

Online-Magazin von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
Médecins de famille et de l'enfance Suisse
Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

STANDPUNKTE

Ausgabe 2/2023



Inhalt

ZUM RÜCKTRITT VON ALAIN BERSET

Kehren neue Besen wirklich besser?

MFE ROUNDTABLE: KANDIDIERENDE IM GESPRÄCH

Kreative Ansätze für das Gesundheitssystem – Ideen gibt es viele

MFE SYMPOSIUM 2023

Warum der Nachwuchs fehlt – auf Spurensuche...

MFE SYMPOSIUM 2023

Warum der Nachwuchs fehlt – auf Spurensuche...

MFE SYMPOSIUM 2023

Das Fundament der Grundversorgung bröckelt – der Nachwuchs fehlt!

BÜROKRATIEMONSTER UND UMSETZUNGSPROBLEME

Zulassung: Föderalismus «at its best»

ELEKTRONISCHES PATIENTENDOSSIER – WO STEHEN WIR?

(Noch) Keine Erfolgsgeschichte aus Sicht von Haus- und Kinderärzt:innen

PRAXISLABOR UNTER DRUCK

Ein bewährtes Triage-Instrument im Kreuzfeuer

KRANKENKASSEN-PRÄMIEN 2023

Fragen Sie Ihre Haus- oder Kinderärztin!

HAUS- UND KINDERÄRZTLICHE NATIONALRATSKANDIDAT:INNEN

Expertise ist gefragt



ZUM RÜCKTRITT VON ALAIN BERSET

Kehren neue Besen wirklich besser?

Die Überraschung ist gelungen: Niemand hatte damit gerechnet, dass Bundespräsident Berset gerade jetzt seinen Rücktritt ankündigen würde. Auch die «Hard Core Insider» der Berner Politikwelt sind auf dem falschen Fuss erwischt worden mit all ihren Prognosen zu Rücktritten und Departementsverteilungen. Mitten in den Startpflöcken zu den nationalen Parlamentswahlen müssen sich die Auguren plötzlich mit einer neuen Aufgabe anfreunden: Mutmassungen, Spekulationen, «was wäre-wenn»-Diskussionen füllen das Sommerloch.

Bereits haben Exponenten verschiedener Verbände aus dem Gesundheitswesen ihre Forderungen an die neue Chefin/den neuen Chef des Departement des Innern (EDI) formuliert – in einer sorgfältig gelayouteten Broschüre. Dass wir nicht angefragt worden sind, hat wohl seine Gründe... Einer dieser Gründe ist vielleicht, dass wir uns nicht mit Hochglanz beschäftigen, sondern an der Basis rackern, um valable Lösungen zu erarbeiten. Wie wir das seit vielen Jahren machen. Und weil wir nicht nur Forderungen stellen, sondern gleichzeitig versuchen, konstruktive Ansätze zu verfolgen, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Ein zweiter Grund: Mit dem Gegenvorschlag zur Hausarztinitiative wurde der «Masterplan Hausarztmedizin» in Gang gesetzt. Zum ersten Mal im Schweizer Gesundheitswesen wurden die Haus- und Kinderärzt:innen namhaft und konkret unterstützt. Unter der wohlwollenden Schirmherrschaft von Bundespräsident Berset konnte die Position der ärztlichen Grundversorger gestärkt werden, die akademische Reputation aufgebaut und die finanzielle Situation (ein in der Geschichte einmaliger Vorgang) sogar verbessert werden. Für diese Wertschätzung unserer Arbeit, für diese Unterstützung unserer Bemühungen

im Schweizer Gesundheitssystem bedanken wir uns bei Alain Berset. Merci pour tous!

Wir sind natürlich alle gespannt auf die Nachfolge. Versteht er oder sie etwas vom Gesundheitswesen? Wie rasch hat er oder sie die neuen Dossiers im Griff? Und, für uns sehr wichtig: Hat er oder sie ein offenes Ohr für die Anliegen der Haus- und Kinderärzt:innen?

Im Dezember wissen wir mehr. Neben einem neuen Parlament sitzt eine neue Chef:in im EDI. Wir sind gespannt.

Philippe Luchsinger

MFE ROUNDTABLE: KANDIDIERENDE IM GESPRÄCH

Kreative Ansätze für das Gesundheitssystem – Ideen gibt es viele

Am SGAIM-Kongress, zwei Monate vor den Wahlen, hatten wir für einmal die nächste nationale Politik-Generation auf dem Podium: Kandidierende aus den 6 grossen Parteien, aus Zürich und dem Aargau. Die Gesundheits-Wahlrezepte der Parteien und die persönlichen Ideen der Kandidierenden interessierten uns besonders.

Die Zusammensetzung im Podium war spannend, zwei Ärztinnen, zwei Pflegefachmänner, eine Pflegeleiterin und eine Sozialarbeiterin, vier davon kantonale, zwei kommunale PolitikerInnen. Sie alle kandidieren für den Nationalrat, die grosse Motivation war spürbar.



Von links nach rechts: Patrick Hässig, GLP / Bettina Balmer, FDP / Brigitte Rööslj, SP / Anna-Béatrice Schmalz, Grüne / Celine Schneider, die Mitte / Miro Barp, SVP. Anmerkung der Redaktion: Die Aufstellung haben die Kandidierenden selbst ausgewählt.

Mindset muss sich ändern: Fünfliber in der Notaufnahme

Mit einem realistischen Statement stieg Patrick Hässig in die Diskussion ein: er wäre Papst, hätte er die Lösung für die Probleme im Gesundheitswesen – er sieht keine Chance, die Kosten in den Griff zu bekommen. Wenn, dann wäre es eine gesellschaftspolitische Aufgabe, den Mindset zu ändern, um nicht mehr alles zu beanspruchen, was möglich wäre.

Diesen Blickwinkel, konnte Bettina Balmer unterstützen: sie sehe jeweils in der kantonalen Budgetdebatte den Verteilungskampf – entsprechend werde da festgelegt, was der Kanton für die Gesundheit aufwenden wolle. Auch konkrete Beispiele zum Thema «Mindset» lieferte sie: das zweite Fläschchen Algifor, dass eine Mutter für ihr Kind auch noch mitnehmen wollte, weil es ja gratis sei, illustriert gut, welche Mentalität es bei einem Teil der PatientInnen zu ändern gilt. Und vom «Raschelsäckli-Fünfräppler» hat sie sich auch inspirieren lassen, allerdings etwas anders: ein Fünfliber für den Notfall, als neue Pauschale, wäre für sie angebracht. Als Zeichen, dass es etwas kostet und doch für alle erschwinglich bleibt.

Anna-Béatrice Schmalz fand zwei Ideen von Balmer gut: die Gesundheitsförderung und Prävention in die Schule zu bringen und den Fünfliber. Für sie ist aber das Problem viel grundlegender: die Belastungen im Gesundheitswesen seien generell das Problem, es brauche einen Mindestlohn bzw. ein Grundeinkommen und Teilzeitarbeit. Und natürlich sei dann die Gesundheit ins Zentrum zu stellen, und nicht die Krankheit, was aber systembedingt sei.

Digitalisierung: Lösung für alles?

Von der Digitalisierung erhoffen sich die meisten Podiumsteilnehmer:innen viel: Entlastung, mehr Zeit für die PatientInnen, weniger Koordinationsprobleme. Und auch die Einheitskasse und einkommensabhängige Prämien wurden genannt, aber nur von grüner und SP-Seite.

Miro Barp sähe den Befreiungsschlag eher bei weniger Spitälern und einer Vereinfachung der Versicherung, zweigeteilt in eine Art Vollkasko und in eine Basisversicherung. Zu bedenken gab er, dass doch der Grossteil des Systems über Steuern finanziert werde, das System an sich hervorragend sei und eigentlich nur wenig Korrekturen notwendig seien.

Vertrauen muss zurückgewonnen werden, untereinander und ins System

Dass vor den Hausärzt:innen deren Funktion gelobt und gefördert sein wollte, war zu erwarten. Brigitte Rösli will deren Salär verdoppeln und das der Fachärzte halbieren, die Mayo-Klinik ist ihr Ideal. Mario Barp sieht für die Triagen auch zentrale Rollen bei APN's, Hebammen und ApothekerInnen. Und einig ist er sich mit seinem Pflegefachkollegen von der GLP: die Pflegenden sollen selber abrechnen können, die Pflegeinitiative muss rasch umgesetzt werden. Und genau dazu empfehlen sich die beiden für den Nationalrat, dem überhaupt keine Pflegenden angehören würden.

Céline Schneider, als Assistenzärztin, verdeutlichte ihrerseits das Nachwuchsproblem: von ihren KollegInnen, die mit ihr vor zwei Jahren das Staatsexamen gemacht hätten, wären einige wegen zu hoher Belastung bereits wieder ausgestiegen. Der Wandel müsse also schnell kommen, damit alle im Job verbleiben. Aber mehr müssten es trotzdem sein, warum nicht über eine eidgenössische Schule wie die ETH? Dass danach die Hausärzt:innen im Zentrum stehen und genug Zeit für die Patienten haben müssten, und, dass alles im Tarif gut abgebildet sein müsse, ist für sie offensichtlich.

Zwei Inputs aus dem Publikum rundeten das Podium ab. Für einen Zuhörer ist die Sinnkrise offensichtlich, es gebe zu viele Akteure im System und da werde es schwierig, die Nachfrage zu bremsen. Und für eine andere Ärztin ist die allseits beklagte Bürokratisierung wohl klar ein Ausdruck von Misstrauen und Übercontrolling, es müsse Vertrauen zurückgewonnen werden, untereinander und ins System. Mit diesem Wunsch schloss Philippe Luchsinger die Runde.

Wir sind gespannt auf die Wahlen – am 22. Oktober sind alle aufgerufen, nicht zuletzt die Gesundheitsberufe ins Parlament zu schicken. Ob es gelingt?

Reto Wiesli



MFE SYMPOSIUM 2023

Warum der Nachwuchs fehlt – auf Spurensuche...

Video: Markus Jordi, Generalsekretär GDK im Gespräch.

Link Video:

Cynthia Ringgenberg



MFE SYMPOSIUM 2023

Warum der Nachwuchs fehlt – auf Spurensuche...

Video: Sophie Ley, Präsidentin SBK, im Gespräch

Link Video:

Cynthia Ringgenberg

MFE SYMPOSIUM 2023

Das Fundament der Grundversorgung bröckelt – der Nachwuchs fehlt!

Wir drohen die kostengünstige und qualitativ hochstehende Basis für die medizinische Grundversorgung zu verlieren. Hausärztinnen und Kinderärzte werden dringend benötigt, aber der Nachwuchs fehlt.

Um zu vergleichen, ob sich das Problemverständnis und die Lösungsansätze zwischen den Generationen und Organisationen verändern, haben wir Yvonne Gilli, Präsidentin FMH, und Linda Habib, Mitglied JHaS, drei Fragen zum fehlenden Nachwuchs gestellt:



Yvonne Gilli, Präsidentin FMH



Linda Habib, Mitglied JHaS

1. Worin sehen Sie die Hauptursache, dass sich immer weniger Ärzt:innen für die Haus- und Kinderarztmedizin und vor allem für den Schritt in die Praxis entscheiden?

«Zuerst die erfreuliche Nachricht – die Nachfrage der jungen Ärztinnen für Hausarztmedizin bleibt konstant hoch mit ungefähr 40% der Assistenzärzteschaft. Dann die ernüchternden Nachrichten: Arbeitslast, ausufernde Administration und sich ständig ändernde neue Regulatorien führen zu anhaltenden Enttäuschungen – und in letzter Konsequenz sogar zum Ausstieg aus dem Beruf.»

«Es gibt aus meiner Sicht keine einzelne Hauptursache, sondern es sind gleich mehrere Punkte, wie die fehlende Anerkennung und Entlohnung, aber auch die stetige Überlastung aufgrund des bereits heute akuten Haus- und Kinderärztemangels.

Auch die laufend zunehmenden administrativen Aufgaben für Qualitätssicherung und Verhandlungen mit den Krankenkassen führen zu weniger Zeit für den Patienten. All dies führt zu einem Defizit in der Work-Life-Balance. Die Beschleunigung im Gesundheitswesen ist ebenfalls ein wichtiger Faktor – die Patient:innen machen hier Druck.»

2. Welche drei Massnahmen haben aus Ihrer Sicht das grösste Potential, dieses Thema positiv zu beeinflussen?

- Studienplätze und Hausarztprogramme in der Zeit der Weiterbildung zur Fachärztin erhöhen und finanzieren!
- Tardoc durch den Bundesrat genehmigen mit Hausarztkapitel und besser abgegoltener ärztlicher Leistung
- Gezielte Entlastung von administrativen Leerläufen (nutzenbringende Digitalisierung) und Entschädigung der Kooperation interdisziplinär und interprofessionell

- Tardoc: Angepasste Entlohnung der Grundversorger inklusiv den delegierten, interprofessionellen Aufgaben (APN, MPK, Case Manager, Physio, etc.)
- Entwicklung von kleinen durch Ärzte geführten Gruppenpraxen oder Gesundheitszentrum mit interdisziplinären und interprofessionellen Teams.
- Bessere Kostenverteilung

3. In Anbetracht der Wahlen und des/der neuen Gesundheitsminister:in: Was wäre Ihre erste Forderung an das neue Parlament für mehr Nachwuchs in der Grundversorgung?

«Gebundene Finanzierung zur Erhöhung der Ausbildungsplätze und für Hausarztprogramme in der Weiterbildung zur Fachärztin.»

«Politische Unterstützung und vereinfachte Rahmenbedingungen für junge Haus- und Kinderärzt:innen bei der Übernahme respektiv Umwandlung von Praxen. Dies mit dem klaren Ziel, die nächste Generation für die Praxistätigkeit zu motivieren.»

Am diesjährigen Symposium diskutierten Michael Jordi, abtretender Generalsekretär GDK, Sophie Ley, Präsidentin SBK und Schirmherrin der Pflegeinitiative (ihre Statements sind in den Videobeiträgen festgehalten), Yvonne Gilli, Präsidentin FMH und Chefin von 40'000 Ärzt:innen und Monika Reber, Mitglied des mfe Vorstands und Hüterin des Masterplans Nachwuchs.



Sollten Sie das Symposium verpasst haben, finden Sie die Aufzeichnung in voller Länge auf Youtube.

Alexandra Walpen Kyburz



BÜROKRATIEMONSTER UND UMSETZUNGSPROBLEME

Zulassung: Föderalismus «at its best»

Eigentlich ist es ja peinlich: Zuerst wird mit viel Geknorz und Getöse ein Jahrzehnte dauerndes Problem in ein Gesetz gebettet, anschliessend wird das Gesetz für gewisse Fachrichtungen ausser Kraft gesetzt und am Schluss melden die Kantone, dass sie die Umsetzung eines Teils des Gesetzes, nämlich die Höchstzahlen, doch nicht machen möchten. «Kei Lust» oder Unvermögen?

Langfristige und gezielte Planung ist nicht das Ding der Schweiz: Lehrer:innen haben wir manchmal zu viele, dann wieder zu wenige. Im Bereich Spitäler wird ungern geplant, die Ostschweiz hat es gerade vorgemacht. Und jetzt sollen die Ärzte geplant werden.

Wir sind uns einig: Es ist durchaus sinnvoll, zur Berufsausübung Bedingungen zu stellen. Wir wollen Fachleute, die gut ausgebildet sind, die nötigen Fähigkeiten mitbringen, sich qualifiziert ausdrücken können und der Qualität ihrer Arbeit Sorge tragen. All das ist unbestritten. Und gilt nicht nur für Ärzt:innen. Neu sind die Kantone zuständig für alle Zulassungen,

also nicht nur für die Bewilligung zur Praxisführung, sondern auch zur Abrechnung über die OKP, die Grundversicherung.

Der akute Mangel fordert ein rasches Handeln!

Aus der ganzen Schweiz erreichen uns Meldungen, dass diese Verfahren kompliziert und sehr zeitraubend behandelt werden, sogar an gewissen Orten nicht auf Gesuche eingetreten wird. Unverständlich in einer Zeit, wo es überall an Haus- und Kinderärzt:innen mangelt, dass man diejenigen, die sich in die Praxis begeben möchten, nicht tatkräftig und subito unterstützt.

Mit der Verordnung zu Art. 55 KVG zur Festlegung der Höchstzahlen wurde den Kantonen die Aufgabe übertragen, in ihrem Bereich festzulegen, wie viele Ärztinnen einer Fachrichtung maximal arbeiten dürfen. Grundlage dazu sind die bestehende Anzahl und der Versorgungsgrad, die einander gegenüberzustellen sind. Das Pensum der in Praxis und Spital ambulant arbeitenden Ärztinnen zu erheben ist schon nicht einfach, aber den Versorgungsgrad zu bestimmen, das scheint ein Ding der Unmöglichkeit zu sein. Zumindest wenn man die bisherigen Bemühungen analysiert.

Wie gewohnt gibt es auch bei dieser Verordnung eine Übergangsbestim-

mung. Bis am 30. Juni 2025 dürfen die Kantone die ermittelte Anzahl Ärztinnen-Äquivalenzen als Soll stehen lassen ... Und danach?

In der Vernehmlassung zu den ganzen Zulassungsartikeln haben wir von mfe immer betont, dass bei einer Festlegung von Höchstzahlen konsequenterweise auch eine Mindestzahl festgehalten werden muss. Gerade für Haus- und Kinderärztinnen. Und während sich die Politik den Ball hin- und herschiebt, wird ein Teil der Schweizer Bevölkerung seine Telefonrunden weiterdrehen, um eine Praxis zu finden, die die Kapazitäten hat, noch neue Patientinnen aufzunehmen.

Philippe Luchsinger / Sébastien Jotterand



ELEKTRONISCHES PATIENTENDOSSIER – WO STEHEN WIR?

(Noch) Keine Erfolgsgeschichte aus Sicht von Haus- und Kinderärzt:innen

Vor allem in den Social Media wurde eine Werbekampagne zum EPD gestartet mit prägnanten, teils vollmundigen Statements: «Das EPD wirkt!». Doch wo stehen wir überhaupt und ab wann können wir behaupten, dass das EPD auch für uns und unsere Patientinnen und Patienten einen Mehrwert bietet?

Gegenwärtig laufen die Vernehmlassungen zur Übergangsförderung bis zur Umsetzung der umfassenden Gesetzesrevision sowie auch die Vernehmlassung zur umfassenden Gesetzesrevision.

Letztere wurde diesen Frühsommer präsentiert und umfasst nicht ganz unerwartet äusserst relevante Veränderungen. Die zwei wohl wichtigsten Veränderungen, die uns direkt betreffen, sind folgende:

1. Es ist vorgesehen, dass für jede Person, die in der Schweiz einen Wohnsitz hat und eine Krankenver-

sicherung nach OKP (oder auch Militärversicherung) besitzt, automatisch ein EPD eröffnet wird. Möchte diese Person kein EPD, so kann sie die Sistierung des EPD beantragen (opt-out-Modell).

2. Ebenso sollen alle ambulanten Leistungserbringer, die zulasten der OKP abrechnen, verpflichtet werden, sich einer Stamm-/Gemeinschaft anzuschliessen und behandlungsrelevante Daten im EPD abzuliegen. Bei Nichtbefolgen dieser Pflichten können die Behörden Sanktionen aussprechen.

Diese beiden Massnahmen sollen die

bisherige minimale Anzahl von rund 23'000 eröffneten EPD (Stand Juli 2023) erhöhen und dem EPD zum Durchbruch verhelfen. Soweit der aktuelle Stand auf Ebene der Gesetze und Vorhaben des Bundes.

PDF-Ablage ohne Mehrwert

In den vergangenen Jahren wurde viel Entwicklungsarbeit geleistet, wurden Stamm- und Gemeinschaften (Betreiberesellschaften des EPD) gegründet und wieder reorganisiert, Datenstandards und Austauschformate erarbeitet. Partner, welche für die technische Infrastruktur verantwortlich

sind, haben sich etabliert und wurden dann wieder gewechselt. Alle diese Entwicklungen haben dazu geführt, dass weiterhin kein nahtloser Austausch von Daten im EPD möglich ist. Gesundheitsfachpersonen, die der Stammgemeinschaft A angeschlossen sind, können das EPD der zu behandelnden Person, die bei Stammgemeinschaft B ein EPD eröffnet hat, noch nicht in allen Fällen einsehen. Natürlich ist diese cross-community-Funktionalität geplant – aber noch nicht einwandfrei umgesetzt. Der Daten-Austausch ist das eine Problem, für uns Haus- und Kinderärzte der noch fehlende Mehrwert oder sogar effizienzsteigernde Effekt des EPD das noch grössere. Zurzeit handelt es sich tatsächlich um eine PDF-Ablage und diese hilft uns im Alltag nicht weiter. Im Gegenteil. Es bedeutet deutlich mehr Zeitaufwand, sich in dieser Ablage zurechtzufinden. Da hilft es auch nicht, wenn Anbieter der Praxisinformationssysteme damit werben, dass die Anbindung ans EPD einfach geregelt sei und das Dokument als PDF-Datei per Klick in die eigene Patientenakte abgelegt werden kann. Dennoch - das EPD ist und bleibt nur eine PDF-Ablage. Es wurden Austauschformate definiert und weiterentwickelt, die eine tiefe Integration der Daten im EPD in unsere Praxisinformationssysteme künftig erlauben könnten.

Unterstützung für den Praxisalltag

Einzelne Bestandteile des EPD wie der eMedikationsplan oder der Impfausweis stehen kurz vor der Einführung. Sie können in Zukunft dank der definierten digitalen Austauschformate einfacher und strukturiert mit den Daten in unseren Praxisinformationssystemen abgeglichen oder integriert werden. Hier sehe ich erste Ansätze, wie das EPD uns Haus- und Kinderärzte und alle in unserem Behandlungsnetzwerk eingebundene Gesundheitsfachpersonen unterstützen kann.

Bis wir allerdings so weit sind, dauert es noch und die schlechten Signale der Zwänge durch Gesetze und Auflagen sind leider stärker zu spüren als der Mehrwert, den ein EPD bringen kann. mfe setzt sich auf allen Ebenen dafür ein, dass wir nicht mit Gesetzen und Regulatorien konfrontiert werden, die wir nicht oder nur mit massivem Mehraufwand befolgen können; umgekehrt bringen wir auf mehreren Ebenen unsere Anforderungen an ein funktionierendes EPD ein. Wir Haus- und Kinderärzte sind keineswegs die Verhinderer eines EPD, so wie es uns kürzlich vorgeworfen wurde. Vielmehr arbeiten wir mit bei der Entwicklung eines für uns sinnvollen und unterstützenden EPD. Als zentraler Dreh- und Angelpunkt für unsere Patientinnen und Patienten sind wir äusserst interessiert an einem gut funktionierenden EPD.

Micheal Bagattini



PRAXISLABOR UNTER DRUCK

Ein bewährtes Triage-Instrument im Kreuzfeuer

Für die Haus- und Kinderärzte ist das Praxislabor mehr als ein unverzichtbarer Bestandteil der täglichen Arbeit. In der Ära von Gesundheitsminister Couchepin wurde es zum Symbol des politischen Widerstands gegen die laufende Verschlechterung der Rahmenbedingungen in der Grundversorgung. Jetzt kommt das Praxislabor wieder unter Druck.

Alle Haus- und Kinderärzte, die ein Praxislabor betreiben, erachten es als immens wichtig für die effiziente und kostengünstige Betreuung ihrer Patienten. Tatsächlich ist das Praxislabor ein unverzichtbares und hocheffizientes Triage-Instrument in der täglichen Arbeit. Aber so selbstverständlich es im hausärztlichen Alltag eingesetzt wird, so sehr setzen es politische Gegenspieler immer wieder unter Druck. So wurde die Analysenliste 2009 bereits einmal totalrevidiert. Wir erinnern uns: Die mit der damaligen Revision verbundene Neukalkulation der Tarife führte bei den Praxislabors schlagartig zu Einnahmeverlusten von

bis zu 30%. Damit liess sich das Praxislabor nicht mehr kostendeckend betreiben und stand vor dem Aus.

Dieser verheerende Entscheid von Bundesrat Pascal Couchepin wirkte wie ein Tropfen, der das Fass zum Überlaufen brachte. Couchepins Entscheid trieb die Hausärzte zu Tausenden für Protestaktionen auf die Strasse. Am 1. April 2009, dem Tag der Hausarztmedizin, riefen viele zum Streik auf. Es war dies der letzte Anstoss für die Lancierung der Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin». Für die Haus- und Kinderärzte ist das Praxislabor seither mehr als ein unab-

dingbares Instrument für ihre Arbeit: Der Kampf um das Praxislabor ist auch zum politischen Symbol geworden.

Korrektur unter dem Druck der Initiative

Der Bundesrat hatte mit dem Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» auf den grossen Druck der Initiative reagiert und mit substanziellen Verbesserungen zugunsten der Hausarztmedizin den Rückzug der Initiative ermöglicht. Mitentscheidend war die Bestimmung

von 33 sogenannten «Schnellen Analysen» für das Praxislabor. Deren Tarife wurden mit einem spezifisch auf die Praxis abgestimmten Kostenmodell berechnet, um den effektiven wirtschaftlichen Gegebenheiten der Hausarztpraxis zu entsprechen, sprich die Preise wurden wieder angehoben. Offenbar hatte man im Lichte der Initiative verstanden, dass ein patientennahe Praxislabor für eine effiziente, kostengünstige Grundversorgung zentral ist.

Neue Revision, alte Befürchtungen

Seit Ende 2017 läuft nun eine neuerliche Revision der gesamten Analysenliste. In einem ersten (abgeschlossenen) Schritt wurde die ganze Struktur durchleuchtet und wo möglich vereinfacht. In einem zweiten (noch laufenden) Schritt sollen nun die Preise aller Analysen neu berechnet werden. Dabei bestätigt sich, dass ein korrektes Kostenmodell für die grossen Auftragslabors nicht identisch sein kann mit einem Kostenmodell für das Praxislabor. Sehr schwierig bis unmöglich ist auch der Auslandspreisvergleich, zumal die Gesundheitssysteme und die Abgeltungsmodelle praktisch nirgends vergleichbar sind.

Dürfen wir davon ausgehen, dass die Liste der 33 «Schnellen Analysen» so auch künftig erhalten bleibt? Werden sich alle Beteiligten beim Erarbeiten des Masterplans an die Versprechen erinnern, die zum Rückzug der Initiative „Ja zur Hausarztmedizin“ geführt hatten? Die Antwort auf diese Fragen hängt auch vom Ausgang eines weiteren Projekts ab: Aktuell läuft ein Health Technology Assessment (HTA) der «Schnellen Analysen» des Praxislabors. Überprüft werden dabei die Präzision der Analysen im Vergleich zum Auftragslabor und die Notwendigkeit, das Resultat noch in der gleichen Konsultation zur Verfügung zu haben, also Präsenzdiagnostik im engeren Sinn. Für die meisten Analy-

sen gibt es starke Argumente, dass sie schnell vorliegen, vor allem wenn zusätzlich versorgungspolitische Kriterien berücksichtigt werden. Bezieht man diese mit ein, wird klar, dass zur Beurteilung des Stellenwerts des Praxislabors mehr gehört als die Erkenntnis, ob es gleich präzise Analysen liefert wie das Grosslabor.

Kosten und Wert des Praxislabors

Sämtliche Analysen, die auf der Analysenliste fungieren – also nicht nur die «Schnellen Analysen» des Praxislabors – machen umsatzmässig rund 5% der gesamten OKP-Leistungen aus. Das zeigt das Monitoring des BAG (der aktuelle Datenpool deckt die Jahre 2016 bis 2019 ab). Wichtig zu wissen ist dabei:

- Von allen Analysen im ambulanten Setting entfielen in diesem Zeitraum etwa 39% auf das Praxislabor. Bei den Kosten machen diese aber nur 27% aus.
- Die Kosten für Laboranalysen sind im untersuchten Zeitraum weniger stark gestiegen als die Gesamtkosten der OKP.
- Die Anzahl der Analysen, die im Praxislabor durchgeführt werden, blieben im Betrachtungszeitraum praktisch konstant.

Das bedeutet: In den Praxislabors der Haus- und Kinderärzte fand keine Mengenausweitung statt. Die Mengen und auch die Kosten blieben stabil. So viel zur Kostenseite. Und der Wert des Praxislabors?

- Praxislabors erlauben im Rahmen der Präsenzdiagnostik eine rasche Diagnosestellung, der Beginn einer sofortigen Behandlung. Sie vermeiden damit unnötige Spitaleinweisungen oder Zweitkonsultationen zur Besprechung der verzögert vorliegenden Resultate aus dem

externen Grosslabor.

- Behandlungen können besser gesteuert werden durch unmittelbare Anpassungen der (medikamentösen) Therapie.
- Praxislabors sind Grundlage für eine einfache, effiziente und kostengünstige ambulante Medizin von hoher Qualität in den Praxen der Grundversorger. Diese Grundversorgung muss auch mit Blick auf die Kostendämpfung weiterhin flächendeckend und dezentral angeboten werden können.
- Mit der Präsenzdiagnostik kann auch die «Strategie Antibiotikaresistenzen Schweiz (StAR)» stringenter umgesetzt und unnötiger Einsatz von Antibiotika vermieden werden.
- In der heutigen Zeit, in welcher der Klimawandel und die Nachhaltigkeit wichtige Themen sind, hat das Praxislabor aufgrund wegfallender Transporte ins Auftragslabor und vermiedener Zusatzkonsultationen eine massiv bessere Ökobilanz.

Der Wert des Praxislabors konnte im Verlauf des Masterplans allen massgebenden Akteuren ausreichend und plausibel dargelegt werden. Die seither vergangene Zeit zeigt: Das Praxislabor ist eine sehr gute und sehr lohnende Investition in eine effiziente, kostenbewusste und patientennahe Versorgung. Es bleibt zu hoffen, dass sich alle mit der jetzigen Revision betrauten Entscheidungsträger dessen bewusst sind. Die Haus- und Kinderärzte werden jedenfalls mit Argusaugen beobachten, was in den kommenden Monaten beim Praxislabor passiert.

Yvan Rielle



KRANKENKASSEN-PRÄMIEN 2023

Fragen Sie Ihre Haus- oder Kinderärztin!

Die Tüte ist geplatzt, noch ist nicht alle Luft draussen. Durchschnittlicher Prämienanstieg 8.7%, 2.1 Prozentpunkte mehr als bei der letzten Explosion, Börsenverluste der Kassen inklusive. Das Wehklagen ist laut, die Untergangsszenarien sind uns seit Jahren bekannt.

Interessant ist die zeitliche Nähe zu den eidgenössischen Wahlen und den damit verbundenen mehr oder weniger originellen oder abgestandenen Heilsversprechen der Parteien und Kandidierenden.

Das Prämienwachstum soll gebremst werden. Trotzdem soll das Angebot dem Fortschritt angepasst und die Qualität stetig verbessert werden. Immer mehr und immer besser zu günstigerem Preis. Wie die Quadratur des Kreises gelingen soll, steht nach wie vor in den Sternen. Versprochen wurde schon viel, jedes Jahr.

Ganz offenbar ist es nicht immer einfach, bei den Fakten zu bleiben, weshalb wir hier eine Auswahl schwarz auf weiss festhalten (admin.ch; Stadt Bern; santésuisse):

- Preisanstieg von durchschnittlich **27%** (bis 80%): **Strom** 2023
- **Preisanstieg von durchschnittlich 18%** (bis maximal über 200%): **Strom** 2024
- **Preisanstieg von plus 35%: Benzin**, 2020 bis 2022
- **Preisanstieg von 90%: Zucker**, 2019 bis 2022
- **Von den Kassen angedrohter Prämienanstieg 2023: 10%**
- **Tatsächlicher Prämienanstieg 2023: 6,6%** (allgemeine Teuerung 2.8%)
- **Von den Kassen angedrohter Prämienanstieg 2024: 10%** (allgemeine Teuerung 1.7%)
- **Bis jetzt festgestellter Kostenschub OKP 2023: 4.2% total**
- **Kostenwachstum Spital stationär, Spital ambulant, Medikamente je zirka 6%**

- **Kostenwachstum Praxisärzte: 0.2%**
- **Preisanstieg Kartoffeln seit 1996: 82%**
- **Preisanstieg Löhne seit 1996: 30%**
- **Aktuelle Forderung Gewerkschaften: Lohnanpassung 3.5 bis 4.5%**
- **Preisanstieg ärztlicher Tarif seit 1996: 0 (null)**

Haus- und Kinderarztmedizin – das Rezept für eine gesunde Schweiz. Wir halten fest:

- Verbesserte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten haben ihren Preis. Der immense Nutzen für Bevölkerung und Wirtschaft darf nicht ausser Acht gelassen werden.
- Die Bevölkerung fragt immer mehr Leistungen nach, sie wird älter und länger behandelt, die Patientenzahlen steigen in allen Sektoren. Das führt einerseits zu Kosten, andererseits zu Engpässen.
- Erhöhte Nachfrage bei knappem Angebot führt in der Regel zu höheren Preisen. Nicht so im Gesundheitsmarkt, wo Preissenkungen oder gar Rationierungsmassnahmen gefordert werden.
- Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen im Gesundheitswesen müssen dem gesetzlichen Auftrag entsprechend überprüft werden, so wie das in anderen Bereichen, die von öffentlichen Geldern mitfinanziert werden, auch geschehen müsste. Effizienzsteigerungen sind – im Gegensatz zur Industrie – in der ärztlichen Praxis kaum möglich. Das Patientengespräch kann nicht beliebig verkürzt werden, auch nicht mit Künstlicher Intelligenz und elektronischem Patientendossier. Auch nicht mit willkürlichen Limitationen im Tarif.
- Die Preise für ärztliche Leistungen haben sich seit 1996 nicht verändert (mit Ausnahme des 2014 kostenneutral eingeführten Hausarztzuschlags). Null Preissteigerung in knapp 30 Jahren.
- Ein stetig wachsender Teil des Umsatzes in einer Arztpraxis entfällt auf Lohn- und Infrastrukturkosten. Als Folge davon sinkt das ärztliche Einkommen seit Jahren kontinuierlich. Gleichzeitig steigt der administrative Aufwand.
- santésuisse, H+ und der Bundesrat verhinderten bisher die Einführung eines sachgerechteren Tarifs. Aber auch mit dem künftigen Tarif «Tardoc» wird eine Anpassung an die Teuerung von Versicherern und Bundesrat verhindert und strikte abgelehnt (Kostenneutralität im Vergleich zu Preisen von 1996).

Noch unterscheidet sich das Schweizer Gesundheitswesen von anderen Ländern: Die Schweizer Bevölkerung hat jederzeit und uneingeschränkt Zugang zu allen zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen. An diesem Privileg will niemand rütteln. Über die Finanzierung kann man diskutieren.

Das Rezept für eine gesunde Schweiz – auch in Zukunft

Der wichtigste Pfeiler des Schweizer Gesundheitswesens sind die haus- und kinderärztlichen Grundversorgerpraxen. Sie lösen über 90% der Probleme selbständig, effizient und kostengünstig.

Um diese zweifellos gut funktionierende Dienstleistung zu erhalten und sogar noch zu verbessern, dürfen der Grundversorgung nicht ständig neue Auflagen, Aufgaben und Kontrollen aufgebürdet und schon gar keine Lohnkürzungen angedroht werden.

Unsere potenziellen Nachfolgerinnen und Nachfolger haben ein gutes Gespür dafür, wo und unter welchen Voraussetzungen sie arbeiten wollen. Vor allem die zukünftigen Haus- und Kinderärztinnen brauchen eine Perspektive.

Hoffentlich gelingt es dem neuen Parlament, diese aufzuzeigen.

Rolf Temperli / Heidi Zinggeler Fuhrer

HAUS- UND KINDERÄRZTLICHE NATIONALRATSKANDIDAT:INNEN

Expertise ist gefragt

Am 22. Oktober wird das politische Fundament für die nächsten vier Jahre gelegt. Als politischer Berufsverband der Haus- und Kinderärzt:innen beschäftigt mfe diese Wahlen stark, denn das neue Parlament wird wichtige, für Haus- und Kinderärzt:innen relevante gesundheitspolitische Weichen stellen müssen.

Tarif, Prävention, Tabak, und natürlich, wie in dieser Ausgabe beleuchtet, der Mangel an Haus- und KinderärztInnen: Diese Themen werden uns in den kommenden Monaten und Jahren intensiv beschäftigen.

Die Stimme der Ärzteschaft, vor allem von den Haus- und Kinderärzt:innen, wird idealerweise durch eine direkte Vertretung im Parlament gestärkt. Diese Kandidat:innen bringen nämlich etwas Entscheidendes mit: echte Expertise im Gesundheitswesen.

Parteiunabhängig wünschen wir allen politisch engagierten Ärzt:innen viel Erfolg!

Ein kleines Kandidat:innenkarussell ohne Anspruch auf Vollständigkeit:



Dr. med. Bettina Balmer, Kinderchirurgin, FDP, Zürich (neu)



Prof. Dr. med. Raoul Furlano, Kinderarzt, Basel Stadt, LDP, (neu)



Dr. med. Severin Lüscher, Hausarzt, Grüne, Aargau (neu)



Dr. med. Pierre-Alain Fridez, Hausarzt, SP, Jura (bisher)

Sandra Hügli

IMPRESSUM

Herausgeber:

mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

Geschäftsstelle:

Effingerstr. 2

3011 Bern

Tel. 031 508 36 10

E-Mail: gs@hausarzt-schweiz.ch

www.hausarzt-schweiz.ch

Erscheinung:

3 × jährlich

Technik und Gestaltung:

deinmagazin.ch

Redaktionskommission:

Dr. Philippe Luchsinger

Dr. Sébastien Jotterand

Dr. Rolf Temperli

Dr. Heidi Zinggeler Fuhrer

Reto Wiesli

Sandra Hügli-Jost (Leitung)

Yvan Rielle