessierten Hausärztinnen und Hausärzten einen einfachen Einstieg in das Thema Qualität ermöglichen und darüber hinaus einen Nachweis für die aktive Teilnahme an der Qualitätsentwicklung erbringen. Mit QBM können Ärztinnen und Ärzte sich selber und das Praxisteam testen, Abläufe in der Praxis bewerten und Patienten befragen. Sie erfassen ihre Leistungen systematisch und erhalten Auswertungen mit individuellen Empfehlungen. Das Modul wurde mit dem Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule entwickelt.

Zürich, 7. Mai 2013/BZ

Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Marc-Henri Gauchat, co-président CCM