

Auf Wunsch finden Sie hier das [Bulletin als PDF-Datei](#) zum Ausdrucken!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Der Dauerbrenner - die ärztliche Medikamentenabgabe

Soeben haben die [Sonntagszeitung](#) und die [NZZ am Sonntag](#) wieder Tiraden gegen die zu hohen Margen bei der ärztlichen Medikamentenabgabe gezogen. Richtigerweise weisen sie darauf hin, dass vor allem die Allgemeinpraktiker an der Abgabe verdienen. Etwas mehr Mühe hat man mit der impliziten Forderung zur Margensenkung. In Kantonen mit der AMA ist der TPW tiefer als in Kantonen mit Rezeptur und warum wohl haben wir ein Problem beim Nachwuchs für den Hausarztberuf? Etwa weil er nach 30 Jahren ohne Teuerungsausgleich finanziell noch interessant ist?

Der Auslöser für die Artikel waren Zahlen, die die KK Helsana veröffentlicht hat. Gemäss Angaben von Kollege Ernst Gähler, Chef des Ressorts Tarife und Verträge bei der FMH, "verhebed die Zahle nöd". Aber natürlich haben sich die Journalisten wie Hyänen darauf gestürzt. Vor lauter Sensationsgier hat Herr Trommer, Journalist bei der NZZ auch "vergessen" die FMH um ihre Meinung anzufragen, was einer ausgewogenen Berichterstattung kaum förderlich ist. Da stellt sich schon die Frage, ob eine Gegendarstellungsklage Erfolg haben könnte...

Herr Trommer, hat sich auch nach 3 verlorenen Abstimmungen zur ärztlichen Medikamentenabgabe nicht belehren lassen und fährt immer noch einen strammen Kurs zugunsten der Apotheker. Er ist weder in der Lage zu erkennen, dass die Apotheker mit der rechtlichen Verzögerungstaktik an den Grundmauern der Demokratie rütteln, noch dass seine Forderung die ärztliche Medikamentenabgabe zu verbieten, dem Hausarztberuf auf dem Land möglicherweise den Todesstoss verleihen würde. Wir wissen nicht, ob Herr Trommer eine Verbindung zu den Apothekern hat. Sollte aber jemand davon Kenntnis haben, so würde uns dies sehr interessieren.

Es ist auffallend, dass von der Presse die Zahlen der geringeren Medikamentenkosten in AMA-Kantonen verschwiegen werden. Kommt man dann aber auf diese ohnehin schon tieferen Kosten zu sprechen, so werden selbst diese angeprangert. Die Logik ist: Die Aerzte sollen gratis arbeiten und die Apotheker dürfen etwas mehr verdienen. Die Berichterstattung ist notorisch unausgewogen - ja geradezu pervers. Wenn ich mir vorstelle, was Journalisten für einen Blödsinn auf dem Gebiet schreiben, das ich beurteilen kann, dann graut mir vor der Vorstellung, was für ein Mist mir auf Gebieten vorgesetzt wird, wo ich auf Information angewiesen bin. Und das nicht etwa von einem Provinzblatt, sondern von der NZZ!

Neue Modelle der ärztlichen Medikamentenabgabe

Nachdem die Vernehmlassung zum Verbot der ärztlichen Medikamentenabgabe grossmehrheitlich negativ herausgekommen ist, wird sich BR Burkhalter kaum dazu hinreissen lassen das Ei seines Vorgängers weiter zu bebrüten. Ein Verbot im Rahmen der Revision des Arzneimittelgesetzes dürfte gestorben sein. Was natürlich nicht heisst, dass unsere Busenfreundin Frau SR Diener weiter Lobbying im Parlament für ein Verbot betreibt. Auch bei ihr würden uns übrigens Verbindungen zur Apothekerschaft brennend interessieren.

Es lohnt sich, einen Blick auf die Vernehmlassungsantworten zu werfen: Der Gewerbeverband sagt nein zu einem Verbot! Trotz der Mitgliedschaft der Apotheker und der Mitgliedschaftsabstinenz der Aerzte lässt sich der Verband nicht zu protektionistischem Verhalten hinreissen - Chapeau! Bekannt für die Unterstützung eines Verbots ist die SP (warum ist uns nicht klar, auch die SP scheint den Wunsch der Patienten immer noch nicht akzeptieren zu können, auch wenn sie sich als Konsumentenschützerin aufspielt). Ungläubiges Kopfschütteln löst dann aber die CVP aus, die ein Verbot unterstützt. Dazu muss man wissen, dass die Apotheker in der CVP sehr prominent vertreten sind und offenbar die Meinungsmacher in der Partei darstellen. Da nützt es auch nichts, dass Kollege Sepp Widler in der CVP politisiert...

Die meisten von uns sind es wirklich leid, ständig wegen einer Dienstleistung angegriffen zu werden, die die Mehrheit der Bevölkerung schätzt. Daher hat der FMH Vorstand sich Gedanken über mögliche neue Modelle der Medikamentenabgabe gemacht. Gespräche darüber laufen auch mit Santésuisse. Wenn es uns gelingt eine Einigung mit den Krankenkassen zu finden, so könnte ein neues Modell allenfalls ohne die Zustimmung des Bundesrates eingeführt werden. Diskutiert wird aktuell über eine oder mehrere TRAMED-Position/en, die bei einer margenfreien Medikamentenabgabe die Einkommenseinbusse ersetzen würde (Apothekertaxen lassen grüssen). Daneben könnte allenfalls der Apothekenraum und das Lager von einer Auftragsapotheke betrieben werden, die selber direkt Rechnung an die KK stellt. Dieses Vorgehen würde uns die Verantwortung bei Temperaturkontrollen und ähnlichen kleinkarierten Schwachsinn vom Halse schaffen.

Die Ideen sind noch nicht vollständig ausgegoren. Ich habe aber viel Vertrauen in Kollege Ernst Gähler, der das Dossier bearbeitet und die zuständige Abteilung bei der FMH führt. Er kennt die ärztliche Medikamentenabgabe aus eigener Praxis und lässt sich nicht über den Tisch ziehen. Mit seinem Schlachtruf in bestem Appenzellerdialekt "Nöd lugg lo gwünnt!" beweist er auch einen langen Atem.

Ein neuer Gäg der Krankenkassen: das Apothekenmodell!

Jeder von uns kennt das Hausarztmodell. Da wird man ohne informiert geschweige denn gefragt zu werden in eine Hausarztliste einer KK aufgenommen und alsbald finden sich Patienten ein, die einem nur aufsuchen, weil sie eine Ueberweisung zu einem Spezialisten benötigen, den sie früher immer direkt aufgesucht haben. Ist es Ihnen aber schon einmal passiert, dass ein Patient ein Rezept verlangt hat, weil er in einem Apothekenmodell Prämien sparen will? Nicht? Dann wird Ihnen das sicher früher oder später auch passieren. Die Assura

bietet ein solches Modell an. Die Medikamente müssen bei einer Sunstar Apotheke bezogen werden. Hoffentlich hat der Patient vor dem Wechsel in ein solches Modell abgeklärt, wo sich die nächste Vertragsapotheke befindet...

Die Auswirkungen der Senkung der Labortarife

Genau wie vor der Einführung des neuen Labortarifes vorhergesagt, haben sich unerwünschte Auswirkungen eingestellt. Der Einkommenseinbruch bei den Allgemeinpraktikern beträgt bis zu 30%, gewisse Spezialisten konnten aber zulegen. Die Aerzte haben sich sehr diszipliniert verhalten, die Zahl der Analysen ist nicht gestiegen. Dies konnte anhand von harten Zahlen bewiesen werden und widerlegt entsprechende Anschuldigungen aus dem BAG. Hoffen wir, dass die Zeitungen dies vielleicht zur Kenntnis nehmen...

Die Auswirkungen wollte das BAG durch ein "Monitoring light" erfassen. Die FMH hat das halbherzige Vorgehen abgelehnt und macht nun eine eigene, umfassende Statistik. Auf eine umfangreiche Statistik kann sich auch Hr. A. Prantl Chef der Aertzekasse stützen. An einem Vortrag im letzten Herbst im Rahmen der "Hausärzte am Pfannenstiel" fragte er, wer nach der Senkung des Labortarifes sein Ordnungsverhalten geändert habe. Ein Drittel der Kollegen hatten nichts geändert und machten die Analysen wie vorher im eigenen Labor, ein Drittel gaben mehr ins Auftragslabor und ein Drittel machte nur noch Notfallanalysen. Eindringlich zeigte er die Quersubventionierung bei unverändertem Laborverhalten auf und machte darauf aufmerksam, dass diese Aerzte als "Lazarus" das Gesundheitssystem subventionieren. Dass diese Kollegen für den erlittenen Einkommensverlust auch noch BR Couchepin subventionieren ist doch eher eigenartig...

Sollten Sie sich noch nicht auf die neue Situation eingestellt haben, so zwingt Sie möglicherweise ein vergleichender Blick auf Ihr Steuerformular dazu. Wobei zu sagen ist, dass der neue Tarif am 1.7.09 eingeführt wurde und daher auf die letzte Steuererklärung noch nicht die volle Wirkung entfaltet hat. Falls Sie Änderungen am Laborverhalten vornehmen wollen, so hilft Ihnen dabei unser Bulletin 59: <http://www.puure-huus.ch/archiv/Bulletin59Girr170309/Bulletin%2059%20Volltext.htm>

Der Quick - eine Krux für die Hausärzte

Die Quickbestimmung ist ein Paradebeispiel für die Vergewaltigung der Hausärzte von verschiedenen Seiten. Die Laborvergütung wurde am 1.7.09 von 12.60 auf 6.- gesenkt. Wird der Untersuchungsakt als einzige Laborbestimmung durchgeführt, werden mit Zuschlägen aktuell 12.- vergütet (inkl. Blutentnahme!), sonst weniger. Gleichzeitig wurden die vorgeschriebenen Kontrollanalysen erhöht. Ein Teststreifen kostet im Einkauf 4.95 (billigste Variante mit MWST). Lange zierte sich das BAG die "betriebswirtschaftlichen" Berechnungen für den neuen Labortarif offen zu legen. Als die FMH schliesslich Einblick in einzelne Analysen bekam, wurde schnell klar, dass diese politisch aber nicht betriebswirtschaftlich gerechnet waren. So auch die Quickbestimmung. Und somit subventionieren wir mit jeder Bestimmung das Gesundheitswesen...

Bereits vor einigen Monaten erhielten wir von [Kollege Jürg Büttikofer](#) beiliegenden Brief. Die Firma Roche kündigt auf Ende Jahr 2010 das Nachfolgergerät von CoaguCheck an, das wohl in jeder schweizerischen Allgemeinpraxis zu finden ist. Kosten für das "innovative" neue Gerät: schlappe 790.- als Spezialaktion bis

31.12.09. Man fragt sich wozu dieser Wechsel nötig ist. Die Firma begründet es damit, dass bisher die Teststreifen aus Kaninchenhirn hergestellt wurden. Warum das in Zukunft nicht mehr geht ist uns unklar. Kaninchenhirne fallen in jedem Schlachthof an und werden für nichts gebraucht. Die Streifen kommen auch nicht mit dem Patienten in direkten Kontakt. Also what for? Ganz einfach: Das Medikament Xarelto der Firma Bayer steht vor der Türe und dürfte rasch Marktanteile gewinnen. Bei Xarelto ist keine Quickbestimmung mehr nötig, aber die Einführung erfolgt gemäss der noch schwachen Studienlage schrittweise, eine vollständige Verdrängung des Marcoumar wird noch einige wenige Jahre dauern.

Es ist höchstwahrscheinlich, dass Roche nochmals an der Quickbestimmung verdienen will, bevor sie nicht mehr nötig ist. Und die Hausärzte eignen sich ja ideal als Melk-Kühe. Für uns sieht die Situation folgendermassen aus: Die Anschaffung kann wie oben gezeigt nicht über den Analysenwert amortisiert werden. Alle Patienten zweimal zu bestellen und die Bestimmung extern durchführen zu lassen ist sehr aufwendig. Dem Patienten einen höheren Preis zu verlangen ist wegen des Tarifschutzes verboten. Also nichts wie hin, schlucken wir auch diese Kröte und bezahlen wir die Analysen unserer Patienten doch gleich selber. Oder wehrt sich vielleicht doch noch eine unserer Standesvertretungen gegen solchen Unsinn? Die Puurehuusgruppe ist dazu leider finanziell nicht in der Lage, da wir keine Mitgliederbeiträge einziehen...

Reason For Encounter – ein neues Muss für die Hausärzte

Was, Sie haben noch nichts von RFE gehört? Dann ist es allerhöchste Zeit, dass Sie diesen Abschnitt genau lesen! Es geht um den ambulanten TPW der kommenden Jahre!

Man kann SwissDRG, die Fallpauschale im stationären Bereich beurteilen wie man will. Tatsache ist, dass sie mit der Mitarbeit der FMH vorangetrieben und wahrscheinlich am 1.1.2012 eingeführt wird, auch wenn es dagegen [Opposition](#) gibt. Es ist so gut wie sicher, dass SwissDRG zu Verschiebungen von Patientenbehandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich führen wird. Spätestens seit der Einführung von TARMED haben Veränderungen der Patientenströme und verändertes Konsumverhalten Auswirkungen auf den ambulanten Taxpunkt看wert. Können Veränderungen nicht genau erklärt werden, interpretiert die Politik diese skrupellos als Mengenausweitung. Wir brauchen daher im ambulanten Bereich eine einfache Möglichkeit, den Grund für eine Konsultation zu erfassen, um durch äussere Umstände ausgelöste Verschiebungen erklären zu können.

Die neusten Updates der grossen Softwarehäuser beinhalten den RFE-Code. Wenden Sie diesen unbedingt an! Dieser kann auch mit Strichcodeleser erfasst werden. Um an diesem für den ambulanten Bereich eminent wichtigen Projekt mitzumachen, brauchen Sie also nur ein aktuelles Update ihrer Praxissoftware zu installieren.

Aktuelle RFE-Codes:

01 Kontakt auf Wunsch des Patienten (Selbstzuweisung)

02 Notfallkontakt

03 Kontakt durch ärztliche Zuweisung

04 Folgekontakt auf Verordnung des behandelnden Arztes

05 Folgekontakt wegen auswärtiger Hämatologie und Chemie

06 Kontakt im Zusammenhang mit Langzeitpflege

07 Kontakt in kausalem Zusammenhang mit Eingriff/Hospitalisation

99 Kein Arztkontakt

Für alle, die noch nie von der Problematik gehört haben, empfehle ich den [Artikel in der Aerztezeitung Nr. 16, Seite 615](#)

Weitergehende Informationen auch zur Softwareimplementation erhalten Sie auf <http://www.reasonforencounter.ch/>

Symposium der AGZ zum 200jährigen Bestehen:

„Integrierte Versorgung (Managed Care) – wie sieht die Zukunft der Aerzteschaft in Netzwerken aus?“

Ort und Zeit: Mittwoch 23.6.2010 von 18h bis 21h an der Universität Irchel, Winterthurerstr. 190, 8057 Zürich im Hörsaal 140

Referenten: NR Jacqueline Fehr, RR Thomas Heiniger, Manfred Manser, Prof. Dr. med. Thomas Rosemann, Dr. med. Jörg Fritschi

Alle nötigen [Unterlagen finden Sie hier!](#)

Das hochkarätig besetzte Symposium dürfte auch für Aerzte ausserhalb des Kantons Zürich interessant sein!

Eine Anmeldung ist aus Organisationsgründen erwünscht.

Ein Leben in Freiheit – ohne Tarmed!

Kollege Lukas Guidon aus Winterthur ruft in einem der letzten FMH-Bulletins dazu auf, sich die Kündigung der Tarmed-Verträge zu überlegen und sich der Gruppe „Freiberufliche Hausärzte der Schweiz“ anzuschliessen. Jeder von uns versteht diese Ziele und hat schon selber über das Vorgehen nachgedacht. Aber ist es rechtlich auch haltbar? Und was passiert wenn wir es tun?

Im KVG Art.44 ist der Tarifschutz geregelt. Darin ist festgelegt, dass ein Arzt sich nur ganz oder gar nicht dem TARMED anschliessen kann. Eine Teilkündigung bezogen auf bestimmte Patienten ist nicht zulässig. Die Kündigung des Vertrages (Ausstand) ist mit einer 6 monatigen Kündigungsfrist möglich und muss der Gesundheitsdirektion gemeldet werden. Ein Arzt im Ausstand muss die Patienten über den Schritt vor der Behandlung informieren. Einzelanschlussverträge von Aerzten können mit den Versicherungen ausgehandelt werden, die Aussicht auf einen höheren TPW ist aber gering...

Das eigentliche Problem stellt nun aber Art.45 KVG dar: Wenn die medizinische Versorgung der Bevölkerung nicht mehr gewährleistet ist, kann der Regierungsrat den TPW als verbindlich erklären. Wo die Schwelle zur medizinischen Unterversorgung ist, bleibt allerdings unklar. Im Klartext: Wenn genügend Aerzte in Ausstand treten und politisch Druck entsteht, wird der Regierungsrat den Tarif vorschreiben...

Aktuell befinden sich von 2970 Aerzten im Kt Zürich nur 35 Spezialisten und 14 Grundversorger im Ausstand. Die zeigt, dass der Alleingang offensichtlich schwierig ist. Die Zahl der Patienten, die den Arzt trotz obligatorischen Krankenkassenbeiträgen privat bezahlen will, ist wahrscheinlich nicht sehr gross. Ob unter diesen Umständen dem Vorgehen ein grösserer Erfolg beschieden sein wird, wage ich zu bezweifeln.

Das Problem ist aber richtig erkannt: Wenn wir wieder Nachwuchs im ambulanten Bereich haben wollen, dann brauchen wir nicht nur Hausarzt-Professuren sondern genügend Studenten und eine vernünftige Entlohnung. Ein möglicher und freiheitlicher Ansatz wäre die Wiederzulassung von Privatpatienten im ambulanten Bereich. Unsere Standesorganisationen sollten sich überlegen, ob der Kampf für diese Möglichkeit nicht besser wäre als eine Initiative, die die Staatsmedizin zementiert.

Taxpunktwert 2011: Im Kt Zürich unverändert bei 89 Rappen

Die Teuerung im ambulanten Bereich zwischen April 08 und Mai 09 betrug gesamtschweizerisch 3.09%. Die Streuung unter den Kantonen war in diesem Jahr sehr gross. Auffällig war vor allem, dass bisher moderate Kantone plötzlich einen Sprung nach vorne nahmen, während dem "traditionell" teure Kantone in der Statistik plötzlich nach hinten rutschten. Für einmal war es somit nicht der Kanton Zürich, der oben aus schwang. Diesmal waren es die Westschweizer Kantone, die eine hohe Teuerung zu verzeichnen hatten. Möglicherweise liegt dies daran, dass die Billigkasse Assura, die vor allem im Welschland aktiv ist, der SantéSuisse keine Daten mehr liefert...

Die Kostensteigerung betrug gesamtschweizerisch 3.09%, im Kanton Zürich 1.7%. Das LeiKoV-Lenkungsbüro verzichtet daher auf eine Steuerung des Kt Zürich und belässt den TPW auf 89 Rappen. Da die Teuerung von April 08 bis März 09 gemäss dem [Landesindex für Konsumentenpreise](#) -0.1% betrug, haben wir sogar eine "Lohnaufbesserung" erhalten...

Die TARMED-Taxpunktwerte 2010 für den [ambulanten Bereich](#) und die TARMED-Taxpunktwerte 2010 für den [stationären Bereich](#) finden Sie in der Tabelle von SantéSuisse.

Redaktion der 62. Ausgabe



Dr. med. Andreas Girr
Allgemeine Medizin FMH
Waldstr. 18
8132 Egg (ZH)

Tel. 044 984 01 11
Fax 044 984 27 51

Email andreas.girr@puure-huus.ch

Puure-Huus Gruppe: Otto Frei, Andreas Girr, Martin Jost, Martin Schneider,
Bernhard Sorg, Josef Widler

Motto des Tages:

**Glücklich sind diejenigen, denen die
Jahre des Wirkens reichlicher
zugemessen sind als die des
Suchens und Wartens.**

Albert Schweizer