



Oktober 2002 / 5

Ärztegesellschaft  
des Kantons Bern  
Société des médecins  
du canton de Berne  
[www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch)

## Ja zum stationären Abbau, nein zum ambulanten Ausbau

Die Strategische Ausgabenüberprüfung des  
Regierungsrates: Projekt Polikliniken+

Die Ärztegesellschaft des Kantons Bern unterstützt grundsätzlich das Vorhaben des Regierungsrates, im stationären Bereich des Gesundheitswesens – also in der Spitalversorgung – weitere Einsparungen zu erzielen. Von solchen Massnahmen sind allerdings die Spitäler in den Randregionen auszunehmen. Der Regierungsrat muss sich bewusst sein, dass die Sparanstrengungen zu empfindlichen Engpässen, sprich zu Wartezeiten zu Lasten der PatientInnen für nicht vordringliche Behandlungen führen können. Das vom Regierungsrat vorgeschlagene Umfunktionieren der Bezirksspitäler in Polikliniken mit erweitertem Leistungsspektrum kommt einer Umlagerung von Kosten vom stationären in den ambulanten Sektor gleich. In finanzieller Hinsicht bedeutet dies zwar eine Entlastung des Kantons, gleichzeitig aber eine Mehrbelastung der Krankenkassen mit entsprechend steigenden Prämien für die Bevölkerung. Aus Sicht der Berner Ärztegesellschaft macht dies weder aus gesundheitspolitischer noch aus wirtschaftlicher Sicht Sinn: Ehrlicher wäre es, Spitäler zu schliessen.

Inwieweit ein Bedarf nach Betten für die sogenannte «Übergangspflege» gegeben ist, bedarf genauerer Abklärung. Der Vorschlag hingegen, durch die Schaffung von Ambulatorien sozusagen von Staates wegen eine Angebotserweiterung vorzunehmen, wirkt vor dem Hintergrund der Kostenproblematik im Gesundheitswesen äusserst befremdlich. Auch der im Projekt vorgesehene 24 Stunden-Notfalldienst ist abzulehnen: Die ärztlichen Bezirksvereine organisieren bereits – einem gesetzlichen Auftrag folgend – eine ärztliche Notfall-Versorgung rund um die Uhr. Eine Parallelorganisation erbringt keinen Nutzen, wohl aber hohe Kosten. In der Novembersession entscheidet unser Kantonsparlament über SAR, auch betreffend der Polikliniken. Kennen Sie einen der 200 Parlamentarier? Sprechen Sie mit ihr/ihm. Grossräte haben ein offenes Ohr für fachkompetente Meinungen aus ihrem Bekanntenkreis.

Jürg Schlup, Präsident

# doc.be

## Klausurtagung über Dienstleistungen 2

Noch 420 Tage bis TarMed 4

Die Dignitätserhebung der FMH 5

TarMed-Ausbildung für MPAs 6

TarMed-Verhandlungen im Kt. Bern 7

Mitteilungen des Sekretärs 8

Zulassungsbeschränkung –  
wie weiter? 11

## Kontrahierungszwang: Etappenerfolg

**Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates SGK**  
Medienorientierung vom 25.10.2002  
durch NR Toni Bortoluzzi (SVP), Präsident

Eine Kommissionsmehrheit will – entgegen den Vorgaben des Ständerates – den Kontrahierungszwang nicht aufheben. Versicherer und Berufsorganisationen (Leistungserbringer) sollen bis Ende 2004 neu Bedingungen zur Zulassung formulieren (cf. KVG Art. 43). Andernfalls wird dem Bundesrat die Kompetenz eingeräumt, Bestimmungen zu erlassen. Die Kommissionsmehrheit ist der Auffassung, die Leistungserbringer sollen bei der Neuformulierung einbezogen werden. Bei Verstössen sollen künftig verschärfte Sanktionen möglich sein. Präventivmediziner und SGK-Mitglied Felix Gutzwiller (ZH) wird die Aufhebung des Kontrahierungszwangs in der kommenden Wintersession dem Nationalratsplenum trotzdem beantragen.

Es gehe darum, dass erstens weniger neue Praxen entstehen und zweitens besser gegen «schwarze Schafe» vorgegangen werden kann. Die bisherigen gesetzlichen Bestimmungen seien nicht ausreichend und die Ausschlussverfahren zu langwierig.

## Aus dem Vorstand

# Klausurtagung über Dienstleistungen



Marco  
Tackenberg  
PR-Berater im  
Presse- und  
Informations-  
dienst der  
BEKAG

## Klausurtagung des Vorstandes der Berner Ärztegesellschaft

In der Debatte über das schweizerische Gesundheitswesen wird zunehmend mit Schlagworten operiert: Für den «Patienten Gesundheitswesen» werden als Therapieverschlüsse unter anderem «Abschaffung Kontrahierungszwang», «Globalbudget» oder «Rationierung» vorgeschlagen. Zwar ist es eine Konstante in der politischen Debatte, dass über das Gesundheitssystem negativ geurteilt wird. 1987 – z.B. – sprach der Gesundheitsökonom Jürg H. Sommer von einem eigentlichen «Malaise im Gesundheitswesen» und ortete «schwere Konstruktionsmängel» im System selbst – und dies in einer Zeit, die rückblickend in Bezug auf die ärztliche Tätigkeit und die Prämienbelastung fast als idyllisch empfunden wird. Neu aber ist, dass die Kostenentwicklung in den Medien und in der Politik als nicht länger tragbar dargestellt wird. Mit dem Kampfruf «mehr Wettbewerb» werden zunehmend Massnahmen ins Auge gefasst, die einerseits auf eine Preissenkung zu Lasten der Ärzteschaft und anderer Leistungserbringer hinauslaufen und die andererseits Leistungsumfang und Leistungsqualität zu Lasten der Versicherten betreffen.

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hat der Vorstand der Ärztegesellschaft des Kantons Bern beschlossen, Aufgaben und Verantwortung in vier Ressorts neu aufzuteilen. Es geht zum einen darum, dass die Ärzteschaft ihren Expertenstatus wirksam in die öffentliche Debatte einbringt und politisch und ökonomisch sinnvolle Wege im Gesundheitswesen aufzeigt. Zum andern soll nach innen und ausser vermehrt deutlich gemacht werden,

wie die Ärztesellschaft für ihre Mitglieder, aber auch für die Bevölkerung, Leistungen erbringt und Nutzen stiftet.

### Nutzen stiften

«Nutzen stiften» war denn auch der Leitbegriff, unter welchem Präsident Jürg Schrup die Teilnehmer der Klausurtagung vom 29. August 2002 auf den Gurten einlud. Ziel war, für den Vorstand die Voraussetzungen zu schaffen, ausgewählte Themen in ressortgegliederten Arbeitsgruppen zu bearbeiten und dem Vorstand für ausgewählte Probleme Lösungsvarianten aufzuzeigen. Im Vorfeld der Klausurtagung verfassten Arbeitsgruppen Entwürfe für Pflichtenhefte der einzelnen Ressorts und bezeichneten für die Ärztesellschaft relevante Themen. An der Klausurtagung wurden die Entwürfe zur Diskussion gestellt und überarbeitet. Der Themenkatalog wurde ebenfalls überarbeitet und eine erste Priorisierung vorgenommen.

### Public Services

«Nutzen stiften und bekannt machen» (gutes Tun und darüber reden) ist auch gleich das übergeordnete Ziel des Ressorts Public Services, wie es an der Klausurtagung von Christian Gubler präsentiert wurde. Im Zentrum der Tätigkeit steht die Organisation des Notfalldienstes, welcher weiter bei der Ärztesellschaft verbleiben soll. Die Fortbildung der Notfalldienst leistenden Ärzte ist eines der anstehenden Themen. Wichtige Austauschpartner sind die Bezirksvereine, die Gesundheitsdirektion, Spitex und Patientenorganisationen.

### Member Services

Aus der Präsentation von Thomas Heuberger für das Ressort Member Services ging ebenfalls hervor, dass in Zukunft vermehrt der Nutzen einer Mitgliedschaft in der BEKAG Mitgliedern und potenziellen Mitgliedern deutlich zu machen ist. Zu den angebotenen Dienstleistungen gehört z.B. die Rechtsberatung für Mitglieder, auf welche in doc.be und auf der eigenen Website vermehrt hingewiesen werden soll.

### Economics

Kurt Aeschlimann präsentierte für das Ressort Economics ein bereits ausgereiftes Konzept, welches die wichtigsten ökonomischen Herausforderungen der nächsten Monate und Jahre thematisiert: Einführung von Tarmed bzw. Tarifverhandlungen, -anwendung und -anpassung; Aktivitäten rund um das TrustCenter; Evaluation New Index und RoKo (rollende Kostenstudie). Die Arbeitsgruppe Economics beobachtet die ökonomischen Bedingungen der ärztlichen Tätigkeit im Kanton Bern und informiert den Vorstand über seine Analysen. Sie zieht bei Bedarf den Wirtschaftsausschuss der BEKAG bei.

### Public Relations

Das Ressort Public Relations erarbeitet auf Grund übergeordneter Zielvorgaben Kommunikationsmassnahmen und unterstützt die anderen Ressorts in ihrer Öffentlichkeitsarbeit. Ihm obliegt, Ziele und Anliegen der BEKAG einer breiteren internen und externen Öffentlichkeit bekannt zu machen und damit die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Standespolitik zu schaffen. Seitens verschiedener Ressorts, insbesondere Public Relations, wurde deutlich gemacht, dass aus einem kontinuierlichen Analyseprozess heraus gesundheitspolitische Zielvorstellungen der BEKAG zu formulieren und dann – in den einzelnen Ressorts – mit geeigneten Massnahmen umzusetzen sind. Die Teilnehmer der Klausurtagung beauftragten den Ausschuss, in den kommenden Wochen eine Auslegeordnung gesundheitspolitisch relevanter Themen vorzunehmen und dem Vorstand zur Diskussion zu unterbreiten.

Zwei Referenten aus der Bundesrepublik Deutschland, Diplommedizinerin Karla Gierak, eine deutsche Hausärztin, und Ulrich Müller, DM, MHM, ärztl. Geschäftsführer des Klinikums Dorothea Christiane Erleben, Quedlinburg, schilderten die Situation der Ärzteschaft in Deutschland.

Das Referat ist nachfolgend abgedruckt.

Marco Tackenberg

## «... weniger Zeit als Sie denken!»



Ulrich Müller,  
DM, MHM, ärztl.  
Geschäftsführer  
des Klinikum  
Dorothea Christi-  
ane Erxleben  
Quedlinburg D,  
Lehrbeauftrag-  
ter der Privaten  
Hochschule  
Wirtschaft Bern  
CH

### Deutsche Ärztinnen und Ärzte im Spannungsfeld zwischen adäquater Patientenbehandlung und permanenter Gesundheitsreform

Die neunziger Jahre in Deutschland sind auf dem Gebiet des Gesundheitswesens gekennzeichnet durch Reformversuche durch diverse Gesetzgebungen. Höhepunkt ungezählter Gesetze und Novellen ist das im Jahr 2000 in Kraft getretene «Gesundheitsreformgesetz 2000», das drei wesentliche Punkte umfasst:

1. Die umfassende Einführung des Fallpauschalensystems im Spitalwesen (ausser Psychiatrie)
2. Die als integrierte Versorgung bezeichnete Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungen
3. Ein durchgehendes Qualitätsmanagement (bisher nur im Spital angedacht).

Letztes Gesetzeswerk ist das im Jahr 2002 verabschiedete «Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz».

Die Interessenwahrung der deutschen Ärzteschaft, die sich auch als Interessenvertreter der Patientinnen und Patienten sieht, konnte in diese Gesetzesflut wenig eingebracht werden. Die sogenannten Landesärztekammern, in denen alle Ärztinnen und Ärzte Pflichtmitglieder sind, sind Körperschaften des öffentlichen Rechts, ebenfalls die Kassenärztliche Vereinigung, bei der eine Pflichtmitgliedschaft für alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit Kassenzulassung besteht. Der Marburger Bund versteht sich als Gewerkschaft der angestellten Ärzte, auch der Hartmann-Bund als Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit freiwilliger Mitgliedschaft hat begrenzte Einflussmöglichkeiten. Diverse Berufsverbände und wissenschaftlich orientierte Verbände können standespolitische Interessen

der deutschen Ärzteschaft kaum durchsetzen.

**Die Interessenvertretung der Schweizer Ärzte erscheint hier wesentlich besser. Diese bessere Situation muss durch die bestehenden Ärzteorganisationen konsequent genutzt werden.**

Nicht angetastet wurde in Deutschland bei allen Reformgesetzen die duale Finanzierung der Spitäler, d.h. Investitionen werden aus Steuermitteln über die Länder den Spitälern zugeführt. Daneben ist die Deckung der laufenden Betriebskosten durch die Krankenkassen zu gewährleisten. Eine in den 90er Jahren eingeführte Budgetdeckelung für jedes Spital, verbunden mit rückläufigen Fördermitteln der Länder, führt zu einer langsamen Überalterung der technischen Ausrüstung der deutschen Spitäler und zwingt zu konsequenter Rationalisierung bis hin zur Rationierung. Spitalschliessungen werden von der deutschen Gesundheitspolitik einkalkuliert. Im allgemein anerkannten ANDERSON-Gutachten geht man von einer Schliessung von derzeit ca. 2200 Spitälern auf einen Bestand von 1600 Spitälern im Jahre 2015 aus. «Massnahmen» der Spitäler dagegen sind Fusionen, Kooperationen und nicht zuletzt die Übernahme von privaten Trägern.

Die Patientenerwartungen, auch bedingt durch den medizin-technischen Fortschritt, können aufgrund des bestehenden Fördermitteldefizites und des bestehenden Betriebskostendefizites nicht mehr im vollen Umfang erfüllt werden. Ähnlich sieht es bei der ambulanten Versorgung aus.

Hier gibt es in Deutschland das sogenannte Viereckverhältnis. Das wird bestimmt zwischen dem Versicherten und dem Arzt als Leistungserbringer. Der Arzt wiederum wird vertreten durch die Kassenärztliche Vereinigung, die wiederum mit den Krankenkassen der Versicherten kooperiert.

Am 31. Januar 2002 traten die neuen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung sowie über die Massstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in Kraft (sogenannte Bedarfsplanungsrichtlinien). Die ersten Bedarfsplanungsrichtlinien wurden im Jahre 1993 erlassen und alsbald in der Deutschen Ärzteschaft als sogenannte «Zulassungssperre» publik.

In den Bedarfsplanungsrichtlinien wird festgelegt, welche Fachrichtungen einem

sogenannten Verhältnis zwischen Einwohnern zu Arztrelation unterzogen werden. Dabei werden bestimmte Raumgliederungen (grosse Verdichtungsräume wie Kernstädte, Verdichtungsstädte, ländliche Regionen und Sonderregionen) unterschieden. Folgende Arztgruppen sind derzeit betroffen: Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Internisten, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Haut-, Kinder- und Nerven-Ärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Radiologen, Urologen, Hausärzte.

Am 1. April 2002 trat das «Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz» in Kraft (Verschreibung von Arzneimittel im unteren Preisdrittel). Ab dem 1. Juli 2002 existiert eine rechtsverbindliche Liste dazu. Ausserdem sind die Apotheker verpflichtet, entsprechende verordnete Medikamente auszutauschen, es sei denn, der Arzt verordnet «aut idem».

Auch für die niedergelassenen Ärzte gibt es ein Budget, das sowohl für die einzelne Praxis als auch für zwei Arztgruppen gilt. Hier wird unterschieden zwischen der Gruppe der Haus- und der Gruppe der Fachärzte.

Die freie Arztwahl für den Bürger ist in Deutschland im Paragraph 76 SGB V geregelt. Die freie Arztwahl besteht für jeden Patienten, aber im Absatz 2 wird ein regionaler Bezug angesprochen, d.h. der nächstmögliche Arzt soll aufgesucht werden. Im Absatz 3 wird die herausragende Stellung des Hausarztes im Gesetz hervorgehoben. Disease- und Case-Managementprogramme, die von den Kassen aufgelegt werden, sind darauf gerichtet, die freie Auswahl des Arztes einzuschränken. Allerdings kann sich der Versicherte freiwillig in diese Programme einschreiben.

#### Zusammenfassung

Die Situation der ÄrztInnen in Deutschland hat sich in den 90er Jahren dramatisch verschlechtert. Dieser Trend setzt sich auch zu Beginn des neuen Jahrtausends fort. Eine wirkliche Interessenvertretung unserer Berufsgruppe konnte durch die bestehenden Organisationen nicht umgesetzt werden. Wir Ärzte in Deutschland verstehen uns auch als Interessenvertretung unserer Patientinnen und Patientinnen. Und so sind auch ihre Interessen in vielen Punkten in den letzten Jahren auf der Strecke geblieben. Die jetzt in der Schweiz beschlossene Massnahme zum Zulassungsstopp für neue Arztpraxen und andere «Regulierungsinstrumente» sind Elemente, die uns aus der deutschen Gesundheitspolitik gut bekannt sind. Diese und andere Elemente haben in

Deutschland nicht dazu geführt, dass die Kosten im Gesundheitswesen kontrolliert und geplant werden konnten. Ganz im Gegenteil – die Arzneimittelkosten steigen weiterhin exorbitant. Der Drang nach stationärer und hochqualifizierter Behandlung von Seiten der Patienten ist ungebrochen (was ihr gutes Recht ist), und die Kassenbeiträge konnten durch keine Massnahme grundlegend stabilisiert oder gar gesenkt werden.

**Es ist Aufgabe der wesentlich besser organisierten Schweizer Ärzteschaft, ihre Organisationen zu nutzen, um entspre-**

**chende Gegenmassnahmen zu organisieren, die von Gesundheitspolitikern im Guten angedacht worden sind, aber letztendlich (in Deutschland) nur zu Konfusion und Frustration geführt haben. Dies zeigt sich besonders im eklatanten Ärztemangel. Viele deutsche Ärzte verlassen ihren ursprünglichen Platz am Patienten und werden in anderen gesundheitsnahen Bereichen tätig. Noch dramatischer ist der Rückgang von Berufsanfängern. Nach den hier veröffentlichten Zahlen muss man davon ausgehen, dass nur ca. 50% der Medizinstudenten, die das Studium aufnehmen, auch nach**

**Abschluss ihres Studiums am Patienten wirksam werden.**

**Liebe Schweizer Kolleginnen und Kollegen!**

**Nutzen Sie Ihre Organisationen, werden Sie aktiv, stellen Sie sich den politischen und ökonomischen Herausforderungen. Es geht um das Verständnis für unser Berufsbild und es geht um unsere Patienten. Und beachten Sie: Sie haben vielleicht weniger Zeit als Sie denken.**

*DM Ulrich Müller / DM Karla Gierak*

## Noch 420 Tage bis TarMed



*J. Schlup,  
Präsident der  
Ärztegesellschaft  
des Kantons  
Bern*

Am 30. September 2002 hat der Bundesrat beschlossen, per 1. Januar 2004 die **Tarifstruktur TarMed in der Version 1.1** sowie die ihm vorliegenden Rahmenverträge einzuführen. Jegliche Änderungen dieser Tarifstruktur TarMed Version 1.1 sind dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten. Damit wird die Schweiz in 14 Monaten eine einheitliche Tarifstruktur für ärztliche Einzelleistungen haben.

Voraussetzung für die Einführung ist für den Bundesrat die in den Rahmenverträgen definierte **Kostenneutralität**. Santésuisse und FMH haben dem Bundesamt für Sozialversicherung BSV während der 18-monatigen Kostenneutralitätsphase quartalsweise Angaben über die Entwicklung der Anzahl TarMed-Leistungen sowie **Kosten** pro Kostenneutralitätszone zu machen. Allfällige Taxpunktwertanpassungen sind umgehend bzw. monatlich dem BSV einzureichen.

Der Bundesrat geht davon aus, dass die kantonal noch auszuhandelnden, kosten-

neutralen Taxpunktwerte «in der Regel **deutlich unter einem Franken** liegen». Dabei «sind Taxpunktwerte für einzelne Fachbereiche nicht zulässig». Der Bundesrat «fordert die Kantonsregierungen auf, die Kostenneutralität als massgebliches Kriterium bei der Genehmigung der Taxpunktwerte zu betrachten».

Gemäss Auftrag des Vorstandes der **Berner Ärztesgesellschaft** hat unsere Verhandlungsdelegation bereits im August 2002 Verhandlungen mit Santésuisse Region Mitte aufgenommen und will diese voraussichtlich bis zum März 2003 abschliessen: Verhandelt werden der kostenneutrale Taxpunktwert und der kantonale Rahmenvertrag. Ab Frühsommer 2003 folgt die Genehmigung des Verhandlungsergebnisses durch die Mitglieder der Berner Ärztesgesellschaft, dann die Prüfung durch den Preisüberwacher, schliesslich die Genehmigung durch die Kantonalregierung und endlich läuft dann die Einsprachefrist der Tarifpartner. Sofern Einsprache erhoben wird, entscheidet der Bundesrat abschliessend.

Parallel dazu muss in den Praxen die Einführungsvorbereitung erfolgen: Mitarbeiterschulung, Anpassung von EDV, Datentransfer, Leistungsblatt etc. Ermuntern Sie Ihre MPA, an TarMed-Schulungen ihres Berufsverbandes teilzunehmen. Prüfen Sie selber die Dienstleistungen unseres ärzteigenen TrustCenter PonteNova.

### **Halten Sie sich auf dem laufenden**

- mittels Teilnahme an den Versammlungen Ihres Bezirksvereins,
- [www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch)  
<<http://www.berner-aerzte.ch>>,

- [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch)  
<<http://www.fmh.ch>>,
- doc.be und Ärztezeitung.

Die kommenden 32 Monate werden für uns Ärztinnen und Ärzte interessant und aufregend. Ich empfehle Ihnen täglich eine Prise Gelassenheit vor dem Morgenessen für die kommenden 960 Tage, dann wird die Kostenneutralitätsphase TarMed abgeschlossen sein.

*Jürg Schlup, Präsident*

Zitate: Beschluss des Schweizerischen Bundesrates vom 30.9.2002 zur Einführung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen TarMed.

### Terminplan 2003

16. Januar	Präsidentenkonferenz, nachmittags
27. März	Delegiertenversammlung, nachmittags
30. April	Ärztetage, ganzer Tag, Solothurn
15. Mai	erw. Präsidentenkonferenz, nachmittags
19. Juni	Delegiertenversammlung, nachmittags
18. Sept.	erw. Präsidentenkonferenz, nachmittags
23. Oktober	Delegiertenversammlung, nachmittags

## Die Dignitätserhebung der FMH



T. Heuberger,  
Vizepräsident  
der Ärzte-  
gesellschaft und  
Grossrat

Die FMH wird in nächster Zeit die lange angekündigte **Dignitätserhebung** bei allen Mitgliedern in der freien Praxis durchzuführen. Es handelt sich um ein wichtiges Projekt für die Standespolitik und für jeden einzelnen Arzt im Hinblick auf die Einführung des neuen Tarifs TARMED.

Der folgende Text diene zur Information unserer Mitglieder, was auf sie zukommt und welche Aufgabe sie bei dieser Erhebung erwartet.

Diese war bereits für 2001 geplant, hat sich aber verzögert. Sie soll nun bei der gesamten Ärzteschaft der ganzen Schweiz im Herbst 2002 durchgeführt werden. Einige KollegInnen haben die Unterlagen in einem Probelauf getestet und zur Verbesserung für den «Ernstfall» kommentiert. Es handelt sich hierbei um eine CD zur Bearbeitung im PC und eine schriftliche Anleitung mit Erklärungen und Anweisungen. Die erhobenen Daten werden anschliessend mittels Diskette oder per E-Mail an die FMH-Tarifzentrale zur Aufarbeitung der Zahlen und Daten zurückgesandt.

### Die Erhebung der Dignitätsdaten: Warum?

Diese Daten und die hieraus folgende Qualifikation der einzelnen Ärzte sind für die Anwendung und auch für den Erfolg des neuen Tarifs von grösster Wichtigkeit: Diese Datenbank enthält die Unterlagen, die die einzelnen Ärzte berechtigt, Leistungen, für die sie ausgebildet wurden und in denen sie Erfahrung haben, auch qualitativ hochstehend auszuführen und zu verrechnen. Eine noch so wichtige und gut fundierte Fähigkeit und Tätigkeit wird dem Patienten auf Dauer nur angeboten werden, wenn sie auch berechnet werden kann. Hierfür steht unter TARMED die ent-

sprechende Daten-Basis zur Verfügung. Voraussetzung ist aber, dass die entsprechenden Dignitäten, die Fähigkeiten und Fertigkeiten, festgehalten und dokumentiert sind und den Krankenkassen auch zur Verfügung stehen können. Dies ist der tiefere Sinn der Dignitätserhebung, welche insbesondere für die heute tätigen Ärzte gilt, die den Übergang vom alten zum neuen Tarif noch im aktiven Berufsleben mitmachen.

Die korrekte Festhaltung der Dignitäten des einzelnen Arztes ist eine Art **Besitzstandswahrung** der heute ausgeübten Tätigkeiten: Unter TARMED und den Übergangsbestimmungen ist es vorerst noch möglich, die bisher ausgeführten Tätigkeiten, welche **unbeanstandet** zu Lasten der sozialen Krankenversicherung ausgeübt wurden, auch weiterhin auszuüben (und zu verrechnen!), unter der Voraussetzung, dass sie festgehalten und dokumentiert sind und unter der zweiten Voraussetzung, dass im entsprechenden Fach oder in der entsprechenden Fähigkeit und Fertigkeit eine weitergehende Fortbildung durchgeführt und dokumentiert wird. Beide Voraussetzungen müssen zwingend erfüllt sein, um (unter TARMED) diese Tätigkeiten auch weiterhin ausüben zu können.

Es ist erwünscht, dass jede Ärztin die Tätigkeiten, die sie neben ihrem eigentlichen engeren Fachgebiet ausgeübt hat (was bisher wegen der Freizügigkeitsregelung problemlos möglich war), weiterhin betreiben kann. Damit stehen die entsprechenden, über lange Jahre erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten dem Publikum auch weiterhin zur Verfügung.

Dies bedingt, dass die Dignitätserhebung fehlerfrei und vollständig durchgeführt wird, nicht zuletzt zum eigenen Vorteil. Es stellt dies aber an die angesprochenen Ärzte hohe Anforderungen:

Einerseits ist ein gewisser **Zeitbedarf** erforderlich, andererseits ist es notwendig, dass jeder Arzt seine Tätigkeiten, die er zur Zeit ausübt, **definieren** und allenfalls auch einer Fachrichtung **zuordnen** kann: Er/sie muss wissen, was in seiner Praxis während den normalen Konsultationen geschieht (auch für die korrekte Anwendung von TARMED!). Nur so kann die Dignitätserhebung einigermaßen speditiv erledigt werden. Bis zum jetzigen Zeitpunkt kann dies nur auf einem **elektronischen** Medium durchgeführt werden. Es muss sich hierbei aber nicht um den praxiseigenen Computer handeln, sondern kann auf einem beliebigen Computer ausgeführt werden.

Dies ist insbesondere von Wichtigkeit für jene Ärzte, die keinen eigenen Praxiscomputer haben, allenfalls aber Zugang zu einem PC eines Bekannten oder der eigenen Kinder haben, den sie für diesen Zweck benutzen können. Ob auch eine Papierform zur Verfügung stehen wird, ist uns zur Zeit noch nicht bekannt.

Ich habe im Rahmen des Pilotversuchs der FMH diese Erhebung als «Versuchskaninchen» mehrmals durchexerziert und Erfahrungen gesammelt. Dabei hat sich gezeigt, dass die Aufgabe mit einigen **Vorkenntnissen** und einer guten Papieranleitung recht gut durchführbar ist. Es braucht etwas Erfahrung im Umgang mit einem **elektronischen** Medium (PC). **Kenntnisse des Tarif-Browsers** sind mehr als nur hilfreich, um das Ganze fehlerfrei durchführen zu können.

### Was ist gefragt?

In die Unterlagen müssen die Angaben über die eigene Fachausbildung eingebracht werden, über die Struktur der Praxis und einige Details, die eigentlich nicht mit der Dignität zusammenhängen, sondern der FMH über die Struktur der schweizerischen Ärzteschaft Auskunft geben soll; dies kann allenfalls für statistische Zwecke und in Verhandlungen benutzt werden.

Dazu gehört auch eine Liste der Fähigkeits- und Fertigkeitensausweise, welche der betreffende Arzt, die betreffende Ärztin besitzt und weiter auszuüben und zu nutzen gedenkt.

Als drittes gehört eine Liste der neben dem eigenen Fachgebiet ausgeübten Tätigkeiten dazu, welche von der Ärztin, dem Arzt auch in Zukunft ausgeübt und berechnet werden soll. Diese letztere Liste muss in Kleinarbeit aus den verschiedenen Kapiteln des Tarif-Browsers herausgefiltert und in einer geeigneten eigenen Liste abgelegt werden, welche dann an die FMH übermittelt wird.

Die Auswirkungen der Dignitätserhebung sind aus dem vorher Gesagten offenkundig: Ermöglichung der weiteren Ausübung der Tätigkeiten, welche bisher unbeanstandet zu Lasten der sozialen Krankenversicherer neben dem eigentlichen Fachgebiet dem Publikum angeboten und auch benutzt und nachgefragt wurden. Da dies sowohl im Sinne des Publikums als auch im Sinne der Ärzteschaft sein könnte, liegt es durchaus auf der Hand, dass **vollständige** und **fehlerfreie** Angaben für den einzelnen Arzt und die ganze Ärzteschaft von Bedeutung sind. Dass entsprechende Statistiken

auch soziologisch und politisch interessant sein dürften, kann durchaus erwartet werden.

### Vorgehen

Erfragt werden persönliche Daten, die Spezifikationen der eigenen Praxistätigkeit, der Praxiseinrichtung und der Arbeitsmöglichkeiten. Dazu kommen Angaben über den Ausbildungsgang und die Praxistätigkeit, Erhebung der eigenen Fachrichtung, der Fähigkeits- und Fertigkeitssausweise in anderen Fachrichtungen und schliesslich die Liste der «fremden» Tätigkeiten, welche weiterhin ohne Fähigkeits- oder Fertigkeitssausweis ausgeübt werden sollen. Am Schluss einige geografische Fragen zur Erhebung von Praxisdaten, Anzahl von Angestellten, Arbeitszeiten und Fragen nach berufsfremden Tätigkeiten (rein aus statistischen Gründen).

### Sicherheit

Die einzelnen Daten dieses ganzen Fragenkatalogs, welche in einigen Gebieten weit über das hinausgehen, was für die Kontrollen durch die Kassen notwendig ist, bleibt Eigentum der Ärzteschaft, darf nicht anderweitig verwendet werden als für sta-

tistische Zwecke unter anonymisierter Form und ist dem Zugriff von Versicherern, Krankenkassen und Behörden entzogen. Diese erhalten lediglich die Auskünfte über die eigentliche Dignität und nicht über die Praxisdaten. Die Dignität beinhaltet die Fachrichtung, die Fähigkeits- und Fertigkeitssausweise und die bisher unbeanstaltet durchgeführten Tätigkeiten (Besitzstandswahrung).

### Voraussetzungen

Nach meinen Erfahrungen ist es sinnvoll und fast unabdingbar: Wer die Erhebungsdaten für die Dignität ausfüllen und dies fehlerlos und vollständig tun will, muss einige Kenntnisse im Tarmed-Browser mitbringen, in diesem «herumspielen» können. Man muss die einzelnen Kapitel aufschlagen können und auch mit Stichwort- und Indexsuche vertraut sein.

Ohne diese Vorkenntnisse und ohne Kenntnisse der Interpretationen im Tarif ist es ausgesprochen zeitraubend, schwierig und auch fehlerbehaftet, die Listen zu erstellen. Dies gilt besonders für die Tätigkeiten neben dem eigentlichen Fachgebiet und den Fertigkeitssausweisen.

Für diese Vorbereitungsarbeiten dürfte ein TARMED-Ausbildungskurs recht dienlich sein.

Dazu ist Voraussetzung, dass jede Ärztin und jeder Arzt eine möglichst genaue **Analyse** der eigenen Praxis erstellt, die Auskunft gibt, welche Tätigkeiten unter welchen Voraussetzungen und mit ungefährem welchem Zeitaufwand betrieben werden: Eine **Praxisanalyse** der eigenen Arbeit ist eine wesentliche Voraussetzung einerseits für die Dignitätserhebung, andererseits aber auch (wahrscheinlich mit noch mehr Bedeutung) für die Benutzung des neuen Tarifs ab seinem Einführungsdatum. Dies erst gibt die Möglichkeit, den heute benutzten Tarif (im Berner Tarif als Blocktarif ausgestaltet) fehlerfrei in den neuen Tarif mit Einzelleistungen und modulartigen Einheiten zu übersetzen. Diese Analyse nimmt einige Zeit in Anspruch, um die eigene Praxisarbeit mittels des Ablaufschemas der eigenen Arbeit und des Praxisbuches zu durchleuchten und ein genaues Abbild der Praxis über einen Tag, eine Woche oder über einen Monat zu erstellen. Diese Arbeit müsste in jeder Praxis bereits heute beginnen, um nicht in eine Zeitfalle zu treten! Ebenso wichtig und dringend scheint es mir, baldmöglichst die elektronischen Voraussetzungen der eigenen Praxis zu überprüfen und allenfalls zu aktualisieren.

*T. Heuberger  
Vizepräsident*

## TarMed-Ausbildungen für MPAs

TARMED, ein unser Berufs-, zeitweise auch Gefühlsleben stark bestimmendes Kürzel, wird für die ärztliche Tätigkeit in der nächsten Zeit einen wichtigen Stellenwert in unserer Gedankenwelt einnehmen. An dieser Stelle wurde zu diesem Thema schon viel publiziert.

Der neue Arzttarif wird aber nicht nur unseren Beruf und unsere Tätigkeit beeinflussen, sondern sicher auch die Tätigkeiten unserer Angestellten in der Praxis beim täglichen Umgang mit Tarifen, Abrechnungen und Behandlungen.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, auch unsere MPAs zu informieren und sie in der Handhabung des Tarifs auszubilden.

Aber nicht nur die MPA, sondern das ganze Praxisteam, also auch der Chef oder die Chefin, muss über das neue Abrechnungssystem Bescheid wissen. Kurse und Ausbildung für Ärztinnen und Ärzte sind beileibe nicht überflüssig geworden, im Gegenteil: Es kristallisiert sich je länger desto mehr

heraus, dass es von grossem Vorteil, ja unabdingbar ist, wenn alle Beteiligten möglichst gut mit diesem Tarif umgehen können und auch die Rahmenbedingungen kennen, die bei dessen Einführung zu beachten sind.

Besonderes Augenmerk wäre hierauf zu richten bei der Dignitätserhebung, beim Aufdatieren von Hard- und Software, bei der Finanzplanung (Abrechnungslücke zu Beginn), bei Berührungsgängsten zu TARMED.

Allen Kolleginnen und Kollegen mit Praxistätigkeit flatterte eine Aussendung des SVA (Schweizerischer Verband der Arztgehilfinnen) ins Haus, die Ausbildungskurse für MPAs in der ganzen Schweiz anbot. Der SVA hat in verdankenswerter Weise früh erkannt, wie wichtig diese Ausbildung gerade für unsere Mitarbeiterinnen ist und hat ein Schulungskonzept erarbeitet, dessen Unterlagen ich studieren konnte.

Ich denke, dies ist ein guter, wertvoller und wichtiger Ausbildungsgang und durchaus

geeignet, nicht nur den MPAs die entsprechenden Informationen und gutes Know-how zu vermitteln, sondern auch – vielleicht mit gewissen Ergänzungen und Zusatzinformationen – Ärztinnen und Ärzten eine gute Möglichkeit böte, den Umgang mit TARMED zu erlernen.

Ich werde deswegen dem Vorstand der Kantonalen Ärztesgesellschaft vorschlagen, dass unsere beiden Organisationen in dieser Hinsicht eng zusammenarbeiten, damit der Wissensstand in den Berner Arztpraxen bald auf ein möglichst hohes Niveau gebracht wird.

Jedem und jeder PraxisinhaberIn empfehle ich, den Angestellten einen dieser Kurse zu ermöglichen und zum Besuch zu ermuntern. Publikationen hierzu werden im doc.be erfolgen.

*T. Heuberger  
Vizepräsident*

## TarMed-Verhandlungen im Kanton Bern



*U. Hofer,  
Fürsprecher,  
Leiter der  
Verhandlungs-  
delegation der  
Ärztegesellschaft*

Die Delegationen der santésuisse Bern und der Ärztegesellschaft des Kantons Bern haben ihre Arbeiten anlässlich einer ersten Sitzung vom 10. September 2002 aufgenommen.

Die Verhandlungsdelegation santésuisse steht unter der Leitung von Helmut Allemann, Helsana Versicherungen AG, Zürich, und umfasst als Mitglieder die Fürsprecher Roland Amstutz, Rechtskonsulent santésuisse, Bern, Christoph Engel, Mitglied der Direktion Visana, und Martin

Horisberger, Leiter Managed Care und Versicherungstechnik innova.

Der unter Leitung des Berichterstatters stehenden Verhandlungsdelegation der Ärztegesellschaft des Kantons Bern gehören die Dres. Beat Gafner und Peter Luder sowie Anton Prantl, geschäftsführender Direktor der Ärztekasse an.

Ziel der Verhandlungen ist es, die kantonalen Ergänzungsbestimmungen zu dem inzwischen durch den Bundesrat genehmigten KVG-Rahmenvertrag zwischen der FMH und der santésuisse auszuhandeln. Dazu wird ebenfalls die Festlegung des für den Kanton Bern bei Einführung von Tarmed anzuwendenden Starttaxpunkt-wertes gehören.

Vorläufig gehen wir von der Arbeitsgrundlage aus, den Berner Ärzten ein Dokument als Vertragsgrundlage zur Verfügung zu stellen und demgemäss die für den Kanton erforderlichen Bestimmungen in den Tarmed-Vertrag hineinzuarbeiten.

Einig ist man sich unter den Verhandlungsdelegationen darüber, dass mit der

Einführung von Tarmed kein Wechsel des Zahlungssystems erfolgen und damit dasjenige des tiers garant bleiben soll.

Unsererseits wurde an der ersten Sitzung durch Anton Prantl das Modell der New Index für die Taxpunktwertberechnung grob vorgestellt und es wurde vereinbart, dass sich A. Prantl zusammen mit dem Tarifsachverständigen von santésuisse auch Modell und Methode des sog. «Tool santésuisse» vorstellen lässt. Dies ist inzwischen erfolgt.

Die Verhandlungen werden fortgesetzt.

Unser – vielleicht etwas hochgestecktes – Ziel ist es, bis Ende 2002 einen bernischen Tarmed-Vertrag zu haben, um ihn hernach den zuständigen Organen der Ärztegesellschaft bis im Frühjahr 2003 vorlegen zu können. Anschliessend wird es darum gehen, im Einklang mit den durch G7 für verschiedene Kantone geführten Verhandlungen und im Einvernehmen mit New Index den Starttaxpunktwert festzulegen. Diesbezüglich sind wir ausserordentlich froh, auf die Mitarbeit von Anton Prantl innerhalb unserer Verhandlungsdelegation zählen zu können.

*U. Hofer  
Leiter der Verhandlungsdelegation*

Inserat Medics Labor  
(Posifilm beiliegend)

## Mitteilungen des Sekretärs



Th. Eichenberger,  
Sekretär

### 1. Beschlüsse der Delegiertenversammlung vom 24. Oktober 2002

1. Die Finanzierung der Einführungskurskosten für Medizinische Praxisassistentinnen soll weiterhin solidarisch über Lohnprozente des gesamten in der Arztpraxis angestellten Personals bzw. über die AHV-pflichtige Lohnsumme erfolgen [Der Beitragssatz beträgt zur Zeit 0,3%. Er kann gemäss Beschluss der Delegiertenversammlung vom 21. März 2002 bis auf 0,6% angehoben werden].

Die Delegierten sprechen sich grundsätzlich dafür aus, eine Lösung zu diskutieren, welche Differenzierungen für Praxen mit hohen Lohnsummen erlaubt.

*Einstimmig*

2. In einer Variantenabstimmung sprechen sich die Delegierten für die Festlegung einer schematischen Lösung mit betragslicher Obergrenze (Rückforderung im Betrag, um welchen die Obergrenze überschritten wird) im Gegensatz zu einer noch differenzierteren Lösung mit Rückforderung aus genau zu definierenden Gründen aus. (Für eine Obergrenze) 29:18 (Für differenziertere Ausnahmen)

3. Die Delegierten sprechen sich in der Schlussabstimmung für die neue Lösung mit betragslicher Obergrenze im Gegensatz zum Status Quo aus. Angenommen mit 30 Ja : 22 Nein bei 2 Enthaltungen

4. Die Delegiertenversammlung delegiert die Entscheidung über die Festlegung der Höhe der Obergrenze an den Kantonalvorstand. Angenommen mit 50 Ja : 1 Nein bei 4 Enthaltungen

*Begründung (zu den Ziff. 1–4):*

Der Kantonalvorstand wird aus technischen Gründen darüber zu beschliessen haben, wo die Obergrenze vernünftigerweise anzusiedeln ist. Wer ein bestimmtes Maximum an Lohnprozenten für die MPA-Ausbildung (z.B. Fr. 1500.– pro Jahr) überschreitet, wird gestützt auf die Regelung, welche vom Vorstand zu erarbeiten und im doc.be zu publizieren ist, inskünftig das Recht haben, beim Sekretariat der Ärztegesellschaft des Kantons Bern (KAG) Rückforderungen geltend zu machen.

*Wichtig:* Aus technischen Gründen wird es nicht möglich sein, die Abzüge auf der AHV-pflichtigen Lohnsumme von vornherein zu begrenzen. Soweit indessen die Obergrenze in einem bestimmten Jahr überschritten wurde, besteht im Folgejahr gegen Nachweis der AHV-Abrechnungen die Möglichkeit, den gesamten Differenzbetrag über das Sekretariat der KAG zurückzufordern. Die KAG hat aus Datenschutzgründen keinen Zugriff auf die AHV-Daten bzw. die auf Höhe der AHV-Lohnsumme der Mitglieder. Medisuisse (früher Ausgleichskasse der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte in St. Gallen) hat ebenfalls kein Recht, diese Daten direkt an die KAG herauszugeben. Deshalb liegt die Beweisführungslast (Vorlegen der AHV-Abrechnungen) beim Mitglied.

5. Die Delegiertenversammlung beauftragt den Kantonalvorstand, ein Anreizsystem für die Erhöhung der Teilnehmerzahlen im Rahmen der Rollenden Kostenstudie (ROKO) zu erarbeiten und an der nächsten Delegiertenversammlung zum Beschluss vorzulegen. Der Anreiz soll darin bestehen, jährlich diejenigen Mitglieder zu belohnen, welche an der ROKO teilnehmen und die Daten rechtzeitig abliefern. Überwiegendes Mehr : 2 Nein bei 3 Enthaltungen

6. Die Delegiertenversammlung erlässt für die Notfalldienstorganisationen rechtlich nicht verbindliche Empfehlungen im Zusammenhang mit der Entbindung vom allgemeinen Notfalldienst sowie mit der Festlegung von Ersatzabgaben im Sinne von Art. 30b des Gesundheitsgesetzes. Angenommen mit 39 Ja : 16 Nein und 3 Enthaltungen

Die neuen Bestimmungen lauten wie folgt:

Die gänzliche oder teilweise Befreiung

kann grundsätzlich aus folgenden Gründen bewilligt werden:

#### 1. Auf Gesuch der notfalldienstpflichtigen Person

- Teilnahme an einem lokalen oder regionalen Spezialistennotfalldienst oder an einem Spitalnotfalldienst, sofern der betreffende Notfalldienst durch die Notfalldienstorganisation als gleichwertig anerkannt ist;
- Bei genereller Befreiung einer Facharztgruppe vom Notfalldienst;
- Aus gesundheitlichen Gründen, insbesondere bei fehlender oder stark eingeschränkter Mobilität;
- Wenn die Dienstpflicht von einer Kollegin/einem Kollegen übernommen wird;
- Bei Erreichen der vom Bezirksverein oder vom Notfalldienstkreis festgelegten Maximaldienstzeit oder des Höchstalters der notfalldienstpflichtigen Person;
- Aus anderen wichtigen Gründen.

#### 2. Durch Beschluss des für die Durchführung zuständigen Bezirksvereins oder Notfalldienstkreises

- Bei fachlichem Ungenügen
- Bei wiederholter Verletzung der dienstlichen Pflichten.

#### 3. Notfalldienstersatzabgabe

Die Notfalldienstersatzabgabe ist eine Kausalabgabe, mit der die unmittelbaren Kosten des Notfalldienstes (z.B. Einführungskurs Notfalldienst, Fortbildung der Notfalldienstpflichtigen, Entschädigung der für die Diensteinteilung verantwortlichen Person, Sitzungsgelder, Inserierung, Debitorenverluste, Telefonumleitungen und Entschädigung der Pikettstellung) bestritten werden.

### 2. Taxpunktwerterhöhung Ja, aber doch nicht

Der Regierungsrat des Kantons Bern hat den Taxpunktwert für ärztliche Leistungen auf Antrag der BEKAG von Fr. 1.50 auf Fr. 1.55 erhöht, und zwar rückwirkend auf den 1. Januar 2002.

santésuisse hat bereits angekündigt, gegen diesen Entscheid beim Bundesrat Beschwerde führen zu wollen. Obwohl die Frage rechtlich noch nicht geklärt ist, muss davon ausgegangen werden, dass dieser Beschwerde aufschiebende Wirkung zukommt. Unsere Mitglieder werden deshalb bis auf weiteres und wie bisher mit einem TPW von 1.50 abrechnen. Jedes andere Verhalten wäre illegal und könnte zu aufwändigen Rückvergütungsaktionen führen. In der Begründung seines Entscheides



führt der Regierungsrat aus, es sei aus der Sicht der GEF (Gesundheits- und Fürsorgedirektion) «nicht länger opportun, den seit 1985 unveränderten Taxpunktwert nicht der Teuerung anzupassen. Obwohl die verursachten Kosten in den Arztpraxen im Kanton Bern in den vergangenen Jahren gestiegen sind, erachtet es die GEF als nicht gegeben, diese Kosten ursächlich nur beim Tarif zu suchen. Die GEF hat die Aussage der Ärztesgesellschaft, die Teuerung seit 1989 belaufe sich auf deutlich mehr als die von ihr geforderten 3%, überprüft und für richtig befunden. Ausserdem wurde bei anderen Tarifverhandlungen im stationären und ambulanten Bereich die Teuerung mindestens teilweise berücksichtigt. Schon alleine aus Gründen der Rechtsgleichheit darf aus dieser Sicht den niedergelassenen Ärzten eine teilweise Teuerungsanpassung nicht länger verwehrt werden.» Zu den Einwänden der Kassen bemerkt die GEF weiter: «Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion anerkennt die Problematik als solche; die Kosten für vermehrt in Anspruch genommene ärztliche Leistungen dürfen aber

nicht auf die niedergelassenen Ärzte überwälzt werden.»

### 3. Zulassungsstopp

Gemäss Auskunft des Kantonsarztamtes wird die kantonale Ausführungsverordnung erst gegen Ende Jahr vorliegen, dürfte aber auf den 1. Januar 2003 in Kraft treten können. Der Kanton will von der Möglichkeit Gebrauch machen, Ausnahmen vorzusehen (z.B. bei Praxisnachfolge oder bei Unterversorgung). Die KAG wird zum Entwurf der kantonalen Verordnung im Sinne einer Vernehmlassung Stellung nehmen können.

### 4. Entscheide des kantonalen Schiedsgerichts/Versicherungsgerichts

Zur Zeit sind zahlreiche Verfahren vor den Bernischen Gerichten hängig. Diese Verfahren betreffen zum einen die Frage des

anwendbaren Tarifs auf der untersten Abteilung des Privatspitals. Zum anderen aber auch die Verrechenbarkeit von Austrittsberichten im Rahmen der Operationsberichte.

Sobald ein rechtskräftiger Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts in der einen oder anderen Streitsache vorliegt, werden wir unsere Mitglieder informieren.

Bitte lassen Sie sich nicht auf Argumente der Versicherer (insbesondere Helsana) ein, welche mit Einzelfallentscheidungen kantonalen Instanzen argumentieren und gestützt darauf Rechnungspositionen streichen oder korrigieren.

Beharren Sie auf der Rechnungstellung nach bisheriger Praxis. Wenn das Gegenteil zuträfe, könnten wir unseren Mitgliedern ja auch empfehlen, ab sofort Fr. 1.55.– zu verrechnen, obwohl dieser Entscheid der Bernischen Kantonsregierung noch nicht rechtskräftig ist.

## Das RAI-System im Überblick

### Einführung von neuen Pflegeinstrumenten in den Alters- und Pflegeheimen

Die Alters- und Pflegeheime im Kanton Bern führen auf den 1.1.2003 neue KVG-konforme Bedarfsabklärungsinstrumente ein. Neben BESA geht insbesondere das Instrument RAI von einer aktiven Zusammenarbeit zwischen den Pflegeteams und den Hausärzten aus. Die Grundversorger-Zeitschrift Primary Care hat das Instrument vorgestellt. Eine Informationsveranstaltung für Hausärzte findet am 14.11.2002, 16:00 am Inselfspital statt. RAI ist ein anspruchsvolles System über das die Ärztinnen und Ärzte informiert sein müssen.

RAI findet schon Anwendung in Heimen der Kantone Solothurn, Basel Stadt, Aargau und Zürich und wird in der gesamten Schweiz in der Spitex eingeführt werden.

### Das RAI-System im Überblick

Das Resident Assessment Instrument (RAI) ist ein ausgereiftes, international erprobtes System. Grundidee seiner Entwicklung war die Qualitätsverbesserung der Langzeitpflege in den Alters- und Pflegeheimen. Es führt die Pflege- und Betreuungsteams in einem ersten Schritt durch eine umfassende Bedarfsabklärung. Alle an der Pflege

und Betreuung Beteiligten tragen gemeinsam eine systematische, umfassende Situationsbeschreibung der aktuellen Stärken, Rahmenbedingungen und Schwierigkeiten der Heimbewohnerin bzw. des Heimbewohners zusammen. Die Ärzte und Ärztinnen werden in diese Abklärung einbezogen – eine aktive Rolle ist gewünscht. Im RAI wird diese systematische Bedarfsabklärung Minimum Data Set (MDS) genannt. Aus diesen Grundinformationen erhält das Pflegeteam die Abklärungszusammenfassung und damit eine Grundlage, die Pflege und Betreuung bedarfsgerecht zu planen.

Die systematische Bedarfsabklärung basiert auf einer Philosophie, die sich an der Förderung der Selbstständigkeit von Heimbewohnerin und -bewohner orientiert. Die Struktur ist auf dem Fachwissen der Pflegenden aufgebaut. Aus diesen Vorgaben ergibt sich, dass sich die Qualität der Pflege schon bei der Anwendung der Bedarfsabklärung nachweislich verbessert.

Gestützt auf die gleichen, bewohnerbezogenen Informationen im MDS bildet das Zusatzmodul Pflegeaufwandgruppen, sogenannte Ressource-Utilization-Groups (RUG's = Pflegeaufwandgruppen) die Basis für eine differenzierte Tarifierung und Berechnung der pauschalisierten Anteile der Krankenversicherer an die Pflege.

Im Anschluss an die Einführung des RUG-Tarifsystems werden, wieder gestützt auf die MDS-Bewohnerinformationen, RAI-Qualitätsindikatoren berechnet. Diese Qualitätsindikatoren erlauben es den Heimen, sich bezüglich den Resultaten ihrer Pflegearbeit mit den anderen Heimen und in Bezug zu internationalen Normwerten zu vergleichen. Gezielt, auf identifizierte Problemfelder ausgerichtet, können auf die spezielle Heimsituation zugeschnittene Massnahmen entwickelt und eine entsprechende Qualitätsverbesserung herbeigeführt werden.

Für Informationen zu RAI: [www.qsys.ch](http://www.qsys.ch)  
Dr. med. Markus Anliker, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, Geriater, Projektleiter RAI Kanton Bern

**Informationsveranstaltung zur RAI für in Heimen tätige Hausärzte/innen**  
**Donnerstag 14.11.2002, 16:00–17:15 – Mehrzweckraum, Frauenspital, Inselfspital**  
**(Vorgängig ans diagnostisch-therapeutische Seminar der Allgemeinen Inneren Medizin)**

## Behandlung und Inkasso von Touristen aus der EU



Marcus Grossenbacher, Präsident  
BEGAM

Seit 1.6.02 sind die bilateralen Verträge in Kraft und somit auch ein Abkommen, das den EU-Bürgern die Behandlung nach **geltendem Kassentarif** garantiert.

Praktisches Vorgehen im Kanton Bern (Tiers-Garant):

Der EU-Patient legt dem behandelnden Arzt das Formular E111 vor und lässt dieses ausfüllen. Der Arzt stellt Rechnung gemäss Krankentassentarif und zieht den Betrag direkt beim Patienten ein (bar oder Kreditkarte). Danach überreicht der Arzt dem Patienten die detaillierte Rechnung und das ausgefüllte Formular E111 und bittet den Patienten, die Rechnung zusammen mit der Angabe seines Bankkontos an folgende Sammelstelle zu senden:

**Gemeinsame Einrichtung KVG, Gibelinstrasse 25, Postfach, 4503 Solothurn**

Von dort erhält der EU-Patient eine Rückvergütung nach Abzug eines Selbstbehalts für Erwachsene von 70.– Franken pro 30 Tage Aufenthalt in der Schweiz bzw. bei Kindern 25.– Franken pro 30 Tage Aufenthalt.

Für die anderen Kantone gilt folgendes Vorgehen:

Im Tiers-Garant wie im Kanton Bern. Im Tiers-Payant schickt der behandelnde Arzt seine Rechnung nach Krankentassentarif an die obgenannte Sammelstelle zusammen mit dem ausgefüllten Formular E111.

Laut meinen Recherchen genießt der EU-Patient den Tarifschutz nur bei Vorlage des Formulars E111.

Für **weitere Auskünfte** stehen

Frau Ludi von der Gemeinsamen Einrichtung KVG unter Telefon 032 625 48 20 oder

Frau Scherer vom BSV unter Telefon 031 322 90 11 zur Verfügung.

Bis heute hat weder das BSV noch die FMH über diese neue Regelung informiert.

*Dr. med. Marcus Grossenbacher,  
Präsident BEGAM*

## Generalversammlung der PonteNova



Hans-Werner Leibundgut,  
VR-Präsident  
PonteNova

**Kapitalerhöhung, Wahl von Dr. Kurt Hänni in den Verwaltungsrat sowie Vorstellung der Apotheke «zur Rose» als Partnerin** waren die Traktanden des 24. Oktobers.

### Grosser Vertrauensbeweis

Nach rund sechs Monaten hielt PonteNova ihre erste (ausserordentliche) Generalversammlung ab. Dank der erfreulichen Nachfrage der Berner Ärzteschaft an Aktien der PonteNova konnte eine Kapitalerhöhung durchgeführt werden, sodass nun wieder

genug Titel zur Verfügung stehen. PonteNova zählt im Moment 155 Aktionärinnen und Aktionäre, 41 zeichneten bereits Aktien für die nächste Tranche und weitere 135 Kolleginnen und Kollegen haben die Unterlagen angefordert. Somit sind knapp 20% der Berner Ärzteschaft an PonteNova interessiert, wobei das Engagement in den Bezirksvereine unterschiedlich ist: 40–45% im Engeren Oberland und im Emmental gegenüber 9% in Bern-Stadt!

### Leitender Spitalarzt im VR – Frau aus Stadt erwünscht

Der Verwaltungsrat sollte das Abbild der aktiven Berner Ärzteschaft sein. Zu den beiden Grundversorgern Christoph Hug und Hans-Werner Leibundgut, dem FMS-Mitglied Adrian Sieber und dem Bluecare-Direktor Philip Baumann gesellt sich nun offiziell Kurt Hänni, chirurgischer Chefarzt am Regionalspital Oberaargau. Dieser nahm bereits seit der Gründung als stiller Verwaltungsrat an den Sitzungen teil. Es wäre aber noch Platz für 1–2 Mitglieder, die Stadt Bern und die Ärztinnen sind nicht vertreten!

### Klares Ziel

PonteNova hat in kurzer Zeit einen beachtlichen Bekanntheitsgrad erworben und ist klar auf Wachstumskurs. Das Schwergewicht der Tätigkeit liegt auf der Promotion. Mitglieder des Verwaltungsrates haben an fünf TarMed-Schulungen, elf Bezirksvereins- und Fachgesellschaftsversammlungen sowie bei acht Notfallkreisen, Hausarztvereinen- und Qualitätszirkeln referiert. Zudem haben wir eine Webseite erarbeitet und zwei Newsletter verfasst. Unser Ziel ist es, bis Ende Jahr rund 600 Aktionärinnen und Kunden zu akquirieren.

### Neuer Abo-Preis – Promotionsangebot noch bis Ende Jahr gültig

«Freude herrscht!»: Der Abonnementspreis für die Kundinnen und Kunden der PonteNova kann reduziert werden: Statt Fr. 750.– kosten die Dienstleistungen unseres TrustCenters noch Fr. 700.– pro Jahr, bei Benützung des noch bis Ende Jahr laufenden Promotionsangebotes werden – je nach Anzahl gekaufter Aktien – noch weitere 50 bis 150 Fr. Rabatt gewährt.

## Zulassungsbeschränkung – wie weiter?



St. Schneider,  
Co-Präsident  
VSAO Bern

Der Vorstand des VSAO Bern hat intensiv über das weitere Vorgehen bezüglich der Zulassungsbeschränkungen diskutiert. Er lehnt die Massnahme nach wie vor ab, da sie ihre Ziele nicht erreichen wird, einseitig gegen einen Mitspieler im Gesundheitswesen gerichtet ist und die Tatsache missachtet, dass sich bereits jetzt ein Mangel an ÄrztInnen in der Praxis abzeichnet. Ob und wie sie vom Kanton umgesetzt wird, ist allerdings noch völlig offen.

In Übereinstimmung mit dem VSAO Schweiz war sich der Vorstand des VSAO Bern einig, dass der bundesrätliche Beschluss nicht mehr rückgängig gemacht werden kann, so dass sofortige Demonstrationen oder Arbeitsniederlegungen im Spital ohne gute vorherige Öffentlichkeitsarbeit ihre Wirkung verfehlen würden.

Im Auftrag des Grossen Rates berät der Regierungsrat im Moment das happigste Sparpaket, das im Kanton Bern je geschnürt wurde. 240 Mio. Franken sollen

jährlich eingespart werden. Die Personalverbände für den öffentlichen Dienst im Kanton Bern rufen deshalb am **1. November 2002** zu einer grossen Demonstration gegen den Abbau im service public auf. Der Sparauftrag des Grossen Rates könnte im spitalärztlichen Bereich die Umsetzung der vereinbarten besseren Arbeitsbedingungen, des Arbeitsgesetzes, die Beschaffung des EDV-gestützten Klinikinformationssystems sowie die Schaffung attraktiver Spitalfacharztstellen gefährden. Auf Grund dieser Überlegungen hat der Vorstand des VSAO Bern folgende Beschlüsse gefasst:

1. Der VSAO Bern beteiligt sich aktiv am VETO-Protesttag vom 1. November.
2. Im Vorfeld will der VSAO Bern Öffentlichkeitsarbeit machen mit dem Ziel, unsere Forderungen zu kommunizieren und den Zusammenhang zum Zulassungsstopp (mittelfristig drohender Ärztemangel) aufzuzeigen (Plakate, VETO-Zeitung, Medienarbeit).
3. Der VSAO Bern wird die Umsetzung der unsinnigen Bundesratsverordnung durch die kantonale Gesundheitsdirektion sehr genau und – wenn nötig – kritisch prüfen.
4. Der VSAO Bern würde seine Mitglieder bei der rechtlichen Anfechtung eines abgelehnten Gesuches unterstützen.
5. Es wird ein Badge produziert, den alle Assistenz- und OberärztInnen bis zur Aufhebung des Zulassungsstopps tragen können («üs bruchts meh denn j»).

6. Berner National- und StänderätInnen werden aufgefordert, die gesetzliche Grundlage für den Zulassungsstopp aus dem KVG zu kippen.

Die bisherigen Schwerpunkte des VSAO Bern (weitere Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Spitälern, Modernisierung der Weiterbildung, Spitalversorgungsgesetz, Mitarbeit in den Gremien des Kantons, der Spitälern und des VSAO Schweiz) werden daneben weiter bearbeitet.

Wir sind überzeugt, dass die mittelfristige Gefahr eines Ärztemangels eine Realität ist, aus folgenden Gründen: Zunahme der Arztstellen im Spital, Zunahme der Teilzeit-Arbeitenden, Abnahme der Studienabgänger-Quote und Ärztemangel in ganz Europa. Auch die Niedergelassenen werden durch die sinkende Attraktivität des Arztberufes betroffen sein (Notfalldienst, Praxisabgabe). Es scheint uns deshalb im Interesse aller zu sein, dass sich das Bild der Ärztin/des Arztes in der Öffentlichkeit wieder verbessert und mit der Zeit wieder die Realität wiedergibt: Die eines spannenden, anspruchsvollen, auf die Probleme der Patienten zentrierten Berufes, in welchem wichtige Leistungen für die Bevölkerung erbracht werden.

Für den VSAO Bern:  
Dr.med. St. Schneider, Co-Präsident

Für Kommentare oder Bestellung der VETO-Zeitung mit den Schwerpunkten «Sinkende Attraktivität des Arztberufes» – «Gründe für Kostenentwicklung» – «Arbeitsbedingungen im Spital» wenden Sie sich an [www.vsao-bern.ch](http://www.vsao-bern.ch)

## Neuer Schulungsordner TarMed für Ärzte und MPA

Neu erschienen ist ein Schulungsordner TarMed für Ärzte und MPA. Dieser ist erhältlich bei Frau Marie-Louise Schönbächler, Kirchhaldenstrasse 42, 8722 Kaltbrunn.

Fax: 055 293 56 91, E-Mail [mls@bluewin.ch](mailto:mls@bluewin.ch)

### Vermisst: RoKo-Fragebogen

Bitte senden Sie Ihren Fragebogen umgehend ein! Falls Sie ihn nicht mehr finden, können Sie ihn beim Sekretariat nachbestellen:

Sekretariat BEKAG  
Kapellenstrasse 14  
3011 Bern  
Tel. 031 390 25 60  
Fax 031 390 25 64

Bitte mailen Sie uns Ihre  
E-Mail-Adresse an:

[kag@bgb.ch](mailto:kag@bgb.ch)



**BETAKLI**

**27. bis 30. November**

### Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern / erscheint 6 x jährlich.  
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern  
Redaktor: Peter Jäger, Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19, 3000 Bern 8. Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82; E-Mail: [jaeger@forumpr.ch](mailto:jaeger@forumpr.ch)  
Inserate: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern. Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64; E-Mail: [pwolf@hin.ch](mailto:pwolf@hin.ch)  
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern.  
Ausgabe Oktober 2002.

Inserat AstraZeneca  
4farbig