



Juni 2003 / 3

doc.be

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

Anschlussvertrag TarMed

Erster kantonaler TarMed-Tarifvertrag
für ambulante medizinische Leistungen
in der Arztpraxis schweizweit

Nach gut 11 vertragslosen Jahren wird es ab 1.1.2004 voraussichtlich wieder einen Tarifvertrag zwischen Krankenkassen und Berner Ärztegesellschaft geben. Anfang April 2003 sind beide Verhandlungsdelegationen zu einer einvernehmlichen Regelung gelangt. Am 15. Mai hat unsere Delegiertenversammlung diesem TarMed-Anschlussvertrag zugestimmt, am 4. Juni 2003 schliesslich der Verwaltungsrat von Santé-suisse. Der Anschlussvertrag ist im closed user-Bereich unserer Website abrufbar.

Im Vertrag wurde u.a. auch der schweizweit erste kostenneutrale Start-Taxpunktwert fixiert. Dieser beträgt 89 Rappen und setzt eine Benchmark für die anderen Kantone: Er relativiert die Vorgaben von Bundesrat und Preisüberwacher von 80 Rappen.

Allerdings kommt dem Start-Taxpunktwert nur eine beschränkte Bedeutung zu, dies gemäss Tarmed Rahmenvertrag KVG, Anhang 2 Kostenneutralität (siehe unter <http://www.fmh.ch/index.cfm?l=d&m=9&a=2>). Kommt es während der ersten 18 Monate nach Einführung (Kostenneutralitätsphase) zu einem Kostenanstieg, so wird der Taxpunktwert reduziert; kommt es umgekehrt zu einer Kostensenkung, wird der TPW erhöht. Der längerfristig gültige TPW wird also erst nach 18 Monaten, voraussichtlich am 1. Juli 2005, festgelegt werden.

Jürg Schlup, Präsident

Mitteilungen des Sekretärs 2

Voraussetzungen der Leistungspflicht
bei Medikamenten
aus vertrauensärztlicher Sicht 5

Bericht aus dem Grossen Rat 6

Praxisnetze mit Budgetverantwortung:
Managed Care im Zyklus von
Engagement und Enttäuschung 7

Jahresbericht 2002 des Präsidenten 8

Mitteilungen des Sekretärs



Th. Eichenberger,
Sekretär

Beschlüsse der Delegierten- versammlung vom 15. Mai 2003

1. Kantonaler Anschlussvertrag zum Rahmenvertrag TARMED KVG

Angenommen mit 40 (Ja) zu 0 (Nein) bei 2
Enthaltungen

2. Anhang A: Beitrittsgebühren und jährliche
Unkostenbeiträge von Nichtverbandsmitgliedern
Einstimmig angenommen

3. Anhang B: Taxpunktwert und Anpassung
im allgemeinen
Angenommen mit 42 (Ja) zu 0 (Nein) bei 2
Enthaltungen

4. Anhang C: **Starttaxpunktwert 89 Rappen**
Angenommen mit 40 (Ja) zu 1 (Nein) bei 2
Enthaltungen

5. Anhang D: Reglement über die kantonale
paritätische Vertrauenskommission (liegt noch nicht vor);
Delegation an den Kantonalvorstand
Einstimmig

6. Antrag Radiologie betreffend Existenz-
gefährdung
Angenommen mit 40 (Ja) zu 0 (Nein) bei 2
Enthaltungen

7. Wahl des neuen Ärztekammerdelegierten
Dr. med. A. Sieber
Einstimmig

8. Wahl des neuen Ersatzdelegierten für
die Ärztekammer Dr. med. R. Zundel
Einstimmig

Begründung (zu Ziff. 1):

Der kantonale Anschlussvertrag zum Rahmenvertrag TARMED zwischen der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern und Santé-suisse stützt sich auf das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und die dazugehörigen Ausführungserlasse sowie auf den eidgenössischen Rahmenvertrag TARMED zwischen FMH und Santé-suisse vom 5. Juni 2002. Der Rahmenvertrag samt Anhängen ist der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten. Er tritt voraussichtlich auf den 1. Januar 2004 in Kraft. Der Rahmenvertrag und die dazugehörigen Anhänge können auf dem Sekretariat der Ärztesgesellschaft eingesehen oder unentgeltlich in Kopie zur Ansicht eingefordert werden.

Begründung (zu Ziff. 4):

Der kantonale Taxpunktwert von 89 Rappen wurde nach gemeinsam mit dem Vertragspartner ausgehandelt und entwickelten Berechnungsmethoden errechnet.

Begründung (zu Ziff. 6):

Die Delegiertenversammlung der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern hat davon Kenntnis genommen, dass der ausgehandelte Taxpunktwert für die im Kanton Bern existierenden privaten Radiologieinstitute die Schliessung bedeuten könnte, sofern Reengineering II bis zum Inkrafttreten des TARMED im KVG-Bereich nicht abgeschlossen und im Sinne einer Verbesserung für die Radiologen umgesetzt ist. Der Kantonalvorstand wird beauftragt, entsprechende Notmassnahmen für die Radiologen zu prüfen und über diesen Punkt separate Nachverhandlungen mit Santé-suisse aufzunehmen.

Selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit des Arztes am Spital

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern erarbeitet zur Zeit Musterverträge für die Chefärzte sowie für die Leitenden Ärzte im Kanton Bern.

Die Ärztesgesellschaft tritt seit jeher mit Nachdruck dafür ein, dass im Rahmen der privaten Sprechstunde die effektiven Infrastrukturkosten wie Miete, Personal, Telefon, Fax, Porti, etc. zu berappen und keine Abgaben zu bezahlen sind. Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern hat

unlängst entschieden, dass auch die Einkommen, welche im Rahmen der Sprechstunde erzielt werden, als Berechnungsgrundlage für die Erhebung der Zusatzabgabe herangezogen werden sollen. Diese zusätzliche Abgabe war vom Grossen Rat zum Zwecke der Plafonierung der Einkommen der Kaderärzte eingeführt worden. Dagegen hat sich die Ärztesgesellschaft immer zur Wehr gesetzt, und auch im Rahmen der Vernehmlassung zum Spitalversorgungsgesetz für deren Abschaffung plädiert.

Wenn die Höhe des Grundgehalts festgelegt werden soll, müsste die Maximalarbeitszeit der Kaderärzte in die Diskussion miteinbezogen werden. Es fragt sich also, ob es hier nicht besser wäre, den Spitälern die notwendige Autonomie in der Ausgestaltung der Kaderarztverträge einzuräumen.

Die AHV-Ausgleichskasse hat beschlossen, die Rechtsprechung des eidgenössischen Versicherungsgerichts zum AHV-Status der Kaderärzte inskünftig umzusetzen. Wir erlauben uns deshalb, den entsprechenden Artikel des Sekretärs, der am 4. Juni 2003 in der Ärz-tezeitung publiziert wurde, noch einmal im vollen Wortlaut abzudrucken:

1. Grundsätzliches

Die Unterscheidung in Einkommen aus selbständiger oder aus unselbständiger Erwerbstätigkeit (Lohn) und damit die Qualifizierung eines Versicherten für eine bestimmte Tätigkeit ist in der AHV (Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung; SR 831.10) deshalb von grosser Bedeutung, weil je nachdem das Beitragsbezugsverfahren und auch die anzuwendenden Beitragssätze verschieden sind. Der Beitragssatz wird beim Lohn an der Quelle, d.h. beim Arbeitgeber erhoben, während die Selbständigerwerbenden persönlich den ganzen Beitrag bezahlen. Die Bedeutung dieser Unterscheidung beschränkt sich heute nicht auf die AHV/IV/EO. Sie hat auch Auswirkungen auf die Behandlung der Versicherten in der ALV (Arbeitslosenversicherung), in der UV (Unfallversicherung) sowie in der BV (Berufliche Vorsorge).

Bezüglich der Rechtsstellung des Leitenden Arztes fällt zudem in Betracht, dass Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit, das gestützt auf eine Bewilligung zur Ausübung einer Nebenerwerbstätigkeit erzielt wird, nach oben grundsätzlich nicht begrenzt ist, während Lohnbezüge, auch wenn es sich um Ergänzungslohn handelt, regelmässig nach oben begrenzt werden.

Die rechtlichen Einflussmöglichkeiten des Spitalträgers auf die Tätigkeit des Leitenden Arztes nehmen erheblich zu, wenn nur noch Tätigkeiten als Lohnempfänger, d.h. im Abhängigkeitsverhältnis ausgeübt werden. Daran vermag auch die Tatsache nichts zu ändern, dass bezüglich des Kerngeschäfts der ärztlichen Behandlung des Leitenden Arztes am Patienten Weisungen des Arbeitgebers kaum vorstellbar sind.

Schliesslich wird Ergänzungslohn steuerlich ganz anders behandelt als Einkommen aus selbständiger Nebenerwerbstätigkeit.

2. Stationäre privatärztliche Tätigkeit

Honorare aus stationärer privatärztlicher Tätigkeit, welche überwiegend gegenüber Patientinnen und Patienten geltend gemacht werden, die über eine Zusatzversicherung nach Versicherungsvertrags-gesetz verfügen, und mit welchen der honorarberechtigte Spitalarzt einen speziellen Behandlungsvertrag abschliesst, können nur bei äusserst hoch angesetzten Anforderungen mit Bezug auf die Unabhängigkeit der Tätigkeit als Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit gelten. Die meisten kantonalen AHV-Ausgleichskassen sind denn auch zu Recht dazu übergegangen, diese Tätigkeit als Teil des öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses aufzufassen. Diese Grundaussage lässt sich wie folgt untermauern:

Ob Abgaben auf dem Einkommen aus stationärer privatärztlicher Tätigkeit erhoben werden, ist für die AHV-rechtliche Abgrenzungsfrage ohne Belang. Werden Abgaben erhoben, so spricht dies gemäss Bundesgericht weder für eine selbständige noch für eine unselbständige Erwerbstätigkeit. Derartige Abgaben können auch eine Beschränkung des entsprechenden Ergänzungslohns sein. Vertragliche Vereinbarungen, die mit der AHV-Gesetzgebung und der dazugehörigen Rechtsprechung nicht übereinstimmen, sind unbeachtlich. Das EVG hält im Luzerner Entscheid unmissverständlich fest, dass auch die Bezeichnung in der kantonalen Chefarztverordnung, wonach die Honorare aus privatärztlicher Tätigkeit BVG-rechtlich Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit darstellen und die Vorsorge für diese Einnahmen Sache der betreffenden Ärzte sei, an der AHV-rechtlichen Qualifikation nichts zu ändern vermag.

Es ist wichtig, in diesem Zusammenhang sofort zu erwähnen, dass bisher als Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit geltende Einkünfte, welche AHV-rechtlich neu massgebenden Lohn dar-

stellen, gemäss BVG (Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge vom 25. Juni 1982; SR 831.40) versichert sein müssen (im obligatorischen Bereich) oder zumindest versichert werden können (im überobligatorischen Bereich). AHV-rechtlich massgebenden Lohn darstellende Einkommensbestandteile können im überobligatorischen Bereich nur über die Berufsvorsorgeeinrichtung des Arbeitgebers BVG-versichert werden, wenn und soweit dies statutarisch vorgesehen ist.

Ist diese Möglichkeit nicht gegeben, so bietet einzig die Stiftung für die berufliche Vorsorge der Leitenden Spitalärzte der Schweiz einen Vorsorgeplan für Leitende Spitalärzte von angeschlossenen Spitälern als spezielle Kaderversicherung an. Auf diesem Weg können auch bei hohen Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit bis zu 20% dieses Erwerbseinkommens steuerrechtlich bevorzugt angespart und versichert werden. Voraussetzung dafür ist einzig, dass die am betreffenden Spital tätigen Spitalärzte Mitglied der Berufsorganisation der Leitenden Spitalärzte der Schweiz bzw. des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) mit Sitz in Bern sind.

Ich erlaube mir, in diesem Zusammenhang auf eine Mitteilung des Präsidenten der Stiftung für die berufliche Vorsorge des VLSS, Herrn PD Dr. med. W. Schweizer, zu verweisen, die in Kürze in der Schweizerischen Ärztezeitung erscheinen wird.

3. Private Sprechstunde

Einkünfte aus der privaten Praxis im Spital stellen dagegen gemäss konstanter Rechtsprechung des EVG seit jeher Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit dar. Die Einkünfte aus der privaten Sprechstundentätigkeit können im Rahmen der freiwilligen 2. Säule (Berufliche Vorsorge nach BVG) bei der Vorsorgestiftung des VLSS steuerabzugsfähig versichert werden.

Private Sprechstunde bedeutet räumliche, organisatorische und personelle Abtrennung vom Spitalbetrieb und damit auch rechtliche Gleichstellung mit einer Arztpraxis ausserhalb des Spitals. Das EVG hält dazu folgendes fest: *«Die Honorare, welche Chefarzte für die Behandlung und Pflege ihrer ambulanten Patienten in einem vom Spital zur Verfügung gestellten privaten Sprechzimmer anbieten, stellen gemäss konstanter Rechtsprechung des EVG Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit dar.»* Allerdings gilt dies nur, wenn *«ein solcher Sachverhalt vorliegt»*.

Liegt kein derartiger Sachverhalt vor, insbesondere wenn das Spital als ambulanter Leistungserbringer auftritt, so ist keine selbständige Erwerbstätigkeit des Kaderarztes mehr gegeben.

Massgeblich ist hier, wer als Leistungserbringer auftritt bzw. mit wem die Patientin oder der Patient den Behandlungsvertrag abschliesst. Sind die entsprechenden Rahmenbedingungen erfüllt, so ist die private Sprechstunde wie jede Arztpraxis ausserhalb des Spitals zu behandeln.

Daran vermag auch die Tatsache nichts zu ändern, dass der Investitionsbedarf für die Arztpraxis, in welcher die private Sprechstunde betrieben wird, gering sein kann und die Tätigkeit wegen dem bestehenden Anstellungsverhältnis zumindest in zeitlicher Hinsicht gewissen Restriktionen unterliegt. Damit begibt sich der Kaderarzt im Rahmen der privaten Sprechstunde aber gerade nicht in ein typisches arbeitsorganisatorisches Abhängigkeitsverhältnis.

Die AHV-rechtliche Beurteilung ist für jede Tätigkeit gesondert zu betrachten. Die beiden Ausnahmen, mit welchen sich das EVG im Rahmen der bisherigen Rechtsprechung befasst hat, betreffen einerseits einen Chefarzt Radiologie, dessen Tätigkeit als ambulante Spitalbehandlung zu betrachten war. In diesem Rahmen trat das Spital als Leistungserbringer auf. Der betreffende Radiologiechefarzt hat weder über eigene Räumlichkeiten noch über eigenes Personal verfügt. Zum anderen handelt es sich um einen Entscheid der II. öffentlich-rechtlichen Abteilung. Diese musste sich primär mit einer abgaberechtlichen Problematik und nicht mit dem AHV-Status befassen.

Den Schlussfolgerungen, womit sich das Bundesgericht in concreto für den unselbständigen AHV-Status der Einkünfte aus ambulanter Tätigkeit am Universitäts-spital Genf ausgesprochen hat, kann zumindest nicht in allen Punkten gefolgt werden, gibt doch das Bundesgericht als eine der Hauptbegründungen an, dass für die ambulanten Patienten die üblichen Tarife gelten würden, was – sinngemäss – gegen die Annahme einer privatärztlichen Tätigkeit spreche. Der anwendbare Tarif stellt aber wegen bestehenden Tarifschutzes nach Art. 44 KVG (Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung; SR 832.10) gerade kein taugliches Beurteilungskriterium dar.

Immerhin lässt sich dem erwähnten Entscheid des Bundesgerichts entnehmen, dass es die Spitäler in der Hand haben, die private Sprechstunde weg zu organi-

sieren und in eine ambulante Spitaltätigkeit um zu funktionieren.

4. Aktuelle Empfehlungen der Sanitätsdirektorenkonferenz

Nach den Empfehlungen zur zukünftigen Ausgestaltung der Spitalarztabteilungen vom 17. Oktober/7. November 2002, welche von der Kommission «Vollzug KVG» der Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) erarbeitet wurden, soll das gespaltene Rechtsverhältnis in Bezug auf die allgemeine spitalärztliche oder privatärztliche Tätigkeit als überholt abgeschafft werden. Die Chefärztinnen und Chefärzte sollen inskünftig für die gesamte Tätigkeit (einschliesslich der privaten Sprechstunde) nur im Anstellungsverhältnis beschäftigt sein. In einem Schreiben vom 7. November 2002, welches an den Präsidenten des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) gerichtet ist, behauptet der Zentralsekretär der SDK gar, auch Honorareinnahmen aus ambulanter privatärztlicher Tätigkeit (private Sprechstunde) könnten nur im Falle der Erfüllung äusserst hoch angesetzter Anforderungen mit Bezug auf die Unabhängigkeit der Tätigkeit als Einkommen aus selbständiger Tätigkeit gelten. Die SDK stützt sich bei dieser These auf die jüngste Rechtsprechung.

Diese Annahme steht im Widerspruch zu den im Zusammenhang mit dem Betreiben einer privaten Sprechstunde stehenden Tatsachen und zur jahrzehntelangen konstanten Rechtsprechung des EVG.

Ausnahmen sind zwar denkbar, sie ändern aber am Grundsatz nichts. Die entsprechende Empfehlung der SDK ist nicht mehr und nicht weniger als ein politischer Vorschlag, wonach die private Sprechstunde abgeschafft werden soll.

Meines Erachtens setzen sich die Kaderärzte zu Recht gegen die Abschaffung der privaten Sprechstunde zur Wehr. Die private Sprechstunde ist erhaltungsbedürftig, weil sie den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten als kostengünstige Möglichkeit für die Abklärung schwieriger Fälle dient.

Werden diese Leistungen nicht mehr als Leistung des Kaderarztes in der privaten Sprechstunde, sondern als ambulante Spitalleistung erbracht, so werden keine Zuweisungen mehr erfolgen, weil die zuweisenden Ärzte für ihre Patientinnen und Patienten eine persönliche Betreuung durch den Kaderarzt wünschen. Oder die Behandlung wird entgegen dem Wunsch des zuweisenden Arztes nicht mehr persönlich durch den Kaderarzt erfolgen, was letztendlich zum gleichem Resultat führt.

5. Bundesgerichtliche Rechtsprechung und Literatur

a) Rechtsprechung zum stationären Bereich
BGE 101 V 252 (Zürich, Radiologiechef-
arzt unselbständig stationär); 122 V 281
(Luzern, unselbständig stationär); 124 V
97 (Genf, unselbständig stationär); H
201/00 vom 19.3.2002 (Bern, Radio-
logiechefarzt unselbständig stationär).

b) Rechtsprechung zur privaten Sprech-
stunde (ambulanter Bereich)
Grundsatz: BGE 101 V 252, E. 1b mit
Hinweis auf EVGE 1967 S. 80ff.; vgl.
zuletzt H 201/00 vom 19. März 2002, E.
3a, S. 6.

Ausnahmen: H 201/00 vom 19. März
2002 (Bern, Radiologiechefarzt un-
selbständig ambulant bzw. im Rahmen
der «privaten Sprechstunde») und Pra
1/1999, Nr. 3, S. 11 ff. (Genf, unselbst-
ständig ambulant bzw. im Rahmen der
«privaten Sprechstunde»). Der zuletzt
zitierte Entscheid der II. öffentlich-
rechtlichen Abteilung vom 11. August
1998 (Pra 1/1999, Nr. 3, S. 11 ff.) be-
zieht sich somit auf die ambulante
Sprechstunde, nicht aber die folgen-
den, auf S. 8 der Empfehlungen der
SDK zitierten Entscheide des EVG:
BGE 122 V 281 (Luzern, unselbständig
stationär) und BGE 124 V 97 (Genf,
unselbständig stationär).

c) Bedeutung von Abgaben auf Einkün-
ften aus privatärztlicher Tätigkeit
Vgl. Pra 1/1999, Nr. 3, E. 3cc, S. 20: Es
kann sich auch um die Beschränkung
eines Ergänzungslohnes handeln; an
der im Rahmen meiner Dissertation zur
Diskussion gestellten Auffassung, dies
könne als Tragung der effektiven
Gewinnungskosten der privatärztlichen
Tätigkeit im weitesten Sinne betrachtet
werden, kann im Lichte der erwähnten
bundesgerichtlichen Rechtsprechung
nicht mehr festgehalten werden.

d) Ausgewählte Literatur
HANSPETER KÄSER, Unterstellung und
Beitragswesen in der obligatorischen
AHV, 2. A., Bern 1996.

THOMAS EICHENBERGER, Die Rechtsstel-
lung des Arztes am öffentlichen Spital,
Diss. Bern/Stuttgart/Wien 1995.

Wegleitung über den massgebenden
Lohn (WML) des Bundesamtes für Sozial-
versicherung vom 1. Januar 2002.

CH. SCHAEPP, Spitalarzt – Arbeitnehmer
oder Selbständigerwerbender?, in:
Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 11
vom 14. März 1979, S. 505 ff.

FERDINAND ZUPPINGER, Sozialversiche-
rungsrecht und Steuerrecht, in: Sozial-
versicherungsrecht im Wandel, Fest-
schrift 75 Jahre EVG, Bern 1992, S.
385–406.

Fünf Fragen zu PonteNova

- Kann man noch Aktien zeichnen? – Ja, denn wir wollen das Aktienkapital über die Ein-Millionen-Grenze steigern (download Aktienzeichnungsschein unter www.pontenova.ch).

Braucht es für die Datensammlung 2003 Software-Investitionen? – Nein, wir akzeptieren jedes Format und auch Datenlieferungen auf Diskette. Im August erfahren Sie mehr.

- Muss man sich jetzt gleich anmelden? – Ja, wir erwarten Ihre Rücksendung, denn jede Kundin/jeder Kunde stärkt unsere Marktposition!

- Fördert es das «Vertruuwe» in die – versicherereigene – MediData, wenn diese den Softwarehäuser eine Provision für jeden bei einer Ärztin/einem Arzt installierten MediPort-Anschluss anbietet? – Nein, dies ist nicht «mini» Firma!

Hat PonteNova eine grösseres Potenzial als der Kanton Bern? – Ja, die Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn hat ihren Mitgliedern unter anderem PonteNova empfohlen.

Terminplan 2003

11. Sept.	erw. Präsidentenkonferenz, nachmittags
23. Oktober	Delegiertenversammlung, nachmittags

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 Juni 2003.

Voraussetzungen der Leistungspflicht bei Medikamenten aus vertrauensärztlicher Sicht



Dr. med.
P. Ryser
Leiter Vertrauensärztlicher
Dienst Visana

Gemäss Art. 57 KVG beraten Vertrauensärzte die Versicherten in medizinischen Fachfragen sowie in Fragen der Vergütung und der Tarifierung. Aus dieser scheinbar einfachen Voraussetzung ergeben sich die unterschiedlichsten Themenbereiche, mit denen sich ein Vertrauensarzt als Generalist beschäftigen muss. Als unabhängiger Berater der Kostenträger ist er in seinen Beurteilungen nicht an Weisungen gebunden, dagegen obliegt der definitive Entscheid über eine Leistungszusprache jedoch immer der Versicherung. Erfahrungen der letzten Jahre und Diskussionen mit Kollegen zeigen unter anderem, dass gerade im Bereich medikamentöser Behandlungen bezüglich Voraussetzungen der Leistungspflicht leicht Missverständnisse, manchmal auch unzutreffende Vorstellungen entstehen. Ich nehme daher die Gelegenheit gerne wahr, hier auf einige wesentliche Punkte hinzuweisen. Dies soll dazu dienen, einige Begriffe und Voraussetzungen zu klären, um so unnötige Umtriebe für alle Teilnehmer reduzieren zu helfen.

Wichtige Voraussetzungen der Leistungspflicht sind insbesondere:

- Registrierung eines Arzneimittels durch Swissmedic (ehemals IKS). Sie erfolgt indikationsbezogen gemäss Registrierungstext im Arzneimittelkompendium. Ohne diese Voraussetzung ist Vertrieb und Einsatz von Medikamenten in der Schweiz nicht gestattet. Ausnahmegenehmigungen für in der Schweiz nicht verfügbare Arzneimittel werden durch die Registrierungsbehörde erteilt.

- Erst die Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste (SL) durch das BSV (gemäss Vorschlag der Eidgenössischen Arzneimittelkommission EAK) definiert die Leistungspflicht des Krankenversicherers. Die Aufnahme kann unter der Bedingung einer Limitierung (Limitatio) erfolgen, die sich auf die Menge oder die medizinische Indikation, gegebenenfalls auf ganze Diagnosegruppen, beziehen kann.

Der Vertrauensarzt hat sich bei der Überprüfung der Leistungspflicht an diese Vorgaben zu halten. Bei der SL handelt es sich um eine abgeschlossene Liste, welche grundsätzlich keine Ausnahmen duldet. Zu beachten sind die weiter unten aufgeführten Spezialfälle wie orphan indications und compassionate use. Die Registrierung/Bewilligung durch Swissmedic basiert auf den Kriterien der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit. Bei der Aufnahme in die SL werden vom BSV zusätzlich die Erfordernisse der Wirtschaftlichkeit berücksichtigt.

Definitionen und weitere Ausführungen zu wichtigen Begriffen:

Orphan indications: «Verwaiste Indikationen» bei Behandlung seltener Krankheiten: definiert durch Prävalenzkriterien: USA (seltener als 7.5 Fälle/10'000, EU 5/10'000 Einwohner) Wirksamkeit dokumentiert, kleine Fallserien, Wirkung überzeugend, anspruchsvolle Studien infolge Seltenheit der Erkrankung kaum möglich, praktisch einzige zumutbare Therapie. Beispiel: Zystinose, mit Häufigkeit von 2,5:100'000, Cystagon verhindert intrazelluläre Kristallbildung.

Compassionate use: («Mitleidsindikation»), eines nicht registrierten Medikamentes bei schwerwiegender Erkrankung, absoluter oder vitaler Indikation oder schwerer potentiell lebensbedrohlicher/invalidisierender Krankheit ohne andere zumutbare Behandlungsalternative. Relativ häufig zur Diskussion bei Onkologika! Hier stellt sich manchmal die Frage der Qualität des erfolgten Wirksamkeitsnachweises.

Off-Label use: Nutzung zugelassener Medikamente ausserhalb ihres registrierten

(und in die SL übernommenen) Anwendungsbereiches: häufig Onkologika.

Medizinprodukte: Im Gegensatz zu Medikamenten keine pharmakologische, sondern physikalische Wirkung. Anderes Zulassungsverfahren durch BAG, EU Richtlinien bezüglich Qualitätsstandards für Herstellung massgebend. Keine Aufnahme in die SL. Beispiel Viskosupplementation, mechanischer Synovialflüssigkeitsersatz, Medizinprodukte sind oft als notwendiger Bestandteil der Behandlung (Beispiel Implantate) leistungspflichtig.

Bei Vorliegen von «orphan indications», oder eindeutigen Fällen von «compassionate use» kann vom Vertrauensarzt eine positive Empfehlung zur Übernahme aus der Grundversicherung abgegeben werden. Zur Abfassung seiner Beurteilung ist er aber auf eingehende sachbezogene Informationen angewiesen.

Viele Off Label-Anwendungen erfüllen die Bedingungen der Leistungspflicht auch im Rahmen der erwähnten Ausnahmeregelungen nicht, so dass nach Überprüfung der SL-Limitationen eine Abgeltung aus der Grundversicherung entfallen muss. Teilweise werden von den Krankenkassen Leistungen aus der Zusatzversicherung erbracht, wobei die jeweiligen Allg. Versicherungsbedingungen massgebend sind.

Helsana-Ärztterating

Helsana führt in einigen Kantonen – auch im Kanton Bern – bei Patienten ausgewählter Grundversorger (Stichprobe von rund 400 Ärztinnen und Ärzten schweizweit) mittels Fragebogen eine Umfrage zu den Leistungen ihres Arztes durch. Das Vorhaben ist mit dem Datenschützer abgesichert und von dieser Seite somit nicht zu beanstanden. Der Fragebogen beschlägt vor allem die subjektiven Eindrücke der Patienten in der Praxis. Die Resultate dürften für die betroffenen Praktiker von Bedeutung sein, aber auch für unternehmerisch geführte Praxisketten bzw. -Netzwerke. Allein aus dieser Sicht macht es für eine Krankenkasse Sinn, abzuklären, welche Ärzte eine grosse Patientenbindung erreichen können und welche nicht. Wahrscheinlich geht es also darum, zu erfahren, welche kostengünstig praktizierenden Ärzte auch in der Lage sind, eine hohe Patientenbindung herzustellen.

Peter Jäger

Bericht aus dem Grossen Rat



T. Heuberger,
Vizepräsident
der Ärzte-
gesellschaft und
Grossrat

Nach wie vor, und vermutlich noch einige Zeit, wird die Politik im Kanton Bern geprägt sein durch die knappen Finanzen, Resultat gehabter Freuden (Freuden??) vergangener Zeiten unter den «Gnädigen Herren» der 70- und 80-iger Jahre (Teilweise nachzulesen in den «Memoiren» von Herrn Martignoni, alt-RR des Staates Bern: Hier werden Erinnerungen wach, und nicht nur gute!).

Besonders oft wirken diese Finanzfragen in der Gesundheits- und Spitalpolitik des Kantons nach, wo sich kostenintensive Probleme und Zukunftsvisionen summieren und Lösungen wegen divergierender Privatinteressen schwer zu finden und noch schwieriger durchzusetzen sind. Es kommt kaum vor, dass eine Session vorübergeht, ohne dass wir derartige Fragen im Rahmen von Motionen oder Gesetzesvorlagen behandeln, allenfalls auch überweisen oder beschliessen und nicht selten damit gleich neue Probleme und Unsicherheiten verursachen, die dann wieder nach neuen Projekten, Interpellationen, Motionen oder Fragen rufen: Sisyphus liesse grüssen, wäre er nicht gerade mit Steinewälzen vollauf beschäftigt.

So wurde die Interpellation unseres ehemaligen Vizepräsidenten, Franz Haldimann, Stadtvater von Burgdorf («Führungsschwäche im Verwaltungsrat des Insspitals») kaum kontrovers diskutiert, da die Antwort des Regierungsrates hier viel besser ausfiel, als frühere Meinungsäusserungen und klar eine Verkleinerung und Professionalisierung des VR angestrebt wird, voraussichtlich ohne Mitgliedschaft von Regierungsräten.

Wo fliessen die Gelder für Mediziner-Ausbildung im Insspital hin und könnte nicht

ein Teil der Ausbildung in Hausarztmedizin («Modell Wick») hierin mitfinanziert werden, die sonst nicht weitergeführt werden kann? Eine Antwort der Regierung (Motion Amstutz, Motion Heuberger) steht noch aus, und wir sind gespannt, wie sich hier die Zukunft gestaltet.

Eine Motion zur Spitalplanung (Frau GR Fritschy) wurde überwiesen: Es sollen Planungsaufgaben der zukünftigen Spitalversorgung bereits jetzt an die Hand genommen werden, die eigentlich erst mit dem neuen Spitalversorgungsgesetz (SpVG: Wann?) spruchreif wären, insbesondere eine Art rollende Planung der neu auftretenden Bedürfnisse und Angebotsmöglichkeiten: Spartenbezogene Nachfrageplanung, Behandlungsketten, Qualitätsmanagement, Angebotsplanung unter Einbezug von Institutionen ohne Beiträge der öffentlichen Hand, Strukturen der **umfassenden** Gesundheitsversorgung usw. Hier will der Regierungsrat die im SpVG bereits vorgesehenen regelmässigen Versorgungsberichte einsetzen. Eigentlich hätte man diese Motion auch gleich abschreiben können, da sie den Intentionen der Regierung und dem Projekt SpVG entspricht.

Was allerdings folgender Vorschlag in derselben Motion bewirken soll, ist nicht so ganz klar auszumachen, wurde so aber auch nicht diskutiert und lediglich in meinem Votum in Frage gestellt: Gänzlicher Spitalneubau (wo?) eines Zentrums anstelle von umfangreichen Sanierungen (womit?) benachbarter Spitäler (welche?), die dann allenfalls für neue Aufgaben im Rahmen der «Behandlungskette» zu nutzen seien (ohne Sanierungen?). Bringt ein neues, grosses Spital wirklich bessere Qualität? Betreuungsvorteile? Patientennähe? Kosteneinsparungen? Ich denke nicht, dass heute neue Spitäler gebaut werden sollten, ein solches Projekt läge ziemlich quer in der Landschaft.

Weitere Motionen betreffend Gesundheitskosten, Spitalkosten, Versorgungssicherheit, Gesundheitsqualität und so weiter liegen für die kommenden Sessionen in der Luft, der Stoff wird uns nicht ausgehen. Wie sollen die Spitäler 42 Millionen sparen, die bereits abgespeckt haben, die mit den Pauschalvergütungen mehr Kosten selbst zu tragen haben, die Forderungen des Personals auf dem Tisch haben und die auch noch die Innovations-

kosten der Medizin zu tragen haben? Motion Schürch: Spitalplanung durch den Kanton, aber subito! Motion Schär: keinerlei Sparmassnahmen (SAR) bei den öffentlichen Spitälern, aber subito! Motion SP: Aufstockung der Stellen im Pflegebereich wegen VAP, aber subito! Dass es möglich ist, aus dem Thema der präventiven Mammographie ein jurapolitische Frage zu machen, ist doch noch ein typisch kantonbernisches Polit-Aperçu der besonderen Art.

Ein Verbot der Tabakwerbung und der Werbung für Alkopops mit Zielpublikum Jugendliche hat einigen Staub aufgewirbelt. Es könnte auf lange Frist hoffentlich der Gesundheitsverbesserung dienen und allenfalls auch die Gesundheitskosten beeinflussen. Auch wenn mir Verbote eher fragwürdig erscheinen, da ich wesentlich auf die Selbstverantwortung von Individuen setze, so ist dies doch ein positives Zeichen und die recht harschen Reaktionen entsprechender Interessenvertreter zeigen, dass dies der richtige Weg ist.

Mir graut etwas vor den Diskussionen um die Steuerabbauintiative in einem Kanton, in dem langfristige Ideen immer wegen der fehlenden Finanzen Schiffbruch erleiden oder politisch nicht durchsetzbar sind: Es wäre zu wünschen, dass wir uns einmal am Beispiel Amerika orientieren und zuerst deren schlechte Erfahrungen Revue passieren lassen, bevor wir denselben Fehler auch machen: «Am meisten und billigsten lernt man aus den Fehlern, die andere bereits gemacht haben!»

T. Heuberger

RoKo

Diejenigen Mitglieder, welche zur Bezahlung des um Fr. 120.– erhöhten Mitgliederbeitrages ausnahmslos verpflichtet sind, erhalten eine Vergütung von Fr. 200.–, wenn sie an der Rollenden Kostenstudie (RoKo) teilnehmen und vollständige bzw. auswertbare Daten liefern.

Praxisnetze mit Budgetverantwortung: Managed Care im Zyklus von Engagement und Enttäuschung

Schlagwörter wie «Ärzteneetze mit Budgetverantwortung» verunsichern zur Zeit viele Kolleginnen und Kollegen. Mehrjährige Erfahrungen der Partner im MediX Ärzteverbund zeigen aber, dass sie eine Chance sein könnten, die verlorenen geglaubten Kompetenzen und Fähigkeiten des guten alten Hausarztes wieder aufzuwerten und zum Nutzen aller Beteiligten einzusetzen.

Die Zeichen der Gesundheitskommissionen, des National- und Ständerates sind klar gesetzt: «Ärzteneetze mit Budgetverantwortung» heisst das Zauberwort, auch wenn Zweifel berechtigt sind, ob wirklich alle Politikerinnen und Politiker ein klares Bild davon haben, was damit gemeint sein könnte und wie diese Idee umsetzbar ist.

Dieses Bekenntnis zu Netzwerken ist mutig. Viele von Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, werden ihre negativen Erfahrungen und Enttäuschungen mit kas-

sengesteuerten Hausarztneetzen hinter sich haben und über ein solches Ansinnen nur frustriert den Kopf schütteln, schaute doch in vielen Fällen nichts heraus ausser viel Papierkram und dem Tadel, dass doch keine Kosteneinsparungen erzielt werden konnten. Obwohl diese eindeutig nachweisbar, liessen die Versicherer in den letzten Jahren kaum ein Engagement in Managed Care erkennen und der Versicherungsanteil ist mit 8% in diesen Modellen doch eher dürftig.

Dennoch sind die Vorgaben und Forderungen des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 12. Februar 2003, des Gesundheitsrates vom 27. Februar 2003 und des Ständerats vom 13. März 2003 eindeutig:

- Wirtschaftliche Mitverantwortung und Vernetzung für Leistungserbringer
- Schrittweise Aufhebung des Kontrahierungszwangs
- Flächendeckende Einführung von Managed Care-Modellen

- Managed Care-Angebotsobligatorium für Versicherer
- Erhöhung der Kostenbeteiligung ausserhalb dieser Versorgungsmodelle («differenzierter Selbstbehalt»)
- Förderung der Steuerung von Behandlungsprozessen.

An dieser Ausgangssituation gilt es sich zu orientieren. Es ergibt sich für uns Leistungserbringer die einmalige Chance, das Heft selber in die Hand zu nehmen. Ein Projekt dieser Dimension hat nur eine Chance, wenn es von den Ärztinnen und Ärzten schrittweise und «bottom-up» eingeführt wird. Bei einer über Verordnungen diktierten Einführung «top-down» via Verwaltung, Verbände oder gar Krankenversicherer dürfte den Bedürfnissen der Leistungserbringer kaum Rechnung getragen werden.

Lassen Sie mich am Beispiel des MediX Ärzteverbundes aufzeigen, wie ein Ärzteneetz mit Budgetverantwortung seit 1999 erfolgreich funktioniert.

Dr. med. Adrian Wirthner

In der nächsten Ausgabe von doc.be wird der komplette Beitrag abgedruckt.

Jahresbericht 2002 des Präsidenten



J. Schlup,
Präsident der
Ärztegesellschaft
des Kantons
Bern

1. Einleitung

Das Jahr 2002 brachte unserem Land und seinen Nachbarländern bemerkenswerte Impulse. Am 1. Januar wurde in Europa eine gemeinsame Währung eingeführt. Am 3. März sagten 55% der stimmenden Schweizerinnen und Schweizer «Ja» zum Uno-Beitritt und am 15. Mai wurde die Expo.02 eröffnet. Erinnern Sie sich an die Wolke in Yverdon, den Vanilleduft in Neuchâtel, an den Monolithen in Murten und ans Happy-End in Biel?

Am 17. Juli starb unser Ehrenmitglied, mein Amtsvorgänger Reinhold Streit. In den letzten Monaten seines Lebens wurde er – eindrücklich von ihm selber beschrieben – «vom Arzt zum Patienten». Oberstes Ziel seines ärztlichen und standespolitischen Tuns und Handelns war immer das Wohl und die Würde der Patienten. Wir wollen uns bemühen, seinen Vorgaben nachzuleben.

2. Gesundheitspolitisches Umfeld 2002

2.1 Die Schweiz

Die Konstanz in unserem Gesundheitswesen bleibt der Wandel. Mit 4% pro Jahr wächst es weiter, dies ganz im Gegensatz zum Grossteil der übrigen Wirtschaftsbereiche, die lediglich ein Wachstum von knapp 1% verzeichnen. Das geringe wirtschaftliche Wachstum in unserem Land führt zu einem Finanzierungsproblem unseres Gesundheitssystems. «Das Gesundheitswesen bedroht uns, weil wir es nicht mehr bezahlen können», schreibt ein Redaktor der Tageszeitung «Der Bund» im Oktober 2002 in einem Artikel mit dem vielsagenden Titel «Horror vor den Ge-

sundheitswesen». Unser Gesundheitssystem – und damit wir Ärztinnen und Ärzte – geraten zunehmend unter Druck. Immerhin wird der nach wie vor hohe Prämienanstieg der Krankenversicherungen von rund 9% nicht mehr vorwiegend den Ärzten angelastet. Im Zentrum der Diskussion stehen heute der Kostenanstieg bei den Medikamenten und im ambulanten Spitalbereich sowie die Verluste der Krankenkassen mit Börsenanlagen und mit Debitorenausständen. Der Druck auf unser Gesundheitswesen führt – bei uns Ärztinnen und Ärzten, wie auch bei weiteren Leistungserbringern – zu Ermüdungserscheinungen. Bei wenigen leidet das Engagement, bei einigen befriedigt die Berufsarbeit weniger als früher. Bislang dürften sich die aktuellen Finanzierungsprobleme unseres Gesundheitswesens noch kaum auf die Qualität unserer ärztlichen Arbeit ausgewirkt haben, für die Zukunft schliesse ich dies aber nicht aus.

2.2 Der Kanton Bern

Auch im Kanton Bern wächst der Wirtschaftsbereich Gesundheitswesen (Beschäftigte, Kosten) mit rund 4% jährlich. Die Berner Wirtschaft dagegen wuchs 2001 lediglich mit 0.3% jährlich, noch weniger als die Schweizer Wirtschaft. Dieses ungleiche Wachstum von Gesundheitssektor und übriger Wirtschaft führt im Kanton Bern zu einem besonders ausgeprägten Finanzierungsproblem. Dies wird auch von der Regierung und vom Parlament erkannt und angegangen. Die im Herbst von der Regierung dem Parlament unterbreitete strategische Aufgabenprüfung SAR beweist dies, enthält dieses Sparpaket doch einen schönen Teil an Massnahmen im Gesundheitswesen. Diese Sparbemühungen zeigen sich auch im Bereich der ärztlichen Weiterbildung.

3. Gesundheits- und Standespolitik 2002

3.1 Aktivitäten der Berner Ärztegesellschaft auf nationaler Ebene

Aufhebung der freien Arztwahl

Der Vorstand der Berner Ärztegesellschaft trat auch im Berichtsjahr weiterhin gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs auf. Dies nicht zuletzt deswegen,

weil er weiterhin den Eindruck hatte, dass sich der Zentralvorstand der FMH zu wenig dezidiert gegen die von einem Grossteil der eidgenössischen Räte angestrebte Aufhebung der freien Arztwahl aussprach. Im Januar schrieb der Vorstand allen Mitgliedern der vorberatenden Nationalrätlichen Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit SGK einen Brief. Ziel dabei war, die Nachteile der vom Ständerat vorgegebenen absoluten Aufhebung des Kontrahierungszwangs aufzuzeigen. Das Schreiben basierte auf den Resultaten der Klausurtagung 2001 des Vorstandes. Im März erschien in der Tageszeitung «Der Bund» ein Artikel zum Vertragszwang, worin die FMH wie folgt zitiert wurde: «Die Ärzteorganisation FMH sperrt sich nicht grundsätzlich gegen eine Lockerung des Vertragszwangs.»

Der Vorstand beschloss daher Anfang April einen Vorstoss zu Händen der Ärztekammer: Am 25. April beantragte die Berner Delegation der Schweizerischen Ärztekammer, den Zentralvorstand FMH zu beauftragen, gegen einen allfälligen Beschluss des Parlaments, den Kontrahierungszwang aufzuheben und die freie Arztwahl abzuschaffen, das Referendum zu ergreifen. Der FMH-Präsident und zwei Kantonalpräsidenten sprachen sich gegen diesen Antrag aus und empfahlen Ablehnung. Unser Antrag wurde schliesslich mit rund 160 gegen 3 Stimmen bei wenigen Enthaltungen überwältigend angenommen. Diese nun ganz konkrete Referendumsdrohung setzte der Berner Vorstand im Sommer und Frühherbst beim politischen Lobbying mit Nationalräten gegen die ständerätliche Vorgabe ein.

Am 5. September beantragte der Berner Präsident der FMH-Präsidentenkonferenz, den Zentralvorstand FMH zu beauftragen, dafür zu sorgen, dass in der nationalrätlichen Kommission der folgende Zuschlag für eine Revision des Artikels 35 bzw. 36 KVG eingebracht wird: «Ärztinnen und Ärzte sind zugelassen, sofern sie erstens das eidgenössische Diplom besitzen und zweitens über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen sowie drittens sich über eine fünfjährige Berufsausübung ausweisen können, wovon mindestens drei Jahre an einer anerkannten klinischen Weiterbildungstätte und ein Jahr in der ambulanten Patientenbetreuung zu absolvieren sind.» (Gekürzter Antragstext für diesen Bericht) Diesen Antrag begründeten Berner Sekretär und Präsident damit, dass die eidgenössischen Parlamentarier eine klare und durch Präsidentenkonferenz oder Ärztekammer der FMH legitimierte Haltung der Ärzteschaft ver-

missen, betreffend die Frage ob anstelle der vollständigen Aufhebung des Kontrahierungszwangs eine besser praktikable Lockerung denkbar wäre. Die Parlamentarier wären daran interessiert zu wissen, wie eine Lockerung des Vertragszwanges möglicherweise ausgestaltet werden müsste, damit sie innerhalb der Ärzteschaft auf ausreichende Akzeptanz stossen würde. Die Parlamentarier wären an Gegenvorschlägen interessiert um einen aufwändigen Referendumskampf nach Möglichkeit zu vermeiden. Unser Antrag wurde von der FMH-Präsidentenkonferenz gutgeheissen und bereits am Folgetag durch Nationalrat Guisan, Vizepräsident der FMH, in die nationalrätliche Kommission eingebracht.

Ich schliesse nicht aus, dass die beiden Berner Vorstösse einen gewissen Einfluss darauf gehabt haben, dass die vorberatende Nationalrätliche Kommission unter Nationalrat Toni Bortoluzzi sich schliesslich gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs aussprachen; in seiner Begründung fanden die Referendumsdrohung und die eingebrachten Qualitätskriterien ausdrücklich Erwähnung. Kurz vor Sessionsbeginn Ende November richtete der Berner Vorstand einen weiteren Brief an alle Nationalräte. Darin sprach er sich für die Beibehaltung des Kontrahierungszwangs aus und schlug gleichzeitig sieben Qualitätskriterien als Bedingung zur Kontrahierung vor. Der Nationalrat lehnte die Aufhebung der freien Arztwahl schliesslich ab, die Frage wurde aber nicht abschliessend behandelt und lag am Schluss des Berichtsjahres beim Ständerat. Der Vorstand wird in dieser Frage weiterhin aktiv bleiben.

Zulassungsbeschränkung

Am 3. Juli verordnete der Bundesrat die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die bundesrätliche Verordnung erfolgte auf Grund Artikel 55a KVG, worin eine Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung ausdrücklich vorgesehen ist. Diese Massnahme ist bis Anfang Juli 2005 befristet. Bereits Ende Juni nahm die Berner Ärztesellschaft mit einem Pressecommuniqué ablehnend Stellung zum bevorstehenden Zulassungsstopp. Am Vorabend des bundesrätlichen Beschlusses organisierte der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzten VSAO eine Demonstration auf dem Bundesplatz. Zur Unterstützung entsandte sowohl der Vorstand der Berner Ärztesellschaft als auch derjenige der Leitenden Spitalärzte

des Kantons Bern je einen Redner. Unsere Unterstützung wurde vom VSAO positiv aufgenommen.

Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung
Die ärztliche Weiterbildung wird anscheinend seit Jahrzehnten durch die Universitätskantone subventioniert. Anlässlich der Sparbemühungen in Zürich und Bern wurde dieses Sparpotenzial aufgedeckt: Wie in Zürich beabsichtigt auch die Berner Regierung seit dem Berichtsjahr – auf Antrag der Universitätsleitung – die ärztliche Weiterbildung künftig nicht mehr zu finanzieren. Verbindliche Entscheide stehen am Ende des Berichtsjahres noch aus, es bleibt vorläufig bei einer Absichtserklärung: Einsparpotenzial für die Universität, beziehungsweise den Kanton Bern, angeblich rund 20 Millionen CHF. Würde dieses Sparpotenzial ausgeschöpft, könnte dies zu einer Kürzung der Assistenzarzlöhne an Universitätskliniken bis zu 15% führen. Dies wäre meiner Meinung nach eine falsche Massnahme zum falschen Zeitpunkt. Einmal mehr würde für unseren ärztlichen Nachwuchs ein negatives Signal gesetzt. Anlässlich der FMH-Präsidentenkonferenz vom 5. September wurde auf meinen Antrag dieses Geschäft neu in die Traktandenliste aufgenommen und diskutiert. Für den Grossteil der anwesenden Präsidenten, eingeschlossen die VSAO-Delegation, war dieses Thema neu, beziehungsweise unbekannt. Der FMH Zentralvorstand wurde beauftragt, unter Einbezug des VSAO Verhandlungen mit den entsprechenden Universitätskantonen aufzunehmen.

3.2 Aktivität der Berner Ärztesellschaft auf kantonaler Ebene

Einige Aktivitäten bleiben unerwähnt, teils weil sie nicht realisiert werden konnten, teils weil sie einer gewissen Vertraulichkeit bedürfen.

Sekretariat

Im Frühjahr wurde für das Sekretariat ein neues Mitglieder-Administrationsprogramm (EPOS) angeschafft und eingeführt. Dank dem umsichtigen Wirken unserer Sekretariatsleiterin, Frau Wolf, konnte diese Software gemeinsam mit anderen Kantonalgesellschaften eingeführt werden. Dadurch wurde die Einführung kostengünstiger als geplant.

TarMed

Zwischen April und Oktober des Berichtsjahres führte das Schulungsteam der Ärz-

tesellschaft unter Leitung von Thomas Heuberger und François Bossard insgesamt 6 Halbtageskurse durch. Rund 600 Mitglieder unserer Gesellschaft beschäftigten sich vertieft mit TarMed und wurden vom Schulungsteam – auf Grund der Kursevaluation durch die Teilnehmer – erfolgreich an das neue Tarifwerk herangeführt. Erstmals innerhalb der FMH wurde dabei eine Schulungs-CD eingesetzt. Geschaffen wurde diese CD von der Berner Ärztesellschaft, unter Führung unseres Experten François Bossard, in enger Zusammenarbeit mit der Ärztekasse. Im Hinblick auf die Erarbeitung einer solchen CD fanden bereits im August 2001 erste Gespräche zwischen der Ärztekasse und dem Vorstand unserer Ärztesellschaft statt.

Aus Gründen der Planung musste der Vorstand bereits im Januar des Berichtsjahres die Schulungstermine festlegen, dies ohne Kenntnis des Einführungszeitpunktes von TarMed. Dieser Beschluss des Bundesrates erfolgte erst im September des Berichtsjahres; zu diesem Zeitpunkt war bereits der grösste Teil der TarMed-Schulung im Kanton Bern erfolgt. Rückblickend darf auch auf Grund des Einführungszeitpunktes TarMed UVG am 1.5.2003 festgestellt werden, dass die Ablaufplanung – im Gegensatz zu anderen Kantonen – zeitgerecht war und das Schulungsteam (F. Bossard, EDV; B. Gafner, Logistik; Th. Heuberger, Standespolitik; D. Zundel-Maurhofer, Support; M. Schultheiss, Support) sehr gute Arbeit leistete.

Im März des Berichtsjahres wählte der Vorstand eine kompetente und breit abgestützte kantonale Verhandlungsdelegation TarMed: Fürsprecher U. Hofer (Verhandlungsleiter), Dr. med. B. Gafner (Beisitzer), Dr. med. P. Luder (Beisitzer) und Ing. ETH A. Prantl (Experte). Im September wurden die Verhandlungen mit Santé-suisse Region Mitte aufgenommen. Bis zum Jahresende wurden neben verschiedenen Vorbereitungssitzungen insgesamt 3 Plenumsitzungen durchgeführt. Die Verhandlungsatmosphäre war durchaus freundlich, respektvoll und offen.

Trust Center PonteNova

Das vom Vorstand im Herbst 2001 initiierte und anschliessend finanzierte Projekt «Trust Center der Berner Ärzteschaft» wurde von einem Projektteam unter Leitung unseres Vorstandsmitglieds H.W. Leibundgut erarbeitet. Im März des Berichtsjahres wurde dieses Trust-Center-Projekt PonteNova der Delegiertenversammlung vorgelegt und fand deren Zustimmung (ohne Gegenstimme bei einer

Enthaltung). Bereits am 4.4.2002 wurde projektgemäss die PonteNova AG mit einem Aktienkapital von CHF 250'000.– und 77 Aktionärinnen und Aktionären gegründet. Die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern zeichnete dabei Aktien im Nominalwert von CHF 50'000.– und empfahl unser Vorstandsmitglied H.W. Leibundgut zur Wahl als Präsident des Verwaltungsrates. Mit PonteNova hat die Berner Ärztesgesellschaft das erste ärzteigene Trust Center in diesem Land realisiert. Der Vorstand nahm im Berichtsjahr Gespräche mit der Versichererseite zum Thema Abgeltung elektronischer Datenlieferungen auf.

200 Jahre Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Im Jahre 2009 jährt sich die Gründung unserer Ärztesgesellschaft zum 200. Male. Im Hinblick auf diesen runden Geburtstag hat der Vorstandsausschuss erste Beschlüsse gefasst und ein Vorprojekt lanciert: Zwecks Erarbeitung einer Festschrift soll eine Projektgruppe gebildet werden. Im Berichtsjahr fanden bereits 3 Sitzungen der Vorprojektgruppe statt, an welchen auch die Historiker Frau Prof. M. Herren und Herr Prof. U. Boschung teilnahmen. Im Jahre 2003 sollte das Projekt Festschrift gestartet werden können.

Mitgliedschaft Berner KMU

Ein Beitritt der Berner Ärztesgesellschaft zum Gewerbeverband des Kantons Bern – heute Berner KMU genannt – wurde bereits im Jahre 1996 breit diskutiert und in einer Urabstimmung mit 865 zu 410 Stimmen klar verworfen. Auf Antrag des Bezirksvereins Oberaargau wurde das Thema in der erweiterten Präsidentenkonferenz im Frühjahr traktandiert und diskutiert. Christoph Hug, Präsident des Bezirksvereins Oberaargau, setzte sich mit einem breit abgestützten Argumentarium für einen Beitritt zum Berner KMU ein. Nach ausgiebiger Debatte sprach sich die erweiterte Präsidentenkonferenz mehrheitlich dagegen aus, den Beitritt der Berner Ärztesgesellschaft zum Berner KMU erneut der Delegiertenversammlung zur Diskussion zu stellen. Gegen Ende des Berichtsjahres beschloss der Bezirksverein Oberaargau dem Berner KMU beizutreten.

Helsana Ärztatering

Im Frühjahr führte Helsana im Kanton Bern eine Pilot-Ärztbefragung mit dem Ziel durch, das wirtschaftliche Handeln der Ärzte auszuleuchten. Eine Dreierdelegation der Ärztesgesellschaft wurde von Helsana über die geplante Befragung der

Hausärzte und später auch der Patienten vororientiert. Die zum Versand gelangenden Unterlagen wurden dabei nicht vorgelegt. Befremdend wirkte sich aus, dass Helsana diese Orientierung als Absprache bezeichnete. Der Inhalt des von Helsana an die Hausärzte versandten Schreibens kam einer Strafaktion nahe, der gewählte Kommunikationsstil war recht ruppig. Trotzdem, oder vielleicht gar deswegen, wurden von den 734 versandten Fragebogen 303 ausgefüllt an Helsana zurückgeschickt, was einem Rücklauf von 41% entspricht. In der Folge wurde das Helsana Ärztatering auf Grund der Erfahrungen im Kanton Bern überarbeitet, bzw. angepasst und auf 10 Kantone ausgedehnt. Der durchschnittliche Rücklauf in all diesen Kantonen belief sich auf 54% und kam im Kanton Zürich nahe an die 70% Marke. Für die Befragung im Kanton Bern gilt: Einschüchterungspolitik schafft keine Basis für Zusammenarbeit.

Strukturüberprüfung Inselspital

Im Frühjahr 2002 legte die vom Regierungsrat mit einer Strukturüberprüfung beauftragte Firma PriceWaterhouseCoopers Empfehlungen vor, welche den Vorstand der Berner Ärztesgesellschaft zu einem Vorstoss bei der Berner Regierung veranlasste. Dabei hielten wir fest, dass die von der Überprüfungsfirma empfohlene «Entflechtung» von Inselspital und Fakultät aus unserer Sicht beunruhigend sei. Die favorisierte grössere gegenseitige Unabhängigkeit steht im Gegensatz zu vergleichbaren Universitätsspitalern in der Schweiz und in Europa. Die dortige Entwicklung der letzten Jahre geht eher in Richtung verstärkter Zusammenarbeit in vereinfachten Führungsstrukturen. Eine Entflechtung von Spital und Fakultät würde die Konkurrenzfähigkeit unserer Fakultät nicht verbessern, sondern – im Gegenteil – verschlechtern. Zudem wurde 1999 die heute vergleichsweise geringe Einbindung der Fakultät im Berner Universitätsspital von den inspizierenden Experten als nicht akkreditierungstauglich beurteilt. Will man das Berner Universitätsspital mit strukturellen Massnahmen konkurrenzfähiger machen, dann müsste aus unserer Sicht die Führungsstruktur der medizinischen Fakultät mit derjenigen des Inselspitals zusammengelegt werden. Kurze Entscheidungswege, Verminderung von Doppelspurigkeiten und flache Führungsstruktur sowie Einsparung finanzieller Mittel könnten die Folge sein. Zudem würden verantwortliche Ärzte nicht länger zwei verschiedenen vorgesetzten Instanzen (Dekan und Spitaldirektor) dienen, sondern nur noch ein und derselben Leitung.

Zudem müssten die Aufgaben als Lehrstuhlinhaber der Fakultät und als verantwortlicher Chefarzt am Inselspital zusammengelegt werden, damit würde Effizienz gewonnen und Konfliktpotenzial abgebaut. Das im Strukturbericht PriceWaterhouseCoopers als nicht prioritär bezeichnete Modell «Verschränkung» (verstärkte Zusammenarbeit) wäre geeignet, die vom Kantonsparlament Anfang 2002 überwiesenen Motionen der Geschäftsprüfungskommission sowie der FDP umzusetzen.

Umsetzung Zulassungsbeschränkung

Die im Anhang der bundesrätlichen Verordnung vom Bundesamt für Sozialversicherung verwendete Statistik basiert auf dem Zahlenregister von Santésuisse und weist – mindestens für den Kanton Bern – Mängel auf. Daher beantragte unser Kantonsarzt dem Bundesrat, bzw. dem BSV, die im Anhang der Verordnung festgelegte Anzahl, der für die Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer, anzupassen. Dazu führte das Kantonsarztamt – in Zusammenarbeit mit der Berner Ärztesgesellschaft – eine Umfrage zur Erhebung der am Stichtag tatsächlich zugelassenen Leistungserbringer durch. Die so erhobene Zahl der Leistungserbringer – die höher liegt als die vom BSV verwendeten Zahlen – wurden nun in die Anhänge 1 und 2 der Verordnung übernommen. Letztere wurde per 1. Januar 2003 in Kraft gesetzt.

Strategische Aufgabenüberprüfung SAR

Weil die Berner Regierung vom Grosse Rat mittels Motion gezwungen wurde, seine Schulden abzubauen, sieht sich diese Regierung gehalten, kantonale Aufgaben auf ein nachhaltig finanzierbares Niveau abzubauen. Dazu führte sie im Berichtsjahr eine strategische Aufgabenüberprüfung durch, von welcher das Gesundheitswesen mit dem Projekt «Polikliniken+» ebenfalls betroffen wurde. Grundsätzlich unterstützte der Vorstand das Vorhaben des Regierungsrates, im stationären Bereich des Gesundheitswesens weitere Einsparungen zu erzielen. Von solchen Massnahmen sind allerdings die Spitäler in den Randregionen auszunehmen. Zudem muss sich die Regierung bewusst sein, dass Sparanstrengungen zu empfindlichen Engpässen zu Lasten der Patientinnen und Patienten für nicht vordringliche Behandlungen führen können. Mittels Medienmitteilung und an Hearings bei drei Grossratsfraktionen sprachen wir uns gegen die vom Regierungsrat vorgeschlagene Umwandlung der Bezirksspitäler in Polikliniken aus. Eine Umlagerung von Kosten vom stationären in den ambulanten Sektor macht weder aus gesundheitspolitischer noch aus wirtschaftli-

cher Sicht Sinn. In der Novembersession lehnte das Kantonsparlament das Projekt «Polikliniken +» ab, allerdings mit der Auflage an die Regierung, trotzdem CHF 21 Millionen im Spitalbereich einzusparen.

Teilkompensation Teuerungsrückstand

Wie im letzten Jahresbericht erwähnt, stellte der Vorstand der Berner Ärztegesellschaft im Oktober 2001 der Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF den Antrag auf Erhöhung des Taxpunktwertes von CHF 1.50 auf CHF 1.55. Die GEF unterstützte unseren Antrag und leitete unsere Unterlagen mit ihrer positiven Stellungnahme dem Preisüberwacher PÜW zur Überprüfung weiter. Der PÜW verlangte von uns Zahlenmaterial, welches wir dank unserer Rollenden Kostenstudie RoKo zu liefern im Stande waren. Nach mehrmonatiger Bedenkzeit äusserte der Preisüberwacher Vorbehalte. Trotzdem beschloss der Regierungsrat des Kantons Bern am 4. September 2002, der beantragten Taxpunktwerterhöhung zuzustimmen und teilte uns dies mit Schreiben vom 23. September 2002 mit. Durch eine Indiskretion konnten der nicht orientierte Vorstand und alle Mitglieder diese Mitteilung bereits am 6. September 2002 vorzeitig der Presse entnehmen. Dies führte zu einer erheblichen Verunsicherung unserer Mitglieder. Dank einer Sonderleistung unseres Sekretariats konnten unsere Mitglieder 24 Stunden später von uns schriftlich dahingehend informiert werden, bis auf Weiteres den bisherigen Taxpunktwert von CHF 1.50 anzuwenden. Am 23.9.2002 wurde uns der Regierungsratsentscheid eröffnet. Die darauffolgende 30-tägige Beschwerdefrist nutzte San-tésuisse um beim Bundesrat Beschwerde zu erheben. Dadurch erlangte der positive Regierungsratsbeschluss vorderhand keine Rechtskraft.

Rollende Kostenstudie RoKo

Die Anzahl der an der Rollenden Kostenstudie RoKo teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte ging in den letzten acht Jahren kontinuierlich zurück. Die Teilneh-merrate lag 2001 bei 10%. Am Beispiel unseres Antrags auf Taxpunktwerterhöhung zeigt sich das Gewicht des eigenen Zahlenmaterials als Argument für Verhandlungen. Auch im Hinblick auf die Einführung von TarMed (Kostenneutralität) ist es wichtig, über eigene Zahlen zu verfügen. Mit den von unse-rem ärzteeigenen Trust Center generierten Daten, werden wir die Er-tragsseite aufzeigen können. Im Gegen-satz dazu zeigen die RoKo-Zahlen die Auf-wandseite. Um Forderungen mit Zahlen abzustützen, brauchen wir sowohl Er-

trags-, als auch Aufwandzahlen. Die Rech-nungsdaten des Trust Centers werden die RoKo-Zahlen nicht ersetzen können, son-dern diese vielmehr ergänzen.

An der Herbst-Delegiertenversammlung wurde die sinkende Teilneh-merrate RoKo diskutiert. Die Delegiertenversammlung beauftragte den Kantonalvorstand, ein Anreizsystem für die Erhöhung der Teil-nehmerzahlen RoKo zu erarbeiten.

BETAKLI

An den Berner Tagen der Klinik – Betakli 2002 – nahmen rund 400 Berner Ärztinnen und Ärzte teil. Die medizinische Fortbil-dungsveranstaltung der Berner Ärztege-sellschaft in Zusammenarbeit mit dem In-selspital verlief – gemäss der eingegan-genen Beurteilungsbogen der Teilneh-mer – ausserordentlich erfolgreich. Dieser Erfolg gründet auf den engagierten Do-zenten unseres Universitätsspitals, auf den teilnehmergerechten Vorgaben unserer tagesverantwortlichen hausärztlichen Mo-deratoren, auf der Führung durch die erfahrene BE-TAKLI-Kommission unter dem Vorsitz von Prof. H.J. Peter und auf der vorbildlichen Organisation durch un-ser Sekretariat unter Leitung von Frau P. Wolf.

Notfalldienst

Die im Vorstand erarbeiteten Notfalldien-stempfehlungen wurden im Sommer zur Vernehmlassung in die Bezirksvereine ge-geben, überarbeitet und im Herbst der Delegiertenversammlung vorgelegt. Juri-stisch haben Empfehlungen keinen verbindlichen Charakter. Die Bezirksvereine bleiben in dieser Frage nach wie vor auto-nom, empfinden aber Richtlinien der kan-tonalen Ärztegesellschaft in diesem Be-reich als hilfreich. Die von den Delegierten genehmigten Empfehlungen zum ärzt-lichen Notfalldienst umfassen die drei Bereiche:

1. Dispensation auf Gesuch der notfall-dienstpflichtigen Person
2. Dispensation durch Beschluss des für die Durchführung zuständigen Bezirks-vereins- oder Notfalldienstkreises
3. Notfalldienstersatzabgabe

Vernehmlassungen

Der Vorstand der Berner Ärztegesellschaft nahm an sechs Vernehmlassungen teil, davon fünf unter Federführung der Ge-sundheits- und Fürsorgedirektion GEF:

1. Berner Modell Spitalfachärztin/Spital-facharzt (GEF)
2. Verordnung über den schulärztlichen Dienst sowie über den schulärztlichen Tarif (GEF)

3. Empfehlungen der Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW zum Sponsoring der Aus-, Wei-ter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten
4. Entwurf Patientenrechtsverordnung enthaltend die präzisierenden Aus-führungsvorschriften zum Bereich Pa-tientenrechte des Gesundheitsgeset-zes (GEF)
5. Spitalversorgungsgesetz (GEF)
6. Verordnung über die Ausnahmen der Zulassungsbeschränkung von Leis-tungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegever-sicherung (GEF)

Klausurtagung

Im Vorjahr 2001 thematisierte die Klausur-tagung unseres Vorstandes die freie Arzt-wahl, im Berichtsjahr nun war das Thema «Nutzen stiften». Ziel war, innerhalb des Vorstandes die Voraussetzungen zu schaf-fen, ausgewählte Probleme in ressortge-gliederten Arbeitsgruppen zu bearbeiten, dem Vorstand Lösungsvarianten aufzuzei-gen und damit seine Entscheidungen vor-zubereiten. Wertvolle Anregungen erhielt der Vorstand dabei von zwei Referenten aus der Bundesrepublik Deutschland, einer Hausärztin und einem Spitalarzt. Ihre Schilderungen der neusten Entwicklungen des Gesundheitswesens in Deutschland und ihr Ausblick für die kommenden Jahre haben uns getroffen. Ich erlaube mir, ihren Aufruf, publiziert im Oktober 2002 in doc.be, hier nochmals zu zitieren: «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 Patien-ten. Und beachten Sie: Sie haben viel-leicht weniger Zeit als Sie denken.»

Altersmedizin

Seit wenigen Jahren erarbeitet der Kan-ton ein Geriatriekonzept. In einer der ent-sprechenden Arbeitsgruppen ist auch ein Vertreter der Ärztegesellschaft aktiv. Un-sere Fakultät beschäftigt sich seit rund 10 Jahren mit der Frage der Schaffung eines Lehrstuhls für Geriatrie (fakultätsinterne Berichte 1995 und 2002). Im Vernehm-lasungsentwurf des Spitalgesetzes wird die Altersmedizin kaum erwähnt, geschweige denn das weitgediehene Geriatriekon-zept; dieser Mangel wurde von unserer Seite zu Händen der GEF kritisiert. Ohne Geriatriekonzept, ohne fakultäre Veranke-rung der Altersmedizin und kaum erwähnt im künftigen Spitalversorgungsgesetz ent-steht der Eindruck, dass die Altersmedizin

in diesem Kanton wenig entwickelt sei. Der leitende Ausschuss der Ärztesgesellschaft wollte einen kleinen Beitrag zur Entwicklung der Altersmedizin in unserem Kanton leisten. Er sieht die Gefahr, dass die Macht des faktischen, bzw. die demografische Entwicklung in mittelbarer Zukunft späte und überstürzte Lösungen provozieren könnte, welche weder im Interesse der geriatrischen Patienten, noch im Interesse der Verantwortlichen in Medizin und Politik sein würden. Diese Sachlage motivierte unsern Vizepräsidenten Th. Heuberger dazu, im Grossen Rat einen Vorstoss zur «Umfassenden Grundversorgung in Altersmedizin im Kanton Bern» einzubringen.

Medienkontakte

Im Berichtsjahr hatte der Präsident Gelegenheit, die Meinung des Vorstandes der Berner Ärztesgesellschaft in den Medien zu vertreten. Im Februar in der Berner Zeitung «Insel soll Zusammenarbeit suchen» ging es um die vermehrte Zusammenarbeit zwischen den Universitätspitälern in der Schweiz. Im Juni wünschte die Télévision de la Suisse Romande ein Kurzstatement betreffend dem Helsana-Ärzterating. Im gleichen Monat in Tele Bärn betraf ein Streitgespräch mit einem Santé-suisse-Vertreter die «Schwarzen Schafe im weissen Schurz». Im August in Tele Bärn wurde das Spitalfacharzt-Konzept der Gesundheitsdirektion diskutiert. Im Oktober folgte ein Interview der Berner Zeitung betreffend die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Im November konnte der Präsident seine Meinung in der Berner Zeitung zum Thema «Ärzte hängen am Vertragszwang» äussern. Nach einer verbalen Breitseite gegen die Ärzteschaft im Bund im Dezember gelang eine Gegendarstellung in Gesprächsform unter dem Titel «Es ist unfair, nur auf die Ärzte zu zeigen».

Daneben bediente unser Pressedienst die Medien mit mehreren Mitteilungen, wovon nur einzelne berücksichtigt wurden. Die grösste Beachtung dabei fand unsere Stellungnahme zur strategischen Aufgabenüberprüfung SAR Polikliniken+.

Mutationen

Im Frühjahr trat der langjährige Vertreter des Bezirksvereins Pierre-Pertuis, Jean-Jacques Gindrat, Pédiatre, St-Imier, aus unserem Vorstand zurück. Er war das engagierte frankophone Gewissen unseres Vorstandes. Die Delegiertenversammlung wählte Roland Brechbühler, Médecin Généralist, Corgémont, zu seinem Nachfolger. Im Sommer trat der Vertreter des

VSAO Bern, Peter Baumgartner, Psychiater, Burgdorf, aus dem Vorstand zurück, eröffnete eine Praxis in Burgdorf und wurde Mitglied des Bezirksvereins Emental. Als neuen Vertreter delegierte der VSAO Bern Oliver Adam, Oberarzt Kinderspital Wildermeth, Biel. Schliesslich verstarb Mitte Juli unser langjähriger Präsident Reinhold Streit und schied damit als Past President aus unserem Vorstand aus.

4. Ausblick Gesundheitspolitik 2003

4.1 Ebene Schweiz

Im Jahr 2003 werden wir Ärztinnen und Ärzte schwergewichtig durch die bevorstehende Einführung von TarMed UVG und KVG sowie weiterhin durch die parlamentarische Diskussion um die Aufhebung der freien Arztwahl gefordert sein. Die Anstrengungen in Richtung Ärztterating – sei dies nun ein Helsanarating

oder ein Guide Santé der Patientenorganisation – werden uns weiterhin beschäftigen. Schliesslich wird uns die zweite Welle der Managed Care erfassen. Die erste erreichte uns 1996. Ärztenetzwerke werden Konjunktur haben.

Revision des KVG

Das revidierte Krankenversicherungsgesetz wurde bekanntlich vom Nationalrat nach langen Beratungen knapp abgelehnt. Der Ständerat wird im Jahr 2003 eine nächste Vorgabe machen, unterstützt vom neuen Innenminister, Bundesrat Pascal Couchepin. Dabei wird die Frage der Aufhebung der freien Arztwahl, beziehungsweise die Aufhebung des Kontrahierungszwanges, grossen Raum finden. Wie im Nationalrat könnten dabei auch Themen wie Globalbudget im ambulanten Bereich (Antrag Franco Cavalli, SP) oder die Überprüfungsgrenze von Ärzten (Index 110) wiederum zur Sprache kommen. Bereits im Mai 2003 wird die Gesundheitsinitiative der SP zur Abstimmung kommen. *Schluss folgt in 4/03*

