



Dezember 2005 / 6

doc.be

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

Sturmwarnung

Siehe «Mitteilungen des Sekretärs» in diesem doc.be

10% Absenkung des Taxpunktwertes der Analyseliste ab 1.1.2006

Die vom Bundesrat per 1.1.06 verfügte Absenkung des Labortarifes um 10% mindert den Praxis-Bruttogewinn der Hausärzte um rund 6%. Der Verband Berner Hausärztinnen und Hausärzte VBH plant für Februar eine Protestaktion zum Thema «Europäische Verhältnisse im Praxislabor: Irgendwann verzichten die Hausärzte auf das unrentable Praxislabor. Was bedeutet dies für den Patienten?». Weiter lanciert die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM eine Petition «Für die Stärkung der Hausarztmedizin und gegen den drohenden Hausärztemangel» und ruft am 1. April 06 zu einer friedlichen Grosskundgebung auf dem Bundesplatz in Bern auf. Ich empfehle allen Mitgliedern der Berner Ärztegesellschaft, an dieser Kundgebung teilzunehmen.

Elektronische Rechnungstellung

Gemäss Rahmenvertrag TarMed hat die Abrechnung ab 1.1.2006 in elektronischer Form zu erfolgen. Solange unser kantonaler TarMed-Anschlussvertrag gilt, bedeutet dies: Ärztinnen und Ärzte müssen die elektronische Rechnungskopie für die Kasse zur Verfügung halten; aber die elektronische Rechnung keinesfalls direkt der Kasse zustellen! Die FMH hält dazu in ihrem Rundmail an alle Mitglieder vom 30.11.2005 fest: «Was der Begriff – zur Verfügung stellt – bedeutet, ist aufgrund der fehlenden Detailregelung bis heute nicht definiert. Wir sind der Ansicht, dass der Arzt seine Pflicht erfüllt hat, wenn er die elektronische Rechnungskopie bei einem Intermediär hinterlegt hat. Wir bedauern sehr, dass Santésuisse unseren Lösungsvorschlag zur Umsetzung der elektronischen Rechnungstellung bisher ersatzlos abgelehnt hat.» **Santésuisse** lässt am selben Tag mittels Pressemitteilung verlauten: «Elektronisch abrechnen heisst, dass die Rechnung elektronisch beim Krankenversicherer eintrifft, nicht bei einem Trustcenter.» Ich schliesse nicht aus, dass einzelne Kassen ab Januar 2006 ein Exempel statuieren wollen und ihren Patienten die Rückvergütung mit der Begründung verweigern, der Arzt hätte nicht elektronisch abgerechnet. Halten Sie sich an das Mitgliederrundschreiben der Berner Ärztegesellschaft vom 18.11.2005; wir beraten unsere Mitglieder gerne.

Jürg Schlup, Präsident

Grossratswahlen 2006

(Seite 3)

Mitteilungen des Sekretärs	2
Die unseligen Zeiten des Tiers payant	3
Ethische Entscheide bei knappen Ressourcen	4
Die Beziehung zwischen Preis und Leistung	6
MEDPHONE und MEDVANTIS – Neue Partnerschaft mit mehr Leistung	8
Gesundheitsökonom Oggier beim MBV Biel-Seeland	9
Gesundheitspolitisches Sprachrohr der Ärztegesellschaften, ein Pilotprojekt	11

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

Mitteilungen des Sekretärs



Thomas
Eichenberger,
Sekretär BEKAG

I. Reminder zur Kündigung des TarMed-Anschlussvertrages; Was gilt ab 1. Januar 2006?

Unser Tarifvertragspartner santésuisse hat den TarMed-Anschlussvertrag, mit welchem die Tarifierung und das Abrechnungswesen für die Ärztinnen und Ärzte zu Lasten der sozialen Krankenversicherung (KVG) im Kanton Bern geregelt wird, fristgerecht per 31. Dezember 2005 gekündigt.

Die Verhandlungen über einen neuen Vertrag sind im Gange. Sie konnten trotz intensivster Bemühungen unserer Verhandlungsdelegation noch nicht abgeschlossen werden. Der Abschluss eines neuen Vertrages muss durch die Kantonsregierung genehmigt werden.

Sollte bis Ende Jahr kein neuer Vertragsabschluss vorliegen, käme Art. 47 Abs. 3 KVG zum Tragen. Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein neuer Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

Möglich wäre auch eine Verlängerung des Tarifvertrages auf gemeinsamen Antrag der Tarifpartner. Eine solche Lösung würde unter den gegebenen Umständen nach Auffassung unserer Verhandlungsdelegation durchaus Sinn machen und Zeitdruck wegnehmen.

Der Regierungsrat wird die für 2006 gültige Lösung so oder anders hoheitlich festlegen müssen. Wir werden die Mitglieder über allfällige Änderungen per 1. Januar 2006 so schnell als möglich in Kenntnis setzen. Es ist aber damit zu rechnen, dass per 31. Dezember 2005 noch keine vom Regierungsrat formell genehmigte Regelung vorliegen wird.

Was heisst dies nun konkret für Sie?

Wir empfehlen Ihnen vorderhand, ab 1.1.2006 mit einem unveränderten Taxpunktwert von **86 Rappen** abzurechnen, obwohl der vertragliche Taxpunktwert nach Abschluss der Kostenneutralitätsphase bei 87 Rappen liegen würde. Die Anwendung des tieferen Taxpunktwertes bringt Rechtssicherheit und bedeutet vorsichtige Zurückhaltung. Eine solche ist gerechtfertigt, weil mit einer Fortsetzung der Überwachung des Kostenvolumens zu rechnen ist.

II. Reminder zur elektronischen Rechnungstellung; Was gilt ab 1. Januar 2006?

In grundsätzlicher Hinsicht kann auf die Ausführungen zur Vertragskündigung weiter oben sowie auf unser Rundschreiben vom 18. November 2005 verwiesen werden.

Nach dem TarMed-Rahmenvertrag sind ÄrztInnen, die direkt mit ihren PatientInnen abrechnen, dazu verpflichtet, eine elektronische Rechnung für den Versicherer «bereit zu stellen».

Das heisst, dass das voraussichtlich ab 1. Januar 2006 gültige Gebot zur elektronischen Abrechnung in den Kantonen mit einer Rechnungstellung an den Patienten (Tiers garant) keinen Zwang zur Umstellung der Fakturierung in das System des Tiers payant bedeutet (Rechnungstellung an den Versicherer).

Das Gebot ist erfüllt, wenn die Ärztin oder der Arzt über eine Praxissoftware verfügt, mit der eine elektronische Rechnungskopie im XML-Format erstellt werden kann, die in einem Verzeichnis im Praxis-PC abzulegen ist, bis sich die Kasse meldet. Mit anderen Worten muss die Patientin oder der Patient die Rechnung in Papierform bei seiner Krankenkasse eingereicht haben, was die Krankenkasse aus datenschutzrechtlichen Gründen Ihnen gegenüber zu beweisen hat, bevor Sie die Rechnung elektronisch zustellen dürfen.

Vorteilhafter ist es allerdings, die elektronischen Kopien an das zuständige Trust-Center zu übermitteln. Dieses funktioniert als Konzentrador, sichert den Datenschutz, kontrolliert die Rechnungsqualität und gewährleistet insgesamt eine einwandfreie technische Abwicklung. Vor allem aber liefert es den unentbehrlichen Praxis-Spiegel.

III. Kostensenkungsmassnahmen des Bundesrats auf Antrag des EDI

In der **Analysenliste (AL)** sind alle Laboruntersuchungen aufgeführt, die von der Grundversicherung bezahlt werden. Nach Auffassung des Bundesamtes für Gesundheit hat der technologische Fortschritt dazu geführt, dass verschiedene Analysen heute billiger durchgeführt werden können. Es ist deshalb vorgesehen, verschiedene tarifliche Anpassungen auf Anfang 2007 vorzunehmen. Als **Sofortmassnahme** im Rahmen eines Sparpaketes des Bundesrats, welches auf Antrag des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI) beschlossen wurde, wird der **Taxpunktwert** von heute 1 Franken **ab 1.1.2006 auf 90 Rappen** gesenkt.

Als weitere Massnahme hat der Bundesrat den **Selbstbehalt auf Originalpräparaten, für die ein Generikum zur Verfügung steht, ab 1. Januar 2006** von 10 Prozent auf **20 Prozent** erhöht. Der Selbstbehalt auf den Nachahmerprodukten bleibt unverändert bei 10 Prozent.

Schliesslich werden auch die **Höchstvergütungsbeiträge in der Mittel- und Gegenständliste (MiGEL) ab 1.1.2006 generell um 10 Prozent gesenkt**.

All diese Änderungen sind nicht das Ergebnis von Verhandlungen. Es handelt sich um einseitige hoheitliche Anordnungen des Bundesrats, gegen die kein ordentliches Rechtsmittel zur Verfügung steht. Die FMH hat öffentlich sowie auf politischer Ebene gegen die Senkung des Taxpunktwertes, welche die Existenz des Praxislabors gefährdet, in aller Form opponiert.

IV. Beschlüsse der Delegiertenversammlung vom 20. Oktober 2005

1. Aufnahme eines neuen Art. 2 Abs. 2 der Statuten mit folgendem Wortlaut:
Absatz 1 unverändert

Absatz 2 neu:

Die Organisation und Durchführung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes ist Aufgabe der Bezirksvereine. Die Ärztegesellschaft nimmt die Oberaufsicht wahr.

Begründung:

Die Oberaufsicht über den ambulanten ärztlichen Notfalldienst lag gemäss Art. 14 des Reglements über die Ergänzung, Anwendung und Durchsetzung der eidgenössischen Standesordnung bisher bei den Bezirksvereinen. Diese konnten die Organisation an die in den einzelnen Regionen tätigen Kollegen delegieren.

Diese Organisation ist nicht mehr zeitgemäss. Der Kantonalvorstand beabsichtigt, mit dem Kanton über den Abschluss einer Leistungsvereinbarung zu verhandeln. Letzteres setzt voraus, dass die Zuständigkeit für den ambulanten ärztlichen Notfalldienst inskünftig primär bei den Bezirksvereinen liegt und dass die BEKAG neu die Oberaufsicht wahrnimmt.

Die entsprechenden Bestimmungen im Reglement über die Ergänzung, Anwendung und Durchsetzung der eidgenössischen Standesordnung müssen angepasst und der Delegiertenversammlung zu einem späteren Zeitpunkt zur Beschlussfassung unterbreitet werden (vgl. Art. 19 Ziff. 6 der Statuten).

Redaktionelle Anpassung und Ergänzung des Art. 4 Ziff. 1 Satz 2 der Statuten (Anpassungen *kursiv*):

Die *eidgenössische Standesordnung und das Reglement über deren Ergänzung, Anwendung und Durchsetzung* sind integrierender Bestandteil der Statuten.

Einstimmig angenommen

2. Aufnahme einer neuen Ziff. 4 im Art. 4 der Statuten (Zweckartikel)

Ziff. 1 redaktionelle Anpassung (siehe oben)

Ziff. 2 und 3 unverändert

Ziff. 4 neu:

[Die Ärztesgesellschaft bezweckt]

Die Unterstützung in Aufbau und Betrieb einer Vermittlungsstelle des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes in ideeller, persönlicher und finanzieller Hinsicht.

Bisherige Ziff. 4 und 5 werden neu zu Ziff. 5 und 6

Begründung:

Es kann auf die Ausführungen unter Ziff. 2 hiervor verwiesen werden. Der Kantonalvorstand beabsichtigt, die Mitglieder zu entlasten, den ambulanten ärztlichen Notfalldienst zu professionalisieren und die Kosten für die Inanspruchnahme der von der BEKAG geförderten Vermittlungsstelle zugunsten der Mitglieder zu senken.

Entsprechende Finanzierungen der BEKAG, welche zu Lasten der Mitglieder gehen, müssen der Delegiertenversammlung zu einem späteren Zeitpunkt zur Beschlussfassung unterbreitet werden (vgl. Art. 19 Ziff. 5 der Statuten).

Angenommen mit 50 (Ja) : 2 (Nein) bei 2 Enthaltungen

3. Festhalten am Tiers garant

Einstimmig angenommen

Die unseligen Zeiten des Tiers payant



Andreas Bieri,
Vorstandsmitglied BEKAG

Im Jahr 1978 habe ich meine Praxis mitten im Tiers payant-System eröffnet. Würde diese offensichtlich alte Bezeichnung heute geschaffen, gäbe es wohl irgendein angelsächsisches Wortkonstrukt. Alles war damals alt: Die Krankenscheine (Rechnungsformulare) wurden drei Monate nach Behandlungsbeginn von Hand ausgefüllt. Die Bezahlung liess noch einmal drei Monate auf sich warten. Als Neuer musste man also sechs Monate vom Betriebskredit leben. Und oft kamen die Rechnungen zurück: Falsch ausgefüllt, nicht leserlich, falscher Betrag, nicht pflichtiges Medikament, unzulässiges Material, Material in Konsultation inbegriffen, falsche Position – dann liess die Bezahlung noch einmal drei Monate auf sich warten. Ärgerlich war jeweils die Mitteilung, dass der Patient nicht versichert sei. Der Folgeaufwand war gross.

Zweimal musste ich mich vor der paritätischen Vertrauenskommission rechtfertigen. Das eine Mal wegen Fr. 9.15. Nach zehn Seiten Papier erhielt ich Recht. Bei einer Kasse tanzte ich mit Fallkosten von 365% aus der Reihe. Ich hatte einen einzigen Patienten dieser Kasse behandelt. Für uns alle war damals der Übergang zum Tiers garant eine grosse Erleichterung.

Daneben ging man ordentlich miteinander um. Alljährlich wurde ein obligatorischer Halbtageskurs für Neupraxen durchgeführt. Thema: Einführung in den Kassenvertrag. Die Vorbereitung und Absprache unter den Referenten erfolgte bei einem gemeinsamen Mittagessen. Pro Fachgebiet wurden die neuen Kollegen von je einem Arzt und einem Kassenvertreter in die Tarifstruktur eingeführt. Mein Kollege von der Kasse und ich spielten dann

«Kasserli und Dokterli». Es war ziemlich idyllisch.

Als die EDV kam, wurde es hektischer und gehässiger. Tatsächlich wurde die Administration anfänglich einfacher. Dem menschlichen Geist gelang es aber auch da, alles kompliziert zu machen. Die KKB (Visana) rüstete massiv auf und durchleuchtete mit ihrem Datenwissen sämtliches Tun und Lassen der Ärzte. Kasserli und Dokterli wurden durch Schmid und Flury ersetzt. Zwei ehemalige Freunde, die nun mit größerem Geschütz aufeinander losgingen. Und waren die Waffen zuerst mit Stöcken vergleichbar, wurden es nun Kanonen.

Dank EDV wurde der Stäcklikrieg zwar nicht zum Krieg der Sterne, aber zum Krieg um Daten. Die Kassen haben mit Santésuisse und einem enormen Lobbying in den politischen Gremien eine zentrale Machtposition aufgebaut. Es gelang ihnen, die Kosten zum Hauptthema zu machen. Konsequenter marktwirtschaftlich gedacht, hätte eine optimale Kasse viele Versicherte und keine Leistungserbringer. Durch die einseitige Ausrichtung an marktwirtschaftlichen Prinzipien zerstören die Kassen unser Gesundheitswesen. Kaum auszudenken, wenn wir heute noch das System des Tiers payant hätten.

Grossrats-Kandidaten: bitte melden!

Kandidieren Sie für den Grossrat? Als Mitglied der BEKAG haben Sie jetzt die Gelegenheit, im doc.be ein Portrait zu veröffentlichen! Publiziert werden Name, Wohnort, Partei und bisherige Vorstösse sowie eine Fotografie. Der Platz ist eingeschränkt.

Frist: 22.01.2006

**Einzureichen bei:
tackenberg@forumpr.ch**

Ethische Entscheide bei knappen Ressourcen

Podiumsdiskussion
anlässlich der Berner Tage der Klinik BETAKLI



Anna-Christina
Zysset,
Redaktorin PID

Rund 350 Ärztinnen und Ärzte hatten sich für die BETAKLI 2005 eingeschrieben. Aufgrund der schriftlichen Rückmeldungen fand diese Fortbildungsveranstaltung sowohl bei den engagierten Dozenten als auch bei den Zuhörern grossen Anklang.

Setting limits fairly. So heisst das Standardwerk des Philosophen Norman Daniels und des Klinikers James Sabin. Diese Persönlichkeiten haben die vom Sozialethiker Dr. M. Zimmermann-Acklin (Institut für Sozialethik ISE, Universität Luzern) anlässlich der BETAKLI 2005 vortragenen Thesen u.a. beeinflusst. Die anschliessende Plenardiskussion zeigte, wie unterschiedlich die Ärzteschaft allein die Rolle der Politiker in der Ressourcenfrage beurteilt. Geleitet wurde die Diskussion vom Präsidenten der Ärztegesellschaft Jürg Schlup; auf dem Podium nahmen teil neben dem Gastreferenten Dr. Zimmermann-Acklin, Prof. Dr. H.U. Fisch (Direktor Psychiatrische Universitätspoliklinik, Inselspital), Prof. B. Horn (Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin), Dr. Th. Schweizer (FMH für Allgemeinmedizin) sowie Prof. A. Tobler (Ärztlicher Direktor des Inselspitals).

Seit Jahren steigen die Gesundheitskosten in der Schweiz kontinuierlich und stärker an als das Bruttoinlandprodukt: zwischen 1960 und 2000 stieg der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) von 4,9 auf 10,7 Prozent. 2003 lag der Anteil bei 11,5 Prozent des BIPs. Prognosen für das Jahr 2006 gehen bei einer jährlichen Steigerung der Gesundheitskosten

um 4,1 Prozent von einem BIP-Anteil zwischen 12 und 13 Prozent aus.

Der finanzielle Druck macht sich gegenwärtig in drei Bereichen besonders bemerkbar

Privathaushalte: Die steigenden Krankenkassenprämien und Eigenanteile stellen für viele private Haushalte ein Problem dar. Im Jahr 2003 erhielt ein Drittel der Wohnbevölkerung Sozialhilfe, 41 Prozent der Schweizer Haushalte bezogen Prämienvergünstigungen; und dies im reichsten Land der Welt.

Kantone: Die für die Gesundheitspolitik verantwortlichen Kantone stehen vor der Aufgabe, für die seit einigen Jahren signifikant steigenden Krankenhauskosten zu Lasten anderer Posten im Kantonsbudget aufzukommen. Bei einem Nachtragskredit im Kanton Luzern von 150 Mio. wurde im Parlament die Frage gestellt, welche Schule nun nicht renoviert werden könne.

Leistungserbringer: Die Behandlungsteams sehen sich zusehends mit der Aufgabe konfrontiert, aufgrund des Kostendrucks nicht mehr alle sinnvollen Leistungen zu erbringen, d.h. am Krankenbett verdeckt zu rationieren.



Prof. Horn (Mitte) im Gespräch mit
Kollegen Fotos: PID

Ökonomischer Grundsatz und Gründe für die Kostenentwicklung

Die zur Verfügung stehenden Mittel oder Ressourcen sind begrenzt. Deshalb kommen wir nicht darum herum, die Mittel zu verteilen, bzw. den Zugang zu denselben zu regeln, meinte Zimmermann. Die steigenden Ausgaben seien Resultat verschiedener Entwicklungen: Dank medizinisch-technischem Fortschritt leben wir heute 20 Jahre länger als noch um 1930. Die Chronifizierung von Krankheitsverläufen z.B. in der Onkologie verursacht zum Teil 400fach höhere Kosten.

Der demografische Wandel bringt einen höheren Anteil pflegeabhängiger Personen hervor.

Dank steigendem Wohlstand gibt es auch etwas zu verlieren. Der veränderte Anspruch ans Leben und die Gesundheit im Allgemeinen widerspiegelt sich auch im Gesundheitsbereich.

Die vielen Singlehaushalte werden in Zukunft die Nachfrage nach Pflegeinstitutionen erhöhen und einen weiteren Kostenschub auslösen.

Der Sozialethiker präsentiert drei Handlungsvorschläge

Die Rationalisierung oder Effizienzsteigerung im Rahmen der bestehenden Versorgung.

Diese ist aus ethischer Sicht zu begrüßen, wird aber dem Problem nicht gerecht.

Die Erhöhung der finanziellen Mittel für die gesundheitliche Versorgung brächte eine stärkere Umverteilung von Reich nach Arm, die politisch kaum durchsetzbar sein dürfte oder aber den Konsumverzicht in andern Bereichen.

Die Rationierung oder Einschränkung im Bereich der Grundversorgung ist bereits im Gange, z.B. Senkung des Taxpunktwertes für Laboranalysen, höherer Selbstbehalt für Originalpräparate. Es bestehen grosse Meinungsverschiedenheiten insbesondere hinsichtlich der Bestimmung der Rationierungskriterien und -methoden.

These 1: Gerechtigkeit im Sinne der Solidarität der Gesunden mit den Kranken fordert eine Ablehnung jeder Form von Rationierung!

Die gesamte gesundheitliche Versorgung, notwendige und nützliche Leistungen, kann und soll weiterhin allen Behandlungsbedürftigen im Rahmen der Grundversicherung zur Verfügung gestellt werden. Eine umfassende gesundheitliche Versorgung ist sowohl gerecht, sinnvoll als auch finanzierbar.

Diese Haltung vertreten die Ärztinnen für Solidarität im Schweizerischen Gesund-

heitswesen (ASSG) in der SÄZ 83 (2002) 2235 (Gesundheit ist keine Ware). «Wir lehnen jedoch Rationierung, das heisst Verweigerung von nützlichen und sinnvollen medizinischen Leistungen aus ökonomischen Gründen, als Angriff auf fundamental gesellschaftliche Vorstellungen von Gerechtigkeit und Chancengleichheit ab.» Diese Position hat entweder die Einführung weiterer Umverteilungsmassnahmen von Reich nach Arm d.h. heute auch von Alt nach Jung und/oder zusätzliche Verzichtleistungen im Konsumbereich zur Folge.

These 2: Die Rationierung der solidarisch finanzierten gesundheitlichen Versorgung ist vermutlich nicht zu verhindern und auch aus Gerechtigkeitsperspektive vertretbar!

Eine umfassende gesundheitliche Versorgung für alle ist nicht sinnvoll. Das Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit ist so unterschiedlich wie die Vorstellungen von gutem Leben. Sie ist nicht finanzierbar. Die Finanzierung zulasten anderer Bereiche wie Bildung oder Arbeit ist nicht zu wünschen. Nationalrat Gutzwiller meint in diesem Zusammenhang, man solle in Bildung und Arbeit investieren, nicht in Gesundheit! Angesichts der demographischen Entwicklung, der veränderten Anspruchshaltungen, besonders aber aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts (z.B. Pharmakogenetik, Intensivmedizin, Herzchirurgie oder Knochenersatz) und der Wohlfahrtsentwicklung ist es realistisch, von diesem zweiten Szenario auszugehen und rechtzeitig über mögliche Regeln und Kriterien zur Rationierung öffentlich und interdisziplinär zu diskutieren.

Wirken alleine unregelte Rationierungsmechanismen (implizite Rationierung), werden auf die Dauer diejenigen das Nachsehen haben, die sich am wenigsten durchzusetzen wissen.

These 3: Die explizite Rationierung ist gegenüber der impliziten Rationierung vorzuziehen, aber schwieriger umzusetzen!

Gegenüber der impliziten Rationierung ist die explizite transparenter, konsistenter in der Umsetzung, gerechter, medizinisch nachvollziehbar (evidence-based), entlastend für die Arzt-Patienten-Beziehung, entlastend für den Arzt in seiner Doppelrolle als Anwalt des Patienten und des Budgets.

Die Umsetzung expliziter Kriterien ist mit grösseren praktischen Schwierigkeiten verbunden als die Einführung von Budgetierungen oder finanziellen Anreizsystemen. Der individuelle Entscheidungsspielraum

der Ärztinnen und Ärzte ist bei der impliziten Rationierung grösser resp. bei der expliziten kleiner.

Fazit: De facto ist mit einer weiteren Verstärkung des finanziellen Drucks zu rechnen. Selbst dann, wenn alle Rationierungspotentiale ausgeschöpft werden, lassen sich Rationierungsmassnahmen kaum umgehen. Die explizite Rationierung (z.B. über Berücksichtigung von Kosteneffektivität und medizinischen Nutzen), ist der impliziten grundsätzlich vorzuziehen, da sie transparenter und gerechter ist und die Arzt-Patient-Beziehung weniger belastet. Um zu verhindern, dass diejenigen das Nachsehen haben, die sich am wenigsten zu wehren wissen, ist eine offene und transparent geführte Debatte über die Rationierungskriterien und -methoden notwendig.



Dr. Markus Zimmermann-Acklin,
Gastreferent

Medizin zwischen Verantwortung und Ökonomie

In der anschliessenden Podiumsdiskussion betonte Schweizer, dass er gerne die Freiheit bewahren möchte, die Dinge zu sehen, wie wir Ärzte sie sehen. Dabei ist ihm wichtig, Verantwortung zu übernehmen. Konkret meint er: «Man kann nur ja sagen, wenn man auch nein sagen kann.» Der Patient ist mit in die Verantwortung eingebunden, denn dieser hat die Freiheit zu leben, wie er kann und will. Unterschiedlicher Auffassung war man, ob die Vorgaben für die Rationierung von den Politikern festgeschrieben werden sollen oder von der Ärzteschaft. Während die einen fordern, der Staat müsse definieren, wer was und wo rationiert, ermunterte Tobler die anwesenden Ärzte, auch wirtschaftlich zu denken. Bei der mehrheitlich älteren Zuhörerschaft wird diese Forderung meist noch als Einschränkung empfunden. Für die Jüngeren ist diese Wirtschaftlichkeitsfrage allgegenwärtig. Da die steigende ärztliche Kunst offenbar die Menschheit ruiniert, stellte man sich die Frage, ob Innovationen denn immer teurer sein müssen. Könnten sie nicht auch billiger sein? Unbestritten war die Tatsache, dass in der Schweiz auf ungeheuer hohem Niveau rationiert wird.

Diskursfähigkeit gefragt

Neuerungen haben Konsequenzen. Es stehen unserer Gesellschaft noch viele kontroverse Diskussionen bevor. Aber es könnten auch Fortschritte daraus resultieren. Das Empowerment (Selbstkompetenz) des Patienten wird die ärztliche Arbeit ganz sicher langfristig bereichern!

Literaturhinweise:

Daniels Norman, Sabin James E., Setting Limits Fairly. Can we learn to share medical Resources?, Oxford University Press
Peter A. Ubel, Pricing Life. Why its time for health care rationing, Cambridge/London 2001

Rationierung meint das Vorenthalten notwendiger oder nützlicher Leistungen bzw. die Einschränkung des Zugangs zu denselben entweder aus finanziellen Gründen oder anders bedingter Ressourcenknappheit, z.B. bei den Organen.

Explizite Rationierung: Ausdrücklich geregelte Einschränkungen, z.B. Leistungsausschlüsse (Zahnbehandlungen) Festlegung von Versorgungsstandards, mehr Eigenverantwortung (Ausschluss bestimmter Risiken). Mögliche Kriterien: Alter, Kosteneffektivität, medizinischer Nutzen etc.

Implizite Rationierung: Ungeregelte Einschränkungen, z.B. als Folge von Budgetierung (Spital erhält 100 Mio.), Sparanreizen für Patienten oder Behandlungsteams (Managed Care), Erhöhung von Selbsthalten (Rationierungsentscheidungen sind von den Leistungsanbietern auf der Mikroebene zu treffen)

Die Unterscheidung zwischen **offener** und **verdeckter Rationierung** bezieht sich dagegen auf die Entscheidungstransparenz am Kranken- oder Pflegebett, also auf das Wissen der betroffenen Person.

Die Beziehung zwischen Preis und Leistung



Prof. Dr. med.
Esther Fischer-
Homberger,
Medizinhistori-
kerin und
Psychiaterin

Seit der Ärztestand auch in der eigenen Wahrnehmung zur Interessengruppe, die «Heilkunst» zu medizinischer «Kompetenz», die ärztliche Praxis zum Geschäft, die ÄrztInnen zu Anbietern und die PatientInnen zu Kundschaft geworden sind, wird auch im Gesundheitswesen mit suggestiv-beruhigender Selbstverständlichkeit vom «Preis-Leistungs-Verhältnis» gesprochen. Damit scheint es möglich, ja einfach geworden zu sein, zu ermitteln, wie viel jede ärztliche Leistung wert ist. Schluss also mit inneren und äußeren Konflikten wegen Rechnungen, Schluss mit Schuldgefühlen wegen Gewinn auch bei therapeutischen Niederlagen oder weil arme Kranke nicht noch mit Geldforderungen gequält werden sollten. Schluss mit undefinierbaren Berücksichtigungen besonderer Verhältnisse samt eigenem Geldbedarf. Und die PatientInnen: sie brauchen sich nicht mehr zu fragen, ob sie ihren ärztlichen ErlöserInnen nicht ihr Vermögen zu Füßen legen sollten – «a kingdom for a cure!» – oder ob sie Arztrechnungen als zusätzliche Kränkung und Vertrauensbruch unbezahlt lassen wollten. Mit der Einordnung der Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen – kurz: der «Arzt-Patienten-Beziehung» – in das nationalökonomische Universum scheint ein grosser Stein von deren Herzen gefallen zu sein.

Ein alter Stein, so alt wie das Geld. Denn im Handel um leibliches Wohlergehen und Erhaltung menschlichen Lebens gehen die Dynamik der Beziehung zwischen den Handelnden und die inhärente Problematik des Mediums Geld eine explosive Mischung ein. ÄrztInnen arbeiten häufig und wesentlich da, wo es um körperliches Befinden und körperliche Integrität geht, zuweilen auch um Leben und Tod. Das ist ein inti-

mes, emotional und sozial zentrales Arbeitsfeld, in welchem das Preis-Leistungs-Verhältnis unzuverlässig werden kann und die Vertrauensbeziehung zwischen den Parteien durch das Geld, welches von allem Hier und Jetzt abstrahiert, besonders gefährdet ist. Entsprechend altbekannt ist der Heilkunde die Problematik des Tauschs von Geld gegen Befindlichkeit.

Und entsprechend gross ist da das Bedürfnis, den leidigen Akt des Tauschens von Bemühung um psychophysisches Wohl gegen Geld normativ zu regeln. Mannigfaltig sind die Vorrichtungen, welche Recht und Sitte im Lauf der Zeiten zum Schutz des gegenseitigen Vertrauens errichtet haben. Eine davon ist der geldlose Verkehr, wie ihn etwa heilkundige Mönche oder ärztliche Heilige praktizierten, die um Gottes Lohn arbeiteten. Anstellungen ärztlich Tätiger zu festen, allenfalls sogar von dritter Seite entrichteten Löhnen – zum Beispiel als Spital-, Stadt- oder Leibärzte – stehen ebenfalls im Dienst der Konfliktvermeidung. Der geldlose Verkehr kann vergessen und verleugnen machen, dass ärztliche Arbeit nicht nur dem Leben und Überleben der Kranken, sondern auch demjenigen der Heilkundigen dient.

Offener liegen gegenseitige Ausbeutungsgelüste und -ängste, Abhängigkeiten, Neid, Vorspiegelungen und eine Tendenz zu willkürlichem Geldverhalten in der Privatpraxis zutage, auch beidseitige Impulse, zu schenken statt harte Leistung gegen kaltes Geld zu tauschen. Seit einigen Generationen entschärfen jedoch Versicherungen und Tarifordnungen diese Situation, indem sie einen unpersönlichen Raum zwischen den Parteien schaffen und ärztliche Leistungen auf berechen- und bezahlbaren ärztlichen Aufwand reduzieren. Und seit marktwirtschaftliches Denken praxisleitend geworden ist, scheint Entspannung eingetreten, indem nun in Vergessenheit geraten kann, dass ärztliche Arbeit nicht nur dem ärztlichen Geschäft, sondern wesentlich dem Wohl der Kranken dienen sollte.

Haben die alten Ärzte ihre Freude am tüchtigen Gelderwerb gerne hinter ihrer Hingabe an ihre Kranken verborgen und auf heilkundlich tätige Marktschreier projiziert, scheinen die neuen das Schreien auf dem Markt als Teil ihres Berufs, wenn nicht gar der ärztlichen Ethik begreifen zu müssen. Aber alle Bemühungen, die Preisbildung in der Heilkunst über einheitliche Leisten zu schlagen, können deren grundsätzliche

Schwierigkeit nicht aus dem Weg schaffen. Sie sollten das wohl auch gar nicht. Weil ja eben das ärztliche Geldverdienen nur besonders sichtbar macht, wie problematisch der Tausch von Leben, Fortleben, Nahrung, Beziehungsfähigkeit, Emotionalität gegen das Resultat einer Abstraktion von alledem ist; wie unmöglich (wiewohl täglich praktiziert) es im Grunde ist, einmaligen und unersetzlichen Wert in die endliche Menge eines universellen Tauschmittels zu konvertieren und zutiefst als eigen erlebtes Dasein zu vermarkten. Die Problematik dieses Tauschs macht das Geburtsgebrechen, aber auch das kulturschaffende Genie, den Sinn und den Irrsinn des Geldes aus.

Geld verheisst, nach Massgabe seiner Menge, Macht, situations- und beziehungsunabhängige Verfügungsgewalt über Leben, Nahrung, Beziehung, Fortleben. Und für den Mann, der bezüglich eigener Kinder von der gebärenden und nährenden Partnerin notorisch abhängig ist (oder doch bislang war), insbesondere: über die kinderzeugenden und -hegenden Frauen. So besehen wäre es kein Zufall, dass die Kaurimuschel, die als eine Frühform von Geld gilt, an ein weibliches Genitale und oberseits an einen schwangeren Bauch erinnert. Gleichwohl können doch Leben und Liebe mit Geld nicht bezahlt werden, und die persönliche Unsterblichkeit: man kann sie nicht ins Grab nehmen. Oder doch? Kraft moderner Biotechnologien? Was ist nicht käuflich? Ein von Sinnlichkeit nicht abstrahierendes Dasein vielleicht, im Hier und Jetzt? Aber was versprechen denn unsere Erlebnis- und Unterhaltungsindustrie und, etwas mehr auf Nachhaltigkeit bedacht, alle, die sich gegen Geld um das psychophysische Wohl ihrer Kundschaft kümmern? Was hindert uns in einer Zeit, die selbst das Einkaufen als Erlebnis verkauft, auch den Gang zu Arzt oder Ärztin als Erlebnis anzupreisen?

Bleibt irgendetwas nicht käuflich? Was gibt es jenseits der Verführung? Einen Bezug vielleicht zur Welt, der nicht so gierig wäre, wie es das Geld nahelegt, eine Neugier, die Geld nicht nur zählte, sondern wieder auf seinen Geruch hin prüfen würde?

In seiner beziehungsflüchtigen Abstraktheit verkörpert das Geld in gewissem Sinne den doppelgesichtigen Mythos von der Macht – der Macht, Beziehungen nach Belieben aufzunehmen oder abzubringen, ohne den Verlust der eigenen Unabhängigkeit oder Verfolgung fürchten zu müssen, die aber auch isoliert und gefangen nimmt. Viele Märchen, Geschichten und Romane erzählen davon, wie Menschen infolge der Berührung durch das Geld sich auf unheimliche Weise verändern. Tatsächlich scheint Geld die Bezogenheit seiner BesitzerInnen

auf Herrschen und Beherrschtwerden, Fressen und Gefressenwerden reduzieren zu können; leicht wird es zum Suchtmittel, das auch – gerade auch – in immerzu steigenden Dosen nie reicht, die Angst vor dem Absturz stillzulegen.

Verständlich, dass der Tausch von Leben, Fortleben, Wohlbefinden gegen Geld, wie er im Rahmen der Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen stattfindet, ein besonderer Quell von Angst ist. Verständlich, dass die PatientInnen sich für das Geldverhalten ihrer Ärzte vital interessieren: Ärzte, die zu Geld einen süchtigen Bezug unterhalten, müssen sie fürchten wie den Tod; in der klarsten Preis-Leistungs-Rechnung erkennen sie dann nur die durchsichtige Maske der Gier. Ungern legt man sein leibliches und emotionales Inneres in die Hand von Unersättlichen – kein Wunder daher, dass die ärztliche Ökonomie trotz aller Vorkehrungen immer wieder Misstrauen erregt und droht, aus ihren rationalen Fugen zu geraten.

Denn Geld ist ein zentrales Medium menschlicher Beziehungen und lässt sich in diesem Sinne aus denselben gar nicht herauslösen, auch wenn es gerade dazu erfunden worden zu sein scheint. Geld gehört in den Kontext komplexer menschlicher Beziehungen und nicht umgekehrt. Das ist in der ärztlichen Praxis spürbarer als im

Warenhaus und es gehört zum alten Wissen ärztlich Tätiger.

Auch die Sprache weiss davon mehr, als sie heute aussagt. Vielleicht hilft es, wieder etwas weniger zu rechnen als zu lesen. Geschichte und Geschichten können begreifen helfen, was unter der unauffällig abweisenden, glatten Oberfläche von unhinterfragten Selbstverständlichkeiten verborgen ist.

Unsere Worte erinnern an vieles, was das Geld hat vergessen lassen: dass das Geld nur eine Sonderform des Geltenden, Ökonomie nur Teil eines Haushaltes ist und dass «Vermögen» mit «Fähigkeit» zu tun hat; dass es eine Frage wert bleibt, ob wir verdienen, was wir verdienen; dass Schuld durch Geld nicht notwendig getilgt wird und Kreditwürdigkeit nicht immer Vertrauenswürdigkeit bedeutet. Und: dass auch Preis und Leistung in komplexen Beziehungen – zwischen Anbietenden und Kaufenden – wurzeln, die in Dollars und hervorgebrachten Sachgütern oder Dienstleistungen nur bedingt gemessen werden können.

Der Preis nämlich ist mit Lob, Lobpreisung, Ehrung so eng verwandt wie das Honorar mit der Ehre. So verstanden wird ein Preis vielfach eben gerade nicht in Geldwährungen entrichtet, sondern in Geschenkform, in Form von vergoldeten Pokalen, Lorbeer-

ren, oder einfach Freundlichkeit. Und während beim Entrichten eines Preises der eine abgibt und der andere gewinnt, gewinnen im Preisen beide.

Und die Leistung? Sie leitet sich von Schusters Leisten ab, jenen aus Holz oder Metall nachgebildeten Füssen, den Modellen, die dem Meister dazu dienen, seiner Kundschaft passende Schuhe anzumessen, selbst wenn sich diese auf freiem Fuss befindet. Denn «leisten» bedeutet ursprünglich eigentlich «einer Spur nachgehen, nachspüren», befolgen, Gefolgschaft leisten. Zu den entfernteren Verwandten der «Leistung» gehören die «Geleise», die alten Radspuren, die erst mit der Erfindung der Eisenbahnen zu vorgegebenen Schienen erstarrt sind, ebenso: «lehren» sowie «lernen» im Sinne von «durch Nachspüren wissend machen» und «wissend werden». So sind des Schusters Leisten den Fussspuren seiner Kundschaft buchstäblich nachgespürt und versteht sich des Handwerkers dienende Leistung, die durchaus ihren Preis verdient, als kreative, eigenständige Bezugnahme auf einen fremden Fuss. Ein guter Schuster hat natürlich viele Leisten, und daran, dass er für jeden Fall den angemessenen wählt, zeigt sich seine Qualität. Schläge er alles Leder über denselben Leisten, wäre seine Leistung den Preis nicht richtig wert.

Ärztgrossist
zur Rose



Die neue BasisLinie Mit etwas Konzentration können Sie viel Geld sparen.

Wie viel, erfahren Sie im Katalog der BasisLinie. Anfordern im Internet unter www.zur-rose.ch/aerztgrossist oder per Telefon unter 052 724 00 20.

Zur Rose AG | Walzmühlestrasse 60
Postfach | 8500 Frauenfeld
Telefon 052 724 00 20 | Fax 052 724 00 15
www.zur-rose.ch | aerztgrossist@zur-rose.ch

MEDPHONE und MEDVANTIS – Neue Partnerschaft mit mehr Leistung



Dr. med. Andreas
Meer, Mitglied
Geschäftsleitung
MEDVANTIS



Dr. med. Daniel
Marth, Verwal-
tungsratspräsident
MEDPHONE

MEDPHONE die ärztzeigene Notfallzentrale, zieht um

Ab 1.7.2006 stehen der MEDPHONE Räumlichkeiten und technische Infrastruktur bei der Firma MEDVANTIS zur Verfügung. Damit unternimmt MEDPHONE einen entscheidenden Technologieschritt, um ihre Dienstleistungen noch kompetenter anbieten zu können.

Wie bisher erbringen beide Partner ihre bestehenden Leistungsangebote unabhängig von einander. Grosse Synergien sind aber im Bereich IT-Support, Logistik und Ausbildung realisierbar.

Das Zusammengehen beider Firmen bewirkt eine ökonomische Nutzung von Ressourcen wie Raum und Technik und fördert Synergie-Effekte zugunsten der Notfallversorgung. Für die Nutzer des Angebotes soll die Dienstleistungsqualität ständig verbessert werden. Sowohl MEDPHONE als auch MEDVANTIS bleiben aber juristisch und finanziell unabhängige Partner. Damit ist gewährleistet, dass der Notfalldienst als Kernkompetenz bei der Ärzteschaft bleibt.

Angestrebt wird auch in Zukunft eine schnelle und kompetente Erledigung von Notfalltelefonaten. Die Tatsache, dass erfahrungsgemäss nur etwa zwei Drittel der Anrufe an den diensthabenden Notfallarzt weitergeleitet werden müssen, bringt der Ärzteschaft eine erhebliche Entlastung. Die technisch verbesserte Leistungsbereitschaft rund um die Uhr stellt einen optimalen Service für die Patienten sicher.

MEDVANTIS als erstes medizinisches Call Center der Schweiz greift mit seinem rund 50-köpfigen Team aus Ärzten und Pflegefachpersonen nicht nur auf eine lange Erfahrung und stetige Weiterbildung zurück, sondern auch auf ein umfassendes Informatik-Know-how mit den entsprechenden technischen Voraussetzungen. Das engagierte und unabhängige MEDVANTIS-Team erbringt Leistungen im medizinischen Beratungsdienst in mehreren Sprachen rund um die Uhr.

Teilnahme der Ärzteschaft unerlässlich

Eine zukunftsfähige Notfalldienst-Versorgung setzt voraus, dass sich möglichst viele Notfalldienstorganisationen – Notfalldienstkreise oder, noch besser, ganze Bezirksvereine – MEDPHONE anschliessen. Neben der technischen und fachlichen Kompetenz ist eines der Fernziele von MEDPHONE, vom Kanton Bern eine Leistungsvereinbarung und damit auch eine finanzielle Unterstützung zu erhalten. Die Entwicklung der allgemeinen, aber auch der ärztlichen Demografie zeigt, dass der gesetzlichen Verpflichtung der Ärzteschaft, den Notfalldienst zu organisieren (Gesundheitsgesetz Art. 30a), in absehbarer Zeit

schwer nachzukommen sein wird. Verschärfend kommt hinzu, dass sich auch das «Konsumverhalten» der Patienten ändert, die immer selbstverständlicher und zu jeder Tages- und Nachtzeit den Notfalldienst in Anspruch nehmen wollen. Eine optimale Organisation mit Triagezentrale kann eine Entspannung der Situation bewirken und bietet gleichzeitig eine gute Voraussetzung, um mit dem Gesetzgeber über eine entsprechende Abgeltung der Notfalleistungen zu verhandeln.

Die Firmen MEDPHONE und MEDVANTIS sind überzeugt, dass mit dieser Kooperation der erste wichtige Schritt zur Umsetzung der formulierten Ziele gemacht ist und gemeinsam eine Verbesserung der Notfallversorgung erreicht werden kann.

MEDPHONE: Trägerschaft

MEDPHONE definiert sich als die Notfallzentrale der Berner Ärztinnen und Ärzte und ist als Aktiengesellschaft organisiert. Träger sind folgende Organisationen:

- Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
- Medizinischer Bezirksverein Bern Stadt
- Ärzte-Bezirksverein Bern-Land
- Ärztlicher Bezirksverein Biel-Seeland
- Ärztlicher Bezirksverein Oberaargau
- Ärztlicher Bezirksverein engeres Oberland
- Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte

Terminplan 2006

26. Januar	Präsidentenkonferenz, nachmittags
02. März	Bezirksvereinsversammlungen, kantonsweit
30. März	Delegiertenversammlung, nachmittags
11. Mai	erw. Präsidentenkonferenz, nachmittags
01. Juni	Bezirksvereinsversammlungen, kantonsweit
22. Juni	Delegiertenversammlung, nachmittags
14. September	erw. Präsidentenkonferenz, nachmittags
26. Oktober	Delegiertenversammlung, nachmittags
23. November	Bezirksvereinsversammlungen, kantonsweit

Gesundheitsökonom Oggier beim MBV Biel-Seeland



Peter Jäger,
PID

Dr. oec. Willy Oggier, der heute am meisten zitierte Gesundheitsökonom, wollte vor dem Bezirksverein Biel-Seeland eigentlich zum Thema «Gesundheitskosten: praktizierende Ärzte versus Spitäler» sprechen. Das Vorhaben scheiterte daran, dass San-tésuisse für die erforderlichen Zahlen einen unanständig hohen Betrag verlangte und überdies aus Datenschutzgründen nicht bereit ist, Daten für weniger als 20 Gemeinden zu liefern. Dass solcherlei Obstruktion einen Oggier nicht zu bremsen vermag, wurde alsbald eindrücklich darge-



Der Gesundheitsökonom Dr. oec. Willy Oggier

legt. Dabei wurde dem atemlosen Zuhörer auch mehr und mehr klar, weshalb die Gesundheitspolitik zur Meinung kommt, sie dürfe das Gesundheitswesen nicht den Medizinern überlassen. Ökonomie, Statistik, Soziologie und Managementlehre ziehen ein, wo vor kurzem noch Mediziner den Ton gaben.

Ob das gut sei oder schlecht? Man wird die Entwicklung an ihren Resultaten messen müssen. Einzig dass sie irritiert, lässt sich heute mit Gewissheit sagen. Allein die Instrumente der modernen Datenerfassung und Kommunikation lassen ahnen, dass eigentlich im Bereich der Qualitätsentwicklung Fortschritte möglich sein müssten. Das Hauptthema der aktuellen Diskussion hingegen, nämlich die Kostenentwicklung, scheint weit weniger fassbar. Es wäre ja auch – und erst recht für einen Ökonomen – erstaunlich, wenn in einem blühenden Wachstumsmarkt die Kosten sinken würden! Wobei mit Oggier gleich die Bemerkung fällig ist, dass es hier nicht um den gesamten Gesundheitsmarkt mit seinem Volumen von über 50 Milliarden Franken geht, sondern lediglich um denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, der gute 19 Milliarden beansprucht.

Berner Zahlen 2005

Betrachtet man die Zahlen des Kantons Bern bis Ende Juli 2005, so stellt man ein Wachstum von 15 Prozent fest, verglichen mit 12 Prozent in der ganzen Schweiz. Einen Sprung von 95,6 Prozent verzeichnen die Spitäler für stationäre und ambulante Behandlung – verursacht allerdings durch massive Nachfaktorierungen.

Mit 6,5 Prozent sind die ärztlichen Leistungen (ohne Medikamente) im Kanton Bern unterdurchschnittlich gestiegen. Im Medikamentenbereich lässt sich feststellen, dass die Abgabe durch Ärzte stärker wächst als diejenige in den Apotheken.

Umwälzungen stehen bevor

In den nächsten Jahren werden in der Schweiz 300 Landpraxen leerstehen und nicht neu besetzt werden können, warnte

Oggier. Zwar hat die Schweiz die zweithöchste Ärztedichte Europas, doch werden zuviele Spezialisten und zuwenig Grundversorger ausgebildet. Zudem ist die Verteilung zwischen Stadt und Land un- ausgeglichen. Demografische und soziale Veränderungen werden in Zukunft andere Formen der medizinischen Versorgung erfordern, meinte Oggier. Dabei wird das Gesundheitswesen grundsätzlich ein Wachstumsmarkt bleiben, bedingt durch die angebotsinduzierte Nachfrage, die Demografie, den wachsenden Wohlstand und den medizinisch-technischen Fortschritt.

Auf der Leistungsseite wird einerseits eine zunehmende Skepsis gegenüber klassischen Leistungserbringern verzeichnet, andererseits eine Entwicklung hin zur «High-Touch-Health-Kultur» mit Wellness, Komplementärmedizin, Überwachungstechnik (Tests, Check-ups), Designer-Apotheken und Erlebnis-Shops. Die einzelne Praxis sieht sich mit einem zunehmenden Druck zur Erreichung einer betriebswirtschaftlich und qualitativ kritischen Grösse konfrontiert. Internationalisierung und Informatisierung werden nicht aufzuhalten sein.

Frugalität oder Luxus – oder beides nebeneinander?

Oggier sieht für die Zukunft eine gleichzeitige Entwicklung einerseits hin zu einer «Public Health»-Medizin, die dem Kostendenken verhaftet ist, und andererseits zu einer de Luxe-Medizin mit höchster Qualität, sofortiger Verfügbarkeit und persönlicher Leistungserbringung. Daraus zieht der Referent folgende Schlüsse:

- Public Health dürfte an Gewicht gewinnen.
- Neue Finanzierungsquellen sind gezielter zu erschliessen.
- Ergebnis-Qualität dürfte wichtiger werden.
- Autarkie dürfte an Bedeutung verlieren, Vernetzung entsprechend gewinnen.
- Wenn Qualität dokumentiert und gesteigert werden kann, besteht auch die Chance, dass sich der Finanzierungsdruck relativiert.
- Akzeptanz des de Luxe-Abteils dürfte stark vom Zustand des Public Health-Abteils abhängen.



Trust statt Frust



GallOnet



hawatrust



thurcare

Tcti

trustmed

+ medkey

PonteNova

Zum Stichtag 1. Januar 2006 liefern Ihnen die TrustCenter alle stichhaltigen Argumente:

- Absicherung des Taxpunktwerts in der Zukunft
- Schutz vor unberechtigten Rückforderungen
- Elektronischer Datenaustausch im Tiers garant
- Maximale Nutzung Ihrer Daten

Lust auf mehr Leistung?

newindex

Wir schaffen Synergien

Gesundheitspolitisches Sprachrohr der Ärztegesellschaften, ein Pilotprojekt



Marco
Tackenberg, PID

Rechtzeitig auf die Frühjahrssession 2006 der eidgenössischen Räte erscheint «Politik + Patient» erstmals unter der Federführung von 14 kantonalen Ärztegesellschaften der Deutschschweiz. Die Zeitung will die ärztliche Standespolitik regelmässig einer interessierten Öffentlichkeit zugänglich machen. Sie schafft so ein Gegengewicht zu den Publikationen der Versicherer und anderer Leistungserbringer.

2004 beschloss der Vorstand der Ärztegesellschaft des Kantons Bern, im Sinne eines Pilotprojekts die Herausgabe der gesundheitspolitischen Publikation «Politik + Patient» zu unterstützen. Erklärtes Ziel war es (siehe doc.be Nr. 1-2005), weitere Kantonalgesellschaften für das Projekt zu gewinnen. Es ist dem ausdauernden Engagement von Christoph Ramstein, dem Präsidenten der Solothurner Ärztegesellschaft und Vorsitzenden des VEDAG zu verdanken, dass 14 von 17 im

VEDAG vertretenen Kantonalgesellschaften am 1. Dezember 2005 entschieden, bei dem Pilotprojekt mitzumachen. Weiter sicherte der Herausgeber der «Sprechstunde», Richard Altorfer, von Beginn weg seine Unterstützung zu. Dies macht es erst möglich, «Politik + Patient» kostengünstig zu verteilen: Die Zeitung wird 2006 drei Mal der «Sprechstunde» beigelegt. Nicht zuletzt waren es dann der BEKAG-Präsident, Jürg Schlup, und die Präsidenten der Zürcher und Innerschweizer Kantonalgesellschaften, Urs Stoffel und Thomas Keller, die sich bei ihren Mitstreitern im VEDAG für die Sache einsetzten.



Im Dialog mit der Öffentlichkeit

«Das Schweigen der Ärzte» hat damit ein Ende. Die Ärzteschaft wendet sich mit eigenen Standpunkten an eine politisch interessierte Öffentlichkeit. Dies ist wichtig in einem System mit direkter Demokratie, in welchem die Stimmbürgerinnen und -bürger das letzte Wort in politischen Angelegenheiten haben. Erfolg bringt dabei nur die stete, korrekte Information. Dies schliesst nicht aus, die eigene Meinung gelegentlich deutlich kund zu tun. «In aufgeregten Zeiten», so der Kommunikationsspezialist Horst Avenarius, «bestimmen die lauten Leute den Ton». Die eigene Botschaft muss sich letztlich gegen Deutungen durchsetzen, die von gegnerischen Positionen stammen, wie die aktuelle Auseinandersetzung um die «freie Arztwahl» bzw. um die «Vertragsfreiheit» zeigt.

Argumente liefern

Es ist wichtig, auch die Grenzen von «Politik + Patient» zu benennen. Eine Zeitung macht noch keine öffentliche Meinung. Das Vertrauen und Ansehen, welches die Ärzteschaft bei Bürgerinnen und Bürgern genießt, beruht nicht so sehr auf der Politik ihres Verbandes und ist selten das Resultat einer ausgeklügelten PR-Kampagne. Die Menschen bilden sich ihre Meinung über die Leistungserbringer in erster Linie durch den Kontakt mit ihrer Ärztin, mit ihrem Arzt. Meinungsmachend ist überhaupt (und entgegen weit verbreiteter Ansicht) weniger der wort- und schriftgewaltige Journalist, sondern eher Leute aus dem eigenen sozialen Umfeld: die Wirtin, der Metzger, der Lehrer oder eben der eigene Arzt, die eigene Ärztin. Ihnen will «Politik + Patient» Argumente liefern und so die gesundheitspolitische Diskussion beeinflussen.

Impressum

doc.be, Organ der Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztegesellschaft des Kantons Bern, Gutenbergstrasse 9, 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, Gutenbergstrasse 9, 3011 Bern.
Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;
E-Mail: pwolf@hin.ch
Layout: Forum der Wirtschaft, Postgasse 19, 3011 Bern
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern.
Ausgabe Dezember 2005

Pilotprojekt gesundheitspolitische Zeitung «Politik + Patient»

Eine Redaktionskommission ist für die standespolitische Ausrichtung von «Politik + Patient» zuständig. Mitwirkende Ärztegesellschaften haben das Recht auf Einsitz in diese Redaktionskommission. Herausgeber der Publikation ist der gleichnamige Verein «Politik + Patient». Die redaktionelle Arbeit sowie die Arbeiten für die Druckvorstufe und die Administration werden dem «Forum der Wirtschaft» in Bern übertragen. Die Kosten für Redaktion, Druckvorstufe und Produktion betragen rund 58'000 Franken; der Anteil der BEKAG beläuft sich auf 13'000 Franken. Insgesamt erscheinen nächstes Jahr drei Ausgaben mit einer Auflage von jeweils knapp 90'000 Exemplaren. Die im VEDAG zusammengeschlossenen Kantonalgesellschaften der Deutschschweiz entscheiden im Oktober 2006 über eine Fortführung des Pilotprojektes.



Frohe Festtage und ein erfolgreiches 2006!



Fränzi hält Händchen.

Kein Wunder, wird unser Ambulatorium immer wieder gerne genutzt. Für Blutentnahmen etwa in schwierigen Fällen oder bei Abwesenheit des behandelnden Arztes, auf Wunsch auch am Krankbett. Dazu kommen: 24h-EKG, 24h-Blutdruck, Pulsoximetrie sowie eine sorgfältige Auswertung durch unsere konsiliarischen Spezialisten. Und hier wie da stets ein freundliches Wort von Fränzi, unserer medizinischen Laborantin.

medics labor

Professionell und persönlich.

Medics Labor AG
Chutzenstrasse 24
3001 Bern
info@medics-labor.ch
www.medics-labor.ch

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44

Hallo Zukunft!

Sind Sie vorbereitet auf das was kommt?
Kehrt nach der Tarmed-Einführung wieder Ruhe ein? Die Ärztekasse hat ihre Antennen ausgefahren und interpretiert die Signale, die ausgesendet werden. Schliesslich will man für alle Fälle gerüstet sein.

A K ARZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Dreinackerstrasse 25 · 8002 Untdorf
Telefon 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 80
www.aerztekasse.ch
marketing@aerztekasse.ch

Ärztekasse – and the future is yours