



Nr. 2 • April 2007

# doc.be

Ärztegesellschaft des Kantons Bern  
Société des médecins du canton de  
Berne

[www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch)

## Die Einheitskasse EEK

### **Ist mit der Schlacht auch der Krieg gewonnen?**

Die EEK wurde wuchtig abgelehnt. Ich denke, das ist gut so, sie hätte unsere Probleme vermutlich vervielfacht mit ihrer Tendenz zur Staatsmedizin. So wenig Ja-Stimmen sind aber ein schlechtes Signal: Die Pleite der Kritiker des heutigen Systems birgt die Gefahr, dass die dringend notwendigen KVG-Reformen verzögert, verwässert, verschoben oder vergessen werden. Dies würde die aktuellen Probleme perpetuieren und bloss kosmetische Korrekturen einleiten und «Gesundheitspolitikern» Profilierungsmöglichkeiten bieten.

Leider hat die FMH im Vorfeld verpasst, sich mit ihren guten Argumenten deutlich gegen die Initiative auszusprechen und fällte mutlos einen Nichtentscheid. Ihre Stimme wird so bei der KVG-Revision schwächer, die Stimme der Kassen gestärkt, die damit wirksame, aber unbequeme Massnahmen verhindern können. Diverse Politiker werden nun ermutigt, ihre «Reformideen» zu verfolgen, weder zum Vorteil der Ärzteschaft noch zur Gesundung des Gesundheitswesens. Ihre ersten Vorschläge in den Medien zielen genau in diese Richtung, hin auf eine Aufweichung des Kontrahierungszwanges (für Spezialisten!). Hier müssen die Grundversorger trotz begreiflicher Enttäuschung Rückrat beweisen und solchen Ideen die kalte Schulter zeigen: Eine Spaltung dient nur der Macht der Kassen!

Das Resultat macht die Situation im Gesundheitswesen nicht einfacher; aber auch eine Annahme hätte die Probleme kaum gelöst. Wir sind nach wie vor gefordert und müssen lernen, politisch zu denken, wenn mit unserem Gesundheitswesen vernünftige Reformen und nachhaltige Ideen möglich sein sollten.

Thomas Heuberger,  
Vizepräsident der Ärztesgesellschaft, Grossrat

Tag der Pflege.

Alltag der Pflegenden. Pflorgetage. 2

Beschlüsse der Delegiertenversammlung 3

swisspep: Meinungen und Verhalten  
der Berner Ärztesgesellschaft  
gegenüber Ärztenetzwerken 4

Jahresbericht 2006 9

Jubiläum: 200 Jahre Ärztesgesellschaft  
des Kantons Bern 19

Medizinerorchester Bern 19

Hausarztmedizin: Zürich geht  
mit gutem Beispiel voran 20

## Tag der Pflege. Alltag der Pflegenden. Pflegetage.



Barbara Dätwyler,  
Präsidentin des  
Schweizerischen  
Berufsverbandes  
der Pflegefach-  
personen Sektion  
Bern

**Der 12. Mai ist der Tag der Pflege. Schon wieder ein «Tag des»-Tag also? Pflege ist eine globale Angelegenheit: Gepflegt, nach Pflege verlangt, die Pflege gerühmt oder kritisiert wird auf der ganzen Welt. Wir haben also gute Gründe, dem Tag der Pflege einige Gedanken zu widmen.**

Es gibt die Kalendertage und die Tage-der-Tage. Das Jahr hat 365 Tage und zuweilen einen mehr. Zählen wir nicht die Kalendertage, sondern die Tage-der-Tage, gibt es viel mehr als 365, weltweit wohl einige Tausend Tage-der-Tage, und jedes Jahr einige mehr. Tag des Kindes, Tag der Kranken, Tag der Nationalfeier, Tag der Mutter, in Deutschland Tag des Vaters und Tag der Volkstrauer, in den USA Tag der Independence, in England den Geburtstag der Queen, den Tag der Arbeit, man könnte lang noch weitertagen. Und dann gibt's die Woche-der-Wochen, die Jahr-der-Jahre. Und leise keimt der Wunsch nach einem Tag-der-freien Tag.

### 12. Mai: Tag der Pflege

Wäre es vielleicht eine Idee, den 12. Mai, den Tag der Pflege und der Pflegenden, freizugeben, unter der Bedingung, dass niemand anderer ihn besetzt? Das wäre zumindest selbstlos, und Selbstlosigkeit wird von Pflegenden ja immer noch gerne erwartet. Es wäre vielleicht auch gerecht, denn von einem Tag der Ärzte habe ich bisher noch nicht gehört, und eine Abfolge wie Tag der Kranken, Tag der Pflegenden, Tag der Ärztinnen und Ärzte, Tag der Spitäler, wäre doch irgendwie logisch und könnte unbegrenzt fortgesetzt und erst noch verzweigt werden: Zahnmedizin, Physiotherapie, Ergotherapie. Und damit wäre die Reihe noch längst nicht abgeschlossen.

Wenn wir trotzdem am Tag der Pflegenden festhalten wollen und froh sind um die Gelegenheit, ihn hier zu kommentieren, brauchen wir dafür schon starke Gründe.

### Pflegen ist eine globale Angelegenheit

Die haben wir. Sie liegen weniger in der oft beschworenen Vornehmheit und dem hehren Charakter des Pflegeberufes – der Tag der Pflegenden ist der Geburtstag von Florence Nightingale – als im ganz banalen Alltag der Pflegenden.

Dieser Alltag ist eine globale Angelegenheit. Die Inuit brauchen keinen Kühlschrank und die Senegalesen keine langen Strümpfe, aber alle brauchen wir Pflege, wenn wir gebrechlich oder krank oder beides sind. Der Tag der Pflege und sein jährliches Motto sind nicht an Landesgrenzen gebunden sind. Englisch heisst dieses positive practice environments: quality workplaces = quality patient care, im Französischen environnements favorables à la pratique: qualité au travail = soins de qualité, im Spanischen entornos de práctica favorables: Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente, die Deutschen halten richtigerweise fest: Arbeitsqualität heisst Pflegequalität, und auf die Berner kommen wir zurück.

Gepflegt, nach Pflege verlangt, die Pflege gerühmt oder kritisiert wird rund um den Globus. Unser Pflegealltag findet im Kanton Bern statt, in unseren Spitälern, Krankenheimen, privaten Krankenzimmern. Und in diesem Kanton Bern stehen die Verhältnisse für die Pflegenden nicht zum Besten. Die Spitallandschaft, die Pflegeausbildung, die Pflegefinanzierung sind im Umbruch. Eine grosse Zahl von Projekten ist in Arbeit. Kürzlich wurden wir Pflegenden von hoher Stelle aus aufgefordert, uns doch über die vielen Baustellen zu freuen. Auch wenn wir den Eifer und den Einsatz der Beteiligten auf allen Stufen anerkennen und schätzen, fällt uns das Freuen schwer. An vielen Baustellen arbeiten viele Leute in unterschiedliche Richtungen an komplexen Projekten, aber alle arbeiten sie an Schreib- und Sitzungstischen und keiner am Krankenbett.

### Die Patienten als Leidtragende

Wir sind skeptisch und zuweilen kritisch, aber wir wünschen nicht die Zeit zurück, wo aus der Multiplikation von Pflegetagen mal Tagessätzen sehr grosszügig Geld generiert werden konnte. Es braucht ein Überarbeiten des Systems, und Ärzte wie Pflegenden werden davon betroffen. Wir beobachten aber eine Entwicklungsrichtung, die uns missfällt, weil letztlich die Patienten darunter leiden. Zu wenig Zeit für den Kranken, zu viel Papier für die Administration, visionäre statt praxisgerechte Bildungsgänge, Rationalisierungsstress und Reformrhetorik in Betrieben: Wenn zuviel aufs Mal gefährdet ist, dann schreckt das vom Pflegeberuf ab oder aus diesem Beruf hinaus.

Zusehen, wie im Kanton Bern gute Pflege schlechter wird, das wollen die Pflegenden nicht und die Ärzte nicht verantworten. Deshalb formulieren wir unsere Auffassung für den Leitspruch zum Tag der Pflegenden am 12. Mai auf Berndeutsch, hoffend, dass er so am richtigen Ort richtig verstanden wird: We's für d'Patiente söll guet sy, muess es o für die Pflegende stimme.

### Links:

<http://www.sbk-be.ch/php/aktuelles.php>  
<http://www.icn.ch/indkit.htm>

## Beschlüsse der Delegiertenversammlung vom 29. März 2007

### Bericht von Dr. iur. Thomas Eichenberger, Sekretär der BEKAG

#### 1. Genehmigung der Jahresrechnung 2006 und Déchargeerteilung an den Kantonalvorstand

Einstimmig

#### 2. Budget 2007 unter Beibehaltung der bisherigen Mitgliederbeiträge; Reduktion des Kantonalbeitrages für Chefärztinnen und Chefärzte sowie für Leitende Ärztinnen und Ärzte mit Mitgliedschaft beim VLSS um Fr. 100.–

##### 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.–

#### Begründung für die Senkung des Mitgliederbeitrages für Kaderärzte des VLSS:

Der Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) ist neu Basisorganisation der FMH. Kaderärzte mit Mitgliedschaft sowohl bei der kantonalen Gesellschaft wie auch beim VLSS können wählen, ob sie die Basisorganisation bei der kantonalen Gesellschaft oder beim VLSS haben wollen. Die Basisorganisation ist unter anderem für das Inkasso des FMH-Beitrages zuständig. Die Anzahl Mitglieder pro Basisorganisation ist für die Anzahl Sitze in der Ärztekammer massgeblich. Der Vorstand der BEKAG empfiehlt den Delegierten, hier ein Zeichen zu setzen, weil die Mitgliedschaft in beiden Organisationen (BEKAG und VLSS) aus standespolitischer Sicht sinnvoll ist. Wer nachweislich Mitglied des VLSS ist (Jahresbeitrag VLSS: Fr. 150.–), soll ab 2007 Fr. 100.– Reduktion auf dem Kantonalbeitrag der BEKAG erhalten.

#### Antrag des Kantonalvorstandes auf Budgetgenehmigung (Mitgliederbeitrag unverändert: Reduktion für VLSS-Mitglieder um Fr. 100.–):

Einstimmig

#### 3. Befugnis des Kantonalvorstandes, für standespolitische Öffentlichkeitsarbeit im Jahre 2007 bei Bedarf Fr. 100.– (Kategorien 01 und 02) bzw. Fr. 50.– (Kategorien 03, 04, 05 und 06) pro Mitglied einzufordern (Extrabeitrag)

Einstimmig bei 3 Enthaltungen

#### 4. Wahlen

##### a) Wahl der Kontrollstelle

Die Delegierten wählen PriceWaterhouseCoopers einstimmig bei 1 Enthaltung für ein weiteres Jahr als Kontrollstelle.

##### b) Wahl Vizepräsident Kantonale Standeskommission

Die Delegierten wählen Pierre Graden, Tramelan (Mitglied der kantonalen Standeskommission der BEKAG) einstimmig zum neuen Vizepräsidenten der Standeskommission.

#### 5. Antrag Dr. De Quervein, Bern betreffend Umbau TARMED zu Gunsten der Grundversorger

«Der Präsident und der Vorstand werden im Rahmen des Möglichen beauftragt, einen Umbau des TARMED-Tarifs zu Gunsten der Grundversorger (mögliches Ziel 8-14%) in den verschiedenen Gremien zu diskutieren.»

Abgelehnt mit 30 Nein:  
12 Ja bei 9 Enthaltungen

**Begründung:** Der Antrag wurde an der Delegiertenversammlung modifiziert (vgl. Antragstext). Der vor der Delegiertenversammlung schriftlich eingereichte Antrag ging wesentlich weiter. Der Antragsteller wollte den Vorstand der BEKAG damit beauftragen, in einer Ärztekammer einen relativ weit gehenden Umbau durchzusetzen. Dieser müsste zwangsläufig kostenneutral zu Ungunsten der Spezialisten und deren Tarif-Positionen umgesetzt werden. Der Vorstand beantragte der Delegiertenversammlung einstimmig Ablehnung des schriftlich eingereichten Antrages.

Verschiedene Votanten äusserten sich zwar grundsätzlich positiv zum Anliegen, sind aber mit der beantragten Vorgehensweise nicht einverstanden. Sowohl einige Vertreter der Spezialisten wie auch mehrere Grundversorger sind der Auffassung, dies sei nicht Aufgabe der BEKAG, welche alle Ärztesgruppen im Kanton vertritt, sondern eher die Hauptaufgabe der entsprechenden Fachgesellschaften (VBH und SGAM).

Der Vorstand der BEKAG wird sich trotz Ablehnung des Antrages in den entsprechenden Gremien weiterhin vehement dafür einsetzen, dass insbesondere die Grundversorger auf dem Land nicht «auf tarifarischem Weg abgeschafft» werden.

#### 6. Logo/Vorentscheid

Die Delegierten sprechen sich gegen eine nur geringfügige Modernisierung des heutigen Logos und für die Entwicklung einer modernen Variante mit dem Sujet «Bär und Schlange» aus.

**Beschluss: Ersatz altes Logo durch moderne Variante mit 35 Ja:  
5 Nein bei 1 Enthaltung**

Der Kantonalvorstand erhält den Auftrag, die von der Delegiertenversammlung favorisierte Variante eines modernen Logos weiter zu entwickeln und die definitive Version erneut der Delegiertenversammlung zum Beschluss vorzulegen.



**Gastreferent an der DV:** Philippe Perrenoud, Gesundheits- und Fürsorgedirektor des Kantons Bern

#### 7. Antrag Dr. Michel Marchev: Finanzierung Medphone

Die Delegierten stimmen ausserhalb der Traktandenliste einem Antrag von Dr. Marchev mit **38 Ja: 4 Nein bei 1 Enthaltung** zu, wonach der Kantonalvorstand beauftragt wird, an der Delegiertenversammlung im Juni 2007 aufzuzeigen, wie die Finanzierung des Medphone-Fonds unter Berücksichtigung eines allfälligen Kantonsbeitrages und des Medphone-Budgets ab 2008 geregelt wird.

##### Begründung:

Anlässlich der Delegiertenversammlung vom 29. März 2007 wurde seitens von Herrn Regierungsrat Ph. Perrenoud mündlich bekannt gegeben, dass der Kanton Bern einen einmaligen Unterstützungsbeitrag über CHF 100'000.– zu Gunsten von Medphone bewilligt hat. Dies ist sehr erfreulich. Die damit verbundenen Bedingungen waren aber im Zeitpunkt der Beschlussfassung noch nicht bekannt. Medphone und die BEKAG haben bekanntlich ein Gesuch um jährlich wiederkehrende Kantonsbeiträge gestellt.

#### Der Kantonalbeitrag beträgt ab 2007 für:

Kategorie 01 (selbständig tätige Mitglieder)	Fr. 720.–
Kategorie 02 (unselbständig tätige Mitglieder in leitender Funktion)	Fr. 600.–
Kategorie 02 (bei Nachweis einer Mitgliedschaft beim VLSS)	Fr. 500.–
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.–

## swisspep: Meinungen und Verhalten der Berner Ärztegesellschaft gegenüber Ärztenetzwerken



Dr. med. Beat  
Künzi, wissen-  
schaftlicher Leiter  
swisspep



Dr. phil. nat. Klazien  
Matter-Walstra,  
Institut für  
Evaluative For-  
schung in der  
Orthopädie IEFO

*In diesem Artikel werden die Ausgangslage und Hintergründe, sowie die Fragestellung und Methodik zusammen mit ersten Resultaten der von der Bernischen Ärztegesellschaft angeregten Studie zu Ärztenetzwerken und Managed-Care beschrieben. In zwei weiteren Teilen sollen in den nächsten Ausgaben von doc.be weitere Resultate vorgestellt und schliesslich deren Bedeutung diskutiert werden. Im Wissen um die kontroversen gesundheits- und versorgungspolitischen Implikationen wird nachstehend dem Kontext der Studie bewusst etwas mehr Raum eingeräumt.*

### 1. Teil: Hintergründe und Methodik der Umfrage «Zukunft in Ärzte-Netzwerken?»

#### Ausgangslage

*Einzelleistungstarif wird zum Hindernis für eine wirtschaftliche, koordinierte und wirksame Betreuung*

Im ärztlichen wie im politischen Alltag wird es – auch bei uns – immer offensichtlicher: «Gesundheitssysteme mit Abgeltung von Einzelleistungen werden zunehmend zu einem Hindernis für eine wirtschaftliche, koordinierte und wirksame Betreuung.»<sup>1</sup> Einzelleistungsvergütungen belohnen den Mehrkonsum von Serviceleistungen und fördern Überbehandlungen wie den Zuzug mehrerer Ärzte in die Behandlung eines einzelnen Patienten. Nicht belohnt werden dagegen etwa die Verhinderung von (Re-)

Hospitalisationen, die effiziente Behandlung von chronischen Krankheiten oder eine gute Koordination der Betreuung.<sup>2</sup>

So hat der Bundesrat bereits in seiner Botschaft vom 18. September 2000 zur 2. KVG-Revision vorgeschlagen, das Angebot an besonderen Versicherungsformen zu erhöhen, damit die Versicherten die Möglichkeit haben, sich in einer Behandlungskette umfassend versorgen zu lassen. Damit wurden die Diskussion auch in Kreise ausserhalb der schon lange damit beschäftigten Managed-Care-Promotoren<sup>3</sup> und in die Öffentlichkeit<sup>4</sup> getragen. Im Vordergrund standen dabei Verständnisfragen, also Fragen zur Definition(-smacht) der damit zusammenhängenden Begriffe aber auch die Ausgestaltung und Effizienz solcher Betreuungsmodelle. Die Diskussionsbeiträge – von Medien, Politikern wie Parlamentariern aller Couleur, aber auch von Ärzteseite – zeichnen sich bis heute dadurch aus, dass Managed-Care Begriffe oft unkritisch und ungenau verwendet werden.<sup>5</sup>

#### Begriffe und Definitionen

Im Zusammenhang mit der hier diskutierten Studie sollen daher vorerst die drei zentralen Begriffe «Managed (Health) Care», «Ärztenetzwerk» und «Budgetmitverantwortung» definiert und allenfalls auch voneinander abgegrenzt werden – mit Blick auf hiesige und nicht anglo-amerikanische Erfahrungen. «Managed-Care» (MC) bezeichnet ein Steuerungsmodell innerhalb des Gesundheitswesens. MC versucht, Angebot, Nachfrage und Finanzierung miteinander zu verknüpfen, ohne die Vorteile des Solidaritätsprinzips im Gesundheitswesen aufzugeben. Dazu gibt es verschiedene Modelle, die folgende Elemente beinhalten:

- **Versicherte** schliessen sich freiwillig<sup>6</sup> einem MC-System an. Der Grund können finanzielle Anreize wie niedrigere Prämien/Beiträge sein, oder auch persönliche Überzeugungen. Als Patienten akzeptieren sie einen definierten «Lotsen» (Grundversorger<sup>7</sup>) im grossen Meer der Gesundheitsversorgung.
- **Leistungserbringer**, die sich zu einem MC-Modell zusammengeschlossen haben (s. unten) in dem sie einen Fixlohn oder ein fixes Budget erhalten und/oder mit einem Anteil an Kosten und Gewinn des Gesamtsystems aus Versicherer/Leistungserbringer/Versicherten beteiligt

werden. In der Schweiz hat die Budgetberechnung auf der Basis eines Pro-Kopf-Beitrages («Capitation») Verbreitung gefunden. In der Praxis rechnen die Netzärzte im Budgetmodell weiter nach Einzelleistungstarif ab, die Gesamtausgaben werden dann mit der informativen Budgetvorgabe des Netzwerkes verglichen. (s. unten «Budgetmitverantwortung»)

- **spezielle Vereinbarungen** zur Qualitätsentwicklung und -sicherung. Damit wird Qualität einerseits verhandelbar und andererseits soll ein zu geringes Angebot aufgedeckt oder Unterbehandlung verhindert werden.

Beispiele für MC-Modelle:

- **HMO-Praxen** (HMO = Health Maintenance Organization): existieren bei uns seit 1990 und sind hier komplexere Gebilde als in den USA. HMO bezeichnet ein bestimmtes Krankenversicherungs- und Versorgungsmodell mit Capitation. (auf das hier aus Platzgründen nicht näher eingegangen werden kann).
- **«Ärztenetzwerk»** ist als Begriff – auch nach 17 Jahren MC in der Schweiz – nicht klar und konsequent definiert.<sup>8</sup> Das Grundlagenpapier von med-swiss.net<sup>9</sup> definiert «Ärztenetzwerke» bzw. «Versorgungsnetze» als «Organisationen, die von Leistungserbringern gebildet werden und der Gesundheitsversorgung dienen. Durch verbindliches Zusammenwirken unter sich, mit netzfremden Leistungserbringern und mit den Kostenträgern erbringen sie auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsleistungen. Dieses Zusammenwirken beruht auf vereinbarten Behandlungsprozessen, unternehmerischen Organisationsstrukturen und einer gemeinsamen Betreuungskultur.»<sup>10</sup> Später wurde vorgeschlagen, den Begriff nur noch im Zusammenhang mit MC zu verwenden. Ärztliche Einkaufsgenossenschaften und Qualitätszirkelgruppierungen sollen begrifflich von eigentlichen Ärztenetzwerken unterschieden werden.<sup>8</sup> Ebenso haben die Light-Modelle der Krankenkassen nichts mit MC zu tun.<sup>11</sup> Zu den Ärztenetzwerken ist der Hausarztverein (Hausarztvertrag mit Krankenversicherer mit informativem Budget) und das Ärztenetzwerk im engeren Sinn (oft Aktiengesellschaft mit Budgetmitverantwortungsvertrag, s. unten) zu zählen.<sup>8</sup> Die Qualitätsentwicklung und deren Sicherung ist ein Hauptmerkmal von Ärztenetzwerken und gleichzeitig ein entscheidender Erfolgsfaktor für deren längerfristige Existenz.<sup>9-10</sup> Für die Vergütung von Leistungen, welche ausserhalb des Netzes erbracht werden, sind Leistungsvereinba-



runge eine sinnvolle Lösung (Leistungseinkauf). Erst damit entsteht ein sektorübergreifendes sog. integriertes Versorgungssystem.<sup>3</sup> Diesen Begriff hat der Bundesrat in seiner Botschaft 2004<sup>5</sup> aufgenommen.

- **«Budgetmitverantwortung»:** Ein weiteres zentrales Element zur Steuerung in den Ärztenetzwerken ist eine – dem Morbiditätsrisiko – angemessene Erfolgs- und Verlustbeteiligung, da damit ein Anreiz und eine Belohnung für Effizienz verbunden ist. Als Zielvorgabe für die Betreuung eines Versichertenkollektivs wird dazu ein frei verhandeltes Budget auf der Ebene des Ärztenetzwerks – und damit eine sog. «Budgetmitverantwortung» – definiert.<sup>10</sup> Aus dem mit den Versicherern vereinbarten Betrag pro Versicherte müssen alle Leistungen der obligatorischen Grundversicherungen bezahlt werden, also auch die veranlassten Kosten (Spezialisten, Spitäler etc.). Für Versicherte mit hohen Jahreskosten wird eine spezielle Grossrisikoversicherung abgeschlossen. Bei Kostenunterschreitung erhält das Netz einen Bonus, bei Überschreitung einen Malus.<sup>12</sup> Der (regulierte) Wettbewerb unter verschiedenen Netzwerken soll sich durch Differenzierung von Angebot, Qualität und Preis und die damit verbundene Wahlmöglichkeit vorteilhaft für die Versicherten auswirken.<sup>13</sup> Die Versicherten, die sich einem MC-Modell anschliessen, erhalten eine Prämienreduktion. Daher garantiert nur ein nachhaltiger Risikoausgleich<sup>14</sup> unter den beteiligten Kassen ein längerfristiges Funktionieren.

### Die politischen Rahmenbedingungen und Vorgaben

Das Ziel der KVG-Teilrevision sollte – nach Meinung der Politiker – sein, nur diejenigen (Versorgungs-)Modelle zu fördern, von denen ein Kostendämpfungseffekt bzw. eine Qualitätsverbesserung erwartet werden kann. Die Palette der dazu im Parlament vorgeschlagenen Modelle geht «von Ärztelisten über die Hausarztlisten, die Callcenter bis zu wirklichen Netzwerken von ‚Health Maintenance Organizations‘ (HMO), wo verschiedene Ärzte im Rahmen neuer Organisationsmodelle zusammenarbeiten.»<sup>15</sup> Die Hoffnungen der Politiker wie Beteiligten, dass solche «Managed-Care-Modelle» grundsätzlich ein risikobereinigtes Einsparpotenzial bringen, werden mittlerweile durch Studien aus der Schweiz<sup>16-17</sup> weiter geschürt. Die Einsparungen werden für HMOs mit Budgetmitverantwortung in der Grössenordnung von bis zu rund 30 Prozent beziffert, wobei HMO-Modelle ten-



swisspep: Wie stehen die Berner Ärztinnen und Ärzte zu Netzwerken und Managed-Care?

denziell von einer günstigeren Versichertenstruktur profitieren. Für Hausarztmodellen werden Effizienzgewinne von lediglich 5 bis maximal 20 Prozent ausgewiesen.<sup>15</sup> Anfang 2006 waren 500'000 (78%) Versicherte in einem Hausarztmodell und rund 135'000 (22%) in einem HMO-Modell versichert. Schweizweit lag der Anteil der MC-Versicherten 2006 bei rund 9% (635'000 von 7.384 Mio. Einwohnern), wobei aber erhebliche regionale Unterschiede zu beachten sind. Spitzenreiter ist der Kanton TG mit 30 % MC-Anteil.<sup>18</sup>

Unter diesen Rahmenbedingungen wurden in den letzten Jahren in der Schweiz wie auch im Kanton Bern Ärztenetzwerke gegründet und weitere werden folgen. Die Gründe für diese Entwicklungen sind vielfältig und mögen sich zum Teil sogar widersprechen. So stehen einigen traditionellen Gruppierungen von Ärzte-Innovatoren, welche diese Entwicklungen im Gesundheitswesen proaktiv mitgestalten (möchten), Gruppierungen gegenüber, die sich gerade durch den Zusammenschluss vor weiteren einschneidenden Veränderungen ihrer Arbeits- resp. Rahmenbedingungen schützen möchten.

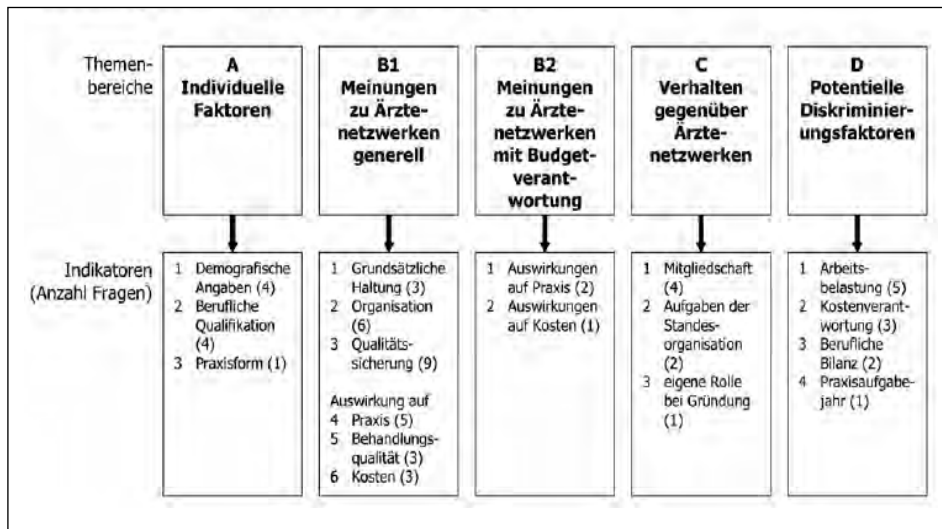
Die diesbezüglichen Entwicklungen sind allerdings für die einzelnen Praxen und Ärzte nicht transparent und führen zu einer Verunsicherung in der Ärzteschaft. Die sich verschlechternden Arbeitsbedingungen wie auch der Zukunftsaussichten und der mediale Abbau des gesellschaftlichen Prestiges

der Ärzteschaft schüren – zusammen mit dem drohenden Verlust des Vertragszwanges mit den Krankenkassen – das allgemeine Unbehagen weiter.

### Zielsetzung und Fragestellung

Die Berner Ärzteschaft hat sich bisher nur punktuell zur öffentlichen und politischen Diskussion um Managed-Care und Ärztenetzwerke geäussert, etwa in Interviews, persönlichen Artikeln oder Leserbriefen. Angesichts der vielen offenen Fragen im Zusammenhang mit Managed-Care und Ärztenetzwerken wurde daher von der Ärztegesellschaft des Kt. Bern resp. vom kantonalen Trustcenter ‚PonteNova‘ eine repräsentative und unabhängige Befragung der Berner Ärzteschaft gewünscht. Damit sollen Grundlagen zur Unterstützung der Bernischen Ärzteschaft im Hinblick auf die Bildung von Ärztenetzwerken, als mögliche Massnahme zur Sicherung einer effizienten Versorgung – entsprechend dem gesetzlichen Auftrag i.S.d. WZW-Kriterien – geschaffen werden. Erhoben werden sollte dazu der Informationsstand, die Erwartungen und Bedürfnisse sowie das beabsichtigte oder tatsächliche Verhalten aller Ärzte mit Praxisbewilligung im Kanton Bern bezüglich Ärztenetzwerken. Zusatzfragen dienten zur Klärung der Frage, inwiefern gezielte Unterstützungsmaßnahmen – z.B. zur Netzwerkgründung – durch die Standesorganisation resp. durch PonteNet gewünscht werden. Die

Abbildung 1: Themenbereiche und Fragen



Resultate sollen der Ärzteschaft und Öffentlichkeit zur standespolitischen und politischen Meinungsbildung zur Verfügung stehen – auch den Eidgenössischen Räten im Hinblick auf die Frühjahres- oder auch Herbstsession 2007 zum Thema.

Mit der Durchführung der Umfrage «Zukunft in Ärztenetzwerken?» wurde im Mai 2006 das swisspep Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen (Dr. med. B. Künzi) betraut, welches sowohl mit mehreren Europäischen Forschungsinstitutionen und -projekten wie auch eng mit der Universität Bern zusammenarbeitet. (Institut für Evaluative Forschung IEFO, PD Dr. A. Busato, Frau Dr. K. Matter-Walstra)

### Methodik

#### Vorgehen zur Festlegung der Themenbereiche und Fragen

Der zur Befragung verwendete Fragebogen wurde in einem systematischen Verfahren basierend auf einer Literaturrecherche und einem 2-stufigen Delphiprozess in einem nationalen Panel aus Experten & Praktikern mit und ohne MC-Erfahrung entwickelt (sog. RAND-Panel-Methode). Daraus resultierten 36 Fragen sowie 3 offene Fragen, welche nur mit Freitext beantwortet werden konnten:

- «Was erwarten Sie von der Ärzteschaft oder von PonteNova/PonteNet hinsichtlich Ärztenetzwerken noch?» (Als Zusatz zur Frage, ob die Ärzteschaft oder PonteNova die Gründung eines lokalen Ärztenetzwerkes koordinieren oder unterstützen müsste)
- Vorbehalte gegen den Beitritt in ein Ärztenetzwerk

- Argumente für den Beitritt in ein Ärztenetzwerk
- Ferner wurde die Befragung mit potentiell diskriminierenden Indikatoren (11) und demographischen Faktoren (9) zur Stratifizierung ergänzt. Eine Übersicht über die 5 Themenbereiche zeigt Abb. 1.

### Repräsentative Befragung & Erinnerungsverfahren

Der Fragebogen wurde in einer zufällig ausgewählten Stichprobe von 20 Mitgliedern der Ärzteschaft pilotiert, bevor im September 2006 die Gesamtbefragung aller Ärztinnen und Ärzte mit Praxisbewilligung, also einschliesslich der Belegärzte und Spitalärztinnen im Kanton Bern durchgeführt wurde. Ausgeschlossen wurden Pathologen (3), Radiologen (20) und Anästhesisten (55). Zur Erhöhung des Rücklaufes wurde eine zweifache Erinnerungsaktion durchgeführt, einmal im Oktober 2006 per Email und einmal im November 2006 per Brief.

### Datenschutz & Ethikkommission

Die gesamte Studie wurde gemäss den Vorschriften des Datenschutzgesetzes durchgeführt. Auf den Zuzug einer Ethikkommission konnte verzichtet werden, da keine Patienten beteiligt waren. Die Auswertung der vollständig anonymisierten Daten wurde in Kooperation mit dem Institut für Evaluative Forschung (IEFO) der Universität Bern vorgenommen.

### Resultate

#### Rücklauf und Repräsentativität

Von den 1961 versandten Fragebogen waren 156 nicht zustellbar oder falsch zugeordnet. 881 Fragebogen wurden retourniert, was einem Rücklauf von 48.8% entspricht. Je 75 Fragebogen waren leer wegen Praxisaufgabe resp. Ablehnung der Teilnahme. Somit konnten schliesslich die Meinungen von 731 KollegInnen ausgewertet werden. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Teilnehmenden nach Facharzttitel und Funktion.

Unter den Teilnehmern sind Grundversorger anteilmässig im Vergleich zur befragten Population mit 423 (60%, s. Tab. 1) übervertreten, die Konsiliarärzte leicht untervertreten und die «anderen» Spezialisten (mit in der Regel direktem Patientenzugang: Gynäkologen, Psychiater, Dermatologen, Ophthalmologen) korrekt vertreten. Der Anteil der retournierten und auswertbaren Fragebogen erreichte unter den 905 befragten Grundversorgern mit 47.4% den höchsten Wert, der entsprechende Anteil war unter den 470 «anderen» Ärzten 40% resp. unter den 291 Konsiliarärzten 33.7%. 16.8% der Fragebogen stammten von Ärztinnen, entsprechend deren Anteil im befragten Gesamtkollektiv.

Tabelle 1: Teilnehmer nach Facharzttitel und Funktion

Funktion	Allgemeine Medizin	Innere Medizin	Pädiatrie	Anderer FMH	Kein FMH	Total (%)
Grundversorger	244	133	27	9	10	423 (60.0%)
Konsiliarii <sup>a</sup>	1	23	1	70	0	95 (13.5%)
Andere <sup>b</sup>	3	2	0	174	3	182 (25.8%)
unklar	0	0	0	5	0	5 (0.7%)
<b>Alle<sup>c</sup></b>	<b>248</b>	<b>158</b>	<b>28</b>	<b>258</b>	<b>13</b>	<b>705 (100%)</b>

a über 50% der Patienten durch Zuweisung

b Spezialisten mit in der Regel direktem Patientenzugang (Gynäkologen, Psychiater Dermatologen, Ophthalmologen)

c 26 Fragebogen mit fehlenden Angaben

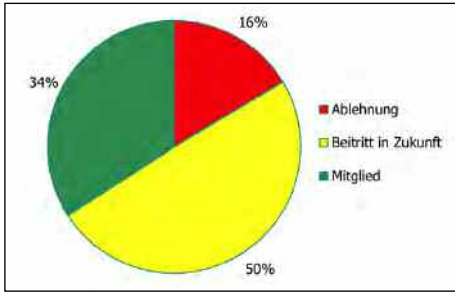


Abbildung 3: Einstellung gegenüber Ärztenetzwerken (n=731)

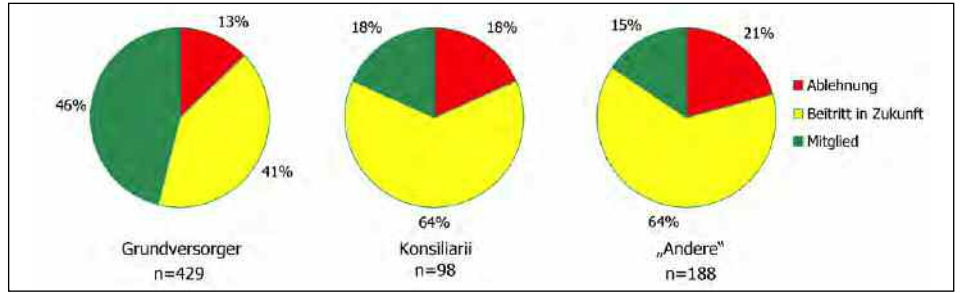


Abbildung 4: Einstellung gegenüber Ärztenetzwerken nach Funktion

Bei der Analyse der Teilnahme an der Studie nach MedStat-Regionen<sup>19</sup> zeigte sich, dass das Interesse an der Umfrage regional sehr stark – zwischen nahezu Abstinenz (0-20%) und hochrepräsentativer Teilnahme (>80%) – variierte. (Abb. 2)

### Einstellung gegenüber Ärztenetzwerken

249 (34%) der Befragten gaben an, bereits Mitglied eines Ärztenetzwerkes (in der Regel ohne Budgetmitverantwortung) zu sein, 363 (50%) wollen in Zukunft beitreten und 119 (16%, 95%CI 13-19%) können sich auch in Zukunft keine Mitgliedschaft vorstellen. (Abb. 3)

Die Einstellung gegenüber Ärztenetzwerken unterscheidet sich sowohl nach Funktion (Grundversorger, Konsiliarier, „andere“ vgl. Abb. 4) wie nach FMH-Titel signifikant (je mit  $p < 0.0001$ ; Daten nach FMH-Titel folgen im nächsten doc.be).

Die Einstellung gegenüber Ärztenetzwerken ist hochsignifikant abhängig vom Alter des Arztes, jedoch nicht von dessen Geschlecht. So sind sowohl Ärztenetzwerkmitglieder als auch jene, die in Zukunft beitreten wollen, mit  $52 \pm 7$  Jahren resp.  $53 \pm 6$  Jahren (Mittelwert  $\pm$  Standardabweichung) hochsignifikant jünger, im Vergleich mit den  $56 \pm 8$  Jahre alten Kollegen, die einen Beitritt zu einem Ärztenetzwerk auch in Zukunft ablehnen ( $p < 0.0001$  resp.  $p < 0.001$ ).

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Umfrage wurde daher eine sog. «Non-Responder-Analyse» durchgeführt, welche bezüglich Alter folgendes Bild ergab: Das mittlere Alter der Antwortenden liegt bei  $54.2 \pm 6.9$  Jahren, die Nicht-Antwortenden sind mit  $57.8 \pm 8.8$  Jahren signifikant älter ( $p < 0.0001$ ). Von 239 befragten Ärzten mit einem Alter von über 65 Jahren antworteten nur 46 (19%). Dies ist ein hochsignifikant geringerer Anteil verglichen mit den 44% Antwortenden im Kollektiv der bis 65-Jährigen.

Die weitere Auswertung der Umfrage zeigt, dass die Meinungen der Berner Ärzteschaft zu Ärztenetzwerken entscheidend von den Erfahrungen mit resp. der Einstellung gegenüber Netzwerken und kaum von der Funktion (als Grundversorger etc.) abhängen.

### Zusammenfassung und Diskussion

Politiker wie Ärzte setzen im Rahmen der Diskussionen um die 2. KVG-Revision grosse Hoffnungen in Ärztenetzwerke und Managed-Care-Modelle mit Budgetmitverantwortung zur Verwirklichung effizienter Betreuung gemäss WZW-Kriterien. Inwiefern und wie sich die breite Ärzteschaft hinter diese Entwicklungen stellt, wurde zumindest im Kanton Bern bisher nie systematisch erhoben. Im Herbst 2006 wurde daher im Auftrag der Bernischen Ärztesellschaft und des Trustcenters Ponte-

Nova bei allen Ärzten mit Praxisbewilligung im Kanton Bern eine Umfrage zu Meinungen und Verhalten gegenüber Ärztenetzwerken und Managed-Care durchgeführt.

Dazu war vorgängig in einem systematischen Verfahren ein geeigneter Fragebogen entwickelt und pilotiert worden. Nach 2 Erinnerungen retournierten 881 von 1805 befragten Kollegen den Fragebogen, was einem Rücklauf von 48.8% im Gesamtkollektiv entspricht. Davon konnten 731 Fragebogen qualitativ und quantitativ ausgewertet werden. Unter den Antwortenden waren die Grundversorger über- und die Konsiliarärzte sowie die über 65-Jährigen untervertreten. Die Spezialisten mit direktem Patientenzugang (Gynäkologen, Psychiater, Dermatologen, Ophthalmologen) sind korrekt repräsentiert. Der Rücklauf zeigt jedoch regional enorme Unterschiede zwischen Regionen mit praktisch völliger Abstinenz und andern mit geschlosse-

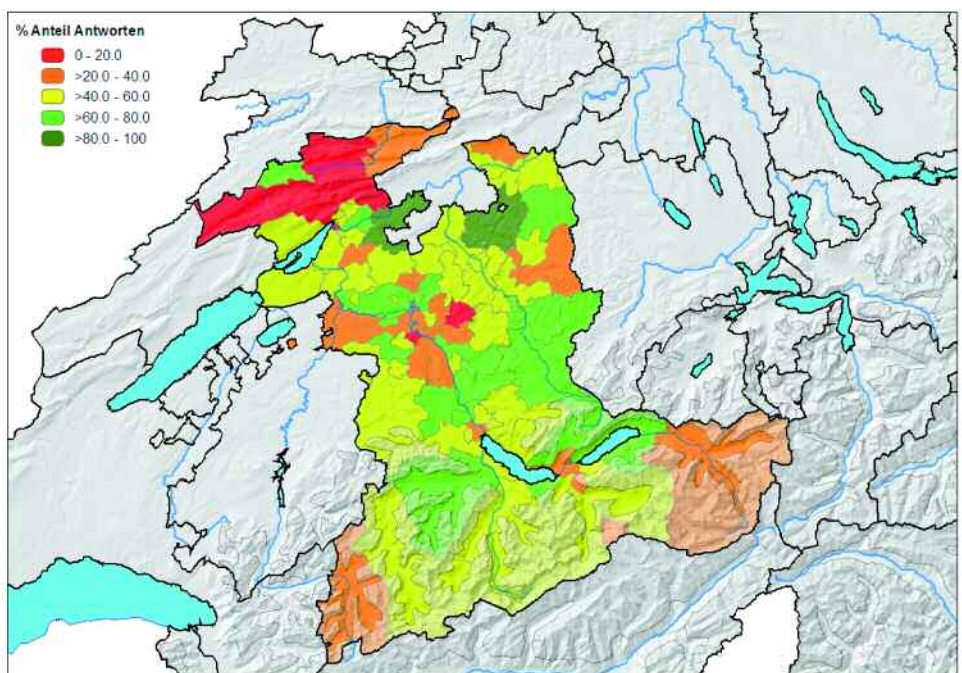


Abbildung 2: Teilnahme an der Studie nach Regionen



ner Teilnahme aller Interessensgruppierungen. Jeder Dritte – unter Grundversorgern jeder Zweite – ist bereits Mitglied in einem Ärztenetzwerk (grossmehrheitlich ohne Budgetmitverantwortung), unter Konsiliarärzten und Spezialisten jeder Sechste. Die Einstellung gegenüber Ärztenetzwerken unterscheidet sich sowohl nach Funktion wie nach FMH-Titel – aber auch nach Alter – signifikant. 16% lehnen einen Beitritt zu einem Ärztenetzwerk auch in Zukunft ab. Kollegen, die einen Beitritt ablehnen, sind signifikant älter. Insgesamt zeigt sich, dass die Meinungen der Berner Ärzteschaft zu Ärztenetzwerken entscheidend von der eigenen Erfahrung mit resp. der Einstellung gegenüber Netzwerken und kaum von der Funktion (als Grundversorger etc.) abhängen.

Wie zu erwarten war, löste diese Umfrage unter den Kollegen zum Teil heftige Emotionen und Reaktionen aus, die z.T. bereits

an dieser Stelle vorgebracht wurden. Für eine grosse Zahl an Spezialärzten aber auch der älteren Kollegen waren nicht nur das Thema, sondern bereits viele der verwendeten Begriffe – trotz Erklärungstext mit Beispielen – sehr fremd. Sie haben sich gefragt, ob und wie sie überhaupt von diesen Entwicklungen betroffen sind. So erstaunt es kaum, dass in diesen zwei Kollektiven nur einer von drei resp. einer von vier den 6-seitigen Fragebogen beantworten konnte – und wollte. Trotz repräsentativer Befragung zeigt sich somit unter den Antworten ein Bias, indem zumindest zwei Gruppierungen mit grösseren Vorbehalten gegenüber Netzwerken, nämlich ältere Kollegen und Konsiliarärzte, unterrepräsentiert sind. Die Gesamtaussagen der Umfrage müssen daher vorsichtig interpretiert werden und dürften insgesamt für Netzwerke weniger optimistisch aussehen. Beide Gruppierungen sollten jedoch auch in Zukunft

und in einem versorgungspolitischen heiklen Kontext sinnvoll integriert (weiter-)arbeiten können. Dies sicherzustellen sind alle Beteiligten – nicht nur Managed-Care-Promotoren und Regionen aufgerufen. Auch wenn Netzwerke heute (noch?) regionale Phänomene sind und die Erfahrungen mit diesen – wie die Resultate zeigen – entsprechend regional unterschiedlich zu gewichten sind. In der Charta zur ärztlichen Berufsethik ist ausdrücklich die Verpflichtung zur gerechten Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen erwähnt. Dazu gehört auch und gerade die Auseinandersetzung mit Managed-Care. Die Autoren der Studie danken daher allen, die diese Herausforderung angenommen haben. Inwiefern Ärztenetzwerke zu mehr Qualität und weniger Kosten führen bleibt nicht zuletzt auch eine grosse ethische Herausforderung. Fortsetzung folgt.

- 1 Institute of Medicine. *Rewarding Provider Performance: aligning incentives in Medicare*. Washington, DC: National Academic Press, 2006
- 2 vgl. die aktuelle Grundsatzdiskussion z.B. in: Davis K. *Paying for care episodes and care coordination*. *N Engl J Med* 2007;356(11):1166-1167
- 3 Zur Geschichte des MC in der Schweiz vgl. Huber F, Marti C, Götschi AS, Weber A. *Managed Care in der Schweiz. Geschichtlicher Abriss und Bedeutung der finanziellen Anreize*. *Schweizerische Ärztezeitung* 2002;83(48):2629-2632
- 4 als ein Beispiel unter vielen vgl. Cortesi A. *Mehr Lohn für Hausärzte, die sich vernetzen*. *Tages-Anzeiger*, 10. Juli 2006
- 5 z.B. zu erkennen daran, dass – z.B. auch in der Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care) vom 15. September 2004 – von «Budgetverantwortung» gesprochen wird, obwohl es im Besten Fall in der Schweiz nur eine «Budgetmitverantwortung» gibt.
- 6 Im Gegensatz zu den USA, wo viele Versicherte durch ihren Arbeitgeber gezwungen werden. Auch die erwähnte Botschaft des Bundesrates unterstreicht diese Freiwilligkeit.
- 7 je nach Modell ggf. in Kooperation mit ‚vorgeschaltetem‘ Call-Center
- 8 Fritschi J. *Was macht Ärztenetzwerke erfolgreich?* *PrimaryCare* 2007;7(3):43
- 9 Dieses Grundlagenpapier wurde 2003 bis 2004 durch die Arbeitsgruppe Vision 08 des Dachverbandes der Schweizer Ärztenetzwerke med-swiss.net erarbeitet und an der Generalversammlung von med-swiss.net vom 19.1.2005 in Zürich in Kraft gesetzt [www.med-swiss.net]
- 10 Stricker B. «Ärztenetzwerke» – Klärung eines Begriffs. *Schweizerische Ärztezeitung* 2005;86(15):883-887
- 11 Stellungnahme zu den Pseudohausarztversicherungen. Pressemeldung. Dachverband der Schweizer Ärztenetzwerke med-swiss.net, 17. Jan. 2007
- 12 Aus diversen Gründen hat sich eingebürgert, dass das errechnete Budget selten mit einer Risikobeteiligung «scharfgestellt» wird (was ja einer ökonomischen Mitverantwortung entsprechen würde). Vgl. Dreiding P, Fritschi J. *Managed Care, Ärztenetzwerke, ökonomische Mitverantwortung. Warum Begriffe aus der Ökonomie uns Ärztinnen und Ärzte nicht erschrecken müssen!* *Schweizerische Ärztezeitung* 2006;87(29/30):1315-19
- 13 Evidenz dazu fehlt: vgl. Peter Berchtold, Kurt Hess (2006). *Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität; Arbeitsdokument Nr. 16 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuchâtel*
- 14 *Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung*. Konstantin Beck, Maria Trottmann, Urs Käser, Bernhard Keller, Stefan von Rotz, Peter Zweifel. Ott Verlag, 2006
- 15 Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Bundesgesetz über die Krankenversicherung. *Teilrevision. Managed Care*. Ständerat, 05.12.06 [http://www.parlament.ch]
- 16 Schwenkglenks M, Preiswerk G, Lehner R, Weber F, Szucs TD. *Economic efficiency of gate-keeping compared with fee for service plans: a Swiss example*. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(1):24-30
- 17 Werblow Andreas. *Managed Care in der Schweiz: eine empirische Analyse des Verhaltens von Allgemeinmediziner*. Inauguraldissertation, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, 10.10.2003 (http://diglib.uni-magdeburg.de/Dissertationen/2004/andwerblow.pdf)
- 18 gem. Forum Managed Care FMC, persönl. Mitteilung K. Metzger, 20.3.07
- 19 MedStat-Regionen sind gem. BFS aggregierte Postleitzahlengebiete, die entsprechend dem Datenschutzkonzept der Medizinischen Statistik die kleinste Regionalisierungseinheit bilden



## Jahresbericht 2006



Dr. med. Jürg Schlup, Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

### 1 Einleitung

Gesundheit hat eine emotionale Dimension. Die Anstrengungen, die Kosten in den Griff zu bekommen, führen unweigerlich zu Spannungen, hat Gesundheit doch mit den Grundbedürfnissen menschlichen Daseins zu tun – wie Leben und Wohlbefinden – aber auch mit Ängsten wie Leiden und Tod. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft gesundheitliche Fragen angeht, widerspiegelt ihre Haltung gegenüber ihren kranken und älteren Mitgliedern. In der Diskussion werden deshalb politische Fragen rasch zu ethischen Fragen.

Der medizinische Fortschritt erweitert die Handlungsmöglichkeiten und verschärft damit bestehende Verteilungsprobleme. In allen OECD-Ländern<sup>1</sup> sind die Gesundheitsausgaben ausser in Finnland zwischen 1990 und 2004 rascher gewachsen als das BIP. Und die Gesundheitsausgaben nehmen weiter zu. Halten die gegenwärtigen Trends an werden sich die Regierungen gezwungen sehen, die Steuern heraufzusetzen, die Ausgaben in anderen Bereichen zu senken bzw. die Selbstzahlungen der Bürger zu erhöhen, sofern die bestehenden Gesundheitsversorgungssysteme aufrecht erhalten bleiben sollen.

Die Attraktivität des Arztberufs scheint zumindest in den alten Industrieländern zu sinken. Praktisch alle diese Länder importieren Ärztinnen und Ärzte. Die USA profitieren von zuwandernden Ärzten aus der ganzen Welt; Westeuropa von Ärzten aus andern EU Ländern.<sup>2</sup> Bevorzugte Destinationen migrierender europäischer Ärzte sind Grossbritannien und Skandinavien. In Grossbritannien beispielsweise stammt 1/3 aller tätigen Ärzte aus dem Ausland. Der Deutschen Regie-

rung bereitet zunehmende Sorgen, dass 1/3 der in Deutschland diplomierten Ärzte in andere Berufe wechselt.

### 2 Gesundheitspolitisches Umfeld 2006

#### 2.1 Die Schweiz

«Die Schweiz ist ein tolles Land, nur wissen das die wenigsten Leute.»<sup>3</sup>

In der Schweiz wächst die Arbeitsproduktivität vergleichsweise langsam, während die Fiskalquote relativ rasch ansteigt. Jedoch verfügen wir über attraktive Potenziale: tiefe Inflation, tiefe Zinsen sowie hohe Arbeitsmarktflexibilität.<sup>4</sup>

Die gesamten Ausgaben für unser Gesundheitswesen stiegen zwischen 1960 und 1970 um jährlich 16%<sup>5</sup>; in den letzten 10 Jahren noch um rund 4% jährlich. Das Bruttoinlandprodukt BIP stieg in den 60er Jahren um jährlich 14%, also parallel zu den Gesundheitskosten; letztere konnten wir uns damals leisten. In den letzten 10 Jahren wuchs das BIP um jährlich 2%, die Gesundheitskosten aber nahmen doppelt so stark zu. Damit liegt die schweizerische Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben zwar unter dem OECD-Durchschnitt, übertrifft in den vergangenen zehn Jahren das Wachstum des zu deren Finanzierung benötigten Volkseinkommens aber bei weitem.<sup>6</sup> Gleichzeitig stiegen die Kassen-Prämien in der Grundversicherung seit 1996 viel stärker als die Gesundheitskosten, nämlich um jährlich 9%. Der Staat übernimmt immer weniger Gesundheitskosten, im Berichtsjahr 28%, vor 30 Jahren waren es noch 39%.<sup>7</sup>

Damit haben wir in der Schweiz ein Prämiensproblem und keine Explosion der Gesundheitskosten. Und wir haben ein Wachstumsproblem unserer Wirtschaft und keinen Kostenschub im Gesundheitswesen.

Die Anzahl der jährlich an Schweizer Universitäten erteilten Arztdiplome hat in den letzten 15 Jahren um 20% abgenommen.<sup>8</sup> Jedes Jahr werden also in der Schweiz knapp 2% weniger Ärzte diplomiert. Mittlerweile kommen 1/3 der Assistenzärzte an Schweizer Spitälern aus dem Ausland.<sup>9</sup> Das

Bundesamt für Gesundheit akzeptiert dies im stationären Bereich und hält zur Frage des Ärztemangels im ambulanten Bereich fest: «Unter Berücksichtigung der absoluten Zahl frei praktizierender Ärzte und den Spielräumen bei der Umsetzung des Zulassungsstopps gibt es real mehr Ärzte, die Notfalldienst leisten könnten als noch vor 10 oder 20 Jahren.»<sup>10</sup> Und zur Förderung der Ausbildung von Grundversorgern wird Dr. Thomas Zeltner, Direktor des Bundesamtes für Gesundheit BAG wie folgt zitiert: «Akademiker sind als Grundversorger zu teuer.»<sup>11</sup> Im BAG existieren Pläne, als Grundversorger auch Krankenschwestern zuzulassen.<sup>12</sup>

#### 2.2 Der Kanton Bern

Unser Kanton ist der grösste Nehmerkanton im interkantonalen Finanzausgleich und bezieht jährlich rund 800 Mio CHF aus diesem Unterstützungsfonds. Strukturschwach und verschuldet liegt das Pro-Kopf-Einkommen 54% unter demjenigen des Kantons Zürich.<sup>13</sup>

Der Kanton Bern macht zurzeit nur noch das Nötigste.<sup>14</sup> Beispielsweise vermag er heute für den Unterhalt der Strassen lediglich 20% der zur Werterhaltung nötigen Mittel aufzubringen.<sup>15</sup>

### 3 Gesundheits- und Standespolitik 2006

#### 3.1 Nationale Aktivitäten der Berner Ärztesgesellschaft

##### 3.1.1 KVG-Revision

Es sei nur noch eine Frage der Zeit, bis die Vertragsfreiheit eingeführt werde, sagte Bundesrat Couchepin im August des Berichtsjahres auf der Petersinsel. Ein Jahr vor den Wahlen sei es angesichts des zähen Widerstandes der Ärzteschaft aber unmöglich, dieses Anliegen ernsthaft voranzutreiben.<sup>16</sup> Dieses kleine Kompliment an die Ärzteschaft heisst auch, dass der Bundesrat weiterhin an seinem Ziel – Einschränkung der freien Arztwahl – festhält. Unser Kantonalvorstand ist weiterhin innerhalb und ausserhalb der FMH für die freie Arztwahl eingetreten und gegen eine Aufhebung des Vertragszwangs. Für uns wird «Vertragsfreiheit» erst dann akzeptabel, wenn ein echter Markt entsteht. Markt kann nicht allein durch «Vertragsfreiheit» entstehen; dazu müssen gleichzeitig auch das Versicherungsobligatorium und der Tarifschutz

gelockert werden. Zudem müsste dannzumal die Vertragsfreiheit für alle Bereiche des Gesundheitswesens gelten, ambulant und stationär.

Weiter setzten wir uns dafür ein, dass Managed Care auch ohne Budgetverantwortung möglich wird.

### 3.1.2 Erste nationale Ärztedemonstration auf dem Bundesplatz

Auf Anfang 2006 verfügte der Bundesrat eine Senkung des Taxpunktwertes der Analyseliste (Labortarif) um 10%. Diese Massnahme traf Spital- und Grosslabors sowie die Hausärzte. Letztere generieren 15% ihres Umsatzes aus der Analyseliste. Diese bundesrätliche Massnahme brachte das Fass zum Überlaufen bzw. gab den Anstoss zum Aufruf der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM zur Demonstration am 1. April in Bern.

Der Vorstand der Berner Ärztesgesellschaft unterstützte den Aufruf der SGAM und rief unsere Mitglieder ebenfalls zur ersten nationalen Ärztedemonstration in der Schweiz auf den Bundesplatz zu Bern. Dort lebte die Ärzteschaft Solidarität; selber sah ich neben vielen Hausärzten zahlreiche Berner Spezialärztinnen und –ärzte, VSAO-Mitglieder und einige Fakultätsmitglieder. Daneben Medizinische Praxisassistentinnen, Pflegefachfrauen, Angehörige und gar einen bekannten Santésuisse-Exponenten. Die Ärzteschaft beherzigte die Weisheit des alt Bundespräsident Deutschlands, Johannes Rau, der formulierte: «Solidarität ist der Mörtel, der das Haus zusammenhält, damit es den Sturm übersteht».

### 3.1.3 Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung

Auf Jahresanfang 2006 verfügte der Bundesrat eine Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung, welche den Versicherten eine Verdoppelung des Selbstbehaltes auf Originalpräparaten aufbürdete und die Leistungserbringer damit «ermunterte», die Patienten möglichst auf Generika umzustellen. Die Anpassung wurde fünf Wochen vor Inkrafttreten verfügt und war weder mit den Leistungserbringern noch mit den Kassen abgesprochen. Die Betroffenen mussten darum diese «Generikaverpflichtung» innert weniger Wochen umsetzen. Viele Patienten – bereits versichert von Franchisenoptionen, Managed Care-Angeboten und Kostenkontrollen – wurden dadurch temporär überfordert (Dosierungsfehler, Einnahmefehler); benö-



1. April 2006: Erste nationale Ärztedemonstration auf dem Bundesplatz

tigten dadurch von den Leistungserbringern noch vermehrt Informationen, Betreuung und Korrekturhilfen. Viele Leistungserbringer erlebten diese Mehrbelastung auch als Schikane der Bundesverwaltung. Wer von uns eine Patientenapotheke betreibt, musste infolge der kurzen Fristen Verluste verbuchen. Ein Lichtblick war die Kulanz der Kassen, welche – wie wir von den kurzen Umsetzungsfristen betroffen – ihren Versicherten mehrmonatige Übergangsfristen gewährten.

Gemeinsam mit dem Apothekerverband und der Krankenversicherung Visana forderte die Berner Ärztesgesellschaft im September 2006 an einer öffentlichen Veranstaltung im Stade de Suisse eine neue Medikamentenpolitik: Wir erwarten von der Politik eine langfristige Strategie, die sowohl der Kostenpflege wie der Sicherung der Qualität und Versorgung Rechnung trägt. Die durch Bundesrat Couchepin bzw. das Bundesamt für Gesundheit verordneten Massnahmen im Medikamentenbereich brachten wesentliche Einsparungen, Preissenkungen und führten zum Anstieg des Generika-Marktanteils. Diese Entwicklung ist positiv. Medikamentenpolitik, die auf kurzfristige Interventionen und ausschliesslich auf Kostensenkung ausgerichtet ist, führt unausweichlich zu Qualitätseinbussen. Und diese liegen weder im Interesse der Patienten, der Ärzte, der Apotheker noch der Krankenversicherer.

### 3.1.4 FMH

An folgenden FMH-Veranstaltungen nahm jeweils eine Berner Delegation teil: 2 Ärztekammersitzungen (statutarisch wäre eine einzige vorgesehen) und 2 Präsidentenkonferenzen. Schwerpunkt unseres Engagements in diesen Gremien im Berichtsjahr war die Einflussnahme auf die Nachfolgewahlen in den Zentralvorstand, auf die FMH-Strukturreform, die Stärkung des VLSS als neue Basisorganisation und die Haltung der FMH zu Managed Care mit Budgetverantwortung.

In der aufgrund der FMH-Strukturreform neu geschaffenen 35-köpfigen FMH-Delegierten-versammlung ist die Berner Ärztesgesellschaft durch unsern Vizepräsidenten Dr. med. Thomas Heuberger vertreten.

### 3.1.5 Konferenz Kantonalen Ärztesgesellschaften KKA

Gemeinsam mit den Ärztesgesellschaften von Zürich, Luzern, St.Gallen, Vaud, Valais und Ticino gründete die Berner Ärztesgesellschaft im Frühjahr des Berichtsjahres die KKA. Statutarisch ist die KKA Dachgesellschaft aller Kantonalgesellschaften und Nachfolgeorganisation der statutenfreien G7. Bis zum Ende des Berichtsjahres traten alle 24 Kantonalgesellschaften der KKA bei. Die Präsidenten der Gründergesellschaften wurden mit der Geschäftsleitung beauf-

tragt. Als erste KKA-Vorsitzende wurden die Kantonalpräsidenten von Zürich und Vaud gewählt (Co-Präsidium).

Schwergewicht der Geschäfte im Berichtsjahr bildeten Tariffragen. Dabei wurde versucht, den FMH-Tarifdienst synergetisch zu unterstützen, daneben die Einführung von LeiKoV vorzubereiten; die Entwicklung des nationalen Projektes DRG zu verfolgen; die Verhandlungen um den Radiologietarif und die Dringlichkeitstarifizierung zu beschleunigen; die offenen Fragen um den elektronischen Rechnungsdatentransfer zu klären und in Fragen zur Versorgungssicherheit mitzudiskutieren.

### 3.1.6 Lenkungsbüro LeiKoV Schweiz

Mit dem am 1.7.2006 in Kraft getretenen neuen Anschlussvertrag – dem zweiten innert 3 Jahren – ist die Ärztesgesellschaft auch der von der FMH ausgehandelten nationalen Leistungs-Kosten-Vereinbarung LeiKoV beigetreten (siehe 3.2.1.1). Gegen Ende des Berichtsjahres wählte die Konferenz Kantonaler Ärztesgesellschaften KKA ihre Vertreter in dieses paritätisch besetzte nationale Büro. Es sind dies die Kantonalpräsidenten von Zürich, Valais und St.Gallen. Die erste vertraglich vorgesehene Sitzung des Lenkungsbüros Schweiz hat am 1. März 2007 stattgefunden.

## 3.2 Kantonale Aktivitäten der Berner Ärztesgesellschaft

Im Berichtsjahr wurden folgende statutarische Veranstaltungen durchgeführt: 2 Delegiertenversammlungen, 2 Präsidentenkonferenzen, 12 Vorstandssitzungen und 12 Sitzungen des geschäftsleitenden Ausschusses. Zusätzliche Sitzungen erfolgten projektbezogen. Daneben führte der Kantonalvorstand eine Klausurtagung durch.

### 3.2.1 TarMed KVG

#### 3.2.1.1 Neuer Anschlussvertrag TarMed KVG Arztpraxis

Am 1. Juli 2006 trat der neue kantonale KVG-Anschlussvertrag TarMed mit Gültigkeitsbereich Arztpraxis in Kraft. Damit hatten die praktizierenden Ärzte im Kanton Bern 12 Monate nach der überraschenden Vertragskündigung durch Santésuisse in 23 Kantonen eine neue vertragliche Tarifregelung. Unsere Gesellschaft war landesweit die dritte Kantonalgesellschaft mit neuer Vertragsregelung, nach Valais und Neuchâtel. Die Vertragsverhandlungen

gestalteten sich schwierig und anspruchsvoll. Unserer Verhandlungsdelegation gebührt Anerkennung für diese ausserordentliche Leistung in bewegten Zeiten: Fürsprecher Urs Hofer, Delegationsleiter und Verhandlungsexperte; Dr. med. Beat Gafner, FMH Allgemeinmedizin und Bezirksvereinspräsident; Dr. med. Peter Luder, FMH Chirurgie und Präsident Belegärzte-Vereinigung; Ing. ETH Anton Prantl, Tarifexperte und Direktionspräsident Ärztekasse. Symptomatisch für das raue Klima zwischen Santésuisse und Ärzteschaft ist die Tatsache, dass 30 Monate nach Einführung TarMed KVG bereits der zweite TarMed-Vertrag in Kraft getreten ist.

Im Anhang des neuen Anschlussvertrages wurde die von der FMH ausgehandelte Leistungs-Kosten-Vereinbarung LeiKoV integriert. Mittels dieser LeiKoV soll die Kostenentwicklung im TarMed KVG-Bereich monitorisiert und eine nachhaltige Kostensteuerung unter Einbezug von Leistungsargumenten und Veränderungen der Gesteuerungskosten ermöglicht werden. Die Monitorisierung der Kostenentwicklung der ambulanten Arztkosten in unserem Vertragsraum basieren wir auf die konsolidierten Kostendaten von PonteNova. Für die Interpretation und Argumentation gegenüber Santésuisse basieren wir auf der Datenanalyse von NewIndex. Entsprechende Verträge wurden abgeschlossen.

Erstmals seit der Restrukturierung von Santésuisse folgten drei Kassen ihrem Dachverband nicht und lehnten einen Beitritt zum ausgehandelten Berner Anschlussvertrag ab. Die restlichen gut 80 Kassen akzeptierten den ausgehandelten Vertrag. Damit herrscht am Ende des Berichtsjahres im Kanton Bern ein vertragsloser Zustand mit Helsana, CSS und SWICA. Dies ein Stimmungsbild des oben erwähnten schwierigen gesundheitspolitischen Umfeldes.

#### 3.2.1.2 Beitritt zum Anschlussvertrag TarMed Arztpraxis

Aufgrund der Leistungs-Kosten-Vereinbarung LeiKoV müssen wir die Entwicklung der Kosten und Leistungen laufend überprüfen und jährlich gegenüber Santésuisse rechtfertigen. Aufgrund unserer Erfahrungen während der kostenneutralen TarMed Einführungsphase – während welcher 3% der TarMed abrechnenden ÄrztInnen nicht Vertragsteilnehmer waren und trotzdem unser Kostenvolumen belasteten – führte unser Sekretariat im Berichtsjahr rigorose

Kontrollen der Abrechnungsberechtigung durch. Diese Kontrollen führten bei einigen betroffenen Kolleginnen und Kollegen zu Verstimmungen.

Berechtigt zur Abrechnung nach Tarmed-Praxistarif sind nur diejenigen ÄrztInnen, welche einen Vertragsbeitritt unterzeichnet haben oder Mitglied der Ärztesgesellschaft sind. Unsere Kontrolle erfolgte in Absprache mit Santésuisse Bern und mit Blick auf die im Mai 2007 bevorstehende Überprüfung unseres Taxpunktswerts. Ziel unserer Kontrollen war es, unser Kostenvolumen von Kosten unberechtigter ÄrztInnen zu entlasten und damit den Druck auf unseren aktuellen Taxpunktswert zu vermindern.

#### 3.2.1.3 Tarmed-Einführungskurs für Neumitglieder

Im September des Berichtsjahres führte unsere Gesellschaft wiederum einen Tarifeinführungskurs für Neumitglieder durch. Diese Einführung dauerte einen Halbtage und stand unter der Leitung von Thomas Heuberger, Vizepräsident BEKAG. Der Kurs soll – solange ein kantonaler TarMed-Anschlussvertrag gilt – jährlich wiederholt werden.

### 3.2.2 Abrechnungssystem Tiersgarant

Einzelne Krankenversicherer, angeführt von Helsana und CSS, griffen im Berichtsjahr erneut direkt oder über ihre Aktiengesellschaften Medidata und Carepay den in unserem Kanton in den Arztpraxen seit langem angewandten Abrechnungsmodus des Tiersgarant an. Dabei verfolgten sie zwei Ziele. Mit einer Änderung des Abrechnungsmodus wollten sie einerseits ärztliche Rechnungsdaten direkt und ohne Patientenfilter erhalten und sich andererseits direkt in den Zahlungsfluss zum Arzt einschalten. Diese Kassen führten dazu mehrere Mailings an Ärzteschaft und Versicherte durch. Die Ärzte forderten sie dabei zum Wechsel in den Tiersgarant auf. Die Versicherten ermunterten sie, nicht mehr die Bank für die Ärzteschaft zu spielen, sondern die Ärzte aufzufordern, ihre Rechnungen direkt an die Kassen zu senden.

Diese Aufforderungen stoppten diese Kassen auch nicht, nachdem ihr Dachverband Santésuisse mit unserer Ärztesgesellschaft per 1.7.2006 einen neuen Anschlussvertrag abgeschlossen hatte, in welchem wie im früheren Vertrag wörtlich steht (Art. 11, Abs. 1): «Schuldner gegenüber dem Leistungs-



erbringer im Rahmen des KVG ist der Versicherung (System des Tiers garant). Der Arzt schickt die Rechnung dem Versicherten.»

Unser Kantonalvorstand machte unsere Mitglieder wiederholte Male auf diese unlauteren Angriffe aufmerksam, dies über die Präsidentenkonferenz, die Delegiertenversammlungen, mittels Artikel in doc.be und mit einem Brief des Präsidenten an unsere Mitglieder. Der Kantonalvorstand ist überzeugt, dass ein Wechsel des Abrechnungsmodus vom vertragskonformen Tiers garant zum Tiers payant nachteilig für unsere praktizierenden Mitglieder ist.

Der Zentralvorstand FMH sprach sich 2005 grundsätzlich für das System des Tiers garant aus; ebenso unsere Delegiertenversammlung. Hauptargumente dafür waren: Der Datenschutz: Die Patienten müssen entscheiden können, welche Rechnung sie an die Kassen weitergeben und welche nicht; heute werden nur 80% aller Rechnungen im Tiers garant von den Patienten an die Kassen weitergeleitet.

Die Rechnungskontrolle durch die Patienten: Bevor diese die Rechnung begleichen, können sie sie kontrollieren.

Die Sensibilisierung für die Kosten: Die Patienten erfahren, welche Leistungen verrechnet wurden und wie viel diese kosten. Eine gewisse Unabhängigkeit von den Kassen: Die Mehrheit der Ärzteschaft will keine Kasse als Intermediär zwischen sich und den Patienten.

### 3.2.3 Gesundheitsdirektion

Auch in diesem Berichtsjahr fand halbjährlich ein Gespräch mit dem Gesundheitsdirektor und seinen Chefbeamten statt. In unserer Delegation waren die Chefärzte, die Belegärzte und die Hausärzte vertreten. Zur Sprache kamen dabei die Umsetzung des Spitalversorgungsgesetzes, die Einführung von Fallkostenpauschalen DRG, die TarMed Verträge, der Zulassungsstopp für ÄrztInnen und der ambulante ärztliche Notfalldienst.

### 3.2.4 BETAKLI 2008

2008 finden die nächsten Berner Tage der Klinik BETAKLI statt: «DIE Fortbildungsveranstaltung» gemeinsam organisiert und durchgeführt von Inselspital, Medizinischer Fakultät und Ärztesgesellschaft. Der langjährige Präsident der BETAKLI-Kommission, Professor H.J. Peter stellte sich verdienst-

vollerweise für die Leitung der kommenden Veranstaltung erneut zur Verfügung. Im November des Berichtsjahres fand eine erste Vorbesprechung statt.

### 3.2.5 200 Jahre Ärztesgesellschaft

Im Juni 2006 genehmigte der Kantonalvorstand die von mir entworfene Gesamtprojektorganisation und damit auch die verschiedenen vorgeschlagenen Teilprojekte. Zum Gesamtprojektleiter wurde Professor E. Bossi gewählt. Als ehemaliger Dekan der Medizinischen Fakultät und ehemaliger Kaderarzt der Universitätskinderklinik verfügt er über den nötigen Bekanntheitsgrad und über breite Akzeptanz in der Ärzteschaft. Als OK-Präsident der 200-Jahr Feiern der Medizinischen Fakultät bringt er grosse Erfahrung mit einer solchen Geburtstagsfeier mit. Und seit seiner Eremitierung verfügt er über eine noch grössere Unabhängigkeit des Denkens und Handelns, was für das Gedeihen unseres Projektes ebenfalls eine wichtige Voraussetzung ist.

#### 3.2.5.1 Teilprojekt Jubiläumsfeiern

Gewählt als Leiter dieses Teilprojektes wurde vom Vorstand ebenfalls Professor E. Bossi. In diesem Teilprojekt sind neben einer Eröffnungs- und Schlussfeier sowie einer Mitgliederparty verschiedene Jubiläumsanlässe angedacht.

#### 3.2.5.2 Teilprojekt Wanderbühne

Verantwortlich für dieses Teilprojekt ist Hans Werner Leibundgut. Auf seine Empfehlung hin und nach Würdigung durch den Kantonalvorstand wurde bereits ein Vorvertrag mit Theaterregisseur Reto Lang abgeschlossen. «Knock oder der Triumph der Medizin» (Jules Romains) heisst das Stück, welches Berner Ärztinnen und Ärzte für die bernische Bevölkerung spielen werden. Ich hoffe, dass sich spielfreudige Kolleginnen und Kollegen finden.

#### 3.2.5.3 Teilprojekt Konzerte MOB

Das Medizinerorchester Bern MOB will bei 200 Jahre BEKAG mitmachen und bereitet sich vor, im Jahr 2009 für diesen Anlass 8 Konzerte zu geben. Geplant ist, dass jeweils ein Bezirksverein als Konzertorganisator auftritt. Zu hoffen bleibt, dass sich Bezirksvereine finden, welche ein Konzert organisieren werden.

### 3.2.5.4 Teilprojekt Festschrift

Verantwortlich für dieses Teilprojekt ist Professor U. Boschung. Dieses Teilprojekt läuft seit 2002. An vier Sitzungen bearbeitete das Projektteam Inhalte, Zeitplan und Finanzierung der geplanten Festschrift. Das vom Projektteam (Prof. Boschung & Herren) initiierte Historische Seminar von Frau Prof. Studer, Uni Bern, zum Thema «Die Ärzteschaft im 20. Jahrhundert» wurde im Frühjahr 2006 abgeschlossen. Ich erhielt selber die Gelegenheit, an der Schlussveranstaltung teilzunehmen und zu offen gebliebenen Fragen Stellung zu nehmen. Meine persönliche Teilnahme wurde vom Lehrkörper und den StudentInnen geschätzt. Aus diesem Seminar werden einzelne Arbeiten in die Publikation einfließen.

Zwecks Finanzierung dieser Publikation gingen Professor U. Boschung und ich selber auf Sponsorensuche. Diese Suche erwies sich als schwierig. Immerhin gelang es bis zum Jahresende, eine Teilfinanzierung sicherzustellen. Gut die Hälfte der budgetierten Kosten werden wir aus Eigenmitteln finanzieren müssen.

### 3.2.5.5 Teilprojekt Fundraising

Bis zum Ende des Berichtsjahres war die Projektleitung noch nicht besetzt, entsprechende Verhandlungen waren im Gang. Unsere Geschäftsleitung favorisierte Frau Angela Kreis-Muzzolini, eine Fachfrau für Fundraising.

### 3.2.6 Projekt «Politik und Patient»

2004 entwarf unser Presse- und Informationsdienst PID eine gesundheitspolitisch geprägte Informationsschrift für Politiker und Patienten, welche 2005 von der Ärztesgesellschaft im Kanton Bern realisiert wurde, dies in einer Auflage von jeweils 10'000, dreimal jährlich. Gleichzeitig forderten wir den Verband Deutschschweizer Ärztesgesellschaften VEDAG auf, zu partizipieren. Im Berichtsjahr 2006 nun beteiligten sich insgesamt 13 Kantonalgesellschaften an dieser Informationsschrift: die Redaktionskommission wurde entsprechend erweitert und die Auflage konnte auf dreimal jährlich 70'000 erhöht werden. Verbreitet wurde «Politik und Patient» im Berichtsjahr von allen teilnehmenden 13 Ärztesgesellschaften an Politiker und Mitglieder, und wurde daneben als Beilage zur VEDAG-Zeitschrift «Sprechstunde» versandt. Im Dezember des Berichtsjahres

stimmte der Kantonalvorstand einer Weiterentwicklung zu: 2007 werden damit neu vier Ausgaben pro Jahr unter Beteiligung von 14 Kantonalgesellschaften herausgegeben.

### 3.2.7 Berner Modell für eine konsistente Medikamentenpolitik

An einer Veranstaltung im Stade de Suisse im Kanton Bern fordern Ärztesgesellschaft, Apothekerverband und der Krankenversicherer Visana gemeinsam eine neue Medikamentenpolitik. Von der Politik erwarten sie eine langfristige Strategie, die sowohl der Kostenpflege wie der Sicherung der Qualität und Versorgung Rechnung trägt.

### 3.2.8 Berner KMU

In Zeiten beschleunigten Umbruchs sind Partnerschaften besonders wichtig. Darum trat die Ärztesgesellschaft im Jahr 2005 Berner KMU bei. Mit 22'000 Mitgliedern im Kanton ist Berner KMU ein starker Partner und eröffnete uns neue politische Foren, um unsere Anliegen einer breiteren Öffentlichkeit zu vermitteln. Innerhalb von Berner KMU ist die Ärztesgesellschaft neben GastroBern der grösste Verband. Dies bietet Gewähr, dass wir auch über die nötige Stimmkraft innerhalb Berner KMU verfügen, um unseren Anliegen Gehör zu verschaffen. Nach unserem Beitritt erfüllte Berner KMU im Berichtsjahr auch unseren Wunsch nach Bildung einer Gruppe Gesundheit. Die Delegiertenversammlung von Berner KMU stimmte einer entsprechenden Statutenänderung zu. Seither leitet die Berner Ärztesgesellschaft die Gruppe Gesundheit innerhalb von Berner KMU und ist auch im leitenden Ausschuss von Berner KMU mit dem Berufsgruppenvertreter Gesundheit vertreten.

Über Berner KMU konnten wir im Berichtsjahr mehrmals unsere Meinung erfolgreich einbringen und damit Stellungnahmen des Verbandes auf kantonaler und nationaler Ebene beeinflussen. Erwähnt sei hier lediglich die Stellungnahme des Schweizerischen Gewerbeverbandes zur Versichertenkarte und das Legislaturprogramm 2006-2010 von Berner KMU. In diesem letzterwähnten Programm konnten wir beispielsweise im Kapitel Gesundheit Absichtserklärungen einbringen wie: «Die hochspezialisierte Medizin und Forschung in Bern sind zu stärken»; «die dezentrale Konzentration in der Spitalversorgung hat eine hohe Versorgungssicherheit zu gewährleisten»; «die Ausbildung in Hausarztmedizin ist zu stärken».

Am 125-Jahre-Jubiläum von Berner KMU werden wir uns beteiligen.



Das Gründerzentrum Bern bietet Unterstützung auf dem Weg in die berufliche Selbständigkeit

### 3.2.9 Gründerzentrum Bern

Das GründerZentrum Bern ist eine Nonprofit-Organisation mit einem kostengünstigen Beratungs- und Kursangebot für alle Personen, die sich selbständig machen bzw. eine Unternehmung gründen wollen oder in der unternehmerischen Anfangsphase stecken. Unsere Geschäftsleitung informierte sich betreffend dieser Dienstleistung und ermöglichte eine Publikation dieses Beratungsangebotes in doc.be sowie einen Kontakt zwischen GründerZentrum und VSAO Bern.

### 3.2.10 Reglement über die Ergänzung, Anwendung und Durchsetzung der eidgenössischen Standesordnung

2005 hatte die Delegiertenversammlung unsere Statuten betreffend die Organisation und Durchführung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes sowie die Unterstützung einer Vermittlungsstelle angepasst. 2006 ging es nun darum, die standesrechtlichen Ausführungsbestimmungen entsprechend anzupassen. Dabei passte die Delegiertenversammlung schweremwichtig Artikel 14 an. Dort werden die Organisation des Notfalldienstes geregelt, das Dienstmaximum, die Dispensation, die Ersatzabgabe und der Instanzenzug.

### 3.2.11 Geschäftsreglement Kantonalvorstand

Im Berichtsjahr genehmigte die Delegiertenversammlung eine Anpassung des Geschäftsreglements des Kantonalvorstandes. Die

Änderung betraf die Wahl von VertreterInnen der Ärztesgesellschaft in die Delegiertenversammlung von BernerKMU und die Kriterien für Mitgliederbeitragsreduktionen.

### 3.2.12 Organisation der Arbeitswelt Oda Gesundheit BE

Im Kanton Bern besteht seit Sommer 2004 eine von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF initiierte Arbeitsgruppe Oda-Gesundheit. Die kantonal tätige Oda ist eine Organisation gemäss eidg. Berufsbildungsgesetz und bezweckt die Mitarbeit bei der Gestaltung, Entwicklung und Umsetzung der Ausbildung in Gesundheitsberufen im Kanton Bern.

Nachdem die Ärztesgesellschaft bereits im Sommer 2004 ihre Mitarbeit in der Arbeitsgruppe angeboten hatte und auf Ablehnung stiess, machten wir 2005 einen erneuten Vorstoss. Damals ultimativ und Bezugnehmend auf das Berufsbildungsgesetz sowie die in Vernehmlassung begriffene kantonale Verordnung dazu. Daraufhin kam ein konstruktives Gespräch in Gang, welches im April 2006 zur Aufnahme der Ärztesgesellschaft in die Oda Gesundheit BE führte. Der Kantonalvorstand wählte Herrn PD Dr. med. Christoph Cottier, Präsident der Spitalärzte Kanton Bern, als Vertreter der Kantonalen Ärztesgesellschaft in die Oda Gesundheit BE.

Die Absicht des Oda-Vorstandes, sich neben der Ausbildung der Gesundheitsberufe der Sekundarstufe II neu auch mit derjenigen der Fachhochschulstufe zu befassen, lehnte die Ärztesgesellschaft ab und folgte damit dem SBK Bern.

### 3.2.13 Ausbildung in Hausarztmedizin im Medizinstudium

Die Medizinische Fakultät der Universität Bern plant, ab Herbst 2007 die Ausbildungsinhalte in Hausarztmedizin im Studium auszubauen. Im Herbst 2005 beauftragte die Medizinische Fakultät die Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin FIHAM, ein Projekt auszuarbeiten, welches allen Studierenden ermöglicht, ein 3-wöchiges Ausbildungsmodul in der Hausarztpraxis zu absolvieren. Dem ausgearbeiteten Projekt stimmt die Fakultät im September 2006 zu. Bis zum Jahresende sicherten der FIHAM bereits mehrere hundert Hausärzte ein Engagement im Rahmen dieser neuen Ausbildung zu. Die entsprechende Ausbildung dieser LehrärztInnen ist für Frühjahr 2007 geplant.

### 3.2.14 Pandemieplanung

Im Kanton Bern wird – abgestützt auf den Pandemieplan des BAG – eine Pandemieplanung erstellt. Innerhalb der Gesundheitsdirektion GEF ist dabei das Kantonsarztamt KAZA federführend. Im Berichtsjahr wurden auf Einladung des KAZA diesbezügliche Gespräche geführt und die Ärztesgesellschaft erhielt Gelegenheit in zwei Arbeitsgruppen mitzuarbeiten. Dafür mandatierte die Ärztesgesellschaft die Dres. Ueli Castelberg, Aarberg und Hans Schläppi, Toffen. Die Planung wird voraussichtlich im Frühjahr 2007 abgeschlossen werden. Anschliessend werden wir unsere Mitglieder orientieren.

### 3.2.15 Verein Medizinischer Assistenzberufe VMA

Der Verein wurde 1996 von unserer Ärztesgesellschaft gemeinsam mit der Zahnärztesgesellschaft und drei Privatschulen gegründet. Ziel war es, die Ausbildung von MPA und DA im Kanton Bern dezentral, anforderungsgerecht und in guter Qualität anzubieten. Im Zuge der Übernahme bislang eidgenössischer Aufgaben durch die Kantone zeichnen sich nun auch im Bereich der Medizinischen Assistenzberufe Veränderungen ab. Diese sind u.a. geprägt durch eine grössere Einflussnahme der Kantonalen Erziehungsdirektion ERZ über Leistungsvereinbarungen. Der Trend geht dabei in Richtung Vereinfachung und Zentralisierung der Ausbildung, was unseren Interessen nicht immer entspricht. Im Berichtsjahr formulierten wir deshalb unsere Anliegen an zuständiger Stelle und mussten erkennen, dass Änderungen von einer

einzelnen Schule und der ERZ schon weit geplant sind und wir in keiner Form involviert wurden. Wir verdoppelten unsere Vertreter im VMA Vorstand. Wir portierten Renato Tognina, Delegierter der BEKAG für MPA-Fragen und Vorstandsmitglied VBH sowie Piroshka Wolf, Sekretariatsleiterin BEKAG. Beide wurden in den VMA Vorstand gewählt. Daneben intensivierten wir unsere Gespräche mit den verschiedenen Anspruchsgruppen bis zum Jahresende.

### 3.2.16 Projekt Notfalldienst

Unter Leitung von Christian Gubler, Vizepräsident und Thomas Eichenberger, Sekretär, führte die Ärztesgesellschaft im Berichtsjahr Gespräche mit verschiedenen Ämtern der Gesundheitsdirektion und mit Leistungsanbietern im Notfalldienst. Ziele dabei waren: Eine möglichst einheitliche Haltung der Gesundheitsdirektion und der Ärztesgesellschaft betreffend notfalldienstlichen Dispensationen; eine finanzielle Beteiligung des Kantons an den Organisationskosten des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes und eine regionale Koordination der bestehenden notfalldienstlichen Leistungsangebote.

### 3.2.17 Projekt Monitoring Notfalldienst

Im März und April des Berichtsjahres führte die Ärztesgesellschaft unter Leitung von Beat Gafner, Mitglied des Kantonalvorstandes und Ressortleiter Economics, eine Umfrage unter allen Ärztinnen und Ärzten mit Praxisbewilligung durch. Gefragt wurde dabei nach dem zeitlichen Ausmass, der persönlichen Beanspruchung und der Häufigkeit von notfalldienstlichen Kontakten im Kanton Bern. Solche Angaben sind Voraussetzung für Anpassungen des Notfalldienstes innerhalb der Ärzteschaft und für künftige Verhandlungen betreffend eine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton. Die Resultate dieser Umfrage sind auf unserer Homepage für Mitglieder zugänglich [www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch), ein Sonderdruck liegt dieser Ausgabe von doc.be bei.

### 3.2.18 Daten aus dem Trust Center PonteNova

Nachdem der Kantonalvorstand im Vorjahr strenge, datenschutzkonforme Richtlinien betreffend die Auswertung von Trust Center Daten für anfragende Mitgliedergruppen verabschiedet hatte, erarbeitete er im Berichtsjahr entsprechend strenge Richtli-

nien für die Datenauswertung für Dritte. Nachdem bislang sämtliche Anfragen nach ausgewerteten konsolidierten Daten abgelehnt wurden, haben damit kantonale Fachgesellschaften und berechnigte Dritte (Bundesämter, Kantonsämter, Universitäten) die Möglichkeit, mittels detailliertem Gesuch an den Kantonalvorstand, Auswertungen zu beantragen.

### 3.2.19 Projekt Heimarzt

Der Verband Berner Hausärzte VBH beantragte dem Kantonalvorstand, gemeinsam mit dem Verband Bernischer Altersheimen VBA die Empfehlungen für Heimarzte aus dem Jahre 1988 zu überarbeiten. Der Vorstand wählte 2004 eine zweiköpfige Verhandlungsdelegation – bestehend aus Dr. H. Kläui, Vorstandsmitglied des VBH und Fürsprecher U. Hofer, Leiter der Verhandlungsdelegation BEKAG. Beide erhielten den Auftrag, sowohl einen Mustervertrag wie auch ein Pflichtenheft zu erarbeiten bzw. zu verhandeln, was sie erfolgreich taten. Beide Dokumente wurden im Berichtsjahr von der Ärztesgesellschaft und dem VBA verabschiedet und unterzeichnet. Sie finden diese Empfehlungen auf dem Internet [www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch)

### 3.2.20 Projekt Umfrage Ärztenetzwerke

Im Mai des Berichtsjahres beschloss der Kantonalvorstand auf Antrag von Peter Baumgartner, eine möglichst repräsentative Mitglieder-Umfrage betreffend Managed Care und Ärztenetzwerken durchzuführen. Damit sollen die Bedürfnisse und Erwartungen unserer Mitglieder – auch auf dem Land – erfasst werden. Dies mit Blick auf die laufende Managed Care Debatte im eidgenössischen Parlament und den entsprechenden Absichtserklärungen der FMH und des VSAO.

Der Kantonalvorstand beauftragte PonteNova mit der Durchführung. Die Umfrage wurde als Gemeinschaftsprojekt von Ärztesgesellschaft, PonteNova, Swisspep und dem Institut für Evaluative Forschung der Universität Bern lanciert. 50% der Mitglieder mit ambulanter Praxistätigkeit antworteten. Die Umfrageergebnisse werden im Frühjahr 2007 – zuerst in doc.be – publiziert werden.

### 3.2.21 Projekt Medphone

Die Ärztesgesellschaft begann im Berichtsjahr Verhandlungen mit der Gesundheitsdirektion GEF und setzte sich als Ziel, einen



Kostenbeitrag für die Organisation des ärztlichen Notfalldienstes zu erwirken. Als Voraussetzung für solche Verhandlungen forderte die GEF, dass die Ärztesgesellschaft dafür ein einzelnes Produkt anbieten müsse, welches ärztteigigen finanziert sei, welches kantonsweit operiere und welches europäischen Qualitätsnormen entspreche. Medphone war und ist unser einziges derartiges Produkt und wurde von uns entsprechend eingebracht. Im Herbst reichten wir schliesslich beim Regierungsrat ein Gesuch um Gewährung eines jährlich wiederkehrenden kantonalen Beitrages für die Organisation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes an Medphone ein. Das Gesuch war am Jahresende noch hängig.

Durch das Fehlen eines kantonalbernerischen Organisationsbeitrages an den ärztlichen Notfalldienst bzw. an Medphone, drohte beim ärztteigigen bernischen Call Center eine Finanzierungslücke. Darum beschloss die Delegiertenversammlung im Juni des Berichtsjahres eine überbrückende Teilfinanzierung von Medphone mittels einer Abgabe auf der AHV-Lohnsumme der Angestellten für die Dauer von 3 Jahren. Eine Kooperation zwischen Medphone, dem Callcenter der Ärzte des Kantons Bern und Medi-24, dem Callcenter der Sanitas, wurde 2004 von der Ärztesgesellschaft initiiert und 2005 von Medphone vertraglich abgesichert. Dieses Joint venture gewann im Berichtsjahr den Anna-Seiler-Gesundheitspreis für innovative Lösungen im Gesundheitswesen. Die Jury würdigte das Projekt als «einzigartiges Kooperationsmodell im Schweizerischen Gesundheitswesen».

### 3.2.22 Projekt Rollende-Kosten-Studie RoKo

Die jährlich von unserer Gesellschaft erhobenen Daten zeigen die Entwicklung der betriebswirtschaftlichen Kosten auf, welche für die Erstellung der Dienstleistung Arztpraxis vom Praxisbetreiber aufgewendet werden müssen. Die Berner Ärztesgesellschaft erfasst diesen Kostenaufwand seit 1989. Seit 2003 erhalten unsere Mitglieder eine Belohnung – aktuell CHF 300.– für das Ausfüllen der jährlichen Mitglieder-Umfrage RoKo, sofern der Fragebogen auswertbar ist. Rund 500 Mitglieder nahmen im Berichtsjahr an der Umfrage teil. Der 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.



*Viele Ärztinnen und Ärzte finden keine Nachfolger für ihre Praxen*

### 3.2.23 Projekt neues Logo BEKAG

2005 beauftragte unsere Delegiertenversammlung auf Antrag des damaligen Präsidenten der Berner Augenärzte, Thomas Haldimann, eine Kommission mit der Ausarbeitung eines neuen Logos. Im Juni des Berichtsjahres legte die Kommission den Delegierten erste Entwürfe vor. Mit knapper Mehrheit beschloss die Versammlung, das alte Logo beizubehalten und lediglich zu modernisieren. Entsprechend ging ein Folgeauftrag an die Kommission. Die Delegierten werden voraussichtlich 2007 entscheiden können.

### 3.2.24 Regionaler Ärztemangel

Noch im September 2004 – anlässlich der dreimal jährlich stattfindenden Gespräche zwischen EDI und kantonalen Gesundheitsdirektoren – hielt Bundesrat Couchepin fest, dass ein grenzenloser Überfluss an Leistungserbringern das aktuelle Gesundheitssystem kennzeichnet.<sup>17</sup> Heute weiss auch er, dass zunehmend viele ältere Ärztinnen und Ärzte keine Nachfolger für ihre Praxen finden.

#### 3.2.24.1 Arbeitsgruppe der Gesundheitsdirektion

Im Herbst 2005 erklärte der Grosse Rat drei Parlamentarische Vorstösse zum Thema regionaler Ärztemangel für erheblich. Die

Ärztesgesellschaft trug damals zu allen drei Vorstössen bei und beteiligte sich an einer Informationsveranstaltung für Grossräte unmittelbar vor der Debatte. Damit sah sich die Regierung zum Handeln gezwungen. Zu Beginn des Berichtsjahres berief die Gesundheitsdirektion eine Arbeitsgruppe ein, welche nun Vorschläge erarbeitet, wie die Forderungen der drei Vorstösse umgesetzt werden können. Mitglied dieser Arbeitsgruppe ist auch unser Vizepräsident Thomas Heuberger.

#### 3.2.24.2 Praxissuisse

Ist eine internetgestützte Kommunikationsplattform, welche Praxisabgeber und –übernehmer schweizweit seriös, diskret und gezielt zusammenbringt, dies kosten- und provisionsfrei. Diese Plattform ist eine Gemeinschaftsprojekt der Ärztekasse und des VSAO-MediService. Die Ärztesgesellschaft ist seit Frühjahr 2006 auf dieser Plattform präsent. Allein im Mai des Berichtsjahres gab es über diese Plattform mehr als 50 Anfragen für eine Praxisübernahme im Kanton Bern.

#### 3.2.25 City Notfall AG

Bekanntlich wurde 2005 am Bubenbergrplatz in Bern ein Walk-in Ambulatorium der Stiftung Inselspital und der Sonnenhof AG – eröffnet. Trotz unsern damaligen Bemühungen blieben Trägerschaft und Betrieb

damals ohne Beteiligung eines Ärzteverbandes. Dank Daniel Flach, dem operativen Leiter des Ambulatoriums, entwickelte sich trotzdem eine Zusammenarbeit mit der lokalen Ärzteschaft. Im Berichtsjahr wurde vom Kantonalvorstand eine weitere Verbesserung der Zusammenarbeit angestrebt und entsprechende Gespräche auf der operativen Ebene geführt.

### 3.2.26 Klausurtagung Vorstand

Nachdem die Delegiertenversammlung im Berichtsjahr die standesrechtlichen Ausführungsbestimmungen betreffend die Organisation des Notfalldienstes (Dienstmaximum, Dispensation, Ersatzabgabe und Instanzenzug) angepasst hatte, führte der Kantonalvorstand gemeinsam mit den Bezirksvereinspräsidenten eine Klausurtagung zum Thema Umsetzung der neuen Notfalldienstregelung durch. Dabei wurden schwergewichtig die Statutenanpassung in den Bezirksvereinen und die Information der Mitglieder vorbereitet.

### 3.2.27 Bestes Staatsexamen in Humanmedizin

Den Preis der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern für das beste Staatsexamen teilten sich im Berichtsjahr folgende 5 Staatsexamensabsolventen: Mirjam De Roche, Valentina Forni, Sara Meyer, Pasquale Mordasini und Sebastian von Arx. Sie erreichten alle einen Notendurchschnitt von 5,9.

### 3.2.28 Medienmitteilungen

#### 3.2.28.1 Sie eröffnen eine Praxis!

Im Februar 2006 erhielt ich Gelegenheit, im VSAO-Journal einen Artikel für neu praktizierende Ärzte betreffend den Abrechnungsmodus Tiers payant – Tiers garant zu publizieren.

#### 3.2.28.2 Ärztedemonstration: Cash TV

Am 21. März suchte Charlotte Michel, Journalistin bei Cash-TV Partner für eine Sendung vor und nach der Ärztedemonstration. Die Ärztesgesellschaft konnte einen geeigneten Interviewpartner vermitteln, der erfolgreich auf Sendung ging.

### 3.2.28.3 Ärztliche Notfalldienst: Hilfe rund um die Uhr

Christian Bernhard schrieb am 10. Juli in der Berner Zeitung, dass im Kanton Bern der ärztliche Notfalldienst lediglich über dutzende verschiedene regionaler Notrufnummern erreichbar sei und diese zudem kostenpflichtig seien. Dies sei im Kanton Solothurn vorbildlich über eine Nummer 0848 112 112 gelöst. Ich betonte, dass sich die Ärztesgesellschaft seit Jahren um eine zentrale Notfallnummer bemühe und dass dabei zumindest mit Medphone ein Teilerfolg erzielt worden sei. Die Situation sei aber nicht ideal und aus unserer Sicht würde die Ärzteschaft allein und ohne Beteiligung des Kantons innert nützlicher Frist keine kantonale Notfallnummer realisieren können.

### 3.2.28.4 Konsistente Medienpolitik

Am 13. September vermerkten einige Medien unsere Medienmitteilung: Gemeinsam forderten die Ärztesgesellschaft, der Apothekerverein und die Visana Krankenversicherung eine konsistente Medikamentenpolitik

### 3.2.28.5 Monopol bei elektronischen Arztrechnungen

Am 22. Oktober meldete Erich Aschwanden in der NZZ am Sonntag, dass die ärztliche Trust Center gemäss Wettbewerbskommission WeKo bei der Übermittlung von elektronischen Rechnungen über eine marktbeherrschende Stellung verfügen würden. Ebenso könnte die kasseneigene Medidata – dank Vorsubventionen durch die grossen Krankenkassen – künftig zu einer marktbeherrschenden Position gelangen; dies zumindest im Tiers payant. Diese Vorabklärung der WeKo wurde ohne Folgen eingestellt. Ob eine Publikation des Berichts erfolgt, ist zur Zeit noch offen.

### 3.2.28.6 Ärztewerbung: Mit einem Lächeln

Im Beobachter Nr. 23/2006 rügte Gian Signorell Werbeauftritte von einzelnen unserer Mitglieder in Publireportagen. Er bemerkte korrekt, dass die FMH-Standesregeln dies verbieten. Ich konnte präzisieren, dass wir nur auf Beschwerde hin tätig werden. Ohne eine entsprechende Anfrage aus der Ärzteschaft gehen wir der Sache nicht nach.

### 3.2.28.7 Ärztevertreter im Leitenden Ausschuss BernerKMU

Im Oktober wurde erstmals ein Arzt in die Verbandsleitung von BernerKMU gewählt. Nach dem Beitritt der Ärztesgesellschaft 2005 überarbeitete BernerKMU die Statuten und ermöglichte damit die Bildung einer Berufsgruppe Gesundheit. Jede Berufsgruppe ist im Leitenden Ausschuss vertreten, damit neu auch die Gesundheit.

### 3.2.28.8 Telemedizin ist Service public

Die Tagespresse reagierte am 30. November wohlwollend auf die Verleihung des Anna-Seiler-Gesundheitspreises an die ärztliche Medphone. Wir konnten mit einer Medienmitteilung dazu beitragen.

### 3.2.29 Umzug Sekretariat

Im Januar des Berichtsjahres orientierte uns der Vermieter Gutenbergstrasse 9, dass er ab Jahresende das Mietobjekt selber belegen wolle. Ein erneuter Umzug unseres Sekretariats musste daher rasch geplant und umgesetzt werden. Bereits am 1. Juli 2006 dislozierte unser Sekretariat an die Bolligenstrasse 52. Die dadurch bedingte Zusatzbelastung meisterte unser Sekretariats-Team unter Leitung von Frau Pirotschka Wolf trotz hohem standespolitischem und administrativem Arbeitsaufwand in bemerkenswerter und sehr verdankenswerter Weise.

### 3.2.30 Jubiläen

Fürsprecher Dr. jur. Thomas Eichenberger ist seit 10 Jahren Sekretär unserer Gesellschaft. Er beaufsichtigt unser Sekretariat juristisch und administrativ, unterstützt den Präsidenten und die Geschäftsleitung bei der Führung unserer Ärztesgesellschaft und steht unsern Mitgliedern beratend zur Verfügung. Seine grosse Erfahrung und seine breite Vernetzung innerhalb und ausserhalb des Gesundheitswesens sind für unsere Gesellschaft besonders im aktuell schwierigen Umfeld unschätzbar.

### 3.2.31 Mutationen

Dr.med. Ursula Steiner, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, trat im Mai 2006 als Beisitzerin aus dem Kantonalvorstand zurück. Als langjährige Vizepräsidentin der FMH nahm sie sich trotz grossem FMH-Engagement die Zeit, die anspruchsvolle

Schnittstelle zwischen FMH & Berner Ärztesgesellschaft in schwierigen Zeiten zu pflegen. Mit weiblicher Intuition und grosser Gelassenheit ist es ihr gelungen, diese Verbindung zu verbessern.

Dr. med. Adrian Sieber, FMH Urologie, trat im Frühjahr 2006 als langjähriger Vertreter des Bezirksvereins Emmental zurück. Als Mitglied des Ressorts Economics im Kantonalvorstand und als Mitglied der ersten Stunde im VR-PonteNova trug er wesentlich zur Bewältigung der Einführungsphase Tarmed BE und zum Erreichen der Datenparität unserer Gesellschaft mit Santésuisse bei.

Dr. med. Peter Baumgartner, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wurde von der Delegiertenversammlung am 30. März 2006 als neuer Vertreter Emmental in den Kantonalvorstand gewählt.

Dr. med. Daniel Marth, FMH Urologie, ehemaliger Bezirksvereinspräsident und amtierender VR-Präsident Medphone, wurde von der Delegiertenversammlung am 30. März 2006 als neuer Vertreter Bern-Stadt in den Kantonalvorstand gewählt.

Dr. med. Marcel Stampfli, FMH ORL & Hals-Gesichtschirurgie, ehemaliger Bezirksvereinspräsident, wurde von der Delegiertenversammlung am 30. März 2006 als neuer Vertreter Biel-Seeland in den Kantonalvorstand gewählt.

Dr. med. R. Tognina, FMH Allgemeinmedizin, Mitglied des Vorstandes des Verbandes Berner Hausärzte VBH, wurde vom Vorstand als Kantonaler Delegierter für MPA-Fragen gewählt und trat die Nachfolge von Dr.med. M. Marchev per 1. Juli 2006 an. Er wird unsere Gesellschaft im Verein für Medizinische Assistenzberufe VMA und innerhalb der FMH-Arbeitsgruppe MPA vertreten.

Fürsprecher Philipp Straub trat auf Ende Juli 2006 als Rechtsberater für unsere Mitglieder zurück. Er leistete ein Teilpensum von 20%.

Fürsprecher Urs Reinhard nahm ab August 2006 die Aufgabe als Rechtsberater für unsere Mitglieder war. Dies in einem Teilpensum von 20%.

## 4 Was bringt die Gesundheitspolitik 2007

### 4.1 In der Schweiz

Der Bundesrat hat auf Jahresanfang die Vereinbarung über die Weiterführung der Notmassnahmen für selbstständige, in freier Praxis arbeitende Radiologen und Radiologieinstitute nicht genehmigt. «Diese Notmassnahmen sind nicht vereinbar mit dem KVG. Die Radiologen hatten diese Sonderregelung während einer Übergangszeit erhalten. Trotz zahlreicher Aufforderungen durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) haben die Verhandlungspartner keine mit dem Gesetz vereinbare Lösung gefunden. Der heutige Bundesratsentscheid hebt ihren Sonderstatus auf.»<sup>18</sup> Gleichzeitig signalisierte Bundesrat Couchepin gegenüber der Radiologengesellschaft und der FMH Verhandlungsbereitschaft.

Im März 2007 ist die SP-Initiative für eine Einheitskrankenkasse zur Abstimmung gelangt und wurde erwartungsgemäss verworfen. Die Ärztekammer hatte auf Drängen der Romands Stimmfreigabe beschlossen, allerdings mit 78 gegen 77 Stimmen nur sehr knapp. Die Nein-Parole wäre möglich gewesen. Ich konnte die Unzufriedenheit vieler Kolleginnen und Kollegen mit der konfrontativen Politik einiger Grosskassen nachvollziehen. Diesen Kassen mit Hilfe dieser SP-Initiative eins Auszuwischen, schien mir allerdings politisch gefährlich und unklug zu sein. Allein die von den Initianten geforderten einkommensabhängigen Prämien hätten zu einer Verdoppelung der Kantonssteuern geführt.

Ebenfalls 2007 soll über die SVP-Initiative für tiefere Krankenkassenprämien befunden werden. Diese fordert u.a. die Einschränkung der freien Arztwahl. «Dadurch entstehen für die Versicherten keine negativen Folgen.»<sup>19</sup> Für Patienten aber schon! Ein Risikoausgleich für teure Patienten fehlt weitgehend und für die Selektion kostengünstiger Ärzte werden kassendefinierte Kostenkriterien angewendet. Diese SVP-Initiative toleriert damit weiterhin eine Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss reinen Kostenkriterien und blendet den sozialen Nutzen medizinischer Therapien völlig aus. Dadurch wird es bei Ärzten mit Kassenvertrag zwangsläufig zur Risikoselektion kommen. Bei einer Annahme dieser SVP-Initiative wäre ein Ärztereferendum gegen eine von der Initiative geforderte, derartige Einschränkung der freien Arztwahl nicht mehr möglich.

Voraussichtlich in der Sommersession wird neben der Spitalfinanzierung der Risikoausgleich behandelt werden. Der Ständerat hat sich im Berichtsjahr bereits für eine Verbesserung des Risikoausgleichs ausgesprochen.

Die schweizweite Aufteilung der Spitzenmedizin bleibt ein Thema. Verteilungskämpfe zeichnen sich schergewichtig innerhalb der deutschsprachigen Schweiz ab. Kaum Probleme bei der Aufteilung dürften sich zwischen der Deutsch- und Westschweiz und innerhalb der Romandie ergeben.

### 4.2 Im Kanton Bern

Am 10. Mai 2007 wird erstmals vom Lenkungsbüro LeiKoV kantonsweise und per 1.1.2008 eine Anpassung der Taxpunktweite festgelegt, dies abhängig von der Entwicklung der OKP-Kosten im Bereich der Arztpraxen.

Im Juni 2007 findet das Casting unserer Wanderbühne «Knock oder der Triumph der Medizin» statt. Es mögen sich viele spielfreudige Medizinerinnen und Mediziner melden.

Im Herbst 2007 wird der Grosse Rat über die Spitalversorgung im Kanton Bern bis 2010 entscheiden.

## Schlusswort

Gesundheit ist und bleibt für viele Menschen das höchste Gut – unerreichbar hoch. Je älter wir werden, desto länger können wir kostenintensiv dagegen angehen, dass wir sterblich sind. Und – wenn Anti-Aging irgendeinmal wirklich funktionieren würde – dann wäre dies problematisch für uns alle, sogar sehr problematisch. Friedrich Nietzsche hat einen pragmatischen und nutzenorientierten Lösungsansatz zum hohen Gut Gesundheit skizziert: «Gesundheit ist dasjenige Mass an Krankheit, das es mir erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.» Unser Gesundheitswesen wird sich weiterhin und rasch verändern. Ich habe Vertrauen in die Fähigkeit unserer Ärztinnen und Ärzte, Veränderungen zu bewältigen. Diese Fähigkeit allein wird aber kaum genügen, denn es wäre unvernünftig anzunehmen, dass gesundheitspolitische Entscheidungen rein rational getroffen werden können. Unsere Bevölkerung hat ein hohes Qualitätsbewusstsein und Qualität ist und bleibt daher ein zentraler Wert in unserem Gesundheitswesen.



Es bestehen keine Anhaltspunkte, dafür, dass uns die Arbeit ausgehen wird – eher für das Gegenteil. Statt sich auf die Pensionierung vorzubereiten sollten Ärztinnen und Ärzte über 50 lernen, mit den neuen demographischen Rahmenbedingungen umzugehen und sich anzupassen: Bleiben Sie noch ein bisschen!<sup>20</sup> Glauben Sie mir,

Wirtschaft und Politik werden entsprechende Rahmenbedingungen bedarfsgerecht anpassen und für einige von uns Anreize setzen.

Der Vorstand der Berner Ärztesgesellschaft engagiert sich weiterhin für akzeptable Rahmenbedingungen für die Ärzteschaft;

für eine qualitativ hoch stehende ärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie für Lösungen im Gesundheitswesen, welche zukunftsgerichtet sind, partnerschaftlich erarbeitet werden und Würde und Autonomie der betroffenen Menschen respektieren.

- 1 OECD Health Data, Paris, 17. Oktober 2006
- 2 Europäisches Gesundheitsforum: Ärzte wechseln immer mehr in fachfremde Berufe. Deutsches Ärzteblatt online; 10. Oktober 2006
- 3 Bernie Ecclestone, Impresario der Formel 1. Interview NZZ am Sonntag; 31.12.2006: Seite 30
- 4 Prof. Dr. Franz Jaeger, Ordinarius für Wirtschaftspolitik, Universität St. Gallen. Ist die Schweiz noch zu retten; Referat, Gampelen: 19. Mai 2006
- 5 Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2004. Bundesamt für Statistik, 2006: Seite 38
- 6 OECD-Bericht zum Gesundheitswesen Schweiz. 18.10.2006
- 7 Reto Schlatter. Der teure Luxus hat System. Credit Suisse, Bulletin 2/2006: Seite 13
- 8 Abschlüsse der universitären Hochschulen. Bundesamt für Statistik Bfs, Neuenburg 2006
- 9 Umfrage unter Assistenzärztinnen und Assistenzärzten. Universität Zürich, Sozialforschungsstelle, 2005. Publiziert u.a. in der Ärztezeitung 2006
- 10 Bundesamt für Gesundheit. Gesundheitsberufe; Problemanalyse 2006: <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/00413/01260/index.html?lang=de>
- 11 Rezepte gegen Ärztemangel. Podiumsdiskussion an der Universität Bern zum Reformbedarf in Medizinstudium und Gesundheitswesen. Der Bund, 3. Februar 2005, Seite 31
- 12 Stefan Schmid. Krankenschwestern statt Hausärzte. Medienkonferenz mit Bundesrat Couchepin, St. Petersinsel. Der Bund, 30. August 2006.
- 13 Bundesamt für Statistik, kantonale Volkswirtschaftszahlen von 2005, publiziert 2006.
- 14 Barbara Egger, Regierungsrätin, Bau-, Verkehrs- und Energiedirektorin des Kantons Bern. Hearing vom 11.1.2007
- 15 Nötig wären jährlich 1,5% des Strassenwertes und eingesetzt werden können lediglich 0,3%.
- 16 Stefan Schmid. Krankenschwestern statt Hausärzte. Medienkonferenz mit Bundesrat Couchepin, St. Petersinsel. Der Bund, 30. August 2006.
- 17 Der Dialog über die Nationale Gesundheitspolitik hat Form und Takt gefunden. Newsletter Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Dezember 2004: Seite 1. [www.nationalegesundheitspolitik.ch](http://www.nationalegesundheitspolitik.ch)
- 18 Der Bundesrat zwingt die selbstständigen Radiologen zur Anwendung der TARMED-Tarifstruktur. Bundesamt für Gesundheit; Sektion Tarife und Leistungserbringer. Medienmitteilung vom 21.12.2006
- 19 Pressedienst der SVP Schweiz, 10. Februar 2003

## Terminplan 2007

21. Juni 2007  
Delegiertenversammlung



## Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern  
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern,  
Bolligenstrasse 52, 3006 Bern / erscheint 6 x jährlich  
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der  
Ärztesgesellschaft des Kantons Bern  
Redaktor: Marco Tackenberg, Presse- und  
Informationsdienst, Postgasse 19, 3000 Bern 8  
Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82;  
E-Mail: [tackenberg@forumpr.ch](mailto:tackenberg@forumpr.ch)  
Inserate: P. Wolf, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern  
Tel. 031 330 90 00; Fax 031 330 90 03;  
E-Mail: [pwolf@bekag.ch](mailto:pwolf@bekag.ch)  
Layout: Peter Gaffuri AG, Grafisches Zentrum,  
Kornhausplatz 7, 3011 Bern, [www.gaffuri.ch](http://www.gaffuri.ch)  
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern  
Ausgabe April 2007

## Berner Ärztesgesellschaft: 200 Jahre Medizin für den Menschen



### Wir haben Grund zum Jubilieren:

Die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern feiert 2008/2009 ihr 200-jähriges Bestehen!

Diesen Anlass wollen wir nutzen, um die BEKAG als ethisch handelnde, verantwortungs- und traditionsbewusste – aber auch als zukunftsgerichtete und dynamische – Organisation zu positionieren.

Zur Planung, Organisation und Umsetzung der Jubiläumsfeierlichkeiten hat der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kanton Bern ein Organisationskomitee aus motivierten und erfahrenen Persönlichkeiten aus dem eigenen Kreis einberufen. Die Bezirksvereine und Fachgesellschaften sind unsere Botschafter! Das Organisationskomitee BEKAG unterstützt und hilft bei der Realisation der regionalen Feierlichkeiten.

Geplant ist nebst diversen weiteren Veranstaltungen das Theaterstück «Knock oder Der Triumph der Medizin», welches Berner Ärztinnen, Ärzte und Zugewandte für die Bevölkerung des Kantons Bern spielen. In der Beilage dieses doc.be erhalten Sie einen Flyer mit der Ausschreibung zum Casting.

Weitere Informationen zu den Jubiläumsfeiern entnehmen Sie den kommenden Ausgaben von doc.be.

*1 Die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern wurde am 9. Oktober 1809 in Burgdorf als «medizinisch-chirurgische Gesellschaft» gegründet.*



**Medizinerorchester Bern**  
Benefizkonzert zu Gunsten ahal  
Schweizerisches Zentrum für Allergie, Haut und Asthma  
Sonntag, 24. Juni 2007, 19 Uhr, Kultur-Casino Bern  
Matthias Kuhn, Dirigent  
Adrian Cioban, Oboe

Johann Strauss  
Ouvertüre zu «Der Zigeunerbaron»

Joseph Haydn  
Konzert für Oboe und Orchester C-Dur

Johannes Brahms  
Ungarische Tänze Nr. 1, g-moll und Nr. 3, F-Dur

Michael Haydn  
Sei Tedeschi

Johann Strauss  
Kaiser-Walzer

**Tickets**  
Vorverkauf und Reservation: Musikhaus Krompholz, Spitalgasse 28, Bern  
Telefon 031 328 52 00, Abendkasse ab 18 Uhr

## Hausarztmedizin: Zürich geht mit gutem Beispiel voran



Sandra Küttel,  
Presse- und  
Informations-  
dienst

**Junge Ärztinnen und Ärzte finden heute wenig Anreiz, sich zum Hausarzt auszubilden. Auch finanziell werden sie bestraft: Ein Assistenzarzt, der eine Praxisassistentz bei einem Hausarzt absolviert, verdient etwa 6000 Franken, während sein Kollege, der an einem Spital angestellt ist, auf rund 8000 Franken zählen darf.**

Eine Umfrage der Zürcher Ärztesgesellschaft hat ergeben, dass 60 Prozent der Hausärzte im Kanton Zürich über 50 Jahre alt sind und gut ein Viertel – vor allem Frauen – Teilzeit arbeitet. Weil mittelfristig mit einem Mangel an Hausärzten gerechnet wird, hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) im vergangenen Herbst das Projekt «Finanzierung spezifische Weiterbildung» mit mehreren Finanzierungsmodellen verabschiedet.

Nun hat die Gesundheitsdirektion ein dreijähriges Pilotprojekt zur Förderung der Hausarztmedizin bewilligt. Ab dem 1. März 2007 werden jährlich 5 Praxisassistentzstellen für angehende Hausärztinnen und Hausärzte während 6 Monaten teilfinanziert. Dabei übernehmen die Gesundheitsdirektion drei Viertel und die Praxisinhaber ein Viertel der anfallenden Lohnkosten. Die Assistenzärzte werden somit denjenigen, die ihre Weiterbildung in den Spitälern absolvie-

ren, gleich gestellt. Damit wird ein weiterer Schritt zur Förderung der angemessenen Weiterbildung für angehende Grundversorger gemacht.

Innert kurzer Zeit hat die Einheit für Hausarztmedizin der Universität Zürich in Zusammenarbeit mit dem Kollegium für Hausarztmedizin und dem Kantonsarzt das Pilotprojekt ausgearbeitet. Die inhaltliche Planung und Stellenvermittlung übernimmt die Einheit für Hausarztmedizin der Universität Zürich, die administrative Abwicklung wird vom Kollegium für Hausarztmedizin geregelt, welches seit 1999 solche Praxisassistentzen durchführt.

Bereits liegen mehrere Gesuche für Praxisassistentzen in verschiedenen Teilen des Kantons Zürich vor. Das ganze Projekt umfasst einen Beitrag der Gesundheitsdirektion von 540 000 Franken über drei Jahre verteilt. Es ist zu hoffen, dass der Entscheid des Kantons Zürich, einen substantiellen Beitrag zur Sicherung einer flächendeckenden ärztlichen Grundversorgung der Bevölkerung zu leisten, auch in anderen Kantonen der Schweiz Nachahmung findet.

Edelversandlieferung für Freipraktizierende  
Sonderpreis und weniger Zinsen! Sonderkonditionen  
Sonderpreis! Sonderkonditionen! Sonderkonditionen! Sonderkonditionen!  
Sonderpreis! Sonderkonditionen! Sonderkonditionen! Sonderkonditionen!  
Sonderpreis! Sonderkonditionen! Sonderkonditionen! Sonderkonditionen!

**Ä K G K** **ÄRZTE KONTAKT**  
**G K** **GRUPPE DER KANTONÄRZTE**  
**G K** **GRUPPE DER KANTONÄRZTE**

Die Ärztesgesellschaft auf Ihrer Seite  
Sonderkonditionen! Sonderkonditionen!  
Sonderkonditionen! Sonderkonditionen!  
Sonderkonditionen! Sonderkonditionen!  
Sonderkonditionen! Sonderkonditionen!

Unser Doktor heisst René.

Eine Frage, ein Anruf, eine Antwort. Und wenn René nicht zu sprechen ist, dann Hélène, Egidio, Ernst oder Hans. Insgesamt sind 5 FAH-Spezialisten für Sie da und helfen gerne bei der Beurteilung und Interpretation der Ergebnisse. Versteht sich: alle mit über 20-jähriger Laborerfahrung. Aber Freude an der Arbeit wie am ersten Tag. Wie unsere 45 anderen MitarbeiterInnen auch, Doktor hin oder her.

**medics labor**  
professionell und persönlich

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

T 031 372 20 02  
F 031 371 40 44