

Die Sorge um die Vorsorge

Ob mit den Schlagzeilen vom «Rentenklaue» oder vom «Pulverfass Pensionskasse» – unsere Vorsorgeeinrichtungen sind ins Gerede geraten. Auch wenn kein Grund zur Panik besteht, so ist es sicher angebracht, wenn auch Ärztinnen und Ärzte sich in diesem Zusammenhang einige Grundsatzfragen stellen.



• René Scheidegger,
eidg. dipl. Versicherungsfachmann
UAP Unabhängiger Allfinanz Partner AG

Im vergangenen Jahr hat der Bundesrat über den Mindestzinssatz für die berufliche Vorsorge laut nachgedacht und kam dabei zum Ergebnis, den Minimalzinssatz von 4 auf 3 Prozent zu senken. Dieses Vorhaben hat umgehend zu heftigen Protesten geführt. Man warf der Landesregierung vor, sie habe der Lobby der Versicherungsgesellschaften auf Kosten der Versicherten nachgegeben. Boulevardpresse und Gewerkschaften schrieben und sprachen sogar von einem «Rentenklaue».

Von der Realität überholt

Da man den Zinssatz in den wirtschaftlich guten Jahren ja auch nicht angehoben hätte, sei es somit nur logisch, ihn in den schlechten Jahren auch nicht zu senken, lautete die Argumentation. Danach hat der Bundesrat die Reduktion der Verzinsung der Vorsorgeguthaben statt auf 3 auf 3,25 Prozent festgesetzt – eine Massnahme, die inzwischen von der Realität nicht nur eingeholt, sondern weit überholt worden ist. Denn heute wird in den Medien nicht nur über den «Sanierungsfall Pensionskasse» spekuliert, sondern auch über die Frage, ob wir nicht bald einmal mit einem Zinssatz von 0 Prozent zu rechnen hätten. Von diesen Entwicklungen ist natürlich auch die Ärzteschaft betroffen – als Versicherte in einer BVG-Lösung oder

auch als Arbeitgeber. In den Vorsorgeausweisen, die den Versicherten kürzlich zugestellt wurden, hat das «rechnerische Alterskapital mit Zins» im Vergleich zum Vorjahr teils massiv abgenommen. Also doch – trotz allen Dementis – ein veritabler Rentenklaue?

Veränderte Verhältnisse

Dazu ein kleiner Grundsatzexkurs: Die Vorsorgestiftungen nehmen die einbezahlten Gelder entgegen, verwalten und verzinsen sie, um sie später den Mitarbeitern wieder zur Verfügung zu stellen – als Rente oder als Kapital. Die Verzinsung der Beiträge ist gesetzlich mit mindestens 4,0 Prozent vorgeschrieben.

Inzwischen aber hat der Kapitalmarkt mehrere massive Veränderungen erfahren. Seit bald zehn Jahren bewegen sich die Zinsen auf den Geldmärkten auf sehr tiefem Niveau. Dabei ist weder kurz- noch mittelfristig eine Besserung in Sicht. Das bedeutet, dass die BVG-Stiftungen die ihnen anvertrauten Gelder schon seit mehreren Jahren nicht mehr in Obligationen zu mindestens 4 Prozent anlegen konnten und dies auch in Zukunft nicht tun können.

Gelockerte Auflagen

Weil Anfang der 90er Jahre an den Aktienmärkten bessere Renditen realisiert wurden, hat man die Auflagen damals gelockert und den Pensionskassen erlaubt, einen Teil ihrer Gelder in Aktien anzulegen. Und weil damals die Börsengewinne fast «in den Himmel» wuchsen, haben auch die Stiftungen entsprechende Profite erzielt. Jene Stiftungen, welche die damaligen Überschüsse zur Reservebildung verwendet haben, dürften auch bei der aktuellen Börsenentwicklung kaum Probleme bekommen. Die anderen Pensionskassen allerdings, die ihre Gewinne vor allem für Leistungsverbesserungen einsetzten – sei es in Form von höheren Verzinsungen, höheren Renten oder Prämienenkungen –, sehen sich heute in Schwierigkeiten.

Die Rolle des Zinses

Doch welche Rolle spielt denn nun eigentlich der Zins in der beruflichen Vorsorge? Die Zielsetzung des Gesetzes würde alleine mit den jährlichen

Spargutschriften erreicht, sofern keine Teuerung eintritt und sich deshalb auch die Löhne nicht nach oben entwickeln. Es gilt also dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Teuerungs- und Lohnentwicklungen so zu berücksichtigen sind, dass die kaufkraftbezogene Höhe der Rente trotzdem erreicht wird. Diese Aufgabe wurde dem Zins zugeordnet. Er sollte dazu dienen, die in der Vergangenheit angesparten Guthaben kaufkraftmässig wieder an das neue Preis- bzw. Lohnniveau anzugleichen. Dabei ging man von der Annahme aus, dass bei einer Teuerungs- und Lohnentwicklung von 4 Prozent und einer Verzinsung von ebenfalls 4 Prozent die Kaufkraftentwertung der Sparguthaben über mehrere Jahre ausgeglichen werden kann – eine Annahme, die in der Praxis auch als «goldene Regel» bekannt ist. Es wurde also bewusst darauf verzichtet, die Kaufkraft der Guthaben jährlich sicherzustellen – stattdessen operierte man mit Durchschnittswerten, die aus der Vergangenheit hergeleitet waren.

Die Rolle der Teuerung

Da wir in den vergangenen Jahren nicht nur eine veränderte Situation auf den Finanz- und Wertschriftenmärkten

heisst: sobald sich die Zinsen wieder erholen, wird sich auch das Alterskapital mit Zins entsprechend erhöhen. Aus alledem geht hervor, dass weder bei einer Korrektur des Mindestzinssatzes noch bei den in der Vergangenheit erzielten Gewinnen ein «Rentenklaue» stattgefunden hat. Denn die Zinsüberschüsse sind in die Stiftungen zurückgeflossen und nicht von Banken und Versicherungsgesellschaften zurückgehalten worden.

Gefährliche Unterdeckung

Nach den Turbulenzen auf den Finanzmärkten weist die Mehrheit der Vorsorgeeinrichtungen offensichtlich keinen Deckungsgrad mehr von 100 Prozent und damit eine so genannte Unterdeckung auf. Entscheidend wird sein, ein weiteres Anwachsen dieser Unterdeckung zu verhindern. Dies kann bedeuten, dass die Prämien steigen und die Verzinsung der Sparguthaben, die über das Obligatorium hinausgehen, unter 3,25 Prozent liegen wird.

Die Erhöhung der Abzüge und die Senkung der Zinsen sind natürlich unpopuläre Massnahmen, besonders in Zeiten, in welchen wir – nicht nur bei den Prämien für die Krankenversicherungen – immer wieder mit steigenden



Ärztliche Altersvorsorge: wissen, woher der Wind weht und wie die Aktien stehen.

ten, sondern auch eine tiefe Teuerung hatten und haben, kann diese zurzeit auch mit einem Zins von 3,25 Prozent problemlos ausgeglichen werden. Aufgrund der Zinssenkung ist das «rechnerische Alterskapital mit Zins» zwar erheblich kleiner als früher ausgewiesen. Doch ist dabei zu beachten, dass diese Zahl lediglich eine Momentaufnahme unter Berücksichtigung des heutigen Zinssatzes widerspiegelt. Das

Kosten konfrontiert werden. Solche Korrekturen können jedoch notwendig sein, um sicherzustellen, dass unsere Vorsorgewerke auch künftig auf drei gesunden Säulen stehen. Die Zukunft wird zudem zeigen, ob die Senkung des Zinses auf 3,25 Prozent genügen wird – wobei aber letztlich nicht die Höhe des Zinssatzes wesentlich ist, sondern vielmehr die Erhaltung der Kaufkraft.

«check up»

INFORMATIONSSCHRIFT
DER ÄRZTEKASSE

EDITORIAL

Tarmed-Theorie und Tarmed-Praxis

Für Ärztinnen und Ärzte, die in Zukunft nicht nur medizinische Leistungen erbringen, sondern sie auch verrechnen wollen, wird er allmählich unumgänglich: der Schritt von der grauen Tariftheorie zur handfesten Tarifpraxis.



• *Ulrich Riesen, Regionalleiter Ärztekasse Deutschschweiz*

Je näher sie rückt, die Tarmed-Premiere, umso akuter wird die Notwendigkeit, sich gut und gründlich darauf vorzubereiten. Also ausgerichtet und abgestimmt auf die Verhältnisse und Bedürfnisse in der eigenen ärztlichen Praxis.

Die Tarmed-Tücken

Nachdem sich die Ärztekasse als standeseigene Genossenschaft schon seit Jahren in wechselnden Funktionen mit den ökonomischen, technischen und administrativen Aspekten des neuen Tarifwerks beschäftigt hatte, hat sie nun auch ein «Konzept Schulung» auf die Beine gestellt, das bereits erfolgreich angelaufen ist. Dieses Ausbildungsangebot, das sich an Ärztinnen, Ärzte und Assistentinnen richtet, bietet eine konsequent praxisbezogene Einführung in die Tarmed-Anwendung samt deren Tücken.

Zuerst die Basisinformation...

Das zweistufige Programm gliedert sich in die Kurse «Basisinformation» und «Produkteschulung». In der «Basisinformation» wird über die Grundzüge des Tarmed und über die damit zusammenhängenden Fragen wie Tax-

punktwert, Dignität, Besitzstandswahrung und Kostenneutralität orientiert. Zudem geht es insbesondere um das folgende Know-how:

- Handling des Tarmed-Browsers
- Suchstrategien mit dem Tarmed-Browser
- Abrechnungsvarianten mit und ohne Computer.

...und dann die Produkteschulung

Diese Schulung wird in zwei Versionen angeboten: für Computer- und für Leistungsblattabrechner. Version eins, die bei Bedarf mit einem «Refreshkurs für die Abrechnungssoftware CB Pro» eingeleitet wird, befasst sich unter anderem mit dem «Digni-Plot», durch den sich die Tarifpositionen einer bestimmten Dignität erkennen lassen, sowie mit den «Tarifschemen» zur Erstellung individueller Leistungsblätter.

Chef- und Assistentinnensache

Da es bei diesen Schulungen, die unter fachkompetenter Leitung in den regionalen Agenturen der Ärztekasse stattfinden, sowohl um die korrekte Anwendung des neuen Tarifs als auch um dessen effiziente Administration und Abrechnung geht, sind sie gleichermaßen

sen Chef- wie Assistentinnensache. An den einzelnen Kursen können, nach Voranmeldung, jeweils die Cheffinnen und Chefs von fünf Praxen mit maximal je drei Mitarbeiterinnen teilnehmen, also höchstens zwanzig Personen.

Einladung ins Tarmed-Café...

Ärztinnen und Ärzte, die ohne Computer abrechnen, erhalten von der Ärztekasse einen standardisierten Leistungskatalog. Allfällige Berichtigungen können dann in den «Tarmed-Cafés» der Agenturen mit Fachleuten besprochen und ausgeführt werden. (Obwohl Tarmed ein elektronisches Abrechnen vorschreibt, ist das Arbeiten ohne Computer auch künftig kein Problem, da die von Hand ausgefüllten Leistungsblätter von der Ärztekasse vollständig digitalisiert werden.)

...und in die Ärztekasse

Dass unsere Angebote einem echten Bedürfnis entsprechen, zeigt das Echo, das ihre erste Ausschreibung ausgelöst hat. Denn inzwischen sind es bereits über 1000 Ärztinnen, Ärzte und Assistentinnen, die von den Kursen der Deutschschweizer Ärztekasse-Agenturen von Basel, Bern, St. Gallen, Kriens und Zürich Gebrauch gemacht haben.

Für die Mitglieder der Ärztekasse sind diese Kurse kostenlos. Ebenso für Ärztinnen und Ärzte, die jetzt Mitglied werden wollen, um von unseren Angeboten unverzüglich zu profitieren (Näheres unter www.aerztekasse.ch).



Das «Konzept Schulung» der Ärztekasse: wie die Tariftheorie zur Tarifpraxis wird.

Am Ball und à jour



• *Wolfgang Schibler, Direktor Ärztekasse*

Ist Tarmed graue Theorie? Oder eine Therapie? Solche und einige andere Fragen wollen wir in diesem Blatt klipp und klar beantworten. Was dabei den neuen Tarif betrifft und den entscheidenden Schritt vom Projekt zur Praxis, kann die Ärztekasse ihren Mitgliedern (und allen, die es werden wollen!) ein attraktives Angebot machen – siehe dazu den Leitartikel.

Um den Ärztinnen und Ärzten für den Einstieg in den Tarmed beste Voraussetzungen bieten zu können, haben wir viel investiert: von der Entwicklung der Informatik bis zur Ausbildung der Mitarbeiter. So dass Sie jederzeit auf ausgefuchste Tarmed-Spezialisten zählen können. Die Ihnen gerne behilflich sind. Mit Know-how und mit Kompetenz. Mit Instruktion und mit Information. Apropos Information: den Newsletter, den Sie in den Händen halten und der weiterhin 6-mal jährlich erscheint – heute das erste Mal in einer noch konzentrierteren Form –, werden wir in einigen Wochen durch einen regelmässigen Online-Service ergänzen. Mit aktuellen Meldungen und Berichten aus den gesamten nichtmedizinischen Interessenbereichen des Unternehmens Arztpraxis. Damit Sie auch in dieser Hinsicht immer à jour und am Ball bleiben!

Tarmed ist auch Therapie!

Der neue Arzttarif hat viele Aspekte – positive wie negative. Doch bei allen Fragezeichen bedeutet er für die Ärzteschaft auch eine Chance zu mehr Eigenverantwortung. Und damit auch zu mehr Selbstbestimmung.



• Guido Probst, Dr. med.,
Verwaltungsratspräsident
der Ärztekasse

Endlich hat auch der Bundesrat bemerkt, dass er beim Budgetieren der letzten Jahre etwas Wesentliches vergessen hat: das Sparen. Doch nun geht es plötzlich alle an: das spendable Parlament, die sorglosen Ämter und auch die Sozialversicherten selbst.

Das überlebte Versorgungssystem

Nicht nur die Invalidenversicherung und die zweite Säule werden schlanker. Auch die soziale Krankenkasse muss zurückfinden zu einer finanzierbaren Grundversicherung. Sie ist in den letzten Jahren zu einem eigentlichen Versorgungssystem aufgebläht worden, das sich inzwischen selbst überlebt hat. Dabei sorgte die holprige parlamentarische Arbeit der laufenden KVG-Revision dafür, dass nur noch wenige den Durchblick auf die vielen Details – geschweige denn aufs Ganze haben: jenen Durchblick, der auch für uns Ärzte von zentraler Bedeutung ist.

Der Aufbruch zum Umbruch

Die Medien haben dafür gesorgt, dass der Begriff Tarmed so weit bekannt geworden ist, dass immer mehr Patienten wissen wollen, was es denn damit auf sich hat. Uns Ärzten muss dabei bewusst sein, dass wir mit dem bevorstehenden Umbruch, der durch Tarmed eingeleitet wird, weit stärker als bisher auch in die ökonomische Verantwortung genommen werden. Denn in Zukunft werden wir dafür sorgen müssen, dass die Kosten, die unsere

Behandlungen auslösen, möglichst korrekt aufgeteilt werden zwischen den Versicherungen, die rückerstattspflichtig sind, und den Patienten, die mehr wünschen, als die Grundversicherung hergeben kann. Die dafür notwendige Klarheit wird künftig jede Tarmed-Rechnung zu erfüllen haben: in den Kategorien Pflichtleistungen und Nichtpflichtleistungen.

Das Ende einer Ära

Seien wir ehrlich: Jeder Praxisinhaber kennt so gut wie seine Stammpatienten diese oder jene Nische, in der mit Kulanz Leistungen über das KVG erfolgten, die eigentlich nicht zur Leistungspflicht zählen. Eine falsche Grosszügigkeit hat sich da und dort eingeschleiert, weil das «Mass einer Krankheit» diagnostisch, therapeutisch und zeitlich verschieden ausgelegt werden kann. Von den Versicherten wie von den Ärzten. Der inzwischen abgetretene Direktor des BSV hat mir auf eine kritische Frage betreffend die Ausweitung des Leistungskatalogs einst die Antwort erteilt: «Das wird alles vom Volk gewünscht, basta.» Also wurde immer weniger gespart. Und immer mehr ausgegeben. Doch diese Ära ist nun zu Ende.

Die neue Transparenz

Künftig haben wir Ärzte die Chance, mit der einen Hand zu verordnen, was Pflicht der Krankenversicherung ist, und mit der anderen dem Patienten aufzuerlegen, was seit Jahren dem System statt ihm selbst verrechnet wurde. Im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung muss nun wieder das Versicherungsprinzip in den Vordergrund gerückt werden. Es geht also spätestens ab dem 1. Januar 2004 nicht nur um die Wünsche der Patientinnen und Patienten, sondern um versicherte und nichtversicherte Leistungen, welche in jeder Rechnung absolut transparent zu bezeichnen sind.

Das neue Tarifieren

Dieser Neubeginn beim Tarifieren zwingt zu grundsätzlichen Überlegungen. Da die Tarifierungskriterien nun in allen Landsteilen dieselben sind, wird die Ärzteschaft dazu gezwungen sein, kantonal eingebürgerte Verhaltensweisen und Eigenarten auf-

zugeben. In Fachgruppen soll offen über die strikte Beachtung des Leistungskatalogs gesprochen werden. Das wird zweifellos dazu führen, dass sich manche Rechnung schlanker als bisher präsentiert, wenn auch nicht im unbedingt im Gesamtbetrag, so doch bei den Pflichtleistungen.

Die neue Bescheidenheit

Dabei werden die Nichtpflichtleistungen durchschaubar und zur Sache der Patienten – wenn auch nicht in allen Fachgruppen im gleichen Masse. Es ist nicht unsozial, sondern korrekt, den einzelnen Patienten das tragen zu lassen, was er zusätzlich wünscht, und der Versicherung klar zu bezeichnen, was ihr zukommt. Dadurch erreichen wir, dass die Prämienlast für die Versicherten weniger rasch weiter ansteigen wird. Wobei wir mittelfristig die



Tarmed: widersprüchlich sind die Wege.

Einzelleistungstarifizierung nur dann aufrechterhalten können, wenn wir den neuen Tarif nicht zusätzlich durch falsche Mengenvorstellungen übernutzen. Denn wer die vom Tarmed postulierte neue Bescheidenheit des Pflichtleistungsanteils nicht gebührend beachtet, wird damit die Einführung der Pauschalentschädigung provozieren.

Die Tarmed-Rechnung als Dokument

Die Anwendung des Tarifs kann bekanntlich ab 2004 monatlich dokumentiert werden. Hierbei dienen die TrustCentern den frei praktizierenden

Ärztinnen und Ärzten unter anderem dazu, sich darüber zu orientieren, wo sie mit ihrer Tarifizierung stehen. Einerseits ist der Vergleich mit Kolleginnen und Kollegen derselben Fachgruppe wichtig, andererseits wird aber auch ein Blick auf das Vergleichsjahr 2001 verpflichtend sein. Der Dokumentencharakter der Tarmed-Rechnungen wird sich ab 2004 sicher sehr rasch auch kantonal abbilden. Dabei dürfen wir den kantonalen Taxpunktwert nicht einfach floaten lassen, sondern müssen ihn im wahrsten Sinne des Wortes selbst in Pflicht nehmen. Denn die von Pflichtleistungen entlasteten Rechnungen werden mittelfristige Taxpunktwertanpassungen nach oben erlauben.

Die Bedeutung der eigenen Daten

Die eigene statistische Auswertung der Honorarrechnungen wird zu einer neuen Bewertung der Rechnungsqualität führen. Es entstehen Feedbacks auf den Ebenen Arztpraxis, Fachgruppe und Kantonalgesellschaft, wobei die Beachtung von Guidelines unvermeidlich wird. Dieser Neuorientierungs-, um nicht zu sagen Umerziehungsprozess muss bereits diesen Sommer angestoßen werden. Denn spätestens mit Beginn des Jahres 2004 werden wir uns gegenüber Santé Suisse und Krankenkassen-Ratings mit eigenen Zahlen zu erklären haben. Dabei wird die Erfüllung der vertraglich fixierten Kostenneutralität durch die Arbeit unsere TrustCenter wesentlich erleichtert werden.

Der Gewinn an Selbstbestimmung

Die politische Seite dieser Entwicklungen präsentiert sich folgendermassen: Mit dem neuen Tarif wird eine partielle Kostenverantwortung der Ärzteschaft in der sozialen Krankenversicherung statuiert. Dabei tragen die Ärztinnen und Ärzte, und nicht die Versicherten den überwiegenden Teil der Verantwortung für die Kosten. Die Politik hat uns hier gewissermassen als Sachwalter eingesetzt. Der Taxpunktwert wird nicht mehr ausschliesslich oder vorwiegend fremdbestimmt, sondern aufgrund der geltenden Vereinbarungen von uns Ärzten massgebend mitbestimmt werden.

Was für jedes Schweizer Kleinunternehmen seit eh und je selbstverständlich ist – nämlich die eigene Budget- und Kostenverantwortung –, wird damit nun auch für die Schweizer Arztpraxen gelten. Zumindest in diesem Sinne ist Tarmed eine Therapie, die uns mündiger machen wird.

TrustCenter und Ärztekasse

Beim Aufbau der TrustCenter, der regionalen Sammel- und Auswertungsstellen für die ärztlichen Leistungsdaten, hat die Ärztekasse die Ärzteschaft von Anfang an unterstützt. Auf welche Weise und weshalb, wollte «checkup» von Wolfgang Schibler wissen, der als Marketingdirektor der Ärztekasse auch für die Kooperation mit den TrustCentern zuständig ist.

«checkup»: *Weshalb eigentlich engagiert sich die Ärztekasse für die Planung und den Aufbau von regionalen TrustCentern?*

Wolfgang Schibler: Weil wir uns, als Selbsthilfegenossenschaft der Schweizer Ärzte, nicht nur von Amtes wegen, sondern sozusagen von Natur aus für die Anliegen der Ärzteschaft einsetzen. Und weil der Aufbau von regionalen, ärzteigenen TrustCentern ganz eindeutig im Interesse der Ärztinnen und Ärzte liegt.

Und warum ist das so eindeutig?

Das ist deshalb so eindeutig, weil die Ärzteschaft dank den TrustCentern erstmals über ihre eigenen Leistungsdaten verfügen wird – ein ganz entscheidender Schritt zur Erreichung der Datenparität gegenüber den Versicherungen. Was vor allem im Zusammenhang mit der Einführung des

Tarmed und der Ermittlung der Taxpunktwerte wesentlich ist. Denn mit ihren eigenen Daten erhalten die kantonalen Ärztesellschaften das Recht, diese in die Tarifverhandlungen einzubringen.

Wie weit ist die Kooperation zwischen der Ärztekasse und den verschiedenen TrustCenter-Projekten inzwischen fortgeschritten?

Die Ärztekasse hat – unabhängig von ihren Pilotprojekten in der Zentralschweiz und in der Romandie – bis heute mit der PonteNova AG, dem TrustCenter der Berner Ärztinnen und Ärzte, der GallOnet AG, dem TrustCenter der St. Galler Ärzteschaft, sowie der Syndata AG, dem TrustCenter der Ärztinnen und Ärzte beider Basel, Kooperationsverträge abgeschlossen. Am weitesten ist die Zusammenarbeit bisher mit der bernischen PonteNova AG umgesetzt worden, die ihre Büros an der gleichen Adresse beziehen wird, an der sich auch die Agentur der Ärztekasse befindet.

Und worin liegen die konkreten Vorteile dieser Zusammenarbeit?

Die Ärztinnen und Ärzte, welche die TrustCenter nutzen, profitieren vor allem von den organisatorischen und technischen Synergien, die sich durch diese Kooperation im operativen Be-

trieb der Datensammelstellen entwickeln werden, insbesondere bei der Auswertung der Abrechnungsdaten und deren Bereitstellung für den elektronischen Austausch mit den Kostenträgern. Das ist ein Tätigkeitsbereich, in dem die Ärztekasse als landesweit grösster Anbieter von Abrechnungsdienstleistungen für die Ärzteschaft über enorm viel Erfahrung und Know-how verfügt.

Inwiefern profitieren denn die Mitglieder der Ärztekasse von diesem Engagement?

Die Mitglieder der Ärztekasse profitieren dabei gleich in doppelter Hinsicht: einmal dadurch, dass sie uns mit der sach- und fachgerechten Weiterleitung ihrer Daten beauftragen können und sich somit nicht mehr um deren Übermittlung an die Versicherer kümmern müssen. Zum andern werden sie in jenen TrustCentern, die mit der Ärztekasse einen Kooperationsvertrag abgeschlossen haben, einen namhaften Rabatt erhalten.

Welches sind die Voraussetzungen für einen solchen Kooperationsvertrag?

Für die Ärztekasse ist es vor allem wichtig, dass der Partner für ein TrustCenter-Projekt kompetent und vertrauenswürdig ist, was anhand einer ganzen Reihe von Kriterien beurteilt wird. Im Vordergrund stehen dabei eine stabile Trägerschaft und Organisationsstruktur sowie ein professionelles und effizientes Management. Zu den weiteren unabdingbaren Voraussetzungen zählen schliesslich aber auch ein genügendes Marktpotenzial, das heisst ein entsprechend grosses Einzugsgebiet, sowie die Anwendung der EDV-Lösung TrustX, die im Auftrag der NewIndex von der Ärztekasse und der BlueCare entwickelt wurde und Gewähr dafür bietet, dass die Auswertung und Übermittlung der Daten zweck- und zeitgerecht erfolgen wird.

Letzte Frage: Weshalb betätigt sich denn die Ärztekasse nicht selbst als TrustCenter?

Das tut sie deshalb nicht, weil die TrustCenter regional und möglichst flächendeckend funktionieren sollen und weil es aus Gründen der Transparenz und der Gewaltentrennung wichtig ist, dass sie als eigenständige Organisationen konzipiert sind.

Tarmed- Information

Veranstalter und Termine:

Ärztekasse

Kontakt: www.aerztekasse.ch,
Telefon 01 436 17 74
13. März, Näfels
19. März, Egerkingen
7. und 8. April, Chur
26., 28. und 29. April, St. Moritz

Ärztesgesellschaft Zürich

Kontakt: urs.glueckler@agz-zh.ch,
Telefon 01 421 14 14
25. März, Zürich
27. März, Zürich
31. März, Uster
3. April, Winterthur
9. April, Otelfingen
10. April, Zürich
24. April, Rüslikon

Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie

Kontakt: secretariat@swiss-paediatrics.org,
Telefon 026 350 33 44
27. März, Belp

Ärztesgesellschaft des Kt. Zug

Kontakt: agzg@hin.ch,
Telefon 041 750 43 84
1. April, Zug

Walliser Ärztesverband

Kontakt: d.evequoz@oksb.ch,
Telefon 027 922 33 33
10. April, Brig

Ärztesgesellschaft des Kt. Bern

Kontakt: bekag@hin.ch,
Telefon 031 390 25 60
23. April, Bern

Ärztesgesellschaft Baselland

Kontakt: fschwab@hin.ch,
Telefon 061 976 98 08
24. April, Muttenz

IMPRESSUM

Herausgeberin: Ärztekasse

Redaktion: Beat Müller

Redaktionskommission:

Anton Prantl, Ulrich Riesen, Wolfgang Schibler, Max Schumacher

Gestaltung: Peter Hajnoczky

Herstellung: Fotorotar AG

Adressen: Ärztekasse,
Redaktion «checkup», Postfach,
8902 Urdorf, Telefon 01 436 16 16
E-Mail: checkup@cdm.smis.ch
Internet: www.aerztekasse.ch
«checkup» erscheint 6-mal jährlich



TrustCenter: zögerliches Zuwarten oder zuversichtliches Wagen und Gewinnen?