

ihr FB-Protokoll so führen, dass in der 6. Spalte immer das Total der bereits absolvierten FB-Dauer ersichtlich ist!

Eingegangene FB-Protokolle	188	100%
FB-Pflicht erfüllt	182	97%
FB-Pflicht nicht erfüllt	6	3%
Durchschnittliche FB-Dauer inkl. Selbststudium (30 Std.)	115 Std.	(30–267)
FB-Dauer	>70 Std.	185 98,4%
	>80 Std.	182 96,8%
	>90 Std.	139 73,9%
	>100 Std.	111 59,0%
	>120 Std.	71 37,8%
	>140 Std.	37 19,7%
	>160 Std.	16 8,5%
	>180 Std.	8 4,3%

Zur Erinnerung: Das FB-Protokoll kann von der Web-Site der BEGAM heruntergeladen werden: <http://www.sgam.ch/begam/> > FBO anklicken > unten an der Seite entweder das Zip-Datei- oder das Excel97-Datei-Format anklicken (letztere kann am Bildschirm ausgefüllt werden).

Paul Winzenried

Aus: Berner Hausärzte II/2000

GAMBA
Gesellschaft für Allgemeinmedizin
beider Basel

Hausarzt, TarMed und Sparen

Vor geraumer Zeit haben das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) und die Verbindung der Schweizer Ärzte FMH bekanntgegeben, dass der neue gesamtschweizerische Arzttarif TarMed mit Ausnahme von Details beidseitig angenommen sei und mit der Umsetzung begonnen werden könne.

Man hörte viel Lob, weil dieser betriebswirtschaftlich gerechnete Tarif eine Besserstellung der ärztlich-intellektuellen Leistungen (wie sie HausärztInnen, KinderärztInnen und PsychiaterInnen in der Sprechstunde und auf Hausbesuchen mehrheitlich erbringen) auf Kosten der technisch-operativen Leistungen (wie sie zur Hauptsache Spezialisten und Spitäler, aber auch in geringerem Masse HausärztInnen mit Labor und Röntgen usw. erbringen) ergäbe. Damit wollte man die Einkommens-Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen (ein mehrheitlich technisch-operativ tätiger Arzt ver-

dient durchschnittlich 3,5mal mehr als ein mehrheitlich ärztlich-intellektuell tätiger) etwas verringern. Inzwischen haben die technisch-operativ tätigen Ärzte so geschickt weiter verhandelt, dass von einer Verringerung dieser Einkommensdifferenz nicht mehr gesprochen werden kann.

Seit kurzem können alle Interessierten sich mit der TarMed-Version 2.2 auseinandersetzen (<http://www.hplus.ch>). Tatsächlich haben darin auch Hausärzte die Möglichkeit, viel mehr verschiedene Leistungen als vorher abzurechnen. Auch die Hausbesuche, die bisher schlechter bezahlt wurden als die Hausbesuche eines Handwerkers, sind höher tarifiert worden. Grund zur Zufriedenheit für die Hausärzte, könnte man meinen, wenn dabei nicht ein Haken wäre:

Die Kostenneutralität

Eine Bedingung an die Umsetzung von TarMed ist die «Kostenneutralität», d.h. der neue Tarif darf nicht höhere Kosten verursachen als der alte, sonst hat das EDI angekündigt, den TaxPunktWert (TPW) um den Faktor zu kürzen, der die Kostenneutralität herstellt. Da nun alle Ärzte – ob intellektuell oder technisch tätig – im TarMed die Möglichkeit haben, mehr Leistungen zu erbringen als vorher, werden mehr Taxpunkte verrechnet werden. Dies aber löst die Reduktion des TPW durch das EDI aus. Dadurch werden die kleineren Einkommen einschneidender getroffen werden als die grösseren. Die geschicktesten Kaufleute in beiden Gruppen werden gewinnen, die anderen werden verlieren, unabhängig von der ärztlichen Qualität ihrer Berufsausübung. Ärzte mit geringem Einkommen und geringer kaufmännischer Erfahrung oder Interesse werden es schwer haben, zu bestehen. Ich zähle vor allem junge Haus- und Kinderärzte in diese Gruppe. Es ist für einen Berufsnachwuchs nicht gut, wenn das wichtigste Auswahlkriterium für seinen Erfolg die kaufmännische Kompetenz ist.

Spart TarMed Kosten?

Nein. TarMed ist ein neues, komplizierteres Tarifsysteem, das die Angaben enthält, welcher Arzt welche Leistung wie oft zu welcher Taxpunktzahl verrechnen kann. Entscheidend für die entstehenden Kosten ist der Taxpunktwert, der noch durch die Regierung festgelegt werden muss.

Taxpunktwert

Der von der TarMed-Kommission (Versicherer und Ärzte) in 13 Jahren Arbeit betriebswirtschaftlich errechnete TPW beträgt Fr. 1.–. Frau Bundesrätin Dreifuss hat am 7.6.2000 vor dem Ständerat ausgesagt, dass sie von einem TPW von ca. Fr. –.80 ausgehe. Wegen der verlangten Kostenneutralität heisst das: Wenn mit einem TPW von Fr. –.80 die Kosten im ambulanten Gesundheits-Sektor ansteigen, wird der TPW weiter gesenkt. Preisüberwacher Marti möchte den TPW noch mehr senken, um eine *Kostenersparnis* zu erreichen.

Sparen

Alle sind angehalten zu sparen, aber niemand (ausser den Prämienzahlern) hat daran ein echtes Interesse.

- Die Patienten nicht, weil sie sich in ihrem Konsumdenken je besser betreut fühlen, je mehr Leistungen sie konsumieren können. Es wird ihnen von den Medizinallobbys (Aushängeschilder sind leider meistens Mediziner) auch eingeredet.
- Die Ärzte nicht, weil sie um so besser verdienen, je mehr Leistungen sie erbringen. Versuchen sie, Kosten zu sparen, verlieren sie an Verdienst. Es gibt keine Sparanreize, die sich für den Arzt «lohnen».
- Versicherer sind in erster Linie an Marktanteilen interessiert, die Sparfrage wird höchstens als Argument benutzt, um Marktanteile zu stützen oder zu gewinnen. Mit der Aufhebung des Kontrahierungszwangs (Zwang, mit allen Ärzten Verträge abschliessen zu müssen) haben sie zusätzlich neu noch das Machtmittel, ihnen nicht genehme Ärzte ausschliessen zu können. Was ist für einen Versicherer ein guter Arzt?
- Politiker wollen sich mit unpopulären Spar-Entscheiden nicht die Finger verbrennen (wie Frau Verena Diener in Zürich). Über die Spitäler, die über 50% der Gesamtgesundheitskosten verursachen, ist der Staat schon der wichtigste Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Dort war bisher der grösste Kostenzuwachs festzustellen. Seit die Spitäler aber die tageschirurgischen Eingriffe anbieten, stagnieren die Spitalkosten, dafür steigen dadurch bedingt die ambulanten Kosten. Die Spitäler lagern damit ihre weiter steigenden Kosten in den ambulanten Sektor um.
- Es gibt jede Menge Lobbys, die Hausärzte beraten, wie und warum sie Leistungen (Medikamente, Apparate, Spezialuntersu-

chungen, Spitalaufenthalte, Kuren) benutzen oder verschreiben sollen, aber es existiert keine einzige Lobby, die rät, *wie und wo* man sparen soll. Hier wären Versicherer und Politiker gefordert, mit interessierten Ärzten gemeinsam nach Sparmöglichkeiten im Gesundheitswesen zu suchen und eine solche Lobby zu bilden.

Sparpotential der Hausärzte

HA betreuen zu 12% des Gesundheitsbudgets 9 von 10 Patientenanliegen in eigener Regie und lösen durch ihre Medikamenten-Verschreibungen, Überweisungen zu Spezialisten und Spital-Einweisungen weitere 70% der Gesamtgesundheitskosten aus. Hausärzte hätten in dieser Schlüsselstellung im Gesundheitswesen ein grosses Sparpotential. Sparen heisst verzichten auf Unnötiges ohne Abstrich an der Versorgungsqualität. Hausärzte mit ihrer fachlich *breit* gefächerten Ausbildung und Erfahrung (gegenüber der *tiefen* Fachausbildung der Spezialisten) haben in der Regel den Überblick über das individuelle Risikoprofil ihrer Patienten und können so auf der Ebene des einzelnen Patienten beurteilen, welche Zusatzabklärung oder -therapie im Einzelfall nötig ist und welche nicht. Das gehört zum hausärztlichen Alltag. Viele Versicherer versuchen dieses Sparpotential in Hausarzt-Modellen zu nutzen, sind aber dann erstaunt, dass kurzfristig keine Ersparnis erarbeitet wird. So sind deshalb in letzter Zeit verschiedene Hausarzt-Modell-Verträge von den Versicherten gekündigt worden (Marc-André Giger, BAZ vom 28.6.2000). Hausärzte, die bisherige Patienten in das Hausarzt-Modell mitnehmen, haben mit ihnen schon vorher eine sparsame Medizin betrieben und können somit nicht wegen des Wechsels des Versicherungsmodells die medizinischen Leistungen kurzfristig wesentlich kürzen.

Schluss

Man wird TarMed erst erproben müssen, um zu sagen, was es bringt. Gekoppelt an die Kostenneutralität ist es auf jeden Fall ein ideales Instrument, um ein ambulantes Globalbudget durchzusetzen. So gern ich meinen Beruf immer noch habe, weiss ich im jetzigen Zeitpunkt nicht, ob ich unter diesen Umständen noch einem jungen Arzt raten soll, Hausarzt zu werden. Die Aussichten, speziell für den Nachwuchs, sind nicht rosig. Hausärzte braucht es aber weiterhin. Wenn

sie freiberuflich keine Existenzbedingungen finden, müssen staatlich angestellte Ärzte diese Funktion erfüllen. Beispiele in anderen Staaten zeigen, dass staatliche Institutionen weder billiger noch besser sind, sondern eher das Gegenteil. Warum schafft man dann nicht bessere Bedingungen und Anreize?

Pierre Périat

GGMG

**Groupement Genèveois
des Médecins Généralistes**

Les temps changent, la confiance reste!

Depuis l'acceptation du Tarmed par la Chambre Médicale à une très forte majorité, il nous faut bien admettre qu'il ne sera pas possible de revenir en arrière. Au risque de nous répéter, rappelons que les politiques ont toujours déploré l'absence de statistiques valables permettant d'évaluer notre système de santé. Ils commencent à prendre conscience que les chiffres des Caisses Maladies ne sont pas fiables, loin de là! Leur seul mérite était simplement d'exister. En face: rien ... aucun chiffre d'envergure. Jusqu'à ce jour, vous constaterez avec moi que le corps médical a plutôt souffert de cette situation, ne pouvant que crier dans le désert. Les chiens aboient ... vous connaissez la suite!

Et si ce nouveau tarif, le même pour toute la Suisse, était une chance pour nous? La médecine à Genève, si décriée car plus chère qu'ailleurs dans le pays, ne présente-t-elle pas des qualités particulières? Les pathologies rencontrées dans un canton-ville ne sont-elles pas différentes?

Le Tarmed est un instrument performant pour analyser et démontrer ce que nous faisons. Voulons-nous rester dans le flou, sous prétexte qu'il y a des avantages à préserver? Aurions-nous des choses à cacher?

Il est vrai que Genève dispose d'un système de tarification au temps très pratique. Malheureusement les autres cantons sont souvent bien plus mal lotis. Par solidarité, il nous faudra accepter un petit pas en arrière, rien de plus rassurez-vous! Nous venons de vivre un pré-test de simulation de double tarification Tarmed-tarif cadre durant deux jours et ceci sans difficulté notable, car la structure du Tarmed reste simple, surtout pour la médecine de premier recours.

C'est la valeur du point qui sera déterminante pour nos prochains revenus. Les assureurs se sont engagés à respecter les conclusions de notre test grandeur-nature de la fin de l'été. Résultats définitifs: fin octobre 2000.

Donc gardons confiance et utilisons notre énergie pour l'essentiel: la prise en charge de nos patients!

Philippe Fontaine

Source: «Recipe», bulletin du GGMG, juin 2000

Assurance de qualité en médecine générale

L'audit est devenu ces dernières années un élément incontournable de l'activité tant de l'Etat que des entreprises, y compris les micro-entreprises que sont nos cabinets de médecine générale.

Qu'est-ce que l'audit?

Imaginez un coureur du tour de France. Tout à l'effort surhumain qu'il est en train de fournir, arc-bouté sur son vélo, il a trop «la tête dans le guidon» pour employer l'expression consacrée du jargon cycliste.

Et il n'est donc pas suffisamment attentif aux obstacles qui surgissent devant lui. Obstacles qui sont pourtant évidents pour tout observateur indépendant se tenant sur le bord de la route.

Eh bien l'audit, c'est l'observation faite par ce spectateur indépendant. Et il est vrai que tout occupés à faire fonctionner nos cabinets, nous autres généralistes ne voyons peut-être pas toujours des carences pourtant évidentes pour notre clientèle, et dont la solution serait pourtant très simple.

L'audit est pour le médecin établi un moyen simple d'améliorer la qualité du service qu'il offre à ses patients.

Des programmes d'assurance de qualité du cabinet médical existent depuis plusieurs années à l'étranger, notamment l'étude EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluation of General Practice).

Qualidoc est l'instrument suisse de mesure de la qualité. Il a été développé à partir d'EUROPEP par le Dr. Beat Künzi, membre bien connu de la Société Suisse de Médecine Générale, qui l'a adapté aux particularités de notre pays.

SwissPEP est la société qui développe et commercialise Qualidoc.