



April 2005 / 2

doc.be

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

Ende der Kostenneutralität – und dann?

Am 30.6.2005 endet die Kostenneutralität KN
gemäss Rahmenvertrag TarMed-KVG

Die Tarifverantwortlichen der FMH und der G7
werden uns Kantonalpräsidenten Ende April einen
Entwurf für eine Anschlussvereinbarung LKV vor-
stellen. Die FMH hat im Februar dem Bundesamt
für Gesundheit ein verlangtes Grobkonzept einge-
reicht und favorisiert eine vertragliche Nachfolge-
regelung ab 1.7.2005.

Welches sind unsere Möglichkeiten?

**Wir belassen die KVG-Tarmed-Verträge wie sie
sind.** Damit folgt nach der KN im zweiten Halbjahr
2005 die vertraglich festgelegte Kompensations-
phase. Während dieser werden wir die zuviel
bezogenen – d.h. über das kostenneutrale Global-
budget hinaus bezogenen – Kassengelder mittels
einer temporären Absenkung des TPW kompen-
sieren müssen. Anschliessend gilt dann ein «defi-
nitiver» bzw. längerfristiger TPW. Wählen wir diese
Möglichkeit, hat Santésuisse bereits Ende 2004
angekündigt, beim Regierungsrat eine TPW-
Anpassung zu verlangen, sobald unsere Kosten
steigen.

**Unsere Delegiertenversammlung kündigt den
Berner Anschlussvertrag TarMed-KVG.** Damit
gilt die Tarifstruktur TarMed – die national festge-
legt wurde – weiterhin und der Regierungsrat ist
gemäss KVG gezwungen, einen TPW festzulegen.
Dabei muss er vorgängig den Preisüberwacher
anhören.

**Die Ärztekammer kündigt den Schweizerischen
Rahmenvertrag Tarmed-KVG.** Damit wird gemäss
KVG ein behördliches Tarif-Festsetzungsverfahren
auf eidgenössischer und kantonaler Ebene ausge-
löst.

**Unsere Delegiertenversammlung beschliesst,
mit Santésuisse eine Anschlussvereinbarung ein-
zugehen.** Damit muss unsere Verhandlungsde-
legation in den Sommermonaten einen unter-
schriftsreifen Vertrag aushandeln. Stützen kann sie
sich dabei auf den Entwurf der Konferenz der Kan-
tonalpräsidenten G7.

Unsere Delegiertenversammlung wird voraussicht-
lich am 16. Juni 2005 einen Entscheid für den Ver-
tragsraum Bern treffen.

Jürg Schlup, Präsident

Beschlüsse der DV vom
31. März 2005 2

Volksabstimmung vom 5. Juni 2005 3

Würdigung Kurt Hänni 4

Wirtschaftlichkeitskriterien in
der Arztpraxis 5

Interview mit Groupe Mutuel 6

News von Medphone 9

Bericht aus dem Grossen Rat 10

Jahresbericht 2004 12

Krähen, KVG und Tarmed 18

Stellungnahme zum Artikel
«Zwischenbilanz Tarmed» 19

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

Beschlüsse der Delegiertenversammlung vom 31. März 2005



Th. Eichenberger,
Sekretär BEKAG

1. Genehmigung der Jahresrechnung 2004 und Déchargeerteilung an den Kantonalvorstand
Einstimmig

2. Budget 2005 unter Beibehaltung der bisherigen Mitgliederbeiträge
Begründung:

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

Nota bene:
Mitglieder der Kategorie 01, welche rechtzeitig einen auswertbaren Fragebogen im Rahmen der Rollenden Kostenstudie (ROKO) einsenden, erhalten unverändert eine Rückerstattung von Fr. 300.–.

Antrag des Kantonalvorstandes auf Budgetgenehmigung (unveränderter Beitrag):
Einstimmig

3. Befugnis des Kantonalvorstandes für standespolitische Öffentlichkeitsarbeit im Jahre 2005 bei Bedarf Fr. 100.– (Kategorien 01 und 02) bzw. Fr. 50.– (Kategorien 03, 04, 05 und 06) pro Mitglied einzufordern (Extrabeitrag)
Einstimmig

4. Wahlen

a) Wahl der Kontrollstelle
Die Delegierten wählen PriceWaterhouse-Coopers einstimmig für ein weiteres Jahr als Kontrollstelle.

b) Wahl eines Vorstandsmitgliedes (Vorschlag MBV Bern-Stadt)
Die Delegierten wählen Heinz Zimmermann einstimmig bei 1 Enthaltung als neues Kantonalvorstandsmitglied.

c) Wahl neuer Ärztekammerdelegierter (Vorschlag MBV Bern-Stadt)
Die Delegierten wählen Jean-Jaques Moser einstimmig bei 9 Enthaltungen als neuen Ärztekammerdelegierten.

d) Wahl neue Ärztekammerdelegierte (Vorschlag Bezirksverein Bern Land)
Die Delegierten wählen Madeleine Müller einstimmig als neue Ärztekammerdelegierte.

e) Wahl eines Ärztekammerersatzdelegierten (Vorschlag Bezirksverein Bern Land)
Die Delegierten wählen Matheus W. Vischer einstimmig bei 6 Enthaltungen als neuen Ärztekammerersatzdelegierten.

5. Antrag Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte (VBH) betreffend Beitritt zum Verband der kleinen und mittleren Unternehmen KMU im Kanton Bern (Berner KMU)

Begründung:
Beantragt wird ein Beitritt der Ärzteschaft des Kantons Bern (BEKAG) als Kollektivmitglied. Der jährliche wiederkehrende Beitrag für die Kollektivmitgliedschaft errechnet sich nach der Anzahl Mitglieder, wäre aber nicht vom einzelnen Mitglied, sondern von der BEKAG geschuldet.

Der Antragsteller erwartet durch Mitarbeit im KMU eine Stärkung der politischen Plattform, eine Verbesserung der Beziehungen zur Politik und eine erleichterte Einflussnahme durch Einbringen des ärztlichen Know How der BEKAG in die gesundheitspolitische Diskussion.

Modifizierter Antrag: Dem Kantonalvorstand wird ein Verhandlungsmandat für einen Beitritt zum KMU erteilt (Abstimmung über das Verhandlungsergebnis an einer späteren Delegiertenversammlung)

Angenommen mit 42(Ja):12(Nein) bei 3 Enthaltungen

6. Statutenänderung

a) Art. 9 Abs. 2 dritter Spiegelstrich der Statuten

Die Bestimmung, wonach die Mitgliedschaft erlischt, wenn trotz Mahnung während 2 Jahren die Mitgliederbeiträge nicht oder erst nach erfolgter Schuldbetreibung bezahlt werden, wird wie folgt angepasst: Streichung des Passus **«oder erst nach erfolgter Schuldbetreibung»**.

Begründung:

Das Betreuungserfordernis hat sich in der Praxis als überflüssig erwiesen. Harmonisierung mit den Statuten der FMH.

Neuer Wortlaut von Art. 9 Abs. 2 dritter Spiegelstrich der Statuten:

Die Mitgliedschaft erlöscht automatisch, wenn trotz Mahnung während 2 Jahren die Mitgliederbeiträge nicht bezahlt werden.

Einstimmige Zustimmung zur Statutenänderung

b) Abschaffung des Wirtschaftsausschusses (Streichung des Art. 36 und des Art. 25 Ziff. 5 sowie redaktionelle Anpassung des Art. 19 Ziff. 7 der Statuten)

Begründung:

Die Funktion des Wirtschaftsausschusses wurde in den letzten Jahren ausschliesslich vom Ressort Economics des Kantonalvorstandes ausgeübt. Es kann auf das Geschäftsreglement des Kantonalvorstandes verwiesen werden.

Die Tätigkeit erfordert viel technisches Know-How, eine entsprechende Vernetzung und sehr kurze Entscheidungswege. Deshalb ist ein breit abgestützter Wirtschaftsausschuss nicht mehr zeitgemäss und das Gremium kann aufgehoben werden. Die Funktion des Wirtschaftsausschusses wird heute von der erweiterten Präsidentenkonferenz, an der auch die Fachgesellschaftspräsidenten teilnehmen, ausgeübt.

Einstimmige Zustimmung zur Statutenänderung bei 1 Enthaltung

Volksabstimmung vom 5. Juni 2005: Spitalversorgungsgesetz oder Volksvorschlag?

Der Kantonalvorstand der Ärztesellschaft des Kantons Bern ist für das Spitalversorgungsgesetz und gegen den Volksvorschlag.

Wir empfehlen Ihnen deshalb, am 5. Juni 2005 dem vom Grossen Rat mit grossem Mehr beschlossenen *Spitalversorgungsgesetz zuzustimmen*, d.h.

1. die **Vorlage des Grossen Rats mit Ja** anzunehmen,
2. den **Volksvorschlag mit Nein** abzulehnen, und
3. in der Stichfrage (für den Fall eines doppelten Ja) die **Vorlage des Grossen Rates anzukreuzen**.

Das alte Spitalversorgungsgesetz aus dem Jahre 1973 ist überholt und muss dringend ersetzt werden. Der Vorstand der Ärztesellschaft hat der Gesetzesvorlage des Grossen Rats in der vorangegangenen Vernehmlassung im Wesentlichen zugestimmt.

Es handelt sich um eine moderne, den heutigen Bedürfnissen an eine umfassende Spitalversorgung für die gesamte Bevölkerung gerecht werdende gesetzliche Lösung, welche alle wesentlichen Fragen regelt und auf einem breiten politischen Konsens basiert.

Der vom VPOD lancierte Volksvorschlag gefährdet dagegen die grossmehrheitlich unbestrittene Vorlage unnötig. Es geht nun auch darum, ein durch den Volksvorschlag überhaupt erst möglich gewordenes doppeltes Nein zu verhindern. Zusammengefasst heisst dies:

Falls Sie unschlüssig sind, stimmen Sie zumindest zweimal Ja und **auf keinen Fall zweimal Nein** und beantworten Sie unbedingt die Stichfrage, indem Sie **Vorlage des Grossen Rates** ankreuzen. Es handelt sich um eine für das Bernische Gesundheitswesen wichtige Vorlage.

Erklären Sie Ihren Patientinnen und Patienten den komplizierten Abstimmungsmodus!

Wieso kommt der Kantonalvorstand zu diesen Empfehlungen?

Das Gesetz wird von den Initianten des konstruktiven Referendums (Volksvorschlag) unter dem Titel «Verschlechterung der Arbeitsbedingungen» und «Schleichende Privatisierung von Spitälern» als schlechte Lösung verkauft. Beide Behauptungen treffen nicht zu.

Die Regelung in der Vorlage des Grossen Rates, wonach Arbeitszeit, Entlohnung und Sozialleistungen den heutigen orts- und berufsüblichen Bedingungen entsprechen müssen, ist ausreichend. Die von den Initianten befürchtete **Verschlechterung der Arbeitsbedingungen wird nicht eintreten**. Gute Arbeitsbedingungen sind nicht vom Bestehen eines gesetzlich vorgeschriebenen Gesamtarbeitsvertrages abhängig. Die Anstellungsbedingungen sollten unseres Erachtens nicht kantonal vorgeschrieben werden, sondern wie bisher regional und lokal ausgehandelt werden können. Es wäre ein Trugschluss, zu erwarten, dass in der heutigen Zeit der Finanzknappheit im Kanton Bern ein kantonaler GAV eine Verbesserung der Anstellungsbedingungen bringen könnte. Solche Verbesserungen der Anstellungsbedingungen wären nur mit Einsparungen andernorts finanzierbar, d.h. bei gleichzeitiger Verschlechterung der Leistungen zugunsten der Patientinnen und Patienten. Die Ärzteschaft sollte ein solches Nullsummenspiel zu Lasten der Versorgungsqualität ablehnen.

Der Volksvorschlag schränkt die Handlungsfreiheit des Kantons und der Spitäler grundlos ein. Es ist entgegen den Behauptungen der Initianten des Volksvorschlages **keine Privatisierung des Spitalwesens** vorgesehen. Mit der Vorlage des Grossen Rates soll die Beteiligung Dritter und das Zusammengehen von privaten und öffentlichen Spitälern möglichst flexibel ermöglicht werden. Die regionalen Spitalzentren haben nach der Vorlage des Grossen Rates die Verpflichtung, eine öffentliche Aufgabe wahrzunehmen und eine umfassende Grundversorgung zu garantieren. Sie haben eine Patientenaufnahmepflicht. Die mehrheitliche Übernahme Regionaler Spitalzentren durch Private ist zwar nach der Vorlage des Grossen Rates möglich. Ob ein Privater ein solches Risiko eingehen würde, ist dagegen fraglich.

Es ist aber nicht einsehbar, wieso diese

Option ausgeschlossen werden soll. Die Initianten des Volksvorschlages fordern, dass die öffentliche Hand immer die kapital- und stimmenmässige Mehrheit haben müsse. Sie sprechen sich damit gegen bewährte Zusammenarbeitsmodelle zwischen öffentlichen und privaten Spitälern und für eine Entwicklung in Richtung Verstaatlichung und Verteuerung des Spitalwesens im Kanton Bern aus.

Diese Abstimmungsempfehlung erfolgt im Auftrag des Kantonalvorstandes. Der Kantonalvorstand ist sich bewusst, dass sich der VSAO Sektion Bern den Personalverbänden angeschlossen hat und den Volksvorschlag unterstützt. In dieser wichtigen Angelegenheit ist ein Positionsbezug des Kantonalvorstandes aber trotzdem unabdingbar.

Aus Gründen der Transparenz wird darauf hingewiesen, dass der Präsident und der Sekretär als Privatpersonen dem Bernischen Komitees «Für eine sichere Spitalversorgung» beigetreten sind.

Thomas Eichenberger,
Sekretär BEKAG

Impressum

doc.be, Organ der Ärztesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesellschaft des Kantons Bern, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern / erscheint 6 x jährlich.
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Ärztesellschaft des Kantons Bern
Redaktor: Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19, 3000 Bern 8.
Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82;
E-Mail: tackenberg@forumpr.ch
Inserate: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern.
Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;
E-Mail: pwolf@hin.ch
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern.
Ausgabe April 2005

Kurt Hänni

Würdigung des zurückgetretenen Präsidenten der Vereinigung der Spitalärzte des Kantons Bern

Der neue Präsident der Vereinigung der Spitalärzte des Kantons Bern, Christoph Cottier, schreibt uns zu seinem Vorgänger...

Kurt Hänni war von 1997 bis 2004 Präsident der Vereinigung der Spitalärzte des Kantons Bern (VSKB). Wir haben ihm viel zu verdanken. Er hat es geschafft, dass die Stimme der Spitalärzte in der Politik, in der Verwaltung, bei den Krankenkassen gehört wird und Gewicht hat.

Einen guten Hinweis auf die Arbeitsweise von Kurt Hänni gibt uns Regierungsrat Samuel Bhend (im Protokoll einer Delegiertenversammlung): trotz meist gegensätzlicher Standpunkte sei die Zusammenarbeit stets gut gewesen. Wesentliche Eigenschaften von Kurt Hänni lassen sich daraus ablesen: er war in der Vertretung unserer Interessen stets hartnäckig, aber offen und gradlinig; er war ein guter Zuhörer, der die andere Meinung respektiert hat. Er überzeugte als grundständiger, menschlicher Chirurg, dem jede Form der ärztlichen Überheblichkeit zuwider war.

Spitalpolitisch ging in den letzten Jahren einiges über die Bühne. Das neue KVG, die Sparübungen rund um ESA, die Spitalschliessungen im Kanton Bern, Projekte wie APDRG, QABE, der Ärztestopp, die Einführung von TARMED, die 50 Stundenwoche für Assistenzärzte, neue Anstellungsverträge für Chefarzte, die Erarbeitung des neuen Spitalversorgungsgesetzes. Die engagierte Mitarbeit in diesen Fragen bedeutete eine enorme zeitliche Belastung neben der Tätigkeit als chirurgischer Chefarzt am Regionalspital Langenthal.

Kurt Hänni war ein Kämpfer, der oft genug im Alleingang unsere Anliegen in einer Vielzahl von Kommissionen vertreten hat. Sein Hauptanliegen sind Spitalstrukturen, die Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit der Kaderärzte fördern. Er ist überzeugt, dass der Anteil selbstständiges Einkommen hier wichtig ist. Nur wenn wesentliche Elemente des freien Arztberufes an den Spitalern erhalten blei-

ben, würden sich auch weiterhin junge, begabte und leistungswillige Mediziner für Chefarztstellen an den öffentlichen Spitalern finden.

Eine herausragende Leistung von Kurt Hänni war die erfolgreiche Mitarbeit am neuen Spitalversorgungsgesetz des Kantons Bern: Die Diskussionspartner im Gesundheits- und Fürsorge-Departement (GEF) und in der vorbereitenden Kommission des Grossen Rates respektierten seinen Standpunkt. Er wurde nicht in erster Linie als Interessevertreter der Ärzteschaft wahrgenommen, sondern als Kenner der Materie, der das Wohl des Ganzen im Auge behält. Wir haben seiner klugen Vorgehensweise zu verdanken, dass wesentliche Elemente der freien Berufsausübung im neuen Gesetz Eingang fanden.

Kurt Hänni hat das Gespräch mit den jungen Kollegen und Kolleginnen gesucht. Er hat ein Netzwerk der Zusammenarbeit mit der kantonalen Ärztesgesellschaft, dem VSAO, dem VLSS, dem VBK, der Krankenkassen und der GEF aufgebaut.

Er hat uns regelmässig über seine Arbeit in den Briefen an die Delegierten des VSKB orientiert. Dabei wurde klar Stellung bezogen. Er beschrieb die Wandlungen im Gesundheitswesen als chaotisch und beklagte das Überhandnehmen der ökonomischen Aspekte. Er misstraut dem Schlachtruf nach der freien Marktwirtschaft. Er hat uns immer wieder zu Solidarität und zur Mitarbeit im Spitalmanagement und in der Gesundheitspolitik aufgerufen.

Wir wünschen Kurt Hänni, der 2005 auch als chirurgischer Chefarzt zurücktritt, dass er sein Leben ohne GEFQABEVKESAT-ARMEDVSAOKKVLSSSVK aus vollen Zügen geniessen kann.

*PD Dr. med. Christoph Cottier,
Chefarzt Med. Klinik Regionalspital
Burgdorf*



Wirtschaftlichkeitskriterien in der Arztpraxis

Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit führt zu einem eigentlichen Zahlenkrieg zwischen Leistungserbringern und Kassen. Im Rahmen einer von der Berner Ärztesgesellschaft und «Sandoz Think Generics» im Casino Bern organisierten Veranstaltung debattierten am 7. April dieses Jahres Vertreter aus Politik, Krankenkassen, Ökonomie und Ärzteschaft über «Wirtschaftlichkeitskriterien in der Arztpraxis».



Jürg Schlup, Präsident BEKAG, Simonetta Sommaruga, Ständerätin, Salvatore Volante, Moderator, Roland Amstutz, santésuisse und Willy Oggier, Gesundheitsökonom

Foto: Pascal Schütz

Der Gesundheitsökonom Willy Oggier verwies zu Beginn seines Referates auf Unklarheiten im Zusammenhang mit dem Begriff der «Wirtschaftlichkeit». «Geht es darum, mit einer vorgegebenen Anzahl Ressourcen ein möglichst gutes Ergebnis zu erzielen oder ein bestimmtes Ergebnis mit möglichst wenig Ressourcen zu erreichen?» Die Mängel im heute angewendeten Wirtschaftlichkeitsverfahren schreibt er auch der Verweigerungshaltung auf Seiten der Leistungserbringer zu. «Anstatt eigene Kriterien zu entwickeln, blocken die Ärzte die Diskussion über Wirtschaftlichkeits-Kriterien ab.» Auf diesen Vorwurf der Verweigerungshaltung kam der Präsident der Ärztesgesellschaft, Jürg Schlup, in seinem Referat zurück. Er konterte mit einem Angebot: «Liefern Sie uns, Herr Oggier, einen Morbiditätsindex, den Sie für tauglich befinden, und wir bieten Hand zu einem Pilotprojekt im Kanton Bern!» Gerade der Thurgauer Morbiditätsindikator zeigt die starke Korrelation zwischen der Häufigkeit chronisch kranker Patienten und den Kosten pro Jahr eines entsprechenden Kollektivs von Versicherten.

Den Vorwurf, die Ärzteschaft verharre in ihrer Verweigerungshaltung, konterte der BEKAG-Präsident mit einem Angebot für ein Pilotprojekt in Sachen Wirtschaftlichkeitskriterien.

Foto: Pascal Schütz

An die Politik gerichtet, vertreten in Person der Berner Ständerätin Simonetta Sommaruga, formulierte Schlup daher den Vorwurf, bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung eine reine Kostenbeurteilung zu tolerieren. Die Politik akzeptiere, aus Opportunität oder Kompetenzmangel,



dass die Frage der Wirtschaftlichkeit im wesentlichen auf die Rechnungssteller-Statistik der Santésuisse abstellt. Dabei ginge es um eine Bewertung aller sozialen Kosten und Nutzen, welche durch die Medizin verursacht werden. Anders als beispielsweise die Suva, die sich durchaus Gedanken zum Produktionsbeitrag macht, den ein wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert Mensch zu erbringen vermag, stellt die praktizierte KVG-Politik gänzlich auf die Kostenseite ab. «Schlimmer noch», so Schlup, «die Fokussierung auf reine Kostenkriterien hat angesichts des unveränderten Risikoausgleichs zur Folge, dass Anreize zur Risikoselektion gesetzt werden.» Oggier, in dieser Frage einig mit anderen Gesundheitsökonom in der Schweiz, forderte an der Veranstaltung ebenfalls vehement, dass der Risikoausgleich um die Kriterien «Stationäre Aufenthalte in einem Spital oder einem Pflegeheim (ohne Geburten)» und «Diagnosen, die ein erhebliches Krankheitsrisiko darstellen» ergänzt wird. Dagegen sperrten sich, so Oggier, die grossen Krankenkassen.

Dem aus politischen Kreisen gerne erhobenen Vorwurf, die Leistungserbringer hielten am Ist-Zustand fest, ohne sich Gedanken über nötige Reformen im Gesundheitswesen zu machen, hielt Jürg Schlup entgegen, dass die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern erst vor zwei Jahren in einem Schreiben an die eidgenössischen Parlamentarier angeregt hatte, das Erbringen von Leistungen zulasten der Sozialversicherung an verschiedene Voraussetzungen zu knüpfen (Auszug):

- anerkannte Weiterbildung analog dem Facharzttitel FMH (minimal 5 Jahre)
- Teilnahme an Qualitätszirkeln und Qualitätskontrollen
- Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst
- Bedarfsnachweis nach Spezialität und Region (Versorgungslage)

Für die Umsetzung dieser Massnahmen ist jetzt das schweizerische Parlament gefordert. Seitens der Leistungserbringer ist man durchaus bereit, Hand zu Lösungen zu bieten. Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind sinnvoll und gerechtfertigt. Dafür müssen aber Qualitätskriterien berücksichtigt werden, eine Kosten-Nutzen-Analyse ist zu erstellen und die Basis für die statistischen Daten ist zu erweitern. Dazu dienen nicht zuletzt die Zahlen der ärzteigenen Trust-Center.

M. Tackenberg, PID

«Mit einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs machen wir uns das Leben schwerer und komplizierter.»

Die Groupe Mutuel will keine Staatsmedizin. Auch in einer allfälligen Aufhebung des Kontrahierungszwangs vermag sie keine Vorteile zu erblicken. Statt auf staatliche Lösungen zu warten, sucht sie mit einer «Partner-Charta» die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten zu verbessern.

doc.be sprach mit Monica Crettol, Mitglied der Geschäftsleitung und Leiterin Managed Care, Groupe Mutuel, Sion und Dr. med. Willy Kamm, Vertrauensarzt Managed Care, Villars-sur-Glâne/FR

doc.be: Was ist die Grundidee des Groupe Mutuel-Modells «médecin-partenaire» oder «Partnerärzte» auf Deutsch?

Crettol: Im schweizerischen Gesundheitswesen dauert es lange, bis es zu einer politischen Lösung grundlegender Problemstellungen kommt. Und eine politische Lösung ist nicht immer die beste Lösung. Daher wollen wir mit unseren Partnern im Gesundheitswesen gemeinsam Antworten auf wichtige Fragen finden und arbeiten beispielsweise im Modell «Partnerärzte» sehr eng mit den Hausärzten zusammen. Grundlage dafür ist die «Partner-Charta», mit der sich Leistungserbringer und Versicherer (siehe Kasten) zu einer verbesserten Zusammenarbeit verpflichten. Wir machen dem Arzt unsere Statistiken zugänglich, beschränken uns bei Anfragen nach Arztberichten auf das notwendige Minimum und respektieren vor allen Dingen die therapeutische Freiheit des Arztes. Der Arzt verpflichtet sich andererseits, mindestens einmal im Jahr gemeinsam mit uns die übermittelten statistischen Daten zu analysieren. So kann die Behandlungskette hinsichtlich Kosten und Effizienz optimiert werden.

Welche Kernanliegen verfolgen Sie mit diesem Projekt?

Dr. Kamm: Primär geht es darum, weiterhin eine qualitativ hochstehende Medizin in der Schweiz anzubieten, die auch finanzierbar ist. Wir wollen nicht eines Tages zur Rationierung übergehen müssen. Weiter will die Groupe Mutuel keine Staatsmedizin, wo der Staat den Patienten vorschreibt, wann und wofür sie zum Arzt dürfen. Wir wollen auch keine Einheits-Krankenkasse, über die immer wieder einmal in der Schweiz diskutiert wird. Um dieses Ziel – den Erhalt einer finanzierbaren

und qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung – zu erreichen, streben wir eine engere Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern an. Es geht darum, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und den Informationsaustausch zwischen den Partnerärzten und der Groupe Mutuel zu verbessern.

Wie sieht die Zusammenarbeit für einen teilnehmenden Arzt aus?

Crettol: Das Projekt hat 2002 in der Romandie angefangen. Während der ersten beiden Jahre haben wir den Arzt einmal jährlich individuell besucht und unsere detaillierten Statistiken über die Konsultationen je nach Altersklasse im Vergleich zu unseren kantonalen Durchschnittswerten mit ihm zusammen analysiert. Wir mussten besser verstehen, mit welchen Problemen ein Arzt konfrontiert ist. Umgekehrt konnten wir so unsere Beobachtungen über die Wirtschaftlichkeit einbringen. Speziell analysierten wir die indirekten Kosten wie Medikamenten- oder Laborkosten. In diesem Zeitraum von zwei Jahren konnten wir die Anliegen und Sorgen der Ärzte besser kennen und verstehen lernen und mit ihnen diskutieren. Wir haben aufmerksam die Entwicklung der Kosten beobachtet und zusammen angeschaut, was sich besser machen liesse. Das Kernproblem ist ja, dass der Hausarzt zwar weiss, welche Behandlungen er selber durchführt, aber nicht, was sein Patient sonst für Kosten verursacht.

Welche Vorteile hat der Patient? Tiefere Prämien? Und ist es ein Modell, dem man als Versicherter beitreten muss?

Crettol: Nein, es geht um eine Optimierung der Grundversicherung. Wenn wir



*Monica Crettol:
«Das Projekt ist kein Projekt in Hinsicht auf eine eventuelle Vertragsfreiheit.»*

Foto: M. Tackenberg

im Gesundheitswesen einen effizienteren Mitteleinsatz erreichen können und so den Kostenanstieg bremsen können, dann sind automatisch die Prämien für unsere Versicherten tiefer. Das ist natürlich auch ein Konkurrenzvorteil gegenüber den anderen Versicherern.

Wie wollen Sie konkret Kosten sparen?

Crettol: Wir arbeiten mit einem Programm, mit welchem wir im Sinne des «Case Management» die kostenintensiven Krankheitsfälle sehr genau analysieren und dann die Patienten entsprechend eng betreuen. Man muss wissen: Etwa 5 Prozent der Versicherten machen pro Jahr etwa 50 Prozent der Kosten aus, die der Versicherer vergüten muss. So überlegen wir beispielsweise mit unserer Leistungsabteilung, wie die Versicherten dafür sensibilisiert werden können, Medikamente möglichst sinnvoll zu gebrauchen. Wenn zum Beispiel Generika eingesetzt werden sollen, ist das Gespräch mit dem Arzt oder mit dem Apotheker wichtig.

Ist für die Krankenkassen nicht letztlich der billige Arzt der gute Arzt?

Dr. Kamm: Es gibt Patienten, die 50'000 Franken Kosten pro Jahr verursachen. Wir verfügen nun über eine Studie, die zeigt, wo diese 50'000 Franken anfallen. Die Zahlen belegen, dass die Kosten, die der



Dr. Willy Kamm:
«Wir streben eine engere Zusammenar-
beit mit den Leistungserbringern an.»

Foto: M. Tackenberg

Hausarzt verursacht, sehr gering sind. Ein grosser Teil der Kosten wird unabhängig vom Hausarzt generiert: Spitäler, teure Spezialuntersuchungen oder ambulante Spitalbehandlungen. Das ist ein sehr interessanter Aspekt, um aufzuzeigen, dass der Hausarzt oder der Allgemeinarzt im Grunde gar nicht in erster Linie für die Gesamtkosten verantwortlich sind, die für einen Patienten anfallen. Diese Kosten entstehen heutzutage primär im Spital und im Spitalambulatorium. Um das weiter belegen zu können, brauchen wir die Partnerärzte. Sie sollen uns helfen, eine aussagekräftige Datenbank zu erstellen. In diesem Zusammenhang müssten wir auch einen gemeinsamen Morbiditätsindex für die Patienten erarbeiten. Das heutige, sehr einfache Modell mit Alter und Geschlecht sagt zu wenig aus.

Fortsetzung Seite 8

Ärztinnen und Ärzte, die sich für das Programm «Partnerärzte» der Groupe Mutuel interessieren, erhalten unverbindlich weitere Informationen bei Dr. Willy Kamm, Vertrauensarzt Managed Care, Telefon 058 758 4754, E-Mail: wkamm@groupemutuel.ch und Herrn Daniel Volken, Verantwortlicher Leistungseinkauf Deutschschweiz, Telefon 058 758 47 52, E-Mail: dvolken@groupemutuel.ch.

PARTNER-CHARTA

Art. 1 Ziele dieser Charta

Die Ziele dieser Charta sind:

1. Aufbau einer Partnerschaft zwischen dem Arzt und den der Groupe Mutuel angeschlossenen Krankenkassen.
2. Effizientere Behandlung der Patienten/Versicherten.
3. Zufriedenheit des Patienten/Versicherten optimieren.
4. Die Beziehung zwischen dem Arzt und der Groupe Mutuel regeln.

Art. 2 Pflichten des Versicherers

Der Versicherer verpflichtet sich:

1. Im Rahmen des Möglichen und einem festgelegten Zeitplan dem Arzt die definierten Statistiken übergeben.
2. Eine Referenzperson angeben, die dem Arzt alle notwendigen Informationen übermittelt.
3. Informative Hilfestellungen für den Arzt ausarbeiten.
4. Die Anfrage nach Arztberichten limitieren.
5. Die therapeutische Freiheit des Arztes respektieren.

Art. 3 Pflichten des Arztes

Der Arzt verpflichtet sich:

1. Mit dem Vertrauensarzt- und der Vertrauenskrankenschwester der Groupe Mutuel hinsichtlich medizinischer Probleme zusammen zu arbeiten.
2. Mit der Referenzperson hinsichtlich administrativer Probleme zusammen zu arbeiten.
3. Behandlung der Versicherten mit Beachtung auf:
 - a. Qualität der Behandlung
 - b. Wirtschaftlichkeit der Behandlung
 - c. Vorsorge
 - d. Zufriedenheit der Versicherten
4. Mindestens einmal im Jahr gemeinsam mit dem Versicherer die übermittelten statistischen Daten analysieren, um die Behandlungskette hinsichtlich Kosten und Effizienz zu optimieren. Gegebenenfalls könnte der Vertrauensarzt des Versicherers bei dieser Analyse anwesend sein.

Art. 4. Gemeinsame Pflichten

1. Die beiden Vertragsparteien verpflichten sich, vor allem im Hinblick auf eine Verbesserung der Systeme und Prozesse des Informationsaustauschs, der Patientenbehandlung und des elektronischen Datenaustauschs, zusammen zu arbeiten.
2. Die beiden Vertragsparteien verpflichten sich, eine Analyse der verordneten Leistungen (Labor, Radiologie, Physiotherapie, ambulante Behandlung im Spital, etc.) durchzuführen.

Art. 5 Vertragsänderungen

Die Vertragsparteien können jederzeit in gegenseitigem Einvernehmen Änderungen in der vorliegenden Charta vornehmen.

Art. 6 Inkrafttreten, Vertragsdauer und Beendigung

Diese Charta tritt am in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Die Charta kann unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf Ende eines Kalenderjahres von beiden Vertragsparteien mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden; die erste Kündigung kann frühestens zum 31. Dezember 2006 erfolgen.

Ausgestellt in zwei Originalexemplaren in Martigny, den 2005.

Doktor

Groupe Mutuel

Können Sie schon etwas über die Resultate Ihrer statistischen Analysen sagen?

Dr. Kamm: Für Resultate ist es noch zu früh, aber es zeichnet sich ab, dass solche Statistiken speziell für die Leistungserbringer sehr interessante Resultate erbringen könnten. Um die Datenbasis auszuweiten, wollen wir nun verstärkt auch Ärzte in der Deutschschweiz für unser Modell «Partnerärzte» gewinnen.

Geht es der Groupe Mutuel nicht einfach darum, im Hinblick auf eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs Zahlen zu haben, um dann zu entscheiden, mit welchen Ärztinnen und Ärzten Sie überhaupt noch zusammen arbeiten wollen?

Crettol: Das Projekt ist ganz klar kein Projekt in Hinsicht auf eine eventuelle Vertragsfreiheit. Punkto Kontrahierungszwang gibt es Versicherer, die daran glau-

ben, dass die Vertragsfreiheit das goldene Ei sei. Die Groupe Mutuel gehört nicht dazu. Wir sind überzeugt, dass Verbesserungen bei den gesetzlichen Regelungen oder auch eigenständige Lösungen der Standesorganisationen besser dazu geeignet sind, «schwarze Schafe» bei den Leistungserbringern aus dem Verkehr zu ziehen.

Jedenfalls wollen wir keine Ärzte in diesem Projekt haben, die nur mitmachen, um sich für den Fall der Einführung der Vertragsfreiheit Vorteile zu verschaffen. Wir möchten wirklich mit Ärzten zusammenarbeiten, die unsere Ziele teilen. Wir setzen uns, wie im Modell «Partnerärzte», für partnerschaftlich erarbeitete Lösungsansätze ein.

Ist es aber nicht so, dass sich die Groupe Mutuel für eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs einsetzt?

Dr. Kamm: Wir haben erst kürzlich bei einer Zusammenkunft mit den «Partnerärzten» in der Westschweiz gesagt, dass wir in der Aufhebung des Kontrahierungszwangs keinen Sinn sähen.

Crettol: Wir glauben nicht, dass man mit einer Vertragsfreiheit eine Effizienzsteigerung erreichen kann. Ich glaube, wir machen uns höchstens das Leben viel schwerer und komplizierter. Es kann sich kein Versicherer erlauben zu sagen, mit 50% der Ärzte im Kanton Bern oder Kanton Genf arbeiten wir nicht mehr zusammen, da er riskiert, grössere Marktanteile zu verlieren.

Für doc.be:
Peter Jäger, Marco Tackenberg

**Gemeindezentrum Lötschberg, Spiez
Sonntag, 19. Juni 2005, 20.00 Uhr**

**Kultur-Casino Bern, Grosser Saal
Dienstag, 21. Juni 2005, 20.00 Uhr**

Vorverkauf: Musikhaus Krompholz, Tel. 031 328 52 00

MEDIZINER-ORCHESTER BERN

LEITUNG MATTHIAS KUHN

**SOLISTIN EVA-MARIA ZIMMERMANN,
Klavier**

Felix Mendelssohn	Kriegsmarsch der Priester aus «Athalia»
Robert Schumann	Klavierkonzert a-moll
Norbert Burgmüller	Sinfonie Nr. 2 D-Dur
Felix Mendelssohn	Trauermarsch op. 103



TERMINE 2005

- 12. Mai
erw. Präsidentenkonferenz,
nachmittags
- 2. Juni
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit
- 16. Juni Delegiertenversammlung,
nachmittags
- 1. September
erw. Präsidentenkonferenz,
nachmittags
- 20. Oktober
Delegiertenversammlung,
nachmittags
- 24. November
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit

News von Medphone

Neue Geschäftsführerin

Die Überführung der NotfallarztZentrale Bern in die neue Medphone läuft administrativ planmässig und ist weitgehend abgeschlossen. Anfangs Jahr hat Frau Monika Walther die Nachfolge von Frau Lüscher als Geschäftsführerin übernommen. Frau Lüscher sei an dieser Stelle nochmals für die langjährige und treue Arbeit gedankt.



Monika Walther,
Geschäftsführerin Medphone

Frau Walther kennt sich sowohl in der Privatwirtschaft wie im Service public aus und ist sicher für die Aufgaben von Medphone bestens gerüstet. Als diplomierte Bäuerin mit mannigfaltiger Zusatzausbildung in Ökonomie und Management wird sie durch die Wogen von Medphone kaum so leicht aus der Fassung zu bringen sein. Reiche Erfahrung bringt sie aus ihren Tätigkeiten als Mitarbeiterin in der Gemeindeverwaltung Riggisberg und als Geschäftsführerin der Landi Fraubrunnen mit.

Ihre freundliche und zuvorkommende Art soll hier mit ihrem Porträt unterstrichen werden.

Der VR von Medphone freut sich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit und wünscht Frau Walther weiterhin einen guten Start.

Zusammenarbeit Sanitätspolizei

Seit vielen Jahren arbeiten die Notfallarzt-Zentrale Bern und die Sanitätspolizei eng

zusammen. Dies ist sicher sinnvoll und auch ökonomisch. Die Sanitätspolizei hat den Sprung zur kantonalen Institution bereits geschafft, wird doch bereits jetzt der Einsatz der Rettungsorganisationen weitgehend von der Zentrale in Bern kantonsweit geführt. Hier stösst die Sanitätspolizei an ihre personellen und örtlichen Kapazitätsgrenzen. Eine neue Zentrale ist zwar geplant und dringend nötig, die Umsetzung ist jedoch noch offen.

Medphone will diese intensive Zusammenarbeit beibehalten. Ein wichtiges Ziel von Medphone ist es, als gleichwertiger Partner in die neue SanitätsNotrufZentrale (SNZ) integriert zu werden. Entsprechende Gespräche mit den kantonalen Behörden sind aufgegleist und der politische Wille dazu ist zumindestens günstig, so dass wir diesbezüglich an Bord sind. So könnten auch wir den Schritt zur kantonsübergreifenden ärztlichen Triagezentrale schaffen. Der Zeithorizont dazu ist jedoch leider noch weit entfernt, man spricht von 2010 für die Realisierung dieses Projektes.

Organisation des ärztlichen Notfalldienstes

Das Gesundheitsgesetz des Kantons Bern verpflichtet uns alle zur Teilnahme am Notfalldienst. Wie dieser Dienst organisiert und auch finanziert werden soll, ist jedoch in keiner Verordnung oder Ausführungsbestimmung geregelt. Wir Ärztinnen und Ärzte organisieren diesen Dienst und finanzieren ihn gleich auch noch selber. Es gibt wahrscheinlich keine vergleichbare Situation in einem öffentlichen Aufgabenbereich. Aus meiner Sicht kann dieser Missstand längerfristig so nicht akzeptiert werden. Medphone will in dieser Hinsicht auf einen Leistungsauftrag durch den Kanton, zumindest für die Organisation des Notfalldienstes, hinarbeiten. In Gesprächen mit Entscheidungsträgern wird rasch die Frage nach der Qualität und Qualitätskontrolle unserer Dienstleistung gestellt. Hier müssen wir eine Vorarbeit leisten und den Beweis erbringen, dass unsere Organisation, Triage und Notfallarztvermittlung rasch, effizient, ökonomisch und qualitativ überprüfbar erfolgt. Ohne diese Kerndaten wird es uns wahrscheinlich nicht gelingen, den entsprechenden Leistungsauftrag zu erhalten. Für den politischen Druck ist aus meiner Sicht auch eine breite Akzeptanz

dieses Systems bei der Ärzteschaft und bei den Patienten nötig. Je mehr Teilnehmer auf unserer Seite vorhanden sind, respektive Notfallpatienten unsere Dienstleistung benutzen, desto eher werden wir mit den Behörden auch über eine finanzielle Trägerschaft/Abgeltung verhandeln können.

Dass wir bereits jetzt ein entsprechendes Produkt besitzen, davon ist der VR der Medphone überzeugt. Mit Elan wollen wir viele Notfalldienst-Leistende im Kanton überzeugen, dass die Medphone für sie ein attraktives Instrument sein kann.

Öffentlichkeitsinformationen über unsere wichtigen und guten Tätigkeiten im Notfalldienst sind geplant. Der Notfallpatient muss Medphone als Partnerin im Gesundheitswesen kennen, und der Name soll wie ein bedingter Reflex mit der ärztlichen Notfallhilfe gekoppelt sein.

Für den VR von Medphone
Daniel Marth

Mitgliederversammlungen der Bezirksvereine

2. Juni 2005
24. November 2005

Die Kolleginnen und Kollegen an den Institutionen (wie Inselspital, Bezirks- und Regionalspitäler, Fortbildungs- sowie Qualitätszirkel) werden gebeten, diese Tage frei zu halten.

Bericht aus dem Grossen Rat



Th. Heuberger,
Grossrat

Die Februarsession des Grossen Rates war ungewöhnlich kurz, die zwei Reservetage wurden nicht gebraucht, da wir mit den Beratungen recht rasch zu Ende kamen. Dies hängt weniger mit der mangelnden Arbeitsintensität und Arbeitsbelastung zusammen, als mit dem Timing der verschiedenen Vorlagen und der verflochtenen Winterpause, in der nur wenige Vorlagen ausgearbeitet werden konnten. Es ist damit zu rechnen, dass wir für diesen eher etwas gemühten Beginn des Jahres 2005 in der Aprilsession «bestraft» werden und der Geschäftsdruck sehr stark zunehmen wird (nachdem wir im Dezember noch eine Sondersession einschalten mussten!). Dass solche «Rösselsprünge» für Selbständig-erwerbende nicht eben sehr glücklich sind, da die Planung der Hausarztpraxis sehr von konstanten Einsatzzeiten abhängt, kann man sich gut ausmalen; aber alles ist halt doch nicht planbar.

Das beherrschende Thema in den Wandelhallen-Gesprächen, im Kaffee, auf der Strasse, beim gemeinsamen Zusammensitzen waren diesmal jedoch nicht in erster Linie die anstehenden Geschäfte, sondern die Perspektiven der **Steuersenkungsinitiative**, die einige von uns mit Sorge erfüllten: der Ausgang von Volksabstimmungen ist nie voraussehbar. Die Auguren hatten uns einen knappen Ausgang, vielleicht sogar eine Annahme in Aussicht gestellt, wurden aber glücklicherweise Lügen gestraft.

Aus der Sicht der Mehrheit der Parlamentarier ist Erleichterung zu verspüren, dass die Argumente des Grossen Rates und der Regierung von der Bevölkerung beherzigt wurden und die Initiative keine Chance hatte. Es schliesst dies selbstverständlich nicht aus, dass in einzelnen Sparten und an einzelnen Orten die Steuerbelastung im

Kanton Bern nicht konstruktiv ist und dass Steuersenkungen sinnvoll sein können: Ein derartiges Signal hat der Grosse Rat in der Diskussion um die Verteilung der NFA-Gelder ausgesandt, und es herrscht Konsens, dass weiterhin daran gearbeitet werden muss, dass gezielte Steuersenkungen möglich sein müssten, um die Wirtschaft und den Standort des Kantons Bern zu verbessern. Aber immerhin hat der Ausgang der Abstimmung und auch die Aussicht auf die teilweise Schuldentilgung durch das Nationalbankgold dem Kanton Bern etwas Luft verschafft, und es dürfte etwas leichter werden, politische Projekte anzupacken und zu vertreten. Auf der anderen Seite ist es eindeutig der Wille des Grossen Rates, die finanzielle Situation des Kantons auf lange Frist zu verbessern und nachhaltig eine Gesundung der Staatsfinanzen zu erreichen. Erfreulich aus meiner ganz persönlichen Sicht ist hierbei auch, dass die grosse «Staatspartei» SVP diese Finanzpolitik auch mitgetragen und sich klar gegen diese Steuerinitiative ausgesprochen hatte, sowohl im Grossen Rat wie auch in der Öffentlichkeit.

Einer Verlängerung des **Numerus clausus**-Beschlusses und die Übertragung der Beschluss-Kompetenz an die Regierung wurde zugestimmt: In der Diskussion kam aber ganz klar zum Ausdruck, dass der Numerus clausus für die medizinische Fakultät und den medizinischen Nachwuchs sicher nicht die richtige Lösung darstellt; aber zurzeit ist er die einzige Möglichkeit, um die Probleme zu **Beginn** des Medizinstudiums einigermassen im Griff zu halten (wie das in den letzten Jahren jeweils der Fall gewesen ist). Es kam aber ebenso ganz klar zum Ausdruck, dass der Numerus clausus kein Mittel ist, um die Probleme der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf lange Frist zu lösen; hier sind neue Ideen und neue Ansätze gefragt. Ein Numerus clausus (bzw. richtigerweise ausgedrückt: der **Ausschluss** von Studierwilligen von einem Studium) kann sicher nie eine zukunftsgerechte Lösung sein, sondern ist nur als Nothilfe zu begreifen.

Das **Spitalversorgungsgesetz** wurde in letzter Diskussion beraten, die Empfehlung des Grossen Rates für die Abstimmung ist auf den Vorschlag des Grossen Rates ausgerichtet und wendet sich gegen die Annahme des Volksvorschlages, welcher nach Ansicht der Mehrheit des Grossen

Rates zu viele Gefahren und Nachteile bringen würde. Andererseits ist ganz klar, dass von allen Seiten darauf hingearbeitet werden muss, dass nicht ein **doppeltes Nein** entsteht und das nun bereinigte Spitalversorgungsgesetz weggeworfen werden müsste und die ganze Arbeit von vorne beginnen würde. Dies müsste die Spitalplanung und die Spitalversorgung ordentlich erschweren. Hier besteht generell die Meinung, dass man auf eine Annahme des Gesetzes hin arbeiten muss, um nicht plötzlich vor dem Nichts zu stehen.

Mit grosser Mehrheit wurde der Regierungsrat durch eine Motion aufgefordert, beim Bundesamt für Gesundheit und bei Swissmedic vorstellig zu werden, um eine verbesserte und unmissverständliche Einteilung der Medikamente in den verschiedenen Abgabelisten zu erreichen und um zu vermeiden, dass durch eine Vermischung von Medikation und Selbstmedikation Gefahren entstehen könnten. Hier wissen wir ja aus Erfahrung, dass einige Unklarheiten und unlogische Einteilungen von gewissen Medikamenten in den verschiedenen **Medikamentenlisten** vorhanden sind. Diesem Begehren hat der Grosse Rat zugestimmt, gegen den Willen der Regierung!

In den letzten Monaten und Jahren zeigte sich eine recht starke Bewegung, um die Bevölkerung und insbesondere die Jugend vor den **«legalen Suchtmitteln»** zu schützen und in dieser Hinsicht eine Gesundheitsprävention zu erreichen und die Verfügbarkeit der Jugend durch Werbung und freien Verkauf von solchen «Genussmitteln» (Alkohol und Tabak) zu vermindern oder zu verhindern. Wir haben entsprechende Vorstösse verabschiedet. Dass dies im Sinne einer seriösen und verantwortungsvollen Gesundheitspolitik steht, braucht wohl nicht ausdrücklich betont zu werden, und es dürfte sicher auch generell im Interesse der Ärzteschaft sein, wenn hier präventiv gewisse Schranken gesetzt werden (ohne dass man sich allzu viele Illusionen über die Wirksamkeit machen darf!).

Die Medienaktivitäten in Bezug auf die künftigen Probleme der **Hausarztmedizin**, sowie die von mir erneut eingereichte und nachgeschobene Motion über die gefährdete Hausarztversorgung stossen bei sehr vielen Grossrätinnen und Grossräten, bei Pressleuten und auch beim Publikum auf sehr grosses Interesse und Widerhall, und ich habe den Eindruck, dass hier langsam etwas in Gang kommt, was für eine verbesserte und auch zukunftsträchtige medizini-

sche Grundversorgung wesentlich sein dürfte. Hier liegt mir natürlich daran, insbesondere gerade auch durch die neue Motion, zu zeigen, dass einerseits der nun verlängerte Zulassungsstopp für Praxiseröffnungen ein falscher Weg ist und dass es andererseits nicht nur um die Gefährdung der Hausarztmedizin und der Praxisnachsfolgen geht: Auch in anderen Fachgebieten bestehen regional unterschiedliche Verteilungen von Spezialarztpraxen, was häufig eben nicht zu einem Überangebot, sondern in gewissen Spezialfächern sogar zu einem **Unterangebot** führt. Es wird sicher noch sehr viel Information und Überzeugungsarbeit brauchen, um die Politiker und Politikerinnen und auch die Bevölkerung mit Modellen bekannt zu machen, welche eher geeignet sind, die medizinische Versorgung (Grundversorgung und Versorgung in Spezialarztpraxen) auf lange Frist und nachhaltig zu sichern und insbesondere auch die Notfallversorgung der Bevölkerung im ganzen Kanton flächendeckend auf lange Sicht zu garantieren. Langsam scheint in das kollektive Bewusstsein einzudringen, dass hier effektiv ein Problem besteht, das von den Ärzten wahrgenommen und kommuniziert, von den Nicht-Ärzten und der Politik aber bisher nie zur Kenntnis genommen wurde.

u^b

**b
UNIVERSITÄT
BERN**

Die Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin, FIHAM, ist das Bindeglied zwischen der Medizinischen Fakultät Bern und den Berner Hausärztinnen und Hausärzten. Förderung der hausärztlichen und patientenzentrierten Sicht der Medizin, der Lehre und Forschung in der Hausarztmedizin sowie die Förderung von Qualität und Effizienz in Lehrärzte- und Forschungspraxen gehören zu unserem Kernauftrag.

Wir suchen Sie ... als Geschäftsführerin / Geschäftsführer (60–80%)

Als Geschäftsführerin/Geschäftsführer des operativen Bereichs sind Sie verantwortlich für die zentralen Koordinations- und Vernetzungsaufgaben zwischen der Medizinischen Fakultät und der Basis. Durch Ihre kommunikativen Fähigkeiten fällt es Ihnen nicht schwer, einen engen Kontakt mit den externen Mitarbeitenden der FIHAM zu pflegen. Die Weiterentwicklung des operativen Bereichs der FIHAM erfolgt zusammen mit dem Aufsichtsrat.

Wir erwarten von Ihnen:

Sie sind eine Persönlichkeit, die gute Kommunikationsfähigkeiten besitzt, flexibel und auch kreativ ist. Ihr Organisationstalent setzen Sie mit Freude ein und mit Ihrem Optimismus können Sie die Mitarbeitenden immer wieder neu motivieren. Ihre Loyalität gegenüber dem Aufsichtsrat und den Berner Hausärztinnen und Hausärzten ist gross.

Die Umsetzung strategischer Vorgaben in die richtigen operativen Aufgaben ist Ihnen nicht ganz fremd. Ihre Praxiserfahrung von mindestens fünf Jahren in der medizinischen Grundversorgung ist eine wichtige berufliche Basis und das richtige Rüstzeug für die neuen Aufgaben.

Wir bieten Ihnen:

Sie werden ein zukunftsfähiges und zukunftsorientiertes Arbeitsgebiet innerhalb der Medizinischen Fakultät Bern antreffen. Ein kompetentes und engagiertes Team wird Sie in Ihrer herausfordernden Tätigkeit unterstützen. In dieser dynamischen Umgebung erhalten Sie viel Freiraum für Ihre Eigeninitiative und Ihr Engagement.

Bewerbungen sind bis 15. Mai einzureichen an:

Prof. Dr. Paul Brütsch
Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin (FIHAM)
Murtenstrasse 11, 3010 Bern
fiam@fiam.unibe.ch

Jahresbericht 2004



Jürg Schlup,
Präsident
BEKAG

1 Einleitung

Im Berichtsjahr beschreibt der in Basel lebende, gebürtige Berner Philosoph Hans Saner die in unserm Land herrschende «Helvetosklerose» wie folgt: «Weil uns Mut und Vision fehlen, sind wir ratlos.» Und weiter: «Wie kann man mit so guten Karten so schlecht spielen?»¹

Vor diesem Hintergrund orientierte sich der Vorstand der Berner Ärztegesellschaft im Berichtsjahr zukunftsorientiert am Motto der jungen Burgdorferin Simone Niggli-Luder, Doppelweltmeisterin im Orientierungslauf: «Wenn man von Posten zu Posten läuft, kommt man ans Ziel.» Also lief der Vorstand zielorientiert und etappiert.

2 Gesundheitspolitisches Umfeld 2004

2.1 Die Schweiz

Die Zurückstellung der monistischen Spitalfinanzierung im eidgenössischen Parlament sowie die ebenfalls im Berichtsjahr beschlossene Verlängerung des Zulassungsstopps einzig für praktizierende Ärztinnen und Ärzte haben das Ungleichgewicht zwischen den Versorgungsbereichen Spital und Arztpraxis weiter verschärft. Diese Untergewichtung der ambulanten Praxis wird – sollte die Vertragsfreiheit vor der monistischen Spitalfinanzierung eingeführt werden – weiter zunehmen.

Die vielbeachtete Rechtssprechung des Versicherungsgerichtes gegen praktizierende Ärzte betreffend Rückforderung

von Kosten rezeptierter Medikamente hat zur Folge, das kostenintensive Patienten tendenziell aus der Praxisambulanz ausgelagert werden. Dies wird weder deren medizinische Führung verbessern noch die Gesundheitskosten senken.

2.2 Der Kanton Bern

Das Pro-Kopf-Einkommen liegt gemäss Bundesamt für Statistik heute in unserem Kanton knapp unter demjenigen von Italien; die Bevölkerungsentwicklung liegt 50% unter dem schweizerischen Durchschnitt. Folgen dieser kantonalbernerischen Entwicklungsschwäche für unser Gesundheitswesen sind u.a. mangelnde Mittel für Neuinvestitionen und für Infrastrukturerhalt. Beispiel dafür ist ein zunehmender Investitionsrückstand unserer öffentlichen Spitäler, welcher angesichts der aktuellen Wirtschaftsentwicklung kurzfristig kaum wettzumachen sein wird. Dieser Rückstand könnte mittelfristig eine Struktur-anpassung erzwingen.

3 Gesundheits- und Standespolitik 2004

3.1 Nationale Aktivitäten der Berner Ärztegesellschaft

3.1.1 KVG-Revision

«Natürlich. Ich bin privat versichert. Ich sage immer, ich will wählen, in wessen Arme ich sterbe. Und in den Armen eines politischen Gegners möchte ich beispielsweise nicht sterben!» Sagt offener als seine Vorgängerin Bundesrat Couchepin in einem Interview zur Frage nach einer Zusatzversicherung, publiziert in Care im September 2004. Im Oktober 2004 hielt der Vizedirektor BAG, H.H. Brunner zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs für praktizierende Ärztinnen und Ärzte fest: «Persönlich habe ich immer gesagt, dass diese Kartellstruktur aufgebrochen werden muss.»²

Der VSAO bemühte sich im Berichtsjahr um die Erarbeitung von Kriterien für die Zulassung von praktizierenden Ärzten, für den Fall der Aufhebung der Kontrahierung. Unser Vorstand unterstützte diese Bemühungen und bediente die VSAO-Geschäftsleitung mit Kriterien, welche der Berner Vorstand anlässlich der Klausurtagung 2001 erarbeitet und dem Natio-

nalrat erfolglos Anfang 2002 unterbreitet hatte.

Anlässlich der dritten Ärztekammersitzung Ende Oktober 2004 beantragt unsere Delegation erfolgreich die Erneuerung der FMH-Referendumsdrohung gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs.

3.1.2 FMH

An folgenden FMH-Veranstaltungen nahm jeweils eine Berner Delegation teil: 3 Ärztekammersitzungen (statutarisch wäre eine einzige vorgesehen) und 4 Präsidentenkonferenzen. Schwerpunkt unseres Engagements in diesen Gremien im Berichtsjahr war die Haltung der FMH zur KVG-Revision, die Vorbereitung der FHM-Strukturreform inklusive Projektorganisation und die Einflussnahme im Vorfeld des Wechsels im FMH-Präsidium. Bei allen drei Schwerpunkten konnten wir unsere Meinung erfolgreich vertreten. Anlässlich der eigentlichen Präsidentenwahl gelang dies nicht: Unsere Delegation unterstützte grossmehrheitlich den Unterlegenen Chirurgen und Nationalrat Yves Guisan.

Die vom FMH-Tarifdienst entsprechend einem Vorstoss der Berner Ärztegesellschaft nolens volens erst im Laufe des Januar 2004 aufgebaute Tarmed-Info-Hotline für Mitglieder wurde dem Volumen der Anfragen im ersten Quartal 2004 nicht immer gerecht. Dadurch wurde unser Sekretariat – wie andere Kantonalsekretariate auch – vermehrt mit Tarmed-Fragen belastet. Diese späte Vorbereitung seitens des FMH-Tarifdienstes führte dazu, dass die eidgenössische Tarif Tarmed KVG zu Beginn der Einführungsphase 26-fach kantonal interpretiert wurde. Für die tarifanwendenden FMH-Mitgliedern war diese Interpretationsvielfalt zeitweise verwirrend.

Ende Oktober 2004 lief die Fallkostenstabilisierungsphase TarMed UVG nach 18 Monaten vertragsgemäss aus. Zwecks Korrektur der während dieser Einführungsphase schweizweit um rund 10% angestiegenen Fallkosten verhandelten die nationalen Vertragspartner eine Senkung des UVG-Taxpunktwertes per 1. November 2004 von 100 auf 92 Rp.

3.1.3 Kostenneutralitätsbüro Schweiz

Bereits anlässlich der ersten Taxpunkt-Anpassungsrunde im August 2004 hielt der Vorstand der Berner Ärztegesellschaft gegenüber dem Kostenneutralitätsbüro fest, dass für den Anstieg der Arztkosten auch Faktoren verantwortlich sind, welche auf die Tarifstruktur von Tarmed zurückzuführen sind. Gleichzeitig beantragte er dort eine Überprüfung der Tarifstruktur zwecks baldiger Anpassung

¹ Weil uns Mut und Vision fehlen, sind wir ratlos. Interview mit Hans Saner. Der kleine Bund; 8.1.2005: Seite 4.

² Interview: Den Leuten nichts vorgaukeln. Der Bund, 14. Oktober 2004, S. 7.

einzelner – als kostentreibend identifizierter – Tarifpositionen.

3.2 Kantonale Aktivitäten der Berner Ärztegesellschaft

Im Berichtsjahr wurden folgende statutarische Veranstaltungen durchgeführt: 3 Delegiertenversammlungen, 3 Präsidentenkonferenzen, 12 Vorstandssitzungen und 12 Sitzungen des geschäftsleitenden Ausschuss. Zusätzliche Sitzungen erfolgten projektbezogen. Daneben fand eine Klausurtagung und ein Tag der Ärztinnen und Ärzte statt.

3.2.1 TarMed KVG

3.2.1.1 Kostenneutralität

Am 1. Januar 2004 begann die vertraglich vereinbarte **Einführungsphase** Tar-Med KVG in allen Spitalambulatorien und Arztpraxen, Dauer 18 Monate. Am 1. April 2004 startete die 13 Monate dauernde Kostenneutralitätsphase. Letztere wurde 1997 durch FMH, SaS, H+ festgeschrieben, 2001 durch die Ärztekammer genehmigt und fand 2002 die Zustimmung der FMH-Mitglieder – allerdings nicht des Kantonalvorstandes.

Basis der **Kostenneutralität KN** sind die Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP. Diese Bruttokosten umfassen alle ambulanten TAR-MED-Leistungen plus Laboranalysen und Physiotherapie (inkl. Ergotherapie, Logopädie) ohne Medikamente. Diese Bruttokosten dürfen während der KN maximal 2,5% über denjenigen des Vergleichsjahres 2001 liegen. Liegen diese Kosten darüber, so wird der Taxpunktwert monatlich überprüft und allenfalls sofort angepasst.

Während der Dauer der KN war der Kantonalvorstand für die Umsetzung der KN im Vertragsraum BE verantwortlich. Insbesondere musste er unberechtigte Forderungen zur Reduktion des Taxpunktwertes TPW abwehren (so geschehen im Juli und Oktober des Berichtsjahres) und berechnete TPW-Anpassungen vertragsgerecht vollziehen (so geschehen im August und November). Dazu war er nur in der Lage, weil er auf konsolidierte statistische Leistungsdaten des ärzteigenen Trustcenter **PonteNova** zurückgreifen konnte, Statistik-Analysen des ärzteigenen Datenzentrums **NewIndex** einkaufte und sich auf Empfehlungen der Expertengruppe **Economics** im Kantonalvorstand selber stützen konnte.

Diese monatliche Interpretation grosser Datenmengen durch Economics, unsere regelmässigen Stellungnahmen gegenüber dem nationalen Büro Kostenneutralität, die wiederholten Empfehlungen an

unsere Mitglieder, die monatliche Vorhalteleistung zum Versand von Mitglieder-rundschreiben und Pressemitteilungen belasteten Ressourcen im Sekretariat, im Pressedienst und im Vorstand. Dieser Belastungsprobe zeigte sich unsere Expertengruppe Economics durchaus gewachsen. Dies obschon diese Mitglieder des Kantonalvorstandes noch zusätzlich durch zahlreiche Anfragen von verunsicherten Mitgliedern sowie Informationsveranstaltungen bei Fachgesellschaften und Bezirksvereinen gebunden wurden. Im Namen des Kantonalvorstandes danke ich unsern Economics-Experten für die grosse Arbeit, die sie flexibel, agil, kompetent und mit grossem Engagement für alle unsere Mitglieder geleistet haben: Dres.med. Kurt Aeschlimann (Vorsitz), Beat Gafner, Hans Werner Leibundgut und Adrian Sieber.

3.2.1.2 Paritätische Vertrauenskommission PVK

Der letzte noch fehlende Teil des Anschlussvertrages BE TarMed KVG, das PVK-Reglement wurde bis zum Frühjahr 2004 mit Santésuisse ausgehandelt und bis im Sommer unterzeichnet. Im Herbst wurden von beiden Vertragspartnern je 3 Kommissionsmitglieder gewählt, daneben Ersatzmitglieder. Für die BEKAG konnte ein Gynäkologe, eine Hämatologin und ein Allgemeinmediziner gewonnen werden; als Ersatzmitglieder finden sich ein Gastroenterologe, ein Psychiater, eine weitere Gynäkologin und eine Komplementärmedizinerin. Zum Jahresende konnte gemeinsam von Santésuisse und BEKAG als Vorsitzender Fürsprecher Hügli verpflichtet werden.

3.2.2 Geschäftsreglement Kantonalvorstand

Im Berichtsjahr genehmigte die Delegiertenversammlung die Anpassung des Geschäftsreglements des Kantonalvorstandes. Die Änderung betraf eine Kompetenzerweiterung des Ausschusses und insbesondere die fallweise Auftragserteilung an einzelne Ressorts.

3.2.3 Spitalarztverträge (Gutachten Geiser)

Dank der gemeinsamen Intervention von Ärztesgesellschaft, Vereinigung der Spitalärzte und Verband Berner Krankenhäuser gelang es, die Gesundheitsdirektion zu überzeugen, die Spitalarztverträge (AHV-Status Kaderärzte) nicht kurzfristig per 1.1.2004, sondern ein Jahr verzögert umzusetzen.

Zwischenzeitlich wurde von den leitenden Spitalärzten ein Gutachten in Auftrag

gegeben und die Berner Ärztesgesellschaft BEKAG beteiligte sich an den Kosten. Gegenstand des Gutachtens ist die sozialversicherungsrechtliche Qualifikation der privatärztlichen Tätigkeit im Spital und deren Auswirkung auf das ärztliche Anstellungsverhältnis.

Die Sozialversicherungen und Gesundheitsdirektion GEF neigten dazu, die selbständige Tätigkeit der spitaltätigen Kaderärzte (mit Ausnahme der privaten Sprechstunde) einzuschränken, dies zugunsten der unselbständigen Tätigkeit. Gleichzeitig zielt die GEF, die Folgen ihrer Anstrengungen zu tragen, beispielsweise im Bereiche der ersten bzw. zweiten Säule (Arbeitgeberbeiträge) und der Unfall- sowie Taggeldversicherung (Lohnfortzahlungspflicht bei Unfall und Krankheit).

3.2.4 doc.be

Nachdem unsere Mitgliederzeitschrift doc.be seit 2001 unter neuem Namen und angepasstem Layout erschienen ist, wird sie seit April 2004 in Farbe gedruckt. Die Geschäftsleitung will das Informationsblatt dadurch noch leserfreundlicher gestalten.

3.2.5 www.berner-aerzte.ch

Die künftige Betreuung unserer Homepage wurde dem Presse- und Informationsdienst PID der BEKAG übertragen.

3.2.6 Gesundheitspolitische Positionen des Vorstandes

Die anlässlich der Klausurtagungen 2002 und 2003 erarbeiteten Gesundheitspolitischen Leitlinien wurden Ende 2003 vom Vorstand verabschiedet und während des ganzen Berichtsjahres in 5 Teilen über doc.be publiziert und erläutert. Zum Jahresende 2004 wurde eine Zusammenfassung doc.be beigelegt.

3.2.7 Trust Center PonteNova

Für die Überwachung der Kostenneutralität war die BEKAG auf **Statistik-Analysen** des nationalen ärzteigenen Datenzentrums **NewIndex** angewiesen. Diese Analysen mussten von der BEKAG finanziert werden. Der Finanzierungsbedarf belief sich auf CHF 42.– pro Mitglied: Eine Erhöhung des Mitgliederbeitrages wurde diskutiert. In dieser Situation offerierte PonteNova der BEKAG die Übernahme der Controlling-Kosten für ihre Kunden (rund 50% unserer Mitglieder). Dank der 50%igen Übernahme dieser Analysekosten durch PonteNova konnte die BEKAG die restlichen Kosten selber und ohne Erhöhung des Mitgliederbeitrages finanzieren.

Im April des Berichtsjahres bat der Vor-

stand den Verwaltungsrat PN, ein neues Geschäftsfeld zugunsten der Ärzteschaft aufzubauen. Ziel dabei soll sein, Ärztegruppen beim Aufbau und Betrieb von Netzwerken zu beraten und zu unterstützen. Bis zum Ende des Geschäftsjahres beschloss der VR PN eine solche Beratung aufzubauen und anzubieten. In der Region Bern sind erste Beratungen bereits im Gang.

3.2.8 Projekt Datensynchronisation

Eine Umfrage bei den Präsidenten der Bezirksvereine und der Fachgesellschaften ergab im Frühjahr 2004 ein allgemeines Interesse für eine kantonsweite Synchronisation von ausgewählten Mitgliederdaten. Nicht-kompatible Mitgliederdaten führten in den letzten Jahren zunehmend zu Problemen in der Mitgliederverwaltung. Mutationen von Mitgliederdaten konnten zwischen Fachgesellschaft / Bezirksverein und Kantonalgesellschaft nicht übernommen, sondern mussten neu erfasst werden.

Daher lancierte der Kantonalvorstand im Sommer 2004 ein Projekt zur kantonsweiten Synchronisation der Mitgliederdaten auf Basis einer einheitlichen Software. Frühzeitig involvierte er auch die FMH einerseits über deren neu gewählten Präsidenten und andererseits über deren Mitgliederdatenverwalter. Im Herbst 2004 lehnte die FMH eine Beteiligung am Projekt wegen Ressourcenknappheit ab. Der Vorstand liess sich dadurch nicht beirren und die Delegiertenversammlung stimmte im Oktober einer Beteiligung von CHF 25'000 an den Kosten einer zu erarbeitenden Software EPOS zur Mitgliederverwaltung zu. Weiter akzeptierten die Delegierten eine einmalige Set-up Gebühr sowie eine Monatsmiete für Gesellschaften, welche diese Software anwenden werden. Die Firma Logex AG in Ins wurde beauftragt, diese Software bis Frühjahr 2005 verfügbar zu machen. Unsere angeschlossenen Verbände wurden gebeten, über eine Arbeitsgruppe ihre Wünsche für diese Software einzubringen. Logex wurde favorisiert, da bereits 8 Kantonalgesellschaften mit Logex-Software arbeiten; falls diese Pilot-Datensynchronisation BE gelingt, könnte später eine interkantonale Synchronisation versucht werden. Möglicherweise ist die FMH bis dahin in der Lage, Ressourcen frei zu spielen.

3.2.9 Projekt Heimarzt

Der Verband Berner Hausärzte VBH beantragte dem Kantonalvorstand, gemeinsam mit dem Verband Bernischer Alters-einrichtungen die Empfehlungen für Heimärzte aus dem Jahre 1988 zu über-

arbeiten. Der Vorstand wählte eine zweiköpfige Verhandlungsdelegation – bestehend aus einem Vorstandsmitglied des VBH und dem Leiter der Verhandlungsdelegation BEKAG – und beauftragte diese, sowohl einen Mustervertrag wie auch ein Pflichtenheft zu erarbeiten bzw. zu verhandeln. Voraussichtlich 2005 sollten Resultate vorliegen.

3.2.10 Projekt Festschrift

Der Vorstand bewilligte zu Jahresanfang das Mehrjahresbudget dieser Festschrift. An vier Sitzungen bearbeitete das Projektteam unter Leitung von Herrn Professor U. Boschung die Indexierung und Zugänglichkeit der vorhandenen Archive bei der BEKAG, deren Bezirksvereinen und der FMH. Weiter wurden die Vorarbeiten für eine Seminararbeit von Geschichtsstudentinnen und -studenten begonnen. Schliesslich wurden ausgewählte Ärztinnen und Ärzte um erste Beiträge gebeten.

3.2.11 Projekt Medphone

Mit dem Projekt Medphone wollte der Kantonalvorstand dem Bedürfnis einer zunehmenden Zahl unserer Mitglieder nach einem Triagedienst für notfalldienstleistende Ärztinnen und Ärzte entgegenkommen. Nach achtmonatiger Arbeit legte das Projektteam unter Leitung von Dr. Daniel Marth im März 2004 der Delegiertenversammlung eine überregionale Lösung für eine ärzteigene Notfallarzt-Vermittlung zur Abstimmung vor: Die Delegierten stimmten dem Aufbau und der Finanzierung der Medphone AG mit grosser Mehrheit zu. Am 3. Juni 2004 wurde die Medphone AG an der Kapellenstrasse 14 in Bern durch folgende Gesellschaften gegründet: Berner Ärztesgesellschaft, Medizinischer Bezirksverein Bern, Ärztliche Bezirksvereine Bern-Land, Biel-Seeland, Oberaargau, engeres Oberland und Verband Berner Hausärztinnen und Hausärzte. Medphone ist eine Weiterentwicklung von Notfallarzt MBVBern, steht allen interessierten Notfallarzt-Dienstkreisen offen und bietet folgende Dienstleistungen: Notruf-Telefonzentrale mit überregionaler Nummer, medizinische Beratung durch qualifiziertes Fachpersonal rund um die Uhr, medizinische Triage der Anrufe bezüglich Dringlichkeit und Schweregrad, zeitgerechte Notfallarzt-Vermittlung, Zusammenarbeit mit Rettungsdienst 144 (Saniätsnotrufzentrale) und Spitäler, Dokumentation und Evaluation der Dienstleistung.

Der Kantonalvorstand wird den Aufbau von Medphone weiterhin unterstützen.

3.2.12 Projekt RoKo (Rollende-Kosten-Studie)

Die jährlich erhobenen Daten zeigen die Entwicklung der betriebswirtschaftlichen Kosten auf, welche für die Erstellung der Dienstleistung Arztpraxis vom Praxisbetreiber aufgewendet werden müssen. Dieser monitorisierte Praxisaufwand wird einerseits von der Ärztesgesellschaft in den Tarifverhandlungen eingebracht und erlaubt andererseits der teilnehmenden Ärztin, ihren eigenen Kostenaufwand zu verfolgen und mit demjenigen anderer Ärzte gleicher Fachrichtung zu vergleichen.

Die Berner Ärztesgesellschaft erfasst diesen Kostenaufwand seit 1989. Der Vorstand führte 2003 eine Belohnung ein, für das Ausfüllen der jährlichen Mitgliederumfrage RoKo mit eigenen auswertbaren Praxiskosten. Nicht-beanspruchte Rückvergütungen des Vorjahres erlaubten dem Vorstand für 2004 eine Erhöhung der Belohnung auf CHF 300 vorzunehmen. Rund 450 Mitglieder nahmen im Berichtsjahr an der Umfrage teil.

3.2.13 Tag der Berner Ärztinnen und Ärzte

Unter Leitung von Professor H.J. Peter, Präsident des Organisationskomitees, fand am 11. November 2004 der Tag der Berner Ärztinnen und Ärzte statt. Dieser Fortbildungstag fand auf Einladung der Direktion des Inselspitals statt und wurde auch von dieser finanziert. Anlass dazu waren die Feierlichkeiten 650 Jahre Inselspital. Unter dem Motto «Medizin im Spannungsfeld zwischen Praxisalltag und Universitätsspital» gelang es der Programmkommission, ebenfalls unter Leitung von Professor H.J. Peter, eine Reihe von Referenten für diese Tagesveranstaltung zu motivieren, welchen es gelang, rund 350 Ärztinnen und Ärzte eine bemerkenswerte Fortbildung zu vermitteln. Während des Abendbuffets bot die Insel-direktion grosszügig und zur Freude aller anwesenden Frau Anna Seiler und ihre MitarbeiterInnen auf. Dank gebührt den Referenten aus dem Kollegium des Inselspitals, aus der Programmkommission, der Inseldirektion, Professor H.J. Peter und Frau P. Wolf!

3.2.14 Notfalldienst

2004 traten regionale Probleme um den ärztlichen Notfalldienst in mehreren städtischen Regionen der Schweiz auf. Oft traten diese Probleme im Spannungsfeld zwischen den Anforderungen der Bevölkerung und der Verfügbarkeit/Dienstbereitschaft der Ärzteschaft auf. Ende 2004 drohte in einem Mittellandkanton gar die Regierung einzugreifen.

Die regional verfügbaren, Notfalldienst

leistenden praktizierenden Ärztinnen und Ärzte nehmen ab, dies im Wesentlichen wegen vier Entwicklungen: einer gewissen Überalterung der notfalldienstleistenden Ärzte, einem Trend zur Spezialisierung, der Feminisierung der Ärzteschaft sowie einer tendenziell abnehmenden Verfügbarkeit. Die Belastung der dienstleistenden Ärztinnen und Ärzte steigt künftig regional unterschiedlich an.

Im Kanton Bern gab der Notfalldienst vorwiegend in den Bezirksvereinen Bern und Bern-Land zu Diskussionen Anlass. Der Kantonalvorstand unterstützte die Bemühungen dieser Bezirksvereine mit allen seinen Möglichkeiten, den Notfalldienst gemäss den gesetzlichen und statutarischen Grundlagen sicherzustellen. Ergänzend dazu fand ein persönliches Gespräch des Präsidenten mit dem Gesundheitsdirektor statt.

3.2.15 Defibrillator

Gemeinsam mit Medphone und den Berner Zahnärzten lancierte der Vorstand eine Sammelbestellung für einen Defibrillator. Voraussetzung für die Gerätewahl war eine möglichst hohe Kompatibilität mit den Geräten der Rettungsdienste im Kanton. Dank der gemeinsamen Bestellung konnte ein Rabatt von 30% erreicht werden.

3.2.16 Podiumsdiskussion

Im Juni 2004 hatte ich Gelegenheit als Präsident unserer Gesellschaft neben Nationalrätin Humbel (Santésuisse), Vizedirektor Britt (BAG) und Patientenvertreterin Kessler an einer Podiumsdiskussion unter Leitung von Ökonom Oggier aufzutreten. Thema Ärztenetzwerke und Vertragsfreiheit.

3.2.17 Ärztemangel

Bereits im Jahre 2003 zeigte die Mitgliederumfrage zum Thema Ärztemangel, dass unsere Mitglieder in den ländlichen Regionen unseres Kantons und mehrheitlich für die Fachdisziplinen Pädiatrie und Allgemeinmedizin einen Ärztemangel wahrnehmen. Anlässlich der dreimal jährlich stattfindenden Gespräche zwischen EDI und kantonalen Gesundheitsdirektoren hielt Bundesrat Couchepin am 16. September 2004 fest, dass ein grenzenloser Überfluss an Leistungserbringern das aktuelle Gesundheitssystem kennzeichnet.³ Die im Berichtsjahr herrschende **Wahrnehmungsdifferenz** zwischen Politik

und Ärzteschaft wird an obigem Beispiel prägnant sichtbar und wird zu Spannungen nicht allein zwischen beiden Gruppen, sondern auch innerhalb des Gesundheitswesens führen. Zur Erläuterung dazu folgendes aus der Demographie unserer praktizierenden Mitglieder 2004: von den sog. Grundversorgern⁴ sind 13% (139) 60-jährig und älter, von sämtlichen praktizierenden Mitgliedern sind 16% (326) 60-jährig und älter.

3.2.18 Praxisbörse

Im Februar 2004 beschloss der Vorstand auf unserer Homepage eine Praxisbörse einzurichten. Im April wurde ein entsprechender Hinweis in doc.be publiziert und das Angebot mit der Homepage des VSAO Bern verlinkt. Zum Jahresende waren dort rund zehn Praxen zur Übergabe publiziert.

3.2.19 City Notfall AG

Im März des Berichtsjahres erhielten wir von der Spitaldirektion des Inselspitals Informationen betreffend eines Gemeinschafts-Projekts Inselspital-Klinik Sonnenhof. Mittels eines spitalexternen Ambulatoriums soll die Notfallstation des Inselspitals entlastet werden. Wir wurden aufgefordert, beratend im Steuerungsausschuss mitzuarbeiten. Nach Rücksprache und im Einvernehmen mit dem MBV Bern delegierte der geschäftsleitende Ausschuss der BEKAG einen Vertreter in diesen Steuerungsausschuss. Unser Delegierter wurde zu lediglich 2 Sitzungen aufgeboten.

Im September 2004 weckte dieses Projekt das Interesse des Verbandes Berner Hausärzte VBH. Die BEKAG koordinierte einerseits das Vorgehen der interessierten Verbände MBV Bern und VBH und unterstützte diese andererseits mit einem Fachmann. Bis zum Ende des Berichtsjahres fand die von MBV und VBH angestrebte Beteiligung auf strategischer Ebene bei den Initianten des Projekts keine.

3.2.20 Klausurtagung Vorstand

Die diesjährige Klausurtagung des Vorstandes hatte zum Ziel, Alternativen zum Zulassungsstopp und zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs aufzuzeigen. Bearbeitet wurde die aktuelle KVG-Revision mit den Bereichen Kontrahierungszwang, Managed Care, Spitalfinanzierung und Kostenbeteiligung. Als Referent konnte Nationalrat Yves Guisan gewonnen werden, der als Mitglied der vorberatenden Nationalrats-Kommission einleitend über

den aktuellsten Stand der KVG-Revision orientierte.

3.2.21 Bestes Staatsexamen in Humanmedizin

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

3.2.22 Medienmitteilungen

3.2.22.1 Apotheken versus Ärzte

Im Januar 2004 versuchte eine Journalistin im Oberaargau einen lokalen, latenten Konflikt zwischen Apothekern und Ärzten zu aktivieren und schrieb in der Berner Zeitung einen scharfen Artikel zum Thema illegaler Selbstdispensation von Ärzten. Wir wiesen daraufhin, dass die Medikamentenabgabe für Landärzte nicht nur eine wichtige Dienstleistung sei, sondern auch einen wesentlichen Deckungsbeitrag für die Praxiskosten liefere. Letzteres sei als Anreiz für die abnehmende Spezies der Landärzte wichtig und trage zur Versorgungssicherheit auf dem Lande bei.

Daneben sprach sich die BEKAG mit dem Vorstand des Bezirksvereins Oberaargau und dem kantonalen Apothekerverband ab, worauf der Journalistin das zündende Material ausging.

3.2.22.2 0900er Nummern

Im Februar 2004 wurde die BEKAG vom Bieler Tagblatt um eine Stellungnahme betreffend der neuen 0900er Notfallnummer in Biel angefragt. Wir wiesen darauf hin, dass diese Massnahme der lokalen Ärzteschaft als Reaktion auf einen Abbau des service public zu sehen sei. Konkret sei in Biel die Stadtpolizei nicht mehr bereit, die Vermittlung der Notfalldienst leistenden Ärzte zu übernehmen.

3.2.22.3 Taxpunktwert-Anpassung

Wir wiesen in unserer Mitteilung darauf hin, dass die Ärzteschaft den TarMed Vertrag genauestens nachvollziehe. Diese Meldungen fanden gute Beachtung.

3.2.23 Vernehmlassungen

3.2.23.1 Richtlinien zur Betreuung von Patienten am Lebensende

Unsere Stellungnahme zum Entwurf erfolgte in zustimmendem Sinne zu Händen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Die Richtlinien zeigen Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen der Betreuung von Patienten am Lebensende auf.

3.2.23.2 Fakultätsreglement Totalrevision

Unsere Stellungnahme erfolgte zu Han-

³ Der Dialog über die Nationale Gesundheitspolitik hat Form und Takt gefunden. Newsletter Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Dezember 2004: Seite 1. www.nationalegesundheitsch.ch

⁴ ÄrztInnen mit Facharzttitel allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie und Allgemeinmedizin

den des Dekanats, erfolgte auf Antrag der Fakultären Instanz für Allgemeinmedizin und betraf Art.8 bzw. das Reglement der FIAM

3.2.23.3 Alterspolitik

Mit seinem Bericht Alterspolitik will der Regierungsrat die Selbständigkeit der älteren Menschen fördern, die Pflege zu Hause vorantreiben und anstelle von Pflegeheimplätzen Anreize für zukunftsorientierte Wohnungs- und Betreuungsplätze schaffen. Unsere Stellungnahme zu Händen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF war in einigen Punkten kritisch. Gemäss GEF waren wir die einzigen kritischen Vernehmlassungsteilnehmer... Wir monierten, dass diese Alterspolitik folgende Punkte zuwenig berücksichtige: Zunehmende ambulante Pflegebedürftigkeit infolge gehäufter Koinzidenz von

- Pflegeheim-Moratorium und
- Alterung der Bevölkerung und
- Fehlen von betreuenden Angehörigen und
- abnehmender Hospitalisationszeit (intensivere Vor- und Nachbetreuung).

Betagte möglichst lange zu Hause zu halten ist gut, bedingt aber einen bedarfsgerechten Ausbau der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste. Falls diese Pflegebedürftigen nicht ambulant versorgt werden könnten, dann könnten diese die stationäre Akutversorgung belasten und beeinträchtigen. Zudem fehle im Bericht die ambulante ärztliche Versorgung völlig; dabei wäre auch der sich abzeichnende Ärztemangel zu berücksichtigen.

Die GEF nahm unsere Kritik ernst und entsandte den Generalsekretär zum Brainstorming. Letzteres gestaltete sich konstruktiv und führte zu einer Anpassung des Berichts Alterspolitik. Ob die von der Regierung postulierte dezentrale, ambulante Pflege tatsächlich kostengünstiger sein wird, als eine zentrale, stationäre Alterspflege, wird sich weisen; für die Regierung möglicherweise.

3.2.23.4 Bericht zur Umsetzung der Heimverordnung von 1996

Unsere Stellungnahme zu Händen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion erfolgte in Absprache mit der Sektion Bern des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen.

3.2.23.5 Tarif schulärztlicher Dienst

Eine Anpassung erfolgte auf Antrag unseres Kantonalvorstandes mit dem Ziel, den Taxpunktwert vom TarMed UVG zu entkoppeln. Unsere Stellungnahme zu Händen der Gesundheitsdirektion sprach sich

für eine Anbindung an die Gebührenordnung der Kantonsverwaltung aus.

3.2.23.6 0900-er Nummer

Unsere Stellungnahme zu Händen des Kantonsarztes betraf das Problem der Erreichbarkeit des ärztlichen Notfalldienstes. Seit Anfang Berichtsjahr haben Telefonabonnenten die Möglichkeit, 0900er Nummern sperren zu lassen. Gleichzeitig sind regionale ärztliche Notfalldienste zunehmend häufig nur noch über 0900er Nummern erreichbar.

Wir führten an, dass die kostenpflichtigen 0900er Nummern in den Regionen Biel und Bern von der Ärzteschaft wegen des Abbaus des service public eingeführt wurden (Wegfall von bisherigen Leistungsbeiträgen der öffentlichen Hand), und dass die so generierten Beiträge lediglich die Hälfte der Organisationskosten dieser regionalen Notfalldienste tragen. Dass die Ärzteschaft, welche die übrigen Kosten für die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe selber trägt, unter den gegebenen Umständen nicht bereit ist, die Organisation des Notfalldienstes anzupassen.

Der Verzicht auf die Möglichkeit der Beanspruchung von 0900er Notfalldienstnummern ist freiwillig und liegt in der Selbstverantwortung jedes Abonnenten. Für Abonnenten, welche die 0900er Nummern gesperrt haben, steht die Notrufnummer 144 nach wie vor offen. Eine konkrete Gefährdung, welche ein Einschreiten der Behörden erforderlich machen würde, besteht daher nicht.

3.2.23.7 Spitalversorgungsgesetz

Nachdem die Berner Ärztesgesellschaft 2001–2002 ihre Anliegen zum neuen Spitalversorgungsgesetz einbrachte, in der Vernehmlassung 2002 ergänzende Vorschläge machte und anlässlich von zwei Grossratshearings 2003 klar Stellung bezog, unterstützt der Vorstand der Ärztesgesellschaft das Spitalversorgungsgesetz, wie es im Frühjahr 2004 vom Grossen Rat mit **107 gegen 13 Stimmen** verabschiedet wurde. Er stellt sich gegen das Referendum des VPOD, vielmehr unterstützt er die Vereinigung der Spitalärzte des Kantons Bern sowie den Verband der Berner Krankenhäuser.

3.2.24 Mutationen

Dr.med. Beat Geering wurde per 1. Januar 2004 vom Vorstand als Beisitzer und Vertreter des VR Inselspital in den Vorstand gewählt.

Dr.med. Oliver Adam trat per Ende April 2004 als Beisitzer und Vertreter VSAO Bern im Vorstand zurück.

Dr.med. Christoph Stettler trat im Mai als

Beisitzer und Vertreter des VSAO Bern neu in den Vorstand.

Dr.med. Peter Widler wurde im Juni 2004 von der Delegiertenversammlung als Vertreter MBV Bern neu in den Vorstand gewählt.

Peter Jäger trat als langjähriger Leiter des Presse und Informationsdiensts PID der BEKAG per Ende Juni 2004 ins zweite Glied zurück, nachdem er während beinahe zwei Jahrzehnten diese Aufgabe engagiert und kompetent wahrgenommen hatte. Er wird dem Vorstand punktuell weiterhin zur Verfügung stehen.

Marco Tackenberg wurde vom Vorstand als neuer Leiter PID gewählt. Der Politologe und PR-Fachmann übernahm diese Aufgabe am 1. Juli 2004. Er war bislang bereits als Redaktor doc.be für die BEKAG tätig.

Jenny Hellmund trat am 1. August 2004 als Mitarbeiterin in unserm Sekretariat ein. Sie übernahm schwergewichtig die Mitgliederverwaltung.

Prof.Dr.med. Emilio Bossi, Dekan der Medizinischen Fakultät trat im August 2004 als Beisitzer und Vertreter der Medizinischen Fakultät im Vorstand zurück. Die Verbindung zur Ärzteschaft im Allgemeinen und zur Ärztesgesellschaft im Besonderen waren ihm wichtig.

Prof.Dr.med. Martin Täuber, Dekan der Medizinischen Fakultät wurde im September 2004 als Beisitzer und Vertreter der Medizinischen Fakultät im Vorstand aufgenommen.

Dr.med. Anton Seiler, Kantonsarzt, trat als Beisitzer und Vertreter der Gesundheits- und Fürsorgedirektion im Vorstand unserer Gesellschaft auf Ende 2004 zurück. Toni Seiler hat diese wichtige Schnittstelle in zeitweise bewegten Zeiten engagiert, sehr persönlich und erfrischend kritisch sichergestellt.

4 Was bringt die Gesundheitspolitik 2005

4.1 In der Schweiz

Die Finanzierung der Invalidenversicherung bleibt ein Thema.

Die Diskussion betreffend Einführung der Vertragsfreiheit für praktizierende Ärztinnen und Ärzte geht weiter.

Das Ringen um die Konzentration der Spitzenmedizin wird härter und kommt – ausgelöst durch die Kontroversen um die Herztransplantation in eine vorentscheidende Phase. Nach Konzentration verlangt das im entstehen begriffene Transplantationsgesetz, der im Herbst 2004 vom Volk verabschiedete neue Finanzaus-

gleich NFA, eine SVP-Motion im Nationalrat und das in Revision stehende KVG. Das nationale Parlament ist und wird mit der Frage konfrontiert: Wieviele solche Zentren sind für die Versorgung des Siedlungsraums Schweiz bzw. für die Versorgung einer modernen Grossstadt Schweiz nötig? Wieviele Universitätsspitäler kann unsere Volkswirtschaft noch finanzieren? Die Lösung wird sich zwischen folgenden Polen finden: Ein einziges Zentrum der Harvard-Welt-Klasse versus fünf Unispitäler der europäischen Mittelklasse.

4.2 Im Kanton Bern

Die eigentliche Kostenneutralitätsphase TarMed KVG wird Ende Juni 2005 beendet sein. Was nachher folgt, ist am Jahresende 2004 noch offen. Klar sind allerdings die Vorgaben des Bundesamtes für Gesundheit dazu: «Alle Leistungserbringer, die denken, nach der Kostenneutralität könnten sie wieder in den alten Trott wechseln, müssen wissen: das wird nie und nimmer der Fall sein.»⁵

Über das neue Spitalversorgungsgesetz wird Anfang Juni 2005 das Berner Volk

abstimmen. Dies, nachdem das Referendum gegen dieses vom Grossrat mit 107 gegen 13 Stimmen gutgeheissene Gesetz ergriffen worden ist.

Im Juli 2005 will die Notfall City AG am Bubenbergplatz in Bern ein Ambulatorium eröffnen.

Vom 16. bis 19. November 2005 finden am Inselspital Bern die Berner Tage der Klinik BETAKLI statt. Die BETAKLI-Kommission hat bereits im Berichtsjahr die Vorarbeiten dafür begonnen.

5 Schlusswort

Unsere soziale Verantwortung als Ärztin und Arzt bezieht sich zwar hauptsächlich auf das individuelle Wohlergehen der einzelnen Patienten, aber auch auf das Wohlergehen der Bevölkerung und unseres Gesundheitssystems. Die Gesellschaft verlangt daher von uns Bescheidenheit und Mässigung.⁶ In den letzten Jahrzehnten sind wir Menschen im Westen zwar immer wohlhabender geworden, arbeiten

weniger, haben mehr Freizeit, leben länger und sind gesünder: Doch wir sind nicht glücklicher⁷. Etwas mehr Bescheidenheit dürfte uns kaum unglücklicher machen.

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

*Jürg Schlup, Präsident der
Ärztesellschaft des Kantons Bern*

⁵ Dr.H.H.Brunner, Vizedirektor BAG. Infosante-suisse 12/2004; Seite 7

⁶ Die Frage der Woche: Sollen Belegärzte wieder mehr verdienen, damit sich die Operationen für sie lohnen? Antwort von Martin Arnold; Wenn die Gesamtbevölkerung den Gürtel enger schnallen muss, gehören doch auch die Ärzte dazu. Sonntags-Blick 26.12.2004; Seite 40

⁷ Richard Layard. Die glückliche Gesellschaft: Warum wir ein neues Leitmotiv für Politik und Wirtschaft brauchen. Campus Verlag 2005.

Krähen, KVG und Tarmed



Th. Heuberger,
Grossrat

Erstaunliches berät der Grosse Rat hin und wieder und er führt eine sehr echauffierte Debatte: Er engagiert sich über drei Stunden lang zur Frage, ob zurecht oder grausam, legal oder legitimiert, mit oder ohne Bewilligung, tierquälerisch oder tierschützend, Krähen eliminiert, gejagt, eingeschläfert, vergiftet oder gelasert werden sollen, dürfen, müssen, können, in Präsenz-, Perfekt- oder Futurform, oder ob gerade das eben nicht gestattet sei.

Viele fragen bei dieser Diskussion nach der Verursacherin der Debatte (ein Regierungsmitglied), wenige aber fragen nach der Ursache der «Krähenplage»; zu wenige fragen, ob dies denn wirklich eine Plage sei, oder ob es nicht eine normale Erscheinung ist, dass sich Krähen vermehren und wegen dem Populationsdruck ihre Nahrung dort holen, wo sie auch zu finden ist. Eine normale Erscheinung ist es gewiss, aber eine verursachte Erscheinung, verursacht durch uns, die Spezies Mensch, deren Vertreter im Grossen Rat dann das obige Thema debattieren können.

Es war immer schon so, und ungezählte Beispiele belegen es, dass der Eingriff des Menschen in die natürliche Umwelt Folgen hat; meistens waren es unerwünschte Folgen, die korrigierende Eingriffe nach der folgenden Erfahrung notwendig machten, was wiederum unvorhergesehene Folgen hatte, die wiederum Korrekturen provozierten, worauf die folgenden Folgen wieder folgenschwere Eingriffe und Korrekturen zur Folge hatten: Eine endlose russische Babuschka, jedoch diesmal nicht als Souvenir am Kiosk, sondern als Realität in der Natur draussen, die durch Eingriffe des Menschen geschädigt wurde: Die Eliminierung der natürlichen Feinde der Krähen

durch Einengung des Lebensraums und Eliminierung der Beutetiere wegen intensiver Landwirtschaft und progressivem Betonieren der Umwelt führen halt eben zu günstigeren Lebensbedingungen für Krähen: diese finden ein verbessertes Futterangebot in der intensiven Landwirtschaft und vermehren sich, weil sie sich am verbesserten Futterangebot eben auch bedienen.

Noch mehr Beispiele?

- Die Aufzucht von Waldmonokulturen Ende des 19. Jahrhunderts führte zur Monotonie und Verarmung der Biodiversität, was wiederum zum Waldsterben und zum Borkenkäfer führte, worauf Lothar dem Wald den Rest gab. Aber, o Wunder, der Wald ist stärker, er gesundet und korrigiert von sich aus den Fehler der Menschen, indem er Monokultur durch Mischkultur ersetzt.
- Kaninchen in Australien: Ausgesetzt durch Menschen, die ein wenig jagen wollten! Der Kreislauf der Natur wurde nachhaltig geschädigt und gestört durch die Folgen der Vermehrung der Kaninchen und anschliessend erneut geschädigt und gestört durch die Korrekturmassnahmen, die wiederum neue, folgenschwere Eingriffe forderten ... siehe oben.

Und was hat das mit dem KVG und mit Tarmed zu tun? ... vielleicht alles!

Auch bei diesem Projekt stand am Anfang die vielleicht gute Idee, einen Eingriff in ein gewachsenes System zu beginnen, um es zu verbessern, den Fortschritt zu beschleunigen oder Missbräuche auszumerzen. Und zu Beginn dieser beiden Übungen, Tarmed und KVG, beides herkulische Aufgaben, dachten die Protagonisten an einen grossen Wurf, an ein Jahrhundertwerk, ohne die Folgen der Folgen und die wiederum folgenden folgenschweren Folgeschäden und Korrekturversuche zu kennen und die Kollateralschäden vorauszu sehen: Eine endlose russische Babuschka auch hier, nur mit dem kleinen Unterschied, dass bei dieser Babuschka aus dem harmlosen Spiel für Kinder eine bittere Wahrheit und eine bedrohliche Entwicklung mit gefährlichem Ausgang geworden ist, gefährlich für das Gesundheitswesen im Allgemeinen und für die Ärzteschaft im Besonderen.

Niemand kennt zurzeit die Folgen, die diese beiden Grossbaustellen in Zukunft für das Gesundheitswesen der Schweiz haben werden, alle werkeln fröhlich (oder weniger fröhlich?) daran herum, versuchen sich mit Ideen zu profilieren, auf Umwegen ihre politischen Lügen durchzusetzen; wieder andere haben möglicherweise ein Interesse daran, das ganze System derart ins Chaos zu stürzen, dass das Gesundheitswesen zusammenbricht, um nachher ein neues (besseres??) aufzubauen, das dann ihren politischen Ideen entspricht, ganz nach dem Motto «und neues Leben blüht aus den Ruinen».

Und der ehemalige Protagonist für das eine Projekt (Tarmed) ist nun auch für das andere Werk (KVG) zuständig, zusammen mit seinem Chef: Er sitzt am Steuer der planenden und bestimmenden Behörde, nachdem vor nicht allzu langer Zeit unter seiner Führung und wesentlichen Bestimmung das eine Projekt (Tarmed) von einem möglicherweise sinnvollen Ansatz her zu einem nicht mehr überblickbaren, angst-einflössenden und möglicherweise deletären Gebilde geworden ist, in dem niemand mehr eine überschauende Idee, ein zwingendes Konzept hat und niemand mehr weiss, wohin die Reise geht. Es ist sehr schwierig, an dieser Stelle, bei diesen Gedanken nicht an Goethes Faust zu denken: der Tragödie erster Teil, Vers 4610.

Gemeinsame Erklärung des Vereins freipraktizierender Kardiologen VFKB und des Ressorts Economics (Kantonalvorstand)

Stellungnahme zum Artikel «Zwischenbilanz Tarmed» im doc.be 1/2005

Die Abbildung 3 (Veränderung des Sitzungsmittels 2004 im Vergleich zu 2003 in Prozenten und pro Fachgesellschaft) des Artikels «Zwischenbilanz Tarmed» im doc.be 1/2005 hat beim VFKB für Beunruhigung gesorgt.

Die Kritiker führen an:

1. Die Kollektive 2003 und 2004 seien sehr unterschiedlich und deshalb nicht vergleichbar
2. Einige Kardiologen stellen im Gegensatz zur veröffentlichten Grafik einen Rückgang von Sitzungsmittel und/oder Umsatz fest
3. Das Sitzungsmittel sei nicht ein idealer Parameter für Spezialisten mit heterogenen Abläufen, viel relevanter wäre eine Aussage über den Umsatz pro Rechnung.
4. Ein Softwareproblem bei MAC-Usern lässt Zweifel an der Korrektheit auch der anderen Daten aufkommen.

Schliesslich befürchten die Kardiologen durch die erwähnte Publikation eine Rufschädigung und Verlust von Zuweisungen.

Dem Ressort Economics und dem Kantonalvorstand liegen solche Absichten fern. Aufgrund des Unmuts, welcher von vielen unserer Mitglieder über Tarmed geäussert wurde, hat der Kantonalvorstand beschlossen, Transparenz zu zeigen. Natürlich gibt es unter Tarmed «Gewinner» und «Verlierer» – diese Verschiebungen sind aber nur zum kleinen Teil bewusst durch Ausreizung des Tarifs hervorgerufen worden, sondern tarifimmanent und gewollt – so bei Psychiatern und Pädiatern.

Economics hat nun zusammen mit PonteNova die Kritik der VFKB analysiert und kommt zu folgenden Schlüssen:

Zu 1:

Standen im Kanton Bern im Jahr 2003 «nur» gerade die Daten von rund 400 Ärztinnen und Ärzten bzw. 5 Kardiologen (alles ÄrztekassekundInnen) zur Verfügung, so waren es Ende 2004 bereits diejenigen von weit über 800, bzw. 15 Kardiologen.

Berechnet man auf dieser neuen, breiteren

Datenbasis die Sitzungsmittel und vergleicht diese mit denen des Jahres 2003, führt dies insbesondere bei den Kardiologen zu teilweise starken Veränderungen der Sitzungsmittel; diese sind sicherlich zum Teil auf die unterschiedlichen Vergleichskollektive zurück zu führen. So waren anfangs Jahr allgemeininternistisch tätige Kardiologen die Hauptdatenlieferanten, gegen Ende 2004 sandten auch Spezialisten mit ausschliesslicher Zuweisungspraxis und vielen technischen Leistungen Daten ein (meistens 1–2 technische Leistungen pro Sitzung und nur wenige Nachkontrollen), sodass das Sitzungsmittel in die Höhe schnellte. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Problematik ausschliesslich die erwähnte Fachgesellschaft betrifft.

Berücksichtigt man bei der erwähnten Fachgruppe die Kollektivvergrösserung, ist bei den Kardiologen eine Zunahme des Sitzungsmittels um knapp 7% feststellbar. Somit befinden sich auch die Kardiologen im «Berner Mittelfeld»!

Zu 2:

Statistik ist eine exakte Wissenschaft; Mediane und Durchschnitte werden aus allen vorhandenen Daten berechnet und sind nicht a priori falsch, wenn sie nicht den Zahlen des Einzelnen entsprechen. Zu kleine bzw. heterogene Kollektive ermöglichen jedoch zufallsbedingte Verzerrungen.

Zu 3:

Konsiliarärzte sehen ihre zugewiesenen Patienten nur 1–2 Mal und haben deshalb pro Sitzung höhere Kosten als hausärztlich tätige Ärzte. Die Anzahl Sitzungen pro Rechnung beträgt bei Kardiologen 1.5, ein hohes Sitzungsmittel heisst darum nicht automatisch hoher Umsatz. Der Umsatz pro Rechnung ist bei Kardiologen von 2001 auf 2004 um 22% gesunken. Insofern konnte die publizierte Grafik nicht die ganze Wahrheit offenbaren.

Das Sitzungsmittel ist aber ein guter Parameter, um kurzfristige Veränderungen fest-

zustellen, zudem ist es unabhängig von der Rechnungsdauer. Andere Auswertungen sind jedoch möglich: Für den VFKB wäre die Erfassung von Volumenverschiebungen vom (teil)stationären in den ambulanten Sektor wichtig.

Zu 4:

Bedauerlicherweise wurde in den letzten Wochen ein Datenproblem im Praxisspiegel, alle MAC-User betreffend, festgestellt. Eine unklare Regel im XML-Standard führte dazu, dass Rechnungen nicht mehr der korrekten Patientenidentifikation zugeordnet werden konnten. Dies wiederum hatte die Konsequenz, dass in einigen Praxisspiegeln ein zu kleines Patientenkollektiv ausgewiesen wurde. Dieser Fehler hat aber keine Auswirkungen auf die Berechnung des Sitzungsmittels oder anderer Kennzahlen. TrustX, welches für die Aufbereitung des Praxisspiegels verantwortlich ist, darf als stabiles und zuverlässiges System bezeichnet werden.

Zusammengefasst bedauert Economics, wenn durch die Publikation der Eindruck entstanden sein könnte, dass eine Fachgesellschaft Tarifausbeutung betreiben würde, und dass im Text des erwähnten Artikels aus Platzgründen nicht auf die hier vorgetragenen Erwägungen eingegangen werden konnte. Andererseits anerkennt die VFKB auch, dass es der BEKAG nicht um Stimmungsmache geht, sondern darum, im Interesse der Sache Transparenz in komplexe Tarifprobleme zu bringen, und dass PonteNova als Datenlieferant eine neutrale Position einnimmt.

Die Diskussion um die Vergleichbarkeit von Datenbeständen zeigt einmal mehr, wie wichtig es ist, dass möglichst viele Ärztinnen und Ärzte ihre Daten beisteuern, um für die Zukunft aussagekräftige Kollektive zu haben.

Namens des Vereins freipraktizierender Kardiologen des Kt. Bern
Dr. Urs Kaufmann, Präsident

Namens des Kantonalvorstandes
Dr. Kurt Aeschlimann,
Dr. Beat Gafner, Ressort Economics

Namens von PonteNova
Dr. HW. Leibundgut, VR-Präsident

Anlässe zur 200 Jahr-Feier der Medizinischen Fakultät Bern

MAI

- 1.5.–30.9. Ausstellung «Gesundheit dank Forschung»
- 9.–13.5. Medizinstudium Workshop im Bahnhof
- 11.5. Vortrag für Schüler: Altersdemenz
- 12.5. Vortrag: Die Fakultät 1962 bis 1991
- 20.5. Vortrag: Die Entwicklung des Gewissens im Kinde
- 23.5. Diskussion über Korruption/Opportunismus in der Wissenschaft
- 25.5. Vortrag für Schüler: Neue Infektionskrankheiten
- 26.5. Vortrag: Die Entstehung neuer medizinischer Lehrfächer und Institute

JUNI

- im Juni Vorstellung für eidgenössische Parlamentarier
- 3.6. 150 Jahre Waldau: Symposium
- 6.6. Wissenschaftscafé: Lohnt sich Prävention im Alter?
- 8.6. Vortrag für Schüler: Psychosomatische Erkrankungen
- 9.6. Vortrag: Die Medizinische Fakultät im Sog der aktuellen (universitäts-)politischen Bestrebungen
- 22.6. Vortrag für Schüler: Sport – Bewegung – Gesundheit

JULI

- 30.7.–1.8. Eröffnung STADE DE SUISSE Wankdorf
Sportmedizinische Methoden

AUGUST

- 23.8. 150 Jahre Waldau: Vortrag zu Forschung und Kultur in der Psychiatrie
- 24.8. Vortrag für Schüler: Epilepsie – Gewitter im Gehirn

SEPTEMBER

- 5.9. Wissenschaftscafé: Hausärzte – vom Aussterben bedroht?
- 7.9. Vortrag für Schüler: Essstörungen – ein Phänomen unserer Zeit
- 16.9. Vernissage «Kunst im Institut für Anatomie»
- 16.–17.9. Tage der offenen Tür Vorklinik Med. Fakultät

OKTOBER

- 19.10. Vortrag für Schüler: Schizophrenie und Drogen

NOVEMBER

- 1.–30.11. Ausstellung zur Krankheit von Paul Klee im Zentrum Paul Klee (ZPK)
- 2.11. Vortrag für Schüler: Generation XXL.
Das Übergewicht – eine Epidemie mit Folgen
- 8.–9.11. Tag der Klinischen Forschung
- 9.11. Veranstaltung für die Bevölkerung im ZPK
- 18.11. 150 Jahre Waldau: Internat. Symposium
- 24.11. Veranstaltung für Ärztinnen und Ärzte im ZPK



docbox[®]
medical online network

Demnächst auf docbox:

docbox Ärztebesucherplanung



- Keine Anrufe während der Terminierungssaison mehr
- Volle Kontrolle über Ihre Agenda
- Mit namhaften Ärztesellschaften und Pharmafirmen entwickelt

docbox wird heute schon von über 2'100 Ärztinnen und Ärzten für die Notfalldienstplanung benutzt. Ab August 2005 können Sie nach Ihren Wünschen Ihre Termine 2006 für Ärztebesucher auf docbox plazieren, auch wenn Sie nicht Kunde der docobox Notfalldienstplanung sind. Nach Ihren Vorgaben und Wünschen können dann Ärztebesucher Termine auf docbox buchen - ohne Ihre Praxis mit Anrufen zu überschwemmen.

Mehr Infos auf:

www.docbox.ch

visionary AG Müstergasse 18 8001 Zürich Telefon 044 251 65 66