



April 2004 / 2

doc.be

Ärztegesellschaft
des Kantons Bern
Société des médecins
du canton de Berne

www.berner-aerzte.ch

Einschränkung
der freien Arztwahl versus
Verlängerung des Zulassungs-
stopps

«Couchepin will die Ärzte spalten» Der
Bund, 26.2.2004, Titelseite

Die KVG-Revision III wirft ihre Schatten
voraus. Ab Juli 2005 will der Bundesrat
den Zulassungsstopp für Ärztinnen und
Ärzte nahtlos durch die Einschränkung
der freien Arztwahl («Vertragsfreiheit»)
ablösen. Leistungserbringer mit Vertrag
haben bis 30.6.2007 eine zweijährige
Besitzstandsgarantie. Falls die Ärzteschaft
das Referendum gegen diese
«Vertragsfreiheit» ergreifen sollte, dann
wird der Bundesrat den Zulassungsstopp
verlängern. Mit diesem taktisch ge-
schickten Vorgehen will der Bundesrat
auch einen Keil in die Ärzteschaft trei-
ben, zwischen spitaltätige und praktizie-
rende Ärztinnen und Ärzte, zwischen
junge und alte Mediziner.

Der Vorstand der Berner Ärztesell-
schaft lehnt sowohl die Einschränkung
der freien Arztwahl als auch den Zulas-
sungsstopp für Ärztinnen und Ärzte ab.
Dies u.a. aus zwei Gründen. Einerseits
ist bislang nicht erwiesen, dass durch
eine Beschränkung der Leistungserbrin-
ger im praxisambulanten Bereich eine
Kostensenkung (Sicht Volkswirtschaft)
erreichbar ist; käme es zu einer Um-
verteilung in den spitalambulanten
Bereich, würden die Kosten steigen.
Andererseits mehren sich die Hinweise
auf einen bevorstehenden Ärzteman-
gel. Zulassungsstopp und Vertragsfrei-
heit schmälern die sinkende Attrakti-
vität unseres Arztberufes zusätzlich und
leisten diesem Ärztemangel Vorschub.

Wir sind für die freie Arztwahl und ge-
gen die Verlängerung des Zulassungs-
stopps. Wir lassen uns nicht spalten!

Jürg Schlup, Präsident

Gesundheitspolitische Positionen
des Vorstands 2

Mitteilungen des Sekretärs 3

Ärztlicher Notfalldienst 5

Bericht aus dem Vorstand 6

Rekrutierungs-Zentrum Sumiswald 7

Elektronische Abrechnung und
Limitationen 8

Es lebe die Konkurrenz 9

Rezept zur Kontrolle der
Kostenneutralität KVG 9

Jahresbericht 2003 des Präsidenten 10

Alte werden immer jünger 14

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

Gesundheitspolitische Positionen des Vorstands der BEKAG (Teil 1)



M. Tackenberg,
Redaktor doc.be

In dieser und den folgenden Ausgaben von doc.be legt der Vorstand der BEKAG seine Sicht der Dinge zu möglichen Reformen des KVG dar. Die Positionen wurden seit der Klausurtagung 2003 erarbeitet. Sie werden hier zur Diskussion gestellt.

Wer keine Ziele hat, kann den Weg nicht ermitteln, den er beschreiten soll. Was als individueller Lebensstil zu respektieren ist – der Weg ist dann das Ziel – erweist sich in der Politik als fatal. Die politischen Ziele bestimmen, was mit dem eigenen Engagement erreicht werden soll. Unter der Bedingung anhaltenden Spardrucks im Gesundheitswesen und angesichts von Reformprojekten, die, einmal implementiert, einem eigentlichen Paradigmenwechsel gleich kämen, hat der Vorstand der BEKAG die Klausurtagung vom Spätsommer 2003 ganz der Frage nach dem «Was will ich?» gewidmet. Er tat dies in der Absicht, eigene Positionen und Reformvorschläge in die gesundheitspolitische Debatte einzubringen. Er tat dies auch im Bewusstsein, dass es nicht einfach ist, eine gemeinsame Programmatik zu entwickeln. Verglichen mit anderen Parteien im Gesundheitswesen ist die Ärzteschaft eine heterogene Gruppe.

Politik beeinflussen

In dieser und den folgenden Ausgaben von doc.be werden die Ergebnisse der gemeinsamen Arbeit vorgestellt und zur Diskussion gestellt. Je mehr Mitglieder sich dazu äussern, umso berechtigter kann die BEKAG sagen: das ist unsere Position, das wollen wir! Dabei zählt weniger der grosse, geniale Wurf als die beharrliche

Einflussnahme auf die Politik. Dies ist auch im Interesse der Patienten: Weil die Beziehung Arzt-Patient wie kaum eine andere Vertrauen bedingt und darum in der Tat eine «special relationship» ist, sind Ärztinnen und Ärzte aufgerufen, ihre Sicht der Dinge kund zu tun.

Ausgestaltung KVG

Der Kantonalvorstand befürwortet bei der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung das System mit Kopfprämien bei gleichzeitiger, administrativ möglichst einfacher Prämienverbilligung für tiefe Einkommen. Nur so ist die schwierige Balance zwischen Selbstverantwortung des Einzelnen und notwendiger Entlastung von Haushalten mit geringem Einkommen zu erreichen. Effizienzsteigerungen durch Steuerung im Sinne von Managed-Care-Systemen, zum Beispiel über Gatekeeper oder Netzwerke, werden befürwortet. Weil aber, wie festgehalten, die Arzt-Patienten-Beziehung nur in einer Atmosphäre des Vertrauens gedeihen kann, lehnt die BEKAG die einseitige Übertragung der Budgetverantwortung auf den Arzt oder auf ein Netzwerk ab. Patienten mit erhöhtem Risiko würden sonst aus Kostengründen benachteiligt. Es drohte

Der Vorstand der BEKAG stellt die hier präsentierten Ideen zur Diskussion. Ihre Stellungnahme erreicht uns über die Redaktionsadresse per E-Mail an

tackenberg@forumpr.ch

Im Rahmen des Möglichen drucken wir Reaktionen in den folgenden Ausgaben von doc.be ab. Je kürzer Ihr Statement ausfällt, umso eher kann es berücksichtigt werden.



Die politischen Ziele bestimmen, was mit dem eigenen Engagement erreicht werden soll.

eine Risikoselektion. Der Vorstand der BEKAG warnt in diesem Zusammenhang auch vor tieferen Tarifen, welche zu Ärztemangel, Dienst nach Vorschrift, Wartelisten und immer kürzeren Konsultationen (5-Minuten-Medizin) führten.

Ärztstopp und Kontrahierungszwang

Die BEKAG wendet sich gegen eine Beschränkung der Anzahl Leistungserbringer durch den Gesetzgeber. Solche Massnahmen kommen zu spät und bringen in der Regel Resultate hervor, die niemand gewollt hat. Die aktuelle, teils populistisch geführte Diskussion über die «richtige» Anzahl Leistungserbringer ignoriert die Tatsache, dass sich heute schon in ländlichen Gebieten und bei diversen Fachrichtungen – wie dies bereits auch in einigen EU-Ländern der Fall ist – ein akuter Ärztemangel abzeichnet. Sollte die Politik dessen ungeachtet den Kontrahierungszwang aufheben, so müssen Ärzte, mit denen die Krankenkasse keinen Vertrag abgeschlossen hat, die Möglichkeit haben, ihre Tätigkeit privat auszuüben. In diesem Fall sollte die Sozialversicherung zumindest einen Anteil der Kosten (z.B. 50% der Kosten nach Sozialtarif) übernehmen.

Beschränkung Leistungskatalog

Die BEKAG befürwortet eine Beschränkung des bestehenden Leistungskatalogs, weil auch im Gesundheitswesen die Ressourcen nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen und weil der Leistungskatalog heute Leistungen umfasst, die im strengen Sinne des Wortes nicht «notwendig» sind. Hingegen lehnt die BEKAG Rationierungsmassnahmen ab. Die Rationierung liegt in der Verantwortung der Politik.

In der nächsten Ausgabe von doc.be nimmt der Vorstand zur freien Arztwahl Stellung, äussert sich zum Tariffsystem und schlägt strengere Anforderungen an die Aufnahme einer Praxistätigkeit vor.

Mitteilungen des Sekretärs



Th. Eichenberger,
Sekretär

Beschlüsse der Delegiertenversammlung vom 25. März 2004

1. Genehmigung der Jahresrechnung 2003 und Déchargeerteilung an den Kantonalvorstand
Einstimmig

2. Genehmigung des Vertrages zwischen der BEKAG und der Firma New Index

Antrag des Kantonalvorstandes:

Abschluss des Vertrags mit der Firma New Index zur Sicherstellung des Controllings während der TARMED-Kostenneutralitätsphase (18 Monate) im Bereich der sozialen Krankenversicherung (KVG) zum Preis von total Fr. 75'000.– (18 x Fr. 4'000.– inkl. 4% Reserve); budgetwirksame Ausgabe.

Begründung:

Das Controlling während der Kostenneutralitätsphase soll dazu dienen, eventuell nachteilige Entwicklungen frühzeitig erkennen und darauf adäquat reagieren zu können. Damit werden die Möglichkeiten verbessert, eine allfällige Senkung des Taxpunktwertes wegen Mengenausweitung zu verhindern. Der Kantonalvorstand hat sich für die Variante «Sichtflug» und gegen den «Blindflug» entschieden. Er ist der Auffassung, dass das dafür benötigte Budget gut eingesetztes Geld für einen wichtigen Zweck darstellt. Zur Zeit ist lediglich die Firma NewIndex, an der die BEKAG als Aktionärin beteiligt ist, in der Lage, die äusserst anspruchsvolle Aufgabe des Controllings wahrzunehmen. Kurt Hänni gibt als Vertreter des Verwaltungsrats der PonteNova bekannt, dass

die PonteNova die Kosten des Controllings für diejenigen Mitglieder übernehmen und an die BEKAG zurückerstatten wird, die mit der PonteNova einen Dienstleistungsvertrag abgeschlossen haben. Der Präsident der Ärztesgesellschaft dankt dem Verwaltungsrat der PonteNova im Namen der Ärztesgesellschaft und der Delegiertenversammlung für diese grosszügige Geste.

Antrag Bossard (erste Abstimmung):

Die Genehmigung ist mit der Auflage zu verbinden, dass die Fachgesellschaften periodisch ein Reporting über die Entwicklung ihrer Kosten während der Kostenneutralitätsphase erhalten (Einhaltung des Datenschutzes).

Angenommen mit 37 (Ja) : 3 (Nein) bei 8 Enthaltungen

Antrag des Kantonalvorstandes mit Auflage Bossard (zweite Abstimmung):
Einstimmig angenommen (1 Enthaltung)

3. Modifikation des Anreizsystems ROKO

Antrag des Kantonalvorstandes auf Erhöhung des Rückerstattungsbetrages von Fr. 200.– auf Fr. 300.– für selbständig tätige Mitglieder (Kategorie 01), welche rechtzeitig einen auswertbaren Fragebogen im Rahmen der Rollenden Kostenstudie (ROKO) einsenden; budgetwirksam.

Begründung:

Die Teilnehmerzahl hat sich im letzten Jahr auf über 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhöht. Der höhere Rückerstattungsbetrag berücksichtigt, dass sich die Zahl der Teilnehmer noch einmal erhöhen dürfte. Im weiteren ist klar, dass das Anreizsystem ROKO für die Ärztesgesellschaft kostenneutral sein soll, d.h. dass aus den Mitgliederbeiträgen kein Budgetüberschuss resultieren darf.

Antrag des Kantonalvorstandes auf Erhöhung des Rückerstattungsbeitrages:
Grossmehrheitlich angenommen bei 2 Gegenstimmen und 3 Enthaltungen

4. Budget 2004 unter Beibehaltung der bisherigen Mitgliederbeiträge

Begründung:

Der Kantonalbeitrag beträgt unverändert:

Kategorie 01 (selbständig tätige Mitglieder)	Fr. 720.–
Kategorie 02 (unselbständig tätige Mitglieder in leitender Funktion)	Fr. 600.–
Kategorie 03 (unselbständig, nicht in leitender Funktion)	Fr. 300.–
Kategorie 04 (Mitglieder in FMH-Weiterbildung)	Fr. 300.–
Kategorie 05 (Wohnsitz und Berufstätigkeit im Ausland)	Fr. 150.–
Kategorie 06 (momentan nicht als Arzt berufstätig)	Fr. 150.–

Antrag des Kantonalvorstandes auf Budgetgenehmigung (unveränderter Beitrag):
Einstimmig angenommen (1 Enthaltung)

5. Befugnis des Kantonalvorstandes, für standespolitische Öffentlichkeitsarbeit im Jahre 2004 bei Bedarf Fr. 100.– (Kategorien 01 und 02) bzw. Fr. 50.– (Kategorien 03, 04, 05 und 06) pro Mitglied einzufordern (Extrabeitrag)
Einstimmig angenommen (1 Enthaltung)

6. Projekt Medphone Notfallarztzentrale Bern

Antrag des Kantonalvorstandes, dem Projekt zuzustimmen und die BEKAG zu beauftragen, sich an der zu gründenden ärztzeigenen Aktiengesellschaft mit Fr. 50'000.– zu beteiligen. Diese Ausgabe geht zu Lasten des Vermögens. Sie ist nicht budgetrelevant.

Begründung:

Der Medizinische Bezirksverein Bern-Stadt betreibt seit Jahren erfolgreich einen ärztlichen Notfalldienst über eine eigene Notfallnummer. Die Attraktivität des Notfalldienstes nimmt ab bzw. der Notfallarzt möchte nur noch funktionsgerecht für Notfälle eingesetzt werden. Eine Triagemöglichkeit für Anrufe, so wie im Bezirksverein Bern-Stadt angeboten, wird zunehmend als hilfreich beurteilt. Gleichzeitig drängen national und international tätige Notfallorganisationen auf den Markt.

Aus den erwähnten Gründen soll die bestehende Telefonzentrale des MBV-Bern-Stadt in eine neu zu gründende Aktiengesellschaft überführt und ausgebaut werden. Nur so kann die für die Zukunft notwendige Infrastruktur geschaffen und die Zusammenarbeit mit anderen Notfalldiensten (z.B. Nr. 144) optimiert werden. Es ist vorgesehen, dieses Angebot auf weitere Regionen und Bezirksvereine auszudehnen, sofern ein entspre-

Fortsetzung Seite 4, linke Spalte

Offener Brief zum Leitfaden zur fürsorglichen Freiheitsentziehung (FFE)

In einem Brief an Frau Dr. Franziska Schneider, Amtsvorsteherin Rechtsamt, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, kritisiert Dr. Hans Gerber, Bern, den Leitfaden zur fürsorglichen Freiheitsentziehung (FFE). Bis zum Redaktionsschluss hat er noch keine Antwort auf sein Schreiben erhalten.

Fortsetzung von Seite 3

chendes Bedürfnis besteht. Die Mehrheit der Bezirksvereine stimmt dem Projekt aus strategischen Gründen zu und ist bereit, Aktienkapital zu zeichnen, auch wenn sich einzelne Bezirksvereine zur Zeit noch nicht anschliessen möchten.

Antrag des Kantonalvorstandes auf Genehmigung des Projekts und Zeichnung von Aktienkapital im Umfang von Fr. 50'000.–:

Angenommen mit 39 (Ja):7 (Nein) bei 4 Enthaltungen

7. Antrag des Kantonalvorstandes, bei der PonteNova zusätzliches Aktienkapital im Umfang von Fr. 30'000.– zu zeichnen, um nach erfolgter Kapitalerhöhung einen 10%-igen Aktienanteil zu halten. Diese Ausgabe geht zu Lasten des Vermögens. Sie ist nicht budgetrelevant.

Antrag des Kantonalvorstandes einstimmig angenommen bei 3 Enthaltungen

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 April 2004

Dr. med. Hans Gerber
Zähringerstrasse 28
3012 Bern

Frau Dr. Franziska Schneider
Rechtsamt, Gesundheits- und Fürsorgedirektion
des Kantons Bern,
Rathausgasse 1, 3011 Bern

Leitfaden zur fürsorglichen Freiheitsentziehung (FFE) durch Ärztinnen und Ärzte im Kanton Bern

Sehr geehrte Frau Dr. Schneider

Bezugnehmend auf den Leitfaden zur fürsorglichen Freiheitsentziehung (FFE) durch Ärztinnen und Ärzte des Kantons Bern, welcher mir am 12. Februar 2004 durch Sie zugestellt wurde, möchte ich in der Folge einige Bemerkungen anbringen.

Ziff. 4.1. Abs. 3 Voraussetzungen

Als psychisch krank sind alle Personen zu verstehen, welche sinnvollerweise stationär in einer Psychiatrischen Klinik betreut werden müssen. Es müssen psychische Symptome vorhanden sein, die einem besonnenen medizinischen Laien auffallen, weil sie durch die Art oder durch ihre Intensität einen deutlichen krankhaften Charakter aufweisen.

Da sich dieser Leitfaden an Ärztinnen und Ärzte richtet, erstaunt es mich, in diesem Papier die Definition einer psychischen Krankheit zu finden. Ich gehe davon aus, dass wir Ärztinnen und Ärzte durchaus in der Lage sind, die Symptome einer psychischen Krankheit zu erkennen und somit die betroffene Person entsprechend einzuschätzen. Zudem ist diese Definition sachlich unvollständig, wird doch die Mehrheit der psychisch Kranken sinnvollerweise ambulant betreut.

Ziff. 5. Abs. 2 Rechtsnatur der Anordnung einer FFE

[...] Eine Mitteilung an den Hausarzt/die Hausärztin darf nur erfolgen, wenn die betroffene Person damit einverstanden ist.

Auch diese Bestimmung ist für mich besorgniserregend, da gerade psychisch kranke Personen oft keine Krankheitseinsicht haben, also krankheitsbedingt nicht urteilsfähig sind und dieses Einverständnis nicht geben werden, was die weitere Betreuung dieser Person massiv erschweren wird. Mache ich z.B. die Ferienvertretung eines Kollegen und muss einen seiner Patienten per FFE einweisen und verweigert dieser Patient mir dann das Recht, den Kollegen über die Einweisung zu informieren, so wird die Arbeit von uns Ärztinnen und Ärzten unnötig erschwert und der Patient hat nichts gewonnen.

Ziff. 6.4 FFE-Zwangsbearbeitung

[...] Somit ist eine Zwangsbearbeitung im ambulanten Rahmen unzulässig.

In einer ambulanten Notfallsituation mit einer psychisch kranken, antriebsaggressiven Person – welche mitunter nicht selten vorkommt – ist die Ärztin oder der Arzt darauf angewiesen, dass eine Notfalltherapie (Spritze gegen den Willen der Person) gemacht werden kann. Hinzu kommt, dass diese Notfalltherapie erst noch im Interesse der kranken Person erfolgt, obschon diese im Notfallmoment dies nicht einsehen kann (fehlende Krankheitseinsicht, fehlende Urteilsfähigkeit). Zudem muss zum Schutze der Umgebung (Fremdgefährdung) sofort gehandelt werden können. Wir Ärztinnen und Ärzte wollen und können diese Verantwortung übernehmen und uns nicht durch unnötige Bestimmungen unsere Arbeit verunmöglichen lassen.

Ich bitte Sie, meine Bemerkungen zur Kenntnis zu nehmen und verbleibe

mit freundlichen Grüßen
sig. Dr.med. Hans Gerber

Ärztlicher Notfalldienst ... 0900... eine Zumutung?



M. Stampfli,
Biel

Die Kollegen des Notfallrayons Biel und Umgebung des Ärztlichen Bezirksvereins haben sich entschlossen (sowie die Kollegen in anderen Rayon des BV schon lange), für den ärztlichen Notfalldienst eine 0900-er Nummer einzuführen, nachdem die Betreuung der Notfallnummer durch die Stadtpolizei aus personellen Gründen sistiert werden musste. Wie zu erwarten war, führte dies zu einem Aufschrei in der Bevölkerung sowie auch in der Presse. Etwa zur gleichen Zeit hat das BAKOM (Bundesamt für Kommunikation) eine Pressekonferenz durchgeführt mit der Mitteilung, dass seit dem 1.12.2003 diese Nummern gesperrt werden können und schon 30'000 Abonnenten dies veranlasst haben.

Welche Gründe haben uns bewogen, eine 0900-er Nummer einzuführen und wohl trotz der Proteste beizubehalten?

- In den letzten Jahren wurden die Ärzte von der Gesellschaft zu Leistungserbringern mutiert, die Arbeitszeit eines Arztes wurde definiert (Arbeitsgesetz), die Summe der nicht einbringbaren Honorare aus dem Notfalldienst steigt an und die Kosten der Arztarbeitsminute wird im TARMED definiert.
- Kollegen aus anderen Rayons, die schon länger mit einer 0900-er Nummer arbeiten, bestätigen, dass die Patienten schneller zu Sache kommen und nicht wegen Lappalien anrufen.
- Im Prinzip müssen zwei Patientenkategorien unterschieden werden:
 - Erstere betrifft den Patienten, welcher über einen Hausarzt verfügt. Er ruft diesen an und kann nach TARMED verrechnet werden, da die not-

wendigen Angaben zur Rechnungsstellung vorhanden sind.

- Die zweite Kategorie betrifft den typischen Notfallpatienten (v.a. in städtischen Agglomerationen). Er ist dem Notfallarzt nicht bekannt, eine Rechnungsstellung ist ohne zeitlichen Aufwand zur Erfassung der Patientendaten nicht möglich. Eine 0900-er Nummer ist hier zur Abgeltung der ärztlichen Leistung effizient.

Wie in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert wurde (SAZ 2003;84; Nr.41: Einfluss der medizinischen computerassistierten Telefontriage auf das Patientenverhalten: erste Erfahrungen in der Schweiz) lässt sich der grösste Teil der anrufenden Patienten durch eine Beratung, in ihrer Absicht den Arzt oder eine Notfallstation aufzusuchen, beeinflussen. Nebenbei erwähnt, haben dies die Krankenkassen schon lange realisiert und ihren Patienten den unentgeltlichen Gebrauch der Callcenters ermöglicht, um eben (nötige oder unnötige) Arztbesuche zu verhindern und – wenn nötig – den Patienten ihrem Arzt (d.h. dem Billigsten gem. Santésiusse-Statistik) zuzuweisen.

Mit einer 0900-er Nummer wird diese beratende Tätigkeit beim Notfallpatienten, welche bisher kostenlos erfolgte, entschädigt. Eine gezielte Beratung hilft teurere Arztkonsultationen sparen, jedoch insbesondere hilft sie, teure Administrationskosten (Rechnung an Patient, Weiterleiten an die Krankenkasse, Verarbeitung durch die Krankenkasse, Zahlung Patient → Arzt, Zahlung Krankenkasse → Patient) zu vermeiden.

Dies wäre eine Kosteneinsparung im Gesundheitswesen generell, und zwar auf Kosten des Krankenkassenapparates und nicht – wie immer – auf Kosten der Ärzte. Wird ein Arztbesuch oder eine Einweisung ins Spital usw. notwendig, entscheidet der Arzt über das weitere Vorgehen.

Die Krankenkassen werden dies natürlich etwas anders sehen, weil ihnen die Kontrolle über die Ärzte (Leistungskontrolle über Arztrechnungen) entgleitet. Auch die Patienten werden diesem Angebot nur

zögerlich zusagen, da sie ein Telefonat mit der 0900-er Nummer nicht der Krankenkasse verrechnen können. Es erscheint jedoch sinnvoll, von den Krankenkassen, in Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen, zu fordern, dass Gespräche mit der ärztlichen 0900-er Nummer übernommen werden. Als Beleg kann jeder Telefonkunde ein Auszug seiner Telefonate bestellen und dieses Dokument der Krankenkasse zur Kontrolle und Verechnung zustellen.

Die Krankenkassen werden auch Qualitätskriterien fordern, wir werden Sie erfüllen.

Zuletzt noch ein Wort zu den 0900-er Nummern.

Die Swisscom hat die 0900-er Nummer für seriöse Telefoninformationsanbieter konzipiert. Die Nummern 0901 und 0906 sind der «Erwachsenenunterhaltung» vorbehalten.

Obschon nicht so in der Presse kommuniziert, können die Nummern 0901 und 0906 separat gesperrt werden. Also wird durch Sperrung niemand vom Erreichen des ärztlichen Notfalldienstes ausgeschlossen! Lediglich mit den Natel easy können die 0900-er Nummern nicht angewählt werden. Dies wird von der Swisscom wohl bewusst so gehandhabt. Wahrscheinlich sind wirtschaftliche Interessen entscheidend.

Beachten Sie auch unseren neuen Newsletter «Notreavis», welcher diesem Thema gewidmet ist (www.notreavis.ch)

Marcel Stampfli
Präsident des Bezirksvereins
Biel/Seeland

**Tag der Berner
Ärztinnen und Ärzte**

**11. November 2004
Inselspital
Auditorium Ettore Rossi**

Beginn: 09.15 Uhr

Bitte Datum reservieren.

Bericht über Vorstandssitzungen 1. Quartal 2004 (Auszug)

Zulassungsstopp versus Aufhebung Kontrahierungs- zwang

(PID) An seiner Sitzung vom 2. März 2004 diskutierte der Vorstand die aktuelle Entwicklung in der Gesundheitspolitik. Im Juni 2005 läuft der Zulassungsstopp aus. Der Präsident führt aus, dass Bundesrat Couchpin den Zulassungsstopp und die Aufhebung des Kontrahierungszwangs gegeneinander auszuspielen sucht. Gelingt dies, droht eine Spaltung der Ärzteschaft. Nicht zuletzt darum hat sich die BEKAG von Beginn weg gegen beide, letztlich kontraproduktiven Massnahmen gewehrt. Aeschlimann merkt an, dass die Patientenorganisationen dem bundesrätlichen Ansinnen gegenüber skeptisch eingestellt sind. Die jüngeren Kolleginnen und Kollegen sind darauf hinzuweisen, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwangs die gleichen Auswirkungen hat

wie der Zulassungsstopp: die Krankenkassen bestimmen dann, wer von uns noch dabei ist. Jäger wünscht in diesem Zusammenhang Statistiken seitens der FMH mit Jahrgang, Geschlecht und Wohnkanton der Mitglieder. Nur so gelingt es uns, den drohenden Ärztemangel zu belegen. Steiner und Studer weisen übereinstimmend darauf hin, dass sich ein

Versorgungseingpass jetzt schon abzeichnet, weil der Frauenanteil beim Medizinstudium zunimmt und diese vermehrt Teilzeit arbeiten. Die jüngere Generation verlangt zudem ganz generell nach mehr Freizeit und geregelten Arbeitszeiten. Der Präsident stellt abschliessend fest, dass im Vorstand Einigkeit darüber herrscht, dass sowohl die Aufhebung des Kontrahierungszwangs wie eine Verlängerung des Zulassungsstopps abzulehnen sind. Wir haben politisch mehr Gewicht, wenn es gelingt, dass VSAO und die kantonalen Ärztegesellschaften eine gemeinsame Linie verfolgen.



Brainstorming zur
KVG-Revision III

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

Praxis-Angebot

Der VSAO Bern und die BEKAG bieten ihren Mitgliedern ab sofort kostenlos eine neue Dienstleistung an. Auf der Internet-Seite der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern – www.berner-aerzte.ch – können neu die eigene Praxis betreffende Angebote publiziert werden: Suche nach einem Partner für die Praxis, Verkauf oder Weitergabe der Praxis und anderes. Das nötige Formular kann im closed-user Bereich «Für Mitglieder» als PDF-Formular heruntergeladen werden. Es ist ebenfalls in dieser Ausgabe von doc.be abgedruckt (siehe S. 15). Das ausgefüllte Formular ist an das Sekretariat zu schicken, welches ebenfalls Fragen im Zusammenhang mit diesem Angebot beantwortet.

Rekrutierungs-Zentrum Sumiswald



R. Schütz
Leitender Arzt
Rekr Zen
Sumiswald

Zusätzliche Untersuchungen anlässlich der Rekrutierung, Information und Folgen für den Hausarzt:

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Seit Dezember 2003 führen wir im Rekrutierungszentrum Sumiswald, welches als schweizerisches Pionierzentrum fungiert, anlässlich der Rekrutierung **zusätzliche Untersuchungen** (Labor, EKG, Lungenfunktion, teilweise Thoraxradiologie) durch. Zur Zeit werden diese Untersuchungen nicht bei allen Stellungspflichtigen durchgeführt, die Blutentnahmen nur nach schriftlicher Einwilligung. Wir sind am Evaluieren, in welchem Rahmen diese vorgegebenen Untersuchungen mit den personellen Realitäten zu vereinbaren sind. Ebenso wird der erforderliche Zeitaufwand evaluiert.

Neben den erwähnten Untersuchungen führen wir auch **Impfungen** (Di-Te, Polio, Neissvac) durch. Bei der Durchführung der Impfungen halten wir uns an die Empfehlungen des BAG. Der Stellungspflichtige muss vor der Impfung schriftlich erklären, dass er die vom Arzt empfohlenen Impfungen auch durchführen lassen will.

Laboruntersuchungen:

Diese werden für die ganze Schweiz zentral in einem schweizerischen Grosslabor in Basel durchgeführt, welches die Resultate an die Rekrutierungszentren übermittelt. Wir leiten nur Werte ausserhalb des Labornormbereiches mit einem Begleitbrief an die Stellungspflichtigen weiter. Eine Kopie dieser Werte sowie auch

alle unauffälligen Werte werden in Bern bei J Med, Militärärztlicher Dienst, Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen im Sanitätsdossier des Mannes gespeichert.

Dieser **Laborbegleitbrief** rief einige Verwirrung hervor, für welche ich mich im Namen des militärärztlichen Dienstes in aller Form entschuldigen möchte. Wir stellen uns vor, dass Sie als Hausärztinnen und Hausärzte der Stellungspflichtigen die Laborwerte im Gesamtkontext beurteilen und frei entscheiden, ob zusätzliche Untersuchungen indiziert sind. Diese zusätzlichen Untersuchungen können nach der gültigen Verordnung aus Bern nicht zu Lasten der Militärversicherung erfolgen. Sie müssen, falls sie notwendig sind, zu Lasten der Versicherung des Stellungspflichtigen erfolgen.

Auch uns ist klar, dass in einer Erkältungszeit ein CRP Wert von 15 oder leicht erhöhte Leukozytenzahlen absolut mit der Erkältung des Stellungspflichtigen zusammenhängen und nicht unbedingt einer labormässigen Kontrolle bedürfen. Andererseits können stumme Hepatitis B- und C-Träger, oder Personen mit einem abnorm tiefen Ferritin durchaus von einer frühzeitigen Diagnostik und folgender Nachkontrolle beim Hausarzt profitieren. Ein HIV-Test wird nicht durchgeführt, wir verweisen die jungen Personen an den jeweiligen Hausarzt.

EKG, Spirometrie und Thoraxradiologie werden aktuell nur vereinzelt, meist auf Verlangen des untersuchenden Arztes durchgeführt. Diese Resultate werden auf dem «persönlichen Gesundheitsprofil», ein Ausdruck auf A4-Format, welcher dem Stellungspflichtigen bei der Eröffnung des medizinischen Befundes (und seiner Tauglichkeit) überreicht wird, vermerkt.

Ich danke Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Mitarbeit bei unseren Bemühungen für eine valable und umfassende Beurteilung der jungen Stellungspflichtigen.

Ich danke aber auch, dass Sie unsere Arbeit mit guten, aussagekräftigen Zeugnissen mit medizinischer Diagnose und Stellungnahme zu Dienst- und Schutzdiensttauglichkeit unterstützen.

Bei Unklarheiten dürfen Sie sich ungeniert auch telefonisch (034 432 36 36) bei mir oder meinem Mitarbeiter, Herr. Dr. med. H.P. Pfenninger erkundigen.

Selbstverständlich steht Ihnen in Bern auch folgende Adresse jederzeit für Auskünfte und Beschwerden zur Verfügung:

**J Med, Militärärztlicher Dienst,
Worblentalstrasse 36, 3063 Ittigen**

Ich freue mich auf eine weitere gute kollegiale Zusammenarbeit und grüsse freundlich

R. Schütz,
Leitender Arzt Rekr Zen Sumiswald,
3454 Sumiswald

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Wollt Ihr unaufgefordert das Neueste über die Trustcenter, Limitationen, Kostenneutralität, elektronischer Datenaustausch etc. vernehmen?

Dann meldet Euch doch bitte für unser NEWSMAIL an!

Wie?

Einfach www.pontenova.ch wählen, Rubrik «Newsletter» anklicken und Eure E-Mail-Adresse eingeben.

Mit freundlichen Grüssen

Hans-Werner Leibundgut, VR-Präsident Pontenova

Elektronische Abrechnung und Limitationen



Hans-Werner
Leibundgut,
VR-Präsident
PonteNova

Die Frage, ob und wann die Limitationen gemäss Tabelle 1 bei elektronischer Abrechnung dahinfallen und was «elektronisch abrechnen» überhaupt heisst, hat die Gemüter in den letzten Wochen stark bewegt.

Die Haltung der SUVA, dass die Pflicht zur elektronischen Abrechnung erst erfüllt sei, wenn das XML-File in ihrem Server angekommen ist, ist nur im tiers-payant-System durchzusetzen. Ein pragmatischer Ansatz im KVG-Bereich unter dem tiers-garant-System, den auch Santésuisse in den Verhandlungen unterstützte, nie offiziell genehmigte, aber jetzt so ihren Mitgliedern kommuniziert (www.santesuisse.ch>Service>Tarmed>FAQ), ist folgender: «Die entsprechenden Limitationen sind ... aufgehoben, ... wenn der Leistungserbringer in der Lage ist, einen Datensatz gemäss den Anforderungen des Forums für Datenaustausch elektronisch zu übermitteln ... Dieses Kriterium trifft grundsätzlich für Ärzte, die über die Ärztekasse abrechnen oder einem Trustcenter angeschlossen sind, zu.» Oder anders ausgedrückt: Es genügt, dass der Absender Daten elektronisch verschickt hat – ob der Empfänger schon bereit ist, die Daten abzuholen, ist nicht massgebend. Leider ist aber nichts offiziell geregelt. Die Verhandlungen zwischen Santésuisse und FMH/G7 führten bis jetzt nicht zu einem Vertrag, die Rahmenvereinbarung KVG, Anhang 3, lässt diese Frage leider offen. Damit gibt es zur Zeit die vielfältigsten Interpretationen. Sicher ist, dass wieder einmal Arzt und Patient die Leidtragenden sind. Offenbar scheinen viele Kassen buchstabengetreu zu handeln und weisen Papierwie standardkonforme e-Rechnungen mit überschrittenen Limitationen zurück bzw. fordern die Ärztinnen und Ärzte auf, «un-

rechtmässige» Rechnungen zu korrigieren und das «Abgezockte» den Patienten zurückzuerstatten. Die betroffenen Ärztinnen monieren zu Recht, dass hier unverantwortlicherweise Misstrauen gesät werde. Einige Kassen stellen sich auf den Standpunkt, nur per MediPort sei elektronisch abgerechnet und wollen so durch die Hintertür das tiers-payant-System einführen!

Der Rechtsdienst FMH weist darauf hin, dass jede Person Anspruch auf Pflichtleistungen gemäss KVG hat und diese nicht durch Limitationen eingeschränkt oder verweigert werden dürfen. Das Gesetz steht über einer Verordnung. G7 hat am 06.02.2004 mitgeteilt, dass die Standards für den elektronischen Datenaustausch (einheitliches Rechnungsformular, XML 4.0) erst ab 01.07.2005 verbindlich seien. Somit seien die formaltechnischen Prämissen im Jahre 2004 gar nicht erfüllbar. Zudem sei die Aufhebung der Limitationen in der Kostenneutralitätsphase nicht sinnvoll, da sie zusätzliches Volumen generiere.

PonteNova ist der Auffassung, dass es für ein innovatives TrustCenter – welches bereits mit der grössten Krankenkasse des Kantons Bern einen Vertrag über die Abgeltung des EDA in der Tasche hat – und dessen Kundinnen und Kunden, die bereits so viele Vorleistungen erbracht haben, nicht zumutbar ist, auf ihr Recht zu verzichten. Die Geschäftsleitung hat alle

Krankenkassen im Kanton Bern schriftlich aufgefordert, den Vorgaben ihres Dachverbandes Folge zu leisten.

Je nach Temperament gibt es im Moment drei Verhaltensweisen:

1) Man kann auf seiner Position beharren, denn im tiers-garant-System ist der Patient Honorarschuldner und er hat oft schon bezahlt, wenn die Kasse reklamiert. Natürlich ist es unangenehm und Ärzte sind es nicht gewohnt, berechnete Honoraransprüche auch durchzusetzen. Das Problem kann den meisten Patientinnen aber erklärt werden und bei einer hohen Franchise schickten viele Patienten den Rückerstattungsbeleg gar nicht an die Kasse.

2) Nervenschonender ist es jedoch, dem Problem auszuweichen. Von den Häufigkeiten her bedeuten die Beschränkungen der «Konsultation» bzw. des «Besuches» auf 20 Minuten eine gewisse Veränderung des Abrechnungsverhaltens, nicht jedoch eine eigentliche Beschneidung der Praxistätigkeit. Tarmed ist nicht nur ein Zeittarif, sondern auch ein Einzelleistungstarif: Es gibt noch andere Positionen als 00.0020: Es sei aber nicht dazu aufgerufen, den Tarif «auszumelken», aber dem Problem «Limitationen» kann elegant – und tarifkonform! – mit anderen Positionen aus dem Wege gegangen werden.

3) Schliesslich kann frau auch verzichten und abwarten. Angesichts der Ungewissheiten der Kostenneutralitätsphase ist auch dieser Weg gangbar und weise. Dieser gilt sowieso noch für den ganzen UVG-Bereich.

Tabelle 1:
Limitationen, die bei elektronischer Abrechnung dahinfallen

00.0020	Konsultation, jede weitere 5 Minuten:	2x pro Sitzung
00.0050	Vorbesprechung pro 5 Minuten:	6x pro Fall
00.0070	Besuch, jede weitere 5 Minuten:	3x pro Sitzung
00.0120	Tel. Konsultation, jede weitere 5 Minuten:	2x pro Sitzung
00.0140	Leistung in Abwesenheit, pro 5 Minuten:	12x pro 3 Monate
00.0410	Kleine Untersuchung Grundversorger:	2x pro 3 Monate
00.0440	Kleine rheumatologische Untersuchung:	2x pro 3 Monate
00.0510	Spezifische Beratung Grundversorger, pro 5 Min.:	6x pro 3 Monate
00.0530	Genetische Beratung, pro 5 Minuten:	9x pro Jahr
00.0610	Instruktion, pro 5 Minuten:	6x pro 3 Monate
00.1370	Überwachung in der Arztpraxis, pro 15 Min.:	max. 4x pro Sitzung
02.0060	Tel. Konsultation, Psychiatrie, weitere 5 Min.:	4x pro Sitzung
03.0130	Vorsorgeuntersuchung Pädiatrie 14.-16. Jahr:	16x pro Jahr
04.0010	Untersuchung Dermatologie:	2x pro 3 Monate
22.0030	Spezielle gynäkologische Beratung, pro 5 Min.:	6x pro Jahr
22.0040	Sterilitätsberatung, pro 5 Minuten:	16x pro Fall

Eine für Leistungserbringer wie Versicherer konstruktive Lösung könnte darin bestehen, dass PonteNova eine Liste ihrer Kundinnen und Kunden, welche in der Lage sind, XML-konforme e-Rechnungen einzusenden, führt, und den Kassen darin Einsicht gewährt.

Der Vorstand der BEKAG empfiehlt zum heutigen Zeitpunkt pragmatisch vorzugehen, und spricht sich für die zweite, oben beschriebene Variante aus.

In der letzten Zeit wurde ich mehrmals aufgefordert, «etwas» zu (sprich: gegen) MediData zu sagen. Als VR-Präsident von PonteNova, bei welchem sich bis jetzt mehr als 50% der Berner Ärzteschaft angeschlossen sind, und angesichts der überaus erfreulichen Tatsache, dass die ärztlichen TrustCenter gesamtschweizerisch zur Stunde rund 6000 Kundinnen und Kunden zählen, sage ich deshalb:

Zum Glück gibt es ausser den ärztlichen TrustCenter noch andere Anbieter!

Unser Erfolg weckt auch Neider. Unlängst wurde in der Schweizerischen Ärztezeitung (8/2004) mit dem Zaunpfahl, sprich der Wettbewerbskommission gewinkt und auch PonteNova erhielt schon anwaltliche Schreiben betreffend angeblich unlauterer Wettbewerbsmethoden.

Es lebe die Konkurrenz

Da es immer Kolleginnen und Kollegen geben wird, die sich uns nicht anschliessen wollen, müssen diese auch eine Möglichkeit haben.

Es gibt gute Gründe zugunsten MediPort, nämlich

- Aufhebung der Limitationen
- Entlastung von Abrechnungsadministration
- Angebot des tiers-payant

PonteNova erfüllt diese jedoch auch bzw. wird in den nächsten Monaten ein entsprechendes Angebot auf den Markt bringen. Zudem haben wir ein Plus: Wir werden im Jahr 2005 unseren Kundinnen und Kunden Erträge aus dem elektronischen Datenaustausch gutschreiben können. Es geht eben nicht darum, den Mitbewerber schlecht zu machen, sondern zu zeigen, dass man besser ist...

Rezept zur Kontrolle der Kostenneutralität KVG

von Hans-Werner Leibundgut, Hobbykoch

Man nehme ...

- Den Rechnungsdurchschnitt (ohne Medikamente aber mit Labor und Physiotherapie) des April 2001
 - Zähle 2,5% und dann 8% dazu
 - Ziehe davon den Tarmed-Rechnungsdurchschnitt (ohne Medikamente aber mit Labor und Physiotherapie) des April 2004 ab
- Hat das Ergebnis ein positives Vorzeichen?

Man nehme ...

- Den Rechnungsdurchschnitt der Monate April und Mai 2001
 - Zähle 2,5% und dann 6% dazu
 - Ziehe davon den Rechnungsdurchschnitt der Monate April und Mai 2004 ab
- Hat das Ergebnis wieder ein positives Vorzeichen?

Man nehme ...

- Den Rechnungsdurchschnitt der Monate April bis Juni 2001
 - Zähle 2,5% und dann 4% dazu
 - Ziehe davon den Rechnungsdurchschnitt der Monate April bis Juni 2004 ab
- Hat das Ergebnis immer noch ein positives Vorzeichen?

Man nehme ...

- Den Rechnungsdurchschnitt der Monate April bis Juli 2001
 - Zähle 2,5 % und dann 2 % dazu
 - Ziehe davon den Rechnungsdurchschnitt der Monate April bis Juli 2004 ab
- Hat das Ergebnis wirklich noch ein positives Vorzeichen?

Und so weiter. Nach diesem Rezept wird bis im April 2005 gekocht.

Wenn Sie jeden Monat die Frage mit Ja beantworten können, brauchen Sie sich vor einer Taxpunktsenkung nicht zu fürchten – vorausgesetzt Ihre Kolleginnen und Kollegen üben die gleiche Selbstkontrolle. Ein Hilfsmittel hierzu ist der Praxisspiegel.

Jahresbericht 2003 des Präsidenten



Jürg Schlup,
Präsident

1 Einleitung

Zurückblickend auf das Berichtsjahr 2003 möchte ich – recht willkürlich – zwei bemerkenswerte Ereignisse erwähnen, welche kaum Bezug zu unserer Berufsgesellschaft hatten, das weite Umfeld des Berichtsjahres aber in Erinnerung rufen. Ende März begann ein neues epidemiologisches Zeitalter: Unter Leitung der WHO gelang es einigen nationalen Gesundheitsbehörden dank weltweiter Vernetzung und verzugslosem, unbürokratischem Informationsaustausch, die neu diagnostizierte virale Pneumonie SARS rasch einzudämmen. Im Juni prägte die Presse das Unwort des Jahres: Scheininvalid. Dies nachdem die Invalidenversicherung während der ersten Jahreshälfte wegen der Kostenentwicklung bzw. der Invalidenzahlen zunehmend in die Schlagzeilen geraten war.

2 Gesundheitspolitisches Umfeld 2003

2.1 Die Schweiz

Unser Land ist das einzige Mitglied der OECD-Gruppe, welches kaufkraftbereinigt seit 1980 ein sinkendes Pro-Kopf-Einkommen aufweist¹. Gleichzeitig wachsen die Ausgaben für das Gesundheitswesen doppelt so schnell, wie für die übrigen Wirtschaftszweige². Hier entsteht ein Spannungsfeld zwischen den individuellen Bedürfnissen und den wirtschaftlichen Möglichkeiten.

Am 1. Mai wurde Tarmed im UVG-Bereich schweizweit eingeführt. In den ersten sechs Monaten nach Tarifeinführung nahmen gemäss Angabe des Aufsichtsorgans für die

Fallkostenstabilität die Fallkosten im UVG Bereich schweizweit um 12,5% zu. In unserem Kanton war diese Zunahme etwas tiefer und lag um 10%. Unsere Schulungsequipe, die stets auf die zurückhaltende Tarifanwendung hingewiesen hatte, mag hier Einfluss gehabt haben. Diese Kostenzunahme liegt ausserhalb der vertraglich vorgesehenen Limiten und könnte 2004 möglicherweise zu einer TPW-Reduktion im UVG-Bereich führen.

2.2 Der Kanton Bern

Unser Kanton weist eine Verschuldung auf, welche pro Kopf nominal etwa derjenigen von Argentinien entspricht. Die Folgen (nicht nur) für unser Gesundheitswesen sind fehlende Mittel für Neuinvestitionen und für Infrastrukturerhalt. Darunter leidet sowohl die Handlungsfähigkeit unserer Regierung als auch die Wandlungsfähigkeit unseres Kantons.

3 Gesundheits- und Standespolitik 2003

3.1 Nationale Aktivitäten der Berner Ärztesgesellschaft

3.1.1 KVG-Revision

Anlässlich von persönlichen Einzelgesprächen mit unsern beiden Ständeräten und drei unserer Nationalräte haben der Sekretär und der Präsident stets darauf hingewiesen, dass für die Mehrheit der Berner Ärzteschaft weder die flächendeckende Einführung der Budgetverantwortung noch die vollständige Aufhebung der freien Arztwahl akzeptierbar wäre. Bis zum Herbst des Berichtsjahres wurde uns signalisiert, dass unsere Verhinderungshaltung keine Chance hätte und sich zudem nicht mit der offeneren Haltung der FMH decke. Aufgrund eines Hearings mit dem FMH-Präsidenten hielt Ständerat Frick SZ, Präsident der vorbereitenden Kommission, zur Haltung der Ärzteschaft gegenüber der laufenden KVG-Revision fest (Protokoll der Ständeratsitzung vom 13. März 2003): «In der Aussprache selber haben ihre Vertreter keine grundsätzlichen Vorbehalte geäussert.» Auf meine Rückfrage bei Herrn Ständerat Frick mit der Bitte, seine im Ständerat gemachte Aussage zu präzisieren, teilte mir dieser mit: «Herr Dr. Brunner in Begleitung eines weiteren Arztes hat zu einzelnen

Punkten Stellung genommen, aber selbst auf ausdrückliche Nachfrage hin keine grundlegenden Vorbehalte geäussert. Bei der FMH waren wir vor allem an der Stellungnahme zur Einführung des Vertragsprinzips (anstelle des Kontrahierungszwangs) interessiert.»

Daraufhin verstärkten wir unsere Bemühungen, die Meinungsbildung unter den Ärztekammerdelegierten zu verbessern.

3.1.2 FMH

An folgenden statutarischen FMH-Veranstaltungen nahm jeweils eine Berner Delegation teil: Zwei Ärztekammersitzungen und drei Präsidentenkonferenzen. Schwerpunkt unseres Engagements in diesen Gremien im Berichtsjahr war die Haltung der FMH zur KVG-Revision und die Einführung von Tarmed, bedauerlicherweise ohne Re-engineering II.

Wir unterstützten die Bereitstellung von Finanzmitteln für ein Referendum gegen die zweite KVG-Revision und sechs Monate später massgeblich den Beschluss der Ärztekammer für das Referendum. Dass dies nicht immer einfach war, zeigt eine schriftliche Orientierung unseres FMH-Präsidenten, die am 18. September, drei Wochen vor der Ärztekammer vom 11. Oktober, an alle Kammerdelegierten versandt wurde: «Wie Sie wissen, werden die eidgenössischen Räte die KVG-Revision II in dieser Legislatur nicht zu Ende beraten; ein verbindlicher Entscheid der Ärztekammer vom 11. Oktober 2003 hinsichtlich eines Referendums ist damit hinfällig.» Und weiter: «Der Zentralvorstand wird der Ärztekammer beantragen, ihm ein Mandat für Ergreifen des Referendums zu erteilen, wenn gewisse Regelungen im revidierten Gesetz bleiben.» Und: «Abschliessend nehme ich die Gelegenheit noch einmal zur Feststellung wahr, dass sich der Zentralvorstand, und auch nicht sein Präsident, in irgendeinem Zusammenhang PRO oder CONTRA ein Referendum ausgesprochen haben.» Trotz dieser Vorgaben stimmte die Ärztekammer am 11. Oktober mit 157 gegen 2 Stimmen für ein Referendum gegen die noch nicht zu Ende beratene KVG Revision II.

Im Hinblick auf die unmittelbar bevorstehende nationale Einführung von Tarmed KVG und angesichts des diesbezüglich auf FMH-Ebene fehlenden Informationskonzepts lancierte unsere Gesellschaft Anfang Dezember an der FMH-Präsidentenkonferenz einen Vorstoss. Dieser fand die Zustimmung aller anwesenden Präsidenten und beauftragte den FMH-Präsidenten, umgehend auf nationaler Ebene eine Mitglieder-Info-Hotline Tarmed einzurichten. Damit wollte die Berner Ärztesgesellschaft

¹ Prof. Franz Jaeger. Neujahrsapéro Pricewaterhouse-Coopers; Bern 12.1.2004.

² Health at a Glance – OECD Indicators 2003. OECD, Paris, 3.10.2003.

sicherstellen, dass die Tarifinterpretation und Tarifauskünfte schweizweit einheitlich erfolgen. Offensichtlich war die FMH bzw. der FMH-Tarifdienst mindestens bis zum Ende des Berichtsjahres auf die absehbaren Informationsbedürfnisse der Mitglieder noch nicht vorbereitet.

3.2 Kantonale Aktivitäten der Berner Ärztesgesellschaft

Im Berichtsjahr wurden folgende statutarische Veranstaltungen durchgeführt: drei Delegiertenversammlungen, drei Präsidentenkonferenzen, zwölf Vorstandssitzungen und zwölf Sitzungen des geschäftsleitenden Ausschusses. Daneben fand eine Klausurtagung statt. Zusätzliche Sitzungen erfolgten projektbezogen.

3.2.1 Geschäftsreglement Kantonalvorstand

Im Berichtsjahr passte der Vorstand sein Geschäftsreglement an. Die Änderung betraf eine Kompetenzerweiterung des Ausschusses und insbesondere die fallweise Auftragserteilung an einzelne Ressorts. Diese Anpassung muss noch der Delegiertenversammlung unterbreitet werden.

3.2.2 TarMed KVG

Die im Vorjahr begonnenen Verhandlungen zum Berner Anschlussvertrag TarMed KVG – ärzteseitig unter Leitung von Fürsprecher Urs Hofer – wurden im Frühjahr weitgehend abgeschlossen. Im Mai stimmte unsere DV dem Vertrag inklusive dem Start-TPW von 89 Rappen zu. Aufgrund der Vorgaben an unsere Delegation darf dieses Resultat als Verhandlungserfolg gewertet werden.

Wenige Tage vor der Einführung von TarMed UVG am 1. Mai schloss das Schulungsteam der Ärztesgesellschaft unter Leitung von Thomas Heuberger und François Bosshard mit einem letzten Ausbildungshalbtag die TarMed-Schulung unserer Gesellschaft ab. Innerhalb der letzten zwölf Monate vor Einführung TarMed hat unser Schulungsteam insgesamt 7 Kurse angeboten, an welchen rund 700 unserer Mitglieder teilnahmen.

3.2.3 Verträge der Kaderärzte

Nachdem die Gesundheitsdirektion im Frühsommer einen Musteranstellungsvertrag für KaderärztInnen den Spitälern zur Stellungnahme vorgelegt hatte, zog sie diesen wegen mangelnder Akzeptanz Ende Jahr zurück. Damit behalten bisherige Vertragsverhältnisse vorderhand weiter Gültigkeit.

Die Ärztesgesellschaft wird sich weiterhin

dafür einsetzen, dass die private Sprechstunde eine selbständige Erwerbstätigkeit bleibt.

3.2.4 Belegarztverträge

Auf Wunsch der Belegärzte wurden sie aus dem Berner Anschlussvertrag KVG Tarmed ausgeschlossen. Für Verhandlungen betreffend einen Belegarzttarif im ambulanten Bereich stellte der Kantonalvorstand seinen Leiter Verhandlungsdelegation, Urs Hofer, zur Verfügung und delegierte die Verhandlungskompetenz an die Vereinigung der Belegärzte. Unter seiner Leitung fanden im Sommer und Herbst Gespräche statt, die nach vier Monaten einer Regelung sehr nahe kamen; jedoch schliesslich ohne Vertragsabschluss sistiert und nun endlich auf nationaler Ebene aufgenommen wurden.

Unter Leitung der FMS Bern, mit Unterstützung der Privatspitäler und der Berner Ärztesgesellschaft, gelang es den Belegärzten im Herbst des Berichtsjahres, zwischen den Privatspitälern und Santesuisse einen Tarifvertrag für die obligatorische Krankenpflege bei stationären Patienten in Berner Privatspitälern zu erreichen.

3.2.5 Projekt Trust Center PonteNova

Im Frühjahr schloss die Ärztesgesellschaft mit PonteNova einen Mandatsvertrag sowie einen Dienstleistungsvertrag ab. Dieser regelt die gegenseitigen Rechte und Pflichten sowie die Verwendung der Daten für die nationale Konsolidierungsstelle. Daneben wurde der Anschlussvertrag zwischen PonteNova und dem Einzelarzt genehmigt.

Im Berichtsjahr führte ein Team aus Mitgliedern des Vorstandes der Berner Ärztesgesellschaft und des VR PonteNova Verhandlungen mit Versicherern. Diese Verhandlungen erfolgten gegen den ausdrücklichen Willen von Santesuisse und des Bundesamtes für Sozialversicherung. Nach zähen, anspruchsvollen Gesprächen gelang diesem Team im Herbst eine Pioniertat: Der schweizweit erste Vertragsabschluss zum elektronischen Datentransfer zwischen einem ärzteigenen Trust Center und einem Versicherer. Damit schloss die Ärztesgesellschaft als Gründerin von PonteNova ihre Aufbauhilfe ab.

3.2.6 Projekt Festschrift

Im Februar des Berichtsjahres wurde das Vorprojekt für eine Festschrift zum bald 200 jährigen Bestehen unserer Gesellschaft beendet und das Projekt-Team konstituiert. Der Vorstand wählte den Medizinhistoriker Professor U. Boschung zum Vorsitzenden. Im Laufe des Jahres erarbeitete diese Gruppe ein Konzept und ein Mehrjahres-Budget.

3.2.7 Projekt NotfallarztZentraleBE

2002 nahmen erstmals vereinzelt ärztliche Notfalldienstkreise im Kanton die Triage-dienste von kommerziellen Notfall-Organisationen in Anspruch. Der Vorstand interpretierte dies als neues Bedürfnis unserer Mitglieder nach einem Triagedienst. Angesichts der Tatsache, dass

- regional verfügbare, Notfalldienst leistende Ärztinnen und Ärzte eher abnehmen,
 - nicht-ärztliche Notfallorganisationen in den vergangenen Jahren neu aufgetreten sind,
 - damit ein Trend zur Kommerzialisierung der Notfallversorgung entsteht und
 - damit nicht-ärztliche Notfallorganisationen künftig Qualität und Standards der Notfallversorgung definieren werden,
- will der Kantonalvorstand diese Entwicklung antizipieren und lancierte ein entsprechendes Projekt. Der ärztliche Notfalldienst ist eine unserer Kernkompetenzen. Indem die Ärzteschaft eine führende Position im Bereich kantonaler Notfallarzt-Vermittlung anstrebt, vermag sie dieser Entwicklung vorzugreifen. Eine Projektorganisation wurde im Frühsommer aufgebaut, die Projektarbeiten Anfang Juli begannen.

3.2.8 Projekt RoKo

Die Rollende Kostenstudie RoKo geht auf eine Initiative der Berner Ärztesgesellschaft zurück und wurde erstmals 1989 durchgeführt – damals nur im Kanton Bern, seit Mitte der 90er Jahre in allen Ärztesellschaften. Diese für Tarifverhandlungen wichtige Erhebung des Praxis-Aufwandes verlor in den letzten Jahren kontinuierlich an Teilnehmern bzw. an Repräsentanz. Unsere Delegiertenversammlung beschloss im Frühjahr ein Anreizsystem für die Roko: Eine Erhöhung des Mitgliederbeitrages einerseits und eine Rückvergütung für ausgefüllte und auswertbare RoKo-Fragebogen andererseits. Dieses Anreizsystem führte bereits im ersten Jahr zu einer Verdoppelung der Teilnehmerzahl auf über 500.

3.2.9 Anpassung Taxpunktwert alter Tarif

Die vom Vorstand im November 2001 beantragte Erhöhung des TPW von 1.50 auf 1.55 wurde bekanntlich von der Gesundheitsdirektion unterstützt und vom Berner Regierungsrat – trotz Ablehnung durch den Preisüberwacher – im September 2002 rückwirkend auf 1.1.2002 bewilligt. Anschliessend erhob Santesuisse Beschwerde gegen diesen Regierungsbeschluss beim Bundesrat. Nach mehrmaligem Schriftenwechsel der drei Parteien mit den Bundesbehörden – wobei die Berner Regierung die Ärztesgesellschaft weiter unterstützte –

lehnte der Bundesrat schliesslich die beantragte bescheidene TPW-Erhöhung im Sommer 2003 endgültig ab. Dabei blieb das Argument des Berner Regierungsrates, wonach auch andere Leistungserbringer, die im Rahmen des KVG tätig sind, einen Teuerungsausgleich erhalten haben, unberücksichtigt. Nachdenklich stimmt dieser klar politische bundesrätliche Entscheid v.a. im Hinblick auf allfällige künftige TPW-Anpassungen.

3.2.10 Politische Aktionen

3.2.10.1 Informationsveranstaltungen für Parlamentarier

Auf Initiative der Belegärzte einerseits sowie der Hausärzte (FIAM) andererseits und Dank der tatkräftigen Unterstützung der beiden Grossräte Thomas Heuberger GFL und Christa Markwalder FDP konnten im Berichtsjahr zwei Informationsveranstaltungen für GrossrätInnen organisiert werden. Diese Anlässe fanden unter den Parlamentariern rege Beachtung. Bei den Belegärzten waren gar zwei Regierungsräte anwesend.

3.2.10.2 Parlamentarische Vorstösse

Grossrat Heuberger GFL forderte den Regierungsrat auf, gezielt Mittel zur Verfügung zu stellen, um in Zukunft die Ausbildung der Medizinstudierenden in Hausarztmedizin sicherzustellen. Diese Motion wurde gegen den Willen der Regierung in der Herbstsession des Grossen Rates für erheblich erklärt und ist damit für die Regierung verpflichtend.

3.2.10.3 Eidg. Parlamentswahlen

Der Vorstand ist sich bewusst, dass das Gesundheitswesen und damit die Ärzteschaft in den letzten Jahren im politischen Rampenlicht stehen und damit politisiert wurden und werden. Daher unterstützte er auf Anfrage ausgewählte Ständeratskomitees und NationalratskandidatInnen.

3.2.11 Umfrage Ärztemangel

Im Frühsommer führten wir eine Umfrage unter unsern praktizierenden Mitgliedern durch. Wir wollten wissen, ob unsere Mitglieder Anzeichen eines Ärztemangels in ihrer Umgebung wahrnehmen. Mehr als 1100 unserer gut 1800 praktizierenden Ärztinnen und Ärzte beantworteten den Fragebogen. Die Auswertung zeigte, dass die Antwortenden Anzeichen eines Ärztemangels wahrnehmen, dies schwergewichtig in den ländlichen Regionen unseres Kantons und mehrheitlich für die Fachdisziplinen Pädiatrie und Allgemeinmedizin.

3.2.12 Klausurtagung Vorstand

Die diesjährige Klausurtagung des Vorstandes

hatte zum Ziel, gesundheitspolitische Leitlinien zu entwerfen. Diese Meinungsbildung zu brennenden gesundheitspolitischen Fragen soll dem Vorstand ermöglichen, gegen aussen rasch und klar Stellung zu nehmen sowie gegen innen – unter der Ärzteschaft – die Meinungsbildung zu fördern. Als Referent konnte der Politologe Claude Longchamp gewonnen werden. Er hielt u.a. fest, dass der Einzelne bei gesundheitspolitischen Massnahmen tendenziell zunehmend zwischen Ökonomie und Wahlfreiheit abwäge. Longchamp empfahl der Ärzteschaft, ihre ärztliche Sicht der Dinge in die öffentliche gesundheitspolitische Debatte einzubringen.

3.2.13 Bestes Staatsexamen in Humanmedizin

Den Preis der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern für das beste Staatsexamen erhielt im Berichtsjahr Christoph Victor Hauser; er erreichte einen Notendurchschnitt von 6,0.

3.2.14 Medienmitteilungen

3.2.14.1 Referendum gegen die KVG-Revision

Im April und Oktober des Berichtsjahres hatte die Ärztesgesellschaft Gelegenheit, das Referendum der Ärzteschaft in der Tagespresse anzukündigen bzw. zu begründen. Dagegen druckte der Beobachter unsere Replik zu seinem Artikel «Ärzte sparen? Nein danke!» nicht ab. Dieser Beobachterartikel gipfelte in der Aussage: «Jeder Arzt hat ein garantiertes Einkommen.» Unsere Antwort war dieser Zeitung wohl zu pointiert und titelte: «Beobachter will Staatsmedizin, nur dort gibt es garantierte Einkommen!»

3.2.14.2 Erster Anschlussvertrag KVG Tarmed der Schweiz

Bern war der erste Kanton, in welchem es zu einer einvernehmlichen Regelung zwischen Santésuisse und der Ärzteschaft bezüglich der Anwendung von Tarmed KVG gekommen ist.

3.2.14.3 Alterspolitik 2005

In den nächsten Dekaden wird die Zahl der über 80-jährigen im Kanton alle zehn Jahre um über 20 Prozent wachsen. Im Herbst des Berichtsjahres führte die Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF eine Medienkonferenz zur Alterspolitik durch. Dabei wurden die politischen Ziele formuliert, die zielführenden Massnahmen aber noch weitgehend offen gelassen. Diese sollen später erläutert werden. Zusammenfassend will die GEF mit einem Strauss von Massnahmen erreichen, dass über 80-jährige möglichst lange zuhause leben können

und damit die Bereitstellung von 9000 Pflegeplätzen bzw. den Bau von rund 200 Pflegeheimen im Kanton vermeiden.

Der Vorstand unserer Gesellschaft reagierte mit einem Pressecommuniqué, welches in den Medien nicht erschien, jedoch in der GEF gute Beachtung fand, da diese Stellungnahme zusammen mit vier weiteren Verbänden erfolgte und Fragen aufwarf. Gemeinsam mit den Pflegefachfrauen, den Langzeitpflegerinnen, den Pflegedienstleiterinnen und dem VSAO Bern fragte die Berner Ärztesgesellschaft nach den vorgesehenen Massnahmen der GEF, um diese häusliche Autonomie der Hochbetagten im Kanton zu erreichen. Daneben wiesen wir daraufhin, dass – falls diese Autonomie nicht erreicht würde – fehlende Pflegeplätze die stationäre akutmedizinische Versorgung schwer belasten würde. Schliesslich fragten wir nach den Kosten dieser Massnahmen im Vergleich zu stationären Pflegeplätzen.

3.2.15 Netzwerke

Managed Care hatte im Berichtsjahr Konjunktur, v.a. die Ärztenetzwerke. Letztere wurden von einer Gruppe von Nationalräten in die KVG-Revision eingebracht und fanden in der Öffentlichkeit ein grosses Echo. Der Vorstand wollte die Diskussion innerhalb der Ärzteschaft lancieren. Er liess sich durch den Präsidenten von med-swiss, der Dachorganisation schweizerischer Ärztenetzwerke (1300 Mitglieder), und den Leiter der MediX Management AG (gut 70 Mitglieder) informieren. Er stellte doc.be für verschiedene Artikel zum Thema zur Verfügung. Die kritischen Bemerkungen zum Modell Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung (Prof. H.R. Baur) wurden nach doc.be auch von der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert. Der Informationsstand unserer Mitglieder verbesserte sich, die Diskussion begann – erneut, nachdem sie Ende der neunziger Jahre abgeflaut war. Sie wird weiter gehen.

3.2.16 Vernehmlassungen

3.2.16.1 Spitalversorgungsgesetz

Unsere Stellungnahme konnten wir einerseits an zwei Hearings vor der vorbereitenden Kommission des Grossen Rates und andererseits über den Berner KMU (ehem. Gewerbeverband) einbringen; letzteres dank der Mitgliedschaft unseres Bezirksvereins Oberaargau im Berner KMU: ein besonderer Dank an die Oberaargauer. Mit unserer letztjährigen Vernehmlassung und den Änderungsanträgen im Berichtsjahr gelang es, einige unserer Anliegen in das dem Parlament noch vorzulegende Gesetz einzubringen. Kurz zusammengefasst betrafen unsere Anliegen und Vorschläge folgende Bereiche:

- Kumulation von Aufgaben und Kompetenzen der Gesundheitsdirektion bzw. des Kantons.
- Künftig keine Trennung mehr von Investitionen und Aufwand, sondern Abgeltung über einen Preis.
- Kantonale psychiatrische Institutionen sollen dieselbe Rechtsform (Aktiengesellschaft) haben wie die übrigen öffentlichen Spitäler und kein Amt der Gesundheitsdirektion sein.
- Die Kosten der privatärztlichen Tätigkeit sind abgeltungspflichtig; aus Gründen der Wettbewerbsfähigkeit mit Privatspitälern und ausserkantonalen Kliniken sind weitere Abgaben unbedingt zu unterlassen, da diese das öffentliche Spital schwächen würden.

3.2.17 Mutationen

Rücktritt von Frau Dr.med. H. Kreutz, Thun, als Vertreterin VR Inselspital im Vorstand unserer Gesellschaft. Helen Kreutz hat diese wichtige, zuweilen schwierige Verbindung in bewegten Zeiten behutsam und zuverlässig sichergestellt.

Rücktritt von Herrn Dr.med. P. Ludi, Meikirch, als Ombudsmann unserer Gesellschaft; nachdem er während gut 10 Jahren dieses anspruchsvolle Amt mit grossem Engagement zum Wohl der Patientinnen und Patienten ausgeübt hat. Zum Nachfolger wählte der Vorstand Herrn Dr.med. H.J. Rytz, Boll.

4 Was bringt die Gesundheitspolitik 2004?

4.1 In der Schweiz

Die Finanzierung der Invalidenversicherung bleibt im Brennpunkt.

Die Diskussion betreffend Verlängerung des Zulassungsstopps beginnt, diejenige um die Aufhebung der Kontrahierung geht weiter.

Im «Sorgenbarometer» des GfS-Forschungsinstituts wurde das Gesundheitswesen durch die Arbeitslosigkeit vom Spitzenplatz verdrängt. Nach mehreren Jahren scheint die Hauptsorge der Bevölkerung nicht mehr das Gesundheitswesen zu sein. Damit besteht die Chance, dass Probleme um das Gesundheitswesen mehr problemorientiert und weniger emotional bearbeitet werden.

4.2 Im Kanton Bern

Die eigentliche Kosteneutralitätsphase Tar-Med KVG wird ab Frühjahr 2004 greifen. Änderungen des Start-TPW von 89 Rp sind ab dann jederzeit kurzfristig möglich.

Das neue Spitalversorgungsgesetz wird im Februar und Juni 2004 im Kantonsparlament diskutiert und voraussichtlich verabschiedet werden.

5 Schlusswort

Unsere Bevölkerung wünscht sich ein Gesundheitswesen, das sich trotz der Finanzierungsprobleme durch hohe Qualität und Wahlfreiheit auszeichnet³. Dies ist eine Chance für uns und unsern Berufsstand.

Gleichzeitig scheint die Reputation von uns Ärztinnen und Ärzten als Akteure im Gesundheitswesen – zumindest in Bezug auf den Aspekt «soziale Verantwortung» – zu sinken³. Dies ist eine Gefahr für uns. Wollen wir das Vertrauen der Gesellschaft in unsern Berufsstand wahren, müssen wir Ärztinnen und Ärzte unsere ethischen Prinzipien ausdrücklich bekräftigen. Diese unsere ethischen Verpflichtungen beziehen sich nicht nur auf das individuelle Wohlergehen der einzelnen Patienten, sondern auch auf das Wohlergehen der Gesellschaft und deren Gesundheitssystem⁴.

Der Vorstand der Berner Ärztesgesellschaft engagiert sich weiterhin für die Patientinnen und Patienten, für die Ärzteschaft und für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen.

Jürg Schlup, Präsident

Inserat Ärztekasse

³ «Politik und Staat». GfS-Forschungsinstitut, Bern, Gesundheitsmonitor 2003

⁴ Charta zur ärztlichen Berufsethik. Schweizerische Ärztezeitung, 2003; 84: Nr 45, p 2347-49.

Alte werden immer jünger

Der nachfolgende, von der Redaktion leicht überarbeitete Text stammt von Patrick M. Liedtke, Generalsekretär der Geneva Association. Er wurde publiziert in der Sonntagszeitung vom 21. März 2004. Die Geneva Association ist ein Forschungsinstitut der privaten Versicherungswirtschaft, in dem rund 80 der grössten Versicherer der Welt vertreten sind. Die Aussagen sind höchst bemerkenswert und zeigen, dass in Wirtschaft und Politik, aber auch in unserem alltäglichen Leben die Wahrnehmung des Alters längst nicht mehr der Wirklichkeit entspricht.

Peter Jäger,
Presse- und Informationsdienst

Es kann uns nur verwundern, dass eine – wenn nicht sogar die wichtigste – Errungenschaft des 20. Jahrhunderts regelmässig als Problem dargestellt wird. Dabei ist die enorme Verbesserung unserer Lebenserwartung alles andere als ein Problem. Sie ist das erklärte Ziel vielfältiger medizinischer, sozialer und wirtschaftlicher Anstrengungen. Und dennoch sprechen wir nur zu häufig von der angeblichen Alterung unserer Gesellschaft mit mehr als nur einem negativen Unterton. In den Medien finden sich Schlagworte wie die «Altersfalle», und prognostiziert wird unter anderem der Zusammenbruch der sozialen Sicherungssysteme.

Es ist unter Experten unbestritten, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen eine Zunahme der älteren Personen in unserer Gesellschaft zu steigenden Belastungen führt. Das Ausmass der zu erwartenden Mehrausgaben sowohl in den Pensionssystemen wie auch den Gesundheitssystemen ist vielfach berechnet worden und gibt Grund zur Beunruhigung. Warum sind wir von der Geneva Association dennoch optimistisch? Weil die Lasten nämlich nur unter den gegebenen Rahmenbedingungen kaum tragbar sind.

Die Gesellschaft bleibt länger jung!

Dazu ist folgendes zu bemerken: Die so genannte Alterung unserer Gesellschaft wird abgeleitet von der Tatsache, dass der Anteil von Personen in Altersgruppen jenseits einer bestimmten Grenze (meist 60

oder 65 Jahre) an der gesamten Gesellschaft wächst. Während diese mathematische Berechnung richtigweise einen steigenden Anteil feststellt, so sagt sie nichts, aber auch gar nichts über die Alterung der Gesellschaft aus.

Die chronologische Analyse hat mit der biologischen Realität über lange Zeiträume immer weniger gemein. Solange wir mit Alterung meinen, dass eine grössere Anzahl von Personen ein immer höheres Lebensalter erreicht, geht diese Aussage in Ordnung. Sie hilft allerdings wenig, wenn wir Fragen des Aktivitätspotenzials, der Mobilität, der Integrationsfähigkeit und -willigkeit beantworten wollen. Es gilt zu verstehen, dass das, was sich verlängert, nicht alleine die Altersphase ist, sondern der gesamte Lebenszyklus. Die Literatur des 19. Jahrhunderts zeigt, was es damals hiess, 40 oder 50 Jahre alt zu sein. Seitdem haben wir die Effekte des Alterns insgesamt zurückgedrängt. Wir bleiben länger fit und gesund, wobei der körperliche und mentale Zerfall erst weit später im Lebenszyklus einsetzt. Mit anderen Worten: Wir sind als Gesellschaft nicht älter geworden, sondern bleiben im Gegenteil länger jung!

Die Sichtweise der modernen Investitionstheorie

Dies wird insbesondere dann deutlich, wenn wir die moderne Investitionstheorie betrachten, in der regelmässig die zu erwartenden zukünftigen (sic!) Perioden betrachtet werden. Es ist der zukünftige Dividendenfluss, der bestimmt, inwieweit eine Investition profitabel erscheint. Warum gehen wir dann also davon aus, dass im Falle unserer Gesellschaft Entscheidungen getroffen werden, weil ein bestimmter Zeitraum in der Vergangenheit abgelaufen ist, anstatt genau wie in der Investitionsrechnung eine Zukunftsorientierung zu unterstellen?

Wir haben dazu exemplarisch die Restlebenserwartung von Sechzigjährigen als «Investitionsalter» in einer Gesellschaft berechnet. Die Rechnung,

erstellt für Deutschland, aber qualitativ ähnlich der Schweiz, liefert Folgendes: Im Jahre 2000 betrug die Restlebenserwartung einer Frau 22,85 Jahre und die eines Mannes 18,48 Jahre. Um nun zu verstehen, wie alt oder jung unsere Gesellschaft heute ist, kann man diese Zahlen in einen historischen Kontext setzen. Wir überlegen also, mit welchem Lebensalter hatte eine Frau beziehungsweise ein Mann denselben Zeithorizont von 22,85 beziehungsweise 18,48 Jahren für zukünftige Entscheidungen? Wenn wir um ein gutes Jahrhundert in der Zeit zurückgehen, so hatten Personen Ende 40 einen vergleichbaren Investitionshorizont wie heute die 60-jährigen. Wir sind also heute mit 60 Jahren genauso alt beziehungsweise jung wie mit Ende 40 vor rund 100 Jahren – das ist nur vier Generationen her.

Ökonomen und Soziologen haben es schwer, zu verstehen, warum die «Alten» sich nicht so verhalten wie sie den Modellen gemäss sollten. Sie sind weder so risikoscheu, noch verbrauchen sie so viel von ihrem Ersparten, wie angenommen. Ein Teil der Antwort liegt sicherlich darin, dass die so genannten «Alten» in Wahrheit viel jünger sind als gedacht. Sie kennen ihre Mobilität und Aktivität besser, als es eine alte Statistik vermag.



Praxis-Angebot

Auf der Internet-Seite der
Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Faxen Sie Ihr Angebot ans Sekretariat BEKAG:
031 390 25 64

Auftraggeber

Diese Information ist nur für das Sekretariat der Ärztegesellschaft bestimmt und wird ohne Einwilligung nicht weitergegeben.

Titel: _____
Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

Praxis-Angebot

Diese Informationen werden im Angebot publiziert.

- Ich suche einen Praxis-Partner
 Ich gebe ein Praxis-Angebot auf (Praxis-Verkauf / Weitergabe, ...)

Senden Sie Interessens-Anmeldungen an: E-Mail *Die Adressen werden nicht publiziert*
 Fax

Region Stadt und Region Bern Emmental / Oberaargau
 Seeland Jura bernois
 Oberland / Aaretal

Facharzt: _____ (Nur FMH-Titel)

Ort: _____
So exakt, wie Sie ihn im Angebot publizieren wollen. Sie können hier die ganze Adresse angeben oder auch nur eine Region.

Beschreibung

Geben Sie hier eine möglichst exakte Beschreibung Ihres Angebots an, z.B. vorhandene Ausrüstung, Termine, ...
Falls Sie ein Bild einfügen wollen, senden Sie dieses an das Sekretariat. (Nur ein Bild pro Angebot möglich)

Ich bin einverstanden, dass mein Angebot auf der Internet-Seite der Ärztegesellschaft veröffentlicht wird. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Sekretariat: bekag@hin.ch / Fax 031 390 25 64

Datum/Ort: _____ Unterschrift: _____

INSERAT RASCH UND ANHALTEND
4farbig
ab beiliegender CD-Rom

