



Dezember 2002 / 6

doc.be

Ärztegesellschaft
des Kantons Bern
Société des médecins
du canton de Berne
www.berner-aerzte.ch

Brücken bauen im Gesundheitswesen

Wir Ärztinnen und Ärzte sollen uns beteiligen am Umbau unseres Gesundheitswesens, meinte kürzlich Ständerätin Christine Beerli auf dem Podium an der BETAKLI: Gesundheitspolitik sollen wir machen, nicht nur Standespolitik. Wandel verunsichert, macht Angst. Angst provoziert Zurückhaltung und Schweigen: Meinungen, Ideen, Vorschläge bleiben aus; Angst provoziert Konfrontation. Stehen wir zu unsern Ängsten, setzen wir uns offen und ehrlich mit ihnen auseinander. Auch die andern Teilnehmer am und im Gesundheitswesen fürchten die Veränderung. Aber der Wandel im Gesundheitswesen birgt auch Chancen, beispielsweise die Möglichkeit Brücken über alte Gräben zu bauen – in vielen Bereichen und auf zahlreichen Ebenen.

Brückenbauer sind gefragt, und zwar auf beiden Seiten der Abgründe. Brückenbauer exponieren sich innerhalb ihrer Gruppe, sie leben gefährlich: Absturz droht nicht nur am Bau. Brückenbauer brauchen Entschlossenheit und Respekt vor dem Umfeld, sie müssen erfahren sein und die Lage permanent beurteilen, sie vermögen ihre eigenen Stärken und Schwächen ehrlich einzuschätzen und sie verfolgen ihr Ziel leidenschaftlich.

Bauen wir Brücken im Gesundheitswesen, entschlossen, aber respektvoll gegenüber möglichen Gefahren – leidenschaftlich, aber ehrlich gegenüber unsern Möglichkeiten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Ärztesellschaft im Sekretariat, im Vorstand, in den Fachgesellschaften und den Bezirksvereinen, ich schätze Sie und Ihre Arbeit und wünsche Ihnen und Ihren Angehörigen im Neuen Jahr gute Gesundheit und schöne Stunden.

Jürg Schlup, Präsident

Zur eidg. Volksabstimmung
vom 9. Februar 2003 2

Medizinerorchester Bern:
Abschiedskonzert
für Toni Muhmenthaler 2

Orientierung zu TarMed 3

Kontrahierungszwang:
Nationalratsdebatte 4

Ärztestopp: vom
Kanton angepasste Höchstzahlen 5

Gesundheitswesen: keine Zeit
mehr für Schwarzpeter-Spiele 6

Motion: Umfassende
Grundversorgung in Altersmedizin
im Kanton Bern 7

Mitteilungen des Sekretärs 8

TarMed-Einführungskurse 10

TarMed-Fragen 10

Zur eidg. Volksabstimmung vom 9. Februar 2003



Rudolf Joder,
Nationalrat
Belp

Eidgenössische Volksabstimmung vom 9. Februar 2003 betreffend das Bundesgesetz über die Anpassung der Kantonalen Beiträge für die inner- kantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Kran- kenversicherung KVG

Am 30.11.2001 entschied das Eidgenössische Versicherungsgericht EVG, dass sich die Kantone auch bei einem innerkantonalen Spitalaufenthalt an den Kosten der Behandlung von Privat- und Halbprivatpatienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern beteiligen müssen. Das Eidgenössische Versicherungsgericht begründet diesen Entscheid mit dem Hinweis auf das Obligatorium der Krankenversicherung sowie die

Rechtsgleichheit gemäss Bundesverfassung.

Bereits vorgängig dieses Entscheides wurde am 7. Juli 1998 zwischen der Sanitätsdirektorenkonferenz SDK und Santé-suisse ein Stillhalteabkommen abgeschlossen. Darin verzichteten die Krankenkassen auf eine Beschwerdeführung gegen die Kantone bezüglich einer Kostenbeteiligung bei Privat- und Halbprivatpatienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern. Weil die Kantone und Santé-suisse keine Einigung erzielen konnten, wurde das Stillhalteabkommen nicht verlängert. Damit fehlten konkrete Rechtsgrundlagen zur Umsetzung des EVG-Urteils, weshalb das Parlament als Gesetzgeber gefordert war. Es ging darum, im Interessen aller Beteiligten eine klare Rechtssituation zu schaffen.

Dank intensiver Vorarbeit in der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) verabschiedeten am 21. Juni 2002 der Ständerat mit 40 zu 0 und der Nationalrat mit 189 zu 0 das Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG. Diese Gesetzesvorlage umfasst lediglich drei Artikel und beinhaltet eine Konkretisierung von Art. 49 KVG. Demgemäss wir vorgeschlagen, dass sich

die Kantone mit den folgenden Beträgen an den Kosten der innerkantonalen stationären Behandlung in Halbprivat- und Privatabteilungen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern beteiligen:

1. ab dem 01.01.2002 mit 60% des Tarifs der allgemeinen Abteilung
2. ab dem 01.01.2003 mit 80% des Tarifs der allgemeinen Abteilung
3. ab dem 01.01.2004 mit 100% des Tarifs der allgemeinen Abteilung

Dabei ist vorgesehen, dass die Spitälern den Krankenkassen, die um den Betrag der Kantonsbeteiligung reduzierte Rechnung zustellen.

Gegen dieses Gesetz hat die Assur-Krankenkasse das Referendum ergriffen. Sie macht geltend, die Vorlage sei ungerecht, weil die Kantone bereits seit Inkraftsetzung des KVG bezüglich der stationären Behandlung von Halbprivat- und Privatpatienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern leistungspflichtig sind und ein abgestufter Übergang deshalb um so weniger gerechtfertigt sei.

Dieser Argumentation ist entgegenzuhalten, dass vordringlich eine klare Gesetzesgrundlage notwendig ist. Das neue Gesetz ist ein politisch sehr breit abgestützter Kompromiss zwischen den Kantonen und Krankenkassen. Im Interessen aller ist eine rasche Legalisierung des EVG-Urteils dringend notwendig. Die Vorlage verdient deshalb unsere volle Unterstützung.

Medizinerorchester Bern: Abschiedskonzert für Toni Muhmenthaler

Nach über 20-jähriger Tätigkeit als Dirigent des Medizinerorchesters Bern verabschiedet sich unser Dirigent Toni Muhmenthaler mit zwei Konzerten am

Sonntag, 26. Januar 2003, 17.00,
Temple du Pasquart, Biel-Bienne

Montag, 27. Januar 2003, 20.00,
Kulturcasino Bern

Auf dem Programm stehen die folgenden Werke:

G. Bizet «Jeux d'enfants», Suite für grosses Orchester

F. Mendelssohn, Konzert für Violine und Orchester in e-moll, op. 64

Ch. Yves «The unanswered question» (1908)

F. Schubert Sinfonie Nr. 8 in h-moll, «Unvollendete»

Solist im Violinkonzert von Mendelssohn ist Stefan Muhmenthaler, der Sohn unseres Dirigenten.

Toni Muhmenthaler wurde in Biel geboren. Nach seiner musikalischen Ausbildung in Biel, Bern und Stuttgart (Violine, Klavier, Gesang, Schulmusik, Chor- und Orchesterleitung) leitete er vielerorts Chor-, Orchester- und einige Opernaufführungen. Mehr und mehr konzentrierte er sich auf das Gebiet der Musikpädagogik. Er leitete über Jahre den Kinderchor des Konservatoriums Bern und setzte sich für das Gelingen der Berner Jugendkonzerte ein. Über Jahrzehnte war er als Musikpädagoge in der Lehreraus- und

Orientierung zu TarMed UVG

Orientierung der frei praktizierenden Ärzte über die Einführung Tarmed 1.1r im Bereiche UV/MV/IV für frei praktizierende Ärzte

Im folgenden möchten wir Ihnen im Sinne einer kurzen Checkliste die wichtigsten Angaben bezüglich der Einführung von Tarmed 1.1r im Bereiche UV/MV/IV für die frei praktizierenden Ärzte geben.

Tarmed 1.1r im Bereiche UV/MV/IV gilt ab 1. Mai 2003.

Dies gilt für alle frei praktizierende Ärzte. Dies gilt für ambulant erbrachte Leistungen aus den Bereichen UV/ MV/IV. Gilt nicht für Spitäler oder im Spital erbrachte Leistungen.

Was ist zu tun? Was müssen Sie haben?

- Eine Tarmed taugliche Software
- Wenn möglich einen integrierten Tarmed 1.1r Browser
- Vorbereitete Leistungspakete Tarmed in Ihrer Praxissoftware (Beispiele gemäss Schulungs-CD).

Bitte beachten Sie: Das Erstellen von Leistungspaketen, auch Leistungsblöcke oder Leistungsketten genannt, benötigt mehr Zeit als Sie glauben. Nutzen Sie deshalb die kommenden Feiertage, sich damit auseinanderzusetzen.

(Fortsetzung von Seite 2)

-fortbildung und als Lehrbeauftragter an der Universität Bern tätig. Fachbezogene Studien führten ihn nach Ungarn, Finnland, England, Österreich, Israel und längere Zeit in die USA. Er ist Verfasser und Mit-Autor von Fachschriften und bekannten Musiklehrmitteln.

Seit dem Herbst 1982 leitet Toni Muhmenthaler das Medizinerorchester Bern. Sein Einsatz für unser Orchester war unermüdlich und beschränkte sich bei weitem nicht nur auf Proben und Konzerte. Auch in der Freizeit durchstöberte er Notenbibliotheken, immer auf der Suche nach

- Beachten Sie, dass mit Tarmed im UV-Bereich auch ein neues Rechnungsformular zu Anwendung kommt. Dies bedingt unter Umständen Druckeranpassungen.
- Ihre Praxissoftware sollte über einen XML- oder GNI-Ausgang verfügen, um den Datentransfer mit Ihrem Trust Center zu ermöglichen; dies über einen Internet-Zugang am besten mit einer HIN-E-Mail-Adresse mit ASAS-Tunnel.
- Ein Validator in Ihrer Praxissoftware ist fakultativ; die Anwendung eines Validators gestattet Ihnen aber Leistungs-Eingabefehler zu vermeiden, insbesondere die Beachtung von Kumulationsverböten und Überschreitung von Limiten.
- Von der FMH werden Sie neu eine EAN-Nummer erhalten. Diese ersetzt für den Suva-Bereich die Suva-Nummer.
- Vor dem Inkrafttreten müssen Sie auch die Dignitäts-CD der FMH ausgefüllt haben, auf welcher Ihr Fachbereich, Ihre Fähigkeits- und Fertigkeitssausweise angegeben werden, sowie die Besitzstandsgarantie für Leistungen ausserhalb Ihres Fachbereiches festgehalten werden.
- Schliesslich sollten Sie einen Vertrag mit einem ärztzeigenen, möglichst kantonalen Trustcenter haben, damit Ihre Daten für die Einhaltung der Fallkostenstabilität beziehungsweise Kostenneutralität ausgewertet werden können. Die Schnittstelle sollte technisch eingerichtet und funktionsfähig sein.

unbekanntem, für ein Amateurorchester spielbaren Raritäten, die er gekonnt neben bekannteren Werken in unsere Programme einflocht.

Lieber Toni, wir danken Dir von ganzem Herzen für die Deine grosse Arbeit mit unserem Orchester, wünschen Dir weiterhin gute Gesundheit und Neugierde für musikalische Entdeckungen und würden uns natürlich freuen, Dich bei unseren Konzerten als Zuhörer wieder anzutreffen.

Urs Wild,
Präsident Medizinerorchester Bern

Bitte beachten Sie:

- dass Ihre Praxissoftware für den Krankenkassenbereich weiterhin mit den bisherigen Tarifen arbeiten muss. Dies, weil Tarmed im Krankenkassenbereich erst später, wahrscheinlich 1.1.04, eingeführt wird. Auch müssen Sie in der Lage sein nach dem 1.5.03 Leistungen aus dem Krankenkassenbereich, welche vor dem 1.5.03 erbracht wurden in den Suva-Tarif umzurechnen, falls der entsprechende Fall doch als Unfall gilt. Leistungen aus dem UV-Bereich müssen entsprechend auch in Ihre bisherigen kantonalen Tarife umgerechnet werden können, wenn sich der entsprechende Fall nicht als UV-Fall erweist.
- dass Sie auf den Rechnungen die Diagnose angeben müssen. Sollten Sie einen Patienten überwiesen erhalten, ist der überweisende Arzt anzugeben.
- dass im Tarmed-Tarif bei vielen Leistungen eine Zusatzangabe, z.B. eine Seitenangabe, notwendig ist (z.B. Röntgen der Extremität links oder rechts); die Angabe beidseits haben wir nicht gefunden.

Wenden Sie sich also rechtzeitig an Ihren Software-Lieferanten, damit er notwendige Programmanpassungen bei Ihnen installieren kann und Sie sich mit der Anwendung der neuen Tarifstruktur befassen können.

Für Kollegen, welche sich bisher noch nicht mit Tarmed auseinandergesetzt haben, verfüge ich noch über eine nicht sehr grosse Anzahl Schulungs-CDs, erstellt für den Kanton Bern, welche wir Ihnen für Fr. 25.– zur Verfügung stellen.* Damit können Sie sich im «Selbststudium» ergänzende Informationen aneignen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. F. Bossard,
Schulungsgruppe Tarmed Kt. Bern
A. Prantl, Direktor Ärztekasse

* Bestellungen bitte schriftlich an:

Röntgeninstitut F. Bossard
Scherzligweg 16, 3600 Thun

Kontrahierungszwang: Nationalratsdebatte



Peter Jäger

Am 11. Dezember 2002 hat der Nationalrat die Abschaffung des Kontrahierungszwangs mit 91 zu 76 Stimmen abgelehnt. Zum Schluss der Debatte lehnte der Nationalrat schliesslich überraschend die ganze KVG-Revision ab; alle während der NR-Session gefassten Detailbeschlüsse blieben damit gegenstandslos.

Die nun verabschiedete Vorlage sieht aber vor, die Zulassungsbestimmungen für Ärzte zu verschärfen. Darüber, wie das zu geschehen hat, haben sich Ärzteschaft und Versicherer bis Ende 2004 zu einigen. Damit ist der Nationalrat den Vorschlägen der Mehrheit seiner vorberatenden Kommission gefolgt. Die Vorlage geht nun zurück an den Ständerat zur Differenzvereinbarung.

An Gegenvorschlägen zur Kommissionsmehrheit fehlte es nicht: Eine bürgerliche Minderheit um Hans Werner Widrig (CVP), Felix Gutzwiller (FDP) und Toni Bortoluzzi (SVP) wollte, mehr oder weniger gemäss Ständerat, den Kontrahierungszwang abschaffen und damit «ein Zeichen» für «mehr Wettbewerb» setzen. Staatlichen Zulassungsbeschränkungen und staatlichen Globalbudgets wurde dabei abgeschworen. Den Ausschlag zu dieser Zurückhaltung gaben die miserablen Erfahrungen mit dem schweizerischen Ärztestopp und die ebenso miserablen deutschen mit Globalbudgets.

Die Linke um Jost Gross (SP) präsentierte ein völlig neues Modell, basierend auf überregionalen oder überkantonalen Ärztenetzwerken «mit Budgetverantwortung» zur «Stärkung der Hausarztmedizin»; Spezialisten wären nur noch als Bestandteil eines solchen Netzwerks zugelassen worden. Die Übernahme von Budgetverantwortung hätte bedeutet, dass die Netzwerke «die durch den Bund jährlich festgesetzten Durchschnittskosten pro angeschlossenen Versicherten, differenziert nach allgemein- und spezialärztlicher Medizin und den verschiedenen Spitalregionen, nicht wesentlich überschreiten».

Meier-Schatz (CVP) empörte sich über die Benachteiligung der Jungen durch den Ärztestopp und empfahl, den über 65jährigen die Kassenzulassung zu entziehen, wie ursprünglich vom Bundesrat vorgeschlagen. Es war Bundesrätin Ruth Dreifuss, die nach diesem seltsamen Jekami den Nationalrätinnen und Nationalräten mit mehr als deutlichen Worten klar machte, was Aufgabe des Gesetzgebers sei und was nicht. Sandkastenspiele zählen nicht dazu.

Unwirsche Medien

«Nationalrat schützt die Hausärzte», titelte der Tages-Anzeiger und sprach von «Ärzteschutz». Die Neue Zürcher Zeitung vermeldete einen «Triumph der Ärzte, Strassenbauer und Bauern» und stellte fest, dass Ärzte in der grossen Kammer noch immer fast uneingeschränktes Vertrauen geniessen würden. Dem Blick war der Anlass ein paar dürre Zeilen wert, in denen bemerkt wurde, unter dem Motto «nicht alle Macht den Kassen» hätte die Ratslinke gesiegt. Und was darf aus dem Ganzen geschlossen werden? Die Diskussion um das Gesundheitswesen ist zu einem populistischen Theater verkommen. Die unsäglichen Patientrezepte und Glanzideen – stammen sie von links oder von rechts – sind nicht das Papier wert, auf dem sie geschrieben und nicht die Luft, mit der sie ausgesprochen werden. Keinem auch nur halbwegs vernünftigen Menschen käme es in den Sinn, einen bedeutenden Wirtschaftszweig – Uhren, Maschinen, Chemie, Tourismus – mit derart unbedarften «Konzepten» zu traktieren. Bei der «Wachstumsbranche» Gesundheitswesen mit ihren weit über 300'000 Beschäftigten und 45 Milliarden Franken Jahresumsatz ist Vernunft aber offenbar nicht mehr gefragt.

Andererseits: Unsere Politiker können doch nicht so blöd sein. Ihrem Berichtersteller schwant, dass man vielerorts wohl weiss, was zu tun wäre, sich aber nicht traut, es auszusprechen, weil man den Volkszorn fürchtet. Die Krankenversicherung soll Risiken abdecken, die der Einzelne nicht selbst tragen kann. Und die Leistungserbringer haben für ein korrektes Entgelt zu tun, was nötig ist, und nicht mehr.

Im Klartext: Bagatellkosten sind vom Patienten im Rahmen seiner Möglichkeiten selbst zu tragen. Und Leistungserbringer, die sich nicht an die Spielregeln halten, fallen aus dem Spiel.

Peter Jäger

Zitate

Verantwortlich für die Mengenausweitung im ambulanten Bereich sind hauptsächlich die Ärzte. Auf diesem Gebiet müssen die Krankenversicherungen Tag für Tag rund 2 Millionen Franken mehr ausgeben als am jeweiligen Vortag. (...) Es ist ja nicht so, dass Versicherer Ärzte selbstherrlich ausschliessen wollen. Vielmehr werden sie gemeinsam mit Ärzten die Bedingungen für die Vertragsabschlüsse festlegen, denn die Ärzte werden sich schon zu wehren wissen.

Hans Werner Widrig (CVP, SG)

Die SP-Fraktion sagt im Grundsatz Ja zur Einschränkung des Vertragszwangs, denn in keinem anderen europäischen Staat bedeutet gesundheitspolizeiliche Zulassung eines Leistungserbringers automatisch den Zugang zur Grundversicherung. Aber Leistungserbringer und Patientinnen und Patienten dürfen nicht auf der Strecke bleiben. (...) Nun zum Modell Ärztenetze mit Budgetverantwortung als Zugangshürde zur Grundversicherung. (...) Ich denke, wir sollten jetzt den Mut haben, in diese Richtung zu gehen. Warum? Weil es einen Kompromiss zwischen dem ständerätlichen Modell und dem Konzept der Kommissionsmehrheit darstellt; weil es das angedrohte Referendum der Ärzteorganisation sehr wahrscheinlich verhindert; weil es die Allgemeinmedizin und die Hausarztmedizin stärkt. Wir sollten dem zustimmen, weil es Hausarzt- und Managed-care-Modelle der Leistungserbringer aufwertet, attraktiv macht, wenn sie und falls sie Budgetverantwortung übernehmen. Budgetverantwortung heisst Verantwortung für die Mengen- und Kostenentwicklung mit der Konsequenz: Bei überdurchschnittlichen Kosten bewirken sie automatisch sinkende Tarife. Sodann bin ich für Zustimmung zu diesem Modell, weil es endlich von der untauglichen Nachfrage zur wirksameren Angebotssteuerung übergeht, und zwar in einem ersten Schritt bei der teuren und kassen- und kostentreibenden spezialärztlichen Medizin. Hausarztmodelle sind nicht einfach Modelle der Leistungserbringer, sie sind paritätische Modelle der Leistungserbringer und der Versicherer. Es sind Modelle der Selbstregulierung im Sinne einer Globalbudgetierung von unten nach oben statt von oben nach unten.

Jost Gross (SP, TG)

Finalement, les médecins d'aujourd'hui sont les paysans d'hier, avec une garantie de prise en charge totale de leur production. Et il est extraordinaire que l'on ne puisse remettre en question ce principe de garantie pour le domaine médical, alors qu'on l'a remis en question, sans doute avec raison, dans le domaine de la production agricole.

Serge Beck (lib., VD)

Les médecins d'aujourd'hui sont peut-être les paysans d'hier, mais nos patients ne sont pas vos moutons! Je dis nos patients, mais je ne pratique plus et je n'ai aucun lien

Ärztestopp:

von Kantonen angepasste Höchstzahlen

d'intérêts autre que celui des patients. L'obligation de contracter, c'est la liberté des patients. Il en va de la liberté de choix des patients. Et c'est cette liberté qui détermine aussi la qualité de la relation thérapeutique. Un seul mot donc: non!

Barbara Polla (lib., GE)

Au titre de vice-président de la Fédération des médecins suisses, j'aimerais quand même attirer votre attention sur les conséquences de l'obligation de contracter, dans la version du Conseil des Etats. Je précise que toutes les autres variantes qui ont été présentées ne sont en fait qu'un pied dans la porte. C'est une guerre déclarée aux fournisseurs de prestations (...).

Yves Guisan (FDP, VD)

Ensuite, je souhaite réagir au bouquet de propositions présentées. Je n'entrerai pas dans le détail parce que Mme Heberlein l'a bien décrit.

J'aimerais dire que si quelqu'un dans ce pays sait ce que signifie appliquer une loi qui n'est pas mûre, aux conséquences de laquelle on n'a pas réfléchi, une loi pour laquelle on dit: «On verra bien» et «On pourra demander au Conseil fédéral de régler ces questions dans les ordonnances», si quelqu'un a vraiment souffert de cette situation, c'est moi. Je ne sais pas s'il y a quelqu'un d'autre dans le pays qui a eu une telle tâche: essayer de comprendre ce qu'avait voulu le législateur – je vous rappelle que j'ai hérité de cette loi –, l'interpréter, trouver les instruments, entre autres préparer les ordonnances pour pallier – je le dis avec une certaine dureté – les lacunes du travail législatif.

Cela n'est jamais sain. Il n'est pas bon que, pour une question aussi centrale que celle-ci, le Parlement se débarrasse ensuite sur l'exécutif en disant: «On sait bien que ce n'est pas mûr, on sait bien qu'on devra trouver des critères, on sait bien que les caisses-maladie ne sont pas en mesure d'utiliser cette compétence énorme que la minorité I (Widrig) veut leur donner, mais ça ne fait rien, on aura fait quelque chose.» Non! Ce n'est pas se comporter comme un législateur raisonnable et responsable que de dire: "On fait quelque chose et puis on verra bien la suite." Pas dans ce domaine! Pas dans un domaine qui concerne la liberté d'exercer une profession, qui concerne la liberté thérapeutique du médecin, qui concerne la liberté de choix du médecin par le patient. C'est dans ce domaine que vous voulez travailler à la tronçonneuse?

C'est exactement ce que fait le Conseil des Etats. Il travaille là à la tronçonneuse.

Ruth Dreifuss, Bundesrätin

Der Bundesrat hat eine Änderung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschlossen. Er hat auf Wunsch einiger Kantone die im Anhang der Verordnung festgelegten Höchstzahlen der für die Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer angepasst.

Die Kantone Basel-Stadt, Bern, Freiburg, Jura, Genf, Neuenburg, Solothurn, Tessin, Waadt und Wallis haben von diesem Angebot Gebrauch gemacht und in Zusammenarbeit mit den betroffenen Berufsverbänden die kantonalen Höchstzahlen inzwischen abgeglichen. Diese Zahlen wurden nun in die Anhänge 1 und 2 der Verordnung übernommen und werden per 1. Januar 2003 in Kraft gesetzt.

Maximale Anzahl Leistungserbringer

Bern

Allgemeinmedizin	736
Anästhesiologie	55
Chirurgie	186
Dermatologie und Venerologie	41
Gynäkologie und Geburtshilfe	150
Allg. Innere Medizin	657
Innere Medizin, spez. Endokrinologie	12
Innere Medizin, spez. Lungenkrankheiten	29
Neurochirurgie	12
Neurologie	27
Psychiatrie und Psychotherapie	317
Kinderpsychiatrie und Kinderpsychotherapie	42
Ophthalmologie	79
Orthopädische Chirurgie	94
Otorhinolaryngologie	48
Pädiatrie	101
Radiologie und Nuklearmedizin	58
Tropenkrankheiten	7
Urologie	23
Physikalische Medizin und Rheumatologie	51
Innere Medizin, spez. Herzkrankheiten	48
Innere Medizin, spez. Hämatologie	40
Innere Medizin, spez. Magen-Darm-Krankheiten	29

Quelle:

Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Gesundheitswesen: keine Zeit mehr für Schwarzpeter-Spiele

Im Rahmen der BETAKLI – der Berner Tage der Klinik, einer medizinischen Fortbildungsveranstaltung der Berner Ärztegesellschaft in Zusammenarbeit mit dem Inselspital, an der rd. 400 Berner Ärztinnen und Ärzte teilgenommen haben – war sich eine hochkarätige Diskussionsrunde einig, dass es praktisch ausgeschlossen scheint, die überproportionale Kostensteigerung in der Medizin auf das Niveau der allgemeinen Preisentwicklung herunterdrücken.

Wie Meinungsumfragen zeigen, verspüren Patienten keine Lust, auf die Segnungen der modernen Medizin zu verzichten. Im Krankheitsfall ist nur das Beste gut genug – eine Haltung, die alt bekannt und auch verständlich ist. Zu dieser Anspruchshaltung hinzu kommen kostensteigernde Faktoren wie die immer noch steigende Lebenserwartung, die rasanten Fortschritte der Medizin, die sowohl Leben verlängern (1960 starben noch 30 Prozent der akuten Herzinfarktpatienten, heute nur noch deren acht) als auch Lebensqualität schaffen (erinnert sei an die wesentlich gestiegene Vitalität im Alter oder an Hüft- oder Knieprothesen, die ein schmerzfreies Leben in gewohnter Mobilität erlauben).

Klagen über Kosten, rätseln über Nutzen

Ständerätin Christine Beerli wies in ihrem Eintretensvotum darauf hin, dass das schweizerische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich gut und qualitativ ausserordentlich hochstehend sei. Mit rund 380'000 Beschäftigten zähle es zudem zu den bedeutendsten Wirtschaftszweigen des Landes – und das bei ausgezeichneten Zukunftsaussichten. In diesem Sinne dürfe man das Problem nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Kosten sehen, meinte Beerli. Problematisch sei nämlich, dass wir wohl den Aufwand kennen, den Nutzen aber nicht beziffern können. Durch vermiedene Erkrankungen, durch Heilung und Verkürzung der Krankheitsdauer trägt die Medizin in enormem Mass zur Produktivitätssteigerung der Wirtschaft und damit zur Mehrung des Volkseinkommens bei – vom Plus an Lebensqualität gar nicht zu reden. Tatsache bleibt, dass die Schweiz nach den USA den höchsten Anteil am Bruttosozialprodukt für das Gesundheitswesen ausgibt – ein Umstand, der angesichts des Wohlstandes im Lande allerdings auch nicht

erstaunen darf. Der Prämienanstieg um 27,7 Prozent in den Jahren 1997 bis 2000 ist auf viele Faktoren zurückzuführen. Nebst den bereits genannten ist daran zu denken, dass der Leistungskatalog des Krankenversicherungsgesetzes ausgeweitet worden ist; eine erhebliche Rolle spielt auch der Umstand, dass die Kantone ihren Finanzierungsanteil im selben Zeitraum von 16 auf 12 Prozent gesenkt haben, was eine direkte Erhöhung der Krankenkassenprämien nach sich zog.

Manfred Manser, Vorsitzender der Konzernleitung Helsana, brachte das Problem lakonisch auf einen Nenner: Entweder, wir stecken mehr Geld ins System – d.h. weiterhin steigende Prämien – oder wir rationalisieren, so weit das überhaupt noch möglich ist, oder aber wir gehen zur Rationierung über, bei der gewissen Patienten gewisse medizinische Leistungen bewusst vorenthalten werden. Es seien unsere aller Ansprüche, welche die Entwicklung des Gesundheitsmarktes steuerten, mahnte Manser.

Netzwerk als Versorgungsform der Zukunft?

Obwohl die anfängliche Begeisterung im eidgenössischen Parlament für die Abschaffung der freien Arztwahl bzw. des sog. Kontrahierungszwangs – sich deutlich abgekühlt hat, sind die Krankenkassen noch immer der Meinung, dies wäre ein taugliches Mittel für sie, die Kostenentwicklung zu steuern. Sowohl Ferenc Follath, Professor für Innere Medizin und Vorsteher des Departementes Medizin am Zürcher Universitätsspital, als auch Jürg Schlup, Präsident der Ärztegesellschaft des Kantons Bern, wiesen darauf hin, dass es weder fair noch wirtschaftlich sinnvoll sei, Ärzte auszubilden, die zu keiner Zeit

ihrer rund zwanzigjährigen Ausbildungszeit sicher wären, ob sie ihren Beruf je ausüben könnten. Diese heute schon bestehende Unsicherheit werde uns in absehbarer Zukunft einen Ärztemangel bescheren, wie er in ähnlicher Situation in Deutschland bereits bevorsteht. In der stationären psychiatrischen Versorgung des Kantons Freiburg sollen 80 Prozent der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte aus nicht-EU-Ländern stammen.

Für Ständerätin Beerli läuft die Zeit für Diskussionen ab. Der Unmut in der Bevölkerung sei gross, und viele Leute begännen nun damit, auf diesem Feuer ihr Süpplein zu kochen. Von Seiten der Politiker wäre man dankbar, wenn die Ärzte Gesundheitspolitik machen würden und nicht nur Standespolitik. Wird die freie Arztwahl beibehalten, so müssten laut Beerli Anreize für die Patienten geschaffen werden, medizinische Leistungen bei Netzwerken zu beziehen. Versicherung, die andere Ärzte wählten, müssten mit einem Selbstbehalt von 20 bis 30 Prozent bei einem jährlichen Maximalsatz von z.B. 1500 Franken rechnen. Das Netzwerk, das die Versorgung eines Patienten übernimmt würde dies für alle Gesundheitsprobleme und gleichsam von der Wiege bis zur Bahre tun. Als Entschädigung würde die Organisation einen jährlichen Pauschalbetrag pro Patient («Capitation») erhalten, und zwar unabhängig von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch den Versicherten.

Die Zeit für Diskussionen rund um Patentrezepte und andere Therapien für das Gesundheitswesen läuft. Dies bedeutet auch, so Follath, dass die Zeit des Herumschiebens des Schwarzen Peters vorbei ist. Die Podiumsdiskussion «Medizin zwischen Mangel und Möglichkeiten: Mehr Möglichkeiten, weniger Mittel, wie weiter?» hat gezeigt, dass die Beteiligten durchaus einen konstruktiven Dialog hren können.

Erfolgreiche BETAKLI 02

Mit gegen 400 Teilnehmern sind die BETAKLI 02 mit ihrem gewohnt vielfältigen Programm unter der Leitung von Prof. H.J. Peter, ausserordentlich erfolgreich verlaufen. Den fachlichen Anforderungen der Teilnehmer konnte weitestgehend entsprochen werden, und die Organisation durch das Sekretariat der BEKAG stellte in vorbildlicher Art und Weise einen reibungslosen Ablauf dieser Grossveranstaltung sicher.



Motion: Umfassende Grundversorgung in Altersmedizin im Kanton Bern



T. Heuberger,
Vizepräsident
der Ärzte-
gesellschaft und
Grossrat

Der Regierungsrat wird aufgefordert, für die Zukunft der geriatrischen Versorgung im Kanton baldmöglichst folgende Massnahmen zu ergreifen und dem Grossen Rat bis im Sommer 2003 Bericht zu erstatten:

- unter Ausnützung bereits bestehender organisatorischer, struktureller und personeller Ressourcen:
1. Definition und Schaffung eines geriatrischen Kompetenzzentrums der tertiären Versorgungsstufe im Kanton, das neben der geriatrischen Dienstleistung auch verantwortlich ist für Lehre und Forschung in geriatrischen Fragen und die Weiterbildung der zukünftigen Grundversorger in diesem Gebiet.
 2. Der Regierungsrat setzt sich bei der medizinischen Fakultät und der Universität Bern für die Schaffung eines Lehrstuhls für Geriatrie ein, der dem oben erwähnten geriatrischen Kompetenzzentrum zuzuordnen ist.
 3. Schaffung regionaler Geriatriezentren innerhalb der im SpVG geplanten RSZ zur geriatrischen Grundversorgung der Bevölkerung.

Begründung:

Spätestens seit 1991 (teilweise überwiesene Motion von Allmen) ist dem Parlament und den politischen Behörden bekannt, dass die geriatrische Versorgung im Kanton nicht genügend dem heutigen und zukünftigen Bedarf der Bevölkerung entspricht. Es ist allgemein anerkannt, dass dieser Teil der medizinischen Versorgung aus demographischen Gründen und infolge des medizinischen Fortschritts immer wichtiger wird und die Geriatrie sich zu einem eigenen Fachgebiet entwickelt hat,

dem mehr und mehr Beachtung zukommen muss. Seit der Departementalisierung im Insspital ist zudem ein Lehrstuhl der inneren Medizin vakant, der zu dieser Zeit offenbar als späterer Geriatrielehrstuhl gedacht war.

Mit echten und wirksamen Massnahmen auf diesem Gebiet darf nicht zugewartet werden, bis auf Grund des neuen Spitalversorgungsgesetzes (eventuell 2004) eine dazugehörige Geriatrie-Verordnung (2006 oder 2007) in Kraft gesetzt und wirksam ist.

Angesichts der allgemeinen Übereinstimmung um die Dringlichkeit der Frage eines Lehrstuhls für Geriatrie und eines Tertiärzentrums dieser Disziplin und eingedenk der Tatsache, dass bereits Berichte und Untersuchungen über die Wünschbarkeit und Realisierbarkeit eines solchen Projekts existieren (Bericht Mahler 1995, Studie von Price-Waterhouse-Coopers 1999) erstaunt es, dass dies im Entwurf zum neuen Spitalversorgungsgesetz nicht

erwähnt wird, obwohl es an Bedeutung den Stellenwert der psychiatrischen Versorgung einnimmt.

Der Kanton Bern könnte mit der Realisierung der Motion als erst zweiter Universitätsstandort der Schweiz (nach Genf) dem Problem der Altersmedizin den gebührenden und auch universitären Hintergrund verleihen (was einen erheblichen Standortvorteil für die Universität Bern bedeuten könnte!). Er verhindert sonst, dass die Ausbildung und Weiterbildung der jungen Generation der Grundversorger in diesem zukunftsträchtigen Gebiet auf eine universitäre Stufe gestellt (und damit verbessert) wird, wie das an vielen Universitäten Europas bereits der Fall ist. Ein Lehrstuhl für Geriatrie müsste sinnvollerweise bei der Inkraftsetzung des SpVG geschaffen sein.

Mit einer Schaffung regionaler Geriatriezentren würde systematisch das gleiche Vorgehen eingeschlagen, wie es für die allgemeine Grundversorgung vorgesehen ist und für die Psychiatrie (gemeindenaher Betreuung) mindestens als Denkmodell vorhanden und zukunftsfähig ist.

T. Heuberger
Vizepräsident



**Frohe Festtage und
ein gutes, erfolgreiches neues Jahr!**

MPA-Lohnempfehlungen 2003

Basislohn

Fr. 3500.– x 13 bei einer Wochenarbeitszeit von 43 Stunden und 4 Wochen Ferien.

Dienstalterszulage

Fr. 150.– pro Monat Erhöhung (je Dienstjahr) für die dem ersten folgenden Dienstjahre. Die Dienstalterszulage soll ein Thema des jährlichen Qualifikationsgespräches bilden.

Teuerungsausgleich

Die Jahresteuern per Ende September beträgt 0.5 %. Der Teuerungsausgleich soll, wenn vertraglich vereinbart, gewährt werden.

Funktionszulage

Es wird empfohlen, Medizinischen Praxisassistentinnen mit abgeschlossenem Lehrmeisterkurs und Ausbildungsfunktion in der Praxis eine Funktionszulage auszurichten.

Lehrlingslöhne

1. Lehrjahr: Fr. 250.–; 2. Lehrjahr Fr. 800.–; 3. Lehrjahr Fr. 1200.–. Ein 13. Monatslohn wird ausgerichtet.

Mitteilungen des Sekretärs



Th. Eichenberger,
Sekretär

I. Vernehmlassung Spitalversorgungsgesetz

1. Allgemeines

Der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern hat innerhalb der bis zum 13. Dezember 2002 laufenden Vernehmlassungsfrist zur wichtigen Gesetzesvorlage Stellung genommen.

Die vorgesehene Mehrfachverantwortung des Kantons – der Kanton ist gleichzeitig Auftraggeber, erlässt den Tarif, betreibt das Spital, finanziert den Betrieb und übt die Funktion des Controllings aus – weckt begründete Ängste vor einer zu weitreichenden Zentralisierung und Verstaatlichung. Wir setzen uns deshalb für eine ausreichende Organisationsautonomie der vom Kanton getragenen Regionalen Spitalzentren ein.

Die Standortgemeinden sollten in die neuen Trägerschaften eingebunden sein. Die Spitäler sind für die Region, für das regionale Gewerbe und für die gesamte Bevölkerung im Einzugsgebiet des Spitals nicht nur Regionales Spitalzentrum mit Versorgungsauftrag, sondern ganz generell ein wichtiger und erhaltungswürdiger Wirtschaftsfaktor.

Es gibt unter den gegenwärtigen ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen wohl keine echte Alternative zu den vorgesehenen Aktiengesellschaften gemäss Art. 620ff. des Obligationenrechts mit öffentlicher Zweckbindung. Wir befürchten aber eine Staatsmedizin mit zunehmendem Investitionsstillstand und Qualitätsniedergang (z.B. auch Wartelisten) an den öffentlichen Spitalern und

fragen uns, wie die feststellbare Tendenz einer Abwanderung der bestqualifizierten Ärztinnen und Ärzte an die Privatspitäler trotzdem gebremst werden könnte.

Wir bemängeln deshalb in unserer Vernehmlassung, dass bei den Chefärzten und Leitenden Ärzten am überholten System der Abgaben auf Einkommen aus privatärztlicher Tätigkeit festgehalten werden soll. Letzteres ist ausgerechnet in demjenigen Spitalbereich weiterhin vorgesehen, der international konkurrenzfähig sein müsste.

Das Festhalten an den Abgaben der Chefärzte führt unseres Erachtens lediglich zu marginalen Kosteneinsparungen. Im Gegensatz dazu stehen die Massnahmen gemäss Art. 19 des Entwurfs (Gesamtarbeitsvertrag oder kantonales Personalrecht), welche kostenmässig ungleich gewichtiger ausfallen.

Als Hauptfolge wären auf ärztlicher Ebene empfindliche Qualitätseinbussen zu befürchten, weil nicht nur die besten, sondern auch die guten Chefärzte und Leitenden Ärzte, welche sich auch innerhalb der EU frei bewegen können, abwandern werden. Dieses Problem wird sich mit dem in fünf bis zehn Jahren drohenden Ärztemangel noch akzentuieren. Unakzeptabel ist vor allem die Absicht, das bisherige System sogar noch zum Nachteil der Ärzteschaft zu verschlechtern, indem auch die ordentliche Abgabe explizit als Steuer bezeichnet wird, währenddem es sich bisher um eine Kausalabgabe für nachgewiesene ungedeckte Kosten gehandelt hat. Der Regierungsrat soll neu fixe und verbindliche Abgabesätze festlegen können, unabhängig davon, ob diese Abgaben ungedeckten Infrastrukturkosten entsprechen oder nicht. Zumindest die zusätzliche Abgabe auf sehr hohen Einkommen sollte im Interesse der Konkurrenzfähigkeit gestrichen werden.

Der Gesetzesentwurf weist insgesamt auch positive Aspekte auf. Unter Berücksichtigung der zur Diskussion stehenden Interessen unserer Mitglieder (Chefärzte und Leitende Ärzte) müssen wir uns aber gegen die Vorlage aussprechen.

2. Zu den einzelnen Regelungsbereichen

Personal

Die als Variante vorgesehene Anlehnung an das relativ starre kantonale Personalrecht haben wir abgelehnt. Sollten die Jahresleistungsverträge permanent überschritten werden, was zu entsprechenden kantonalen Defiziten führt, so müsste sich dies zwangsläufig auch auf die Anstellungsbedingungen des Personals auswirken.

Wir sprechen uns aber stattdessen für die Regelung der Anstellungsverhältnisse im Rahmen von Gesamtarbeitsverträgen aus, wobei die Chefärztinnen und Leitenden Ärzte nach unserem Dafürhalten vom Regelungsbereich der vorgesehenen GAV ausgeschlossen wären.

Institutionelle akutmedizinische Versorgung und Psychiatrieplanung

Angesichts der bestehenden schwierigen Finanzlage des Kantons kann es nicht in Frage kommen, zusätzlich zum bestehenden Angebot im ambulanten Bereich weitere Angebote zu schaffen. Zumindest müsste diese Möglichkeit mit der Einschränkung verbunden sein, dass derartige Leistungen nur dann erbracht werden dürfen, wenn eine Versorgungsnotlage besteht.

Die Ärztesgesellschaft hat sich bekanntlich im Rahmen des SAR-Projekts gegen die Schaffung neuer Polikliniken ausgesprochen. Es kann nicht sein, dass auf der einen Seite ein Zulassungsstopp für neue Arztpraxen besteht, welcher staatlich verordnet ist, und der Staat auf der anderen Seite Polikliniken neu eröffnet und «überzählige» Ärztinnen und Ärzte selber beschäftigt. Auch wenn der Kanton lediglich beabsichtigen sollte, die Infrastruktur bisheriger Bezirksspitäler für Gemeinschaftspraxen zur Verfügung zu stellen, erachten wir die vorgeschlagene Lösung als wenig realistisch.

Denkbar wäre hingegen eine Nutzung dieser Kapazitäten im Rahmen einer verbesserten dezentralen psychiatrischen Versorgung. Insoweit wäre es denkbar, somatische Betten in den Regionen umzunutzen und gleichzeitig die nachweislich zu hohen Kapazitäten in den psychiatrischen Grosskliniken abzubauen. Durch gemeindenahe Angebote könnte die Anzahl notwendiger Zwangseinweisungen gesenkt werden, da viele aufkommende Krisen rechtzeitig in den Regionen aufgefangen würden.

GeriatRIEkonzept

Der Kanton ist verpflichtet, ein GeriatRIEkonzept zu erarbeiten. Den ausserordentlich hohen Anforderungen der nächsten Zukunft sollte mittels einer eigenständigen Planung und Regelung entsprochen werden. Die Gesetzesvorlage sollte entsprechend ergänzt werden. Die Spitallandschaft des Kantons Bern droht ansonsten, mit diesem Problem der immer älter und polymorbider werdenden Patientinnen und Patienten innert Kürze überfordert zu werden.

Notfalldienst und Rettungswesen

Es wird zu wenig realisiert, welche Bedeutung die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Rettungswesen bereits jetzt haben und welches Potential hier noch vorhanden ist.

Wir schlagen vor, die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in das Gesamtkonzept miteinzubeziehen und die Koordinationsmöglichkeiten zu verbessern.

Der Kanton soll die privat praktizierenden Ärzte für die ungedeckten Kosten ihrer Einsätze sowohl im Rahmen des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes als auch im Rettungswesen inskünftig entschädigen.

Umfassende Grundversorgung der Universitätsspitäler

Art. 15 Abs. 1 des Entwurfs spricht von «Leistungen der umfassenden Grundversorgung», welche die Universitätsspitäler neben «hochspezialisierten Leistungen» erbringen sollen. Grundsätzlich ist die Verpflichtung, auch Grundversorgung zu betreiben, aus der Sicht der notwendigen Ausbildungsinstitution unabdingbar. Die universitäre Ausbildung für Allgemeinmediziner kann und darf aber nicht allein an Polikliniken erfolgen. Sie muss zwingend auch in der Arztpraxis bzw. beim praktizierenden Arzt durchgeführt werden. Ein solches Ausbildungsmodell existiert bereits (Modell Wick der Fakultären Instanz für Allgemeinmedizin der Universität Bern). Wegen der fehlenden Finanzierung konnte dieses Modell in den letzten 4 Jahren nicht realisiert werden.

In diesem Punkt müsste unseres Erachtens eine differenziertere Regelung, im Sinne einer Verpflichtung, den Auftrag im Bereich der Grundversorgung zusammen mit den Regionalen Spitalzentren zu erfüllen, geschaffen werden. Insbesondere in diesem Bereich stellen wir uns hinsichtlich der Ausgestaltung der Leistungsverträge

eine Gleichbehandlung der Regionalen Spitalzentren mit dem Insepspital vor.

Zudem müssen Leistungen der medizinischen Lehre und Forschung, welche die Universität bei anderen Leistungserbringern einkauft, adäquat abgegolten werden.

All dies sollte im Gesetzestext deutlicher zum Ausdruck kommen.

II. Keine Taxpunktwerterhöhung auf 1. Januar 2003

Der Regierungsrat des Kantons Bern hat den Taxpunktwert des kantonalen Ärzte-/Kassentarifs im KVG-Bereich rückwirkend per 1.1.2002 von Fr. 1.50.– auf Fr. 1.55.– erhöht. Letzteres ist zwar erfreulich.

Santésuisse hat aber gegen diesen Beschluss Verwaltungsbeschwerde beim Bundesrat erhoben. Auch die zwischenzeitlich diskutierten Vergleichsvorschläge (z.B. Taxpunktwerterhöhung erst auf 1. Januar 2003) wurden seitens des Tarifpartners klar abgelehnt. Die eingereichte Verwaltungsbeschwerde hat aufschiebende Wirkung, d.h. mit anderen Worten, es gilt weiterhin ein Taxpunktwert von Fr. 1.50.–.

Zur Zeit läuft die Frist für die Einreichung einer Beschwerdevernehmlassung. Wir werden unsere Mitglieder über den weiteren Verlauf des Verfahrens auf dem Laufenden halten.

III. Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte im Kanton Bern

Die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern hat sich für eine faire Umsetzung der bundesrätlichen Vorschriften auf kantonaler Ebene eingesetzt.

Die kantonale Ausführungsverordnung wird nach Durchführung einer entsprechenden Umfrage des Kantonsarztamtes auf einer besseren und ausreichenden Datengrundlage basieren (s.S. 5 dieser Ausgabe). Zum Verordnungsentwurf, der Ausnahmen bei Praxisnachfolge, für Spitalchefsärzte und bei Unterversorgung beinhaltet, konnten wir uns im Rahmen der Vernehmlassung grundsätzlich positiv äussern.

Die kantonale Verordnung, welche andere Leistungserbringer, die lediglich auf Zuweisung tätig sind, zu Recht vom Anwendungsbereich ausschliesst, wird voraussichtlich per 1. Januar 2003 in Kraft treten.

Terminplan 2003

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

Bitte mailen Sie uns Ihre
E-Mail-Adresse an: kag@bgb.ch



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
Inserate: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern. Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64; E-Mail: pwolf@hin.ch
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern. Ausgabe Dezember 2002.

TarMed-Einführungskurse für MPA

Die Einführung des TarMed wird immer realistischer... die täglichen Umsetzungen und Anwendungen dieses Tarifs bringen sicher für jede Praxis eine enorme Umstellung. Deshalb scheint es sinnvoll, Kurse für MPA anzubieten. Meine Assistentin hat einen dieser Kurse besucht; im folgenden habe ich ihre Erfahrungen kurz zusammengefasst:

Zu Beginn des Kurses wurde der TarMed-Ordner der Ärztekasse inkl. CD abgegeben (der TarMed existiert nur auf CD). Die Kursleiterinnen arbeiten schon länger mit den neuen Tarifen und sind in der Lage, kritische Situationen zu analysieren und Tipps zu geben.

Der Ordner ist übersichtlich gegliedert und lässt Raum für persönliche Notizen. Neben einem theoretischen Teil sind mehrere Fallbeispiele aufgeführt verschiedener Disziplinen – kurz gesagt – sehr praxisbezogen.

Die Gruppe war klein und umfasste rund 20 Teilnehmerinnen; eine Grösse, die individuelle Fragestellungen erlaubt. Die Hauptschwierigkeit wird die korrekte praktische Umsetzung der Minutage sein ... ein Kurs aber, drei Stunden an einem Abend, den ich jeder Kollegin und jedem Kollegen für ihre/seine MPAs wärmstens empfehle.

Christian Gubler
Vizepräsident BEKAG

TarMed-Fragen (Fortsetzung)

11. Die Zuschläge für Kinder unter 6 Jahren, 00.0040 hat keine qualitative Dignität. Heisst dies, dass alle Ärzte bei allen Leistungen diese Position hinzufügen können? Und warum enthält diese Position keine AL? Der Arzt hat ja auch länger bei unruhigen Kleinkindern!

→ Aus der Entstehungsgeschichte heraus beschränkt für Päd/Kichir. Nach A.Prantl ein Anzeigefehler des Browsers, aus der Geschichte der Position klar. Diese Position ist für eine Korrektur des Leistungspaketes der Pädiater gedacht. Keine AL, da der Sinn der Position nicht die ZEIT ist, dafür gibt's ja bereits die Zeitverlängerung, sondern die zusätzliche Beanspruchung der MPA.

12. Kann ein Gynäkologe eine psychiatrische Intervention oder Beratung abrechnen? Wie ist die Dignität nach Ablauf der «wohlerworbenen Rechte»?

→ Der Kollege muss entsprechende Fortbildung nachweisen und die Dignität Grundversorger eingegeben haben. Die Regeln zu Fortbildung und Fähigkeitsausweisen werden durch die Fachgesellschaften aufgestellt und nicht durch TarMed-Institutionen. Er möge sich dort erkundigen. Verweis auf die 3-j. Besitzstandsgarantie ab in Krafttreten von TarMed.

13. Wie lange gelten die wohlerworbenen Rechte (Besitzstandsgarantie)?

→ 3 Jahre, wobei nach Inkrafttreten von TarMed auch die dafür notwendigen Fortbildungen erfüllt werden müssen.

14. Berechtigung, 2 Spezialtitel zu führen und nach beiden die Dignitäten zu beanspruchen?

→ JA, wenn Fortbildung für beide Titel erfüllt sind. Das Führen zweier Titel ist prinzipiell möglich und so auch die Abrechnung gemäss Dignitätskonzept. In den generellen Interpretationen (GI 10) findet sich kein entsprechendes Verbot oder Einschränkung. Im Konzept Dignität TarMed, schweizerische Ärztezeitung 2001, 82, Supplementum 5A, unter spezielle Bestimmungen: «Selbständig erwerbende Ärzte teilen der FMH unter Bestätigung ihrer Facharzttitel mit, welche Leistungen gem. TarMed Tarifstruktur sie bis jetzt nach den oben festgehaltenen Kriterien erbracht haben.» Und weiter im Absatz 4. gleiche Ausgabe der Ärztezeitung, Grundsätze der Anwendung der Dignitätsbezogenen Abrechnungsberechtigung «Für die Abrechnung ist nachzuweisen, dass die in Rechnung gestellten Leistungen durch einen Arzt/Ärzte erbracht wurden, die gem. ihrer Qualitativen Dignität hierzu berechtigt sind.» Gleicher

Abschnitt 3., 2. Spezielle Bestimmungen, 1. «Welche Leistungen gemäss TarMed Tarifstruktur sie bis jetzt nach den oben festgehaltenen Kriterien erbracht haben.» Daraus entnehme ich, dass auch die Dignitätserhebung und Erhebung zur Besitzstandswahrung gem. TarMed Tarifstruktur anzugeben sind. Ein Grund mehr, dass die Ärzteschaft jetzt in dieser Tarifstruktur ausgebildet wird.

15. 2 Konsultationen am gleichen Tag: Regelungen nach Datum, nicht nach Zeit?

→ 2 Sitzungen müssen angezeigt werden können, dann OK. Definition mit Hilfe des Begriffs «Sitzung» aus den GI (eine um 2h morgens, eine andere in der Sprechstunde um 10h). Problem der SW-Firmen, Praxidata operiere bereits mit «Sitzungen» statt Kalendertagen.

16. Ein Grundversorger ruft einem Spezialisten an: Darf der Grundversorger diese Zeit als telefonische Konsultation berechnen und der angesprochene Spezialist diese Zeit als Konsilium?

→ Nein, Grundversorger = Zeit in Abwesenheit; Spezialist = Konsilium. Für den Grundversorger «in Abwesenheit des Pat.» «Erkundigungen bei Dritten, ..., Überweisung an Konsiliarärzte». Allenfalls auch als «Telefon». Der Spezialist wird eine Rechnung mit Konsilium eröffnen; sonst allenfalls «in Abwesenheit des Pat.» anwenden. Psychiater (02.0060) bekommen übrigens mehr fürs telefonieren!

17. Position 00.0030: Ist diese Position der letzten 5 Minuten in jedem Fall anzuwenden, auch wenn die Kons-Zeit exakt 20 Minuten beträgt, oder nur bei «angeschnittenen» Minuten?

→ Siehe auf der Schulungs-CD: AP's Fälle, dort sind alle Varianten aufgeführt. Die letzten 5 Minuten schliessen immer die Konsultationszeit ab.

18. Ein Arzt betreut seine ca. 30 Patienten im Altersheim, jeden Patienten in seinem Zimmer. Sind hier Besuche zu berechnen oder Konsultationen? Auf welchen Patienten oder wie auf die Patienten ist die Wegentschädigung zu berechnen?

→ Bei 30 Patienten würde ich das als 2. Arbeitsplatz bezeichnen, also Konsultation. Wird aber der Arzt vom Pflegepersonal des Altersheimes gerufen, dann

handelt es sich eindeutig um einen Besuch, mit allfälliger Wegentschädigung. Wegentschädigung 00.0090: «Beim Besuch mehrerer Patienten in der gleichen Besuchstour, kann nur die für den Ortswechsel vom vorherigen zum nächsten Patienten aufgewendete Zeit berechnet werden.» Also sind in dieser Situation eine Wegentschädigung hin zum Altersheim und eine Wegentschädigung zurück abrechenbar. Nur sollte die Wegentschädigung nicht immer dem gleichen Patienten verrechnet werden.

19. Ein Arzt versendet Röntgenbilder an Spital oder anderen Kollegen. Welche Position kann hier verrechnet werden, und fallen die Versandkosten (Fr. 4.70 für das Spezialcouvert) sowie das Porto unter verrechenbare Materialkosten?

→ Heisse Frage, würde dies als Nichtpflichtleistung dem Patienten verrechnen. Besser: Bilder dem Patienten mitgeben.

- Nein, nur wenn sich der Patient weigert, die Bilder unter den Arm zu nehmen.
- Porto gehört zur Administration der Praxis. In TL für alle Leistungen unter TAR-MED sind diese Kosten für den Betrieb des Geschäfts «Praxis» eingerechnet (= Betriebskosten, wie die MPA-Löhne: wir können die Entschädigung für die MPA-Zeit auch nicht dem Patienten verrechnen, der verlangt, dass sie abends wartet, bis er die Medikamente abgeholt hat).

20. Ist bei der Teilnahme an einem Trust Center das Einverständnis des Patienten im Sinne des Datenschutzes notwendig? – Wie steht es bei Betreuung des Patienten?

→ Trust-Center als Datensammelstelle = Patient anonymisiert, also nicht notwendig. Gehen die Funktionen weiter, muss der Arzt den Patienten informieren. Für Inkassofälle ist es sinnvoll, dem Patienten schon zu Behandlungsbeginn diese Einwilligung SCHRIFTLICH abzuverlangen.

21. Wenn ein Arzt in der Praxis das EKG selber durchführt, kann er diese Zeit mit den Position 00.0020 – weitere 5 Minuten verrechnen?

→ Theoretisch NEIN. Das EKG erfordert keinen Arzt. Praktisch ... Es kann immer nur die Arbeit verrechnet werden, für die eine Dignität gefordert wird. EKG schreiben ist MPA-Arbeit, auch wenn's der Arzt selber macht. MPA Arbeit hat keine Dignität (wohl aber einen Wert!)

22. Ausgangslage: Hausbesuch bei einem Patienten, der hospitalisationsbedürftig ist und für dessen Einweisung der Arzt zwei bis drei Telefone machen muss. Wie werden die Telefone abgerechnet?

→ Findet dies während Besuch/Konsultation statt, kann die für die Telefone aufgewendete Zeit als Kons/Besuchs-Zeit abgerechnet werden. Sonst handelt es sich um eine Arbeit in Abwesenheit des Patienten.

23. Es wurde die Frage gestellt, ob Versorgung von geschlossenen Frakturen durch den Hausarzt noch möglich sind, oder nur Fachärzten zugestanden wird.

→ Die Durchsicht des Tarifbrowsers zeigt, dass viele Frakturen mit geschlossenen Repositionen die Dignität alle haben (z.B. Femurschaftfraktur 24.5150) und im UBR Grundversorger stattfinden können; erstaunlicherweise gehört aber die Radiusköpfchenfraktur (24.2040) nicht dazu.

24. Warum soll eine Extraleistung (z.B. Akupunktur 00.1710) verrechnet werden, wenn diese ohnehin nicht mehr Punkte ergibt, als die Konsultation 00.0020)?

→ Weil Tarmed ein Einzelleistungstarif ist, welcher die korrekte Zuordnung einer erbrachten Leistung verlangt; ausserdem würde der Patient oder die Krankenkasse bei einer Kontrolle den Leistungserbringer belangen; schliesslich ist dem Rechenmodell ein Mengengerüst hinterlegt, welches dann bei solchem Verhalten nicht mehr zutrifft und zu einem Ungleichgewicht des Spektrums der Leistungserbringer führen würde. Schliesslich kann damit nicht der FA Akupunktur – TCM umgangen werden.

25. Ist es sinnvoll, die Zuschläge und zeitlichen Möglichkeiten des Tarifes voll auszuschöpfen, wie es z.T. an anderen Kursen, z.B. bei Herrn Velke, empfohlen wird?

→ Zuerst möchten wir festhalten, dass ein solches Verhalten der Ärzte im Rahmen der Kostenneutralität zu einer Senkung des Taxpunktwertes führen wird. Die Ärztekasse hat ermittelt, dass die Verlängerung der Konsultationszeit um 2,5 Min (00.0030) zu einer Mengenausweitung von 14% und damit zur einer Reduktion des Taxpunktwertes von 11 Rp führen würde.

26. Ein Grundversorger ruft einem Spezialisten an: Darf der Grundversorger diese Zeit als telefonische Konsultation berechnen und der angesprochene Spezialist diese Zeit als Konsilium?

→ Nein, Grundversorger = Zeit in Abwesenheit; Spezialist = Konsilium. Mein Telefon an Spez. mit Schilderung des Falles ist 00.0410 (in Abwesenheit). Aber Cave 00.0410: dies ist eine gefährliche Position, wie heute 501. Ansonsten Zeitschaltung.

27. Materialkosten: unklar ist noch und zu klären: wie kann Material verrechnet werden, das einzeln weniger als Fr. 3.– kostet, in (für die Behandlung unabdingbarer) Kumulation aber wesentlich über diese Summe hinausgeht?

Beispiel: Wundnaht:

- Injektionsmaterial
- Lokalanästhesie
- Handschuhe
- Abdeckmaterial
- Fadenmaterial
- Verbandmaterial
- Fixation / Schiene

→ Hier sagt der Tarmed-Browser eindeutig: Verbrauchsmaterial ist separat verrechenbar, sofern der Einkaufspreis (inkl. MWST) pro Einzelstück Fr. 3.– übersteigt. Verrechnet wird der Einstandspreis (Stückpreis auf der Basis der Jahreseinkaufsmenge) plus ein Zuschlag von 10%. Für Verbrauchsmaterialien, die in der MiGel oder in Verträgen aufgeführt sind, gelten maximal deren Preise.

Die Artikel sind mit Preisangabe und Abgabedatum (Datum der Sitzung) einzeln aufzuführen.

Nicht unter diese Vergütungsregelung fällt das wiederverwendbare Instrumentarium (inkl. Fixateur externe). Dieses ist bereits in den einzelnen Tarifpositionen berücksichtigt.

Ebenfalls nicht Bestandteil dieser Vergütungsregelung bilden Massanfertigungen durch Orthopädietechniker bzw. Orthopädienschuhmachermeister. Solche Sonderanfertigungen können auf der Basis der einschlägigen Tarife (Schweizer Verband der Orthopädie-Techniker (SVOT)-Tarif bzw. Orthopädie-Schuhmachermeister (OSM)-Tarif) in Rechnung gestellt werden. Es ist nicht verboten, ein «Set» zu kaufen, in welchem alles notwendige Material für die oben erwähnte Wundnaht enthalten ist und im Gesamtpreis dann eben mehr als Fr. 3.– kostet. Dieses kann dann abgerechnet werden.

Inserat medipa
4farbig