



August 2003 / 3

doc.be

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

Anzeichen eines Ärztemangels

Gemeinsame Umfrage der Berner Ärztesellschaft und des VSAO Bern unter praktizierenden Ärztinnen und Ärzten im Kanton Bern

Anzeichen eines Ärztemangels werden schwergewichtig in den ländlichen Regionen unseres Kantons wahrgenommen. In diesen Regionen scheinen Praxisübergaben schwieriger zu werden. Unter den Fachärzten kennen Pädiater Übergabeschwierigkeiten am besten.

Ein Fragebogen mit 5 Fragen zum Thema Ärztemangel wurde doc.be 03/2003 beigelegt. Rund die Hälfte aller Befragten, 1150 Kolleginnen und Kollegen haben geantwortet - herzlichen Dank! Hier eine Übersicht aller Antworten:

- **62%** der Antwortenden nehmen **Anzeichen eines Ärztemangels** wahr. Dieser Mangel wird in den Regionen Oberaargau und engeres Oberland (>70%) am deutlichsten wahrgenommen, weniger in der Stadt Bern (56%).
- **74%** der Antwortende haben **Kenntnis von Praxen**, die gar nicht oder nur mit Mühe übergeben werden konnten. In den Regionen Emmental, engeres Oberland und Pierre Pétuis kennen gar über 80% der Antwortenden, in der Stadt Bern lediglich 68% solche Praxen.
- Unter den **Fachdisziplinen** scheinen Probleme mit der Praxisübergabe schwergewichtig bei Pädiatern, Dermatologen, ORL und Allgemeinmedizinern bekannt zu sein (rund 80% der Antwortenden); am wenigsten bei den Psychiatern (44% der Antwortenden).

Erstaunlicherweise wollen 19% der antwortenden Ärztinnen und Ärzte in den nächsten fünf Jahren ihre Praxen übergeben. – Landarztpraxen an wen?

Wir zählen auf den VSAO Bern und seine neue Plakataktion: Auf's Land!!

Jürg Schlup, Präsident

*Praxisnetze mit Budgetverantwortung:
Managed Care im Zyklus von
Engagement und Enttäuschung* 2

*Kritische Bemerkungen zum Modell
Ärzte-Netzwerk mit
Budgetverantwortung* 5

EAN-Code: ein Muss für Tarmed 6

*Interviews Ständeratskandidaten
zum Thema KVG-Revision* 8

Mitteilungen des Sekretärs 11

*Zweiter und letzter Teil
Jahresbericht 2002 des Präsidenten* 12

Praxisnetze mit Budgetverantwortung: Managed Care im Zyklus von Engagement und Enttäuschung

Fortsetzung aus doc.be 3/03



Dr. med. Adrian Wirthner

Schlagwörter wie «Ärztetnetze mit Budgetverantwortung» verunsichern zur Zeit viele Kolleginnen und Kollegen. Mehrjährige Erfahrungen der Partner im MediX Ärzteverbund zeigen aber, dass sie eine Chance sein könnten, die verloren geglaubten Kompetenzen und Fähigkeiten des guten alten Hausarztes wieder aufzuwerten und zum Nutzen aller Beteiligten einzusetzen.

Die Zeichen der Gesundheitskommissionen, des National- und Ständerates sind klar gesetzt: «Ärztetnetze mit Budgetverantwortung» heisst das Zauberwort, auch wenn Zweifel berechtigt sind, ob wirklich alle Politikerinnen und Politiker ein klares Bild davon haben, was damit gemeint sein könnte und wie diese Idee umsetzbar ist.

Dieses Bekenntnis zu Netzwerken ist mutig. Viele von Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, werden ihre negativen

Erfahrungen und Enttäuschungen mit kasengesteuerten Hausarztnetzen hinter sich haben und über ein solches Ansinnen nur frustriert den Kopf schütteln, schaute doch in vielen Fällen nichts heraus ausser viel Papierkram und dem Tadel, dass doch keine Kosteneinsparungen erzielt werden konnten. Obwohl diese eindeutig nachweisbar, liessen die Versicherer in den letzten Jahren kaum ein Engagement in Managed Care erkennen und der Versicherungsanteil ist mit 8% in diesen Modellen doch eher dürftig.

Dennoch sind die Vorgaben und Forderungen des Bundesamtes für Sozialversicherung vom 12. Februar 2003, des Gesundheitsrates vom 27. Februar 2003 und des Ständerats vom 13. März 2003 eindeutig:

- Wirtschaftliche Mitverantwortung und Vernetzung für Leistungserbringer
- Schrittweise Aufhebung des Kontrahierungszwangs
- Flächendeckende Einführung von Managed Care-Modellen
- Managed Care-Angebotsobligatorium für Versicherer
- Erhöhung der Kostenbeteiligung ausserhalb dieser Versorgungsmodelle («differenzierter Selbstbehalt»)
- Förderung der Steuerung von Behandlungsprozessen.

An dieser Ausgangssituation gilt es sich zu orientieren. Es ergibt sich für uns Leistungserbringer die einmalige Chance, das Heft selber in die Hand zu nehmen.

Ein Projekt dieser Dimension hat nur eine Chance, wenn es von den Ärztinnen und Ärzten schrittweise und «bottom-up» eingeführt wird. Bei einer über Verordnungen diktierten Einführung «top-down» via Verwaltung, Verbände oder gar Krankenversicherer dürfte den Bedürfnissen der Leistungserbringer kaum Rechnung getragen werden.

Lassen Sie mich am Beispiel des MediX Ärzteverbundes aufzeigen, wie ein Ärztenetz mit Budgetverantwortung seit 1999 erfolgreich funktioniert.

Ziele des MediX Ärzteverbundes

Die Ärztinnen und Ärzte des MediX Ärzteverbundes verschreiben sich einer umfassenden, kostenbewussten und partnerschaftlichen Patientenbetreuung über Fach- und Institutionsgrenzen hinweg. Der individuelle Patientennutzen steht dabei im Zentrum.

Angestrebt wird der Aufbau eines nationalen Praxisnetzes als starker Verhandlungspartner für Kostenträger und damit die Förderung einer über Grundversorger gesteuerten, freiheitlichen Gesundheitsversorgung. Dabei sollen die kooperierenden Leistungserbringer und Partner sorgfältig durch das Ärztenetz selber ausgewählt werden. Ziel ist die Vermeidung einer Staatsmedizin mit zunehmenden Kontrollen durch die Kostenträger.

Struktur des MediX Ärzteverbundes

Betriebsgesellschaften in Bern, Luzern, Winterthur und Zürich sind als Aktiengesellschaften organisiert und im Besitz der Ärzte oder Mitarbeitenden der Praxen. Diesen Betriebsgesellschaften sind in HMO-Praxen und lokalen Netzwerken niedergelassener Leistungserbringer über 70 Ärztinnen und Ärzte angegliedert, die neben den Managed Care-Versicherten

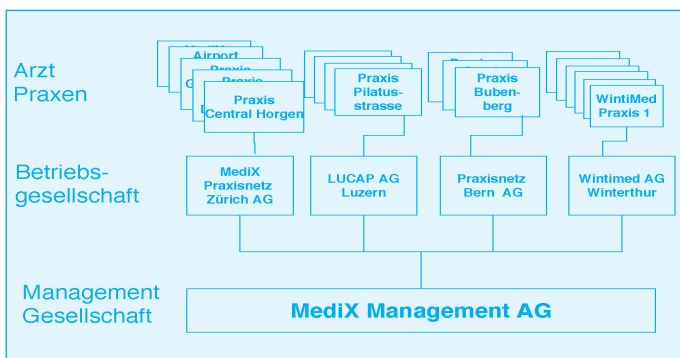


Abb. 1: Aufbau MediX Ärzteverbund und Partner

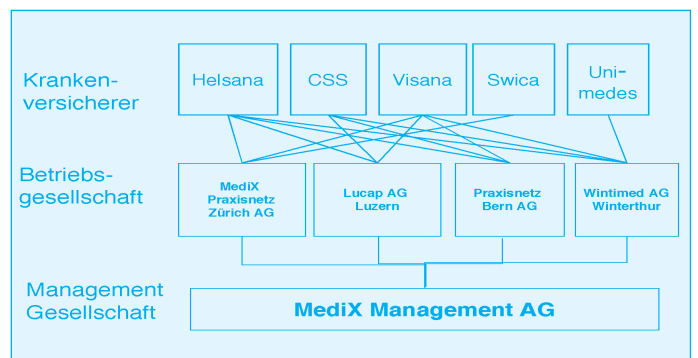


Abb. 2: Krankenversicherer als Vertragspartner

auch zwischen 20–90% konventionell Versicherte betreuen.

Die MediX Management übernimmt für die Betriebsgesellschaften die Vertragsverhandlungen mit den Partnerkassen, unterstützt sie bei der Finanzbuchhaltung und Leistungsabwicklung und gibt Support im Bereich Marketing, EDV, Datenerfassung, -aufbereitung und -auswertung. Sie ist finanziell an den Betriebsgesellschaften minderheitsbeteiligt und ist aus der Planung, Organisation und Abwicklung der Verträge mit den Krankenversicherern dank ihrem exzellenten Know-how und der jahrelangen Erfahrung nicht mehr wegzudenken.

Zur Zeit bestehen Capitationverträge mit den Krankenversicherern CSS, Helsana, KPT, Swica und Visana. Dies ergibt unter den Kassen eine Wettbewerbssituation um Verträge und reduziert das Risiko für die Betriebsgesellschaften durch Wahlmöglichkeiten. Einige Kassen haben also neben ihren eigenen HMO-Praxen und Hausarztmodellen auch Verträge mit den ärztlichen, budgetverantwortlichen Betriebsgesellschaften.

Die Capitation: Budgetverantwortung für Leistungserbringer

Ende der 90er Jahre etablierten sich die ersten Modelle mit Versichertenpauschalen gemäss KVG Art. 43, sogenannten Capitation. Dabei erhält der Leistungserbringer oder die Leistungserbringergruppe – in diesem Fall die Betriebsgesellschaft – eine fixe Pauschalentschädigung pro Versicherten, mit der sämtliche für den Patienten anfallenden Kosten bezahlt werden, von der ambulanten Grundversorgung über den Spezialarzt und das Spital bis zur Rehabilitation inklusive aller Medikamente. Die Kasse bezahlt

mit dieser «full capitation» den Betriebsgesellschaften und Leistungserbringern gewissermassen eine Entschädigung für die Beteiligung am Versicherungsrisiko. Durch den Abschluss von Grossrisikoversicherungen sichern sich die Betriebsgesellschaften gegen grosse finanzielle Verluste durch einzelne schwerkranke Versicherte mit sehr hohen Jahreskosten ab.

Die Partnerpraxen in den Netzwerken erhalten zusätzlich zum Einzelleistungstarif eine Entschädigung für ihren Steuerungsaufwand und eine Beteiligung am Gewinn aus der Capitation.

Die Capitation ist «Mittel zum Zweck». Endlich soll erreicht werden, dass – im Gegensatz zum Einzelleistungstarif – eine effiziente Betreuung der Versicherten belohnt wird. Im konventionellen System bestraft sich der Arzt mit einer kostengünstigen Medizin und schmälert sein Einkommen. Wer weg von der maximalen hin zu optimaler Versorgung geht, soll für seine dazu erbrachten Leistungen entschädigt werden. Die Behandlung löst sich ab von der an Taxipunkten ausgerichteten, fragmentierten Leistungserstellung und orientiert sich am individuellen Patientennutzen und am Prozess. Der Arzt soll belohnt werden für eine **optimale Steuerung der Prozesse innerhalb der von Stufe zu Stufe teurer werdenden Behandlungskette**. Er soll direkt von den Kosteneinsparungen, die beispielsweise durch die Vermeidung von Doppelspurigkeiten oder unnötigen Untersuchungen oder Hospitalisationen erzielt werden, profitieren. Durch die Beteiligung am Capitationengewinn wird er für den organisatorischen Mehraufwand im Dienste einer guten und sinnvollen Patientenbetreuung entschädigt.

Durch Pauschalentschädigungen werden die Leistungserbringer zur **Vernetzung**

motiviert. Einerseits reduzieren sie ihr Risiko eines Verlustes durch die Vergrößerung des Versichertenpools, andererseits verringert sich der Steuerungsaufwand für den Einzelnen. Im übrigen erhöht sich mit der Anzahl der vernetzten Ärzte auch die Verhandlungsmacht gegenüber Versicherern und Politikern.

Die Capitationberechnung orientiert sich an den Durchschnittskosten im Vergleichskollektiv nach Alter und Geschlecht gemäss der Risikoausgleichsstatistik.

Dieser Betrag kann nun nach verschiedenen Gesichtspunkten modifiziert werden: Berücksichtigt wird ein **Regionenfaktor** (Stadt/Land)³, da dieser die Leistungskosten erfahrungsgemäss stark beeinflusst. Einberechnet werden Entschädigungen für den vermehrten **Steuerungsaufwand**, für die **Leistungsabwicklung** und die **Jahresteuern**. Ein **Einsparziel** gegenüber konventionell Versicherten wird definiert. Ausserdem fallen Prämien oder Versicherungszahlungen an für die **Grossrisikoversicherung** bei Patientinnen und Patienten mit sehr hohen Leistungskosten. Nach der Theorie des «persistence of use» verursachen Versicherte mit hohen Ausgaben auch in den Folgejahren hohe Kosten, so dass die Capitation für Versicherte mit einer **Hospitalisation im Vorjahr** höher ausfällt. Andererseits besagt die Theorie der «regression to the mean», dass Risikovorteile über die Jahre verschwinden und langfristig alle Versicherten zu Durchschnittskosten tendieren, so dass die Gewichtung der **Kostenvorteile vor Eintritt**^{4,5} vereinbart werden muss.

Auswirkungen der Capitation

Die Capitation hat zur Entstehung neuer und professioneller Organisationsstrukturen mit Betriebsgesellschaften, hochor-

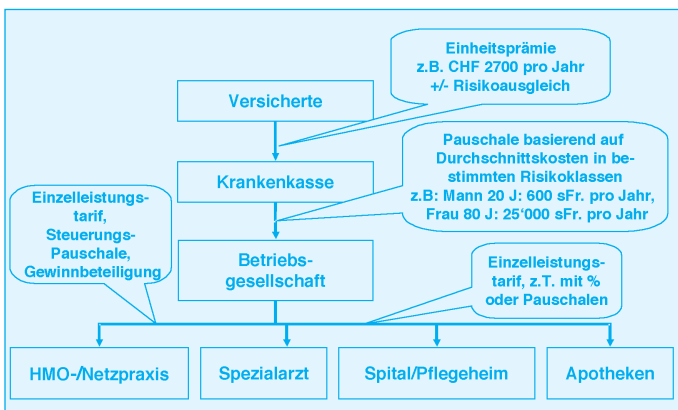


Abb. 3: Geldfluss im Capitationsystem

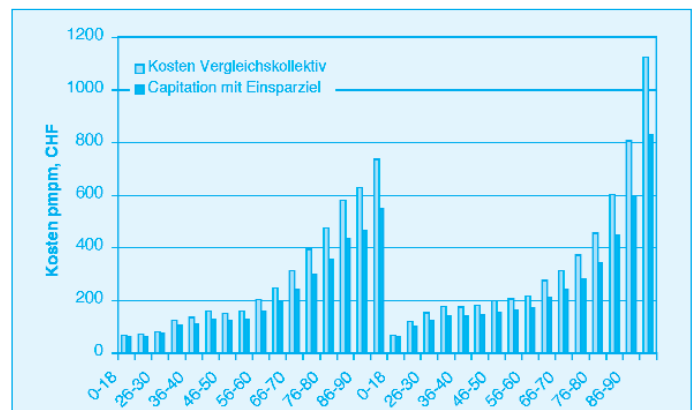


Abb. 4: Berechnung der Capitation

ganisierten HMO-Grosspraxen und zur Vernetzung von niedergelassenen Grundversorgern geführt. Das spezialisierte Management garantiert optimale Abläufe gegen innen und gegen aussen. Eine **gemeinsame Betreuungsphilosophie** hat sich herauskristallisiert, die als Marke gegenüber Versicherten, Kassen und Politikern präsentiert und wahrgenommen wird. Voraussetzung ist eine **Selektion und Auswahl der Leistungserbringer** durch das Ärztenetz selbst.

Pflichten der Netzärzte

- Medizinische Grundversorgung
 - Behandlungsfreiheit unter dem Aspekt von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit
 - Koordination der medizinischen Leistungen über die gesamte Behandlungskette
 - Hausbesuche
- Controlling
 - Gatekeeping, Überweisungskontrolle, Rechnungskontrolle
- Qualitätssicherung
 - Teilnahme am zweiwöchentlichen Qualitätszirkel
 - EQUAM-Zertifizierung
 - Mitgliedschaft bei «alfanet» (medizinischer Austausch mit aktuellen und potentiellen Partnern)

Nutzen für die Netzärzte

- Finanzielle Entschädigung
 - Nach Tarif
 - Gewinnbeteiligung aus Capitation
- Patientenbindung
 - Prämienrabatt (in Zukunft reduzierter Selbstbehalt)
 - Dienstleistungen des Patient Empowerment, Gesundheitsdossiers, optimierte Prozesse, Disease Management-Programme
- Möglichkeit zur Beteiligung an der Betriebsgesellschaft und Einsitznahme im Verwaltungsrat
- Vernetzung:
 - Erfahrungsaustausch unter gleichgesinnten Kollegen
 - Verhandlungsmacht, politisches Gewicht, Vorteil bei der Einschränkung des Kontrahierungszwangs
 - Pioniere im europäischen Gesundheitswesen
- Qualitätssicherung
 - Qualitätszirkel, Unterstützung bei Praxiszertifizierung

Die Capitation mit finanzieller Mitverantwortung hat bei den beteiligten Leistungserbringern zum **prozessorientierten Denken** geführt. Demand Management über ein professionelles medizinisches Call-Center ausserhalb der Praxisöffnungszeiten und Disease Management wie zum Beispiel die Kooperation mit der Kardiologie des Inselspitals zur Betreuung der Patienten mit einer Herzinsuffizienz sind zur Selbstverständlichkeit geworden. Das **kundenorientierte Denken** lässt sich an den überdurchschnittlichen Serviceleistungen mit äusserst grosszügigen Öffnungszeiten, Gratis-Grippeimpfungen, Informationsbroschüren und Kursangeboten vom Beckenbodentraining bis zum Internetkurs für Senioren erkennen. Qualitätsorientiertes Denken mit Zertifizierung⁶ und regelmässigen Qualitätszirkeln im Kollegenkreis ist zur lustvollen Herausforderung geworden statt zur lästigen Pflicht.

Qualitätszirkel

- 1–2-wöchentlich, 1 Stunde, 10–15 Teilnehmer, strukturiert und protokolliert
- Grundversorgerrelevante Themen mit Bestandesaufnahme, Bearbeitung, Massnahmen, Kontrolle Verhaltensänderung
- Critical Incident Reporting (CIR)
- Fallvignetten, Erarbeiten von Guidelines
- Überweisungs- und Hospitalisationsbesprechung
- Fall- und Disease Management

Die regionalen Netze haben sich zu überregionalen Organisationen zusammengeschlossen. Der Verein alfanet mit seiner Internetplattform ist zum beliebten virtuellen Treffpunkt von Qualitätszirkeln aus der ganzen Schweiz geworden mit verschiedensten Dienstleistungen für ange-

schlossenen Ärztinnen und Ärzte. (www.alfanet.ch).

Finanziell sind alle Betriebsgesellschaften bisher rentabel.

Blick in die Zukunft

Das im Januar 2000 durch den Nuffield Trust veröffentlichte Zukunftsszenario für die Gesundheitsversorgung Europas im Jahre 2020⁷ erwartet folgendes Szenario:

- Gut informierte, «emanzipierte» Patienten (IT)
- Starke Konsumenten-/Patientenorganisationen
- Evidence Based Medicine unter Berücksichtigung der Kosten-Nutzen-Relation
- Integration medizinischer und finanzieller Verantwortung
- Sektor- und disziplinenübergreifende Integration der Primär- und Sekundärversorgung
- Qualitätskontrollen und Ratings
- Innereuropäische Angleichung.

Falls diese Entwicklung tatsächlich eintreffen sollte, wäre dafür wohl niemand besser gerüstet als die Ärztenetze mit Budgetverantwortung, wie sie zur Zeit im kleinen Rahmen in der Schweiz praktiziert werden.

Der frei praktizierende Arzt und Grundversorger soll wieder zu dem werden, was er früher in seinem Selbstverständnis als Hausarzt war: Der Treuhänder für die Interessen seiner Patienten und sein Partner mit allen Kompetenzen und Verantwortungen. Ärztenetzwerke mit Budgetverantwortung bieten dazu eine Chance.

³Stahel, W., Hürzeler, M., Bildung von Prämienregionen für Krankenversicherungen an Hand der Nettoleistungen der Versicherer, mimeo, Konkordat Schweizer Krankenversicherer, 2000,

⁴Känzig, H. et al, Neue Formen der Krankenversicherung: Alters- und Kostenverteilung im Vergleich zur traditionellen Versicherung, Ergebnisse der Administrativdatenuntersuchung Teil 2, Forschungsbericht Nr. 8/98, Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern

⁵Beck, K., Keller, B. Risikoselektion in Hausarztmodellen: ein Plädoyer für differenzierte Risikokorrektur, Managed Care; Schweizer Zeitschrift für Managed Care und Care Management, Verlag Rosenfluh Publikationen, 4/98, S. 30 ff.

⁶www.equam.ch

⁷Lister, G., A Scenario for Health and Care in the European Union of 2020, The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services, January 2000

Kontaktadresse:

Dr. med. Adrian Wirthner, MHA, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH
Leiter Praxis Bubenberg und Praxisnetz Bern, Bubenbergplatz 11, 3011 Bern
Tel. 031 328 88 88, Fax 031 328 88 89 – adrian.wirthner@praxis-bubenberg.ch

Kritische Bemerkungen zum Modell «Ärzte-Netzwerk mit Budgetverantwortung»



Prof. Dr.
H.R. Baur,
Klinikleiter Spital
Bern Tiefenau

Die laufende Propaganda für diese Art Krankenversicherung, welche in letzter Zeit von vielen Politikern und auch von «MediX»-Ärzten betrieben wird, ist sehr einseitig. Die angepriesenen Kosteneinsparungen von 15–25% sind in keiner Weise bewiesen. Dieses System wird seit Jahren in Teilen der Vereinigten Staaten angewandt und hat tausende von frustrierten Patienten und auch Ärzten produziert. Weil die ärztliche Leistung pauschal abgegolten wird, besteht das Risiko, dass aus Kostengründen gewisse Untersuchungen und Therapien nicht durchgeführt werden. Patienten haben deswegen in den USA bereits Gerichtsklagen eingereicht und es sind mehrere Prozesse bekannt, welche wegen Todesfällen von Patienten geführt wurden, denen unter dem «managed care»-System medizinische Leistungen vorenthalten wurden. Viele Patienten haben sich von diesem System abgewandt. Nach Interventionen im amerikanischen Kongress mussten die Versicherungen ein Programm starten unter dem Titel «patients first», um das Vertrauen der Patientinnen und Patienten wieder zu gewinnen.

Ich habe sechs Jahre im Staate Minnesota gelebt und praktiziert und war anlässlich meines Sabbaticals 1998 nochmals für einige Monate in Minnesota und in San Diego. Beide sind Hochburgen dieser Art von «managed care». Die Realität dieses Gesundheitssystems entspricht nicht dem Bild, welches in der Schweiz verbreitet wird. Persönlich konnte ich einen Gerichtsprozess mitverfolgen, welcher angestrengt wurde, weil man einem «managed care»-Patienten aus Kostengründen ein Coronarogramm vorenthielt. Wenige Tage nach diesem Entscheid erlitt er einen plötzlichen Herztod.

Es ist schwierig zu verstehen, warum ein solches System, welches in der Praxis klare Fehler aufweist, in der Schweiz als wichtiger Fortschritt angepriesen wird. Wir sollten nicht die gleichen Fehler machen wie die Amerikaner, nur etwa 15 Jahre später! Die Befürworter behaupten, die Fehler dieses Systems könnten korrigiert werden. Dies ist kaum möglich, denn die fundamentalen Nachteile bleiben!

Welches sind nun die fundamentalen Nachteile?

Im konventionellen ärztlichen System ist der behandelnde Arzt der Advokat des Patienten. Er nimmt seine Rechte wahr und versucht mit all seinem Wissen und Können die Gesundheit seines Patienten zu erhalten oder wieder herzustellen. Er setzt dabei alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Mittel ein, auch wenn manchmal der erwartete Erfolg als gering eingestuft werden muss. Sein wichtigstes Ziel ist die Gesundung des Patienten. Sein Honorar entspricht dem Umfang seiner Bemühungen.

Das System «Ärzte-Netzwerk mit Budgetverantwortung» entspricht klar dem System «capitation» der USA: die Versicherung zahlt dem Netzwerk pro Patient ein Kopfgeld. Es ist ihr Bestreben, dieses Kopfgeld möglichst tief zu halten, damit sie einen Gewinn erwirtschaften kann. Dem Gesundheitssystem wird dadurch bereits zu Beginn ein wesentlicher Teil der Mittel entzogen. In den USA sind mehrere Versicherungsgesellschaften auf diese Weise reich geworden, während sich die Ärzte-Netzwerke finanziell kaum behaupten konnten. Das ganze finanzielle Risiko liegt bei den Ärzten, die Versicherungen können mit risikolosen Einnahmequellen rechnen. Will die Schweiz diese Entwicklung wirklich kopieren?

Der entscheidende Unterschied zum traditionellen System besteht in der radikalen Umkehr der medizinischen Ethik: Während beim traditionellen System der Arzt für seine Bemühungen bezahlt wird, verdient er beim Netzwerksystem durch jeden Franken, den er dem Patienten vorenthält. Jede Untersuchung, jede Überweisung zum Spezialisten verursachen «Unkosten», die dem Netzwerkarzt direkt von seinem Verdienst abgezogen werden. Es versteht sich von selbst, dass auch

idealistische Ärzte früher oder später in ein unüberwindliches Dilemma kommen, denn ihr Verdienst hängt letztlich davon ab, wie viele diagnostische und therapeutische Leistungen sie dem Patienten nicht angeeiden lassen. Aus finanziellen Gründen werden sie Untersuchungen weglassen und Therapien abkürzen, Sicherheitsstandards werden herabgesetzt. Sehr viele Hausärzte in der Schweiz können sich mit diesem System vor allem aus ethischen Gründen nicht identifizieren.

Ärztetzwerke können durchaus als Alternative auf dem Gesundheitsmarkt auftreten. Sie dürfen aber nicht durch drastische Massnahmen privilegiert behandelt werden und es ist nicht annehmbar, wenn Ärzte keinen Kassenvertrag mehr bekommen und Patienten den doppelten Selbstbehalt bezahlen müssen, sofern sie sich nicht einem Netzwerk anschliessen.

Solche Massnahmen würden für viele Ärzte das Ende der freien Praxis und der Verlust ihrer finanziellen und beruflichen Unabhängigkeit bedeuten. Sie würden ihren Verdienst nur noch aus Kopfgeldern beziehen, deren Höhe abhängig wäre von der Ausgabefreudigkeit oder vom Sparwillen von vielen unbekanntenen Geschäftspartnern. Eine solch radikale Änderung in unserem seit Jahrzehnten bewährten Gesundheitssystem kann nicht ohne ausführliche Diskussion aller Beteiligten über Vor- und Nachteile eines solchen Systemwechsels erfolgen.

Einige wichtige weitere Nachteile dieses Systems:

1. Der Risikoausgleich mit Kopfprämien kann nur von einem grossen Netzwerk getragen werden (ca. 100'000 bis 150'000 Patienten). Es eignet sich nur für Agglomerationen. Der Hausarzt auf dem Lande kann kaum eingeschlossen werden. Es wäre äusserst asozial, wenn die Landbevölkerung mehr Selbstbehalt zahlen müsste, nur weil sie nicht in ein Ärztenetz eintreten kann.

2. Chronisch kranke Patienten und «teure Patienten» müssen durch komplizierte Rückversicherungen abgedeckt werden oder man wird versuchen, diese Patienten aus dem System zu nehmen und in eine medizinische Poliklinik abzuschieben.

Zusammenfassung

1. Das Ärzte-Netzwerksystem mit Budgetverantwortung kann als experimentelles

System im schweizerischen Gesundheitsmarkt durchaus existieren. Es hat aber schwerwiegende Nachteile, die öffentlich diskutiert werden sollten.

2. Dieses System führt unweigerlich zu einem ärztlichen Dilemma, weil jede ärztliche Aufwendung das Einkommen des Arztes schmälert. Früher oder später werden wichtige Untersuchungen und Therapien zurückgehalten, was die Qualität der Betreuung entscheidend beeinflussen wird. Beispiele aus Amerika sind reichlich vorhanden. Der Einwand der Befürworter, dass der Patient selber merken wird, wenn er qualitativ nicht genügend versorgt wird, ist leider nicht zutreffend, da in sehr vielen Fällen der Patient nicht beurteilen kann, ob er medizinisch richtig und professionell auf hohem Niveau betreut wird. Er kann nicht abschätzen, welche Diagnostik und Therapie für seinen Gesundheitszustand notwendig sind.

3. Das System ist asozial und benachteiligt die Landbevölkerung, wenn der Selbstbehalt bei Patienten ohne Netzwerk erhöht werden sollte.

4. Das System erteilt den Kassen eine zu grosse Macht. Sie werden Gelegenheit haben ohne ein Risiko zu tragen, einen Teil der Prämien den Netzwerken vorzuenthalten und damit Gewinne zu erzielen. Diese Gewinne werden der Gesundheitsversorgung fehlen!

Leserbrief

Unsolidarisch

Ärztetzwerke mit Budgetverantwortung («Bund» vom 16. Juni)
Freitag, 4.7.03, Ausgabe Nr. 153, Ressort Leserbriefe

Kollege A. Wirthner ortet ein Sparpotenzial von 10 bis 25%. Damit entsprechen die Kosten pro Patient seines Netzwerkes ungefähr denjenigen, welche die Ärzte auf dem Land und ihre PatientInnen «verursachen».

Das dominierende Problem der Landärzte (Allgemeinpraktiker und Spezialisten) ist der chronische Zeitdruck. Da bleibt kein Raum für «überflüssige» Leistungen. Landärzte arbeiten meist in einem informellen Netzwerk: Ihre PatientInnen suchen (mit Ausnahmen) zuerst den Hausarzt auf, der sie allenfalls zum nächstgelegenen Spezialisten weiterweist, den er gut kennt und der ihn und seinen medizinischen Stil kennt. Mit diesem System kann eine rationelle Abklärung und Behandlung erreicht werden, aber ohne die Kollateralschäden der Kopfpauschale, die von Krankenkassen, Politikern und leider auch vom «Bund»-Redaktor beharrlich unter den Tisch gewischt werden: wie Kollege Wirthner erläutert, muss das Netzwerk mit einem bestimmten Betrag auskommen, und was Ende Jahr übrig bleibt, wird als Gewinn verteilt. Will heissen: Je weniger der Arzt mit dem Patienten macht, desto mehr verdient er, was eine zynische Umkehr der Anreize des Einzelleistungstarifs darstellt zu Lasten des Patienten!

Jeder «teure» Patient – Diabetiker, MS-Patienten, HIV-Positive, mehrfachkranke Alte – nagt direkt und spürbar am Einkommen und ist daher störend. Der Einwand wird abgetan mit dem Hinweis, dass eine «Grossrisikoversicherung für sehr hohe Jahreskosten» abgeschlossen werde; eine solche wurde aber gerade in den letzten Tagen vom Parlament abgelehnt.

Wir sehen leider immer wieder Patienten, die aus einer HMO «hinausgeschickt» werden, sobald ein chronisches und potenziell teures Leiden auftaucht. Natürlich kann dieses Hinausekeln nie bewiesen und immer abgestritten werden.

Netzwerke mit Budgetverantwortung sind und bleiben für teure Kranke tückisch.

Dr. med. Gerhard Baumgartner,
Murten

EAN-Code: ein Muss für Tarmed



Dr.med.
Christoph Hug

Mit Einführung des Tarmed im UVG-Bereich wurden die Leistungserbringer (aber auch die Versicherer, Apotheker, etc.) zu Artikeln gestempelt, heisst EAN doch «Europäische Artikel Nummer». Im Tar-

med-Rahmenvertrag wird daher lieber von der «Europäischen Individualisierungsnummer» gesprochen. Jeder Leistungserbringer sollte in der Zwischenzeit seine EAN erhalten und sie in seiner Praxissoftware am richtigen Ort eingegeben haben.

Im Rahmenvertrag wurden einige Parameter definiert (Art. 11, Abs. 8), die auf einer Tarmed-konformen Rechnung aufgeführt sein müssen: unter anderem die EAN des Leistungserbringers, nicht aber die EAN des zuweisenden Arztes, der zuständigen Versicherung etc. Von der FMH und den Versicherern wurde in der Folge ein Rechnungsformular entworfen, das nun doch diese EAN verlangt (genaue Definition des Rechnungsformulars bei XMLdata – 55-seitiges PDF-Dokument!)

Einzelne EAN können einfach im Internet gefunden werden. Sehr zeitaufwendig wird es aber, wenn eine Spezialistenpraxis oder ein Spital die EAN aller zuweisenden Stellen in Erfahrung bringen möchte.

Um bei der zeitintensiven Zusammenstellung von benötigten EAN zu helfen, wurde von der BEKAG die Bildung einer Arbeitsgruppe «EAN» angeregt. Mitglieder dieser Gruppe sind: Dr.med. François Bossard, Radiologie und Nuklearmedizin FMH, Wirtschaftsausschuss der BEKAG, Thun; Dr.med. Christoph Bangerter, Geschäftsführer e-mediart (Betreiber von Medwin), Schönbühl; Dr.med. Christoph Hug, Innere Medizin FMH, VR PonteNova, Madiswil.

Mit einem ersten E-Mail-Aussand wurden Sie im Juni bereits darüber informiert, dass wir für Sie eine einfache Methode zum Bezug von EAN ausarbeiten werden. Folgende zusätzlichen Informationen kann

Ihnen die Arbeitsgruppe heute zur Verfügung stellen:

EAN-Datenbank

Zurzeit sind nur die EAN der Leistungserbringer und der Apotheken vollständig erfasst und über Medwin abrufbar. Noch unvollständig und nicht klar strukturiert (z.B. mehrere Nummern pro Versicherung; welche ist richtig?) sind die Nummern der Versicherer, Spitäler, Apotheker etc.

Elektronische Übernahme der EAN in eine bestehende Adress-Datenbank?

Auf jedem Praxiscomputer findet sich eine Adress-Datenbank der Leistungserbringer und Versicherer. Da die Datenbanken nicht eine einheitliche Struktur haben und die Referenzierung/Indexierung auf dem Vor- und Nachnamen ungenau ist, ist ein elektronisches Update nicht möglich. Beispiel: Die EAN des Dr.med. Hansjörg Meyer soll direkt eingelesen werden. Ist Kollege Meyer nun in der Datenbank als H.J. Meyer, als H. Meyer oder als H.-J. Meyer erfasst? Oder wurde Meyer als Mayer geschrieben? Also genau diejenigen Daten, die uns am meisten interessieren, müssen auf jeden Fall einzeln kontrolliert und nachbearbeitet werden. Eine elektronisch einlesbare EAN-Datenbank wird also nicht zur Verfügung gestellt, da zu unsicher und zu wenig effektiv.

Bestellung von EAN per E-Mail

Die Arbeitsgruppe EAN hat mit E-Mediat (Dr.med. Chr. Bangerter) einen einfachen Weg entwickelt, mit dem eine Liste mit EAN-Nummern der Leistungserbringer etc. kostenpflichtig erworben werden kann. Auf der Website von PonteNova (www.pontenova.ch -> Download -> EAN) finden Sie eine Beschreibung, wie Sie die EAN mit einem E-Mail-Formular bestellen können. Die Bestellung muss mit einem Fax-Formular bestätigt werden; dieses Formular finden Sie ebenfalls unter der o.e. Web-Adresse. Erst nach Eingang des Bestätigungsformulars wird der Auftrag ausgeführt. Geliefert wird ein Excel-Tabellenblatt mit Name, Vorname, PLZ, Ort und EAN. Weitere Daten (FMH-Titel, Geburtsdatum, Telefon-/Fax-Nummern, e-mail-Adressen etc.) können nicht zur Verfügung gestellt werden, da der «service public» der e-mediat nur die o.e. Daten zur Verfügung stellen kann (Datenschutz, Datenhoheit!).

Einzelne EAN-Nummern können gratis in der Partnerdatenbank auf www.medwin.ch gefunden werden.

Wegen der Ferienzeit konnte bis zum Redaktionsschluss von «doc.be» der oben beschriebene Weg noch nicht operativ eingerichtet werden. Alle Formulare stehen aber unter www.pontenova.ch zur Einsicht bereit. Noch nicht bekannt sind die Kosten, die e-mediat in Rechnung stellen wird. Mit Änderungen im Bestellungsablauf ist allenfalls noch zu rechnen. Sobald dieser Bestellweg funktioniert, wird dies auf der Website von PonteNova, aber auch per E-Mail an die uns bekannten Adressen mitgeteilt.

Weitere wichtige Codes, Tarife und Listen – und die entsprechenden Links

Unter Tarmed interessieren nicht nur die EAN sondern noch diverse andere Codes, Tarife und Listen. Wir haben hier einige wichtige Links zusammengestellt. Die meisten Dateien sind in den drei Landessprachen erhältlich. «Kompilierte Hilfedatei» bedeutet eine Datei im *.chm-Format – identisch zu bedienen wie der allseits bekannte Tarmed-Browser.

1. Tarmed 1.1r (dt., fr., it.; Windows und Mac):

http://www.zmt.ch/de/tarmed/tarmed_tarifstruktur/tarmed_browser.htm (kompilierte Hilfedatei)

http://www.tarmedsuisse.ch/site_tarmed/mainframe.htm (kompilierte Hilfedatei)

2. ZSR (Zahlstellennummer, ehemals Konkordatsnummer)

[http://www.santesuisse.ch_Service_Zahlstellen\(ZSR\)](http://www.santesuisse.ch_Service_Zahlstellen(ZSR))

3. EAN der Leistungserbringer, Versicherer, Medikamente: <http://www.medwin.ch>

4. **Medikamente, Mittel und Gegenstände** (MiGeL): wie die Medikamente, Mittel und Gegenstände auf dem Tarmed-Rechnungsformular aufgeführt werden müssen, geht aus der Formulardefinition nicht hervor. Wo vorhanden, soll der Pharmacode angegeben werden, ansonsten die MiGeL-Nummer. Zu berücksichtigen ist, dass nicht in der MiGeL aufgeführte Materialien zum Einstandspreis plus 10% verrechnet werden können (s. Tarmed-Browser, Kapitel GI-20)!

http://www.medwin.ch/_Produktedatenbank:PharmacodeundEANderMedikamente

<http://www.pharmavista.net> (Pharmacode der Medikamente, Verbrauchsmaterialien u.v.m.)

<http://www.sumex1.net/en/validators/migel/tariff/index.html> (MiGeL-kompilierte Hilfedatei)

http://www.bsv.admin.ch/sl/liste/d/migel_010103.pdf (MiGeL-PDF-Datei)

5. **Diagnosen:** Zu Beginn des Tarmed im KVG-Bereich muss der Tessiner Diagnose-Code angewendet werden. Später sollen sich die Vertragspartner auf einen anderen Code (Basis: ICD-10) einigen. Der Diagnose-Code steht als PDF-Datei zur Verfügung.

z.B. http://www.pontenova.ch_Download

6. **Physiotherapie:** Der Physiotherapie-Tarif sollte von Ihrem Praxissoftware-Lieferanten zur Verfügung gestellt und installiert werden.

<http://www.sumex1.net/en/validators/physio/tariff/index.html> (kompilierte Hilfedatei)

7. **Analysenliste:** Diese ist im Kanton Bern bereits seit längerem flächendeckend im Einsatz und sollte im Praxisprogramm integriert sein.

<http://www.sumex1.net/en/validators/lab/tariff/index.html> (kompilierte Hilfedatei)

8. **Spezialitätenliste (SL):** Hier findet sich u.a. auch der Pharmacode (Stand 14.4.03).

<http://www.sumex1.net/en/validators/drug/tariff/index.html> (kompilierte Hilfedatei)

9. **Rechnungsformular Tarmed – Aussehen und Spezifikationen**

http://www.zmt.ch/de/tarmed/tarmed_rechnungsformular.htm (PDF-Dateien)

ROKO
Fristverlängerung für
Einreichen des
RoKo-Fragebogens 2002:

31. Oktober 2003

Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern / erscheint 6 x jährlich.

Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Redaktor: 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 August 2003.

Interviews Ständeratskandidaten



Hans Lauri, Ständerat

Was ist für Sie das grösste PLUS und was das grösste MINUS in der laufenden KVG-Revision?

Das, was politisch möglich ist, wird in dieser Revision realisiert; der Trend stimmt. Dass wir die Umstellung auf eine monistische Spitalfinanzierung schrittweise angehen, erachte ich als richtig. Als positiv empfinde ich auch die Prämienverbilligung mit dem Sozialziel, das vom Nationalrat noch verfeinert worden ist; der Ständerat wird dem wohl zustimmen. Dass man bei der Abschaffung des Vertragszwangs ein differenziertes System mit einer langen Übergangsfrist gewählt hat, ist ebenfalls zweckmässig. Positiv ist die gesetzliche Verankerung der Netzwerke, mit denen ein Schritt in Richtung Managed Care-Systeme getan wird. Sehr negativ ist hingegen, dass es bei der Verbilligung bzw. beim Erlass von Kinderprämien zu einer Unterstützung mit der Giesskanne kommt und die wirtschaftliche Lage der Eltern unberücksichtigt bleiben soll.

Welches sind für Sie die wichtigsten Anliegen bei einer weiteren Revision des KVG?

Die definitive Umstellung auf die monistische Spitalfinanzierung. Auch wird das Verhältnis zwischen öffentlichen und privaten Spitälern geklärt werden müssen. Der Bereich Vertragsfreiheit und Ärztenetze wird weiter zu entwickeln sein, und wir werden auch vertieft zu prüfen haben, was die Netzwerke überhaupt bringen. Im Bereich Franchise und Selbstbehalt wird zu untersuchen sein, welche Anreize damit konkret verbunden werden können. Und beim Risikoausgleich unter den Krankenkassen muss sichergestellt werden, dass dieser den Wettbewerb nicht unterläuft.

Das eidgenössische Parlament will mit sogenannten «Ärztetzwerken mit Budgetverantwortung» gegen das Kostenwachstum im Gesundheitsbereich vorgehen. Können Sie uns erklären, was ein solches Ärztenetzwerk ist?

In einem Ärztenetzwerk ergibt sich für den Patienten ein klar definierter Weg vom Grundversorger über den Spezialisten bis zum Spital. Es gibt keine Mehrfachuntersuchungen mehr und kein «Ärztchüpfen» der Patienten. Der Qualitätssicherung kommt eine hohe Bedeutung zu. Wie die Budgetverantwortung funktionieren soll, ist hingegen noch unklar.

Im Rahmen der Strategischen Aufgabenüberprüfung (SAR) hat der Grosse Rat das Projekt «Polikliniken+» abgelehnt, gleichzeitig aber am Sparauftrag festgehalten. Die Spitäler im Kanton Bern sollen ab 2007 42 Millionen jährlich sparen. Kann dieses Sparziel ohne weitere Spitalschliessungen erreicht werden?

Durch die Ansprüche an die apparative Ausrüstung und durch die zunehmende Spezialisierung ergeben sich Verschiebungen aus den Bezirks- in die Regionalspitäler. Diese wiederum überweisen mehr Patienten als früher ans Zentrumsspital. Offen bleibt beim gegenwärtigen Stand der Spitalplanung die Frage, was mit den Infrastrukturen auf Bezirksebene geschehen soll: Schliessung oder Umnutzung? Bei den Entscheidungen müssen die demografische Entwicklung, der Bedarf an Rehabilitation und Langzeitpflege usw. geprüft werden.

Was kann dem durchschnittlichen Schweizer Haushalt an Kostensteigerung in der Grundversicherung noch zugemutet werden?

Die Belastung durch die Grundversicherung wird heute schon als hoch empfunden. Wenn eine weitere starke Prämiensteigerung nicht zu vermeiden ist, müsste sie im Rahmen des Sozialziels für die tiefen Einkommen abgedeckt werden.



Brigitte Bolli, Grossrätin

Was ist für Sie das grösste PLUS und was das grösste MINUS in der laufenden KVG-Revision?

Positiv sind die Bemühungen, Anreize zum Sparen zu schaffen, so die teilweise Aufhebung des Kontrahierungszwangs mit einer langen Übergangsfrist. Positiv auch die Ansätze zur Neuordnung der Spitalfinanzierung, bei der von der Instituts- zur Leistungsfinanzierung übergegangen werden soll. Als negativ empfinde ich das zögerliche Vorgehen und die sehr interpretationsbedürftigen Beschlüsse der Räte.

Welches sind für Sie die wichtigsten Anliegen bei einer weiteren Revision des KVG?

zum Thema KVG-Revision

Der Langzeitpflege wird man in Zukunft noch ein besonderes Augenmerk widmen müssen.

Das eidgenössische Parlament will mit sogenannten «Ärztetzwerken mit Budgetverantwortung» gegen das Kostenwachstum im Gesundheitsbereich vorgehen. Können Sie uns erklären, was ein solches Ärztenetzwerk ist?

Der Arzt als Einzelkämpfer hat wahrscheinlich kaum mehr Zukunft. Schon heute sind sich die Jungen gewohnt, im Team zu arbeiten, und Kommunikationsprobleme stellen sich mit den heutigen elektronischen Möglichkeiten auch nicht mehr. Wenn ein Netzwerk Prozesse steuert und es so zu einer gesamtheitlichen Behandlung des Patienten kommt, so scheint das sinnvoll, insbesondere wenn sich dadurch Doppelspurigkeiten vermeiden lassen. Was nicht geschehen darf, ist, dass die Qualität der Versorgung unter einem zu knapp bemessenen Preis leidet. Da dürfen nicht die Krankenkassen allein bestimmen, sondern die Ärzteschaft muss mitreden können.

Im Rahmen der Strategischen Aufgabenüberprüfung (SAR) hat der Grosse Rat das Projekt «Polikliniken+» abgelehnt, gleichzeitig aber am Sparauftrag festgehalten. Die Spitäler im Kanton Bern sollen ab 2007 42 Millionen jährlich sparen. Kann dieses Sparziel ohne weitere Spitalschliessungen erreicht werden?

Die Idee «Polikliniken+» war ein Schnellschuss ohne seriöse Grundlagen. Wir brauchen keine staatliche Konkurrenz in der gut funktionierenden ambulanten Versorgung. Daraus hätte sich auch keine Einsparungen ergeben, sondern der Mengenausweitung wegen wahrscheinlich Mehrkosten. Der Grosse Rat wollte einfach einmal am definierten Sparziel festhalten. Wir hätten eigentlich Vorschläge hören wollen, mit welchen Massnahmen Einsparungen in welcher Höhe möglich wären. Stattdessen wird nun der Schwarze Peter herumgeschoben, und jeder sucht die Verantwortung beim ändern. Massive Einsparungen werden ohne weitere Spitalschliessungen nicht möglich sein, wobei auch der Platz Bern mit seinen vielen Spitälern nicht von diesen Überlegungen auszunehmen ist. Die ursprüngliche Idee war, eine Art Fallpauschalen einzuführen; überlebt hätten dann nur die konkurrenzfähigen Spitäler.

Was kann dem durchschnittlichen Schweizer Haushalt an Kostensteigerung in der Grundversicherung noch zugemutet werden?

Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen sollte nicht höher sein als die Zunahme des Bruttoinlandprodukts – andernfalls müssten die Haushalte zugunsten der Krankenversicherung andere Budgetposten reduzieren.



**Simonetta Sommaruga,
Nationalrätin**

Was ist für Sie das grösste PLUS und was das grösste MINUS in der laufenden KVG-Revision?

Die Lockerung des Kontrahierungszwangs ist begrüssenswert, aber nicht optimal ausgestaltet. Negativ ist, dass das Problem der Medikamentenkosten nicht angepackt wurde. Auch die Tendenz, in Zukunft auch noch Privatspitäler finanziell zu fördern und die Spitalplanung der Kantone aufzuweichen, kann ich nicht unterstützen. Schliesslich wurde zwar ein Sozialziel eingeführt, dieses bleibt aber ein Alibi, weil die entsprechenden finanziellen Mittel nicht gesprochen wurden.

Welches sind für Sie die wichtigsten Anliegen bei einer weiteren Revision des KVG?

Das heutige Finanzierungssystem ist ungerecht. Wohl setzt man mit der Prämienverbilligung eine riesige Umverteilungsmaschinerie in Gang. Aber auch so bleibt es stossend, dass hohe Einkommen nicht stärker belastet werden als mittlere. Probleme haben heute weniger die ganz tiefen Einkommen, als vielmehr die Familien mit Kindern und einem Einkommen zwischen 60'000 und 100'000 Franken.

Die Anreize bei den Leistungserbringenden wird man nochmals anschauen müssen. Der TarMed bringt zwar einen gewissen Ausgleich. Als Einzelleistungstarif setzt er aber nach wie vor falsche Anreize.

Bei einer nächsten Revision darf auch die Pharma-Industrie nicht mehr ungeschoren davon kommen. Schliesslich steigen die Medikamentenkosten von sämtlichen Kosten im Gesundheitswesen seit Jahren am stärksten an. Die monistische Spitalfinanzierung wird wieder ein Thema. Bis heute fehlen transparente Grundlagen. Die Kantone sollen ihre Spitalplanungskompetenzen nicht aus der Hand geben.

Das eidgenössische Parlament will mit sogenannten «Ärztetzwerken mit Budgetverantwortung» gegen das Kostenwachstum im Gesundheitsbereich vorgehen. Können Sie uns erklären, was ein solches Ärztenetzwerk ist?

Ich habe die Lockerung des Kontrahierungszwangs unterstützt, und zwar nicht aus Kosten-, sondern primär aus Qualitätsgründen. Die «Einzelarztpraxis» gehört der Vergangenheit an. Angesichts der raschen Zunahme von PatientInnen mit chronischen,

komplexen Erkrankungen ist eine gute Koordination unter den Leistungserbringenden gefragt. Netzwerke müssen nicht geschlossene Gebilde sein. Vielmehr können sich vor allem Grundversorger (Allgemeinpraktiker) zusammenschliessen und selber entscheiden, mit welchen SpezialistInnen und Spitälern sie zusammenarbeiten. «Budgetverantwortung» bedeutet, dass die Krankenkasse dem Netzwerk pro versicherte Person und Jahr einen bestimmten Betrag (Capitation) bezahlt. Für sehr teure Patienten braucht das Netzwerk eine Art Rückversicherung. Auch muss der Risikoausgleich unter den Versicherern dringend verbessert werden. Ein Netzwerk ist dadurch definiert, dass darin mehrere Leistungserbringende zusammenarbeiten, dass diese unter Beizug Externer das ganze Spektrum der Medizin anbieten, dass sie Budgetverantwortung übernehmen und über eine unabhängige Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrolle verfügen.

Im Rahmen der Strategischen Aufgabenüberprüfung (SAR) hat der Grosse Rat das Projekt «Polikliniken+» abgelehnt, gleichzeitig aber am Sparauftrag festgehalten. Die Spitäler im Kanton Bern sollen ab 2007 42 Millionen jährlich sparen. Kann dieses Sparziel ohne weitere Spitalschliessungen erreicht werden?

Das Projekt «Polikliniken+» war eine Strategie, welche bekanntlich von der Mehrheit des Grossen Rates abgelehnt wurde. Dann nur zu sagen, das Sparziel bleibe unverändert, ist etwas gar einfach. Es wird eine Strukturbereinigung geben, obwohl es schwierig ist, Spitäler zu schliessen. An sich wäre es wünschenswert, nahe gelegene, in der Bevölkerung verankerte Spitäler zu haben; auch wird dem invasiven Eingriff als solchem zu viel Bedeutung zugemessen, dafür wird der Stellenwert der Pflege meines Erachtens weit unterschätzt.

Was kann dem durchschnittlichen Schweizer Haushalt an Kostensteigerung in der Grundversicherung noch zugemutet werden?

Für mich steht im Vordergrund, die Belastung unter den verschiedenen Akteuren gerechter zu verteilen. Bundesrat Couchepin hat mit seiner kürzlich verabschiedeten Verordnungsänderung zusätzlich 300 Millionen auf die Prämienzahler überwälzt. Das ist einseitig und ungerecht.

Wenn wir schon über Kosten reden, dann sollten wir zuerst dort sparen, wo die Qualität nicht leidet. Das betrifft in erster Linie die viel zu hohen Medikamentenpreise in der Schweiz.

Angesichts der dauernden Kostendiskussion finde ich es übrigens erstaunlich, dass es im Gesundheitswesen Tabubereiche gibt, in denen die Kosten kein Thema sind - man denke etwa an die Kostenfolgen der embryonalen Stammzellenforschung oder an die Fortpflanzungs- und Transplantationsmedizin. Gegen das grösste Gesundheitsrisiko – das Übergewicht – wird hingegen kaum etwas unternommen. Eine Gesamtstrategie ist hier nicht feststellbar.



Franziska Teuscher, Nationalrätin

Was ist für Sie das grösste PLUS und was das grösste MINUS in der laufenden KVG-Revision?

Die Verbilligung der Kinderprämien ist für mich ein Schritt in die richtige Richtung. Durch die Einführung von Sozialzielen stellt der Bund mehr Geld für die Verbilligung von KV-Prämien zur Verfügung, vorgehesehen ist zudem eine jährliche Anpassung an die Kostenentwicklung. Schliesslich begrüsse ich es, dass durch die nicht völlige Aufhebung des Vertragszwangs vermieden wird, dass den Kassen alle Macht übertragen wird.

Negativ ist hingegen, dass viele Beschlüsse des Nationalrates nebulös geblieben sind – besonders in Kernpunkten wie Vertragszwang und Prämienverbilligung. Unklar ist auch, ob die zusätzlich beschlossenen 200 Millionen Franken zur Erreichung des Sozialziels genügen und womit die Verbilligung bzw. der Erlass von Kinderprämien finanziert werden sollen. Die Privilegierung von Ärztenetzwerken scheint sinnvoll, aber wie man das in der Praxis handhaben will, weiss im Moment niemand genau. Ein weiterer Schwachpunkt ist, die Kantone werden durch die Übernahme von Kostenanteilen von Privatpatienten stärker belastet. Für den Kanton Bern macht das rund 100 Millionen Franken aus. Und dass im Bereich der Medikamente-Preise nichts unternommen worden ist, empfinde ich als stossend.

Welches sind für Sie die wichtigsten Anliegen bei einer weiteren Revision des KVG?

Wir müssen die Finanzierungsfragen klären. Das heutige System mit Kopfprämien einerseits und Prämienverbilligungen andererseits ist nicht effizient, sondern verursacht einen riesigen administrativen Aufwand. Kopfprämien sind einfach nicht sozial, und unser System ist in dieser Hinsicht europaweit das schlechteste. Eine soziale Finanzierung muss auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten Rücksicht nehmen; ob eine Lösung dann über Steuern, über die Mehrwertsteuer oder über Lohnprozente erfolgt, ist für mich offen. Sehr wichtig ist auch der Bereich der Alterspflege, der im Rahmen des KVG geregelt werden muss. Die Solidarität zwischen jung und alt, reich und arm muss im ganzen Bereich der Gesundheitsfinanzierung spielen. Die Idee einer Zusatzversicherung für ältere Menschen lehne ich ab. Gegenstand einer künftigen Revision müsste auch der ganze Bereich Medikamente/Generika/Parallelimporte sein – hier liegt ein sehr grosses Sparpotenzial.

Das eidgenössische Parlament will mit sogenannten «Ärztetzwerken mit Budgetverantwortung» gegen das Kostenwachstum im Gesundheitsbereich vorgehen. Können Sie uns erklären, was ein solches Ärztenetzwerk ist?

Im Grundsatz finde ich Ärztenetzwerke etwas Gutes. Der Patient wird von einem Kollektiv betreut, welches ihn im Krankheitsfall von der Behandlung über die Operation und nachfolgende Rehabilitation bis hin zur Entlassung begleitet. Netzwerke sind ein gutes Modell, um Kosten zu sparen – unter anderem durch das Vermeiden von Mehrfachuntersuchungen. Allerdings ist mir die freie Arztwahl wichtig. Hier müsste man insbesondere für Chronischkranke, für ältere Menschen und allenfalls für bestimmte Erkrankungen Lösungen finden. Ein Problem könnte sich für die kantonalen Spitalplanungen ergeben, wenn nicht bekannt ist, mit welchen Spitälern die Netzwerke kantonsübergreifend zusammenarbeiten. Schliesslich muss eine Art Qualitätskontrolle sicherstellen, dass aus den Ärztenetzwerken nicht plötzlich eine Zweiklassenmedizin entsteht. Das Parlament scheute sich aber bisher vor klaren Entscheiden. Denn ein solcher klarer Entscheid würde bedeuten, entweder dem bisherigen System zustimmen oder dann Nein sagen zur freien Arztwahl. Derart Position beziehen will aber niemand. Deshalb stimmt man irgend einem Modell zu und lässt die Ausgestaltung völlig offen. Vielleicht kommt diese Debatte später wieder auf und das Parlament kommt dann zum Schluss, man wolle doch lieber auf Ärztenetzwerke verzichten.

Im Rahmen der Strategischen Aufgabenüberprüfung (SAR) hat der Grosse Rat das Projekt «Polikliniken+» abgelehnt, gleichzeitig aber am Sparauftrag festgehalten. Die Spitäler im Kanton Bern sollen ab 2007 42 Millionen jährlich sparen. Kann dieses Sparziel ohne weitere Spitalschliessungen erreicht werden?

Die 42 Millionen kann der Kanton bei den Spitälern sicher nicht einsparen. Der Grosse Rat hätte die politische Verantwortung übernehmen und sagen müssen, wo und wie man die 42 Millionen einsparen kann. Er hätte zum Beispiel sagen müssen, welche Spitäler der Kanton schliessen muss. Ganz schlecht wäre, wenn diese Sparübungen auf Kosten des Personals gehen. Die Situation für das Pflegepersonal im Kanton Bern ist schon heute alles andere als rosig.

Was kann dem durchschnittlichen Schweizer Haushalt an Kostensteigerung in der Grundversicherung noch zugemutet werden?

Die Kosten für die Grundversicherung dürfen nicht mehr steigen. In der heutigen Situation, wo die Löhne stagnieren, der Teuerungsausgleich nicht mehr bezahlt wird, immer mehr Leute erwerbslos werden und über eine halbe Million unter dem Existenzminimum leben, darf die Prämienbelastung nicht mehr steigen.

Mitteilungen des Sekretärs



Th. Eichenberger,
Sekretär

TARMED

Der kantonale Anschlussvertrag zum Rahmenvertrag TARMED zwischen der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern und Santésuisse stützt sich auf das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und die dazugehörigen Ausführungserlasse sowie auf den eidgenössischen Rahmenvertrag TARMED zwischen FMH und Santésuisse vom 5. Juni 2002. Der Rahmenvertrag samt Anhängen ist der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten. Er tritt voraussichtlich auf den 1. Januar 2004 in Kraft.

Nachdem innert der statutarischen Frist kein Begehren um Durchführung einer Urabstimmung gestellt wurde, wird der Beschluss der Delegiertenversammlung vom 15. Mai 2003, gemäss welchem der kantonale Anschlussvertrag genehmigt wurde, rechtskräftig. Dementsprechend haben der Präsident und der Sekretär den Anschlussvertrag unterschrieben.

In diesem Zusammenhang haben wir uns erlaubt, darauf hinzuweisen, dass die Ärztesgesellschaft davon ausgeht, dass TARMED im Kanton Bern für den ambulanten Spitalbereich gleichzeitig, das heisst nicht später als für die freipraktizierenden Ärzte in Kraft tritt. Widrigenfalls entstünden unakzeptable Wettbewerbsverzerrungen mit Vorteilen für den ambulanten Spitalbereich.

Sobald die Unterschrift der Santésuisse vorliegt, kann bei der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern zuhanden der Kantonsregierung Antrag auf Genehmigung des Anschlussvertrages (inkl. Stattaxpunktwert von 89 Rappen) gestellt werden.

Teuerungsanpassung des Taxpunkt-werts per 1. Januar 2002

Gegen diesen Beschluss der Kantonsregierung, wonach der Taxpunktwert des heutigen kantonalen Ärzte/Kassentarifs bereits per 1.1.2002 von Fr. 1.50.– auf Fr. 1.55.– hätte angehoben werden müssen, hat Santésuisse beim Bundesrat Beschwerde erhoben. Damit bleibt der Taxpunktwert bis zum Abschluss des Verfahrens bei Fr. 1.50.–. Zwischenzeitlich wurde der Schriftenwechsel geschlossen. Der Preisüberwacher und das BSV haben klar gegen die Ärztesgesellschaft Position bezogen. Sie weigern sich, den Anstieg der Praxiskosten im Rahmen des Tariffestsetzungsverfahrens mit zu berücksichtigen. Demgegenüber hat die Kantonsregierung klar gemacht, dass der Entscheid, den Taxpunktwert in bescheidener Weise der Teuerung anzupassen, fundiert ist. Schon aus Gründen der Rechtsgleichheit sei es unzulässig, die Teuerung einzig den freipraktizierenden Ärzten nicht zu gewähren, während andere Leistungserbringer nach KVG in den Genuss von Teuerungsanpassungen kommen. Damit wird klar, dass insbesondere Santésuisse mit zwei Ellen misst. Letzteres ist aus rechtsstaatlicher Sicht fragwürdig, handelt es sich doch bei den Krankenversicherern ebenfalls um Bundesorgane, die zu verfassungsmässig korrektem Handeln verpflichtet sind.

Zweiter und letzter Teil Jahresbericht 2002 des Präsidenten

geschrieben am 1.2.2003

4. Ausblick Gesundheitspolitik 2003

4.1 Ebene Schweiz

Im Jahr 2003 werden wir Ärztinnen und Ärzte schwergewichtig durch die bevorstehende Einführung von TarMed UVG und KVG sowie weiterhin durch die parlamentarische Diskussion um die Aufhebung der freien Arztwahl gefordert sein. Die Anstrengungen in Richtung Ärztentuning – sei dies nun ein Helsanarating oder ein Guide Santé der Patientenorganisation – werden uns weiterhin beschäftigen. Schliesslich wird uns die zweite Welle der Managed Care erfassen. Die erste erreichte uns 1996. Ärztenetzwerke werden Konjunktur haben.

Revision des KVG

Das revidierte Krankenversicherungsgesetz wurde bekanntlich vom Nationalrat nach langen Beratungen knapp abgelehnt. Der Ständerat wird im Jahr 2003 eine nächste Vorgabe machen, unterstützt vom neuen Innenminister, Bundesrat Pascal Couchepin. Dabei wird die Frage der Aufhebung der freien Arztwahl, beziehungsweise die Aufhebung des Kontrahierungszwanges, grossen Raum finden. Wie im Nationalrat könnten dabei auch Themen wie Globalbudget im ambulanten Bereich (Antrag Franco Cavalli, SP) oder die Überprüfungsgrenze von Ärzten (Index 110) wiederum zur Sprache kommen. Bereits im Mai 2003 wird die Gesundheitsinitiative der SP zur Abstimmung kommen.

Vorbereitung Einführung TarMed

Arztpraxen mit UVG-Patienten werden die Vorbereitungen zur Einführung TarMed bis Mai 2003 abgeschlossen haben. Die übrigen Arztpraxen haben dazu bis Ende 2003 Zeit. Neben dem Erarbeiten von praxiseigenen Leistungspaketen, der Instruktion der Mitarbeiterinnen und der Anpassung von Software und Hardware werden sich weitere Probleme zeigen, beispielsweise Datenerfassung, Datentransfer und Ähnliches mehr.

4.2 Ebene Kanton Bern

Die kantonalen TarMed-Verhandlungen (Kantonaler Rahmenvertrag und Taxpunktwert) sollen bis im Frühjahr abgeschlossen und anschliessend unserer Delegierten-

versammlung und der Berner Regierung vorgelegt werden. Im Kantonsparlament wird der Teil Gesundheitswesen der Strategischen Aufgabenüberprüfung SAR nochmals diskutiert werden. Die Polikliniken sind zwar vom Tisch, aber es wird nach anderen Einsparmöglichkeiten gesucht werden.

Santésuisse hat bekanntlich Beschwerde gegen die vom Regierungsrat bewilligte Erhöhung des Taxpunktwertes (bisheriger Tarif) eingereicht. Sofern der Bundesrat unsere Einsprache gegen diese Beschwerde rasch behandelt, könnte dieser bundesrätliche Entscheid im Jahr 2003 Rechtskraft erlangen. Die Wahrscheinlichkeit dafür ist allerdings gering.

5. Schlusswort

«Nicht der Wandel ist das grosse Problem der Schweiz, sondern der Stillstand», schreibt Urs Paul Engeler im Dezember 2002 in der Sonntagszeitung. Auch im Gesundheitswesen ist der Wandel keineswegs abgeschlossen. Wir alle spüren dies. Der Wandel bietet Risiken und Chancen. Gehen wir ihn mit Zuversicht an. Zuversicht ist das Wissen, das Nötige getan zu haben und das Vertrauen darauf, einen allfälligen Misserfolg bewältigen zu können. Wir bleiben dran, für unsere Patienten, für unser Gesundheitswesen und für die Ärzteschaft.

J. Schlup,
Präsident der Ärztesgesellschaft
des Kantons Bern

