



Februar 2004 / 1

doc.be

Ärztegesellschaft
des Kantons Bern
Société des médecins
du canton de Berne

www.berner-aerzte.ch

Die KVG-Revision steht bevor!

Einführung der Vertragsfreiheit oder Verlängerung des Zulassungsstopps – der Entscheid fällt in den kommenden 14 Monaten.

Zweifellos hat der Referendumsbeschluss der geschlossen auftretenden Ärztekammer dazu beigetragen, dass das eidgenössische Parlament am 17. Dezember 2003 die KVG-Revision scheitern liess – ein vorläufiges Scheitern. Bundesrat Pascal Couchepin lancierte bereits Anfang Januar 2004 die KVG-Revision neu: er will dem Bundesrat im Sommer 2004 Vorschläge für eine Reform vorlegen (NZZ 13.1.2004). Auch im Parlament selber hat sich um den Luzerner Nationalrat Ineichen eine Gruppe gebildet, welche eine neue Vorlage ausarbeiten will. Neben dem einzigen Arzt, dem Präventivmediziner Felix Gutzwiller, gehören dieser Gruppe u.a. folgende Parlamentarier an: Frau Ruth Humbel (Regionalleiterin Santesuissse Mitte), Eugen David (Präsident VR Helsana) und Simonetta Sommaruga («Druck auf Ärzte ausüben» K-Tipp, 26.11.2003).

Warum diese Eile? Weil beispielsweise der Zulassungsstopp für Ärzte im Juni 2005 ausläuft und bis dahin neu geregelt werden soll; weil die geltende Dringlichkeitsregelung betreffend Spitalfinanzierung bereits in 10 Monaten ausläuft; oder auch, weil für die Finanzierung der Langzeitpflege bis Jahresende eine Lösung vorliegen muss.

Was ist für die Ärzteschaft akzeptabel? Wofür können wir Ärztinnen und Ärzte Hand bieten? Diese Diskussion will doc.be in diesem Jahr führen. Machen Sie mit?

Jürg Schlup, Präsident

Mitteilungen des Sekretärs 2

Herausforderungen in der demographischen Entwicklung im Kanton Bern 3

Notfallseelsorge 3

Die Kostenneutralitätsphase KVG 4

In welchem Zeitintervall abrechnen? 5

Ablehnung der 2.KVG-Revision 6

Handabrechnungsformular KVG 8

Ausbilden jetzt! 9

Vorstand der Ärztegesellschaft
des Kantons Bern 10

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

Mitteilungen des Sekretärs



Th. Eichenberger,
Sekretär

Kaderarztverträge

1. Reminder

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 1.1.04 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 Spitäler als Arbeitgeber 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.

2. Follow Up

Sowohl der Verband Bernischer Krankenhäuser (VBK) wie auch die Vereinigung der Spitalärzte des Kantons Bern und die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) haben sich bei der AHV-Ausgleichskasse des Kantons Bern über die Kurzfristigkeit der vorgesehenen Umsetzungszeitpunkte beklagt. Die erwähnten Verbände haben – nach entsprechender Beschlussfassung in den dafür zuständigen Gremien – der AHV-Ausgleichskasse schriftlich zugesichert, die Umstellung per 1.1.2005 definitiv vorzunehmen.

Sofern die Umstellung wirklich klappt, sind unseres Erachtens keine rückwirkenden Massnahmen der AHV-Behörden zu befürchten.

Die folgenden Fragen sind noch ungeklärt:

1. Anstellungsrechtliche Behandlung bzw. gibt es für die neuen Lohnbestandteile einen Lohnausweis;

2. BVG-rechtliche Behandlung der neuen Lohnbestandteile bzw. können diese über die bisherigen Vorsorgeeinrichtungen (z.B. VLSS-Stiftung der Leitenden Spitalärzte der Schweiz) versichert werden oder muss dies inskünftig über die 2. Säule des Arbeitgebers erfolgen (steuerliche Abzugsfähigkeit);
3. Wer ist auf den neuen Lohnbestandteilen für die Kranken- und Unfalltaggeldversicherung zuständig;
4. Steuerliche Behandlung der neuen Lohnbestandteile.

Die Vereinigung der Spitalärzte des Kantons Bern und die BEKAG werden jetzt die Zeit nutzen, und zu den erwähnten Fragen ein entsprechendes Gutachten bei einem namhaften Sozialversicherungsrechtler in Auftrag geben.

Bitte wenden Sie sich zwischenzeitlich bei allen Fragen, welche die Kaderarztverträge betreffen, direkt an den Sekretär der Ärztesgesellschaft oder an den Präsidenten der Vereinigung der Spitalärzte des Kantons Bern.

Ein Lebenswerk wechselt die Hand Fragebogen zur Praxisübergabe

Am Samstag, 24. April 2004, findet das traditionelle Bielersee-Seminar für angehende Hausärzte der Mepha Pharma statt. Ein Schwerpunktthema wird die Praxisübergabe sein. Unter dem Titel «Ein Lebenswerk wechselt die Hand» werden vor allem emotionale Aspekte dieses Prozesses beleuchtet. Zu diesem Problemfeld hat der VSAO einen Fragebogen erarbeitet, welchen er als Grundlage für seinen Workshop einsetzt. Freundlicherweise hat sich die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern bereit erklärt, diesen auf ihrer Homepage unter der Rubrik «News» zu veröffentlichen.

Dürfen wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen, auch wenn Sie Ihre Praxis noch nicht übergeben wollen.

Die Fragebogen sind an den VSAO zu faxen:

031 350 44 89 (zuhanden von P. Iseli und E. Bandli).

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit.

Herausforderungen in der demographischen Entwicklung im Kanton Bern



Ruth Moser

Der von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion verfasste Zwischenbericht zum Stand der Umsetzung Alterspolitik 2005 zeigt auf, dass durch das Älterwerden geburtenstarker Jahrgänge sowie mit der Steigerung der Lebenserwartung der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahren und Jahrzehnten stark zunehmen wird.

Wir gehen von folgenden Zahlen aus:

Zunahme der über 65-jährigen Bevölkerung bis 2030

Jahr		Jahr	
2000		2030	
161'000	+ 90'000	251'000	+ 50%

Zunahme der über 80-jährigen Bevölkerung bis 2030

Jahr		Jahr	
2000		2030	
45'000	+ 30'000	75'000	+ 66%

Mehrbedarf an Pflegeheimplätzen bei gleichbleibender Eintrittshäufigkeit (30% der über 80-Jährigen)

Jahr		Jahr	
2000		2030	
13'500	+ 9'000	22'500	+ 66%

Die Zahl der alten Menschen steigt und steigt. Um den zu erwartenden Bedarf abzudecken, müsste der Kanton Bern 9000 neue Pflegeheimplätze schaffen, oder je nach Grösse bis zu 200 neue Pflegeheime bauen.

In den kommenden Jahren gilt es, Lösungen zu finden, um diesen Mehrbedarf mit

geeigneten Massnahmen und Mitteln abzudecken, um auch zukünftig ein bedarfsgerechtes Angebot an Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen und eine qualitativ gute Pflege und Betreuung mit der entsprechenden medizinischen Versorgung sicherzustellen.

Nicht nur die Zahl der alten Menschen steigt weiter, sondern auch ihre Ansprüche an die Lebensqualität im Alter. Konfektionierte Mehrbettzimmer, spitalähnliche Strukturen, mehr oder weniger starre Tagesabläufe und Rundumversorgung sind heute weniger verlockende Angebote.

Die klassischen Alters- und Pflegeheime gelten in unserer Gesellschaft oft als Endstation und haben für kommende Generationen in dieser Form wahrscheinlich ausgedient. Die Zeichen der Zeit werden vielerorts bereits erkannt und mögliche Struktur Anpassungen vorgenommen.

Strukturwandel bedeutet indes nicht einfach Renovation und Erweiterung von Hei-

men, ergänzt mit spezifischen Wohngruppen, z.B. für Demente. Gefragt sind viel mehr differenzierte, flexible und gut vernetzte Versorgungsangebote, insbesondere die Versorgung im ambulanten Bereich, damit inskünftig weniger Menschen auf eine stationäre Betreuung angewiesen sind.

Unter Einbezug der personellen, finanziellen und infrastrukturellen Möglichkeiten ist es zwingend notwendig, Anreizsysteme zu schaffen, damit ein Teil der Hilfe und Pflege durch Familienangehörige, Nachbarn oder sonstige Netzwerke erbracht werden kann. Ein weiteres Ziel sollte die Schaffung von Wohn- und Betreuungsplätzen in geeigneten Familien sein.

Damit sind Politik und Gesellschaft gefordert, in den kommenden Jahren tragfähige Konzepte zu entwickeln und umzusetzen, welche die Generationensolidarität fördern und die Voraussetzungen schaffen, damit alte Menschen möglichst lange zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung leben dürfen.

VERBAND BERNISCHER KRANKEN-
HÄUSER

Fachkommission Langzeitpflege
Ruth Moser, Präsidentin

Die Notfallseelsorge ist im Kanton Bern rund um die Uhr über den Sanitätsnotruf 144 erreichbar



Pfr.
Bernhard Stähli

Seit dem Jahre 2000 stehen im Kanton Bern 65 Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsorger (Nfs) im Dienst der Öffentlichkeit. Sie wurden in einem 5-tägigen Grundkurs und einem 7-tägigen Praktikum auf ihre Aufgabe vorbereitet. Sie sind Geistliche der offiziellen Landeskirchen

und arbeiten seit mindestens drei Jahren in einem Pfarramt.

Eine Nfs ist immer bei der Sanitätspolizei Bern und ein Einsatzleiter zu Hause auf Pikett. Bei Bedarfsfall können sofort weitere Nfs aufgeboden werden.

Die Nfs leisten erste psychische Hilfe ungeachtet jeder Religion oder Konfession. Ziel der Notfallseelsorge ist das Wiederherstellen der Selbständigkeit von betroffenen Personen, d.h., sie sind da, bis das soziale Netz zu greifen beginnt. Die Nachbetreuung wird also von den Betroffenen selbst, den Freunden, Angehörigen, Hausarzt, Ortspfarrer, Psychologen und andern Spezialisten übernommen.

Unsere Einsätze leisten wir im Rahmen eines freiwilligen Zivil- oder Militärdienstes. Wir leisten diesen Dienst in zivil und haben lediglich eine gelbe Schutzweste mit der Aufschrift «Notfallseelsorge».



Die Notfallseelsorge ist eingebettet in das Projekt «Psychologische Erste Hilfe» des Kantons Bern, das demnächst von der Regierung in Kraft gesetzt wird. Sie ist ein

Element des Bevölkerungsschutzes. Über die Nr. 144 kann die Notfallseelsorge von jedermann, insbesondere auch von Notärzten, angefordert werden.

Für weitere Auskunft steht Ihnen der Leiter Notfallseelsorge jederzeit zur Verfügung.

Pfr. Bernhard Stähli
Papiermühlestrasse 17v, Postfach,
3000 Bern 22
Tel. 031 634 91 25; Natel 079 601 54 27

Mail: bernhard.staehli@pom.be.ch

Wichtig: Taxpunktwert Physio-Tarif

Diejenigen Kolleginnen und Kollegen, welche in der Praxis Physiotherapien wie Novodyn, Ultraschall, Kurzwellen etc. durchführen, wissen sicher bereits, dass hier der offizielle Physiotherapie-tarif (www.hplus.ch/pages/HPlusDocument762.pdf) angewandt werden muss. Weniger bekannt sind die Taxpunktwerte 2004 (mitgeteilt vom Physiotherapeutenverband Kt.Bern):

KVG: CHF –.95

UVG: CHF 1.–

HWL

Die Kostenneutralitätsphase KVG

Der Kantonalvorstand hat sein Ressort «Economics» (Vorsitz: K. Aeschlimann, Mitglieder: B. Gafner, H.W. Leibundgut und A. Sieber) beauftragt, die Lage aufgrund der von PonteNova konsolidierten Daten und von NewIndex gelieferten Analysen laufend zu beurteilen und Anträge für allfällig zu treffende Massnahmen zu stellen. Es geht dabei hauptsächlich um die Information unserer Mitglieder. Wie der UVG-Bereich gezeigt hat, kann diese notwendig sein.

Der Kostenneutralitäts-Kontrollmechanismus KVG zeichnet sich im Gegensatz zur Fallkostenstabilisierung UVG durch einen erbarmungslosen Zeitplan aus:

- In der ersten Monatswoche hat PonteNova Zeit, die ankommenden Daten zu konsolidieren und bereitzustellen. Da wir nur ein Anhörungsrecht haben, sind wir dringend auf unsere eigenen Daten angewiesen.
- In der zweiten Monatswoche beurteilt das Ressort «Economics» die Datenlage und erarbeitet eine Eventualplanung.
- Am Donnerstagabend der dritten Monatswoche erhält das Ressort «Economics» die Zahlen und Anträge von Santé-suisse.
- Bis Dienstagabend der vierten Monatswoche hat der Kantonalvorstands-Ausschuss Zeit, aufgrund des Antrags des Ressorts «Economics», der G7 ihre Stellungnahme – Gegenargumente zu den Zahlen der sas – abzugeben.

• Am Donnerstag der vierten Monatswoche tagt das Kostenneutralitätsbüro.

• Der Entscheid (z.B. neuer TPW) wird paritätisch von unseren zwei Vertretern (Dr. U. Stoffel, Präsident Ärztegesellschaft Kt. Zürich und Dr. Ch.-A. Favrod-Coune, Präsident der Société Vaudoise de Médecine) und den beiden Delegierten der Santé-suisse getroffen und tritt ohne Rekursmöglichkeit am nächsten Monatsersten in Kraft.

... und dies dreizehn Mal, von Mai 2004 bis Mai 2005.

Ressort Economics des Kantonalvorstands

Impressum

doc.be, Organ der Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztegesellschaft des Kantons Bern, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern / erscheint 6 x jährlich.
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Ärztegesellschaft 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 Februar 2004

Fallkosten UVG

Wie per Mail, im Grundversorger-Organ «Primary Care» und in der Schweizerischen Ärztezeitung verbreitet, ist das Sitzungsmittel im UV/MV/IV-Bereich im schweizerischen Durchschnitt von CHF 46 auf 56 – also über 20% – angestiegen. Das Ressort «Economics» konnte die Daten für den Kanton Bern studieren und hat festgestellt, dass dieser nur leicht über dem Schweizerischen Durchschnitt liegt. Demzufolge werden lediglich folgende Massnahmen empfohlen:

1. Streben Sie Kosten von CH 46 pro Sitzung an (Kontrolle bei Rechnungsabschluss: Rechnungsbetrag dividiert durch Anzahl Sitzungen).
2. Senken Sie die Sitzungsdauer von 15 auf 12 Minuten (Kontrolle: Gleich viele Sitzungen von 15 wie von 10 Minuten).
3. Halten Sie sich zähneknirschend an den Wortlaut des Tarifs bei der Notfall-Inkonvenienzpauschale tags («Arzt kümmert sich OHNE VERZUG um den Patienten»).

Nur so kann der UVG-TPW von CHF 1.– gehalten werden!

Ressort Economics des Kantonalvorstandes

In welchem Zeitintervall abrechnen?



Hans-Werner
Leibundgut



Christoph Hug

Tarmed bringt nebst der Notwendigkeit, einen neuen Tarif erlernen zu müssen, auch frischen Wind ins Abrechnungsverhalten. Grund dafür ist die Kostenneutralitätsphase und das TrustCenter-Konzept. Wenn PonteNova Ihre Daten für Sie auswerten und «zurückspiegeln» soll, sind wir auf regelmässige Lieferungen angewiesen, und zwar bereits in den ersten Monaten.

Gemäss Anschlussvertrag sind die Kundinnen und Kunden verpflichtet, Abrechnungsdaten mindestens monatlich einzusenden. Veränderungen lösen aber Abwehrreaktionen aus und zudem kursieren Missverständnisse über diese Forderung.

Es geht NICHT darum, jeden Monat ALLE Leistungen abzurechnen, sondern mindestens einmal pro Monat elektronische Rechnungen ans Trustcenter zu liefern.

Es stellt sich nun die Frage, in welchem Zeit-Intervall abgerechnet werden soll. Folgendes Vorgehen schlagen wir Ihnen vor:

- Leistungen aus dem Notfalldienst für «fremde» Patienten sollten möglichst rasch abgerechnet werden.
- Eindeutig abgeschlossene Fälle sollten ebenfalls möglichst kurzfristig abgerechnet werden.
- «Chronische» Fälle können weiterhin im 3-Monate-Intervall abgerechnet werden.
- Langzeitbehandlungen (PsychiaterInnen!!) sollen unbedingt auch alle 3 Monate abgerechnet werden.

Welche Argumente sprechen nun FÜR ein kurzes (einmonatiges) Abrechnungs-Intervall?

1. Die Aktualität der Daten

Aus alten Zeiten hat sich ein Abrechnungsintervall von 90 Tagen eingebürgert, obwohl dies seit Abschaffung der Krankenscheine nie eine Pflicht war. Rechnen wir nun weiterhin alle 3 Monate ab, verlieren die Daten an Aktualität. Da aber erst die von den Kassen im April abgerechneten Daten in der Kostenneutralität ins Gewicht fallen, kann – mit obigen Einschränkungen – problemlos im 90-Tage-Intervall abgerechnet werden. Wir vermuten, dass die meisten Kassen aufgrund ihrer bekanntermassen langsamen Verarbeitung erst im Mai über TarMed-Daten verfügen werden. Die TrustCenter besässen somit ungefähr einen Vorlauf von einem Monat, genügend Zeit, um Trends festzustellen und Anpassungen in der Tarifierung zu empfehlen.

2. Der Kostenneutralitäts-Kontrollmechanismus

Ein psychologisches Hindernis, auf einen 30-tägigen Rhythmus zu wechseln, liegt darin, dass viele Kolleginnen und Kollegen sich scheuen, «so früh» ihre Forderung dem Patienten zu präsentieren, aus Angst, als geldgierig zu erscheinen. Hier ist entgegenzuhalten, dass die Krankenkassen die Forderung nach Kostenneutralität gestellt haben. Durch monatliches Abrechnen kommen wir Ärzte nur unserer Pflicht nach. Dies kann den Patienten sehr wohl kommuniziert werden.

3. Es gibt keine Mehrarbeit gegenüber «früher»

Ein Beispiel: In einer Praxis werden wöchentlich 50 Behandlungen eröffnet, die Praxisinhaberin rechnet alle zwei Wo-

chen ab und erstellt demzufolge jeweils 100 Rechnungen, und zwar egal, ob die Laufzeit 30 oder 90 Tage dauert. Die Arbeit bleibt sich also gleich, nicht jedoch die Aktualität der Daten.

Folgende Überlegungen sprechen GEGEN ein kurzes (einmonatiges) Intervall:

1. Die Portokosten

Das Rechnungsvolumen, und dem entsprechend auch das Porto, kann sich verdoppeln. Bei einer Grundversorgerpraxis mit bis anhin 2000 Rechnungen/Jahr macht dies Porto-Mehrkosten von Fr. 1700.– aus, was aber durch die Abgeltung des elektronischen Datenaustausches durch die Krankenkassen wieder kompensiert wird.

2. Eine ungeliebte nichtärztliche Tätigkeit

Kollegen mit wenigen Erstkonsultationen und vielen Langzeitpatienten, wie z.B. die PsychiaterInnen, wollen der geringen Anzahl Rechnungen wegen auch nicht unbedingt 3-monatlich abrechnen, sondern lieber die Arbeit konzentrieren. Da aber, wie oben erwähnt, ab April 2004 die Kostenneutralitätsphase läuft, muss unbedingt ein 90-Tage-Rhythmus auch bei Langzeitpatienten eingehalten werden. Auch wenn dabei nur wenige Rechnungen erstellt werden können, dient dies sowohl der persönlichen Ausbildung in der Tarifierung als auch der Fachgesellschaft, welche frühzeitig zu Daten kommt.

3. «Ware in Arbeit»

Wir alle mussten Ende 2003 die laufenden Behandlungen abrechnen und die aus steuerlichen Gründen interessanten «angefangenen Arbeiten» auf Null reduzieren. Aus zwei Gründen sollten wir sie im Laufe des Jahres 2004 wieder aufbauen: Erstens aus den erwähnten steuerlichen Motiven und zweitens wegen der Kostenneutralität: Ein «Dreimonatspuffer», der erst nach Ende der Kostenneutralitätsphase zur Abrechnung kommt.

Fazit: Jede Ärztin und jeder Arzt muss seine persönliche Gewichtung des PRO und KONTRA vornehmen. Eine Änderung des Abrechnungsverhaltens in Richtung Aktualität ist jedoch unumgänglich, liegt doch die mittlere Laufzeit einer Rechnung gemäss Ärztekasse bei 120 Tagen – und dies ist auch aus ökonomischen Überlegungen zu lange!

Ablehnung der 2. KVG-Revision

H.W. Leibundgut, Allgemeinmedizin FMH, Müntschemier,
Vorstandsmitglied BEKAG

Die Revision ist tot – es lebe die Revision! Kaum wurde das Schlimmste abgewendet, so brüten dieselben phantasielosen PolitikerInnen und öden GesundheitsökonomInnen wieder über neuen Instrumenten zur Kostendämpfung, vor allem zur «Zähmung» der ach so bösen Ärzteschaft. Dabei wäre jetzt Zeit, neue Ideen, auch solche von uns Medizinern, einzubringen. Es geht darum, den Ruf der ewigen Neinsager zu verlieren. Es ist auch nicht so, dass unsererseits keine Ideen vorhanden wären. Sie kommen – natürlich – nicht von der FMH, sondern von der «Société médicale de la Suisse Romande» und wurden im Mai 2003 publiziert (www.smsr.ch, Manifest auf deutsch), fanden aber sowohl

bei der deutschschweizer Ärzteschaft als auch in der deutschschweizer Presse kein Echo. Sie sind jedoch bedenkenswert. Ziel dieses Artikels ist es, die Ideen dieses Manifests zu verbreiten und zur Diskussion zu stellen.

1. Klare Trennung zwischen Sozialversicherung und Privatversicherung

Keine Krankenkasse darf im obligatorischen Grundversicherungsgeschäft und gleichzeitig im freiwilligen Zusatzversicherungsbereich tätig sein. Damit soll die Quersubventionierung der Werbung verhindert und bessere Kostentransparenz geschaffen werden. Zudem würde dadurch der Schritt zur «Einheitskrankenkas-

se» analog der SUVA geebnet, was einen weiteren Interessenkonflikt, den zwischen Krankenpflege- und Taggeldversicherung, aus dem Weg schaffen würde. Eine «Einheitskrankenkasse» ist momentan nicht mehrheitsfähig. Doch damit könnte der Leistungskatalog auf effektiv evidenzbasierte Massnahmen reduziert werden. Dadurch würde die Grundversicherung erheblich günstiger als heute und im Zusatzversicherungsgeschäft könnte wieder echter Wettbewerb herrschen.

2. Schaffung einer neuen Pflegefinanzierung

Angesichts der demografischen Entwicklung ist eine weitere Zunahme der Gesundheitskosten durch vermehrten Pflegebedarf infolge Autonomieverlusts der alternden Bevölkerung zu erwarten. Diese Entwicklung sei Schicksal, nicht ein zu versicherndes Risiko, nicht Krankheit, und demzufolge durch die Gesellschaft zu tragen und nicht durch eine Versicherung. Die durch den Autonomieverlust entstandenen Kosten (nicht die Arztkosten, Medikamente etc.) für Hilfe bei den normalen täglichen Handlungen (im Sinne der Hilfenentschädigung) könnten auch durch die Mehrwertsteuer finanziert werden.

Hier werfe ich zwei eigene Ideen in die Diskussion: Freiwilligenarbeit im Alterspflegesektor könnte in gleichem Sinne als «Betreuungsgutschrift» für die AHV entschädigt werden. Und nachdem nicht mehr jeder Schweizer für die Armee benötigt wird, könnte die Bundesverfassung ja auch folgendermassen geändert werden «Jede Schweizerin und jeder Schweizer ist verpflichtet, Militärdienst oder Gemeinschaftsdienst (in Pflegeheimen) zu leisten.» Alle diese Massnahmen würden die dringend benötigte Solidarität zwischen den Generationen wieder stärken, zeigen eine volkswirtschaftliche Sichtweise und entlasten die Budgets der jungen Familien.

3. Regulierung der Anzahl und Art neuausgebildeter Ärztinnen und Ärzte durch die Berufsverbände, die Ausbilder und die Kantone

Hier wird auf dem Hintergrund des bereits offensichtlichen Mangels an AssistenzärztInnen in den Spitälern und des sich abzeichnenden Ärztemangels in freier Praxis eine nicht von Blindheit (Zulassungsstopp!) oder Wunschenken (Kosteneindämmung) geleitete Planung bzw. Koordination gefordert. Als erste Massnahme wird der auch im Kanton Bern realisierte «Spitalarzt» propagiert.

4. Streben nach dauerhaften medizinischen Daten

Die «Versichertenkarte» des KVG-Entwurfs als kleinster gemeinsamer Nenner würde nur knapp einige administrative Probleme lösen. Die «Gesundheitskarte» (mit medizinischen Daten) hätte zwar Kostensparpotential, vermöge aber die Anforderungen an Vertraulichkeit sowie Zugänglichkeit (Ablesegeräte!) doch nicht zu erfüllen. Ich füge hier noch an: Auch nicht die Anforderung an Aktualität, denn wer anders als der Hausarzt würde die Karten «warten» und was bekäme er dafür Hier sind jedoch einige förderungswürdige in- und ausländische Projekte, wie z.B. im Kanton Genf mit einer dezentralen, internetbasierten Version, am laufen. Eine interkantonale Koordination (nicht eine eidgenössische Behörde!) wird empfohlen.

5. Verbesserung der Qualität, der Wirtschaftlichkeit und der Zweckmässigkeit der erbrachten Leistungen

Fünf Kriterien messen die Qualität eines Gesundheitssystems: Die Patientenzufriedenheit (Helsana-Rating lässt grüssen ...), die Behandlungsqualität (ist der Endpunkt definiert?), die Prozessoptimierung (wie steht es mit den Beziehungen zu den Krankenkassen?), die Zufriedenheit der Medizinalpersonen (ist eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs hier förderlich?) und die Zufriedenheit der Zahler (sind diese gesund oder krank?). Somit verunmöglichen im Moment die unter-

schiedlichen Interessen der Patienten, Ärzte und Versicherer einen Konsens über die als optimal angesehene Qualität. Zudem verursacht eine bessere Kontrolle der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Leistungen grössere Ausgaben. Auch Gesundheitsnetzwerke können nur mit langfristigen und grossen Investitionen entwickelt werden. Wenn der Gesetzgeber diese fördern möchte, müsste er – nicht wie im KVG-Revisionsentwurf – den Selbstbehalt für Versicherte ausserhalb eines Netzwerks von 10% auf bis 40% erhöhen.

Eine persönliche Bemerkung zu Gesundheitsnetzen:

Was soll ein Netz in einem abgelegenen oder ländlichen Gebiet an Kostenersparnis bringen? Analog zu mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen gemäss Punkt 1 käme für mich mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern in Agglomerationen in Frage, z.B. zwei sich überlagernde Netzwerke im Raum Bern.

6. Verbesserung der medizinischen Information an die Patienten

Nachdem das «Patient-Empowerment» versagt habe und die Massenmedien nur auf medizinische Sensationen erpicht seien, bleibe nur die Fachperson übrig, die diese Rolle des Informanten übernehmen könne – was dank TARMED nun auch adäquat entschädigt werde (...wenn die Kostenneutralitätsproblematik nicht wäre!)

TERMINE

Delegierten- versammlung BEKAG

25. März 2004
Landgasthof Schönbühl
Beginn 13.30 Uhr

7. Förderung, Entwicklung und Erweiterung der Qualitätszirkel

Darf als bekannt vorausgesetzt werden. Auch Qualitätszirkel brauchen jedoch Investitionen – siehe Punkt 5.

8. Rascher Einsatz von leistungsfähigen statistischen Werkzeugen

Damit sind die TrustCenter gemeint.

9. Verringerung der Medikamentenkosten

Hierzu werden vier Vorschläge genannt: Politischer Druck auf das BSV ausüben, nicht sofort jede Spezialität zuzulassen, ohne dass wirklich ein medizinisches Bedürfnis bestünde und seriöse Preisvergleiche gemacht worden seien. Parallelimporte zulassen. Generika fördern bzw. Preis des Originals nach Ablauf des Patentschutzes um 25% senken. Weniger Medikamente verschreiben.

Jahresbericht 2003 der Ombudsstelle BEKAG Bern



Dr.med.Hans
Jörg Rytz,
Ombudsmann
der BEKAG

Auf 1. April 2003 habe ich von Dr. Peter Ludi das Amt des Ombudsmannes übernommen, welches er während zehn Jahren betreut hatte. Für seine Arbeit und seine Kompetenz gebührt ihm grosser Dank, dem ich mich für seine Einführung und Unterstützung anschliessen möchte.

Die Ombudsstelle wird als von der Ärztesgesellschaft völlig unabhängige, nicht-weisungsgebundene, niedrigschwellige Informations- und Schlichtungsstelle geführt.

Benutzer sind mehrheitlich Patienten, die sich telefonisch für Auskünfte melden, oder Patientin, die Klagen oder Fragen über ihre Behandlung durch Ärzte oder durch Spitäler haben und dann in der Regel via Sekretariat der Ärztesgesellschaft einen Besprechungstermin vereinbaren.

Auch Ärzte wenden sich für Spezialfragen gelegentlich an die Ombudsstelle.

Mit 68 Fragestellern bestanden Kontakte,

z.T. mehrfach und z.T. mit grösserem zeitlichem Aufwand, entsprechend gross war der Schriftverkehr.

Häufig ergaben sich Klärungen bereits durch das ruhige Zuhören und die Erklärung der vermutlichen Zusammenhänge von ursprünglicher Pathologie – Diagnostik – und Therapie, so dass der zuerst nicht akzeptierte Ausgang verstanden werden konnte.

Nicht selten bestand ein Wunsch des behandelnden Arztes, dem Patienten die Situation nun erneut zu erklären, waren doch bei vorgängigen Arzt-Patient-Kontakten entweder Zugangsbarrieren oder Verständigungsprobleme erkennbar gewesen.

Leider bezogen sich mehrere Klagen oder Fragen auf Rechnungsstellungen, für die an sich nicht die Ombudsstelle, sondern die HPK zugezogen werden muss. Häufig war die Klage über die Rechnung aber auf dem Hintergrund einer Störung der Beziehung Arzt-Patient vorgebracht worden und nach entsprechender Klärung und/oder Entgegenkommen des Arztes bereinigt worden.

Es ist noch zu früh für Statistiken und Schlussfolgerungen, aber nicht zu früh für meinen Hinweis, dass eine tragfähige, empathische Beziehung zu unseren Patienten und eine offene Kommunikationskultur mit einem Anteil Selbstkritik in der aktuellen, für das Image der Ärzteschaft entscheidenden Phase von sehr grossem Wert sind.

Bald freie DMA im Kanton Zürich?

Nachdem die Stimmbürger des Kantons Zürich am 30. November 2003 erneut eine apothekenfreundliche Regelung der Medikamentenabgabe auf Gesetzesstufe abgelehnt haben, will die Gesundheitsdirektion die Frage nun mittels Verordnung regeln. Grundsätzlich sollen nun alle praxisberechtigten Ärztinnen und Ärzte im Kanton Zürich Selbstdispensation betreiben dürfen. Die DMA soll zwar weiterhin bewilligungspflichtig sein, doch bestimmt der Verordnungsentwurf, dass eine solche Bewilligung allen praxisberechtigten Ärztinnen und Ärzten zu erteilen ist. Die DMA-Ärzte werden mit der Bewilligung verpflichtet, in ihren Praxisräumen an gut sichtbarer Stelle den Hinweis anzubringen, dass die Medikamente auch gegen Rezept in der Apotheke bezogen werden können.

Die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich hat diesem Vorschlag in ihrer Vernehmlassungsantwort gerne zugestimmt. Sie weist zudem darauf hin, die liberale Haltung der Zürcher Regierung lasse sich auch vor dem Hintergrund von Artikel 37 Absatz 3 KVG rechtfertigen. Dieser bestimmt folgendes: «Die Kantone bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Ärzte und Ärztinnen mit einer kantonalen Bewilligung zur Führung einer Apotheke den zugelassenen Apothekern und Apothekerinnen gleichgestellt sind. Sie berücksichtigen dabei insbesondere die Zugangsmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu einer Apotheke.»

Peter Jäger, PID

Handabrechnungsformular KVG

Das Handabrechnungsformular KVG wurde von der FMH und santésuisse korrigiert und ergänzt. Das Formular ist eine einfache Hilfe für die Handabrechnung. Auf der Rückseite sind die wichtigsten Positionen zur besseren Verständlichkeit der Rechnung für die Patienten aufgeführt. Es soll vor allem denjenigen Ärztinnen und Ärzten dienen, die in der Übergangsphase nicht mehr – oder noch nicht – mit einem Computer abrechnen.

Das Formular kann auf

www.bekag.ch oder www.newindex.ch

als pdf-Formular auf Deutsch, Französisch und Italienisch herunter geladen werden. Dabei ist zu beachten, dass es nur bis zum 30. Juni 2004 (Datum der Rechnungsstellung) verwendet werden darf.

Medizinische Praxisassistentin / Medizinischer Praxisassistent

Ausbilden jetzt!



Simone
Christen

Ausbilden ist eine gute Sache – für Sie, für die Jugend, für die Gesellschaft.

Wer ausbildet

- investiert in die Zukunft. Denn die Lehrlinge von heute sind die Profis von morgen.
- rechnet richtig. Denn Lehrlinge sind produktiv und leisten mehr als sie kosten.
- verändert sich mit der Zeit. Denn Lehr-

linge hinterfragen alte Gewohnheiten und tragen neue Ideen in den Betrieb.

Möchten auch Sie Lehrlinge ausbilden? Zum Beispiel medizinische Praxisassistentinnen? Dann nehmen Sie mit uns Kontakt auf. Wir helfen Ihnen dabei.

Wenn Sie in ihrer Praxis nicht alle Bereiche der Ausbildung abdecken, können Sie gemeinsam mit anderen Praxen ausbilden. Die Instrumente dazu heissen Ergänzungsausbildung oder Ausbildungsverbund.

Geben Sie der Zukunft eine Chance. Helfen Sie mit, Ausbildungsplätze für die steigende Zahl von Jugendlichen zu schaffen, die in den kommenden Jahren die obligatorische Schulzeit beenden wird.

Wir freuen uns auf Ihr Engagement.

Mittelschul- und Berufsbildungsamt des Kantons Bern

Simone Christen, Ausbildungsberaterin
Gesundheitsberufe
Tel. 031 633 87 06

Das «Puff» mit dem freien Wettbewerb

Obwohl ich der richtigen (nicht der rechten) Partei angehöre, habe ich zunehmend Mühe mit unserem goldenen Kalb namens freier Wettbewerb. Dass die Marktkräfte am besten dafür sorgen, dass mir Produkte in vernünftiger Qualität zu einem vernünftigen Preis zugänglich werden, scheint mir selbstverständlich. Nun ist es aber so, dass man auch den mündigsten Konsumenten vor Auswüchsen des Wettbewerbs schützen muss. So darf ein Auto zwar rassistig beschleunigen, muss aber auch gleitig bremsen können. Steckdosen müssen so konstruiert sein, dass weder Erwachsenen- noch Kinderfinger reinpassen. Das scheint Sinn zu machen, auch wenn man hierzulande auf Mikrowellenherde noch nicht schreiben muss, sie eignen sich nicht zum Trocknen von Haustieren.

Und im Gesundheitswesen? Da gibt es natürlich solche Sicherheitsvorschriften auch. Dann gibt es aber noch eine ganze Menge weiterer Vorschriften: z.B. bezüglich Aus-, Weiter- und Fortbildung; bezüglich der anzuwendenden Tarife; bezüglich vieler Elemente der Praxisführung. Und es wird bestimmt: ohne Kassenvertrag de facto keine Berufsausübung. Gemäss unseren Revisionspolitikern KVG soll nun Wettbewerb dadurch hergestellt werden, dass es weitgehend den Kassen überlassen werden soll, wer einen Vertrag erhält und wer nicht. Vom Vertragszwang zum Vertragsdiktat?

Ende des 19. Jahrhunderts, als die Grundzüge des Krankenversicherungsgesetzes im Parlament diskutiert wurden, ging es um zwei zentrale Punkte: Wie kann man den Bedürftigen (im eigentlichen Wortsinne: denjenigen, die Bedarf haben) die Leistungen des Gesundheitswesens zugänglich machen? Und wie schützt man die Ärzte vor einem übermässigen Einfluss der Kassen? Aus den Bedürftigen sind heute Herr und Frau Jedermann geworden, und wenn jemand geschützt werden muss, dann scheinbar die Kassen vor der Geldgier der Ärzte.

Das Gesundheitswesen ist in seiner heutigen Ausgestaltung der reinen Lehre des freien Wettbewerbs nicht zugänglich. Wer sich dennoch mit solchen Rezepten versuchen will, muss auf beiden Augen sehen. Tarife und faktische Berufsverbote müssten in Frage gestellt, wenn nicht abgeschafft werden.

Peter Jäger, PID

Hauptsache: Recht für Ärzte



Eine kompakte Einführung in alle relevanten Aspekte des Rechts für Ärztinnen und Ärzte, Juristinnen und Juristen!

Autoren:

Dr. *Thomas Eichenberger*, Fürsprecher.
Geschäftsführer der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern sowie des Vereins der leitenden Spitalärzte Schweiz.

Mario Marti, Fürsprecher.

261 Seiten, zahlr. Tab. u. Graf., gebunden, CHF 78.– ISBN 3-258-06709-0

Erhältlich bei **Haupt** am Falkenplatz in Bern und in jeder anderen guten Buchhandlung.

Haupt

Haupt Verlag

E-Mail: verlag@haupt.ch • www.haupt.ch

Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, 2004



Präsident

Dr. med. Jürg Schlup
Bernstrasse 127, 3052 Zollikofen
Tel. 031 911 18 44;
Fax 031 911 71 55
e-mail schlup@hin.ch



Vizepräsident

Dr. med. Thomas Heuberger
Staatsstr. 16, 3652 Hilterfingen
Tel. 033 243 33 66; Fax 033 243 33 85
e-mail tom.m.heuberger@bluewin.ch
Tel. Privat 033 243 16 69; Fax 033 243
55 70 (Natel 079 209 29 63)



Vizepräsident

Dr. med. Christian Gubler
Effingerstr. 45, 3008 Bern
Tel. 031 381 11 10;
Fax 031 382 08 84
e-mail cgubler@hin.ch



Sekretär

Dr. iur. T. Eichenberger, Fürsprecher
Kapellenstrasse 14, 3001 Bern
Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64
e-mail bekag@hin.ch



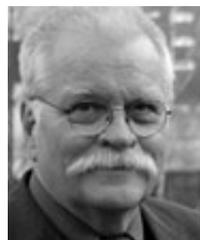
Wissenschaftlicher Sekretär

Dr. med. Rudolf Schwander
Amselweg 15, 3012 Bern (privat)
Praxis Tel. 031 301 16 66;
Fax 031 302 04 40
e-mail info@e-praxis.ch



Leiter Verhandlungsdelegation

Fürsprecher Urs Hofer
Museumstrasse 10, Postfach 106,
3005 Bern
Tel. 031 350 00 30; Fax 031 350 00 31
e-mail u.hofer@hofer-advokatur.ch



Ombudsmann

Dr. med. H. J. Rytz
Kapellenstr. 14, Postfach 6916,
3001 Bern
Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64
e-mail hj.rytz@bluewin.ch



Sekretariatsleitung

P. Wolf
Kapellenstr. 14, Postfach 6916, 3001 Bern
Tel. 031 390 25 60
Fax 031 390 25 64
e-mail pwolf@hin.ch

Vorstandsmitglieder

Bern-Stadt	vakant		
Bern-Land	Dr. med. Beat Gafner, Zur Station 7, Postfach 3145 Niederscherli Tel. 031 849 20 24; Fax 031 849 20 54 e-mail praxigaf@hin.ch		
Oberaargau	Dr. med. Kurt Aeschlimann, Hasenmattstr. 37, 4900 Langenthal Tel. 062 922 66 88; Fax 062 922 66 63 e-mail praxis-aeschlimann@freesurf.ch		
Pierre-Pertuis	Dr. med. Roland Brechbühler, 13, Grand-Rue, 2606 Corgémont Tel. 032 489 11 67; Fax 032 489 25 61 e-mail r.brechbuehler@hin.ch		
Biel-Seeland	Dr. med. Hans-Werner Leibundgut, Kerzersstr. 4, 3225 Müntschemier Tel. 032 313 20 77; Fax 032 313 14 94 e-mail hans.w.leibundgut@hin.ch		
Thun/ Umgebung	Dr. med. André Roten, Mittlere Strasse 3, 3600 Thun Tel. 033 225 05 50; Fax 033 225 05 59 e-mail roten.thun@bluewin.ch		
Emmental	Dr. med. Adrian Sieber, Lyssachstrasse 12, 3400 Burgdorf Tel. 034 423 07 07, Fax 034 423 07 10 e-mail adrian.sieber@hin.ch		
Engeres Oberland	Dr. med. Manfred Studer, Regionalspital, 3800 Unterseen Tel. 033 826 27 26; Fax 033 826 23 53 e-mail manfred.studer@spitalfmi.ch		

Beisitzer

Vertreter des - Zentralvor- standes FMH	Frau Dr. med. Ursula Steiner, Kirchenfeldstr. 1, 3250 Lyss Tel. 032 386 20 60, Fax 032 386 20 63 e-mail u.steiner@hin.ch		
Vertreter der Gesundheits- direktion	Dr. med. A.J. Seiler, Sulgenheimweg 3, 3007 Bern Tel. 031 633 79 31, Fax 031 633 79 29 e-mail anton.seiler@gef.be.ch		
Vertreter der med. Fakultät der Uni Bern	Prof. Dr. med. E. Bossi, Murtenstr. 11, 3010 Bern Tel. 031 632 35 53; Fax 031 632 49 94 e-mail emilio.bossi@meddek.unibe.ch		
Vertreter VR Inselehospital	Dr. med. Beat Geering, Lempigenstrasse 23, 3457 Wasen i.E Tel. 034 437 13 73; Fax 034 437 17 97 e-mail b.geering@bluewin.ch		
Vertreter Spitaltätige Ärzte	Prof. Dr. med. H.J. Peter, Med. Abt. Anna Seiler, Inselehospital, 3010 Bern; Tel. 031 632 23 66, Fax 031 632 96 89 e-mail hans-jakob.peter@insel.ch		
Vertreter des VSAO Sektion Bern	Dr. med. O. Adam, Kinderklinik Wildermeth, Postfach, 2501 Biel 032 324 11 27 Fax 032 324 10 40 e-mail oliver.adam@gmx.ch		
Presse- und Informationsdienst	Peter Jäger, Marco Tackenberg, Forum der Wirtschaft, Postgasse 19, 3000 Bern 8; Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82 e-mail jaeger@forumpr.ch; e-mail tackenberg@forumpr.ch		
Sekretariat	Kapellenstr. 14, Postfach 6916, 3001 Bern; Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64 e-mail bekag@hin.ch		

