



Oktober 2003 / 5

doc.be

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

Referendum gegen die Revision II des KVG

**Die Einschränkung der freien Arztwahl
ist ein Systemwechsel und gehört vor das
Volk.**

Mit 157 gegen 2 Stimmen bei 1 Enthaltung hat die ausserordentliche Ärztekammer vom 11. Oktober 2003 beschlossen, das Referendum gegen die 2. Revision des KVG zu ergreifen. Die Unterschriften-Sammlung wird in unseren Praxen erfolgen, sobald das Parlament die Differenzbereinigung abgeschlossen hat: Zur Zeit bestehen noch bei der Kassenbeteiligung für Pflegeleistungen (Heime/Spitex) und den Leistungsaufträgen für Spitäler bzw. der Anpassung der Spitalisten Differenzen zwischen den Räten.

Möglicherweise werden auf Druck der Sozialdemokraten die Bundesbeiträge zur Prämienverbilligung nochmals diskutiert. Die uns Ärztinnen und Ärzte direkt betreffenden Artikel 13, 35 und 62 wurden in der Septembersession abschliessend bereinigt. Möglicherweise hätte das Referendum vermieden werden können, wäre es der FMH-Spitze gelungen, die Bedenken der Basis frühzeitig in die parlamentarischen Kommissionen einzubringen. Etliche Angriffe auf uns Ärztinnen und Ärzte – die nun folgen werden – wären uns erspart geblieben.

Die Schweizerische Ärzteschaft wird sich bemühen müssen, im Rahmen des Referendums neue Lösungsansätze aufzuzeigen und für neue Lösungen offen zu sein. Die Berner Ärztegesellschaft wird dabei mithelfen.

Mit dem Referendumsbeschluss der Ärztekammer haben wir Ärztinnen und Ärzte den schwierigeren von zwei möglichen Wegen in Angriff genommen. Wir alle wissen, dass der schwierigere nicht selten der bessere Weg ist. Nehmen wir dieses politische Signal unserer Ärztevertreter auf: Helfen wir mit, neue Lösungen zu finden und pflegen wir auf diesem schwierigen Weg den aufrechten Gang!

Jürg Schlup, Präsident

*med-swiss: Dachorganisation der
Schweizerischen Ärztenetzwerke 2*

*Referendum gegen die
2. KVG-Revision 3*

Der VBH stellt sich vor 4

Bericht aus dem Grossen Rat 4

*Das Gesundheitswesen aus Sicht
der Politikwissenschaft 6*

Unterstützung Ständeratswahlen 7

Mitteilungen des Sekretärs 7

*Zusammenarbeit mit KollegInnen
in der Praxis –
Rückblick, Dank, Ausblick 12*

med-swiss: Dachorganisation der Schweizerischen Ärztenetzwerke

Referat anlässlich der Vorstandssitzung der Bernischen Ärztegesellschaft vom 7.10.2003



Dr. med. Max-Albrecht Fischer-Taeschler, Seengen, Präsident med-swiss

Als Präsident von **med-swiss.net** erlaube ich mir, als erstes unsere Organisation kurz vorzustellen.

med-swiss.net ist die Dachorganisation der Schweizerischen Ärztenetzwerke mit aktuell 26 Mitgliedorganisationen und ungefähr 1300 angeschlossenen Ärztinnen und Ärzten. Ihre Hauptaufgaben sind Dienstleistungen für die angeschlossenen Organisationen, das Auftreten als Ansprechpartnerin in der Öffentlichkeit und gegenüber Behörden, sowie das Initiieren und Begleiten von Projekten mit Schwerpunkt managed care.

Aktuell gibt es in der Schweiz rund 50 Organisationen, welche sich als Ärztenetzwerke bezeichnen. Grob lassen sich folgende Arten von Netzwerken unterscheiden:

- Hausarztnetze ohne Budgetverantwortung
- Netzwerke mit Risikobeteiligung (Bonus-Malus)
- Netzwerke mit Capitation
- HMO's

Netzwerke, wie sie dem Selbstverständnis der **med-swiss.net** angeschlossenen Organisationen entsprechen, zeichnen sich durch folgende Charakteristiken aus:

- Koordination der medizinischen Leistungen aus einer Hand
- Vertiefte Zusammenarbeit der Leistungserbringer horizontal und vertikal in der Versorgungskette
- Qualitätssicherung
- Budgetverantwortung

Budgetverantwortung heisst nicht, dass das finanzielle Risiko voll und einseitig auf den Netzwerken lastet. In der Praxis bewähren sich vielmehr Lösungen, welche mit einer Risiko- und Erfolgsbeteiligung arbeiten. Dies gilt sowohl für Modelle, welche auf Pauschalen, wie solche, welche weiter auf dem Einzelleistungskatalog basieren.

Die klassischen Hausarztnetze arbeiten nach dem Gatekeeper-Prinzip. Was in ländlichen Gebieten noch oft die Regel ist, wird für die im Modell Versicherten obligatorisch: Bei jedem Krankheitsfall sucht der Versicherte zuerst seinen Hausarzt auf, welcher von Fall zu Fall entscheidet, ob weitere (spezialärztliche) Abklärungen und Behandlungen nötig sind. Die Versicherung erhält vom Hausarzt eine Überweisungsbestätigung. Ausnahmen von dieser Regel sind klar umschrieben und betreffen vor allem Notfälle und gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen. Netze mit höherem Organisationsgrad basieren auf den gleichen Prinzipien, haben aber eine stärkere finanzielle Verantwortung über Pauschalen. Diese werden risikobezogen auf alle Versicherten berechnet. Die daraus entstandene Summe steht als Budget für eine bestimmte Periode zur Verfügung. Wird dieser Betrag nicht voll ausgeschöpft, wird das Netz am Erfolg beteiligt, andernfalls muss dieses zum Defizit in angemessener Form beitragen.

In allen Fällen wird der Qualitätsförderung grossen Stellenwert zugemessen. Die typische Arbeitsweise der Qualitätszirkel besteht in regelmässigen Zusammenkünften der Netzärzte oder Untergruppen. Neben Fallbesprechungen werden Behandlungsrichtlinien erarbeitet und Projekte mit medizinischem Inhalt verfolgt. Die Netzwerke sind im Wesentlichen seit 1997 entstanden. Im Vergleich zu Referenzkollektiven aus der Grundversicherung werden im Durchschnitt rund 18% an Kosten eingespart.

Die Netzwerke sind im Wesentlichen seit 1997 entstanden. Im Vergleich zu Referenzkollektiven aus der Grundversicherung werden im Durchschnitt rund 18% an Kosten eingespart.

Welchen Nutzen bringen die Ärztenetzwerke? Für die Versicherten resultieren tiefere Prämien, in der Regel 10–15%, bei Modellen mit Capitation auch mehr. Die

Patientinnen und Patienten profitieren von einer umfassenderen Betreuung im Sinne der integrierten Versorgung. Sie erhalten eine bessere Orientierungshilfe im medizinischen Dschungel und werden vor unnötigen oder gar schädlichen Mehrfachuntersuchungen geschützt. Nach der 2. KVG-Revision profitieren sie eventuell von einem tieferen Selbstbehalt. Die Versicherungen können für sich Markt- und Kostenvorteile beanspruchen. Vor allem die effizientere Betreuung von polymorbiden Patienten verspricht erhebliche Einsparungen. Die Ärztinnen und Ärzte schliesslich erfahren eine Aufwertung ihrer Arbeit als erster Ansprechpartner in allen Fragen der Gesundheit und Heilung. Die intensivere Zusammenarbeit vor allem im Qualitätszirkel wird von allen Beteiligten als eine sehr gute Erfahrung bezeichnet und hilft die Gefahr der Isolierung in der Praxis zu überwinden. In Modellen mit Pauschalfinanzierung entsteht trotz der finanziellen Mitverantwortung auch eine grössere therapeutische Freiheit, da nicht mehr der Versicherungsarzt, sondern der Netzarzt entscheidet, welche Leistung finanziert werden soll. (Der Grundleistungskatalog bleibt natürlich gesetzlich garantiert.)

Welche Gefahren lauern? Den Netzwerken wird oft vorgeworfen, dass aus Spargründen notwendige Leistungen nicht oder in ungenügendem Mass erbracht werden. Diese Befürchtungen sind real und stammen vor allem aus Erfahrungen in den USA. Die Situation bei uns ist allerdings in keiner Weise vergleichbar mit jener in den Vereinigten Staaten. Dort werden die Netze von den Versicherungen betrieben, welche wiederum meistens von den Arbeitgebern finanziert werden. Der Arbeitnehmer hat selber keine Wahl. Dementsprechend wird ein völlig anderer Druck auf die angestellten Leistungserbringer ausgeübt. In Europa und vor allem in der Schweiz liegt die Verantwortung und Entscheidungsgewalt in den Händen der Leistungserbringer selber, welche mit oder ohne Budgetverantwortung der Berufsethik verpflichtet bleiben. Die Qualitätssicherung bleibt ein zusätzliches Element zur Absicherung gegen ungebührliches Vorenthalten von Leistungen. Im Übrigen kann es ethisch ebenso verwerflich sein, wenn der Patient oder die Patientin unnötigen Abklärungen und Therapien zugeführt wird, man denke nur an die regional sehr unterschiedlichen Frequenzen für Hysterektomien!

Die aktuellen Anreize mit Prämienrabatten könnten zu einer Risikoselektion führen. Gründliche Studien (HAMA, Hausarzt-

verein Aarau in Zusammenarbeit mit der Universität Zürich und verschiedenen Versicherten) konnten aber aufzeigen, dass sich die Kollektive der Hausarztversicherten nicht von jenen der konventionell Versicherten unterscheiden (soziodemographische Unterschiede, Morbidität). Umgekehrt könnte das durch den reduzierten Selbstbehalt erwirkte Anlocken von polymorbiden Patienten in die Modelle diese finanziell in die Enge treiben. Ein fundierter Risikoausgleich auf Basis von Morbiditätsparametern kann dieses Problem lösen. Entsprechende Instrumente (Thurgauer Morbiditätsindikator) sind bereits in Erprobung und einfach einzuführen.

Zukunftsszenarien. Ein erwünschter volkswirtschaftlicher Nutzen kann erst erreicht werden, wenn ein grösserer Anteil der Bevölkerung in Netzwerken versorgt wird. Unser Ziel ist es, einen Anteil von 60% zu erreichen. Um kartellrechtlichen Problemen aus dem Weg zu gehen, müssen bei einer derartigen Verbreitung von Netzwerken konkurrierende Organisationen entstehen. Dies hätte auch durch die entstehende Vergleichbarkeit von Leistungen und die Spezialisierung von Netzen (z.B. Netzwerke mit Homöopathen) einen erwünschten positiven Effekt auf die Qualität. Die Budgetmitverantwortung der Anbieter soll zum Normalfall werden. Die Limitierung des Risikos und der Erfolgsbeteiligung wird jedoch für die Netzwerke meist die Regel bleiben.

Jeder Form von Budget im Gesundheitswesen, unabhängig davon ob sie durch staatliche Eingriffe oder durch Verträge mit Netzwerken eingeführt wird, müssen klare Leitplanken gesetzt werden:

- **Budgets** dürfen nie zur Leistungsverweigerung oder Leistungsverchiebung zum Nachteil und Schaden der Patienten führen.
- Die **freie Wahl der Versicherungsform** muss jedem Versicherten offen stehen.
- Netzwerke sind keine Versicherungen. Das **Versicherungsgeschäft** muss bei den Krankenkassen bleiben.
- Die **Vertragsfreiheit** zwischen Ärzteorganisationen und Versicherungen bleibt **reziprok**. Die Leistungserbringer dürfen nicht zu nachteiligen Verträgen gezwungen werden.
- Die Verpflichtungen, welche in der **Berufsethik** und der **sozialen Verantwortung** der Leistungserbringer wurzeln, bleiben unangetastet. Deren Einhaltung ist zentraler Teil der **Qualitätsarbeit**.

Referendum gegen die 2. KVG-Revision



J. Schlup,
Präsident der
Ärztegesellschaft
des Kantons
Bern

Die ausserordentliche Ärztekammer vom 11. Oktober 2003 beschliesst das Referendum gegen die 2. KVG-Revision

In der Ärztekammer war das Geschäft unbestritten. Die 160 anwesenden Ärztevertreter waren sich weitgehend einig: Die Einschränkung der freien Arztwahl und die Budgetverantwortung für Gatekeeper in der Arztpraxis stellen einen Paradigmawechsel dar und verlangen einen Volksentscheid. Die Einschränkung der freien Arztwahl würde das Patient-Ärzt-Verhältnis beeinträchtigen, die Ärzteselektion nach der Santésuisse-Statistik wäre vorgesehen und Patientenselektion würde zum Praxisalltag werden. Die flächendeckende Einführung der Budgetverantwortung für primärversorgende praktizierende Ärztinnen und Ärzte würde diese in ethische Konflikte bringen. Zudem würden sie Gefahr laufen, Verantwortung auch für Kosten übernehmen zu müssen, die sie

nicht beeinflussen können sowie für Morbiditäten, die sie nicht berechnen können. Die Ärztekammer ist der Meinung, dass das Ziel der KVG-Revision – Kosteneinsparung – weder mit der Aufhebung der freien Arztwahl noch mit der Budgetverantwortung zu erreichen ist. Die Kostenentwicklung unserer Nachbarländer ohne freie Arztwahl steigt parallel zu der unsrigen und «Netzwerke sind nicht a priori billiger» sagte der VR-Präsident der Helsana, Eugen David, am 16. September 2003 im Ständerat. Würde die freie Arztwahl fallen, wäre «Tarmed nur noch eine Abgeltungsform unter andern» prophezeite Professor Leu, Gesundheitsökonom, Bern, am 15. Juni in der Berner Zeitung. Daneben müsste bei Aufhebung der freien Arztwahl das Versicherungsobligatorium gelockert werden, wenn die Landesregierung ein Berufsverbot für Ärzte ohne Vertrag vermeiden will.

Unsere Chancen, den Referendumskampf zu gewinnen, schätzt die Ärztekammer – wenn wir uns wirklich alle anstrengen – als durchaus intakt ein. Gemäss den neuesten Umfragen (Gesundheitsmonitor 2003, GfS-Forschungsinstitut) ist die Bevölkerung trotz steigender Prämien weniger reformfreudig als das Parlament, fürchtet sich v.a. vor der Zweiklassenmedizin und hängt an der freien Arztwahl. Gemäss dem Gesundheitsökonom Oggier «hat ein Referendum gute Chancen» (Berner Zeitung, 26. September 2003).

2004 wird ein schwieriges Jahr für die Ärzteschaft werden. Bestehen wir es mit Anstand und Würde und setzen wir uns für die Interessen und das Wohl der Patientinnen und Patienten ein.

Jürg Schlup, Präsident

5 Punkte von PonteNova

- Die **Softwarefirmen** sind seit Mitte September daran, die Schnittstelle zu PonteNova zu programmieren und werden Ihnen zeitgerecht Ende Jahr den update zustellen.
- Die **Datensammlung 2003** muss nun nicht schon dieses Jahr stattfinden, da der Pilotversuch mit einer Krankenkasse allein mit den Ärztekassekunden betrieben werden kann. Dieser Umstand war zu Beginn nicht klar. Wir möchten uns für die Umtriebe und Aufregungen, die wir dadurch einigen Kunden bereitet haben, entschuldigen.
- Die **SUVA** akzeptiert nach wie vor nur elektronische Rechnungen via Mediport und verschafft der Firma MediData dadurch eine Monopolstellung. Wir bekämpfen diese Haltung auf verschiedenen Ebenen.
- An der ausserordentlichen **Generalversammlung** vom 23.10. wurde das Aktienkapital auf eine Million Franken erhöht. Der Verwaltungsrat wird eine Tranche der genehmigten Kapitalerhöhung freigeben, sodass Sie weiterhin Aktien zeichnen können.
- **Aufruf an die Noch-Nicht-Kunden:** Warten Sie nicht länger und unterschreiben Sie den Anschlussvertrag! Ab 01.01.2004 benötigen Sie den Praxisspiegel, sonst haben Sie keine Kontrolle über Ihre Tarifierung in der Kostenneutralitätsphase.

H.W. Leibundgut

Der VBH stellt sich vor



Marcus
Grossenbacher,
VBH-Präsident

Seit 01.07.03 ist der Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte (VBH) operativ.

Wir sind der Dachverband für Grundversorger im Kanton Bern und vertreten die Hausärzte im immer schwierigeren politischen Umfeld. Bisher haben sich Hausarzt-Internisten und Allgemeinmediziner unter diesem Dach vereinigt; unsere Tür steht aber weit offen für die Praxis-Pädiater im Kanton. Der VBH versteht sich in

Zukunft als kantonales Analogon zum Kollegium für Hausarztmedizin (KHM).

Der VBH ist aktuell kantonale Filiale von SGAM und SGIM. Unsere Fortbildungsrichtlinien entsprechen deshalb denen der jeweiligen nationalen Fachgesellschaft.

Der VBH setzt sich für eine umfassende, praxisbezogene und qualitativ hochstehende Ausbildung unserer zukünftigen Praxiskollegen und Praxismachern ein. Zu diesem Zweck streben wir, analog zu anderen europäischen Universitäten, ein Institut für Hausarztmedizin an der Uni Bern an. Die Akademisierung der Hausarztmedizin soll die Forschung in der Praxis unterstützen und die Qualität der Grundversorgung auf hohem Niveau sichern helfen. Im hochverschuldeten Kanton Bern ist unser Ziel nur durch Umverteilung der Gelder der Erziehungsdirektion zu Gunsten der Medizinischen Fakultät (Motion Heuberger) möglich. Mit dieser Massnahme steigern wir die Überlebenschancen der Medizinischen Fakul-

tät der Universität Bern im nationalen Kontext.

Unsere Publikationsorgane sind die Website www.bernerhausarzt.ch und die werbefreie Zeitschrift «Berner Hausärzte» mit aktuellen Infos und Tipps für Berner Grundversorger. Im Bereich managed care (MC) unterstützen wir neue Netzwerke und Hausarztmodelle mit bottom up-Charakter.

Wir Hausärzte treffen uns jährlich zu einer von der fakultären Instanz für Allgemeinmedizin (FIAM) Bern organisierten ganztägigen Fortbildung mit Workshops und Sport in Magglingen. Ausserdem organisiert der VBH den SGAM-Kongress 2004 (21.–23.10.04) in Bern.

Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte, Sekretariat,
c/o Ärztesgesellschaft des Kantons Bern,
Kapellenstrasse 14, Postfach 6916,
3001 Bern
Telefon: 031 390 25 67
Fax: 031 390 25 68
E-Mail: sekretariat@begam.ch

Bericht aus dem Grossen Rat



T. Heuberger,
Vizepräsident
der Ärztes-
gesellschaft und
Grossrat

Debatte zur Hausarztmedizin

Es könnte durchaus als Manifestation überwertiger Ideen erscheinen, als Zeichen übersteigerten Selbstgefühls eines in der Hausarztmedizin Tätigen, wenn ich mich darüber freue, dass es uns (Ärztesgesellschaft, Politiker verschiedener Parteien, FIAM) gelungen ist, in gemeinsamer Überzeugungsarbeit den Grossen Rat dazu zu bringen, der medizinischen Grundversorgung im Kanton Bern offiziell

einen höheren Stellenwert zuzuweisen als bisher. Die bernische Legislative hat mit der Überweisung meiner Motion zur verbesserten (praxisnahen) Ausbildung der zukünftigen Grundversorger und Grundversorgerinnen klar und eindeutig (mit 132 zu 27 Stimmen) und gegen den Willen der Regierung ein politisches Zeichen gesetzt, dass er sich für die Belange der Hausarztmedizin und deren Qualitätsverbesserung einsetzen will, um einer drohenden «Auszehrung» dieser Spezialität zuvorzukommen und die Hausarztmedizin zu fördern (allenfalls auch mit finanziellen Mitteln).

Dass hierbei der medizinischen Fakultät Bern eine zusätzliche Attraktivität im «Konkurrenzkampf» der Universitäten untereinander (Akkreditierung, Stellenwert des Universitätsspitals, Ausbildungsstätte der Zukunft) verliehen werden kann, ist ein nicht zu unterschätzender Nebeneffekt, der viele zaudernde Politiker zu einer Zustimmung bewog.

Es ist zu beachten, dass nicht immer nur medizinische oder standespolitische Fragen die Leute bewegen, sondern dass auch andere Argumente, die meinem

Gedankengang nicht unbedingt nahe stehen, zum Zuge kommen können: In der Debatte wurde auch eine eher eigenartig anmutende Argumentation vorgebracht, des Inhalts, dass die günstige Hausarztmedizin unter der Verbesserung von deren Qualität die «Spitzeneinkünfte» der Spezialärzte allenfalls korrigieren könnte. Ich habe mich bei diesem Thema einer verbalen Diskussion tunlichst enthalten, um den Konsens nicht zu gefährden.

Der Grosse Rat hat beschlossen, der Ausbildung in Hausarztmedizin mehr Beachtung zu schenken, das praxisnahe Ausbildungsmodell der FIAM zu fördern und auf die Schaffung einer integrierten universitären Institution für Hausarztmedizin für Lehre und Forschung hinzuwirken. Dies wäre bisher in dieser Form einmalig in der Schweiz und steht in engem inneren Zusammenhang mit denselben Bestrebungen im Bereiche der Schaffung eines geriatrischen Kompetenzzentrums und eines Lehrstuhl im Rahmen der medizinischen Fakultät Bern.

Wie sich diese Beschlüsse in Konkreto und in den Einzelheiten auswirken werden, und vor allem wann, das lässt sich zur Zeit nicht sagen. In enger Zusammenarbeit der medizinischen Fakultät, der FIAM und der

Erziehungsdirektion muss nun versucht werden, eine rasche Lösung vorzulegen, die dann mit den entsprechenden Mitteln versehen und in Kraft gesetzt werden kann. Ich bin mir der Fallstricke der Detailarbeit und auch der Möglichkeiten zeitlicher Verzögerung solcher Projekte bewusst, und die interessierten Politiker und Direktbetroffenen werden die Augen offen und Kräfte zum Nachstossen bereit halten. Ein Anfang ist gemacht und ich habe herzlich allen zu danken, die hier mitgeholfen haben, besonders den Exponenten der FIAM.

Bericht aus der Septembersession 2003

Medizinische und gesundheitspolitische Themen zeigen sich zum Teil wieder einmal als attraktiver Diskussionspunkt und auch als Thema, das viele Politiker und Politikerinnen bewegt und sie sogar zu Extraleistungen anspornen lässt. Solche Themen kamen in der Septembersession zur Sprache und es konnten hier aus unserer/meiner Sicht Erfolge erzielt werden, die so nicht zu erwarten waren. (Siehe Bericht über die Hausarztmedizin)

1. Ein schon lang währendes Anliegen mit gesundheitspolitischen Belangen konnte ohne Diskussion durchgebracht werden, da die Regierung bereit war, die Anliegen meiner Motion zu unterstützen und zum Teil bereits in die gleiche Richtung arbeitet: es handelt sich um die Aufwertung der Geriatrie und der geriatrischen Grundversorgung mit Schaffung von geriatrischen Kompetenzzentren im Rahmen des Spitalversorgungsgesetzes und in der Ausgestaltung eines Lehrstuhles für Geriatrie an der medizinischen Fakultät der Universität Bern. Da die Regierung bereits vorgespurt hat und konkrete Schritte unternimmt, war es mir ein Leichtes, diese Motion in ein Postulat umzuwandeln, welches dann mit 160:0 Stimmen überwiesen wurde. Auch dies ist ein deutliches politisches Signal, wohin die Gesundheitspolitik des Kantons Bern sich bewegen müsste. Aber: die Umsetzung muss auch hier noch folgen! Es darf daran erinnert werden, dass auch die Überweisung der Psychiatriemotion in die gleiche Richtung zielte zur Schaffung von psychiatrischen Kompetenzzentren für gemeindenahe Psychiatrie in der Peripherie draussen, allenfalls in aufgelassenen Bezirksspitalern, welche für solche Aufgaben zur Verfügung stehen können.

2. Eine Interpellation über die Verschreibung von Ritalin ist am Rande zu erwähnen: Es zeichnet sich hier eine Tendenz ab,

aus nicht-medizinischen Kreisen auch über den politischen Weg Einfluss auf gewisse Therapierichtungen zu erreichen und sogar, wie in der Psychiatrie, um private, vielleicht sogar ideologisch geprägte Anliegen zu verfolgen. Hier zeigte sich aber in der Antwort der Regierung klar, dass einerseits von verwaltungs- und politischer Seite nicht in das Verhältnis zwischen Arzt und Patient eingegriffen werden sollte und das andererseits die Ritalinfrage einen eher nicht so grossen Stellenwert einnimmt, wie auf Grund der Interpellation zu vermuten gewesen wäre. Für mich persönlich scheint es bedenklich, dass fremde Kreise in das sehr intime Arzt-Patient-Verhältnis eingreifen möchten, um private Ideen durchzubringen; und dies unbeachtet einer Störung des Vertrauensverhältnisses, einer Störung des therapeutischen Verhältnisses und unbeachtet auch der Folgen, die eine Veränderung der Therapie bei den entsprechenden Familien hervorrufen könnte. Entscheidungen über eine eingreifende Therapie müssen immer gemeinsam zwischen Patient, respektive seiner Familie und dem behandelnden Arzt ohne Beeinflussung von Aussen, sei dies von einer ideologischen Gruppe, politischen Meinungen oder von einer Krankenkasse, zustande kommen. Ein solches Statement im Ratsplenum wäre mir noch wichtig gewesen, es kam aber gar nicht zu einer Diskussion.

Ausblick:

Die gesundheitspolitische Diskussion wird sich auf das zukünftige Spitalversorgungsgesetz konzentrieren. Es ist damit zu rechnen, dass uns nicht zuletzt wegen der Kostenfrage eine emotionale und schwierige Debatte bevorsteht: zunächst in der vorbereitenden Kommission, in der ich Einsitz nehmen konnte, und dann im Rat. Es steht ein Schlagabtausch an und es wird nicht einfach sein, einen Konsens zu finden: Finanzierung der Spitäler, Abgaben an die ehemaligen Spitalträger (Gemeinden), GAV, Unternehmerische Freiheiten für die Spitalleitungen, Wettbewerb, Chefarztabgaben, übermächtige Stellung des Staates in den neuen Spitalstrukturen, sogenannte «Verstaatlichung», Stellung der Privatspitäler, Belegarztssystem auch an öffentlichen Spitalern, Tarmed-Einflüsse usw.

Es wird nur wenige geben, die hier den Durchblick behalten können, was immer ein Vorteil für die Verwaltung ist. Hier werde ich versuchen müssen, mitzuhalten und Anliegen einzubringen, allenfalls muss ich auch Ratschläge und Hilfe einfordern.

T. Heuberger, Vizepräsident KAG

MPA-Lohnempfehlungen 2004

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 Jahresteuering 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.

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 Oktober 2003.

Das Gesundheitswesen aus Sicht der Politikwissenschaft



Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst

Noch bevor er damit eine breite Öffentlichkeit informierte, präsentierte der Politologe Claude Longchamp, Co-Leiter des GfS-Forschungsinstituts, dem Vorstand der BEKAG an der Klausurtagung auf dem Gurten die Hauptergebnisse zum «Gesundheitsmonitor 2003».

Claude Longchamp, der seit 1993 den Geschäftsbereich «Politik und Staat» des GfS-Forschungsinstituts in Bern leitet, stützte seine Ausführungen auf eine Repräsentativ-Erhebung aus 1234 Interviews mit Schweizer Stimmberechtigten, welche im Juli 2003 befragt wurden. Die wichtigsten Resultate vorweg: Die subjektive Belastung der Bürgerinnen und Bürger durch die Krankenkassenprämien nimmt zu und parallel dazu steigt die Bereitschaft, Änderungen im Gesundheitswesen in Betracht zu ziehen. Dieser Trend zeigt sich markant beim «Ärztstopp». Während der Zulassungstopp für Leistungserbringer im Moment seiner Einführung im Sommer 2002 nur bei einer Minderheit von 37 Prozent auf Zustimmung stiess, befürworten heute



Claude Longchamp

vier von fünf Befragten diese Massnahme. Die Umbewertung innerhalb von nur zwölf Monaten zeigt, dass die Bevölkerung gegenüber Änderungen im Gesundheitswesen zwar skeptisch eingestellt ist, ihre Meinung aber auch radikal wechselt, wenn sie feststellt, dass sich für den einzelnen nichts Gravierendes ändert.

Aus Sicht der Ärzteschaft interessierte besonders das Image des eigenen Berufsstandes. Die gute Nachricht hier: «Trotz wachsender Kritik», so Longchamp, «bleibt die Ärzteschaft der am besten akzeptierte Akteur in Fragen der Gesundheitspolitik». Diese Position – und jetzt kommt die unangenehme Neuigkeit – erodiert aber seit drei Jahren feststellbar, wenn auch auf hohem Niveau. Kompetenz in Fragen des Gesundheitswesens billigt die Schweizer Bevölkerung nämlich an erster Stelle immer noch den Ärzten zu, noch vor Apotheken, Krankenkassen, Bundesämtern, der Pharmaindustrie, Patienten- und Konsumentenorganisationen, dem Bundesrat, Experten und – ganz am Schluss – Gesundheitspolitikerinnen und -politikern. Die wachsende Kritik an den Akteuren im Gesundheitswesen ist für Longchamp die Folge einer zunehmenden Politisierung (und damit Polarisierung) des Diskurses über das Gesundheitssystem. Immerhin zieht fast die Hälfte der Befragten nach sieben Jahren KVG eine «sehr» (11%) oder «eher» (36%) positive Bilanz. «Eher» oder «sehr negativ» wird es von 38% der Interviewten bewertet. Im Hinblick auf ein allfälliges Referendum zur 2. KVG-Revision interessieren die Antworten der Leute zur Lockerung des Vertragszwangs und zur Kopplung von Prämienhöhe an die Mitgliedschaften in Ärztenetzwerken. Letzterer Mechanismus wird klar von 57% abgelehnt (Zustimmung: 24%) und auch die Lockerung des Vertragszwangs stösst, so die Zahlen der GfS-Umfrage, bei 54% der Befragten auf Ablehnung.

Eindeutig abgelehnt würden heute Einschränkungen der Wahlfreiheit bei Arzt, Spital, Medikamenten und Therapie. «Aber», so Longchamp, «die Bereitschaft, solche Massnahmen zu akzeptieren, steigt unter der Bedingung, dass die Krankenkassenprämien sinken.»

Allgemein, so stellte Longchamp auf dem Gurten fest, nehme die Tendenz beim einzelnen zu, bei gesundheitspolitischen Massnahmen zwischen Wahlfreiheit und



Aufmerksame Diskussteilnehmende:
Thomas Heuberger und Helen Kreutz

ökonomischen Überlegungen abzuwägen. An der laufenden KVG-Revision sei aber die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bestritten und zur Idee von Ärztenetzwerken bestehe «Distanz». Bei der Frage der Medizinrationierung will die GfS-Studie seit 2000, als sich noch 70% gegen jede Rationierung aussprachen, «einen Trend» zunehmender Akzeptanz feststellen. Heute ist der Wert auf 49% gesunken. Man kann auf Grund der GfS-Untersuchung aber auch vermuten, dass Rationierungsmassnahmen sofort wieder auf mehr Widerstand stossen, wenn ein spektakulärer Fall von den Medien aufgegriffen wird. Genau das war nämlich Ende der 1990er Jahre der Fall, als die Sanitätsdirektion des Kantons Basel Stadt aus Kostengründen erwogen hatte, das sehr teure, von den Krankenkassen nicht bezahlte, lebensrettende Medikament «novo Seven» einem Alt-Bundesrat nicht zu verabreichen. Die darauf einsetzende Medienkontroverse erklärt wahrscheinlich die hohen 70% Ablehnung, welches das GfS im Jahre 2000 bei der Rationierungsfrage feststellte.

Abschliessend riet Longchamp der Ärzteschaft, ihren Standpunkt als Mediziner in die öffentliche Debatte einzubringen und sich als BEKAG thematisch in den Massenmedien zu positionieren.

Unterstützung Ständeratswahlen 2003

Wahlmaterialversand doc.be 4/2003

Zahlreiche Anfragen aus unserer Leserschaft betrafen die August-Ausgabe von doc.be, das Redaktionsteam freut sich jeweils über das Interesse an unserer Zeitschrift. Die überwiegende Zahl der Anfragen betraf diesmal die Beilage von Wahlmaterial zweier bürgerlicher Ständeratskandidaten. Hier eine Erläuterung der Hintergründe für alle Leserinnen und Leser, die nicht nachgefragt haben.

An seiner Sitzung vom 3.6.2003 behandelte der Kantonalvorstand eine Anfrage eines Ständeratskomitees um Wahlkampfunterstützung. Der Vorstand beschloss, nicht einen einzelnen Kandidaten, sondern folgende vier KandidatInnen gleichermaßen zu unterstützen: Die Damen Bolli, Somaruga und Teuscher, sowie Herrn Lauri als bisherigen Ständerat.

Mit Schreiben vom 17.6.2003 wurde den vier KandidatInnen mitgeteilt, dass der Vorstand ihren Wahlkampf folgendermassen unterstützt:

- 1) je CHF 1000.– (mit der Bitte um Zustellung eines Einzahlungsscheins)
- 2) je ein Kurzinterview in doc.be zur KVG-Revision
- 3) Versand eines Wahlprospektes mit doc.be August 2003 (mit der Bitte, uns Wahlmaterial bis 31. Juli 2003 zuzustellen)

Bis Mitte August 2003 hatten vom Angebot 1 drei KandidatInnen Gebrauch gemacht, Angebot 2 hatten alle realisiert und betreffend Angebot 3 haben uns zwei Kan-

didatInnen einen Wahlprospekt zugestellt bzw. zwei KandidatInnen hatten uns weder fristgerecht noch verspätet einen Prospekt zugestellt.

Auf Nachfragen unsererseits wurde uns mitgeteilt, dass im August 2003 zwei KandidatInnen noch über kein gedrucktes Wahlmaterial verfügten. An seiner Sitzung vom 2.9.2003 hat der Kantonalvorstand daher beschlossen, diesen beiden KandidatInnen nachträglich einen persönlichen Versand an die Ärzteschaft zu ermöglichen. Ein Versand mit der Oktober-Ausgabe von doc.be wäre zu spät erfolgt. Der Vorstand ist sich bewusst – dies haben die eingangs erwähnten Anfragen gezeigt – dass die Medizin bzw. das Gesundheitswesen und damit die Ärzteschaft zunehmend im politischen Brennpunkt stehen und damit zunehmend politisiert werden. Er hat sich bemüht, auf eine Einzelanfrage ein ausgewogenes breites Angebot zu machen, konstruktiv und bewusst nicht ablehnend.

Jürg Schlup, Präsident

Mitteilungen des Sekretärs



Th. Eichenberger,
Sekretär

1. Taxpunktwert KVG (Bundesratsentscheid)

Der Bundesrat hat mit Datum vom 27. August 2003 die Beschwerde der santésuisse gegen die Taxpunktwerthanpassung des Ärzte/Kassentarifs per 1.1.2002 von Fr. 1.50 auf Fr. 1.55 abgelehnt. Gegen diesen Entscheid steht kein ordentliches Rechtsmittel mehr zur Verfügung. Es gilt also unverändert ein Taxpunkt von Fr. 1.50, bis TARMED im KVG-Bereich in Kraft tritt (voraussichtlich per 1.1.2004).

Die Beschwerdelegitimation der santésuisse wurde bejaht, obwohl santésuisse zuerst eine Rechtschrift mit Formmängeln eingereicht hatte. In der Sache hat der Bundesrat an der bisherigen Praxis festge-

halten. Gemäss dieser Praxis bleibt das Argument des Regierungsrats des Kantons Bern, wonach auch andere Leistungserbringer, welche im Rahmen des KVG tätig sind, einen Teuerungsausgleich erhalten haben (z.B. Erhöhung der Spitaltarife!), vollumfänglich unberücksichtigt.

Der Bundesrat vergleicht entsprechend der Vorgabe des Preisübersichters lediglich die Entwicklung der Arztkosten total, der Kosten pro Praxisarzt und der Kosten pro Versicherte mit der Entwicklung des Landesindex der Konsumentenpreise (LIK). Diese Kosten dürfen grundsätzlich nicht mehr steigen als der LIK. Kostenzunahmen wegen Überalterung der Bevölkerung und neuen bzw. teureren Behandlungsmethoden werden nicht berücksichtigt!

Bei dieser «volkswirtschaftlichen» Betrachtung bleiben zudem die folgenden «betriebswirtschaftlichen» Faktoren unberücksichtigt:

- a) Entwicklung des Bruttoeinkommens des Praxisarztes, auch wenn diese rückläufig ist und/oder unter dem Anstieg des LIK liegt
- b) Entwicklung des Nettoeinkommens, auch wenn dieses wegen Zunahme der Praxisunkosten permanent abnimmt
- c) Nichtberücksichtigung der Rollenden Kostestudie ROKO-Zahlen, weil noch zu grob!

Es handelt sich zweifellos um eine politische Entscheidung, die in rechtlicher Hinsicht zumindest in Teilen der Begründung äusserst fragwürdig ist. Nichtsdestotrotz erachtet wird es als äusserst wichtig, dass die eigenen ROKO-Zahlen in den nächsten Jahren noch weiter verbessert und verfeinert werden.

2. Verträge der Chefärzte und Leitenden Ärzte

Voraussichtlich wird der AHV-Status des Einkommens aus stationärer privatärztlicher Tätigkeit per 1.1.2004 umgestellt (vgl. den im doc.be Juni 2003/3 erschienenen Artikel). In diesem Zusammenhang stellen sich diverse Rechtsfragen (Berechnung und Höhe des neu als variablen Lohnbestandteil geltenden Einkommensanteils, AHV-Anteil des Arbeitgebers, BVG-Versicherbarkeit der neuen Lohnbestandteile, etc.). Auf kantonaler Ebene wird zudem diskutiert, ob der Abgabesatz von 40% auf 38% herabgesetzt werden kann.

Wir empfehlen dringend, keine neuen Verträge abzuschliessen, bevor diese nicht durch den Sekretär der Ärzteschaft oder durch einen anderen unabhängigen Juristen überprüft wurden. Falls bis Ende 2003 keine neuen Verträge unterschrieben sind, werden wohl vorerst die alten fortgeführt (faktisches Vertragsverhältnis). Es hat also keinen Sinn, sich beim Vertragsabschluss künstlich unter Zeitdruck setzen zu lassen.

Zusammenarbeit mit KollegInnen in der Praxis – Rückblick, Dank, Ausblick



Dr. med. R.H.
Schütz
Leitender Arzt
Rekr Zen
Sumiswald

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor einiger Zeit hatte ich Gelegenheit, mich an derselben Stelle als Leitender Arzt des Rekr Zen in Sumiswald vorzustellen. Ich freue mich, wenn ich Ihnen allen an dieser Stelle recht herzlich danken kann für die gute kollegiale und aufbauende Zusammenarbeit. Wir können bei unserer Arbeit dank Ihren meist sehr fundierten Zeugnissen unsere Entscheide sehr gut und wirkungsvoll abstützen, wir vermeiden damit, dass die Stellungs-pflichtigen ein zweites oder drittes Mal in Sumiswald erscheinen müssen. Dies ist eine Dienstleistung von ärztlicher Seite zu Gunsten der jungen Menschen.

Die Ausführlichkeit und Aussagekraft Ihrer Zeugnisse ist in den allermeisten Fällen sehr gut. Es ist klar, dass wir Ärzte im Rekrutierungszentrum mit einem Zeugnis, beinhaltend eine genaue Diagnose, allenfalls Prognose und Stellungnahme zu militärischer Belastbarkeit sehr viel mehr anfangen können, als mit einem Rezept-formular, auf welchem steht: «Ich bestätige, dass der Mann wegen Krankheit nicht Militärdienst leisten kann.» (sic!).

Ich bin dankbar, dass Sie Zeugnisse und Berichte an uns im Rekrutierungszentrum ebenso klar schreiben, wie einen Bericht an einen Kollegen in der freien Praxis. Ich kann Ihnen versichern, dass es bei uns keinen «ärztlichen Dienst» gibt, in welchem irgendwelche Sekretariatspersonen die Zeugnisse und Berichte «vorverarbeiten». Ihre Berichte landen auf meinem oder dem Schreibtisch meines Stellvertreters und werden von uns gelesen und beurteilt.

Ein Umstand dürfte für die meisten von Ihnen neu sein, weshalb ich kurz darauf eingehen möchte. Wir beurteilen die jungen Leute bezüglich Tauglichkeit für den Militärdienst, wie auch (bei Militärdienstuntauglichkeit) Tauglichkeit für den Schutzdienst (= Zivilschutz). Die Kriterien der beiden «Tauglichkeiten» sind nicht identisch. Somit kommt es immer wieder vor, dass ein klar militärdienstuntauglicher Stellungspflichtiger für den Schutzdienst ebenso klar tauglich ist. Personen für den Schutzdienst werden heute durch den Verantwortlichen für den

Schutzdienst in einem persönlichen Gespräch zugeteilt. Haben Sie also Verständnis, und erklären Sie das auch Ihren Patienten, dass selbst bei klarer Militärdienstuntauglichkeit die Tauglichkeit für den Schutzdienst zu beurteilen ist. Diese Beurteilung erfordert in praktisch allen Fällen eine Reise nach Sumiswald, wo wir Ärzte die Leute ein letztes Mal beurteilen und diese dann um- oder zugeteilt werden.

Falls Sie Fragen haben, stehen Dr. Pfenninger oder ich Ihnen gerne auch telefonisch (034 432 36 36) zur Verfügung.

Ich freue mich auf eine weitere gute Zusammenarbeit, wünsche Ihnen gute Festtage und viel beruflichen Erfolg.

R. Schütz