



Ärztegesellschaft
des Kantons Bern
Société des médecins
du canton de Berne

www.berner-aerzte.ch

Vertragsfreiheit ab 2005 für ambulante Leistungserbringer

Der Ständerat hat am 13. März 2003 beschlossen, den Vertragszwang aufzuheben, der Nationalrat will am 6. Mai entscheiden.

Nach dem Willen des Ständerates sollen die Kantone die Zahl der Leistungserbringer festlegen, welche für die Versorgung benötigt werden. Betroffen sind nur ausserhalb des Spitals tätige Leistungserbringer. Mit der vom Kanton definierten Anzahl Leistungserbringer soll anschliessend jeder Versicherer, der im Kanton tätig ist, einen Vertrag abschliessen. Zugelassen wären Leistungserbringer, welche mindestens mit einem Versicherer einen Vertrag haben. Die Vertragsdauer würde jeweils 4 Jahre betragen und müsste 18 Monate im Voraus gekündigt werden. Wer keinen Vertrag erhält, kann bei der noch zu schaffenden kantonalen Schiedskommission klagen, die Kommission entscheidet abschliessend, der Instanzenweg wäre gemäss Ständerat ausgeschlossen.

Überzeugt ist der Ständerat neben der Vertragsfreiheit auch von der monistischen Spitalfinanzierung, «weil nur damit die Wettbewerbsverzerrungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich beseitigt werden können» (SR Frick, SZ). Im Gegensatz zur Vertragsfreiheit für ambulante Leistungserbringer will er aber dieses monistische System der Spitalfinanzierung vorerst nicht einführen, da «die Kantone klar gesagt haben, dass sie sich zum heutigen Zeitpunkt vehement gegen einen Übergang zum monistischen System wehren werden» (SR Beerli, BE).

Der Ständerat will Kostendämpfung und konzentriert sich dabei auf die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte mit einem Anteil von 14% an den Gesamtkosten unseres Gesundheitswesens. Entgegen seiner Überzeugung verdrängt er dabei die Spitäler – Kostenanteil von deutlich über 40% an den Gesamtkosten – aus seinem aktuellen kostendämpfenden Handeln.

Die Politik ist wie das Wasser und folgt dem Weg des geringsten Widerstandes. Wie sagte der Kommissionspräsident SR Frick in seinem Eintrittsvotum am 13.3.2003 zu den Aussagen der FMH maliziös: «In der Aussprache selber haben ihre Vertreter keine grundsätzlichen Vorbehalte geäussert.»

Jürg Schlup, Präsident

Ein klares Ja
zur Gesundheitsinitiative 2

Gesundheitsinitiative:
höhere Steuern und kostentreibend 3

Mehr Qualität dank weniger Ärzten
– die Meinung zweier Experten 4

Das Medizinerorchester Bern
unter neuer Leitung 7

Mitteilungen des Sekretärs 8

Aus den Sitzungen des
BEKAG-Vorstandes 9

Bericht aus dem Grossen Rat 10

Bericht über die Tarmed-
Verhandlungen im Kanton Bern 11

Gesundheitspolitik light 12

Ein klares Ja zur Gesundheitsinitiative vom 18. Mai



Annemarie
Kempf Schluch-
ter, Grossrätin*

Seit der letzten KVG-Revision 1996 sind die Kosten unseres Gesundheitswesens kontinuierlich und stark am steigen, obwohl dauernd neue Sparvorschläge aus dem Boden schießen, taugliche und unbrauchbare. (Letztes Jahr stiegen die Prämien um fast 10%, in den Vorjahren durchschnittlich um mehr als 5%.) «Der Blick auf die Prämienrechnung schadet Ihrer Gesundheit», müsste eigentlich in fetten Lettern als Warnung unter dem Adressfenster der Prämienrechnung stehen. Trotz Prämienverbilligungssystem sind die Prämien für viele Leute ein Schockerlebnis, entweder weil die Prämienverbilligungen nicht ausreichen oder weil schon Versicherte mit einem nicht sehr hohen mittleren Einkommen gar nicht in den Genuss der Prämienverbilligung kommen. Gemäss dem letzten Gesundheitsmonitor von Claude Longchamp hat ein Sechstel der Schweizer Bevölkerung dauerhaft Probleme, die Krankenkassenprämien zu bezahlen.

Wie unsere Krankenversicherung finanziert wird, ist einmalig in Europa. Wir haben die höchsten Prämien aller Staaten und sind die einzigen, die eine Kopfprämie erheben, also eine Prämie pro Person, ohne Rücksicht auf deren finanzielle Verhältnisse. Die EU-Länder finanzieren ihre Krankenversicherung entweder über einkommensabhängige Prämien, Lohnprozente oder direkt aus den allgemeinen Steuernmitteln.

Das Finanzierungsmodell der Initiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben»

Annemarie Kempf Schluchter ist Mitglied im Berner Komitee «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» und Past-Präsidentin des Schweizerischen Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK, Sektion Bern.

bringt für die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung eine substantielle Verminderung der Krankenkassenprämien. Die Entlastung von diesen Sorgen erleichtert nicht nur die Betroffenen und macht sie weniger krank, sondern bringt dem Gesundheitswesen mit Sicherheit auch Einsparungen.

Schliesslich krankt unser Gesundheitswesen auch an vielen unnützen Ausgaben. Mehr Aufwand bringt aber nicht mehr Gesundheit, wie die Statistik zur Lebenserwartung in Europa zeigt. Gesundheitsfachleute sind sich einig: 15–20% der Leistungen unseres Gesundheitssystems sind unnötig.

Die Initiative will also nicht nur die Gesundheitskosten gerechter aufteilen, sondern will diese auch stabilisieren, indem effiziente Mittel eingeführt werden, um die Entwicklung der Kosten in den Griff zu bekommen, ohne die hohe Qualität unseres Gesundheitssystems zu beeinträchtigen. Im Gegenteil, Qualität und Effizienz werden verbessert. Absatz 5 der Initiative plant Massnahmen in diese Richtung: Gesundheits-Koordination zwischen den Kantonen, Reglementierung der Spitzenmedizin, Bestimmung des Maximalpreises der Leistungen, Qualitätskontrollen sowie Massnahmen zur Einschränkung der Kosten im Falle einer übermässigen Erhöhung des Leistungsvolumens.

Neu soll der grösste Teil der Krankenversicherung über einkommensabhängige Prämien, ein Teil über vermögensabhängige Prämien und der Rest über die Mehrwertsteuer finanziert werden. Gegner der Initiative erachten die Erhöhung der Mehr-

Ablehnung

Die Präsidentenkonferenz der FMH hat sich am 20.3.03 mit 50 Nein, ohne Ja-Stimmen und bei 11 Enthaltungen gegen die SP-Gesundheitsinitiative ausgesprochen.

Eine Konsultativabstimmung an der Delegiertenversammlung der BEKAG vom 27.3.03 ergab eine einstimmige Ablehnung bei 1 Enthaltung.

wertsteuer als unsozial. Die MWST ist dann unsozial, wenn sie die Bundesgelder oder andere, progressive Finanzierungssysteme ersetzt. Aber zum heutigen Kopfprämiensystem entlastet sie schwächere Einkommen deutlich.

Wer 2000 oder 3000 Franken im Monat verdient, gibt einen überdurchschnittlich grossen Anteil seines Einkommen für Lebensmittel aus, die mit dem tiefsten MWST-Satz belastet sind. Reiche Leute hingegen geben anteilmässig viel mehr für Reisen, Autos oder andere Wohlstandsgüter aus, auf denen der höchste MWST-Satz erhoben wird.

Am 18. Mai wird das Schweizer Volk endlich die Möglichkeit haben, einen radikalen Wechsel in der Finanzierung des Gesundheitssystems herbeizuführen, ohne dass die Qualität und der Leistungskatalog vermindert werden. Ich sage ein klares JA zur Volkinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben», weil ... die Initiative die ungerechten Kopfprämien abschafft, ... sie für Millionäre höhere Prämien einführt als für Verkäuferinnen, ... fast 80% der Bevölkerung für ihre Krankenversicherung weniger zahlen werden, ... damit im Gesundheitswesen Kosten eingespart werden können, ... sie eine Zweiklassenmedizin verhindert.

Terminplan 2003

30. April	Ärztetage, ganzer Tag, Solothurn
15. Mai	erw. Präsidentenkonferenz, 14.00 Uhr
15. Mai	Delegiertenversammlung, 16.00 Uhr
11. Sept.	erw. Präsidentenkonferenz, nachmittags
23. Oktober	Delegiertenversammlung, nachmittags

Impressum

doc.be, Organ der Ärztgesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztgesellschaft des Kantons Bern, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern / erscheint 6 x jährlich.
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Ärztgesellschaft des Kantons Bern
Redaktor: Peter Jäger, Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19, 3000 Bern 8. Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82; E-Mail: jaeger@forumpr.ch
Inserate: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern. Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64; E-Mail: pwolf@hin.ch
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern. Ausgabe April 2003.

Zur SP-Gesundheitsinitiative:

Höhere Steuern und kostentreibend!

Rudolf Joder,
Nationalrat,
Präsident des
Verbandes
Bernischer
Krankenhäuser
VBK

Die eidgenössischen Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» ist von der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz lanciert und am 9. Juni 1999 mit rund 108'000 Unterschriften bei der Bundeskanzlei eingereicht worden. Das Begehren verlangt eine Neuformulierung von Art. 117 und Art. 197 Ziff. 2 der Bundesverfassung. Die Initiative fordert im wesentlichen eine neue Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung. Diese soll mit Mitteln der Mehrwertsteuer und mindestens zu gleichen Teilen mit Beiträgen der Versicherten finanziert werden. Die Beiträge der Versicherten sind dabei im Verhältnis zum Einkommen und Vermögen festzusetzen. Mindestens ein Viertel dieser Leistungen sind gemäss der Übergangsbestimmungen durch eine Vermögensabgabe aufzubringen. Die Initianten schlagen zudem vor, dass Einkommen unter 20'000 Franken sowie geringere Vermögen als 1 Million Franken von der Beitragsleistung befreit werden. Die Einnahmen aus der Mehrwertsteuer sollen zusammen mit den Beiträgen der Versicherten in einen gemeinsamen Topf gelegt werden. Daraus erhalten die Krankenkassen zur Deckung ihrer Leistungen einen Beitrag pro versicherte Person, wobei der unterschiedlichen Risikostruktur der Versicherer Rechnung zu tragen ist. Neben diesem Finanzierungsteil enthält das Volkbegehren auch Bestimmungen bezüglich Übertragung von Planungskompetenzen von den Kantonen an den Bund, insbesondere im Bereich der Spitzenmedizin.

Die Initiative hat zwar einen schönen Namen, aber sie hilft nicht, die anstehenden Probleme zu lösen.

Höhere Mehrwertsteuer

Damit die Ziele des Volksbegehrens erreicht werden können, muss ein grosser Teil der versicherten Leistung aus der Mehrwertsteuer finanziert werden. Geht man davon aus, dass dieser Teil die Hälfte ausmacht, so sind rund 8,5 Milliarden Franken erforderlich, was einer Erhöhung der Mehrwertsteuer um 3,6% entspricht. Aufgrund des unklaren Initiativtextes ist sogar denkbar, dass die heutige Beteiligung der Kantone an der Finanzierung der grundversicherten Leistung ganz wegfällt, was zu einem Mehrbedarf von 12 Milliarden Franken führen würde mit einer Erhöhung der Mehrwertsteuer bis zu 5%. Dies hat zur Folge, dass ausgerechnet und vor allem die wirtschaftlich Schwächeren mit kleinen Einkommen die Mehrbelastung zu spüren bekämen.

Neue Steuern

Hinzu kommt, dass die Initiative wie eine neue zusätzliche Einkommens- und Vermögenssteuer wirkt. Es geht um einen indirekten Eingriff in das bestehende Steuersystem, welches bis jetzt auf Bundesebene keine Vermögenssteuer kennt. *Wegfall der Prämienverbilligung*
Wesentlich ist auch, dass die bisherige Prämienverbilligung mit dem neuen System gemäss dem SP-Begehren nicht vereinbar wäre. Immerhin werden heute mit der Prämien-Verbilligung Versicherte mit kleinen Einkommen in der Grössenordnung von 3 Milliarden Franken entlastet. Über eine Million Haushalte beanspruchen eine solche Prämienverbilligung, und 160'000 bezahlen überhaupt keine Prämien. Diese soziale Komponente würde bei Annahme der Initiative wegfallen.

Keine Sparanreize

Ebenfalls nachteilig wäre, dass die Konkurrenz unter den Krankenkassen fast vollständig wegfallen würde. Sparmodelle mit freiwilliger Einschränkung der Versicherten und Prämienrabatten als Gegenleistungen wären mit dem neuen Prämiensystem gemäss Initiative kaum realisierbar. Damit entfallen Anreize zu kostenbewusstem Verhalten, und auch die Kassen haben kein Interesse mehr, die Gesundheitskosten zu kontrollieren.

Keine neuen Ideen

Auch die zusätzlichen Vorschläge der Ini-

tianten werden kaum Wirkung zeigen. Denn der SP-Vorschlag verlangt Massnahmen, die teilweise schon Realität sind (Medikamentenpreise), welche schon diskutiert werden (Planung der Spitzenmedizin, Zulassungsbestimmungen) oder die heute schon von den Kantonen ergriffen werden können (Kostenbremse bei Spitälern und Pflegeheimen).

Kernprobleme nicht gelöst

Die zentralen Probleme im Gesundheitswesen können nicht gelöst werden, indem man das Finanzierungssystem auf den Kopf stellt und generell mehr Steuern verlangt. Vielmehr geht es darum, den eingeschlagenen pragmatischen Weg Schritt für Schritt auf der Basis des bestehenden KVG weiter zu gehen. Dabei werden die wichtigsten Etappen die Eindämmung der Mengenausweitung, die Schaffung von Sparanreizen, die Förderung der Eigenverantwortung, mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern sowie eine Verbesserung der Kostenkontrolle sein. Hinzu kommt eine soziale Ausrichtung der Prämienverbilligung.

Nur mit einer Politik der kleinen aber konkreten Schritte werden wir die bestehenden Probleme in den Griff bekommen. Die SP-Gesundheitsinitiative mit ihrem reisserischen Titel leistet hiezu keinen Beitrag. Sie muss deshalb am 18. Mai klar abgelehnt werden.

«Netzwerk mit Budgetverantwortung»

«Netzwerk mit Budgetverantwortung» heisst der neue Schlagwort-Heuler eidgenössischer Gesundheitspolitik. Ständerat Frick liess im Parlament verlauten: «Der Kommission geht es darum, den Einstieg in ein günstigeres Medizin-Versorgungssystem zu schaffen. Managed care zeichnet sich durch Budgetverantwortung und limitierte Zahl der Leistungserbringer aus». . Dazu zwei Bemerkungen:

1. «Budgetverantwortung» heisst im Klartext: von den Kassen verordnetes Globalbudget. (Womit ich Herrn Frick nicht unterstellen will, er habe das gewusst.)

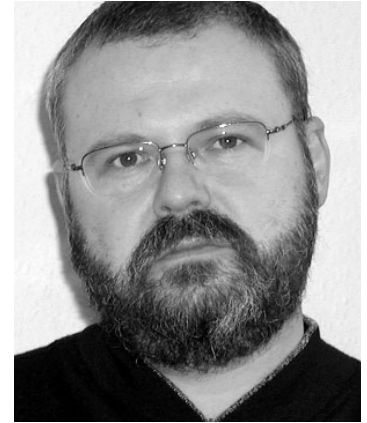
2. Die ständerätliche Kommission schafft ein «günstigeres Medizin-Versorgungssystem». Bravo! Was man in allen Industriestaaten bis heute nicht geschafft hat, ist Wirklichkeit geworden! Ein Wunder?

Peter Jäger

Mehr Qualität dank weniger Ärzten – die Meinung zweier Experten



Die Berner Tageszeitung «Der Bund» hat am 8. März 2003 ein von Patrick Feuz geführtes Interview mit dem deutschen Gesundheitsökonom Prof. Karl W. Lauterbach publiziert. Die BEKAG hat die Fragen dem ärztlichen Gesundheitspolitiker und Lehrbeauftragten Ulrich Müller, DM, MHM, unterbreitet, der seinerseits dazu Stellung nimmt. Nachstehend das Interview in synoptischer Darstellung. Red.



Professor Karl W. Lauterbach, Arzt und Gesundheitsökonom, leitet das Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Uni Köln. Mitglied zweier Beratergremien der Regierung Schröder.

Ulrich Müller, DM, MHM, ärztl. Geschäftsführer des Klinikum Dorothea Christiane Erleben Quedlinburg D, Lehrbeauftragter der Privaten Hochschule Wirtschaft Bern

«BUND»: Die Schweizer Politik fasst eine sanfte Lockerung des Vertragszwangs zwischen Kassen und Ärzten ins Auge. In der reinen Vertragsfreiheit müssen die Ärzte um die Gunst der Kassen buhlen. Wimmeln sie in dieser Situation nicht einfach unrentable Patienten ab, um gegenüber den Kassen als «wirtschaftlich» dazustehen?

Nein, im Gegenteil. Im heutigen System haben die Ärzte ihren Vertrag auf sicher und können deshalb unrentable, also mehrfach kranke und alte Patienten risikolos an Kollegen abschieben. Fällt der Vertragszwang, muss ein solcher Arzt befürchten, seinen Vertrag zu verlieren. Kassen wollen nicht mit Ärzten arbeiten, die schwierige Fälle möglicherweise einfach ins teure Spital weiterleiten. Denn dadurch wird ein Fall unnötig kostspielig. Wir werden also weniger Drehtür-Medizin haben als heute.

Ihre Frage suggeriert: Der unrentable Patient ist der teure Patient und der wirtschaftliche Patient ist der billige Patient. Zunächst: Krankheiten von Patienten werden von Ärzten nicht erfunden, um Patienten teuer oder billig behandeln zu müssen. Patienten müssen so gut wie nur irgend möglich behandelt werden, in einem System, das aus den Sektoren Prävention, ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, Rehabilitation und wieder ambulante Behandlung besteht. Es gilt, sektorenübergreifende Behandlungspfade (Medical Pathways) für Patienten auf der Basis der Richtlinien von Fachgesellschaften (Guidelines) zu entwickeln und die Behandlung der Patienten transparent zu machen. Behandlungstransparenz bedeutet immer auch Kostentransparenz. Die Lockerung des Vertragszwanges allein bedeutet keineswegs automatisch die Verbesserung der Qualität der Behandlung, so lange keine Auswahlkriterien für Praxen als «gut» oder «schlecht» definiert sind. In der Tat besteht die Gefahr, dass billigere Praxen für die Kassen attraktiver sind. Ohne ein Qualitätssicherungssystem für Arztpraxen sollten man daher eher von einer sinkenden Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung ausgehen, wie es am Beispiel Deutschland zur Zeit zu verfolgen ist.

Aber die Vertragsfreiheit erhöht den wirtschaftlichen Druck auf die Ärzte und damit zumindest kurzfristig die Versuchung, Risikoselektion zu betreiben.

Der wirtschaftliche Druck wird durch die Abschaffung des Vertragszwangs nicht grösser.

Dem wirtschaftlichen Druck, im gewissen Sinne auch der wirtschaftlichen Versuchung der Ärzte in den Praxen, einen Versorgungsvertrag zu bekommen, indem man bevorzugt «Billigmedizin» betreibt, kann nur mit einem konsequenten Qualitätssicherungssystem verbunden mit einem Qualitätsnachweis begegnet werden. Dies sind die Ärzte ihren Patienten und ihrer ethischen Berufsauffassung schuldig.

*Es wird Kassen geben, die gezielt auf Ärzte mit rentablen Patienten setzen.
Sie können so billigere Prämien anbieten.*

Eine Kasse mit dem Ruf, nur Billigärzte im Angebot zu haben, wird sehr schnell vom Markt verschwinden. Die moderne Informations- und Mediengesellschaft interessiert sich stark für die Qualität der Medizin. Schon heute werden kleinste Unterschiede zwischen Kassen mit grossem Aufwand recherchiert, obwohl sich die Kassen kaum unterscheiden. In der Vertragsfreiheit werden Fälle von Kassen mit Billigärzten in der Szene sehr rasch bekannt sein. Als ich in den Achtzigerjahren in Arizona lebte, gab es in Tucson eine Managed-Care-Organisation, die mit dem Argument für sich warb, mit besonders preisgünstigen Einrichtungen zu arbeiten. Die Organisation war nach kurzer Zeit weg vom Markt.

Billige Prämien einer Kasse allein werden mittelfristig und langfristig Patienten nicht dazu bewegen, Mitglied in dieser Kasse zu sein, zu bleiben oder zu werden. Patienten werden schnell hinterfragen, welche Leistungen in welcher Qualität angeboten werden. Diejenigen Kassen, die über ein Netzwerk qualitativ hochwertiger Praxen verfügen, werden bestehen. Entscheidend wird das Kosten-Leistungs-Qualitäts-Verhältnis sein.

Die Ärztelobby erklärt, gute und ethische Medizin sei durch die Vertragsfreiheit bedroht.

Die ärztliche Argumentation beschreibt die Probleme, für welche die Aufhebung des Vertragszwangs die Lösung ist. Die Vertragsfreiheit führt dazu, dass sich Qualität für den Arzt endlich auszahlt. Er muss nicht mehr in die Masse gehen oder Gewinn allein über eine Kostenreduktion erzielen. Solange alle Ärzte einen Einheitsvertrag haben, ist Qualitätswettbewerb nicht möglich.

Vertragsfreiheit auf der Basis: wirtschaftliche Praxis gleich billige Praxis gleich Versorgungsvertrag bedroht tatsächlich gute und ethische Medizin. Nur ein ausgereiftes Qualitätssystem für Praxen garantiert gleichbleibende und verbesserte Versorgungsqualität für die Patienten bei Kosten, die unter Kontrolle bleiben können.

Die Ärztelobby sagt, in ihrem Metier lasse sich Qualität nicht messen.

Das ist abwegig.

Auf das Gesundheitswesen, auch auf Arztpraxen, sind verschiedene Qualitätsmodelle aus der Industrie übertragen worden. Die bekanntesten sind die Zertifizierungsverfahren nach DIN ISO EN 9000 ff. oder das Modell EFQM. Beide Qualitätsmanagementmodelle sind nur eingeschränkt im Gesundheitswesen geeignet. Es ist in der Tat dringend geraten, ein Qualitätsmanagementmodell für Arztpraxen zu entwickeln.

Wie genau wird dieser Qualitätswettbewerb spielen?

Nehmen wir das Beispiel eines Darmspezialisten, eines Gastroenterologen mit vorzüglicher Ausbildung, Fortbildung und einer hohen Zahl von gastrokopischen Untersuchungen mit kleiner Komplikationsrate bei leichten wie schweren Patienten. Er wird im Bereich der Gastroskopie einen Wettbewerbsvorteil haben gegenüber jenem Arzt, der solche Eingriffe nur ab und zu macht, darin nie richtig ausgebildet wurde und dessen Gastroskopien möglicherweise unsauber sind und sogar zu Krankheiten führen. Für die Kassen ist der Spezialist mit grosser Erfahrung interessant. Der Nichtspezialist bekommt keinen Vertrag und muss sich in einem anderen Gebiet spezialisieren. Die Vertragsfreiheit führt in der Medizin zu einer Spezialisierung wie in anderen hochtechnologischen Dienstleistungsbereichen.

In einem Qualitätswettbewerb werden sich Praxen nach einem einheitlichen Qualitätssystem benchmarken, d.h. Praxen werden transparent und vergleichbar nach einem Bestmarkensystem hinsichtlich vorgehaltener Struktur, Behandlungskosten und deren Ergebnissen. Dieses «Überprüfungsverfahren» kann fortlaufend oder zu definierten Fristen sein, z.B. nach einer Einstufung der Praxen alle 3 bis 5 Jahre. Praxen mit einem niedrigen Qualitätsspiegel werden Auflagen bekommen, bei Nichterfüllung ggf. den Versorgungsvertrag verlieren.

Aus Sicht der Patienten wird die freie Arztwahl eingeschränkt. Es besteht die Gefahr, dass sich Leute, die es sich leisten können, mit einer Zusatzversicherung die volle Wahlfreiheit sichern. Das wäre dann Zweiklassenmedizin.

Durch die Lockerung des Vertragszwangs steigt die durchschnittliche Qualität der medizinischen Versorgung. Davon profitieren alle Patienten. Die besten Ärzte und Kliniken werden von fast allen Kassen einen Vertrag bekommen. Die Ärzte mit eingeschränkten Verträgen werden die mit den grössten Qualitätsproblemen sein oder jene, die besonders unwirtschaftlich arbeiten.

In einem eben beschriebenen System haben die Patienten die freie Arztwahl in ausgewiesenen, ausgesuchten, qualitativ hochwertigen Arztpraxen. Der Wunsch, durch eine Zusatzversicherung in eine Praxis ohne Qualitätsnachweis gehen zu können, ist eher schwer vorstellbar. So gesehen verhindert ein Qualitätsnachweis Zwei-Klassen-Medizin.

Wenn nur noch 80 bis 90 Prozent beste Ärzte unter Vertrag stehen, ist das eine Einschränkung der freien Arztwahl, die eher ein Gewinn als ein Verlust ist. Wenn ein Patient dann immer noch der Meinung ist, seine Kasse biete ihm kein ausreichendes Angebot an Ärzten, kann er die Kasse wechseln.

Also keine Flucht in die Zusatzversicherungen?

Zusatzversicherungen hätten in der Vertragsfreiheit nur dann einen Wert, wenn der teurere Arzt automatisch der bessere wäre. Das ist aber nicht so. Nehmen wir die Früherkennung von Brustkrebs: Es ist wissenschaftlich unsinnig, vor der Mammografie eine Ultraschalluntersuchung durchzuführen. Viele Ärzte machen es trotzdem und sind deshalb teurer als andere, aber nicht besser.

Nein.

Sie betonen die Qualitätssteigerung, wenn Sie die Vertragsfreiheit propagieren. Die Schweizer Politiker reden im gleichen Zusammenhang vor allem von Kostendämpfung.

Mittelfristig wird die bessere Qualität dazu beitragen, dass der Kostenanstieg weniger stark ausfällt. Denn sehr häufig ist die schlechtere Medizin auch die teurere. Aber der Schwerpunkt muss die Qualitätsverbesserung sein und nicht die Kostensenkung. Das ist auch aus ethischer Sicht zu fordern. Selbst wenn die Vertragsfreiheit die Kosten nicht senkt, wäre sie ein Gewinn.

Qualitätsmanagement in einem sektorenübergreifenden Netzwerk aus Prävention ambulanter, stationärer und rehabilitativer Behandlung bedeutet Kostentransparenz und Kostenkontrolle. Vertragsfreiheit allein ist ein Element, das ohne Qualitätskontrolle Kostendämpfung durch Billigmedizin erreicht. Das kann politisch nicht gewollt sein.

Die Zukunft gehört Ärztenetzen, sagen die Schweizer Gesundheitspolitiker. Ist das so?

Die Zahl der Ärztenetze wird durch die Lockerung des Vertragszwangs deutlich zunehmen. Denn gute Qualität ist immer Teamarbeit, in der Regel zwischen Haus- und Fachärzten.

In der Tat sind Ärztenetze im ambulanten Bereich wünschenswert. Diese bestanden jedoch schon immer, sind praktisch über Jahre spontan gewachsen. Bisher entstehen sie eher zufällig durch regionale, fachliche oder persönliche Entscheidungen der Praxisärzte. Medizinische Behandlungspfade für Patienten zur interdisziplinären Behandlung zwischen Arztpraxen auf der Basis qualitätsvergleichender Daten aufzubauen ist tatsächlich eine Aufgabe der ambulant tätigen Ärzte der Schweiz.

In den USA haben Ärztenetze, also Managed-Care-Modelle, schon mehrmals negative Schlagzeilen produziert.

Was sich in den USA nicht bewährt hat, sind Modelle, wo die Ärzte ihren freiberuflichen Status aufgaben und Angestellte von Versicherungen wurden. Diese Angebote standen im Ruf, die wirtschaftlichen Interessen der Versicherung weit über jene der Patienten zu stellen. Beliebt sind jene Managed-Care-Modelle, wo Kassen und Ärzte, die zueinander passen, freiwillig Verträge abschliessen. In der Schweiz wird darüber diskutiert.

Die negativen Schlagzeilen für Managed-Care-Modelle entstanden im wesentlichen durch ein Absinken der Angebote der medizinischen Leistungen, sowohl qualitativ als auch quantitativ. Diesen Fehler sollte man jetzt vermeiden.

Unsere Politiker wollen Ärztenetze auch mit Anreizen für Patienten fördern: Wer nicht ins Ärztenetz geht, muss mehr Selbstbehalt bezahlen. Ein taugliches Mittel?

Grundsätzlich ja, aber es muss vorsichtig dosiert werden. Wenn der wirtschaftliche Anreiz zu stark im Vordergrund steht, sind Ärztenetze leicht diffamierbar. Die Privatassekuranz wird dann sagen: Schaut her, solche Versicherungsmodelle arbeiten mit Billigärzten, hier wird zulasten der Patienten gespart. Ich warne die Politik davor, solche Modelle als Kostensenkungsmassnahme zu vermarkten. Ärztenetze führen zu besserer Qualität. Das muss für die Patienten der Hauptgrund sein, sich hier behandeln zu lassen. Sowieso rate ich in der Diskussion über die Aufhebung des Ver-

Finanzielle Anreize sind nichts Ehrenrühriges. Finanzielle Anreize sollten für Patienten, aber natürlich auch für die Arztpraxen nicht ausgeschlossen werden.

tragszwangs davon ab, mit der Hoffnung auf deutliche Kostensenkung zu operieren. Gerechtfertigt ist die Hoffnung, dass wir eine besser abgestimmte, weniger durch Über-, Unter- und Fehlversorgung geprägte, qualitativ bessere Medizin bekommen.

Wie gut ist heute die medizinische Grundversorgung in der Schweiz?

Ich sehe im Schweizer Gesundheitssystem nebst Stärken eine grosse Gefahr: Bei der derzeitigen Dynamik der Ausgaben und dem zunehmenden Trend in Richtung Zusatzversicherung könnte sich in den nächsten Jahren eine ausgeprägte Form der Zweiklassenmedizin entwickeln, ohne dass dabei die Durchschnittsqualität steigt. Zugegeben: In Deutschland stellt sich dieses Problem in noch viel stärkerem Mass.

Die Grundversorgung der Schweiz ist auf einem beneidenswert hohen Stand. Bei begrenzten finanziellen Ressourcen besteht die Gefahr, durch unkontrollierten Zuwachs in der Breite, Qualität in der Tiefe zu verlieren. Eine Optimierung des Systems ist unter diesen Umständen notwendig.

Und die Lockerung des Vertragszwangs ist das Mittel gegen die drohende Zweiklassenmedizin?

Genau. Heute können sich die Kassen nur im Umfang des Versicherungspakets unterscheiden. Das bedeutet Zweiklassenmedizin. Fällt der Vertragszwang, können sich Kassen auch durch Qualität unterscheiden. Kassen mit kleinerem Versicherungsangebot können dann sogar die besseren Kassen sein.

Lockerung des Vertragszwanges ohne Qualitätskontrolle bedeutet eher mit Volldampf in die Zwei-Klassen-Medizin zu steuern. Die Lockerung des Vertragszwanges ist kein Allheilmittel, sondern bestenfalls ein Baustein in einer Gesamtaufgabe, die sich das Schweizer Gesundheitssystem stellen muss, aus der Erkenntnis, dass die ökonomischen Ressourcen endlich sind.

Das Medizinerorchester Bern unter neuer Leitung



Nachdem im Januar 2003 unser langjähriger Dirigent Toni Muhmenthaler von seinem Amt zurückgetreten ist, spielen wir nun im Juni erstmals unter der Leitung unseres **neuen Dirigenten Matthias Kuhn**.

der Philharmonie Targu-Mures (Rumänien) und La Strimpellata Bern (CD der «Four Episodes» von Ernest Bloch).

Der in Bern geborene Musiker Matthias Kuhn erhielt das S.&N. Kay-Fellowship für Dirigieren am Tanglewood Music Festival und arbeitete dort mit Seiji Ozawa, Andre Previn und Jorma Panula zusammen. Seine breite musikalische Tätigkeit als Dirigent und Cellist übt er mit renommierten Ensembles im In- und Ausland aus. So beschäftigt er sich auch mit historischer Aufführungspraxis (Das Neue Orchester Köln, Die Freitagsakademie, Affetti Musicali) und zeitgenössischer Musik (La Strimpellata, basel sinfonietta, Klavierquartett Charmillon, SONEMUS Sarajevo). Neben seinen Studien in Bern und bei Prof. Dr. P. Gülke in Freiburg i.Br. brachte ihn die Teilnahme an diversen Meisterkursen und Festivals mit Künstlern wie Claudio Abbado, Pierre Boulez, Lorin Maazel, Isaac Stern und Leon Fleisher zusammen. Matthias Kuhn ist Chefdirigent des Orchester OPUS und ab 2003 des Mediziner Orchester Bern, Assistent beim Orchestre Philharmonique Suisse ORPHIS. An der MESS in Sarajevo leitete er eine Produktion von Stravinsky/ Ramuz «Histoire du Soldat», welche anschliessend in ganz Ex-Jugoslavien auf Tournee war. Weitere Gastdirigate führten ihn zu den Sinfonieorchestern Bern, Biel, St. Gallen, zum Württembergischen Kammerorchester Heilbronn,

Unter der Leitung von Matthias Kuhn spielt das Medizinerorchester Bern am

Sonntag, 22. Juni 2003
in der Kirche Luterbach (SO)

und am

Dienstag, 24. Juni 2003
in der Französischen Kirche Bern
(Konzertbeginn jeweils um 20 Uhr)
das folgende Programm:

L.v. Beethoven	Coriolan Ouvertüre
D. Schostakowitsch	Cellokonzert Nr. 1
L. Boccherini	Sinfonie Nr. 26

Solist ist der international bekannte Schweizer Cellist Rafael Rosenfeld.

Mitteilungen des Sekretärs



Th. Eichenberger,
Sekretär

Beschlüsse der Delegiertenversammlung vom 27. März 2003

1. Genehmigung der Jahresrechnung 2002 und Déchargeerteilung an den Kantonalvorstand.

Einstimmig

2. Beitragserhöhung um Fr. 120.– für praktizierende Mitglieder (exklusive Chefärzte) und gleichzeitige Belohnung mit Fr. 200.– bei Teilnahme an der Rollenden Kostenstudie (Abgabe verwertbarer Daten).

Einstimmig bei 1 Enthaltung

3. Genehmigung des Budgets 2003 (einschliesslich der Beitragserhöhung/Belohnung gemäss Ziff. 2 hiervor).

Einstimmig

4. Erhöhung der aktienmässigen Beteiligung der Kantonalen Ärztegesellschaft an PonteNova von Fr. 50'000.– auf Fr. 70'000.–.

Einstimmig bei 3 Enthaltungen

5. Wahl der Kontrollstelle PriceWaterhouseCoopers.

Einstimmig

6. Wahl des neuen Ärztekammerdelegierten Dr. med. Christian Stettler, Moutier.

Einstimmig

Begründung (zu Ziff. 2):

Der Kantonalvorstand hat der Delegiertenversammlung vom 27. März 2003 beantragt, den Mitgliederbeitrag für ordentliche Mitglieder mit Praxisbewilligung (Mitgliederkategorie 01 minus Chefärzte und Leitende Ärzte) um Fr. 120.– zu erhöhen.

Von der Mitgliederbeitragserhöhung befreit sind die Mitgliederkategorien 02–06 sowie die Chefärzte und Leitenden Ärzte mit Praxisbewilligung.

Kategorien:

- 01 Selbständig tätige Mitglieder
- 02 Unselbständig tätige Mitglieder in leitender Funktion
- 03 Unselbständig tätige Mitglieder, nicht in leitender Funktion, nicht in Weiterbildung
- 04 Mitglieder in FMH-Weiterbildung
- 05 Wohnsitz und Berufstätigkeit im Ausland
- 06 Vorübergehend nicht als Arzt berufstätig

Diejenigen Mitglieder, welche zur Bezahlung des um Fr. 120.– erhöhten Mitgliederbeitrages ausnahmslos verpflichtet sind, erhalten eine Vergütung von Fr. 200.–, wenn sie an der Rollenden Kostenstudie (RoKo) teilnehmen und vollständige bzw. auswertbare Daten liefern. Die Rückvergütungen werden jährlich auf der Basis der Teilnahme im Vorjahr ausbezahlt bzw. mit dem Mitgliederbeitrag des Folgejahres verrechnet.

Die Teilnahme möglichst vieler Mitglieder an der Rollenden Kostenstudie (RoKo) ist eine standespolitische Aufgabe, welche im Interesse sämtlicher im Kanton Bern praktizierender Mitglieder gemeinsam durch die Ärztesgesellschaft als Berufsorganisation durchzuführen und zu fördern ist. Einzig auf diesem Weg ist es möglich, ausreichend repräsentative Daten über die Kostenstruktur der Arztpraxen (Aufwandseite) zu erhalten. Diese Daten fliessen in die Verhandlungen mit den Tarifpartnern ein und ermöglichen es der Ärzteschaft, ihre Anliegen auch in Zukunft mit objektiven Grundlagen untermauert und mit Aussicht auf Erfolg einzubringen.

Gemäss Art. 19 Ziff. 5 der Statuten obliegt die Festsetzung des Jahresbeitrages und eventuell notwendig werdender Extrabeiträge der Delegiertenversammlung. Eine Statutenänderung ist nicht erforderlich.

Mit der überproportionalen Berücksichtigung der Teilnahme an der RoKo (Fr. 120.– Mitgliederbeitragserhöhung einerseits und Auszahlung von Fr. 200.– bei Teilnahme an der RoKo andererseits) folgt der Kantonalvorstand dem Auftrag der Delegiertenversammlung vom 24. Oktober 2002, wonach ein Belohnungssystem einzuführen ist.

5 Punkte zu PonteNova

PonteNova bezieht am 1.4. neue Büroräume: PonteNova

Mattenstrasse 9 – Postfach 202
3073 Gümligen
Tel. 031 951 88 60
Fax 031 951 88 61

- Alle Kolleginnen und Kollegen, welche sich bisher irgendwann als Interessentinnen und Interessenten gemeldet haben, erhalten in den nächsten Tagen das Vertragspaket. Dieses regelt die Beziehungen zum TrustCenter und die Datensammlung 2003. Neue Aktionäre und Kunden sind immer noch hochwillkommen. Aktienzeichnungsschein, Aktionärsbindungsvertrag und Vertragspaket können auch von unserer Homepage www.pontenova.ch heruntergeladen oder bei obiger Adresse bestellt werden.
- Sämtliche Softwareanbieter wurden kürzlich sowohl von NewIndex wie auch von PonteNova eingehend über die TrustCenter, die Datensammlung 2003 und die Anforderungen an die Praxissoftware orientiert. Sämtliche Firmen haben erklärt, dass sie bereit seien.
- Es ist höchste Zeit, das HIN-Abo, welches jedem FMH-Mitglied aus dem Beitrag bezahlt ist, zu benützen und diese für den elektronischen Datenaustausch unabdingbare Sicherheitstechnologie zu implementieren.
- TARMED UVG verlangt keine elektronische Abrechnung, somit ist es unnötig, zu teuer, für die eigene Statistik verderblich und standespolitisch ein Rückschuss, wenn Sie auf das Angebot der MediData eingehen!

H.W.Leibundgut

Injection de rappel

Ein TrustCenter

- sammelt und archiviert elektronische Rechenkopien seiner Kundinnen und Kunden bzw. deren Abrechnungsstellen
- wertet die Daten aus, leitet diese zur nationalen Konsolidierung weiter und stellt Statistiken («Praxispiegel») zur Verfügung
- hält die Rechenkopien für das elektronische Abholen durch die Versicherer bereit
- erstellt und versendet aber keine Rechnungen
- kontrolliert und validiert keine Rechnungen
- gibt keine nicht-anonymisierte Daten weiter

Aus den Sitzungen des BEKAG-Vorstandes

TarMed-Verhandlungen

Offen sind noch die Festlegung des Taxpunktwertes und die Regelung des elektronischen Datenaustausches. Während man sich beim Taxpunktwert anscheinend auf einen vernünftigen Wert einigen kann, gibt es gegen die Entschädigungspflicht des Datentransfers von Seiten von santé-suisse erhebliche Opposition. Akzeptiert ist lediglich die Feststellung, wonach PonteNova als tauglicher Intermediär für den Datenaustausch zur Verfügung stehen wird.

Belegärzte von TarMed ausnehmen?

Da der TarMed den Bedürfnissen der Belegärzte für ihre ambulant an einem Spital erbrachten, in der Regel invasiven Leistungen nicht Rechnung trägt, weil er die betriebswirtschaftlich ermittelten Praxis-kosten und andere Aufwendungen (z.B. arznei-technische Leistungen) nicht berücksichtigt, möchten die Belegärzte vom TarMed ausgenommen werden. Es soll mit den Kassen folgendes vereinbart werden:

«Ärzte, die an einem Spital ambulante Leistungen im eigenen Namen auf eigene Verantwortung und auf eigene Rechnung mit einer eigenen Verrechnungsnummer erbringen, sind in Bezug auf diese Leistungen diesem Vertrag nicht unterstellt.» Einem Antrag von Vizepräsident Gubler betreffend die Unterstützung des Belegarztstatus', der Zustimmung zu einem Tarifentwurf und der Anerkennung der Verhandlungskompetenz von FMS Bern, Vereinigung der Belegärzte und Vereinigung der Privatkliniken stimmt der Vorstand einstimmig zu. Offen bleibt allerdings, ob es politisch durchsetzbar sein wird, die Belegärzte aus dem TarMed herauszunehmen. Eine Alternative könnte sein, für die Belegärzte einen eigenen Taxpunktwert zu schaffen.

Anreiz für die RoKo geschaffen

Die Rollende Kostenstudie (RoKo) – ursprünglich eine «Erfindung» der Ärztesellschaft des Kantons Bern, gibt regelmässig Auskunft über die Kostenentwicklung in der Arztpraxis. Diese Dokumenta-

tion der in der Regel ja steigenden Kosten ist unerlässlich, wenn die Standesorganisation um eine Anpassung des Taxpunktwertes soll verhandeln können. Gestiegene Kosten sind im Moment das einzige Argument, das in einer Diskussion um eine Tarifierhöhung noch Geltung hat. Im Gegensatz zur RoKo liefern die heute viel diskutierten Trust Centers (TC) auf Grund von TarMed kein Bild der Kostenseite, sondern lediglich des Praxisumsatzes. Mit anderen Worten: Die Informationen, die TC und RoKo liefern, überschneiden sich nicht, sondern sie ergänzen sich; beide Elemente sind sowohl für den Praxisinhaber als auch für den Berufsstand unabdingbar. Die Beteiligung der Berner Ärzteschaft an der RoKo lässt seit einiger Zeit so sehr zu wünschen übrig, dass die Repräsentativität der Zahlen schon bald bedroht scheint.

Die Delegiertenversammlung hat nun am 27. März 2003 einer Erhöhung des Mitgliederbeitrages für praktizierende Mitglieder um 120 Franken zugestimmt; Mitglieder, die der BEKAG auswertbare RoKo-Fragebogen liefern, erhalten dafür eine Rückvergütung von 200 Franken.

Umwälzungen im Spitalbereich

Dr.med. Peter Eichenberger, alt Vizepräsident der BEKAG, dann Oberfeldarzt und seit 1991 Präsident der Rotkreuzstiftung Lindenhof, orientierte den Vorstand über die Vorgänge in der Spitallandschaft rund um Bern. Im Kanton haben sich alle Spitäler zu irgendwelchen Kooperationen zusammengefunden mit dem Ziel, in die Spitalplanung Aufnahme zu finden und der Schliessung zu entgehen. Eine Ausnahme stellt das Bezirksspital Riggisberg dar (das allerdings eine Aufgabenteilung mit Schwarzenburg eingegangen ist). Der Lindenhof hat sich 1997 mit den Spitälern Belp und Aarberg zur Gruppe «Neue Horizonte» zusammengetan; im März 2002 wurde der Verbund um die Stadtspitäler Tiefenau und Ziegler und die Klinik Münsingen erweitert. «Neue Horizonte» zählt heute 800 Akutbetten und 3000 Mitarbeitende, wovon 250 Ärztinnen und Ärzte; der Jahresumsatz der Gruppe mit ihren sechs Häusern beläuft sich auf 300 Millionen Franken. «Mitspieler» auf dem Platz Bern sind Sonnenhof und Engeried,

wovon ersterer mit dem Inselspital eine Kooperation eingegangen ist. Die Hirslandengruppe mit Beau Site, Salem und Permanence ist vor einiger Zeit an eine englische Unternehmung verkauft worden und wird nicht mehr von der UBS finanziert. Unbekannt ist, welche Rolle die Klinik Siloah in Zukunft spielen wird. Was die Gruppe «Neue Horizonte» anbelangt, so strebt sie im Rahmen des Spitalversorgungsgesetzes einen umfassenden Leistungsauftrag an. Das System der Belegärzte soll beibehalten und das Mitspracherecht der Ärzteschaft weiterhin beibehalten werden.

Kontroverse Vernehmlassung zum Spitalversorgungsgesetz

464 Vernehmlassungen sind zu diesem Gesetzesentwurf eingegangen. Viele wichtige Punkte werden sehr kontrovers diskutiert: die Rolle des Kantons im künftigen Spitalwesen, der Konkretisierungsgrad Planung, Finanzierungsfragen, Rechtsform und Trägerschaft, die Frage einer Spitalholding für den ganzen Kanton, die Übernahme der Spitalstrukturen, die Rolle der Privatspitäler und der privatärztlichen Tätigkeit am Spital.

Von zentraler Bedeutung werden die Form der Trägerschaft und die Abgeltung der von den Spitalverbänden zu übernehmenden Infrastrukturen sein. Die Vorlage soll im Herbst 2003 in die vorberatende Kommission des Grossen Rates gegeben werden mit dem Ziel, das Spitalversorgungsgesetz zusammen mit der 2. KVG-Revision in Kraft treten zu lassen – spricht auf den 1. Januar 2005.

Verträge mit PonteNova

Der Vorstand hat einem vom Trust Center PonteNova vorgelegten Vertragspaket zugestimmt. All diejenigen, die schon einmal ihr Interesse an PonteNova geäussert haben, werden in den nächsten Tagen von PonteNova mit diesen Verträgen kontaktiert werden. Das Trust Center nimmt selbstverständlich neue Kunden und auch Aktionäre gerne auf (PonteNova, Mattenstrasse 9, Postfach 202, 3073 Gümligen, Tel. 031 951 88 60, Fax 031 951 88 61 oder www.pontenova.ch).

Wird ein Fortbildungssekretariat nötig?

Das Fortbildungsangebot ist längst unübersichtlich geworden. Die Zürcher

Ärztegesellschaft arbeitet mit einer pharmorientierten Firma namens Medlink zusammen und schafft auch eigene Fortbildungsveranstaltungen. Aus dem Gewinn dieser Tätigkeiten wird unter anderem ein «Fortbildungsmanager» beschäftigt. Der Vorstand der BEKAG kommt nach eingehender Diskussion zum Schluss, dass man vorerst eine einfachere Lösung versuchen will, ohne in einer fernerer Zukunft eine Zusammenarbeit mit Medlink auszuschliessen. Es soll nun eine Zusammenarbeit mit dem Inselspital als grösstem Fortbildungsanbieter gesucht werden.

200 Jahre Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Im Jahr 2009 wird die BEKAG ihr 200 Jahr-Jubiläum begehen können. Zur Erarbeitung einer fundierten Festschrift hat der Vorstand eine Kommission eingesetzt bestehend aus:

Prof. Urs Boschung, Bern;
 Prof. Madeleine Herren, Zürich;
 Prof. Werner Ringli, Nidau;
 Reto Steiner, Kommunikationschef FMH, Bern;
 Dr. Roland Brechbühler, Vorstandsmitglied BEKAG, Corgémont;
 Dr. Jürg Schlup, Präsident BEKAG, Zollikofen.



T. Heuberger,
 Vizepräsident
 der Ärzte-
 gesellschaft und
 Grossrat

Ruhe vor dem Sturm oder Ruhe nach dem Sturm?

In der Hektik der November-Session (SARI) mit «Nachsitzen» im Dezember für zwei Tage, da nicht alle Themata fertig behandelt werden konnten, glaubten wir uns manchmal am Rande eines Tornados. Dagegen war die Januar-Session geprägt von kurzen Sitzungstagen, raschem Fortschreiten, Verschiebungen, kurzfristig anberaumten anderen Traktanden, sodass für das eine oder andere kaum Zeit zur Vorbereitung blieb. Improvisation war oft Gebot der Stunde und hielt einem wach und agil (soweit der Stoff dies zulies). Aber war die Ruhe und heitere Gelassenheit vielleicht nur eine Täuschung vor den kommenden Schwierigkeiten des Jahres 2003, sozusagen die Ruhe im Auge des Taifuns?

Eine Grundsatzdebatte entwickelte sich an der Frage der Aufklärungs-Möglichkeiten und der Beratungsqualität bei gewünschtem Schwangerschaftsabbruch und um die Frage nach dem Stellenwert der pränatalen Diagnostik (Motionen Streiff und Gfeller)

Eine andere Motion verlangte eine Planung für die Sicherstellung von Langzeitpflegeplätzen für Alzheimerpatienten und Demenzkranke. Hier könnte allenfalls eine Betätigungsmöglichkeit für nicht mehr benötigte und zu schliessende Bezirksspitäler liegen, besonders wenn meine Motion für die Geriatrieversorgung im Kanton in gleicher Weise behandelt und an die Regierung überwiesen wird.

Ebenfalls eine Grundsatzdebatte ergab eine Motion, den Regierungsrat in Zukunft nach dem Proporz zu wählen, um mehr politische Relevanz ins Politleben zu bringen: SVP und FDP stellen zusammen knapp 50% der Wähler, aber 60% der

Bericht aus dem Grossen Rat

Regierungsräte und könnten (ohne den freiwilligen Proporz) ca. 90% der Regierungsräte beanspruchen: no chance!

Erfreulich aus meiner persönlichen Sicht: Anhand einer Debatte um eine Motion betreffend den Agglomerationsverkehr in Thun wurde von allen Seiten bestätigt, dass das Instrument einer Gesamtverkehrsplanung für Agglomerationen ein gutes und wertvolles Instrument sei, die Mobilitätsprobleme aus ganzheitlicher Sicht anzugehen. Daher hat der Kanton Bern dies für Biel, Thun und Burgdorf vorgehen. Dies war bisher überhaupt nicht selbstverständlich, wurden doch in der Vergangenheit diese Fragen meist nur punktuell angegangen; Lösungen wurden für einen Teil der Verkehrsteilnehmer gesucht und verwirklicht, mit dem Resultat, dass jede Lösung die Generierung von Nachfolgeproblemen nach sich zog, wobei meist die schwächere Lobby den kürzeren zog. Oft genug war dies der Langsamverkehr! Affaire à suivre!

Der Kanton hat erfreulicherweise einen besseren Rechnungsabschluss vorzuweisen, als budgetiert, und zwar gleich um 200 Mio! Ein Beweis, dass Sparen sich lohnt. Die laufende Rechnung ist ausgeglichen, die Zinsen sind der Klotz am Bein! Da dazu auch die Dezennium-AG (Sanierung des 10 Jahre alten Kantonbankdebakels) mit einem geringeren Verlust abschliesst (-440 Mio) als gedacht, stehen plötzlich über 600 Mio mehr im Raume, als vorgesehen. Dies ist einerseits erfreulich, andererseits birgt es zwei Gefahren:

- Der Kanton könnte aus der Liga der finanzschwachen Kantone wieder herausfallen und weniger Bundeshilfe erhalten (117 Millionen pro Jahr für 10 Jahre!).
- Eine Finanzlage, die etwas besser ist als erwartet, könnte je nach politischer Couleur plötzlich wieder zu Begehrlichkeiten führen, sei dies nach Steuersenkungen oder neuen Ausgaben und Aufgaben für den Staat, mit dem Resultat, dass nicht die Sanierung des Kantons wieder im Vordergrund steht, sondern die Bedürfnisse der jeweiligen Wählerschaft: Affaire à suivre!

Der Grosse Rat ist aufgerufen, seine Verantwortung wahrzunehmen.

T. Heuberger

Bericht über die Tarmed-Verhandlungen im Kanton Bern



*Urs Hofer,
Fürsprecher,
Leiter der
Verhandlungs-
delegation der
Ärztesgesellschaft
des Kantons
Bern*

Die vom Vorstand eingesetzte Delegation hat die Verhandlungen mit derjenigen von *santésuisse* Bern am 1. April 2003 weitgehend abgeschlossen.

Um zu diesem Ziel zu gelangen, waren seit dem 10. September 2002 insgesamt 7 Verhandlungsrunden erforderlich sowie ebenso viele Vorbereitungssitzungen der Verhandlungsdelegation Ärzte und eine grosse Zahl von Konsultationen und bilateralen, technischen Fachgesprächen. Für die letztgenannten konnten wir auf die ausserordentlich wertvollen Dienste unseres Delegationsmitgliedes Anton Prantl zählen.

Aufgabenstellung:

Es ging darum, auf der Grundlage des am 5. Juni 2002 zwischen der FMH und *santésuisse* abgeschlossenen Rahmenvertrages Tarmed mit Anhängen, der vom Bundesrat am 30. September 2002 genehmigt wurde, folgende kantonal-bernerischen Grundlagen zu schaffen:

- einen Anschlussvertrag zum Rahmenvertrag Tarmed für den Kanton Bern mit den erforderlichen Anhängen
- eine Vereinbarung über den Starttaxpunktwert unter Berücksichtigung der auf schweizerischer Ebene als Anhang II zum Rahmenvertrag Tarmed abgeschlossenen Vereinbarung zur Kostenneutralität, welche unter anderem Kriterien zur Berechnung der Starttaxpunktwerte stipuliert.

Kantonaler Anschlussvertrag (AV) zum Rahmenvertrag Tarmed (RV):

Wichtige Vorarbeiten wurden interkantonal durch eine Arbeitsgruppe geleistet, welche von der «G7» eingesetzt wurde (G7 ist ein Gremium, das aus 7 Präsi-

den kantonaler Ärztesellschaften besteht und unter Leitung von Dr. med. Häfeli, Aargau, steht). Diese Arbeitsgruppe erarbeitete einen Mustervertrag, der auch den Verhandlungsdelegationen im Kanton Bern als Grundlage diente.

Nachdem selbstverständlich kantonale Anschlussverträge nicht im Widerspruch zum übergeordneten RV stehen dürfen, ging es unserer Verhandlungsdelegation darum, in den Bereichen, wo der RV Optionen und Verhandlungsspielraum offen lässt, im Interesse der Ärztesellschaft des Kantons Bern liegende Lösungen auszuhandeln. Die Verhandlungsdelegation stellte während der ganzen Verhandlungsdauer einen Feedback zum Vorstand sicher, damit dieser entsprechend auf wichtige Eckwerte Einfluss nehmen konnte.

Die wichtigsten Vertragsinhalte können wie folgt zusammengefasst werden:

1. Alle Mitglieder der kantonalen Ärztesellschaft sind ab Inkrafttreten von Tarmed dem Vertrag unterstellt, wenn sie nicht dem Sekretariat innert 30 Tagen seit Zustellung des Vertrages bzw. dannzumaliger Veröffentlichung im Verbandsorgan mitteilen, dass sie dem Vertrag nicht beitreten wollen.
2. Nichtmitglieder der Ärztesellschaft können dem Vertrag durch eine entsprechende schriftliche Erklärung beitreten, sofern sie dem Rahmenvertrag beigetreten sind und die gemäss Anhang A festgelegten finanziellen Leistungen (Beitrittsgebühr und jährliche Unkostenbeiträge) erbringen.
3. Der Anschlussvertrag gewährleistet in Art. 8 die freie Arztwahl, vorbehältlich allfälliger übergeordneter bundesrechtlicher Beschränkungen.
4. Die Honorarschuldnerschaft des Patienten (System des tiers garant) wird beibehalten.
5. Hinsichtlich der elektronischen Abrechnung wird im Anschlussvertrag ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Ärzteschaft mit der PonteNova einen Intermediär (Trust Center) geschaffen hat, der die entsprechenden Dienstleistungen anbietet wird.

6. Bei schlechten Zahlern und bei Patienten, die keine Gewähr bieten, dass sie die Kostenrückerstattung durch den Versicherer auch wirklich dazu benötigen, um die Arztrechnung zu bezahlen, ist die Möglichkeit der Zession ausdrücklich vorbehalten.

7. Es wird eine kantonale Paritätische Vertrauenskommission mit einem neutralen Vorsitzenden geschaffen, die primär als Schlichtungsstelle wirkt und in gewissen Fällen auch Sanktionen treffen kann, wie dies der Rahmenvertrag vorsieht.

8. Nicht im Anschlussvertrag enthalten und lediglich für eine separate Regelung vorbehalten ist die ärztliche Medikamentenabgabe.

9. Nach Rücksprache mit den Vertretern der Belegärzte wurde vereinbart, dass deren ambulante (in der Regel invasive) Tätigkeit in den Spitälern nicht unter diesen Vertrag fällt. Es ist kaum bestreitbar, dass die Tarifstruktur Tarmed in ihrer heutigen Ausgestaltung in keiner Weise ausreicht, um der Kostenstruktur eines Belegarztes (Praxis- und Spitaltätigkeit) gerecht zu werden.

Der Vorstand anerkennt die Berechtigung der Anliegen der Belegärzte und unterstützt sie.

Starttaxpunktwert:

Nachdem auf schweizerischer Ebene zwischen *santésuisse* und NewIndex keine Einigung über die Benützung der NewIndex-Grundlagen zustande kam, ist es uns trotzdem gelungen, durch technischen Einbau der NewIndex-Erkenntnisse in das Modell *santésuisse* ein Resultat zu erzielen, das den durch NewIndex entwickelten Ergebnissen sehr nahe kommt.

Der für den Kanton Bern mit Fr. 0.89 vereinbarte Starttaxpunktwert entspricht dem durch NewIndex für den Kanton Bern ermittelten Wert und darf deshalb als Verhandlungserfolg gewertet werden.

Es wäre allerdings nach Auffassung des Schreibenden verfehlt, diese 89 Rappen überzubewerten. Massgeblich wird der definitive Taxpunktwert sein, der nach Durchlaufen der Kostenneutralitätsphase ab 1. Juli 2005 gelten wird.

Wir sind zuversichtlich, dass der ausgehandelte Taxpunktwert richtig liegt. Entscheidend wird sein – und hierfür ist eine moderate Tarifierung indiziert – dass

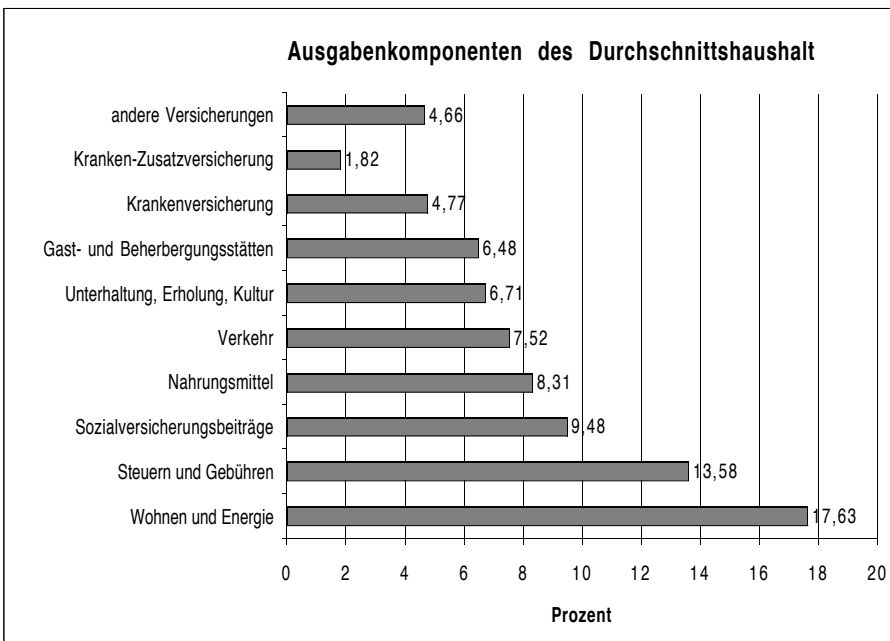
der in der Kostenneutralitätsvereinbarung gesetzte Rahmen eingehalten wird.

Der Vorstand hat beschlossen, den ausgehandelten Anschlussvertrag für den Kanton Bern nebst seinen Anhängen:

- A: Beitrittsgebühr und jährliche Unkostenbeiträge von Nichtverbandsmitgliedern
 - B: Taxpunktwert
 - C: Starttaxpunktwert und Parameter der Kostenneutralität
- der a.o. Delegiertenversammlung vom 15. Mai 2003 zum Entscheid vorzulegen.

Die Verhandlungsdelegation wird hernach noch den Anhang D (Reglement für die kantonale paritätische Vertrauenskommission), das in einem ersten Entwurf vorliegt, zu verhandeln haben.

Urs Hofer



Gesundheitspolitik light

Einmal mehr verblüfft das Bundesamt für Statistik mit seinen Zahlen über Einkommen und Ausgaben der Schweizer Haushalte (vgl. obenstehende Grafik). Der durchschnittliche Haushalt des Jahres 2000 zählt 2,44 Personen, verdient monatlich 8696 Franken und gibt pro Monat 7634 Franken aus. Die Grundversicherung belastet den Haushalt mit 364 Franken monatlich, was 4,77 Prozent des Haushaltsbudgets entspricht. Seit der Vergleichserhebung 1998 haben die Einkommen um 4,1 Prozent, die Ausgaben um 2,9 Prozent zugenommen; die Belastung durch die Grundversicherung ist in diesem Zeitraum um 5,2 Prozent gestiegen.

40 Prozent ihres Budgets müssen die Haushalte für das Wohnen, für Steuern und Sozialversicherungsbeiträge aufwenden. Für den Verkehr gibt man 7,5 Prozent des Budgets aus, für Unterhaltung sowie für Restaurantbesuche und Hotelübernachtungen je rund 6,5 Prozent. Angesichts dieser Zahlen muss man sich immer wieder die Frage stellen, ob die Kosten unseres unbestrittenermassen leistungsfähigen Gesundheitssystems wirklich so untragbar sind, wie landauf, landab behauptet wird. Dabei wird hier nur die Budgetproblematik eines Haushalts betrachtet, ohne dass auf den Nutzen medizinischer Massnahmen eingegangen würde.

Seit bald Jahrzehnten üben sich Schweizer Politiker darin, das Gesundheitswesen als ressourcenverschlingenden Moloch darzustellen. Die Bedeutung des Gesundheitswesens für die Kranken und für unsere Volkswirtschaft wird dabei völlig ausser Acht gelassen. Der politische Dauerbeschuss hat mittlerweile bewirkt, dass sich die Meinung etabliert hat, die heutigen Leistungen wären in Quantität und Qualität zu einem wesentlich günstigeren Preis zu haben. Bis jetzt haben die Stimmbürger den Sirenengesängen aus verschiedensten Lagern an der Urne noch widerstanden. Ein Ende dieser Standhaftigkeit ist aber absehbar.

Peter Jäger

INSERAT TARMED

SUJET
Wald