

Hausarztmedizin: Zukunft ungewiss!

Anfragen

Der kürzliche Entscheid des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), die Vergütungen für medizinische Analysen drastisch zu kürzen, um die Gesundheitskosten einzudämmen, setzt die spezialisierten Laboratorien stark unter Druck. Betroffen sind sowohl Privat- als auch Spitallaboratorien, vor allem aber die Hausarztpraxen. Im Gegenzug wurde den Ärzten zwar eine Änderung des TARMED-Tarifs angekündigt, diese reicht jedoch bei Weitem nicht aus.

Vor dem Hintergrund des Berichts des Staatsrates über den Ärztemangel, der sich in den ländlichen Regionen unseres Kantons auszubreiten droht, ist ein Zwiespalt zwischen den wirtschaftlichen Zielen des Bundes und dem Auftrag unseres Staates festzustellen, wonach allen Bürgerinnen und Bürgern auf dem gesamten Kantonsgebiet der Zugang zu einer wirksamen und qualitätsvollen ärztlichen Grundversorgung garantiert werden muss, natürlich zu tragbaren Kosten.

Deshalb unterbreite ich dem Staatsrat die folgenden Fragen:

1. Können Wirksamkeit und Sicherheit der Diagnostik sowie der Betreuung der Patientinnen und Patienten bei den zahlreichen Hausärztinnen und Hausärzten noch garantiert werden, wenn sie auf In-situ- oder Notfallanalysen verzichten werden müssen, weil deren Kosten durch die vom BAG beschlossene Höhe der Vergütung nicht mehr gedeckt werden?
2. Sind die Bundesbeschlüsse nicht eine Gefahr für die Effizienz der Praxis der Hausarztmedizin?
3. Stellen sie nicht auch den vor Kurzem kundgegebenen politischen Willen in Frage, gegen die Entstehung von «medizinischen Wüsten» in den ländlichen Regionen unseres Kantons anzukämpfen?
4. Sollten diese Ansichten geteilt werden, wäre der Staatsrat dann bereit, die Bundesbehörden auf die gravierenden Nebenwirkungen für die medizinische Versorgung aufmerksam zu machen, zu denen ihre Beschlüsse in Bezug auf die Leistungen führen?
5. Ist der Staatsrat bereit, neue Fördermassnahmen zum Erhalt der medizinischen Grundversorgungseinrichtungen in den ländlichen Regionen zu treffen, damit die betroffenen medizinischen Berufsleute sich bei ihrer Arbeit ausschliesslich um die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten sorgen müssen?
6. Könnte er im Rahmen der Zuständigkeiten nach Artikel 47 KVG (*) in den Gebieten, in denen die ärztliche Grundversorgermedizin Unterstützung braucht, nicht eine Differenzierung des Taxpunktes vorsehen?

Auf die Analyse müssen nun die Taten folgen. Gerne erwarte ich also die Antwort des Staatsrates in Bezug auf die neuen Wege, die er zu begehen gedenkt, um den bereits angekündigten Massnahmenkatalog zu ergänzen, sodass auf dem gesamten Kantonsgebiet eine leistungsstarke Hausarztmedizin aufrechterhalten bleibt.

(*) Art. 47 KVG: Wenn es keinen Tarifvertrag gibt (Absatz 1) oder sich die Beteiligten nicht auf eine Erneuerung des Tarifvertrags einigen können (Absatz 3), so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

Antwort des Staatsrates

1. *Können Wirksamkeit und Sicherheit der Diagnostik sowie der Betreuung der Patientinnen und Patienten bei den zahlreichen Hausärztinnen und Hausärzten noch garantiert werden, wenn sie auf In-situ- oder Notfallanalysen verzichten werden müssen, weil deren Kosten durch die vom BAG beschlossene Höhe der Vergütung nicht mehr gedeckt werden?*
2. *Sind die Bundesbeschlüsse nicht eine Gefahr für die Effizienz der Praxis der Hausarztmedizin?*
3. *Stellen sie nicht auch den vor Kurzem kundgegebenen politischen Willen in Frage, gegen die Entstehung von «medizinischen Wüsten» in den ländlichen Regionen unseres Kantons anzukämpfen?*
4. *Sollten diese Ansichten geteilt werden, wäre der Staatsrat dann bereit, die Bundesbehörden auf die gravierenden Nebenwirkungen für die medizinische Versorgung aufmerksam zu machen, zu denen die Beschlüsse in Bezug auf die Leistungen führen?*

Da die Fragen 1 bis 4 miteinander verknüpft sind und alle die Revision der Analysenliste betreffen, werden sie gleichzeitig beantwortet.

Im Juni 2008 hat das Eidgenössische Departement des Innern in Zusammenhang mit der Revision der Analysenliste ein Vernehmlassungsverfahren durchgeführt. Das Projekt hat vielerorts heftige Kritik ausgelöst, namentlich weil es Fehler aufwies und für einige Bereiche eine bedeutende Senkung der Analysevergütungen beinhaltete. Die befragten Beteiligten befürchteten, dass die Hausärztinnen und Hausärzte aufgrund der Vergütungskürzungen in ihren Praxen kein Labor mehr führen könnten, weil die Kosten nicht mehr gedeckt werden könnten. Weil die Analysen in externen Laboratorien durchgeführt werden müssten, könnten die Patientinnen und Patienten ausserdem erst bei einer weiteren Konsultation über die Ergebnisse informiert werden, was zusätzliche Kosten verursachen würde. Schlimmer noch: Die Wartezeit würde die Ärztinnen und Ärzte daran hindern, die Patientin oder den Patienten rasch einer wirksamen Behandlung zu unterziehen. Folglich deutete die neue Analysenliste auf eine Verschlechterung der Qualität bei der Patientenbetreuung hin.

Bei ihrer Stellungnahme während des Vernehmlassungsverfahrens teilte die Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) des Kantons Freiburg dem EDI ihre Befürchtungen mit; sie hat das Projekt abgelehnt und beantragt, dass dieses einer ernsthaften Revision unterzogen wird und folgte damit dem Beispiel der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Darüber hinaus hat die GSD das EDI darauf hingewiesen, dass das Projekt der kantonalen Politik zugunsten der Grundversorgermedizin gänzlich widersprach.

Es zeigt sich jedoch, dass eine Revision der Analysenliste geprüft werden musste. Die 2008 geltende Liste stammte nämlich grösstenteils aus den Neunzigerjahren und es waren bislang nur einzelne punktuelle Anpassungen vorgenommen worden. In der Zwischenzeit wurden jedoch grosse technische Fortschritte erzielt, namentlich im Bereich der Standardanalysen (Analysen, die im Rahmen der Grundversorgung durchgeführt werden, sei es nun durch die ärztlichen Praxislabor, die Offizin eines Apothekers oder einer Apothekerin oder die verschiedenen Spitallaboratorien). Dank dieser Fortschritte können die Analysen mit deutlich weniger Personal durchgeführt werden als noch in den Neunzigern. Ausserdem verlangt Artikel 32 Absatz 2 KVG, dass die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen periodisch überprüft werden.

Das EDI hat zwischenzeitlich die vorgebrachten Fehler am Projekt berichtigt und verschiedene Änderungen am ursprünglich eingereichten Projekt vorgenommen, sodass die

Version, die am 1. Juli 2009 in Kraft getreten ist, nicht mehr genau derjenigen aus dem Vernehmlassungsverfahren entspricht. Des Weiteren kann während der Einführungsphase (1. Juli 2009 bis 31. Dezember 2011) ein zusätzlicher Taxpunkt je Analyse verrechnet werden. Durch diese Massnahme werden die finanziellen Auswirkungen in Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der neuen Analysenliste begrenzt.

Das EDI ist der Meinung, dass die so angepasste Analysenliste in den Privatpraxen im Schnitt genügend hohe Margen, wenn nicht sogar einen Gewinn ermöglicht. Der Betrieb von Praxislaboratorien sollte somit nicht in Frage gestellt sein. Die Wirksamkeit und die Sicherheit der Diagnose sowie der Patientenbetreuung im Rahmen der Hausarztmedizin sollten also auch weiterhin in gleichem Masse garantiert sein wie heute.

Eine Analyse der Auswirkung der neuen Spezialitätenliste, durchgeführt von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) bestätigt indes einen deutlichen Rückgang des Umsatzes und somit auch der Marge für das Labor. Die Analyse betont jedoch, dass die Auswirkungen entsprechend den Analysen, die in einem jeweiligen Labor durchgeführt werden, stark variieren, sodass die Marge bei einigen Ärzten im Vergleich zum derzeitigen System steigen wird, während sie bei anderen sinken wird.

Angesichts dieser Tatsachen geht es nun darum, herauszufinden, inwiefern mit der neuen Analysenliste in der Praxis die Betriebslasten der hausärztlichen Labors gedeckt werden können. Da das EDI am 28. Januar 2009 entgegen der Meinung der Kantone beschlossen hat, die neue Analysenliste per 1. Juli 2009 einzuführen, kann der Staatsrat nicht direkt intervenieren, jedenfalls vorläufig nicht.

Der Staatsrat ist der Ansicht, dass das medizinische Praxislabor ein wichtiges Diagnoseinstrument ist, wenn es darum geht, eine Behandlung zu beginnen oder eine Hospitalisierung zu vermeiden. Aus diesem Grund müssen diese Analysen – deren Durchführung in der Praxis einen bedeutenden Vorteil für die Behandlung der Patientinnen und Patienten darstellt – von der Hausärztin bzw. vom Hausarzt durchgeführt und die damit verbundenen Kosten von der Analysenliste gedeckt werden können.

Es ist indes nicht der Sinn der Analysenliste, hohe Margen zu generieren und das Einkommen der Grundversorgerinnen und Grundversorger deutlich zu steigern. Die Bezahlung der Ärztinnen und Ärzte muss entsprechend einem angepassten TARMED-Tarif und einem angepassten TARMED-Taxpunktwert erfolgen (s. Punkt 6).

Der Staatsrat wird ferner, über die GSD, die Ergebnisse des Monitorings, welches das EDI zur Beobachtung der Auswirkungen der Einführung der neuen Analysenliste entwickelt hat, genau mitverfolgen. Sollte sich herausstellen, dass – entgegen der Aussagen des EDI – die neue Analysenliste eine Deckung der Kosten für das ärztliche Praxislabor verunmöglicht und es dadurch zu einer Verschlechterung der Patientenbetreuung kommen, so wird der Staatsrat die GDK mobilisieren und beim EDI vorstellig werden.

5. Ist der Staatsrat bereit, neue Fördermassnahmen zum Erhalt der medizinischen Grundversorgungseinrichtungen in den ländlichen Regionen zu treffen, damit die betroffenen medizinischen Berufsleute sich bei ihrer Arbeit ausschliesslich um die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten sorgen müssen?

In seinem Bericht Nr. 88 vom 19. August 2008 zum Postulat Nr. 317.06 Christine Bulliard / Markus Bapst über die Hausmedizin und die medizinische Basisversorgung in ländlichen Regionen gibt der Staatsrat die Bereiche an, in denen er Aktionen zur Unterstützung der Grundversorgermedizin plant. Es handelt sich dabei namentlich um die Ausbildung und den Bereitschaftsdienst. In seiner Antwort vom 31. März 2009 auf die Anfrage Michel Zadory / Claire Peiry-Kolly vom 19. Januar 2009 über den Mangel an Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern im Kanton (QA 3188.09) gibt der Staatsrat ferner einen kurzen Überblick über den Stand dieser Projekte.

Ausserdem hat der Staatsrat einen eigens ernannten Steuerungsausschuss mit der Prüfung der Organisation und Finanzierung der Notfallmedizin (Rettungsdienst und Notaufnahme im Spital) beauftragt. Eines der angestrebten Ziele in diesem Zusammenhang ist die effiziente Organisation und Koordination aller Leistungserbringer in diesem Bereich. Dabei ist namentlich auch der Mangel an Grundversorgern für die Übernahme der medizinischen Notfälle zu berücksichtigen.

6. *Könnte er im Rahmen der Zuständigkeiten nach Artikel 47 KVG (*) in den Gebieten, in denen die ärztliche Grundversorgermedizin Unterstützung braucht, nicht eine Differenzierung des Taxpunktes vorsehen?*

Was den TARMED-Taxpunktwert anbelangt, auf dem die Bezahlung der frei praktizierenden Ärzte beruht, so erinnert der Staatsrat ans KVG. Dieses sieht nämlich vor, dass der Taxpunktwert zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern ausgehandelt wird. Der Staatsrat kann grundsätzlich nur dann eingreifen, wenn Letztere sich nicht einigen können und die Tarifverhandlungen scheitern. Weil die Tarifverhandlungen über den TARMED-Taxpunktwert 2009 zwischen santésuisse und der Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg (AGKF) zu keiner Übereinkunft geführt haben, wird nun der Staatsrat den Tarif festlegen müssen.

Die GSD, die das Tariffestsetzungsverfahren untersucht, prüft gegenwärtig, ob der rechtliche Rahmen eine differenzierte Zuteilung des TARMED-Taxpunktwertes nach Zonen und/oder Spezialisierung der Ärztinnen und Ärzte erlaubt und ob eine solche Differenzierung aus technischer Sicht überhaupt möglich wäre. Wenn ja, so müsste auch festgelegt werden, inwiefern ein unterschiedlicher Taxpunktwert die Grundversorgerinnen und Grundversorger tatsächlich dazu animieren würde, sich in ländlichen Regionen niederzulassen.

Die Antworten auf diese Fragen werden zeigen, in welchem Masse ein differenzierter TARMED-Taxpunktwert im Kanton Freiburg im Rahmen des Tariffestsetzungsverfahrens umgesetzt werden kann.

Freiburg, den 3. November 2009