

EDITORIAL

Dr. med. Salvatore Tricarico

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Der Ärztemangel spitzt sich zu und der Markt trocknet zunehmend aus. Entsprechend haben die Firmen entdeckt, dass sich mit der Partnervermittlung Geld verdienen lässt. Es gibt viele unseriöse Firmen, welche sich auf FMH-Inserate melden. Diese Firmen haben nie einen Vertrag abgeschlossen und schicken doch Bewerbungen (untauglich). Die Firmen fordern für die Vermittlung bis zu einem Viertel des Jahresgehaltes!

Mir persönlich ist das so geschehen! Wenn der Fall eintritt ist es eminent wichtig, eine sehr gute Rechtsschutzversicherung für die Praxis zu haben. Und nicht nur die Haftpflichtversicherung bezüglich der Patienten.

Ich denke auch hier wäre es Aufgabe der FMH, ein Register zu führen, damit solche Firmen an den Pranger gestellt werden können. Bis jetzt existiert dies leider noch nicht. Ich bin gespannt, wer diese Aufgabe übernehmen wird. Ich werde diesen Vorfall sicher beim mfe Vorstand deponieren.

Ein weiteres „unerfreuliches“ Ereignis betrifft uns Praxen durch die Kontrollen des Arbeitsinspektorates. Nach der Umwandlung der Einzelfirma in eine AG wurde ich persönlich angeschrieben, es gab eine zweistündige Kontrolle in meiner Praxis.

Bei Anfrage der kantonalen Ärztesgesellschaft erhielt ich die Auskunft, dass wir die zweite Praxis sind im Kanton, welche diese Kontrolle durchführen muss. Von der FMH erhielt ich keine Rückmeldung bis jetzt!

Man kann diese Kontrolle mit der Apothekeninspektion vergleichen. Ich werde euch nach Vorliegen des Abschlussberichtes der Kontrolle durch das Arbeitsinspektorat wieder berichten. Wir hatten einen sehr verständnisvollen und offenen Inspektor! Trotzdem stellt sich hier die Frage, wer uns diese Umtriebe bezahlt. Andere Firmen können durch Erhöhung des Produktpreises dieses Geld wieder einnehmen. Dies können wir nicht, da unser Tarif seit Jahren gleich ist. Ist sich der Bundesrat über diese Situation im Klaren? Hat Herr Berset für diese Angelegenheit auch eine Tarmed-Position vorgesehen? Die Qualität sollte ja dann besser sein, da vom Arbeitsinspektorat geprüft! Vielleicht erhalten wir ja noch ein Prüfsiegel.



Ich denke, in Zukunft werden vermehrt solche Kontrollen vorkommen. Entsprechend sollten diese auch abgegolten werden können. Ebenso wäre es schön, wenn wir entsprechende Unterlagen oder Ordner von unseren Standesorganisationen schon vorliegen hätten und diese nicht mühsam selbst, neben dem stressigen Praxisalltag, zusammenschustern müssten. Bei H+ z.B. existieren bereits Ordner, welche nur noch für den jeweiligen Betrieb adaptiert werden müssen.

Wie ist eure Meinung bezüglich dieser Kontrollen? Hat jemand von euch schon eine solche Kontrolle machen müssen oder gibt es Erfahrungen aus anderen Kantonen? Danke für eure Rückmeldungen.

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich für das entgegengebrachte Vertrauen in diesem Jahr bedanken. Ich wünsche euch und euren Angehörigen noch geruhsame Advents- und Festtage und alles Gute im 2019.

Freundliche Grüsse

Salvatore Tricarico
Präsident

INHALTSVERZEICHNIS

Editorial 1
 Regionalkonferenz Ost der MFE 28.06.20182
 Tarmed oder die Jagd nach der ökonomischen Wahrheit ...3

Impressum.....6
 8. Generalversammlung HKO vom 28.06.20187
 Adressliste HKO – Vorstand und Delegierte8

REGIONALKONFERENZ OST DER MFE 28.06.2018



Philipp Luchsinger, Präsident von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz, begrüsst die Teilnehmer zu den 2 Sachthemen der Konferenz:

- 1) Tarife: Erfahrungen und Wünsche aus der Praxis
- 2) Stress durch den Notfalldienst

Tarife: Erfahrungen und Wünsche aus der Praxis

Rolf Temperli und Heidi Zinggeler halten ein Inputreferat zum Thema Tarife: Erfahrungen und Wünsche aus der Praxis

Nach dem Bundesrateingriff 2014 wurden 200 000 000.- mehr verteilt an die Grundversorger, nach dem Eingriff 2018 ist die Situation noch sehr frisch.

Die Umfrage unter den mfe-Mitgliedern wurde von 1500 Mitgliedern benutzt.

45% gaben an, Anwendungsprobleme zu haben, davon 44% mit Limitationen, 37% wegen fehlenden Handlungsleistungen, 40% beklagten mehr Rückfragen der Versicherer und 31% gaben andere Gründe an.

Bei den Limitationen lagen mit 60% die Leistungen in Abwesenheit ganz vorne, gefolgt von 46% beim Abrechnen von Untersuchungen und 36% bei den Konsultationen 62% berichteten über tägliche Probleme, 32% gaben wöchentliche und 5% monatliche Probleme an.

Als Problemlösung wurde gewählt: 32% Arbeit nicht verrechnet, 17% verrechnet trotzdem 2% Rücksprache mit

Versicherer, 39% andere Position verrechnen 76% gab an, gewisse Leistungen gar nicht verrechnen zu können, und zwar bis 2 Stunden täglich bei durchschnittlich 49 Minuten.

Zur Vorsicht wird gemahnt, wer Besitzstände weiter in Rechnung stellt: diese Tarifpositionen sind abgelaufen und werden von den Versicherern teils rückgefordert. Juristisch ist dies bisher ungeklärt. Erst ein Präzedenzfall wird Klarheit schaffen.

In der Gruppenarbeit wurden die Themen vertieft, insbesondere haben wir die Frage beleuchtet, wie weit die mfe-Mitglieder kompromissbereit sind, weitere Limitationen zu akzeptieren, um den Tarif zu ermöglichen.

Stress durch den Notfalldienst

Thorsten Berghändler, Facharzt für Psychiatrie in Herisau, führt uns in die Welt von Stress und Salutogenese. Letzterer Begriff wurde durch Aron Antonowski geprägt, der nach den Faktoren gesucht hat, welche für seelische Gesundheit entscheidend sind.

Salutogenese wird ermöglicht und gefördert durch sense of coherence, das Kohärenzerleben: Um Schicksalsschläge oder belastende Situationen kohärent zu erleben und dadurch besser zu bewältigen, benötigen wir 3 Voraussetzungen:

1. Die Situationen müssen verstehbar sein, ich muss also Zusammenhänge erkennen können

2. Die Situationen müssen bewältigbar oder handhabbar sein, ich benötige also Fähigkeiten, um damit umzugehen und
3. Die Situationen müssen als sinnvoll erlebbar sein, wodurch es leichter fällt, Geschehnisse zu akzeptieren

Ursachen für Stress finden sich am Arbeitsplatz, im Privatleben und in der Persönlichkeit Burnout heisst Erschöpfung an der Arbeit, dauert 6 Monate und macht mehr Spass als Depression, denn auf Urlaub oder in der Kur geht es gut, erst im Beruf wird alles wieder schlimm. Demgegenüber erlebt ein Depressiver keine Freude, auch nicht im Urlaub. Doch die Symptome können sich unter Umständen bereits innert 6 Wochen bessern.

Burnout ist keine berufsbezogene Krankheit, dann wäre es SUVA!!! Burnout-Betroffene haben Ideen, welche wegen Erschöpfung nicht umgesetzt werden können, besonders gefährdet sind Männer über 50: die typischen Symptome der Gefährdung sind die 5 M`s: Myokardinfarkt, Melancholie, Motorrad, Maitresse, Marathon.

Schutzstrategien:

- Pareto-Prinzip: 80% der Aufgaben können mit 20% der Energie bewältigt werden
- Lerne nein zu sagen

- Hilfe suchen: Die Inanspruchnahme von Hilfe ist bei gewissen Gruppen besonders schlecht: Aerzte, Männer, Italiener, Forscher, Chirurgen
- Besser bei Aerzten, die selber das Problem diagnostizieren.
- Darüber reden, aber nicht jammern: love it, change it or leave it
- Identifikation veränderbarer Faktoren und Fokussierung darauf

Therapieoptionen:

- Medikamente gegen Burnout gibt es nicht: SSRI helfen nur bei Depression, allerdings scheint eine beschränkte Wirkung der SSRI als Gegenfaktor zum stressbedingten Cortisolstimulus möglich. Benzodiazepine sind obsolet. Propranol kann hilfreich sein.
- Sport
- MBSR: mindness based stress reduction
- Schlaf
- Genusstraining
- Entspannungsmethoden
- Partnerschaftliche Sexualität

Burnout kann ein Versagen des Selbstmanagements sein Also auch beim Burnout liegen die Ursachen nicht nur ausserhalb des Betroffenen.

TARMED ODER DIE (FRUCHTLOSE) JAGD NACH DER ÖKONOMISCHEN WAHRHEIT

Gerry Weirich, Schaffhausen

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Einerseits deuten verschiedene Beobachtungen darauf hin, dass das BAG eine eigene Tarifexpertengruppe zur Pflege des „Amtstarifs“ aufbaut, andererseits biegt die von FMH und Mitstreitern entwickelte Tarifrevision „Tarco“ derzeit in die Zielgerade ein (man weiss nur nicht ganz genau, wie viele Runden noch zu fahren sind). Und wie man hört, ist auch Santésuisse an der Entwicklung eines optimalen Tarifs.

Mit anderen Worten: Es werden beachtliche Ressourcen konkurrierender (bzw. eher nebeneinander herlaufender) Projektgruppen in etwas gesteckt, was nach Bekunden aller Beteiligten eine Selbstverständlichkeit ist: Einen ökonomisch korrekten Tarif auszuarbeiten.

Offenbar ist das nicht so einfach. Denn was heisst „ökonomisch korrekt“ überhaupt? Der Ertrag soll den Aufwand decken. Eine weitere Selbstverständlichkeit. Allerdings: In dienstleistungsorientierten Unternehmen besteht der Aufwand zu einem grossen Teil aus den Gehältern bzw. Einnahmen der Akteure. Wir können noch so exakt ausrechnen, was ein EKG kostet, am Ende ist

der entscheidende Kostenanteil nicht der Preis oder die Auslastung des Geräts, sondern die Frage, wieviel Geld die ausführende MPA und der beurteilende Arzt dafür bekommen sollen. Kann man das ökonomisch korrekt berechnen?

Die Tarifexperten von Grat, die später zu den Tarifexperten von Tarmed wurden, sagten klar „Ja“, und leisteten eine Menge Arbeit dafür. Jede Tarifposition wurde in eine technische Leistung (TL) und eine ärztliche Leistung (AL) gesplittet. Die TL sollte den materiellen Aufwand decken (Praxisinfrastruktur, Gerätekosten, Lohnkosten), die AL das Einkommen des Arztes aus der jeweiligen Position bestimmen.

Das erwies sich allerdings als sehr komplexes Unterfangen. Der materielle Kostenanteil einer Leistung, also die TL hängt ja von Vielem ab. Nicht zuletzt von der Infrastruktur, in der sie erfolgen muss. Jede Operation bedingt beispielsweise das Vorhandensein entsprechender Infrastruktur wie Lager für Sterilgut, Geräte und den OP-Raum selbst, der je nach Operationsart unterschiedlich ausgestattet sein muss. Um diese Infrastruktur abzudecken, entwickelte

man das Konzept der „Sparte“, die jeder TL hinterlegt ist und als Multiplikationsfaktor für die Minutenkosten wirkt. Während es beim OP vielleicht noch relativ klar ist, wie die Kosten sich zusammensetzen, ist das bei vielen anderen Sparten viel schwieriger. Definieren Sie beispielsweise für Ihre Praxis den Unterschied der Investition zwischen Ihrem „Sprechzimmer“ und Ihrem „Untersuchungs- und Behandlungsraum“. Falls Sie das nicht können, sind Sie in guter Gesellschaft. Die meisten Ärzte verwenden ein- und dasselbe Zimmer zum Sprechen und zum Auskultieren. Dennoch sind es zwei verschiedene Sparten mit verschiedenen Preisen für die TL.

Noch schwieriger ist die „korrekte“ Festlegung der AL. Um zu definieren, wieviel 5 Minuten „Arztzeit“ kosten sollen, braucht man die Angabe, wieviel denn der Arbeitstag des Arztes kosten soll, und somit letztlich das Jahreseinkommen. Mit anderen Worten: Beim Tarmed setzt sich nicht das Jahreseinkommen aus den einzelnen Monats-Wochen. Tages- Stunden- und letztlich Minuteneinkommen zusammen, sondern umgekehrt: Das Minuteneinkommen wird aus einem -willkürlich und rein politisch definierten- Jahreseinkommen rückgerechnet. Dieses Jahreseinkommen war auf CHF 207000.- festgelegt, und zwar für eine Arbeitszeit von total 1920 Stunden. Wenn Sie 1920 Stunden arbeiten, also 240 Arbeitstage à 8 Stunden leisten, dann verdienen Sie -gemäss Tarmed- exakt CHF 207'000 pro Jahr.

Dass das nicht stimmt, ist offensichtlich, und dass die Meinungen darüber, wie hoch unser Einkommen tatsächlich ist, weit auseinander gehen (Vgl. die kürzlich publizierten Studien zu diesem Thema), liegt an verschiedenen Faktoren.

Erstens: interne Quersubventionierung

Tarmed wurde vor mehr als zwei Jahrzehnten entworfen, die TL aber nie angepasst. In der TL sind Faktoren wie MPA-Löhne und Mietkosten eingerechnet. Wenn diese Kosten steigen, dann heisst das, dass der TL-Ertrag die Praxiskosten nicht mehr deckt. Im ökonomisch-theoretisch korrekten Tarmed-Modell würden Praxiskosten und TL-Ertrag einander direkt ausgleichen, und der AL-Ertrag wäre der reine Bruttolohn des Arztes. Wenn die TL aber zu niedrig ist, dann muss die Praxis teilweise aus der AL statt aus der TL finanziert werden.

Zweitens: Dignität

Manche Fachgesellschaften legten beim Gerangel um die Tarmed-Einführung seinerzeit Wert darauf, dass eine als höherwertig definierte Ausbildung auch höher abgegolten werden müsse. Während daran grundsätzlich nichts auszusetzen ist (ein Star-Rechtsanwalt kann auch ein höheres Honorar beanspruchen, als sein Feld-Wald- und Wiesenkollege), so fällt es doch schwer, einen solchen

Unterschied „ökonomisch korrekt“ zu begründen. Aber da Tarmed ja immer den Anspruch hatte, nicht politisch, sondern rein ökonomisch gerechnet zu sein, musste man hier etwas gewagte Hilfskonstruktionen erschaffen. So wurde das Konzept des „Lebenseinkommens“ entwickelt, das in der Wirtschaft wohl einzigartig ist: Die Hungerjahre des kargen Assistenten- und Oberarzt-daseins sollten durch reichlicheren Ertrag im Facharzt-Leben ausgeglichen werden. Auch ein „Severity-Score“ sollte eine Art Gefahrenzulage für die Risiken bilden, denen man ausgesetzt ist, wenn man gefährliche Handlungen ausüben muss.

Die Dignität wurde schliesslich als Korrekturfaktor in die AL aller Leistungen eingefügt und führte dazu, dass bei den meisten Ärzten schon das theoretische Soll-Einkommen tiefer wurde, z.B. 187335.- bei den Hausärzten, um das höhere Einkommen derjenigen, die Hungerjahre auszugleichen hatten, kostenneutral zu finanzieren.

Berset hat die Dignitätsunterschiede gekippt, bei Tarco ist das letzte Wort dazu noch nicht gesprochen.

Drittens: Minutagen und Limitationen

Da sowohl Infrastrukturkosten (TL) als auch Arztlohn (AL) vom auf ein Jahr gerechneten Betrag auf 5-Minuten-Portionen heruntergerechnet werden, ist die Dauer einer Leistung entscheidend. Viele Leistungen sind ohnehin in 5-Minuten (oder neuerdings 1-Minuten) Portionen abzurechnen, so dass man theoretisch einfach die tatsächlich benötigte Zeit verrechnen könnte. Allerdings nur, solange man tatsächlich nicht mehr Zeit braucht, als die entsprechende Limitierung vorsieht. Andere Leistungen dagegen sind mit einer bestimmten „Minutage“ hinterlegt. Das ist die Zeit, die ein durchschnittlich begabter Arzt bei einem durchschnittlich komplizierten Patienten für diese Leistung braucht. Solche Minutagen wurden zu GRAT Zeiten tatsächlich in Stichproben mit der Stoppuhr ermittelt, allerdings sind die Rohdaten wohl nicht mehr auffindbar. Bei Tarco werden sie im Wesentlichen aus Selbstdeklaration der entsprechenden Fachgruppen hergeleitet, beim Berset-Tarif aus Vergleichen mit früherem Tarmed, mit deutschen Zahlen und mit eigenen mehr oder weniger obskuren Plausibilisierungen, welche in 100% aller Änderungen zu tieferen Werten kam.

Sie sehen, da gibt es Raum für jede Menge Fehler, Ungenauigkeiten und Mausechelen. Natürlich kann ein besonders routinierter Arzt seine Leistungen in der Hälfte der Zeit erbringen, die die Minutage vorgibt, und so das doppelte Einkommen erzielen. Aber ist er wirklich gleich sorgfältig wie sein Kollege, der doppelt so viel Zeit braucht? Das lässt sich objektiv kaum nachweisen. Allerdings kämpfen viele Fachgesellschaften leidenschaftlich dagegen, solche Handlungsleistungen in Zeitleistungen umzuwandeln. Das deutet darauf hin, dass

	Tarif	Tarifziffer	
13.08.2016	001	00.0010	Konsultatio
13.08.2016	001	17.0010	Elektrokardi
13.08.2016	001	00.0010	Konsultation
13.08.2016	001	00.0020	+ Konsultatio

unterm Strich durchschnittlich damit wohl ein höheres Einkommen erzielt werden kann, als mit der Abrechnung tatsächlich geleisteter Zeit.

Viertens: Politische Einflüsse

Das Gesundheitswesen ist kein freier Markt. Es wird zu einem grossen Teil aus Mitteln der Allgemeinheit finanziert, und damit hat diese auch absolut das Recht, bei der Verwendung dieser Mittel mitzureden. Sie tut das über ihre politischen Vertreter und deren Organe. Beispiel: Der Preisüberwacher monierte nach Fertigstellung des Tarmed, dass die letzten 5 Minuten einer Konsultation ja wohl im Durchschnitt nur 2.5 Minuten dauern. Damit wurde die ökonomisch-theoretisch auf den Rappen genau errechnete Tarmedstruktur im Grund bereits Makulatur: Eine der häufigsten Positionen war nur noch halb so viel wert. Somit kommt niemand mehr auf das theoretische Referenzeinkommen.

Aber schwerer noch wiegt eine zweite rein politische Anpassung des Tarifs: Der Taxpunktwert. Tarmed wurde mit einem Taxpunktwert von CHF 1.00 errechnet. Die genaueren Beobachter unter uns haben bestimmt bereits mitgezählt, dass dieser Taxpunktwert exakt null Mal zur Anwendung kam. Stattdessen wurde er niedriger festgelegt, und zwar je nach Region unterschiedlich viel niedriger. Mit mehr oder weniger abstrusen Begründungen wie höheren Praxisunkosten oder höheren „Gewohnheiten“ etc. Letztlich ist es klar, dass die Unterschiede der Praxiskosten und des Aufwands zwischen städtischen und ländlichen Regionen desselben Kantons wesentlich grösser sind, als zwischen vergleichbaren Regionen benachbarter Kantone. Trotzdem orientiert sich der Taxpunktwert an Kantonsgrenzen und nicht an strukturellen Gegebenheiten.

Jedenfalls führt der unter 1.00 liegende Taxpunktwert ebenfalls dazu, dass das Referenzeinkommen nicht erreicht wird. Die Taxpunktconvergenz, also ein schweizweit einheitlicher Taxpunktwert, wurde zwar als Ziel schon bald nach Tarmed-Einführung definiert, aber inzwischen spricht kaum noch jemand davon - was einen Genfer Arzt aus nachvollziehbaren Gründen weniger stört, als einen aus Graubünden.

Fünftens: Es ist nicht alles Tarmed

Die meisten Ärzte erzielen ihr Einkommen nicht nur aus Tarmed. Beispiele für Einkünfte, die nicht in der Errechnung des Referenzeinkommens eingeschlossen sind: Laborleistungen, Medikamentenverkauf, nach VVG abgerechnete Leistungen (Pensionskassenuntersuche etc.), Privatleistungen, Gehälter aus DRG.

Letztlich sind es diese Anteile, die auch zu den sehr stark unterschiedlichen Einkommen führen, die man ja trotz dem egalitären, „rein ökonomischen“ Ansatz von Tarmed in der Realität feststellt. Anpassungen im Tarmed werde daher diese Unterschiede auch kaum verringern können. Egal ob die Anpassung nun von FMH oder vom BAG oder von Santésuisse kommt.

Das politisch Heikle daran: Einkommensanteile, die nicht aus Geldern der obligatorischen Versicherungen kommen, gehen die Allgemeinheit schlicht nichts an. Der Chirurg, der aus der Behandlung von Privatpatienten ein Millioneneinkommen erzielt, hat jedes Recht dazu. Ebenso der Arzt, der Teile seines Einkommens als Versicherungsexperte, Firmenberater, Betriebsarzt oder Softwareentwickler verdient. Nur das AHV-pflichtige Gesamteinkommen zu betrachten, ist somit keine wirklich geeignete Methode, Arzteinkommen zu vergleichen.

Fazit

Ich hoffe, hier gezeigt zu haben, dass der Arzttarif niemals (rein) ökonomisch sein kann, sondern immer in erster Linie politisch ist. Daher sind auch alle Revisionen, die nur den



ökonomischen Aspekt betrachten, zum Scheitern verurteilt. Klar kann man formulieren: „Die Hausärzte sollen besser gestellt werden“, und dann versuchen, mikroökonomische

Gründe dafür auszurechnen. Nur: Woran will man dann erkennen, ob das Ziel erreicht wurde? Und was will man tun, wenn sich -wie es ja beim Ur-Tarmed geschehen ist- nachträglich herausstellt, dass eigentlich das Umgekehrte passiert ist: Apparative Leistungen wurden viel besser abgelingen, als hausärztliche?

Eine Tarifrevision braucht in erster Linie eine politische Vorgabe. Aus hausärztlicher Sicht müsste die ungefähr so aussehen: Ein auf Hausärzten basierendes Gesundheitswesen ist makroökonomisch sinnvoll. Denn ein Hausarzt als erste Anlaufstelle ist für den Patienten kurzfristig leicht erreichbar, kostengünstig und effizient. In den meisten Fällen kann er das Problem rasch und sicher lösen. Ein Verschwinden der Hausärzte würde zu vermehrten Konsultationen bei Spezialisten, profitorientierten Praxisketten und Spitalambulatorien führen - was alles nachgewiesenermassen teurer und weniger effizient ist.

Als Vorgabe einer Tarifrevision müsste als erstes ein politisches Ziel formuliert werden: Um wieviel soll sich das Tarmed-Einkommen welcher Fachgruppe in den nächsten 5 Jahren verändern? Als zweites müsste ein Monitoring definiert werden, das die Einhaltung solcher Zielkorridore überwachen kann. Als Drittes müssten Massnahmen

definiert werden, die automatisch greifen sollen, wenn die Entwicklung den Korridor verlässt. Und erst dann könnte die Tarifrevision in Angriff genommen werden.

Leider gehen wir einmal mehr den umgekehrten Weg: Man versucht mehr oder weniger ökonomisch korrekte Vorgaben zu machen, setzt diese Vorgaben dann dem Gerangel der beteiligten Akteure aus und schaut dann mal zu, wie die Entwicklung herauskommt. Die Chance, dass bei einem solchen Prozess nach der Einführung dann noch Korrekturen erfolgen können, sind ebenso gering wie beim Tarmed. Erschwert wird eine gute Lösung durch das unsinnige Beharren des Bundes auf Kostenneutralität. Dadurch entstehen zwangsläufig Verteilungskämpfe, die dann jeden Anspruch auf ökonomische oder politische Wahrheit verlassen und reine Machtdemonstrationen sind.

Und letztlich geht bei all den Sparübungen eine ganz wichtige Tatsache vergessen: Das Gesundheitswesen ist nicht nur eine sehr viel nachgefragte, für die Bevölkerung also wichtige Einrichtung, sondern es ist auch ein ganz wesentlicher Wirtschaftsfaktor. Jeder ausgegebene Franken ist für jemanden eine Einnahme. Und viele Leistungen des Gesundheitswesens lassen sich nicht leicht outsourcen, bleiben also im Land. Etwa 10% des Schweizer Arbeitsmarktes liegt im Gesundheitswesen, nicht zuletzt auch in Arztpraxen.

8. GENERALVERSAMMLUNG HKO VOM 28.06.2018, EINSTEIN ST. GALLEN

1. **Begrüssung** Salvatore Tricarico begrüsst die Versammlung
2. **Wahl der Stimmenzähler** Hans Gmür wird bestimmt
3. **Protokoll der GV 2017 (HKO-Bulletin 15)** Dieses wird verdankt
4. **Jahresbericht des Präsidenten**
 - Der joint medical master wurde vom St. Galler Stimmvolk angenommen, dies ist ein grosser Schritt. Chr. Häuptle erzählt vom Lehrplan, welcher in statu nascendi ist, und in Übereinstimmung mit der Uni Zürich erstellt wird, bedside teaching, problemorientiertes Vorgehen, die Hausarztmedizin soll im Kernstudium implementiert werden, Öffentlichkeitsarbeit durfte nicht begonnen werden vor der Abstimmung.
 - Logopädieverordnungen hätten gemäss Regierungspräsident St. Kölliker nur noch durch Fachärzte Pädiatrie verordnet werden dürfen. Dieses Ansinnen konnte gestoppt werden.
 - Über die mfe-DV am 23.11.2017 informiert das entsprechende Protokoll.
 - Die Margenerosion bei den Medikamenten bedingt eine Abbildung der Medidistribution in der HA-Praxis im Tarif.
 - Regionaltreffen OST im Anschluss mfe-HKO : Stress im Notfalldienst // Tarife : aktueller Stand und Ausblick TARCO

Der Jahresbericht wird einstimmig genehmigt

Der Jahresbericht ist Anlass zu einer ausführlichen Diskussion zu folgendem Thema:

Aufnahme praktischer Aerzte in die mfe, angeregt durch M. Dieudonné.

mfe-Präsident, Ph. Luchsinger: Es gibt keine Änderung, Facharztäquivalent ist die Voraussetzung für eine mfe-Mitgliedschaft. Die Delegierten der mfe haben entschieden. Es besteht kein Spielraum.

Fachgesellschaften haben kein Interesse an einer Verwässerung der Aufnahmekriterien. S. Tricarico erwähnt Vorstandsinterne Diskussion, praktische Aerzte in den HKO aufnehmen zu können. Kantonale Abgeltungsbestimmungen können aber angestrebt werden. (Besserstellung praktischer Aerzte auf kantonaler Ebene)

5. Jahresrechnung 2017, Revisorenbericht

Ein leichter Rückgang der Jahresbeiträge ist durch Pensionierungen zu verzeichnen. Durch Wegfall der Sponsorengelder bei der GV entsteht ein strukturelles Defizit von 10'000.-. Durch Auflösung der OSGIM ist einmalig ein Zuschuss von 16'000.- zu verzeichnen.

Vermögensstand aktuell 59'740.71

M. Dieudonné stellt im Revisorenbericht fest, dass die Jahresrechnung korrekt ist und empfiehlt die Entlastung des Kassiers.

Die Jahresrechnung wird einstimmig angenommen.

6. Mitgliederbeiträge, Budget 2018

Das Budget zeigt einen Jahresbedarf von 35 000.- und ein Defizit von knapp 10 000.-

D. Pfister empfiehlt die Beibehaltung des Jahresbeitrages bei 50.-. Dies wird einstimmig angenommen.

7. Wahlen

Erst nächstes Jahr sind Wahlen, ein neuer Kassier wird gesucht.

8. Varia, Mitteilungen

- Der Hausärzterverein Linth bezahlt für sämtliche Mitglieder den HKO-Beitrag. Dies ist ein sehr nachahmungswürdiges Procedere.
- Die verjährte Besitzstandwahrung der gynäkologisch tätigen Grundversorger hat zu Rückforderungen durch die KK geführt. Es wird empfohlen, nicht zu bezahlen und den Rechtsdienst der FMH zu informieren.

Die GV schliesst um 14.20

Rainer Fischbacher Aktuar

Herisau, 26.7.2018

ADRESSLISTE HKO – VORSTAND UND DELEGIERTE

Präsident		
Del. mfe*) SG (Ersatz)	Tricarico Salvatore, 9230 Flawil	dr.tricarico@bluewin.ch
Aktuar		
Del. mfe AR/AI	Fischbacher Rainer, 9100 Herisau	rfischba@hin.ch
Kassier		
Del. mfe GL	Pfister Daniel, 8753 Mollis	danipfister@bluewin.ch
Mitglieder		
Del. mfe GR	Dorn Walter R., 7000 Chur	w.dorn@bluewin.ch
Del. mfe SH	Haag Ueli, 8200 Schaffhausen	ueli.haag@hin.ch
Del. mfe SG	Malosti Moreno, 8645 Jona	moreno.malosti@hin.ch
Del. mfe SG (Ersatz)	Schmuki Marcel, 9000 St. Gallen	mracs@hin.ch
Del. mfe SG	Sibalic Vladimir, 9000 St. Gallen	praxis.sibalic@hin.ch
Del. mfe TG	Sulger Büel Evelyne, 8264 Eschenz	e.sulgerbueel@gmx.net
Tarif	Weirich Gerry, 8200 Schaffhausen	praxis@weirich.ch

mfe*) = mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

IMPRESSUM

HKO Informationen: Herausgegeben vom Vorstand des Verbandes Haus- und Kinderärzte Ostschweiz. Beiträge sind jederzeit willkommen.

Sekretariat HKO: Luzia Schneider, Oberplattenstrasse 73, 9620 Lichtensteig.
Tel. 071 988 66 40, Fax 071 988 66 41, E-Mail sekretariat@hk-o.ch

Redaktion: Gerry Weirich, Rietstrasse 30, 8200 Schaffhausen
Tel. 052 624 40 77, E-Mail praxis@weirich.ch