



Dezember 2003 / 6

doc.be

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

TarMed KVG ab 1.1.2004

Auf Anfang Jahr wird der kantonale Anschlussvertrag TarMed Arztpraxis in Kraft treten. Ende Juli dieses Jahres hat die Ärztegesellschaft diesen Vertrag unterzeichnet an Santesusisse gesandt; Ende November von dort gegengezeichnet zurückerhalten. Anfang Dezember haben beide Vertragspartner den Tarmed Anschlussvertrag gemeinsam dem Regierungsrat zur Genehmigung unterbreitet.

Diesem neuen Vertrag sind alle Mitglieder der Berner Ärztegesellschaft automatisch angeschlossen, sofern sie unserem Sekretariat nicht bis Ende Januar 2004 schriftlich mitteilen, dass sie den Beitritt zum Vertrag mit seinen Anhängen ablehnen.

In der Arztpraxis muss ab 1.1.2004 auch für KVG-Leistungen mit der TarMed-Tarifstruktur abgerechnet werden. Rechnungen nach altem Tarif – für bis und mit 31.12.2003 erbrachte KVG-Leistungen – sind nach Möglichkeit bis Ende März 2004 zu stellen. Weitere Informationen zum Vertrag finden Sie in diesem doc.be. Der ZV-FMH hat zugesichert, ab Januar 2004 eine Info-Hotline für Fragen zur Tarifstruktur und Tarifinterpretation zur Verfügung zu stellen.

Referendum gegen
KVG Revision II
Sofern das Parlament die zweite KVG-Revision in der Dezembersession verabschiedet, beginnt, vom Moment der

Fortsetzung siehe nächste Seite

KVG-Revision nein – aber was dann? 2

*«Ich brauche keinen Cadillac,
mir genügt ein VW!»* 3

*Das KVG wird umgesetzt:
Neue Tarifverträge für die
Privatspitäler des Kantons Bern* 5

Mitteilungen des Sekretärs 6

FAQ's zu TARMED 15

*Neuer Kantonsapotheker im
Kanton Bern* 18

*Oberaargauer Ärzteschaft:
Neues Mitglied im Berner KMU* 19

*Anschlussvertrag TARMED
(inkl. Anhänge A bis D)
im Mittelteil zum Herausnehmen*

**Aktuelle interne Mitteilungen finden Sie unter
www.berner-aerzte.ch, «Für Mitglieder»**

KVG-Revision nein – aber was dann?

amtlichen Veröffentlichung an, die 100-tägige Frist zur Unterschriftensammlung. Ich rufe alle Ärztinnen und Ärzte auf, je mindestens 15 Unterschriften zu sammeln. Der Abstimmungskampf beginnt bereits bei der Unterschriftensammlung. Nur wenn wir eine möglichst grosse Zahl von Unterschriften einreichen, werden wir von der Politik ernst genommen. Regionale Sammelaktionen im öffentlichen Raum sind erwünscht. Aktionen in der ärztlichen Sprechstunde sind unerwünscht.

Vor Beginn der Sammel-Frist werden Sie von der FMH einen Brief mit Einzahlungsschein erhalten. Sobald die Frist beginnt, erhalten Sie die Unterschriften-Bogen für das Referendum inkl. Anleitung. Die Frist ist kurz, wir werden uns anstrengen müssen! Ein erstes Argumentarium kann bei jedem Bezirksvereinspräsidenten, jeder Berner Fachgesellschaftspräsidentin bzw. bei jedem Mitglied der Delegiertenversammlung und in elektronischer Form auch auf www.berner-aerzte.ch, Bereich «für Mitglieder», abgerufen werden.

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

Jürg Schlup, Präsident



Peter Jäger,
Presse- und
Informations-
dienst

Wahrscheinlich gibt es nur ganz wenige unter der Bundeskuppel, die die 2. Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) als gelungenen Wurf empfinden. Ist diese Revision besser als nichts? Oder wäre vielleicht nichts besser als diese Revision? Ist das KVG gar – wie auch schon behauptet – weder Fisch noch Vogel, sondern ein vom Kopf her stinkender, fliegender Fisch?

Wo solch unflätige Zweifel aufkommen, ist es ratsam, sich einmal auf die Grundlagen zu besinnen, und die sind gar nicht so kompliziert, wie immer behauptet wird:

1. Im internationalen Vergleich der Gesundheitsausgaben liegt die Schweiz dort, wo sie in fast allen Belangen immer liegt: etwas besser, etwas schöner und etwas teurer als (fast) alle andern. Die Statistik der OECD zeigt, dass ein direkter Zusammenhang zwischen dem Reichtum eines Landes (BIP, kaufkraftbereinigt) und den Gesundheitsausgaben besteht. Auch andere Daten (Ärztedichte, Bettendichte, Spitalaufenthaltsdauer) weisen darauf hin, dass die Schweiz durchaus mit dem Durchschnitt vergleichbar ist.

2. Die Belastung des durchschnittlichen Schweizer Haushalts (mit 2,44 Personen) durch die Krankenkassenprämien für die Grundversicherung liegt monatlich bei rund 5 Prozent, d.h. bei 364 Franken eines Ausgabenbudgets von 7634 Franken (bei Haushalteinahmen von 8696 Franken).

3. Die demografische Entwicklung, aber auch die Fortschritte in den Bereichen Medizin, Medizintechnik und Pharmazie, lassen es als sicher erscheinen, dass die Gesundheitskosten auch in Zukunft deutlich stärker steigen werden als der Durchschnitt der Lebenshaltungskosten.

All die Behauptungen, wonach man mittels politischer Alternativ-Ingredien-

zien die Kosten im Gesundheitswesen senken könne, ohne auf etwas verzichten zu müssen, entlarven sich so als Sirenen-gesänge. Wir sind heute wohl schon nahe am Punkt, wo unser Volk klare Prioritäten setzen muss: mehr bezahlen oder ganz bewusst verzichten. Natürlich wird man zunächst gemäss St. Florian-Prinzip noch versuchen wollen, irgendwelche «Randgruppen» zur Kasse zu bitten: Trinker und Raucher bezahlen mehr, die Pflegeleistungen für Senioren werden aus der Krankenversicherung ausgegliedert, das Sterben bezahlt die Erbschaft. Aber auch solche Massnahmen gewähren nur den Aufschub gefährdeter Entscheide. Und naturgemäss fällt eine solche Entscheidung vor allem Politikern schwer, denn wer derartige Verzichtleistungen propagiert, verkommt zum Buhmann der Nation und hat kaum mehr Aussichten, wieder gewählt zu werden.

Im Netzwerk des Schwindelns gefangen

Die 2. Teilrevision KVG ist ein Paradebeispiel einer Gesetzgebung, bei der nicht mit offenen Karten gespielt wird. Allein schon die «Ärztennetze mit Budgetverantwortung» legen davon beredtes Zeugnis ab: Klar ist lediglich, dass in einem solchen Netzwerk der Patient von A bis Z (wobei Z nicht notwendigerweise Zahnarzt heisst, aber auch darüber weiss man nichts Genaues) ambulant und stationär betreut werden soll. Das Netzwerk erhalte pro eingeschriebenen Versicherten einen Pauschalbetrag mit einer Rückversicherung für besonders aufwändige Fälle. Wie diese Netzwerke auszugestaltet sind, welche Bedingungen ihre Mitglieder zu erfüllen haben und wie die Entschädigungen festzulegen sind, ist offen. Solche Netzwerke sind vor allem aus den angelsächsischen Ländern bekannt. Sie haben sich kaum je bewährt, und sie haben sich nirgends grossflächig durchsetzen können.

Politische Schaumschlägerei ist auch die Idee, die Kantone sollten bestimmen, wie viele Leistungserbringer sie benötigen. Schon die Spitalplanungen liegen bis auf den heutigen Tag im Argen. Und jetzt sollen die Kantone 15'000 Ärzte aus 50 Spezialitäten, dazu 4000 Zahnärzte, Apotheker, Physiotherapeuten, Chiropraktoren usw. «verteilen»?

Prof.Dr.med. Hannes G. Pauli †

Am 9. Oktober 2003 verstarb Prof. Hannes G. Pauli in Bern im Alter von 79 Jahren. Pauli war, zusammen mit Prof. Ettore Rossi, in den sechziger und siebziger Jahren massgeblich an der Berner Reform des Medizinstudiums beteiligt. Primary Care lag im besonders am Herzen, und so stand er auch der Gründung der FIAM zu Gevatter.

Eine eingehende Würdigung findet sich im Internet unter www.berner-aerzte.ch

Unbestritten ist bis heute, dass die medizinische Versorgung in der Schweiz qualitativ sehr hochstehend und auch effizient ist. Das Parlament ist nun drauf und dran, dieses bewährte System mit höchst fragwürdigen Massnahmen zu gefährden. Das darf nicht geschehen, ohne dass das Volk das letzte Wort hätte.

Mehr Mut zur Ehrlichkeit

Was aber wäre die Alternative zu den gesundheitspolitischen Bocksprüngen, die nun schon seit Jahrzehnten anhalten, ohne dass auch nur der geringste positive Einfluss zu vermerken wäre? Was Not täte, wäre, dem Volk reinen Wein einzuschenken. Eine korrekte Information über voraussichtliche Kostenzunahmen und Finanzierungsvarianten würde wesentlich dazu beitragen, die Diskussion zu versachlichen. Im weiteren wäre es längst überfällig, auch den Nutzen der Medizin endlich einmal zu beziffern.

Im hier geschilderten Sinne wären folgende Massnahmen zu verwirklichen:

- Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) ist vermehrt im Sinne einer Negativliste zu gestalten, Pflichtleistungen nur anzuerkennen, wenn sie aus medizinischer Sicht wirklich notwendig sind.
- Leistungserbringer, die das System der Krankenversicherung missbrauchen, verlieren nach zweimaliger Sanktionierung definitiv ihren Vertrag.
- Patienten akzeptieren entweder eine zentrale Registrierung ihrer Krankengeschichte oder ein Gatekeeper-System.
- Die Franchise wird massiv und einkommensabhängig erhöht.
- Finanziell schwache Versicherte werden wirksam und mit möglichst geringem administrativem Aufwand entlastet. Es kann jedoch nicht sein, wie dies heute der Fall ist, dass je nach Kanton 30 bis 50 Prozent der Bevölkerung von einer grösseren oder kleineren Prämienreduktion profitieren.

Die hier aufgeführten Massnahmen sind zum Teil juristisch problematisch und politisch schwer durchsetzbar. Es sei aber daran erinnert, dass man Gesetze ändern kann und die Meinungsbildung in der Politik Zeit und Durchhaltevermögen verlangt.

Peter Jäger

«Ich brauche keinen Cadillac, mir genügt ein VW!»



P. Eichenberger
Präsident
Rotkreuzstiftung
Lindenhof

Gedanken zum Jahreswechsel

Die letzte Stiftungsrats-Sitzung des Jahres veranlasst jeweils ganz besonders, Bilanz zu ziehen und sich Gedanken über die Zukunft zu machen. Die Bilanz für die beiden «Standbeine» der Rotkreuzstiftung Lindenhof, das Spital und die Schule, ist erfreulich. Wir dürfen mit den Ergebnissen, die im Rahmen der heute gültigen Vorgaben erzielt worden sind, sehr zufrieden sein. Nur eben: Diese Vorgaben, die bestehenden Gesetze, Kassenverträge und Tarife werden seit längerer Zeit in Frage gestellt und intensiv diskutiert, weil die Kosten unseres Gesundheitswesens dauernd steigen und, so heisst es, zu hoch sind und reduziert werden müssen. Seit Jahren werden deshalb neue gesetzliche Grundlagen und Tarifsyste entworfen und begreiflicherweise kontrovers diskutiert, es werden Termine für die Ent-

scheidfindung und Inkraftsetzung festgelegt – und immer wieder verschoben. In dieser Hinsicht ist die Bilanz des Jahres 2003 nicht positiv: Wir starten ins neue Jahr ohne klare Vorgaben.

Die gesetzlichen Grundlagen, das KVG und das Spitalversorgungsgesetz, werden weiterhin beraten. In Versicherungs- und Tariffragen kam es im letzten Moment zu vorläufigen, wahrscheinlich nur kurzlebigen, zum Teil lückenhaften Lösungen, und wichtige Grössen wie Taxpunktwert und Pauschalabgeltungen wurden nach langen Diskussionen provisorisch festgelegt und sind angefochten. Ist es nicht bemüht, dass wir mit unserem System nicht mehr in der Lage sind, für wichtige Fragen zeitgerecht Lösungen zu finden! Von den Kosten, die das Hin und Her verursacht, gar nicht zu sprechen. Auch das Planen ist unter solchen Umständen sehr schwierig, besonders wenn man allenfalls anfallende Defizite nicht einfach abwälzen kann. So ist das Lindenhofspital beispielsweise gezwungen, für die kommenden Monate Rückstellungen in Millionenhöhe zu machen, um liquid zu bleiben für den Fall, dass bei den Abrechnungen nach den neuen provisorischen Vorgaben Probleme entstehen oder Korrekturen, beispielsweise beim Taxpunktwert, vorgenommen werden. Dessen Erhöhung liegt ja nicht gerade in der Luft.

Natürlich ist es nicht einfach, für das komplexe «Unternehmen Gesundheit» mit seinen Kosten von 44 Milliarden Franken

Referendum: Anleitung zur Unterschriftensammlung

Formerfordernisse

Auf einer Unterschriftenliste oder -karte dürfen nur Stimmberechtigte **einer politischen Gemeinde** unterzeichnen.

Die entsprechende Gemeinde muss **namentlich am Kopf der Liste** aufgeführt sein. Name, Vorname, genaues Geburtsdatum und Wohnadresse müssen **handschriftlich und gut leserlich** (möglichst in Blockschrift) geschrieben sein. Unleserliche Angaben werden von den bescheinigenden Behörden ungültig erklärt.

Die Unterschriftenlisten und -karten sollten mit **Kugel- oder Faserschreiber** ausgefüllt werden.

Nicht fehlen darf die **Unterschrift** der/des Stimmberechtigten.

Unterschriftenlisten und -karten dürfen auf keinen Fall **entzweigerissen** oder -geschnitten werden. **Alle** Unterschriften werden in einem solchen Fall als ungültig erklärt.

und einem jährlichen Wachstum von zehn Prozent Lösungen zu finden, Lösungen, mit denen alle Beteiligten und Betroffenen einigermaßen zufrieden sind, die mit möglichst geringen Unkosten hohen, manchmal unverhältnismässigen Ansprüchen gerecht werden und gleichzeitig eine flexible Weiterentwicklung des Systems ermöglichen. Die Interessen der Beteiligten sind sehr unterschiedlich. Der Staat ist nicht nur Geldgeber, der allerdings seinen Beitrag gerne reduzieren möchte, er ist als Eigentümer und Betreiber von öffentlichen Spitälern auch Anbieter und Konkurrent. Die Versicherungen und Krankenkassen sind mit ihrer Rolle als blosser Garanten nicht mehr zufrieden. Sie suchen vermehrt Einfluss zu gewinnen auf das Angebot und dessen Preisgestaltung, wie die Verhandlungen in den letzten Wochen klar gezeigt haben. Medizinische Hilfsberufe bauen neue Positionen auf und drängen in den Markt, oftmals mit Erfolg. Und dort, wo wir als grössere und kleinere Unternehmer uns nicht einigen können, rufen wir dann wohl oder übel wieder den Staat als Schiedsrichter an, beispielsweise im «Verteilkampf» zwischen selbstdispensierenden Ärzten und Apothekern oder bei der Festsetzung von Taxpunktwerten. Dabei ist die Frage der Kosten, Einkommen und Gewinne nur ein Aspekt und eng verknüpft mit einem anderen Grundproblem, das in den sozialen und politischen Bereich gehört. Es geht um heikle Fragen wie die Abgrenzung zwischen Zwangs- und Wahlbedarf, zwischen generellem Anspruch und zusätzlichen individuellen Möglichkeiten für Zahlungskräftige, letztlich damit auch um Fragen der Rationierung der Medizin.

In der politischen Diskussion stehen vorwiegend Verteilungsfragen im Vordergrund. Kompetenzen und Mittel werden verschoben. Höhere Transparenz, Markt und Unternehmergeist werden gefordert – und wo ein Schritt in dieser Richtung getan wird, wird geklagt oder das Referendum ergriffen. Das Ganze soll dann möglichst noch ein Nullsummenspiel sein. Unser Gesundheitssystem wird damit noch nicht besser, schon gar nicht effizienter oder billiger. Um das zu erreichen müssen diejenigen, denen die Kompetenzen dazu jetzt zugeteilt werden, entsprechende Entscheide erst noch fällen. Das ist aber nicht so einfach.

Damit bin ich wieder beim im Titel erwähnten Cadillac und beim VW. Den zitierten Ausspruch tat ein anerkannter Ökonom anlässlich einer Klausur über die

steigenden Kosten des Gesundheitswesens, die besonders im Hinblick auf die «Überalterung» der Bevölkerung mit der Problematik der medizinischen Versorgung der vielen zu erwartenden Betagten stattfand. Der Ausspruch galt dem Hausarzt oder Gatekeeper. Ist das wirklich so? Muss nicht gerade dieser ein sehr sorgfältig ausgebildeter fachlicher «Cadillac» sein? Wehe, wenn er etwas verpassen oder als Gatekeeper eine Weiche falsch stellen würde! Werden da nicht die fachlichen Qualitäten mit den teuren Lederesseln im Wartezimmer verwechselt?

Sicher gibt es noch Möglichkeiten, ohne Qualitätsverlust und allzu grosse Steigerung der Kosten die Effizienz zu erhöhen. Ich vermute aber, dass auch die Ärztenetze, möglicherweise nach anfänglichen Einsparungen, das Kostenwachstum nicht werden aufhalten können.

Ähnliches gilt auch im Spitalbereich. Was die Massnahmen der Einvernehmlichen Strukturanpassungen des Kantons und die Schliessung von einzelnen Bezirksspitalern nicht erreichen konnten, soll nun das neue Spitalversorgungsgesetz regeln. Es enthält viele gute Ansätze, so sicher die Zusammenfassung einzelner Häuser zu zentral geführten Regionalen Spitalzentren, die ihre Vorgaben über noch genau zu definierende Leistungsaufträge und -verträge erhalten sollen. Das Lindenhospital will sich zusammen mit den Spitälern Aarberg, Belp, Bern und Münsingen als privates RSZ an diesem System beteiligen. Mit der Verlagerung der Kompetenzen und der Vermögen von den Gemeinden zum Kanton oder zu Privaten ist aber die Kostenproblematik noch nicht gelöst. Die entscheidenden Massnahmen müssen von den neuen Trägerschaften erst noch getroffen werden. An der oben erwähnten Klausur glaubten die Fachleute aus der Oekonomie, durch Schaffung von geriatrischen Kliniken und Institutionen für Langzeitpatienten die Kosten des Gesundheitswesens deutlich senken zu können. Ein ähnlicher Gedanke mag hinter der kürzlich erfolgten Aussage der Gesundheitsdirektion unseres Kantons stecken, die in Zukunft fehlenden Heime für Betagte aus finanziellen Gründen nicht zu bauen, sondern die Betagten zu Hause zu pflegen. Weder Geriatrie noch Betagtenpflege lassen sich auf rudimentäre Billigmedizin reduzieren. Es sind komplexe, aufwendige Bereiche, für die entsprechend geschultes Personal vorhanden sein muss. Auch hier ist der Ausspruch vom Cadillac und vom VW oder gar Trabi zu hinterfragen.

Also wie weiter? Meines Erachtens sind viele gute Ansätze vorhanden. Zu viele wichtige Eckwerte sind aber noch umstritten, werden immer wieder diskutiert und nicht entschieden oder als Provisorien vorgegeben. Dies verunmöglicht eine seriöse längerfristige Planung, sei es für die Arztpraxis oder das Spital. So hätten wir sehr gerne die Art der Spitalfinanzierung gekannt, bevor wir uns nach dem neuen Spitalversorgungsgesetz organisieren, so wäre es für alle heutigen und künftigen Trägerschaften von Spitälern wichtig, möglichst rasch die Abgeltung der Vermögen beim Übergang in die neuen Strukturen zu kennen, und so wäre es für die heutige Führung unseres Betriebes sehr wesentlich, möglichst rasch auf einem definitiven Taxpunktwert und auf gültigen Pauschalen basieren zu können. Sicher werden uns nicht alle Entscheide Freude bereiten. Deshalb erwarten wir ja auch, dass sie sachlich begründet sind. Als eigenständige Unternehmung werden wir sie aber letztlich anzunehmen haben und für unser Spital zusammen mit den Belegärzten die richtigen Lösungen finden müssen.

*Dr. med. P. Eichenberger
Präsident Rotkreuzstiftung Lindenhof*

«NO LIMITS» für PonteNova-KundInnen

Mit dem Versand der elektronischen Kopie an das Trustcenter haben Sie Ihre vertragliche Datenanlieferungspflicht im KVG-Bereich erfüllt und sämtliche TARMED-Limitationen fallen für Sie dahin! Ein Argument mehr für Ihr TC.

H.W. Leibundgut,
VR-Präsident PonteNova

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: Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19, 3000 Bern 8. Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82;
E-Mail: tackenberg@forumpr.ch
Inserate: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern. Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;
E-Mail: pwolf@hin.ch
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern.
Ausgabe Dezember 2003.

Das KVG wird umgesetzt: Neue Tarifverträge für die Privatspitäler des Kantons Bern



Beat Meister,
Mitglied Tarifkommission
OKP-Tarif
Kanton Bern

Am 1.1.2004 wird sich die Tarifwelt nicht nur bei ambulanten Patienten mit Tarmed, sondern ebenso einschneidend bei stationären Patienten in den Berner Privatspitälern durch die Einführung von OKP-Pauschalen ändern. (OKP = Obligatorische Krankenpflege Versicherung)

Vier wichtige Punkte haben dazu geführt, dass ab 1.1.2004 in den Berner Privatspitälern nun sowohl die Arzt- als auch die Spitalleistungen nach Pauschalen abgerechnet werden.

- Gemäss KVG Art.49 müssen stationäre Leistungen zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung mit Pauschalen abgerechnet werden.
- Spitäler welche auf der Spitalliste des Kantons Bern sind, müssen grundsätzlich auch grundversicherte Patienten aufnehmen.
- Die bisher als Spitalzusatz für die Privatspitäler des Kantons genutzte Zusatzversicherung «Allgemein ganze Schweiz», soll künftig nur noch für ausserkantonale Hospitalisationen Gültigkeit haben.
- Alle Patienten, auch Zusatzversicherte, sind obligatorisch grundversichert und haben somit Anrecht auf ein Entschädigung aus der Grundversicherung bei einem Spitalaufenthalt.

Auf Grund dieser Fakten haben die Krankenversicherer ihre bisherigen Verträge mit den Berner Privatspitälern gekündigt und Verhandlungen gefordert. Verhandlungspartner war die Vereinigung der Berner Privatspitäler und nicht die Ärzte. Dank dem meist guten Einvernehmen zwischen den Spitalleitungen und den Ärzten

in den Privatspitälern, gelang es, dass die Ärzte an den Verhandlungen teilnehmen konnten, ohne jedoch Vertragspartner zu sein. Vertragspartner sind einerseits die Privatspitäler und andererseits die Krankenversicherer. Jedes Spital muss mit seinen Ärzten Anschlussverträge zum eigentlichen Vertrag mit den Kassen machen.

Obschon viele Kollegen auch heute noch der Ansicht sind, dass man sich gar nicht hätte auf Verhandlungen einlassen sollen, war allen, die sich auch nur minimal mit der Materie auseinandergesetzt hatten, klar, dass eine Verweigerung unsinnig gewesen wäre. Sie hätte sicher zu einer weit schlechteren Lösung geführt, als was nun erreicht wurde. Die Kooperation der Ärzte mit den Spitälern und den Kassen wurde denn auch durch vernünftige und korrekte Verhandlungen honoriert.

Nach gemachten Erfahrungen aus den Tarmedverhandlungen, wo Geheimpolitik und «Führungsentscheide» zu dem für die Belegärzte bekannten Desaster geführt haben, wurde der neue Tarif unter Federführung der Bern FMS für alle Beteiligten offen erarbeitet.

Auf Grund von vergleichbaren Kosten aus öffentlichen Spitälern machte santésuisse ein Angebot für die Summe aller Arzthonorare pro Fall. Sie liess keine Zweifel offen, dass diese Summen nicht zu diskutieren sei und als Alternative nur ein Tariffestsetzungsverfahren durch den Kanton in Frage komme.

Es ging also darum den gegebenen Kuchen pro Fall korrekt unter den beteiligten Ärzten zu verteilen, ein – wie man sich denken kann – fast unlösbares Problem. Nach Evaluation multipelster Möglichkeiten entschloss man sich einen neuen Tarif auf Grundlage der Nomenklatur, der Zeiten und der quantitativen Dignitäten eines korrigierten Tarmed durchzuführen. Diese Parameter aus Tarmed stammen alle aus einer Zeit in welcher die betroffenen Ärzte noch am Tarif mitarbeiten konnten und diese Parameter sind in Tarmed am wenigsten bestritten. Der korrigierte Tarmed enthält alle bisher von den Fachgesellschaften über die FMS eingereichten und von Vertretern aller Fachgesellschaften akzeptierter Korrek-

turen sowie die Elemente, welche im RE II hätten korrigiert werden sollen. Damit gelang es innert weniger Wochen einen für die Grosszahl der Beteiligten einigermassen akzeptablen, betriebswirtschaftlich errechneten Tarif zu erstellen, der die Vorgaben der Kassen erfüllte.

Der Tarif wurde Ende November von santésuisse und den Privatspitälern unterzeichnet. Er muss nun noch vom Kanton genehmigt werden. Da diese Genehmigung etwas Zeit benötigt, wurde vereinbart, dass der Vertrag auf alle Fälle für mindestens ein Jahr Gültigkeit hat und somit ab 1.1.2004 eingesetzt wird.

Nach den im Vertrag vereinbarten ca. 250 Pauschalen, werden alle grundversicherten Patienten abgerechnet. Zudem wird jedem zusatzversicherten Patienten ob «Halbprivat» oder «Privat» ebenfalls die Pauschale an seine Honorarrechnung angerechnet, als Beitrag aus der obligatorischen Grundversicherung.

Grundsätzlich ist es mit den neuen Verträgen möglich, dass auch Patienten welche nur grundversichert sind, im Privatspital behandelt werden können. Die Aufnahme solcher Patienten muss sich jedoch nach den Aufnahmekapazitäten in den Kliniken richten und für grundversicherte Patienten besteht auch im Privatspital keine freie Arztwahl, so dass grundversicherte Patienten, ebenso wie in den öffentlichen Spitälern, durch Assistenz- oder Spitalärzte behandelt werden können. Die freie Arztwahl bleibt im Spital ein Element der Zusatzversicherung.

Nach schmerzlichen Erfahrungen aus der katastrophalen Verhandlungskultur rund um Tarmed, unter Beachtung des politisch Möglichen, sowie der Erkenntnis, dass Ärzte, Kassen und Kliniken nicht unbedingt Feinde sein müssen, ist der neue Tarifvertrag für die Obligatorische Krankenpflege (OKP-Vertrag) doch ein kleiner Lichtblick. In der extrem kurzen zur Verfügung stehenden Zeit wurden Grundlagen geschaffen, welche für die Weiterentwicklung des Tarifs eine vernünftige Basis darstellen. Es scheint als ob Ärzte, Spitäler und Kassen nun doch zur Einsicht gelangen, dass wir ein gemeinsames Ziel haben, unseren Patienten zu einem betriebswirtschaftlich errechneten und sozial tragbaren Preis die best mögliche Behandlung zukommen zu lassen.

Beat Meister
meister@bnm.ch

Mitteilungen des Sekretärs



Th. Eichenberger,
Sekretär

Kaderarztverträge und Spitalversorgungsgesetz

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern hat den Spitalern mit Schreiben vom 21. November 2003 mitgeteilt, wegen mangelnder Akzeptanz sowie im Hinblick auf die bereits ab dem Jahr 2005 geltenden neuen gesetzlichen Grundlagen werde im Moment auf weitere Arbeiten am vorgesehenen Mustervertrag verzichtet.

Ferner teilt die AHV-Ausgleichskasse des Kantons Bern den Spitalern in einem Schreiben vom 28. November 2003 mit, in Berücksichtigung der aktuellen Praxis des eidgenössischen Versicherungsgerichts zur Frage der sozialversicherungsrechtlichen Stellung der Spitalärzte werde die Praxis ab dem 1. Januar 2004 den geltenden Regelungen angepasst.

Danach haben die zu privatärztlicher Tätigkeit berechtigten Spitalärzte gegenüber den Ausgleichskassen als Selbständigerwerbende abzurechnen, soweit sich deren Einkünfte auf ambulante Behandlungen und Konsilien in der Privatpraxis beziehen.

Sämtliche übrigen Einkommensbestandteile (u.a. Entschädigung für die Tätigkeit als Chefarzt/Leitender Arzt sowie diejenige für stationäre, teilstationäre oder ambulante Patienten des Spitals) sind in der Regel durch die jeweiligen Spitaler als ArbeitgeberIn abzurechnen. Darunter fallen auch die Einkommensbestandteile aus der Behandlung stationärer Halbprivat- und Privatpatienten.

Die AHV-Ausgleichskasse geht davon aus, dass sämtliche Spitalärzte aus den Fachbereichen Radiologie und Anästhesie

inskünftig für ihre gesamte Tätigkeit als Unselbständigerwerbende zu betrachten sind.

Welches sind nun die direkten konkreten Konsequenzen für das Jahr 2004:

- Soweit die Kaderarztverträge vorsorglich gekündigt, aber keine neuen Verträge vorgelegt, geschweige denn abgeschlossen wurden, ist davon auszugehen, dass die alten Verträge als faktische Vertragsverhältnisse weiter Gültigkeit haben;
- Die AHV-Gesetzgebung als zwingendes Bundesrecht verdrängt davon abweichende vertragliche Vereinbarungen;
- Für die private Sprechstunde der Kaderärzte gilt wie für die freipraktizierenden Ärzte ab 1.1.2004 der TARMED auch für den KVG-Bereich.

Welches sind die indirekten Konsequenzen für das Jahr 2004:

- Das Verwaltungsgericht hat entschieden, dass die Einkünfte aus der privaten Sprechstunde bei der Bemessung der Zusatzabgabe (auf dem den doppelten Höchstbetrag der höchstmöglichen Gehaltsklasse eines Chefarztes an einem kantonalen Spital überschreitenden Betrag ist eine Zusatzabgabe von 66 2/3% geschuldet) nach Art. 11c Abs. 5 SpG aufgerechnet werden müssen, sofern sich die Sprechstunde in den Räumlichkeiten des Spitals befindet; wird diese Verpflichtung vom Spital nicht in die Kaderarztverträge übernommen, so droht eine Subventionskürzung.
- Für ambulante Spitalleistungen gilt ab 1.1.2004 ebenfalls der TARMED, allerdings voraussichtlich mit einem höheren Taxpunktwert als die für die ambulanten Arztpraxen gültigen 89 Rappen!; letzteres kann zu Neuverhandlungen betreffend der damit verbundenen fixen oder variablen Lohnbestandteile der Kaderärzte führen; davon sind natürlich auch die Belegärzte betroffen.
- Gleiches gilt insoweit, als TARMED freiwillig als Berechnungsgrundlage für stationäre Spitalleistungen herangezogen wird.

- TARMED ist im Bereich der halbprivaten und privaten privatärztlichen Behandlung von Patientinnen und Patienten stationär tariflich weder direkt noch indirekt als Kalkulationshilfe (TARMED + X%) anwendbar.

Das Spitalversorgungsgesetz, welches zur Zeit in der grossrätlichen Kommission diskutiert wird, und anfangs 2004 im Grossen Rat beraten werden soll, trägt der Tatsache Rechnung, dass Einkünfte aus privatärztlicher Tätigkeit zwar immer noch möglich sein werden, aber im stationären Bereich in der Regel neu als Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit gelten. Die Zusatzabgabe soll gestrichen werden.

Obwohl dies auf den ersten Blick seltsam erscheinen mag, schliessen sich eine unselbständige Erwerbstätigkeit und die Erhebung von Abgaben nicht gegenseitig aus. Das Bundesgericht hat unlängst entschieden, dass die Abgaben in diesem Fall zur Grundlage zur Berechnung eines variablen Lohnbestandteils mutieren.

Bezüglich der neu als Lohnbestandteile zu definierenden Einkünfte stellt sich die Frage nach der Kranken- und Unfalltaggeldversicherung sowie nach der BVG-Versicherbarkeit. Für vorsorgerechtliche Fragen (BVG und Säule 3a) können Sie sich an die Vorsorgestiftung des VLSS, p.A. Pendia Associates AG, Tödistr. 38, Postfach, 8027 Zürich, Tel. 01 289 20 89 wenden.

Sonntag, 18. Januar 2004

17.00

Eglise du Pasquart, Biel

Mittwoch, 21. Januar 2004

20.00

Französische Kirche, Bern

Medizinerorchester Bern

Leitung: Matthias Kuhn

Solist: Kaspar Zehnder, Flöte

R. Zandonai

Il flauto notturno (Poemetto)

B. Romberg

Konzert für Flöte und Orchester,
h-moll

R. Volkmann

1. Symphonie, d-moll

Kantonaler Anschlussvertrag (AV) zum Rahmenvertrag TARMED (RV)

zwischen
santésuisse Bern

und
Ärzte-Gesellschaft des Kantons Bern (im Folgenden «AeG» genannt)

Abkürzungen:

KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18.03.1994
KVV: Verordnung über die Krankenversicherung vom 27.6.1995
RV: Rahmenvertrag TARMED zwischen FMH und santésuisse vom 05.06.2002
AV: Kantonaler Anschlussvertrag zum Rahmenvertrag TARMED

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Art. 1	Sachlicher und örtlicher Geltungsbereich
Art. 2	Beitritt zum Vertrag / Verbandsmitglieder (Neumitglieder) / Nichtverbandsmitglieder
Art. 3	Beitrittsgebühren / Unkostenbeiträge
Art. 4	Rücktritt vom Vertrag
Art. 5	Verzeichnis der Beitritte / Rücktritte
Art. 6	EAN-Nummer / Registriernummer (Reg.-Nr.)
Art. 7	Ausschluss einzelner Aerzte / Versicherer
Art. 8	Auftragsverhältnis / freie Arztwahl
Art. 9	Taxpunktwert / Starttaxpunktwert
Art. 10	Anpassung des Taxpunktwertes
Art. 11	Rechnungstellung und Vergütung
Art. 12	Elektronische Abrechnung
Art. 13	Aerztliche Statistikdaten
Art. 14	Zession von Versichertenansprüchen
Art. 15	Praxisassistenten und Stellvertretung
Art. 16	Anstellung von Aerzten und Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person
Art. 17	Vertrauensärzte
Art. 18	Sanktionen bei Vertragsverletzung
Art. 19	Kantonale paritätische Vertrauenskommission
Art. 20	Vertragsdauer und Kündigung
Art. 21	Inkrafttreten
Art. 22	Rahmentarif
Art. 23	Medikamentenregelung
Art. 24	Schluss- und Uebergangsbestimmungen
Art. 25	Behördliche Genehmigung

Präambel

¹ santésuisse und die FMH haben am 5. Juni 2002 den RV unterschrieben. Der RV wurde vom Bundesrat am 30. September 2002 genehmigt.

² Der Taxpunktwert ist überkantonale, kantonal oder regional durch die Parteien zu vereinbaren und durch die zuständige Regierung zu genehmigen (Art. 2 Abs. 3 und Art. 11 Abs. 2 RV).

³ Kommt es zu keiner Einigung zwischen den Verbänden, wird der Taxpunktwert durch die Regierung des zuständigen Kantons festgesetzt.

⁴ Während der Kostenneutralitätsphase sind regionale Lösungen innerhalb eines Kantons ausgeschlossen.

⁵ Versicherer und Ärzte können zudem überkantonale, kantonal oder regionale Bestimmungen erlassen, soweit der RV eine Materie nicht abschliessend regelt (Art. 2 Abs. 3 RV).

⁶ Sollten sich Bestimmungen des RV und/oder seiner Anhänge und Bestimmungen dieses Vertrages und/oder seiner Anhänge widersprechen, so gehen die Bestimmungen des RV und/oder seiner Anhänge vor.

⁷ Anhang 2 des RV mit der «Vereinbarung zur Kostenneutralität» bildet einen integrierenden Bestandteil dieses Vertrages.

Art. 1 Sachlicher und örtlicher Geltungsbereich

¹ Dieser Vertrag regelt die Beziehungen zwischen den Ärzten und Versicherern, die ihm durch schriftliche Erklärung beigetreten sind (Art. 2 AV). Vorbehalten bleibt Art. 24 Abs. 1 AV.

² Der Vertrag gilt für alle ambulanten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG, die in der von den Parteien vereinbarten und vom Bundesrat genehmigten Tarifstruktur «TARMED» enthalten sind und die im Kanton Bern in freier Praxis erbracht werden (Art. 2 Abs. 1 RV).

³ Ärzte, die an einem Spital ambulante Leistungen im eigenen Namen, auf eigene Verantwortung und auf eigene Rechnung mit einer eigenen Verrechnungsnummer erbringen, sind in Bezug auf diese Leistungen diesem Vertrag nicht unterstellt.

Art. 2 Beitritt zum Vertrag / Verbandsmitglieder (Neumitglieder) / Nichtverbandsmitglieder

¹ Diesem Vertrag können Ärzte und Versicherer beitreten, die dem RV beigetreten sind (Art. 46 Abs. 2 KVG i.V. mit Übergangsbestimmungen Art. 1 RV und Art. 24 Abs. 1 AV).

Verbandsmitglieder der AeG (Neumitglieder)

² Neumitglieder der AeG, für die der RV gilt, haben bei der Aufnahme schriftlich zu erklären, ob sie diesem Vertrag beitreten.

Nicht-Verbandsmitglieder der AeG

³ Nicht-Verbandsmitglieder der AeG können diesem Vertrag beitreten, sofern sie dem RV beigetreten sind (Art. 5 RV). Der Beitritt schliesst die volle Anerkennung dieses Vertrages mit seinen Anhängen ein. Er hat durch schriftliche Erklärung an die AeG zu erfolgen. Er wird erst wirksam, wenn die Beitrittsgebühr (Art. 3 AV) bezahlt worden ist.

⁴ Versicherer können den Beitritt und den Rücktritt unabhängig von einer Mitgliedschaft zu santésuisse erklären.

Art. 3 Beitrittsgebühren / Unkostenbeiträge (Art. 46 Abs. 2 KVG und Art. 5 RV)

¹ Ärzte, die Nicht-Verbandsmitglieder von AeG sind, haben an die zuständige AeG eine einmalige Beitrittsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag zu bezahlen.

² Die Modalitäten sind im Anhang A dieses Vertrages geregelt.

Art. 4 Rücktritt vom Vertrag

¹ Einzelne Ärzte und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten jeweils per 30.06. und per 31.12. von diesem Vertrag zurücktreten. Der Rücktritt kann frühestens nach Ablauf der Kostenneutralitätsphase erfolgen. Ärzte reichen ihre Rücktrittserklärung innert der vorgegebenen Frist bei ihrem jeweiligen Sekretariat der AeG ein; Versicherer reichen ihre Rücktrittserklärung innert der vorgegebenen Frist bei santésuisse ein.

² Falls ein Arzt oder Versicherer die Zugehörigkeit zum RV verliert, so verliert er gleichzeitig die Zugehörigkeit zu diesem Vertrag.

³ Verliert ein Arzt die Mitgliedschaft bei der AeG, verliert er die Zugehörigkeit zu diesem Vertrag auf den nächsten Kündigungstermin gemäss Art. 4 Abs. 1 RV bzw. Art. 4 Abs. 1 AV, sofern er diesem Vertrag nicht als Nicht-Verbandsmitglied beiträgt. (vgl. Art. 2 Abs. 3 AV).

Art. 5 Verzeichnis der Beitritte / Rücktritte (Art. 3 Abs. 3 und 4 RV)

¹ Die Parteien führen ein Verzeichnis über die Beitritte und Rücktritte.

² Alle Mutationen werden in diesem Verzeichnis festgehalten, welches für die Parteien, aber auch für Dritte, massgebend ist.

³ Das Verzeichnis bezüglich der Aerzte wird von der zuständigen AeG geführt.

⁴ Die Parteien stellen sich die entsprechenden Verzeichnisse halbjährlich zu.

Art. 6 EAN-Nummer / Registriernummer (Reg.-Nr.) (Art. 6 RV)

¹ Die FMH händigt allen Aerzten eine EAN-Nummer aus (einheitliche europäische Individualisierungs-Nummer).

² Gestützt auf diese EAN-Nummer sowie die mitgeteilten Daten über die Verrechnungsberechtigung erteilt santésuisse dem gemäss KVG, RV und AV als Leistungserbringer anerkannten Arzt eine Registrierungsnummer (Reg.-Nr.). Der Arzt rechnet über diese Registrierungsnummer ab. Die persönliche EAN- und die Reg.-Nr. müssen auf jeder Rechnung und Verordnung aufgeführt werden. (Art. 11 Abs. 2 lit. a AV).

³ Die bisherigen Registrierungsnummern können im allgemeinen beibehalten werden.

⁴ santésuisse übermittelt dem zugelassenen Arzt die Registrierungsnummer innert 10 Tagen, nachdem das entsprechende Begehren mit den Unterlagen, aus denen hervorgeht, dass es sich um einen gemäss RV und diesem Vertrag als Leistungserbringer anerkannten Arzt handelt, eingereicht worden ist, und nachdem die Beitrittsgebühr bezahlt ist (Art. 6 Abs. 3 RV, Art. 3 AV).

Art. 7 Ausschluss einzelner Aerzte / Versicherer (Art. 10 Abs. 1 lit. f RV)

Der Ausschluss von Aerzten oder Versicherern darf nur aus wichtigen Gründen beantragt werden. Die antragstellende Partei hat ein Ausschlussbegehren mit schriftlicher Begründung an die kan-

tonale paritätische Vertrauenskommission zu richten. Diese teilt ihren Entscheid dem betroffenen Arzt oder Versicherer mit. Der Entscheid kann an das kantonale Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG weitergezogen werden.

Art. 8 Auftragsverhältnis / freie Arztwahl

¹ Die Beziehungen zwischen Arzt und Patient richten sich nach dem Recht des einfachen Auftrags (Art. 394 ff OR).

² Die freie Arztwahl der Versicherten wird von den Parteien ausdrücklich garantiert. Vorbehalten bleiben Einschränkungs-möglichkeiten der freien Arztwahl durch gesetzliche Bestimmungen (zur Zeit besondere Versicherungsformen Art. 62 KVG).

Art. 9 Taxpunktwert / Starttaxpunktwert

¹ Der Starttaxpunktwert und die Parameter der Kostenneutralität werden in Anhang C geregelt. Der Starttaxpunktwert wird nach der in Anhang 2 RV vorgesehenen Methode festgelegt.

² Der Starttaxpunktwert wird während der Einführungsphase nach den Bestimmungen des Anhangs 2 RV angepasst.

³ Der sich nach Beendigung der Kostenneutralitätsphase ergebende Taxpunktwert wird in Anhang B festgelegt

Art. 10 Anpassung des Taxpunktwertes

¹ Die Parteien verpflichten sich, Verhandlungen über die Anpassung des Taxpunktwertes aufzunehmen, wenn sich der Landesindex der Konsumentenpreise seit Ende der Einführungsphase von TARMED und danach seit der letzten Anpassung des Taxpunktwertes um mehr als 5 Punkte verändert hat.

² Eine Anpassung des Taxpunktwertes kann maximal einmal jährlich erfolgen.

³ Die Modalitäten werden in Anhang B geregelt.

Art. 11 Rechnungstellung und Vergütung (Art. 42 KVG und Art. 11 RV)

¹ Schuldner gegenüber dem Leistungserbringer im Rahmen des KVG ist der Versicherte (System des tiers garant). Der Arzt schick die Rechnung dem Versicherten.

² Zwischen einzelnen Versicherern und einzelnen Ärzten bei Vertragsbeginn bestehende Vereinbarun-gen über Direktzahlungen (System des tiers payant) können weitergeführt werden.

³ Die Rechnung nach Absatz 1 hat gemäss Art. 11 Abs. 8 RV folgende Angaben zu enthalten:

- Name und Adresse des Arztes, die Reg.-Nr. und die EAN-Nr.
- Name, Adresse, Geburtsdatum und – soweit vorhanden – die Versicherten-Nummer des Patienten
- Grund der Behandlung (Krankheit, Unfall, Mutterschaft und Geburtsgebrechen)
- Kalendarium der Leistungen
- Tarifpositionen, Nr. und Bezeichnung
- Taxpunkte, Taxpunktwerte, Summe der Taxpunkte, Gesamtbetrag pro Tarif
- Diagnosen nach dem vereinbarten Diagnose-Code
- Bezeichnung von Nichtpflichtleistungen gemäss KVG
- Rechnungsdatum

⁴ Die Rechnungstellung durch die Ärzte hat in der Regel jeweils spätestens alle drei Monate zu erfolgen. Um den Versicherern eine korrekte Abrechnung der Leistungen auf Ende eines Kalen-

derjahres zu ermöglichen, wird den Ärzten empfohlen, ihre Leistungen entsprechend per Ende eines Kalenderjahres abzurechnen, bzw. die Leistungen auf einer Rechnung nach Kalenderjahr aufzugliedern.

Art. 12 Elektronische Abrechnung

Die Parteien stellen fest, dass die von der Ärzteschaft gegründete PonteNova bereit ist und zur Verfügung stehen wird, als Intermediär den elektronischen Datentransfer anzubieten.

Art. 13 Ärztliche Statistikdaten

Über die Herausgabe der Statistiken treffen die Parteien separate Vereinbarungen.

Art. 14 Zession von Versichertenansprüchen

¹ Bei notorisch schlechten Zahlern nach erfolgloser Betreuung und beim Bestehen dringender Verdachtsgründe, dass die Kostenerstattung des Krankenversicherers durch den Versicherten zweckfremd verwendet wird (z.B. Drogenbeschaffung) kann der Arzt ausnahmsweise von der Möglichkeit Gebrauch machen, sich vom Versicherten die Leistungsansprüche gegenüber seinem Versicherer abtreten zu lassen und dies dem Versicherer zu notifizieren (Übereinkunft AeG und Kantonalverband bernischer Krankenkassen Ziff. 3 vom 13.12.1993). Die Notifikation ist zusammen mit der Rechnung beim Versicherer einzureichen.

² Streitigkeiten betreffend die Zession werden in erster Instanz durch die kantonale paritätische Vertrauenskommission entschieden.

Art. 15 Praxisassistenz und Stellvertretung (Art. 8 RV)

¹ Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, seine Leistung persönlich zu erbringen.

² Er kann unter Berücksichtigung der kantonalen Gesetzgebung einen Praxisassistenten oder Stellvertreter beiziehen.

³ Ein Praxisassistent kann zur Weiterbildung während maximal 6 Monaten angestellt werden. Vorbehalten sind anderweitige Lösungen in der WBO (Weiterbildungsordnung). Der Praxisinhaber gibt santésuisse die EAN-Nummer und die Dauer der Anstellung des Praxisassistenten bekannt.

⁴ Ein Stellvertreter kann bei länger dauernder Abwesenheit des Praxisinhabers angestellt werden. Bei regelmässigen, im voraus bekannten Tagesabwesenheiten und bei Ferienabwesenheiten von mehr als 14 Tagen sind Name und Dignität des Stellvertreters santésuisse bekannt zu geben. Dauert eine Stellvertretung länger als sechs Monate, so hat der betreffende Stellvertreter eine eigene Registernummer zu beantragen.

⁵ Der Arzt als Inhaber der Registriernummer trägt im Rahmen dieses Vertrages die Verantwortung für das ärztliche Verhalten seines Stellvertreters oder Assistenten.

⁶ Stellvertreter im Sinne von Art. 15 Abs. 4 AV können insbesondere eingesetzt werden bei vorübergehender Verhinderung an der persönlichen Berufsausübung, bei der übergangsweisen Fortführung der Praxis, bei dauernder Arbeitsunfähigkeit oder beim Tode des Arztes, um die Übernahme der Praxis durch einen Nachfolger zu ermöglichen.

⁷ Die Frist von 6 Monaten gemäss Art. 15 Abs. 3 AV kann durch santésuisse ausnahmsweise verlängert werden.

Art. 16 Anstellung von Ärzten und Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person (Art. 9 RV)

¹ Die Anstellung von Ärzten unter der Verantwortung und Aufsicht eines anstellenden Arztes ist zulässig.

² Die anzustellenden Ärzte müssen santésuisse und der FMH vor Antritt der Stelle gemeldet werden. Im Zeitpunkt der Anstellung müssen für den anzustellenden Arzt die Voraussetzungen gemäss Art. 36 KVG und Art. 38 KVV erfüllt sein.

³ Eine Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person (AG, Kommanditgesellschaft, GmbH, Genossenschaft, Verein etc.) ist möglich.

⁴ Sind mehrere Ärzte unter einer einzigen Reg.-Nr. tätig, haften sie im Rahmen dieses Vertrages gegenüber den Krankenversicherern bei vertragswidrigem Verhalten solidarisch.

⁵ Die erbrachten Leistungen müssen den einzelnen Ärzten mittels EAN-Nummer so zugeordnet werden können, dass aus der Rechnung der Arzt ersichtlich ist, der die Leistungen hauptverantwortlich erbringt.

⁶ Die Anstellung von Aerzten bzw. die Zusammenarbeit in der Rechtsform einer juristischen Person richtet sich im übrigen nach der kantonalen Gesetzgebung und den Vereinbarungen zwischen Ärzten und Versicherern auf überkantonaler, kantonomer oder regionaler Ebene.

Art. 17 Vertrauensärzte

¹ Vertrauensärzte unterstehen den Bestimmungen des zwischen santésuisse und FMH abgeschlossenen Vertrauensarztvertrages, zur Zeit Version vom 14.12.2001.

² Die Versicherer oder ihre Verbände bestellen nach Rücksprache mit den kantonalen Ärzte-Gesellschaften Vertrauensärzte. Diese müssen die Zulassungsvoraussetzungen nach Art. 36 KVG erfüllen und mindestens fünf Jahre in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung tätig gewesen sein (Art. 57 Abs. 1 KVG).

³ Vertrauensärzte, die in der ganzen Schweiz tätig sein sollen, müssen im Einvernehmen mit der Ärzte-Gesellschaft des Kantons bestellt werden, in dem der Versicherer seinen Hauptsitz oder der Verband der Versicherer seinen Sitz hat. (Art. 57 Abs. 2 KVG).

⁴ Eine kantonale Ärzte-Gesellschaft kann einen gesamtschweizerisch tätigen Vertrauensarzt aus wichtigen Gründen ablehnen (Art. 57 Abs. 3 KVG); in diesem Fall ist die Sache der kantonalen paritätischen Vertrauenskommission zu unterbreiten

⁵ Falls ein Vertrauensarzt Versicherte persönlich untersucht, muss er den behandelnden Arzt vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren (Art. 57 Abs. 6 KVG).

⁶ santésuisse verpflichtet sich, von den Versicherern jeweils per 01.01. eines Jahres eine Liste der Tele-fonnummern und Zustelladressen der für die verschiedenen Kantone zuständigen vertrauensärztlichen Dienste oder der Vertrauensärzte zu verlangen und den AeG diese Listen auf dem Internet zugänglich zu machen.

Art. 18 Sanktionen bei Vertragsverletzung (Art. 10 RV)

¹ Verletzt ein diesem Vertrag beigetretener Arzt oder Versicherer Bestimmungen dieses Vertrages oder des RV, seiner Anhänge, des KVG (insbes. Weitergabe von erhaltenen Vergünstigungen Art. 56 Abs. 3 KVG) oder seiner Verordnungen, so kann die kantonale paritätische Vertrauenskommission folgende Sanktionen aussprechen:

- schriftliche Mahnung
- Nichtbezahlung von zu Unrecht verrechneten Leistungen
- Rückforderung von zu Unrecht bezahlten Vergütungen
- Bezahlung von zu Unrecht verweigerten Vergütungen
- Busse bis Fr. 50'000.–
- Ausschluss vom Vertrag
- Veröffentlichung in den Publikationsorganen der Vertragsparteien.

² Die einzelnen Sanktionen können kumulativ ausgesprochen werden.

³ Die Einreichung einer Strafanzeige bei Verdacht auf eine strafbare Handlung bleibt ausdrücklich vorbehalten.

Art. 19 Kantonale paritätische Vertrauenskommission

¹ Die Parteien richten gestützt auf Art. 17 RV gemeinsam eine kantonale paritätische Vertrauenskommission ein. Die Einzelheiten (Zusammensetzung, Zuständigkeit, Verfahren) richten sich nach einem separaten Reglement (Anhang D). Vorbehalten bleiben die Bestimmungen in Abs. 2 bis 6.

² Die AeG bestimmt ihre Vertreter, santésuisse die Vertreter der Versicherer.

³ Die vertragsschliessenden Parteien wählen einen neutralen Vorsitzenden und bestimmen gegebenenfalls gemeinsam ein allfälliges Sekretariat. Die Kosten für den Vorsitz sowie das Sekretariat werden von den Parteien je zur Hälfte getragen.

⁴ Die kantonale paritätische Vertrauenskommission ist ausdrücklich nicht zuständig für Pauschalbeanstandungsverfahren gegen einzelne Ärzte, die sich auf die Rechnungsstellerstatistik von santésuisse abstützen. Diese Verfahren sind direkt beim zuständigen ordentlichen kantonalen Schiedsgericht nach Art. 89 KVG einzureichen.

⁵ Die vertragsschliessenden Parteien und ihre Mitglieder sowie Ärzte und Versicherer, die den Einzelbeitritt zu diesem Vertrag erklärt haben, sind verpflichtet, sich dem Verfahren vor der kantonalen paritätischen Vertrauenskommission zu unterziehen. Vorbehalten bleiben die Verfahren gemäss Absatz 4.

⁶ Die Vertragsparteien entschädigen ihre Vertreter selbst.

Art. 20 Vertragsdauer und Kündigung (Art. 46 Abs. 5 KVG und Art. 18 RV)

¹ Für die Vertragsdauer und die Kündigung dieses Vertrages gelten die in Art. 18 RV enthaltenen Abmachungen.

² Wird der RV gekündigt, so gilt auch dieser Vertrag auf den gleichen als Termin gekündigt.

Art. 21 Inkrafttreten

¹ Dieser Vertrag tritt per 01.01.2004 in Kraft. Ab diesem Datum wird mit der neuen TARMED-Tarifstruktur abgerechnet. Spätestens ab diesem Stichtag sind Leistungen für Analysen, Logopädie, Physio- und Ergotherapie nach den entsprechenden eidgenössischen Tarifen abzurechnen.

² Für das Inkrafttreten gilt im übrigen Art. 20 RV.

³ Falls während der Einführungsphase der Kontrahierungszwang durch eine Gesetzesänderung aufgehoben oder abgeändert wird, kann dieser Vertrag entweder nach ungenutztem Ablauf der Referendumsfrist oder nach der Referendumsabstimmung innert 3 Monaten per 30.06. bzw. per 31.12. gekündigt werden (Art. 18 Abs. 6 RV).

Art. 22 Rahmentarif (Art. 48 KVG)

Wird der kantonale Anschlussvertrag gekündigt oder wird der RV vom 5. Juni 2002 gekündigt und kommt kein neuer RV zustande, beantragen die Parteien der Genehmigungsbehörde, den gültigen Taxpunktwert plus/minus 2 Rappen im Sinne von Art. 48 KVG als Rahmentarif festzusetzen.

Art. 23 Medikamentenregelung

Wird bei Bedarf separat geregelt.

Art. 24 Schluss- und Übergangsbestimmungen

¹ Alle Ärzte, die Mitglied der AeG sind und für die der RV gilt, sind bei Inkrafttreten diesem Vertrag angeschlossen, sofern sie dem Sekretariat der AeG nicht innert 30 Tagen ab Zustellung des Vertrages bzw. ab Veröffentlichung im Verbandsorgan der AeG mitteilen, dass sie dem Vertrag nicht beitreten (Übergangsbestimmung Art. I RV)

² Bis 31.12.2004 muss auf den Rezeptformularen für Arzneimittel die EAN-Nummer noch nicht angegeben werden.

Art. 25 Behördliche Genehmigung

¹ Dieser Vertrag und seine Anhänge sowie der Anhang 2 Kostenneutralität RV bedürfen der Genehmigung durch die Regierung des Kantons Bern.

² Falls die zuständige Genehmigungsbehörde oder die zuständige Beschwerdeinstanz die Genehmigung gemäss Abs. 1 nicht erteilt und/oder die entsprechenden wesentlichen Anhänge nicht genehmigt, wird der gesamte Vertrag mit seinen Anhängen für die Parteien gegenstandslos. Die Anhänge B und C gelten als wesentlich!

Ort, Datum

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Dr.med. J. Schlup
Präsident

Dr.iur Th. Eichenberger
Sekretär

santésuisse
Ruth Humbel Näf
Regionenleiterin Mitte

santésuisse Bern
P.M. Vallon
Geschäftsführer

Anhänge:

- A. Beitrittsgebühren und jährliche Unkostenbeiträge von Nichtverbandsmitgliedern
- B gültiger Taxpunktwert
- C. Berechnung und Festsetzung des kantonalen Starttaxpunktwertes / Kostenneutralität
- D. Reglement für die kantonale paritätische Vertrauenskommission

ANHANG A

Beitragsgebühren und jährliche Unkostenbeiträge von Nichtverbandsmitgliedern

Gemäss Art. 46 Abs. 2 KVG bzw. Art. 5 RV sowie Art. 6 des Anhanges 5 RV und Art. 3 AV vereinbaren die Ärzte-Gesellschaft des Kantons XY und santésuisse folgendes:

1. Die AeG erhebt von den Nichtverbandsmitgliedern eine Beitragsgebühr und einen jährlichen Unkostenbeitrag.
2. Diese Beiträge dienen der Deckung der Kosten der Vertragsverhandlungen, des Vertragesabschlusses, der Erstellung der für die Anhänge B und C des Kantonalen Anschlussvertrages (Taxpunktwert, Starttaxpunktwert und Parameter der Kostenneutralität) notwendigen Datengrundlagen und der Durchführung des Vertrages sowie der Tätigkeit der kantonalen paritätischen Kommission, soweit sie Aufgaben im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu übernehmen hat.
3. Die Beitragsgebühr für Nichtverbandsmitglieder beträgt maximal 60% – im Einführungsjahr von TARMED bzw. des AV maximal 80% – des Mitglieder-Jahresbeitrages der AeG.
4. Der jährliche Unkostenbeitrag für Nichtverbandsmitglieder beträgt maximal 50% des Mitglieder-Jahresbeitrages der AeG. Der Unkostenbeitrag wird erst ab dem dem Beitritt folgenden Jahr erhoben. In der Kostenneutralitätsphase kann der jährliche Unkostenbeitrag entsprechend den Aufwendungen der AeG auf maximal 80% des Mitglieder-Jahresbeitrages angehoben werden.
5. Die Beitragsgebühr und der jährliche Unkostenbeitrag werden im Rahmen der maximalen Höhe (Ziff. 3 bzw. Ziff. 4) von der AeG autonom festgelegt.
6. Beim Vertragsrücktritt eines Nichtverbandsmitgliedes im Verlaufe des Jahres verfällt der ganze jährliche Unkostenbeitrag.
7. Die Beitragsgebühr und der jährliche Unkostenbeitrag sind im voraus zu bezahlen und werden fällig mit dem Einreichen der Beitrittserklärung resp. am 31.12. vor Beginn eines Kalenderjahres.
8. Die Anwendbarkeit des Kantonalen Anschlussvertrages entfällt, wenn der jährliche Unkostenbeitrag nach zweimaliger Mahnung, nach einer Frist von 30 Tagen nach der zweiten Mahnung nicht bezahlt wird. In der Mahnung ist das Nichtverbandsmitglied auf diese Sanktion ausdrücklich hinzuweisen. Nach Ablauf dieser Frist wird dem Nichtverbandsmitglied die Abrechnungsberechtigung entzogen

Datum und gültige Unterschriften der Vertragsparteien.

ANHANG B

Taxpunktwert*Art. 1 Taxpunktwert*

Der gültige Taxpunktwert beträgt ab 1. Juli 2005 Fr., ab 1. Januar 2006 Fr. ...

Art. 2 Anpassung des Taxpunktwertes

¹ Bei Festsetzung des kantonalen Taxpunktwertes in der Höhe von Fr. am 1. Juli 2005 beträgt der Stand des Landesindex der Konsumentenpreise Punkte (Basis: Mai 2000 = 100 Punkte).

² Weicht der Jahresdurchschnitt des Landesindex der Konsumentenpreise um mehr als 5 Punkte vom obgenannten Punktstand ab, so verpflichten sich beide Parteien, Verhandlungen über die Anpassung des Taxpunktwertes aufzunehmen.

³ Zur Beurteilung einer allfälligen Anpassung des Taxpunktwertes werden als Indikatoren insbesondere die Gestehungskosten der Leistungserbringung, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die medizinische Entwicklung, strukturelle Veränderungen, die demografische Entwicklung, Veränderungen des Nachfrageverhaltens und die Entwicklung der massgebenden Parameter der Gesundheitskosten (Kosten pro Versicherten, Kosten pro Grundleistung, Kosten pro Erkrankten) herangezogen.

Abs. 3 Antrag an Regierungsrat

Verweigert eine Partei nach Vorliegen der Voraussetzungen gemäss Art. 2 Abs. 3 die Aufnahme von Verhandlungen oder scheitern diese, sind beide Parteien berechtigt, ihre Anträge betreffend Anpassung des Taxpunktwertes ohne Kündigung des Vertrages dem Regierungsrat zum Entscheid zu unterbreiten

Eine Kündigung des AV gemäss Art. 20 AV i.V. mit Art. 18 RV bleibt in jedem Fall vorbehalten.

Datum und gültige Unterschrift der Vertragsparteien

ANHANG C

Start-Taxpunktwert und Parameter der Kostenneutralität*Art. 1 Starttaxpunktwert*

¹ Der Starttaxpunktwert beträgt Fr. ...

² Der Starttaxpunktwert / Taxpunktwert wird während der Dauer der Einführungsphase gemäss den Bestimmungen der Vereinbarung zur Kostenneutralität (s. Anhang 2 des Rahmenvertrages TARMED zwischen FMH und santésuisse vom 05.06.2002) kontrolliert und angepasst.

Art. 2 Parameter der Kostenneutralität

¹ In Ergänzung zu Ziff 19 der Vereinbarung zur Kostenneutralität (Anhang 2 des Rahmenvertrages TARMED zwischen FMH und santésuisse vom 05.06.2002) legen die Vertragspartner fest, dass bei der Bemessung der massgebenden Leistungsbasis die Medikamentenkosten ausgeschieden werden.

² In Ergänzung zur Vereinbarung zur Kostenneutralität (s. Anhang 2 des Rahmenvertrages TARMED zwischen FMH und santésuisse vom 05.06.2002) gelten für den Kanton Bern folgende Parameter: (*Leistungsbasis, Sollkosten und Kostensteigerungsraten sind prov. Werte!):

****Start-Taxpunktwert**

Der Start-Taxpunktwert beträgt Fr.0.89

***** Korrekturbandbreite**

Die Korrekturbandbreite beträgt 6 Rappen.

*** Leistungsbasis (Kosten 2001)**

Die Kosten 2001 betragen Fr. 543.10 pro versicherte Person.

*** Kostensteigerungsrate x 1**

Die Kostensteigerungsrate x 1 beträgt gesamtschweizerisch einheitlich jährlich Fr. (noch offen) pro versicherte Person (2,5% der Kosten pro versicherte Person ganze Schweiz 2001)

* Sollkosten 2004

(Kosten 2001, bereinigt um Korrekturfaktor x1)

Die Sollkosten 2004 betragen Fr. ... (noch offen) pro versicherte Person.

* Kostensteigerungsrate x 2

Die Kostensteigerungsrate x2 beträgt gesamtschweizerisch einheitlich jährlich Fr. (noch offen) pro versicherte Person (1,5% der Sollkosten pro versicherte Person ganze Schweiz).

* Die exakten Werte können erst nach abgeschlossenem Beitrittsverfahren festgelegt werden (vgl. Ziff. 19, Abs. 1 Anhang 2 des Rahmenvertrages TARMED zwischen FMH und santésuisse vom 05.06.2002): OKP-Kosten für Ärzte, welche dem kantonalen Anschlussvertrag nicht beitreten und im Jahr 2001 zu Lasten OKP abgerechnet haben, werden von der Leistungsbasis sowohl im Basisjahr wie auch im Einführungsjahr in Abzug gebracht.

** Gemäss Verhandlungsergebnis

*** +/- 7% des Start-Taxpunktwertes

Datum und gültige Unterschriften der Vertragsparteien.

ANHANG D

Reglement für die kantonale paritätische Vertrauenskommission (PVK)

(gemäss Art. 19 AV zum Rahmenvertrag Tarmed)

I. Zusammensetzung und Organisation

Art. 1

Die kantonale paritätische Vertrauenskommission (PVK) besteht aus 6 ordentlichen Mitgliedern. Jede Vertragspartei ernennt je die Hälfte davon.

Jede Vertragspartei ernennt zudem mindestens drei Ersatzmitglieder, die Ärztesgesellschaft so viele, damit im Bedarfsfall das fachärztliche know-how in der Spruchbehörde verfügbar ist.

Art. 2

Die Vertragsparteien wählen als Präsidenten eine neutrale unabhängige Persönlichkeit. Sie bezeichnen zudem im Einvernehmen mit dem Präsidenten das Sekretariat der PVK.

Art. 3

Die PVK tagt unter dem Vorsitz des Präsidenten und im Beisein von je drei Mitgliedern bzw. Ersatzmitgliedern beider Parteien. Präsident und Sekretär haben beratende Stimme.

Art. 4

Ausstand / Ablehnung

Tritt ein Mitglied in den Ausstand oder wird es abgelehnt, so wird es durch die entsprechende Vertragspartei selbst ersetzt.

Tritt der Präsident in den Ausstand oder wird er abgelehnt, so wird er durch den Vizepräsidenten ersetzt.

Der Vizepräsident wird durch die PVK aus der Mitte der ordentlichen PVK-Mitglieder jeweils für ein Jahr gewählt. Das Vizepräsidium wechselt im Jahresturnus unter den beiden Vertragsparteien.

Über ein Ablehnungsbegehren gegen ein PVK-Mitglied oder den Präsidenten entscheidet die PVK selber, wobei die abgelehnte Person in den Ausstand tritt.

Die berufliche Tätigkeit für eine Krankenversicherung oder die Tätigkeit als Arzt oder Ärztin stellen keinen Ablehnungsgrund dar.

Art. 5

Der Präsident beruft die PVK ein, so oft es die Geschäfte erfordern. Der Sekretär besorgt die schriftlichen Arbeiten, er protokolliert, verschickt die Entscheide der PVK und führt das Archiv.

II. Aufgaben

Art. 6

Die PVK ist kantonale Vermittlungsinstanz in den Fällen gemäss Art. 8 lit. a bis d hienach.

Art. 7

Die PVK ist Entscheidungsinstanz in den Fällen gemäss Art. 8 lit. e und g bis j hienach.

Art. 8

Unter Vorbehalt von Art. 19 Abs. 4 AV werden der PVK folgende Aufgaben übertragen:

- Interpretation der kantonalen und allfälligen regionalen Verträge
- Schlichten von Streitigkeiten zwischen Ärzten und Versicherern
- Überprüfung beanstandeter Arztrechnungen
- Überprüfung von ärztlichen Behandlungen gemäss den WZW-Kriterien (Anhang 6 RV)
- Verhängen von Sanktionen (Art. 18 AV) gegenüber einzelnen Ärzten oder Versicherern bei Verletzung des KVG, seiner Verordnungen, des RV, seiner Anhänge oder der kantonalen und allenfalls regionalen Verträge
- Erteilen von Ratschlägen
- Entscheid über den Ausschluss von diesem Vertrag oder die Ablehnung eines Beitrittsgesuches von Ärzten oder Versicherern (Art. 2 und 7 AV)
- Entscheid über Streitigkeiten betreffend Zession (Art. 14 AV)
- Entscheid über Ablehnung eines Vertrauensarztes gemäss Art. 17 Abs. 4 AV
- Entscheid über Streitigkeiten über Beitrittsgebühr und Unkostenbeitrag (Art. 3 AV und Anhang A)

Aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung zwischen den Parteien können der PVK weitere Kompetenzen übertragen werden.

III. Legitimation und Verfahren

Art. 9

Im Verfahren vor der PVK sind aktiv- und passivlegitimiert:

- Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
- santésuisse Bern
- Mitglieder der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
- Ärzte, die dem AV beigetreten sind, ohne Mitglied der Ärztesgesellschaft zu sein
- Angeschlossene Krankenkassen

- f. Krankenkassen, die dem AV beigetreten sind, ohne Mitglied bei santésuisse zu sein.

Art. 10

Beschwerden oder Anträge sind dem Sekretär der Kommission schriftlich und begründet unter Beilage der Beweismittel in drei Exemplaren einzureichen.

Art. 11

Die Beschwerde oder der Antrag wird der Gegenpartei unter Fristansetzung zur schriftlichen Stellungnahme zugestellt. Die Frist kann auf begründetes Gesuch hin erstreckt werden. Der Präsident kann bei Streitigkeiten eine Vermittlungsverhandlung durchführen.

Art. 12

Die Kommission gibt ihre Empfehlung aufgrund der Akten ab. Eine mündliche Anhörung kann angeordnet werden. Sie ist zwingend, wenn Sanktionen gemäss Ziff. 18 Abs. 1 AV in Frage kommen.

Art. 13

Die PVK ist in ihren Beschlüssen nicht an die Parteianträge gebunden.

Art. 14

Die PVK fasst ihre Beschlüsse im Konsens. Sie werden den Parteien schriftlich und begründet eröffnet.

Art. 15

Beschlüsse der PVK werden für die Parteien verbindlich, wenn sie nicht innert 30 Tagen seit der Eröffnung schriftlich gegenüber der PVK abgelehnt werden.

Art. 16

Lehnt eine Partei einen Beschluss der PVK ab, wird dies den Parteien durch die PVK schriftlich eröffnet. In diesem Fall steht den Parteien der Weg an das kantonale Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG offen.

Art. 17

Die Parteien können sich die Akten der PVK zur Einsichtnahme zustellen lassen.

Art. 18

Wird ein Beschluss nicht innerhalb von 4 Monaten nach Eingang der Beschwerde oder des Antrages den Parteien eröffnet, steht diesen ohne Weiteres der Weg an das kantonale Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG offen.

Art. 19

Das Verfahren vor der PVK ist kostenlos. Jede Vertragspartei entschädigt ihre Vertreter selbst. Die übrigen Kosten (Entschädigung des Präsidenten, Sekretariat, allfällige Expertenonorare und Kanzleiauslagen) werden von den Vertragsparteien je zur Hälfte getragen. Der Sekretär hat über diese Kosten jährlich abzurechnen.

Kosten, die durch Beweisanträge der Parteien verursacht werden, sind durch diese zu übernehmen und werden bei ihnen durch das Sekretariat vorschussweise erhoben.

Art. 20

Kündigung

Dieses Reglement kann erstmals auf das Ende des 18. Monats nach Einführung von Tarmed gekündigt werden. Wird es bis zu diesem Zeitpunkt nicht gekündigt, kann es in den folgenden sechs Monaten auf das Ende eines Kalendermonats gekündigt werden. Erfolgt innert dieser Frist keine Kündigung, ist in den folgenden Jahren eine Kündigung jeweils auf Ende eines Kalenderjahres möglich. Die Kündigungsfrist beträgt in jedem Fall sechs Monate (Art. 18 RV in Verbindung mit Art. 20 AV).

Wird der AV gekündigt, gilt auch dieses Reglement automatisch als gekündigt.

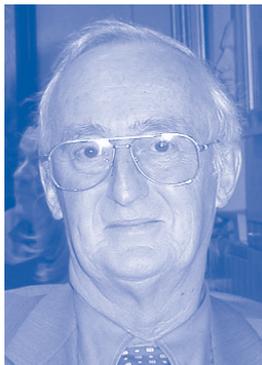
Für Verfahren, die im Falle der Kündigung vor Ablauf der Kündigungsfrist bei der PVK eingeleitet wurden, ist diese weiterhin zuständig.

Art. 21

Schlussbestimmung

Dieses Reglement tritt gleichzeitig mit dem AV in Kraft.

Datum und gültige Unterschriften der Vertragsparteien.



F. Bossard, Thun,
Präsident Wirtschaftsausschuss

Zu den untenstehenden FAQ's zu Tarmed 1.1r soll ich Ihnen kurz etwas zur Einführung von Tarmed 1.1r am 01.01.2004 im KVG-Bereich schreiben. Theoretisch könnte man ein Buch schreiben. Das soll hier nicht der Fall sein. Ausserdem ist die Einführung im Bereich UV/MV/IV ja einigermaßen geordnet über die Bühne gegangen.

Deshalb «nur» die folgende Checkliste:

1. Kennen Sie Tarmed, haben Sie den Tarifbrowser dazu eingehend angesehen? Vor allem die medizinischen und technischen Interpretationen, in welchen Begrenzungen und Kumulationsverbote erwähnt sind?
2. Ist Ihre Praxis-Software für Tarmed 1.1r «umgebaut»?
3. Wenn Sie keine Praxissoftware haben, ist die Abrechnung mit Tarmed 1.1r gesichert? – Die Ärztekasse hilft Ihnen weiter.
4. Sind Ihre Drucker auf die neuen Rechnungsformulare umgestellt: UV-Bereich ohne Einzahlungsschein, KVG-Bereich mit Einzahlungsschein? Adaptation der Mahnungen? – Dies ist Sache der jeweiligen Softwarehäuser und muss hier nicht abgehandelt, sondern nur erwähnt werden.
5. Haben Sie im Tarmed-Tarif die gleichen Leistungsketten aufgebaut wie in den beiden bisherigen Tarifen (SUVA-Tarif und kantonaler Ärztetarif)? – Dies ist Sache des einzelnen Arztes, dies in seiner Software einzutragen.
6. Haben Sie Ihre EAN-Nummer eingetragen? – Dies ist Sache des einzelnen Arztes, dies in seiner Software einzutragen.
7. Haben Sie die EAN-Nummern Ihrer zuweisenden Kollegen eingetragen? – Siehe www.medwin.ch => Partnerdatenbank
8. Haben Sie die EAN-Nummer der Versicherer (zusätzlich zur KSK-, SUVA- und NIF-Nummer) eingetragen? – Siehe www.medwin.ch => Partnerdatenbank
9. Haben Sie alle Pharma-Code Ihrer Medikamente in Ihren Stammdaten? – Siehe www.medwin.ch => Produktdatenbank
10. Haben Sie die MiGel-Liste ebenfalls in Ihren Stammdaten? Siehe => www.fmh.ch
11. Haben Sie den Tessiner Diagnose-Code integriert? Siehe entsprechende Dateien auf der Homepage der KAeG => www.berner-aerzte.ch
12. Haben Sie den Export Ihrer Rechnungen auf XLM-Format für die kantonalen ärztlichen Trust Center (im Kt. Bern: Ponte Nova) ausgerüstet? Haben Sie das dazu notwendige File-transferprotokoll installiert? – Fragen Sie Ihr Softwarehaus oder Ponte Nova
13. Haben Sie eine HIN-Adresse mit ASAS-Tunnel und kennen Sie die End to End-Verschlüsselung, um solche Daten an das Trust Center zu übermitteln? – Fragen Sie HIN

14. Ohne Internet ist es nur schwer, als Arzt tätig zu sein, schon wegen der laufenden kommenden Änderungen von Tarmed. Sind Sie am Internet angeschlossen?
15. Haben Sie für Ihren Internet-Zugang einen gültigen Virens scanner und einen guten Firewall, ist Ihr Betriebssystem auf neuestem Stand?
16. Sollte der Taxpunktwert im UV-Bereich oder KVG-Bereich ändern, wissen Sie wie und wo diese Einstellungen in Ihrer Software vornehmen?
17. Sollte eine neue Tarmed-Version kommen, wissen Sie wie diese in Ihre Praxissoftware einfügen? – Ihre Softwarefirma wird Ihnen sagen, wie solche Updates zu laden sind.
18. Läuft trotz Umstellung auf Tarmed der Berner Tarif und der SUVA-Tarif noch um Rechnungsänderungen alter Rechnungen durchführen zu können?
19. Sind Sie so gewappnet, dass Sie am 31.12.2003 die entsprechenden Umstellungen vom kantonalen Ärztetarif auf Tarmed 1.1r zum Taxpunktwert von 89 Rp. und den Druck der Rechnungsformulare auf Ihrer Praxissoftware vornehmen können? – Ihre Softwarefirma wird Ihnen sagen, wie diese Umstellung vorzunehmen ist.
20. Schliessen Sie Ihre aktuell laufenden Rechnungen so ab, dass Sie ab 01.01.2004 mit neu eröffneten Rechnungen auf Tarmed-Basis arbeiten können: In Tarmed gilt das Leistungserbringungsdatum. – Gemäss Vertrag muss per Stichdatum eine neue Rechnung mit Tarmed-Positionen angelegt werden; mix von beiden Tarifen auf der gleichen Rechnung sind nicht zulässig! Rückdatieren von Rechnungen z.B. auf 31.12.2003 sind zu unterlassen!
21. Sind Ihre neuen Leistungsblätter, auf Tarmed umgestellt, vorhanden?
22. Haben Sie die Ausführungen anlässlich der Tarmed-Schulungskurse der Ärztesgesellschaft beherzigt, haben Sie Ihrer Schulungs-CD noch, um gegebenenfalls dort nachsehen zu können?
23. Ist Ihre MPA, MTA, oder Sekretärin mit all diesen Fragen vertraut?
24. Und denken Sie daran, was wir in den Tarmed-Kursen schon erläutert haben: Eine durchschnittliche Verlängerung der Konsultation um 2,5 Minuten (ein mal 00.0030) verlängert die Sitzungsdauer um 2,5 Minuten und führt zu einer «Mengenausweitung» von 14%!!! Der Taxpunktwert müsste demnach um 11 Rappen abgesenkt werden.

Wenn Sie alle diese Punkte mit positivem Resultat beantworten können, dann kommen gegebenenfalls Fragen zu einzelnen Anwendungen innerhalb Tarmed. Und dafür hat die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern schon einige FAQ's zusammengetragen, und wenn Sie diese beachten, dann kann Ihnen ab 01.01.2004 kein Unglück geschehen. Für weitere Fragen wird die FMH durch unsere Ärztesgesellschaft gebeten eine zentrale Auskunftsstelle im Tarifdienst FMH einzurichten.

Der Präsident Wirtschaftsausschuss der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern wünscht Ihnen allen ein frohes Gelingen sowie einen guten Rutsch ins neue Jahr.

Dr. med. F. Bossard, Thun

FAQ's zu Tarmed

Wir haben die wichtigsten Fragen zu Tarmed gesammelt und redigiert und sie mit den korrekten Antworten versehen.

Diese Fragen sind bereits in den doc.be 4/02 und 6/02 publiziert worden und werden hier als Dienstleistung nochmals abgedruckt.

1. Kumulationen von Konsultationen: Endet jede Konsultation mit 00.0030?

→ Ja, ausser einer Konsultation unter 5 Min. Also Konsultation mit 3 Min. einmal 00.0010, Konsultation mit 7 Min. einmal 00.0010 und einmal 00.0030, Konsultation mit 10 Min. einmal 00.0010 und einmal 00.0030, Konsultation mit 12 Min. einmal 00.0010, einmal 00.0020, einmal 00.0030.

2. Kind mit Gips-Fixation: Ist die Dignität Pädiater / Kinderchirurg oder alle?

→ Gemäss Position 01.0250: + Zuschlag bei härtenden Verbänden beim Kind bis 7 Jahre ist die Dignität für alle.

3. Wegentschädigung beim Notfall: In der Pauschale inbegriffen oder nicht? In der Notfallpauschale Pos 00.2530 und 00.2550 ist die Wegentschädigung ausgeschlossen. Ist dies richtig?

→ Ist ein darstellerischer Fehler; diese Feststellung gilt für fixbesoldete Spitalärzte.

4. Häufig hat ein Arzt am Wochenende allein Notfalldienst: Er behandelt – so gut es geht – einen Patienten nach dem andern. Einzelnen muss er um 21 Uhr wegen vollen Wartezimmer sagen, kommen Sie um 23 Uhr. Was heisst nun «sofort», «unverzüglich» beim Notfalldienst, beim dauernden Notfalldienst mit mehreren Notfällen gleichzeitig?

→ Im Notfalldienst ist die Inkonvenienz so oder so abrechenbar.

5. Allgemeiner Notfalldienst durch Chirurgen, Pädiater, ORL: Wie steht es mit der Abrechnungsberechtigung bei dignitätsdefinierten Tätigkeiten (EKG; psychiatrische Beratung usf.)?

→ Im Notfall-Dienst gelten die Dignitäten nicht.

Dignitätsregelung beim allg. Notfalldienst: fällt sie weg? → JA

6. Auf was beziehen sich die Notfallzuschläge zum Beispiel nachts: Auf alle ärztlichen Leistungen, auch auf die Wegentschädigung und den Patienten-Transport, oder auf AL und TL oder nur AL allein??

Auf alle ärztlichen Leistungen, auch auf die Wegentschädigung und den Patienten-Transport, oder auf AL und TL oder nur AL allein??

→ Die Inkonvenienzen sind AL-Zuschläge auf ALLE Leistungen der mit dem Notfall verbundenen Sitzung.

7. Wie steht es mit dem Kumulationsverbot der Notfallzuschläge untereinander (z.B. 00.2520 und 00.2530)? Die Formulierung im Browser bei den Notfallzuschlägen ist genau betrachtet falsch. «Kumulationsverbot» bedeutet ja ganz klar, dass auf der Rechnung nicht beide Positionen gleichzeitig aufgeführt werden dürfen («Du darfst nicht 00.2520 und 00.2530 auf die gleiche Sitzung schreiben».)

Insofern begreife ich alle, die da einen Knopf haben; die beiden Positionen gehören ja absolut zusammen und aus Anstand gegenüber den Kollegen muss dem AEK-Beispiel folgend instruiert werden, dass sie fix gekoppelt werden müssen («Du musst 00.2520 und 00.2530 auf die gleiche Sitzung schreiben».)

→ wurde gemeldet und in der Schweiz. Ärztezeitung publiziert. Hier wurde im Tarif-Browser eine Rechenregel mit einer Kumulationsregel vertauscht. Das Beispiel wie auf der Schulungs-CD im Ärztekasse-Beispiel ist OK

8. Ein Patient wird nachts notfallmässig untersucht und behandelt und am morgen früh zu einer Kontrolle bestellt: «Zuschlag von ...% auf den Tarifpositionen, die in diesem Zeitraum für die Behandlung des entsprechenden Notfalls verrechnet werden» ist problemlos synonym mit «in dieser Sitzung».

→ Damit ist die Anwendung des Zuschlags für die Nachkontrolle in der Sprechstunde am gleichen Tag klar ausge-

schlossen (wie auch nach gesundem Menschenverstand).

9. Die Frage des Kinderzuschlags für alle oder nur Pädiater: Da steht doch eigentlich wirklich überall bei der Dignität '-' und halt einfach nicht «Alle». Heisst das vielleicht «noch nicht geklärt»?

Da steht doch eigentlich wirklich überall bei der Dignität '-' und halt einfach nicht «Alle». Heisst das vielleicht «noch nicht geklärt»?

→ Nach uns ein Anzeigefehler des Browsers, aus der Geschichte der Position ist der Sinn klar. Diese Position 00.0040 ist für eine Korrektur des Leistungspaketes der Pädiater gedacht. Wir zitieren aus der Schweizerische Ärztezeitung, 2001, 82: Nr. 49 Art. Reengineering TarMed von W. Häuptli: «Vor allem wird in der Allgemeinpraxis rund achtmal mehr geröntgt als beim Pädiater, womit in ersterer achtmal häufiger gleichzeitig die Personal-dotation der Sparte Röntgen und beispielsweise der Sparte Sprechzimmer zu verrechnen anfällt. Da die Zeit zur Behebung dieses Fehlers nicht reichte, erfolgte die Korrektur durch Kompensation auf der Gegenseite, nämlich einer Zuschlagsposition zur Grundkonsultation, erste 5 Min., verrechenbar von Pädiatern und Kinderchirurgen bei Untersuchung von Kindern unter 6 Jahren mit einer TL von 13 Taxpunkten.»

10. Notfälle, was ist «verzugslos»: «Der Facharzt befasst sich sofort, verzugslos mit dem Anrufenden» steht im Text zum Telefon-Notfall; dabei dürfte es sich ja höchstens um 2 bis 3 Min. handeln. Wenn die gleichen Zeiterfordernisse für «verzugslos» angewendet werden für den Patienten, der in der Praxis steht, sieht es für uns schlecht aus.

Dann kommt aber wieder ein Widerspruch: «Bei Konsultation/Besuch innert 60 Min. nach telefonischer Notfallkonsultation können die Tarifpositionen 00.2540 und 00.2550 anstelle von 00.2580 und 00.2590 verrechnet werden.» Also der Kollege in Bern, der es nicht innert einer Stunde zum Hausbesuch schafft, darf jedenfalls Pauschale und Zuschlag für Telefon berechnen. Oder: Der Patient ruft an, steht 15 Min. später in der Praxis, und dann dürfte man ihn noch gut 40 Min. warten lassen?

Und umgekehrt: Der Arzt wartet in seiner Praxis 90 Min. auf den Patienten. Kann diese Wartezeit verrechnet werden?

→ NEIN

Verzugslos lässt immer noch einen Spielraum offen, der dazu dienen kann, dass der Patient in die Praxis kommt oder dass man die Praxis auch organisiert, bevor man losstürmt. (ich kann ja eine REA nicht unterbrechen für eine Schnittwunde und einen Schenkelhals).

Pauschale und Zuschlag fürs Telefon: ja, wenn er beraten hat. Die Meldung «ich bin unterwegs» ist keine Beratung. 40 Min. warten lassen, ist sicher nicht verzugslos, weder nach dem Wortlaut noch nach dem Menschenverstand.

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

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

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

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

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

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

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

→ JA, wenn Fortbildung für beide Titel

erfüllt sind. Das Führen zweier Titel ist prinzipiell möglich und so auch die Abrechnung gemäss Dignitätskonzept. In den generellen Interpretationen (GI 10) findet sich kein entsprechendes Verbot oder Einschränkung. Im Konzept Dignität TarMed, schweizerische Ärztezeitung 2001, 82, Supplementum 5A, unter spezielle Bestimmungen: «Selbständig erwerbende Ärzte teilen der FMH unter Bestätigung ihrer Facharzttitel mit, welche Leistungen gem. TarMed Tarifstruktur sie bis jetzt nach den oben festgehaltenen Kriterien erbracht haben.» Und weiter im Absatz 4. gleiche Ausgabe der Ärztezeitung, Grundsätze der Anwendung der Dignitätsbezogenen Abrechnungsberechtigung «Für die Abrechnung ist nachzuweisen, dass die in Rechnung gestellten Leistungen durch einen Arzt/Ärzte erbracht wurden, die gem. ihrer Qualitativen Dignität hierzu berechtigt sind.» Gleicher Abschnitt 3., 2. Spezielle Bestimmungen, 1. «Welche Leistungen gemäss TarMed Tarifstruktur sie bis jetzt nach den oben festgehaltenen Kriterien erbracht haben.» Daraus entnehme ich, dass auch die Dignitätserhebung und Erhebung zur Besitzstandswahrung gem. TarMed Tarifstruktur anzugeben sind. Ein Grund mehr, dass die Ärzteschaft jetzt in dieser Tarifstruktur ausgebildet wird.

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

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

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

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

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

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

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

→ Bei 30 Patienten würde ich das als 2. Arbeitsplatz bezeichnen, also Konsultation. Wird aber der Arzt vom Pflegepersonal des Altersheimes gerufen, dann handelt es sich eindeutig um einen Besuch, mit allfälliger Wegentschädigung. Wegentschädigung 00.0090: «Beim Besuch mehrerer Patienten in der gleichen Besuchstour, kann nur die für den Ortswechsel vom vorherigen zum nächsten Patienten aufgewendete Zeit berechnet werden.» Also sind in dieser Situation eine Wegentschädigung hin zum Altersheim und eine Wegentschädigung zurück abrechenbar. Nur sollte die Wegentschädigung nicht immer dem gleichen Patienten verrechnet werden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

→ Weil Tarmed ein Einzelleistungstarif ist,

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

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

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

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

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

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

Beispiel: Wundnaht:

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

→ Hier sagt der Tarmed-Browser eindeutig: Verbrauchsmaterial ist separat verre-

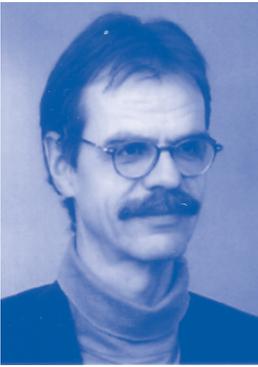
chenbar, sofern der Einkaufspreis (inkl. MWST) pro Einzelstück Fr. 3.– übersteigt. Verrechnet wird der Einstandspreis (Stückpreis auf der Basis der Jahreseinkaufsmenge) plus ein Zuschlag von 10%. Für Verbrauchsmaterialien, die in der MiGel oder in Verträgen aufgeführt sind, gelten maximal deren Preise.

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

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

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

Neuer Kantonsapotheker im Kanton Bern



Samuel Steiner

Im April 2003 hat der Regierungsrat Samuel Steiner zum neuen Kantonsapotheker des Kantons Bern gewählt. Der 46-jährige Apotheker trat die Nachfolge von Prof. Dr. Niklaus Tüller an, der in Pension ging.

Zum beruflichen Werdegang von Samuel Steiner: Pharmaziestudium in Bern, Dissertation (Dr. pharm.) und Assistenzjahre im Pharmakologischen Institut der Universität Bern (Prof. M.H. Bickel). 10 Jahre bei der damaligen IKS in der Abteilung Analytik, zuletzt als wissenschaftlicher Leiter dieser Abteilung. 2000–2003: stellvertretender Kantonsapotheker und Leiter des Pharmazeutischen Kontrolllabor des Kantonsapothekeramtes Bern.

Die Aufgaben des Kantonsapothekeramtes

Das Kantonsapothekeramt ist zuständig für die Überwachung der Sicherheit und Qualität bei der Herstellung, Distribution und klinischen Prüfung von Heilmitteln, soweit dies in kantonaler Zuständigkeit liegt. Zu diesem Zweck nimmt es vier Hauptaufgaben wahr:

1. Heilmittelkontrolle

Betriebe wie Apotheken, Spitalapotheken, einschliesslich Strafanstalten und Heime, Privatapotheken von ÄrztInnen und TierärztInnen sowie Drogerien müssen beim Umgang mit Heilmitteln die gesetzlichen Vorgaben einhalten und insbesondere ihre Sorgfaltspflichten wahrnehmen. Das Kantonsapothekeramt überprüft dies und erteilt die notwendigen Bewilligungen. Im Pharmazeutischen Kontrolllabor werden Arzneimittel mit modernen Methoden untersucht.

Zur Heilmittelkontrolle gehören folgende Tätigkeiten:

- Kontrolle (Inspektionen) der Betriebe
- Kontrolle der Qualität der in Apotheken und Drogerien hergestellten Arzneimittel im Pharmazeutischen Kontrolllabor des Kantonsapothekeramtes
- Betäubungsmittelkontrolle
- Überwachung der Medizinprodukte

Inspektionen

Das Inspektorat des Kantonsapothekeramtes führt in den betroffenen Betrieben regelmässig Inspektionen durch und erhebt Proben von nicht von Swissmedic zugelassenen Arzneimitteln. Die Proben werden im Pharmazeutischen Kontrolllabor untersucht.

Zurzeit (Stand Nov. 2003) befinden sich 175 Apotheken, 44 Spitalapotheken, 134 Drogerien, 164 Tierärzte und 354 selbstdispensierende Ärzte im Kanton Bern.

Im **Pharmazeutischen Kontrolllabor** kann die Qualität von Arzneimitteln und weiteren Produkten untersucht werden. Das wird genutzt für die Überprüfung von Hauspezialitäten von Apotheken und Drogerien, von Präparaten, die in Spitalapotheken hergestellt werden, aber auch von Mustern unbekannter Herkunft oder von zweifelhafter Qualität (beispielsweise via Internet verkaufte Präparate) oder von Drogen.

2. Kontrolle der klinischen Versuche mit Heilmitteln

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion beaufsichtigt die Ethikkommission des Kantons Bern (www.kek-bern.ch). Diese ist dem Kantonsapothekeramt administrativ beigeordnet. Das Kantonsapothekeramt hat ein Einsichtsrecht in die Dokumentationen und kann an Inspektionen teilnehmen, welche das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic an den Versuchs-orten, Einrichtungen und Laboratorien vornimmt.

3. Kontrolle der Lagerung von labilen Blutprodukten

Das Kantonsapothekeramt ist zuständig für die Erteilung von Bewilligungen für das Lagern von Blut und Blutprodukten an Spitälern oder Laboratorien. Durch regelmässige Inspektionen wird die Einhaltung der Lager- und Sicherheitsvorschriften überprüft.

4. Aufsicht über die pharmazeutischen Berufe

Der Kantonsapotheker erteilt die Berufsausübungsbewilligungen für ApothekerInnen und der DrogistInnen. Er kann die Befreiung von der Teilnahme am Notfalldienst verfügen sowie ApothekerInnen vom Berufsgeheimnis entbinden.

Welche Dienstleistungen werden vom Kantonsapothekeramt den Ärztinnen und Ärzten angeboten?

- Bewilligung zum Führen einer Privatapotheke (nur in den entsprechenden Gebieten)
- Auskunftsstelle über Arzneimittel (v.a. in Bezug auf die Qualität).
- Untersuchungen von Arzneimitteln und unbekanntem Stoffen im *Pharmazeutischen Kontrolllabor*. Spezialisiert sind wir vor allem auf die Abklärungen im Bereich Betäubungsmittel und Partydrogen. Falls Sie entsprechende Proben untersuchen wollen, bitten wir Sie, vorgängig den Laborleiter zu kontaktieren.
- Entsorgung von Betäubungsmitteln
- Lieferung von Betäubungsmittelrezeptblöcken (auf schriftliche Bestellung!)
- Kontrolle von Temperaturen (Raum, Kühlschrank) mittels Daten-Logger inkl. Auswertung

Adresse:

Pharmazeutisches Kontrolllabor Kantonsapothekeramt, Baltzerstrasse 5, 3012 Bern
Kontaktperson (Laborleiter):

Dr. Hans-Jörg Helmlin
031 633 11 66
hans-joerg.helmlin@gef.be.ch

Kontaktadresse:

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Kantonsapothekeramt
Rathausgasse 1, 3011 Bern

Kontaktperson:

Dr. Samuel Steiner
031 633 79 26/27
samuel.steiner@gef.be.ch

Eine Homepage ist im Aufbau und sollte Mitte 2004 betriebsbereit sein. Wir werden Sie zu gegebener Zeit weiter informieren.

Oberaargauer Ärzteschaft: Neues Mitglied im Berner KMU



Christoph Hug,
Präsident des
Ärztlichen Bezirks-
vereins Ober-
aargau

Am 30.5.02 sondierte ich an der erweiterten PK, ob ein kantonsweiter Beitritt zum Kantonalbernischen Gewerbeverband Berner KMU eine Chance hätte. Dies war jedoch nicht der Fall, so dass der Ärztliche Bezirksverein Oberaargau den Alleingang wagte. Nach einer Urabstimmung wurden

der Beitritt und die damit verbundene Mitgliederbeitragserhöhung mit 54% Ja gegen 46% Nein angenommen. Seit dem 1.1.2003 ist die Oberaargauer Ärzteschaft nun im Berner KMU Mitglied.

Wir wurden mit offenen Armen empfangen und unser Schritt wurde als Schritt in die richtige Richtung begrüsst. Natürlich konnten wir noch nicht viel bewirken, aber wir haben gezeigt, dass wir bereit sind, unser «Schneckenhaus» zu verlassen, unseren Mann bzw. Frau zu stehen und uns an der Gestaltung unseres Gesundheitswesens aktiv zu beteiligen.

Erste Erfolge unseres Beitritts beginnen sich abzuzeichnen: Wir werden nun auch in die Entscheidungsprozesse auf politischer Ebene integriert. Ein aktuelles Beispiel: Wir wurden eingeladen, einen Vertreter in eine Begleitgruppe zur Beratung

des vor den Grossen Rates kommende revidierte Spital-Versorgungs-Gesetz (vom Regierungsrat ausgearbeitet, und wahrscheinlich am 15.10.03 verabschiedet) zu entsenden. Diese Begleitgruppe stiess auch bei der BEKAG auf reges Interesse, so dass ich noch kaum einen Kollegen zur Mitarbeit anfragen konnte, als mir schon vom Kanton aus ein Name fast «aufgenötigt» wurde.

Wir im Oberaargau sind überzeugt, dass der physische Auftritt mehr als der papierene Auftritt bringt; dies bedingt aber, dass man im Verein aktive Mitglieder hat, die ein entsprechendes Mandat übernehmen. Was sicher ist, ist die Tatsache, dass wir den Schritt an die Öffentlichkeit machen müssen, wollen wir im Lande gehört werden. Jeder Bezirksverein muss den für ihn richtigen Weg finden, und vielleicht ist auch der Kanton mit der Zeit wieder bereit, nochmals den Beitritt zum Berner KMU zu diskutieren.

(Kosten: 75.– Fr pro praktizierendem Mitglied = ca. Fr. 9000.–/Jahr)

Trohe Festzeit und ein erfolgreiches neues Jahr!



Inserat Ärztekasse 1/1 Seite 4farbig