



Dezember 2001 / 6

# doc.be

Ärztegesellschaft  
des Kantons Bern  
Société des médecins  
du canton de Berne  
[www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch)

## Wertschätzung ist ein Stück Lebenskultur

«Es fehlt an Menschlichkeit in der Medizin» bemerkte kürzlich ein leitender Mitarbeiter in einem ausserkantonalen Spital. Damit meinte er weniger die Menschlichkeit gegenüber dem Patienten als viel mehr die Menschlichkeit gegenüber den Mitarbeiterinnen<sup>1</sup>. Wertschätzung ist nicht nur eine Haltung, die wir unseren Patientinnen und unseren Angehörigen entgegenbringen, sondern auch eine Haltung, die wir unseren Mitarbeiterinnen gegenüber einnehmen wollen. Wertschätzung bedeutet nicht nur schätzen, sondern auch achten, respektieren und anerkennen. Unseren Mitarbeiterinnen Anerkennung zukommen lassen, ist durchaus auch eine ärztliche Handlung. Dabei ist nicht nur die Dosierung wichtig, sondern auch die Darreichungsform: Kommunizieren wir die Anerkennung so, dass sie auch vom Empfänger als Wertschätzung empfunden wird. Empathie, Umgangston und die Fähigkeit wahrzunehmen, sind entscheidend.

Im Gesundheitswesen sind der Mensch im einzelnen und das Team im Allgemeinen die wichtigsten Erfolgsfaktoren. Wertschätzung beginnt im Team. Alle brauchen einander und alle tragen zu einem positiven Klima bei. Beim Betriebsklima wirken alle mit, aber vor allem die Chefs.

Setzen wir unsere Sozialkompetenz vermehrt auch für unsere Mitarbeiterinnen ein, nehmen wir uns Zeit für sie, versuchen wir sie besser zu verstehen, nehmen wir sie wirklich wahr. Gehen wir mit Achtung, Respekt und Anerkennung auf sie zu: Erleben wir im Team ein neues Wir-Gefühl.

Selbst wenn wir selber gelegentlich im Alltag und in der Öffentlichkeit nicht die Wertschätzung erfahren, welche wir brauchen würden, um unseren Dienst für den Patienten zu leisten, möchte ich Ihnen trotzdem einen Vorsatz für das neue Jahr nahe legen: Wertschätzung als Prinzip unserer Unternehmenskultur in Spital und Praxis.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Ärztesgesellschaft, im Sekretariat, im Vorstand, in den Fachgesellschaften und den Bezirksvereinen, ich schätze Sie und Ihre Arbeit und wünsche Ihnen und Ihren Angehörigen im neuen Jahr gute Gesundheit und schöne Stunden.

Jürg Schlup, Präsident

<sup>1</sup> Mit der weiblichen Form ist jeweils gleichzeitig auch die männliche Form gemeint.

## Gast-Editorial 2

- Zwischen Rivella-Effekt und provinzieller Stilverspätung

## Sitzung der Ärztekammer 3

- Die Rahmenverträge sind wichtiger als die Tarifstruktur

## Trust Center 4

- Auf dem Weg zu einem «Trust Center» der Berner Ärzte

## Ständerat gegen freie Arztwahl 5

## Mitteilungen des Sekretärs 6

## Bericht aus dem Grossen Rat 7

- Der Grosse Rat: dritte Session

## Aus den Bezirksvereinen 8

- Spitalversorgungsgesetz (SpVg)
- Nachlese zu einer Bezirksvereinsversammlung

**Gast-Editorial**

## Zwischen Rivella-Effekt und provinzieller Stilverspätung



Heinz Locher  
Dr. rer. pol.  
Unternehmens-  
berater Gesundheitswesen,  
Spezialgebiet  
Spitäler

In Zeiten dauernden und sich beschleunigenden Umbruchs sind ein fester Standort oder Widerstandsressourcen hilfreich – a sense of coherence, wie Aaron Antonovsky dies als Salutogeneseprinzip beschrieben hat. Diesem Anspruch kann der vorliegende Aufsatz wohl nicht genügen – er will aber einen Beitrag dazu leisten.

«Rivella – anders als alle andern!» – lautete der erste, kecke Werbespruch von Dr. Robert Barth, als er sein neu entwickeltes Milchserumgetränk auf den Markt brachte, eben mittels einer anderen Technologie geschaffen als zum Beispiel Mineralwasser, Bier oder Wein. Dieser «Rivella-Effekt» wird von Exponentinnen und Exponenten des Gesundheitswesens gerne und häufig in Anspruch genommen: «Im Gesundheitswesen gelten andere Wertsysteme und Massstäbe», «Das ist bei uns nicht möglich, ethisch nicht vertretbar» usw. usw.

Dieser Tage lesen wir in einer amerikanischen Publikation zur Notwendigkeit einer wirkungs-volleren Ablaufgestaltung in Spitälern «*These decades-old processes are a luxury that hospitals can't afford at a time when, like banks and insurance companies, they provide a largely commodified service, in the sense that marginal increases in the excellence of medical techniques rarely deliver much competitive advantage. What can deliver it – and will ultimately divide the hospitals that survive from those forced to exit the market – is the efficient use of assets. And that means drastically improved operations.*» – gefunden nicht im «Wörterbuch des Unmenschen», sondern bei Mango P.D. and Shapiro L.A., Hospitals get serious about operations, The McKin-

sey Quarterly 2001 (mckinseyquarterly@mckinsey.com).

Rivella-Effekt oder gleiche Entwicklungsgesetzmässigkeiten wie in andern Dienstleistungsbereichen, etwa den zitierten Banken und Versicherungen (oder gar Fluggesellschaften)? Wir sind der Auffassung, beides treffe zu, und die hohe Kunst bestehe darin, zu unterscheiden, wann welches Prinzip anzuwenden ist.

Es bestehen Bereiche, bei denen die konsequente Umsetzung des «Sonderfalls Gesundheitswesen» unbedingt zu fordern ist. Zwei Beispiele: Im Unterschied etwa zum Tourismus ist es ethisch nicht vertretbar, Menschen aufgrund fehlender wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit vom Zugang zu den erforderlichen Leistungen auszuschliessen – ein Prinzip, das beispielsweise eine der grossen Errungenschaften des sonst vielgeschmähten KVG mit dem Versicherungsobligatorium und den Prämiensubventionierungen darstellt. Die Patient-Arzt-Beziehung lässt sich ebenso wenig auf eine Kunden-Leistungserbringer – oder wie es heute heisst – Principal-Agent-Beziehung reduzieren.

Andererseits können sehr wohl Parallelen zu andern Bereichen gezogen werden, bei denen ebenfalls eine De-Regulierung und Ent-Kartellisierung stattgefunden hat, beispielsweise den Banken. Kartellierte und hochreglementierte Wirtschaftszweige sind dadurch charakterisiert, dass allzu viele alles (selber) tun, bei ungenügender Management-Qualität, wenig aussagekräftigem Rechnungswesen und der weitgehenden Abwesenheit von Kooperation. «Lieber autark untergehen als gemeinsam überleben – lautet das Motto». Bei den Regionalbanken ging dies so weit, bis die erste eben «bancarotta» ging – mit gravierenden Folgen für alle Betroffenen. Ein gleicher derartiger Entkartellierungs- und De-Regulierungsprozess ist durch das KVG verstärkt worden, mit zehnjähriger Verspätung – der Kunsthistoriker spricht in ähnlichen Situation von provinzieller Stilverspätung, was nicht nur örtlich zu verstehen ist! Die Exponenten des Gesundheitswesens können von den Erfahrungen und Fehlern

anderer Bereiche lernen, denen ein hoher prognostischer Wert zukommt, weil es – auch unter Beachtung der erwähnten Besonderheiten – im Gesundheitswesen zu vergleichbaren Entwicklungen kommen wird. Das heisst konkret: Schaffen einer Zusammenbaukultur im ambulanten und stationären Bereich – und zwischen diesen. Wenn nicht mehr jeder (und jede) alles tut (es sei auch an das Dignitätskriterium aus der Tarmed-Diskussion erinnert), entwickeln sich neue Betriebsmodelle mit je einem klaren Profil: Das Hausarztnetz, das mit diesen vernetzte Grundversorgungsspitälern, spezialisierte Kliniken und Institute mit klarer Schwergewichtssetzung, Spitalgruppen usw. Am Beispiel der Banken – es gäbe aber auch solche bei Versicherungen, Elektrizitätswerken, Verkehrsunternehmen usw. – kann festgestellt werden: Die Volksbank ist untergegangen, weil sie zu gross als kleine und zu klein als weltweit tätige Grossbank war. Raiffeisenkassen und Regionalbanken florieren aber, ebenso die ganz grossen Institute (z.B. UBS, CSFB). Daneben bestehen Spezialisten wie Privat- und Vermögensverwaltungsbanken. Es erfolgt also eine differenzierte Entwicklung.

Noch ist im Gesundheitswesens die Verwirrung der Geister gross! Wie können neue Betriebsmodelle geschaffen werden – welche Vor- und Nachteile ergeben sich für den einzelnen? Wo hat die traditionelle Einzelarztpraxis noch eine Zukunft? Sicher ist folgendes: Die durchschnittliche Betriebsgrösse steigt, qualitätssichernde Massnahmen werden institutionalisiert, der finanziellen Führung aller Leistungserbringer kommt noch zunehmende Bedeutung zu. Rasch wird eine Klärung ordnungspolitischer Fragen kommen (müssen): Wo sind staatliche Aufsichts- und Regulierungsfunktionen angezeigt, wo soll der Wettbewerb herrschen (vgl. z.B. die Diskussion über Spitalisten oder die Aufhebung des Kontrahierungszwangs)? Unter Ökonomen aller Lager besteht Einigkeit, dass der Markt effizient – aber ungerecht – ist. Die durch Wettbewerb erzielten Ergebnisse erfordern deshalb Korrektur- oder Umverteilungsmechanismen (z.B. eben Prämien-subventionen). Es besteht aus marktwirtschaftlicher Sicht kein Recht auf Zugang zu einem solidarisch finanzierten und subventionierten Markt – Wettbewerb unter den Zugelassenen ist aber sinnvoll, weil im Interesse des Patienten liegend.

Noch eine weitere Parallele kann gezogen werden – ohne provinzielle Stilverspätung: Personale Dienstleistungen, wie sie im Bildungs- oder Gesundheitswesen erbracht

werden, erfordern hoch motivierte Dienstleistende. Was schon 1968 auf den Hausmauern geschrieben stand, gilt auch heute: «Ausgebrannte Menschen geben keine Wärme!»

Was bleibt als Fazit und gleichzeitig als Wunsch? Möglichst viele mögen zur jeweils rechten Zeit erkennen, wo im Inter-

esse der Patientinnen und Patienten, aber auch aller im Gesundheitswesen tätigen Menschen, der Rivella-Effekt in Anspruch genommen werden muss und soll – und wo – wenn auch mit Stilverspätung – Lehren aus andern Bereichen gezogen werden können.

Heinz Locher, Dr. rer. pol.  
h.locher@thenet.ch

## «Unterschätzen Sie den Rahmenvertrag nicht!»



Jürg Schlup  
Präsident

Die ausserordentliche Ärztekammer vom 13. Dezember 2001 in Bern hatte an einer Nachmittagssitzung – die so weit in den Abend reichte, dass schliesslich das Quorum für bindende Beschlüssen nicht mehr gegeben war – über schicksalsträchtige Traktanden zu entscheiden. Beschlossen werden konnte letztlich nur über die Tarifstruktur; für Entscheide über die noch bedeutsameren Rahmenverträge und über politische Geschäfte wie die Abschaffung des Kontrahierungszwangs und die Fristenlösung reichte die Zahl der noch Anwesenden nicht mehr aus. **Peter Jäger** unterhielt sich am 13.12.01 mit **Jürg Schlup** über die Resultate dieser Ärztekammer-Sitzung.

Was hat die Ärztekammer am 13. Dezember 2001 betreffend TarMed beschlossen? Sie beschloss ein dreifaches Ja:

- Ja zur Tarifstruktur Version 1.1 mit 124 zu 29 Stimmen bei 12 Enthaltungen mit der Auflage, dass das Reengineering II bis zum 30. Juni 2003 umgesetzt sein muss.
- Ja zum Rahmenvertrag TarMed (mit 69 zu 9 nur konsultativ, da zu später Stunde das Quorum nicht mehr erreicht wurde) und
- Ja zur Urabstimmung mit 133 zu 0 Stimmen.

Was waren die Argumente der Gegner der Tarifstruktur?

Es gibt Fachgesellschaften, die sich existenziell bedroht fühlen, so etwa die Radiologen, weniger die Kinderchirurgen. Die invasiv Tätigen sind generell der Meinung, dass die postoperativen Leistungen schlecht erfasst sind und dass die Assistenz völlig ungenügend geregelt ist, so dass sie befürchten, die Sicherheit der Patienten würde unter diesen Zuständen leiden.

Welche Probleme müssen noch gelöst werden?

Es steht das sogenannte Reengineering II an. Dieses muss bis Ende 2002 in Form von Lösungsvorschlägen erarbeitet und bis zum 30. Juni 2003 in die Praxis umgesetzt sein. Im Reengineering II sollten folgende Bereiche systematisch überprüft werden: das Mengengerüst, die Modellierung der ärztlichen Leistung AL (Referenzeinkommen, Jahresarbeitszeit, Produktivität, Dignität, Assistenz, Limitationen). Ähnlich verfahren wird mit der technischen Leistung TL, und behandelt werden auch politische motivierte Eingriffe in die Tarifstruktur.

Die Rahmenverträge haben weniger Emotionen freigesetzt als die Tarifstruktur. Wie ist zu diesen Rahmenverträgen diskutiert worden?

Es ist richtig, dass die Rahmenverträge KVG und UVG eigentlich wichtiger sind als die Struktur. Die Struktur ist eine technische Materie, die ständig geändert oder korrigiert werden kann (und muss) – man nennt dies «Tarifunterhalt und -entwicklung». Der Rahmenvertrag hingegen wird bleiben. In diesen Verträgen werden z.B. geregelt: Beitritt und Rücktritt vom Vertrag, Anerkennung der Dignitäten und Spezialausbildungen, Stellvertretung, Anstellung von Ärzten, Sanktionen bei Vertragsverletzung, Rechnungsstellung und Vergütung, Qualitätssicherung, elektronischer Datentransfer, Umschreibung der

Begriffe Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit und anderes mehr. Wollte man diese Verträge als Gesetze bezeichnen, so wären die acht Anhänge zu den Verträgen die Verordnungen. Und wie so häufig steht das, was uns im alltäglichen Leben wirklich betrifft, in den Verordnungen: so in unserem Fall z.B. die Vereinbarung zur Kostenneutralität, die Regelung des Datentransfers inklusive deren Entschädigung (oder Nicht-Entschädigung), Bestimmungen über den anzuwendenden Diagnosecode, Vorschriften über Qualitätserfordernisse usw.

Wie geht es nun weiter?

Die FMH will möglichst schnell die von der Kammer beschlossene Urabstimmung durchführen. Die Unterlagen an alle Mitglieder werden voraussichtlich im Februar 02 zugestellt. Die Rücksendefrist dürfte voraussichtlich bis in die zweite März-Hälfte laufen. Der Zentralvorstand wird folgende Fragen an die Basis stellen:

- Wollen Sie die Tarifstruktur TarMed 1.1 als Einführungsstarifstruktur für die kantonalen KVG-Tarife annehmen?
- Wollen Sie dem Rahmenvertrag TarMed vom 21.11.01 vorbehaltlich einer einvernehmlich vereinbarten Regelung des Datentransfers zwischen ÄrztInnen und Versicherern zustimmen?
- Wollen Sie den UV/MV/IV-Tarif, beinhaltend einen Start-Taxpunktswert von Fr. 1.00, zustimmen?

Was kann unseren Mitgliedern mit Blick auf die Urabstimmung empfohlen werden?

Lesen Sie in den nächsten Wochen möglichst viele ärztliche Informationen zu TarMed (Ärztzeitung, Publikationen der Fachgesellschaften). Die aktuellsten Informationen hat der Verhandlungsleiter FMH/TarMed-Rahmenvertrag, der Aargauer Kantonalpräsident Andreas Häfeli. Stellen Sie der FMH Ihre Fragen über Internet. Sprechen Sie mit Informationsträgern in Ihrem Umfeld: Vorstandsmitglieder von Bezirksverein und Ärztesellschaft, Berner Delegierte in der Ärztekammer. Studieren Sie die Unterlagen zur Urabstimmung, besonders den Rahmenvertrag und die Anträge, die Sie übrigens in elektronischer Form erhalten werden.

Der Abstimmungsgegenstand ist inhaltlich kompliziert, die Abstimmung ist anspruchsvoll. Der Entscheid wird möglicherweise der wichtigste sein, den unsere Ärztegengeneration politisch zu treffen hat.

## Auf dem Weg zu einem «Trust Center» der Berner Ärzte



Peter Jäger  
Presse- und  
Informations-  
dienst  
der KAG, Bern

Vielleicht heisst es einmal «bluedata». Oder «data.doc». Oder sogar «Trigonon». Die Rede ist von einem ärztzeigenen «Trust Center», das die Berner Ärztesellschaft mit Hilfe der Firma BlueCare auf die Beine stellen will. Der Projektvorschlag wird an der Delegiertenversammlung vom

21. März 2002 vorliegen. Diese wird über den Grundsatzentscheid zur Gründung beschlossen. Bis dahin hat das Projektteam unter Führung von Karl Metzger (Bluecare) und Hans-Werner Leibundgut (Ärztesgesellschaft) noch viel Arbeit vor sich.

Zweck des Trust Center ist einerseits die Sammlung und Verwertung der Abrechnungsdaten aus den Praxen. Zum anderen soll damit der im Rahmenvertrag TarMed stipulierte elektronische Datenaustausch ermöglicht werden. Da mit solchen Daten auch Unerwünschtes angestellt werden kann, und zwar sowohl zu Lasten der Patienten als auch der Ärzteschaft, soll das Trust Center unter der Kontrolle der Berner Ärzteschaft entstehen.

### Zentrale Bedeutung für die Zukunft

Das Trust Center wird in der Einführungsphase von TarMed eine zentrale Rolle spielen. Es soll die Tarifierung frühzeitig

erfassen und den damit induzierten Kostenverlauf erkennen lassen.

Zwei Jahre nach Einführung des TarMed wird der elektronische Datenaustausch zur Pflicht. Damit können viele Statistiken einfacher und vor allem wesentlich detaillierter erstellt werden. Ziel des Trust Center ist deshalb, dieses Zahlenmaterial im Interesse der angeschlossenen Praxen zu nutzen und aus unserer Sicht interpretieren zu können. Wir wollen Datenparität und nicht weiterhin den Zahlen der Versicherer ausgeliefert sein. Die Konkordatsstatistik der Kassen hat uns in der Vergangenheit gelehrt, welche Nachteile uns aus Zahlen erwachsen können, denen wir nichts Besseres entgegensetzen haben.

### Eckwerte sind festgelegt

Nach dem Willen des Vorstandes der Ärztesgesellschaft wird das ärztzeigene Trust Center als eigenständige Organisation geplant. Es sollen professionelle Strukturen geschaffen werden, um die wirtschaftliche Entwicklung der Berner Ärzteschaft im zunehmend härter werdenden Gesundheitsmarkt wirksam unterstützen zu können.

## Das medizinische Labor für Ärztinnen und Ärzte im Kanton Bern

**Hans Brunner** Dr. rer. nat.  
Spezialist für labormedizinische Analytik FAMH  
Klinische Chemie, Hämatologie

**Markus Gautschi** Dr. med.  
Spezialist für labormedizinische Analytik FAMH  
Infektionserologie, Immunologie, Virologie

**Egidio Palatini** Dr. pharm.  
Spezialist für labormedizinische Analytik FAMH  
Aussendienst, Bakteriologie, Parasitologie

**Hélène Spicher** Dipl. biol.  
Spezialistin für labormedizinische Analytik FAMH  
Bakteriologie, Parasitologie

**Duri Wirz** Dipl. chem. HTL  
Administration, Logistik, EDV

**Verena Wirz** Dipl. chem. HTL  
QM-Beauftragte



### Labor Weissenbühl AG

Chutzenstrasse 24  
Postfach  
3000 Bern 17

T 031 372 20 02

F 031 371 40 44

E-Mail [labor@weissenbuehl.ch](mailto:labor@weissenbuehl.ch)

[www.weissenbuehl.ch](http://www.weissenbuehl.ch)



STS 145  
EN-45001 ISO/IEC 17025

Zur breiten Abstützung der Projektarbeiten hat am 29. November ein Workshop mit dem Projekt-Beirat stattgefunden. Im 16-köpfigen Beirat sind mehrere Vorstandsmitglieder sowie Vertreter aller Bezirksvereine vertreten. Er begleitet das Projektteam und dient diesem als Sparringpartner für die Beurteilung der verschiedenen Vorschläge und Varianten.

Der Workshop hat die Erwartungen der Projektleitung und der Mitglieder des Beirates mehr als erfüllt. Der Präsident der Ärztesgesellschaft hatte die Gruppe einleitend mit einem brodelnden Vulkan verglichen und sie zu einer konstruktiven Eruption zu Gunsten des Trust Center Bern motiviert. Die Teilnehmer schätzten, dass es keine langen Diskussionen, dafür umso mehr Fakten und Entscheidungen gab.

#### Eine Investition in die Zukunft

Die Projektleitung ist sich bewusst, dass die Idee des Trust Center eine Investition in die Zukunft erfordert. Sie ist überzeugt,

dass sich der Weg zur Datenparität lohnen wird. Sowohl für die Kantonalgesellschaft, welche damit ihre Verhandlungsposition stärken kann, als auch für den einzelnen Praktiker, welcher sich im unsicheren Umfeld des TarMed und dem drohenden Wegfall des Kontrahierungszwanges neu orientieren muss. Mit Statistiken zur eigenen Tarifierung sowie Vergleichen zu Kollegen der eigenen Fachgruppe, kann jeder den Umgang mit TarMed optimieren und sich letztlich auch vor unberechtigten Anschuldigungen schützen.

Die Delegierten werden am 21. März 2002 über einen konkreten Vorschlag für das Trust Center Bern befinden können. Sie werden die Weichen stellen und entscheiden, ob und wie das Trust Center Bern umgesetzt werden soll. Im nächsten doc.be werden wir Ihnen mehr davon berichten können.

Peter Jäger

### Wichtige Termine 2002:

- 17. Januar  
Präsidentenkonferenz,  
nachmittags
- 25. April  
Ärztelkammer, ganztags
- 30. Mai  
erweiterte Präsidentenkonferenz,  
nachmittags
- 19. September  
erweiterte Präsidentenkonferenz,  
nachmittags
- 27. bis 30. November  
BETAKLI

## Ständerat gegen freie Arztwahl

Der Ständerat hat sich an seiner Sitzung vom 29. November 2001 mit 37 zu 3 Stimmen klar gegen die freie Arztwahl ausgesprochen. Oder, wie die stimmbürgerfähige politische Sprachregelung lautet: Man ist für die Abschaffung des Kontrahierungszwangs.

Im Grundsatz fiel dieser Entscheid bereits in der Herbstsession, in der die Präsidentin der vorberatenden Kommission, Ständerätin Christine Beerli, den denkwürdigen Ausspruch tat, man wolle für etwas «kreative Unruhe» in den Reihen der Ärzteschaft sorgen. In der Wintersession ging es nur noch darum, die Detailbestimmungen weiter zu präzisieren. Hier beantragte die Kommission, dass die Kriterien der «Wirtschaftlichkeit» und der «Qualitätssicherung» gemeinsam von den Leistungserbringern und den Versicherern zu definieren seien. Damit soll der Allmacht und der Willkür der Krankenkassen entgegengewirkt werden. In eine ähnliche Richtung geht die Bestimmung, dass der Fall eines Leistungserbringers, dem ein Vertrag verweigert werden soll, von einer paritätisch zusammengesetzten Kommission (2 Vertreter der Krankenkassen, 2 der Leistungserbringer und 1 des Kantons) beurteilt wird;

die Kommission entscheidet abschliessend und ohne Rekursmöglichkeit. Aus ärztlicher und standespolitischer Sicht wird man diesen beiden «Verbesserungsvorschlägen» allenfalls kosmetischen Charakter zuerkennen können. Praktikabel wird die Vorlage damit ganz sicher nicht, und die grundsätzlichen Ungerechtigkeiten bleiben bestehen.

Der Rat folgte den Vorschlägen seiner Kommission mit lediglich drei Gegenstimmen. Beachtlich scheint immerhin, dass man sich im Ständerat bewusst ist, dass der Nationalrat an der Vorlage mit Sicherheit noch einige Modifikationen anbringen wird. In welche Richtung diese gehen werden, scheint allerdings noch völlig offen. Die Kassen werden weiterhin für den sogenannten «freien Markt» kämpfen, die ohne Vertrag arbeitslosen Leistungserbringer werden sich hoffentlich (und so die FMH denn will) für ihre Rechte und diejenigen der Patienten einsetzen, und die Patientenorganisationen wollen ihrerseits Einsitz in die Entscheidgremien.

Man kann freien Wettbewerb nicht dadurch schaffen, dass man den einen Partner in Ketten legt und den andern in Freiheit ent-

lässt. Das Vorhaben der Abschaffung der freien Arztwahl – eigentlich ein Kernstück freien Wettbewerbs – scheint umso unsinniger, als die Vorteile, die man sich dadurch einzuhandeln hofft, minim sind: Das Sparpotenzial ist gering, der Zustrom von Ärzten in die Praxis lässt sich auch ohne Aufhebung des Kontrahierungszwangs steuern, und wirtschaftlich und qualitativ ungenügenden Leistungserbringern liessen sich schon auf Grund des geltenden Krankenversicherungsgesetzes ein Riegel schieben.

Nach dem Entscheid des Ständerates wird sich nun die nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit mit der Vorlage befassen. Mit einer Diskussion im Ratsplenum rechnet man in der Sommersession 2002. Man habe mit Vertretern der Leistungserbringer gesprochen, war im Ständerat zu hören – und in derselben Sitzung: Die Leistungserbringer hätten keinerlei Vorschläge eingebracht. Hoffentlich wird das im Nationalrat anders.

Peter Jäger  
Presse- und Informationsdienst  
der KAG, Bern

## Mitteilungen des Sekretärs

### Verlängerung des regierungsrätlichen Tariferlasses im vertragslosen Zustand (Anhörung); Antrag zuhanden des Regierungsrats

Der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern hat beschlossen, der Gesundheits- und Fürsorgedirektion zuhanden des Regierungsrats zu beantragen,

- den Taxpunktwert per 1.1.2002 von Fr. 1.50.– auf Fr. 1.55.– anzuheben, und
- eine Kompensationsposition für die gestützt auf LOA weggefallenen Beratungsdienstleistungen bei der Abgabe von Medikamenten zu schaffen (z.B. Pos. 501)

Die Begründung liegt auf der Hand. TARMED wird im KVG-Bereich nicht vor dem 1.1.2003 eingeführt werden können. Der Teuerungsrückstand beläuft sich – unter Berücksichtigung des Tarifumbaus per 1.1.1995 – immer noch auf über 30%!

Wir haben versucht, den Gesundheitsdirektor anlässlich der halbjährlich stattfindenden

Spitzengespräche darauf hinzuweisen, dass die Schmerzgrenze für unsere Mitglieder überschritten ist. Die Praxiskosten nehmen laufend zu und die Realeinkommen sinken seit Jahren. Es wurde unsererseits darauf hingewiesen, dass keine andere Berufsgruppe in den letzten Jahren ähnlich gravierende Einkommenseinbußen in Kauf nehmen musste. Die geforderten Anpassungen würden – sofern sie denn gewährt werden – lediglich einen Tropfen auf den heissen Stein bedeuten.

Trotzdem hält sich die Gesundheitsdirektion mit einer Beurteilung der Situation zurück. Es wurde darauf hingewiesen, das Verfahren werde einige Monate dauern. Schliesslich müsste bei einem positiven Beschluss des Regierungsrats auch noch der Preisüberwacher angehört werden. Dieser benötigt in der Regel für seine Beurteilung mehrere Monate. Gegebenenfalls würde der Kantonalverband Bern. Krankenversicherer an den Bundesrat rekurrieren. Obwohl die Aussichten im gesundheitspolitischen Umfeld nicht gerade als rosig

bezeichnet werden können, wird der Vorstand für eine Verbesserung der Tarifsituation noch vor und trotz baldiger Einführung des TARMED kämpfen.

### Gesundheitsverordnung

Die Verordnung über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Gesundheitsverordnung, GesV) tritt – analog zur Teilrevision des Gesundheitsgesetzes – per 1.1.2002 in Kraft. Gegenüber der Vernehmlassungsvorlage konnten in zwei Punkten wesentliche Verbesserungen erzielt werden:

Zum einen wurde eine Bestimmung aufgenommen, wonach die Ärztinnen und Ärzte allein berechtigt sind, in ihrer Berufsbezeichnung den **Begriff «Ärztin» oder «Arzt»** allein oder mit einem Zusatz zu verwenden (Art. 15 Abs. 3 GesV).

Zum anderen wurde die Verpflichtung aufgenommen, wonach **«Nichtärztliche Fachpersonen»** bei Vorliegen einer Krankheit oder Verletzung, die in den Zuständigkeitsbereich von Ärztinnen und Ärzten fallen, die Patientinnen und Patienten dazu anhalten, diese aufzusuchen.

Im weiteren hatten wir darauf gedrängt, die Tätigkeit der **Fusspfleger** und **Ernäh-**



Ihr Partner, wenn Zahlungseingänge sich verzögern!

Säumige Patientinnen und Patienten? Wenn die Zahlungsmoral krankt, ist Erfahrung gefragt. Wir sind die Spezialisten und entlasten Sie von Inkassosorgen und treiben für Sie die Honorarforderungen ein.

Und all dies zu fairen Konditionen, mit grosser Sensibilität und mit der gefragten Kompetenz. Damit Sie sich aufs Wesentliche konzentrieren können. Zum Wohl Ihrer Patientinnen und Patienten.

Ihre Vorteile:

- keine Jahresgrundgebühr
- faire Konditionen (Verrechnung nach dem Verursacherprinzip)
- über 30 Jahre standeseigene Erfahrung
- Nr. 1 im schweizerischen Inkassoservice
- wir kennen Ihre Probleme im Detail
- Sie befreien sich von unangenehmen Aufgaben
- Sie erhalten wertvolle und seriöse Unterstützung
- Sie gewinnen Zeit und Geld



Bestelltalon (01/19)

Bitte senden Sie mir die Inkassodokumentation

Bitte rufen Sie mich an:

Tel.: \_\_\_\_\_

Am besten erreichbar (Zeit): \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.Praxis/Spital: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Einsenden an:

FMH Inkasso Services

Thorackerstr. 3, 3074 Muri/Bern

Tel. 031 359 12 10

Fax 031 359 12 00

rungsberater der **Berufsausübungsbewilligungspflicht** zu unterstellen. Auch dieser Vorschlag wurde aufgenommen. Tätowieren/Piercing fällt aber – entgegen unserem Antrag – definitiv nicht unter die Berufsausübungsbewilligungspflicht.

Wir hatten zahlreiche weitere Forderungen und Anregungen eingegeben. Diese wurden grösstenteils nicht berücksichtigt. Entscheidend ist aber, dass unser Hauptanliegen, den Arztbegriff vor Missbrauch zu schützen und nichtärztliche Fachpersonen zum rechtzeitigen Beizug eines Arztes zu verpflichten, vollumfänglich entsprochen wurde.

#### Medizinische Praxisassistentinnen; Erhöhung des Beitragssatzes der Ausgleichskasse der Ärzte-Zahnärzte-Tierärzte (FAK) von 0,3% auf 0,6%

Die Anzahl der Auszubildenden hat sich in den letzten beiden Jahren auf 136 Lehrtöchter erhöht. Der effektive Bedarf dürfte bei ca. 150 Lehrtöchtern pro Jahr liegen. Die Ausbildungskosten pro Lehrtöchter liegen leicht unter oder zumindest im gesamtschweizerischen Durchschnitt.

Die vorgesehene Erhöhung des FAK-Satzes ist alleine auf die erhöhte Anzahl der Auszubildenden zurückzuführen. Entsprechend ist der Beitragssatz anzupassen. Der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern tritt für eine relativ massive, aber einmalige Erhöhung des Beitragssatzes ein. Die Finanzierung erfolgt zwar im Umlageverfahren. Minimale Reserven sollten indessen trotzdem nicht unterschritten werden. Diese Reserven wären ohne Erhöhung des Beitragssatzes im Verlauf des Jahres 2002 aufgebraucht. Der Vorstand wird deshalb der Delegiertenversammlung im März 2002 beantragen, den Beitragssatz so schnell als möglich (z.B. per 1.7.2002 oder rückwirkend per 1.1.2002) auf 0,6% anzuheben.

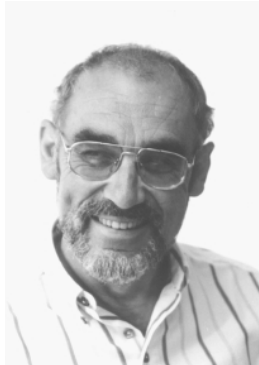
Thomas Eichenberger, Sekretär

### Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern  
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern,  
Kapellenstrasse 14, 3011 Bern / erscheint 6 x jährlich.  
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der  
Ärztesgesellschaft des Kantons Bern  
Redaktor: Peter Jäger, Presse- und Informationsdienst,  
Postgasse 19, 3000 Bern 8. Tel. 031 310 20 99;  
Fax 031 310 20 82; e-mail: jaeger@forumpr.ch  
Inserate: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern.  
Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;  
e-mail: pwolf@hin.ch  
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern.  
Ausgabe Dezember 2001.

## Bericht aus dem Grossen Rat

### Der Grosse Rat: dritte Session



T. Heuberger,  
1. Vizepräsident

Euer Vertreter sitzt zur dritten Session im Parlament zu Bern:

Langsam wird man zum Habitué dieser Institution, lernt Leute kennen, die an den Schalthebeln der Macht (wirklich?) des Kantons sitzen, deren Stimme gehört und deren Meinung gefragt ist, sei dies nun zu Recht oder Unrecht. Man knüpft Bekanntschaften, die allenfalls in Teilgebieten ähnliche Meinungen vertreten wie ich selber, die man zu Bundesgenossen machen kann oder die man auf anderen Gebieten unterstützen kann. Immer aber, auch über die Interessengrenzen hinweg, herrscht ein gutes, kameradschaftliches Klima, das einem erlaubt, auch ganz gegensätzliche Meinungen und Ansichten zu haben, ohne dass man dann geschnitten wird. Und, positiv: Fachmeinung ist hier gefragt und anerkannt, auch oder gerade wenn sie nicht ins eigene politische Kalkül passt.

Als Vertreter der Ärzteschaft sitze ich hier; nicht nur der Ärzteschaft allerdings sondern auch einer Wählerschaft, die sich ökologisch orientiert und Anliegen vertreten sehen will, die sich nicht immer in materiellem Gewinn niederschlagen, sondern ebenso sehr auch auf Lebensqualität, Konservierung einer lebenswerten Umwelt und Schonung unserer Ressourcen Rücksicht nimmt.

Dies spiegelt sicher nicht immer die Meinung aller Ärzte wider, ich akzeptiere dies ohne Wenn und Aber; allerdings scheint es mir, dass diese Anliegen gerade in unserem Berufsstand überdurchschnittlich viele Anhänger haben, was mich optimistisch stimmt. Von dieser Seite erhalte ich auch öfters Reaktionen.

Gesundheitspolitische Themen aber scheinen unsere Kolleginnen und Kollegen we-

niger zu interessieren: Reaktionen bleiben aus, Anregungen sind selten und Zustimmung (oder auch Kritik) bleibt aus dem «Publikum» der KAG rar. Ob dies damit zusammenhängt, dass man Bedenken hat, seine Ansicht zu äussern, dass man Zusammenhänge nicht kennt, die Materie zu kompliziert ist oder dass man sich nur um das eigene Gärtchen kümmert, dessen Zaun die Welt bereits definitiv begrenzt? Oder ist es einfach noch zu neu und zu ungewohnt, wieder einen Vertreter der Ärzteschaft im Kantonsparlament zu haben – oder hat man's noch gar nicht bemerkt?

Themen jedenfalls gäbe es genug, die uns direkt oder indirekt beschäftigen:

1. Ein Vorstoss im Grossen Rat, dass der Kanton bei Arbeitsvergaben vorzüglich Unternehmen berücksichtigen solle, die in ihrem Fahrzeugpark nur modern abgasgereinigte Motoren betreiben, wurde abgelehnt, trotz dem Hinweis auf die krankmachenden Umweltschäden durch Abgase und Feinstaub alter Motoren.

2. Die Universitätsklinik Inselspital – in der letzten Zeit oft, zu oft, in den Medien und in den Schlagzeilen – ist bald einmal ein gewichtiges Thema im Parlament, provoziert durch parlamentarische Vorstösse, die zum Teil durch massive Aversionen gegen Ärzte und medizinisch-akademische Institutionen motiviert sind. Andererseits werden andere Vorstösse auch durch die Sorge um die Insel als Wirtschaftsfaktor oder als medizinisches Tertiärzentrum getragen. Auch die GPK und die FDP thematisieren diese Fragen. Sichtbar wird, dass im Parlament grosse Unsicherheit herrscht, ob die Strukturen in dieser für uns wichtigen Institution noch zeitgemäss und transparent genug sind.

Es schlägt sich nieder, dass die Unruhe der letzten Jahre mit nicht immer gut verstandenen (nicht gut kommunizierten?) Strukturereformen wesentlich beigetragen haben zur Verunsicherung bezüglich der Rolle, die unser Zentrum in der Zukunft haben soll: **Kantonsspital** auf etwas höherem Niveau, Dienstleistungszentrum mit absoluter **Spitzenmedizin**, **Tertiärzentrum** für alle Regionalspitäler oder Hort der **Ausbildung** unseres medizinischen Nachwuchses. Und welcher Nachwuchs soll hier diese Ausbildung erhalten?: → Nachwuchs der akademischen Spitzenmedizin, → der hochspezialisierten Fachkräfte, → Nachwuchs zukünf-

tiger Chefärzte der peripheren Spitäler, → seriös ausgebildete Grundversorger oder → Fachärzte diverser Spezialitäten in der freien Praxis?

Unsicherheit zeigt sich auch über die Rolle der medizinischen Fakultät im Rahmen der privaten Stiftung Inselspital, über deren Finanzkompetenz und deren Stellung gegenüber der Inseldirektion.

3. Soll der Kanton Bern – auch dies eine wichtige, entscheidende Frage – überhaupt noch eine medizinische Fakultät haben oder nicht besser darauf verzichten? Sind nicht 3 oder 4 Fakultäten in der Schweiz genug? Eine **Idee** könnte hier dies sein: Bern, Neuenburg und Freiburg spannen zusammen in einer Kantons- und Röstigraben-übergreifenden medizinischen Fakultät Université franco-allémanique?!

4. Die Psychiatrieplanung, zu der ich im September eine Motion einreichte, wird auch zu reden geben, nicht zuletzt, da andere Vorstösse in die gleiche Richtung gehen und die z.B. vorgesehene Schliessung der

ambulanten Drogentherapie CleaNex (aus finanziellen Gründen!) zu einer Motion mit dem Thema psychiatrische Versorgung geführt hat.

Thema hier wird sicher auch sein, ob eine Institution wie die UPD (Universitäre Psychiatrische Dienste) mit unsicherem «Geschäftsgang», Aufnahmepflicht und Notfallauftrag überhaupt NEF-fähig sein kann (mit einem selbst verwaltetem Globalbudget und der Verpflichtung, rein betriebswirtschaftlich zu arbeiten). In vielen Augen liberalismusfixierter Mitbürger und Politiker stellt eine solche Fragestellung allerdings bereits ein Sakrileg dar.

5. Eine neue Grossbaustelle im Gesundheitswesen im Kanton tut sich auf: Neues Spitalversorgungsgesetz, das die Gesundheitsdirektion ausarbeiten muss auf Grund eines (von der GD ungeliebten!) Vorstosses im Parlament (Motion Hayoz). Nach den Vorstellungen der GD wird so das bereits beackerte Feld der Spitallandschaft nochmals umgepflügt, bevor fest steht, ob die vor-

gängige Restrukturierung (horizontale Verflechtung: newspeak für Spitalschliessungen und Zusammenlegung von Spitälern zu Regionen) überhaupt Früchte getragen hat oder überhaupt je Früchte tragen kann. Der in der Vernehmlassung befindliche Vorschlag mit der Trägerschaft von AG's, die praktisch lückenlos vom Kanton beherrscht, verwaltet und kontrolliert werden und auch vom Kanton Aufträge, Verträge und Gelder erhalten, vermag im Zeitalter der (oft vorgeworfenen) Verfälschung nicht zu überzeugen. Dies besonders im Hinblick darauf, dass die Spitallandschaft eventuell nochmals unter den Pflug kommt, wenn das eidgenössische Parlament mit der (dringenden) Idee der monistischen Spitalfinanzierung in der KVG-Revision (Nr. ??) vorwärts macht.

Viele Fragen stehen an, deren Beantwortung mir in Beratungen nicht immer leicht fallen wird.

*T. Heuberger*

## Aus den Bezirksvereinen

### Spitalversorgungsgesetz (SpVg)



*Kurt Hänni  
Präsident der  
Vereinigung des  
Spitalärzte  
des Kantons  
Bern*

Zur Zeit steht im Kanton Bern das neue SpVg in Bearbeitung. Das Gesetz ist schon lange in Vorbereitung und wurde in den letzten Jahren aus verschiedenen Gründen mehr oder weniger aufs Eis gelegt. Die Gesundheitsdirektion bekam durch den Grossen Rat (Motion Hayoz) den Auftrag, dieses Gesetz jetzt so schnell wie möglich auszuarbeiten, im vollen Bewusstsein, dass die politischen und finanziellen Grundlagen, insbesondere die eidgenössische Gesetzgebung noch vollständig unsicher sind. KVG-Revision, Umstellung der Spitalfinanzierung von einem dualen auf ein monistisches System u.a.m.

Anstoss für die jetzige Vorlage des SpVg ist zum grossen Teil das vor ca. 8 Jahren

beschlossene FILAG (Finanz- und Lastenausgleichsgesetz). Hier wurde festgelegt, dass die Gemeinden ab 1.1.02 aus der direkten finanziellen Verantwortung an den Spitälern entlassen werden und sich nur noch sekundär über den Finanzausgleich daran beteiligen. Das neue SpVg soll es den Gemeinden nun auch ermöglichen, sich aus der politischen Verantwortung an den Spitälern zurückzuziehen. Begreiflicherweise, aber für mich nicht desto trotz sehr erstaunlich hat der Verband der bernischen Gemeinden dargelegt, dass sich fast alle Gemeinden aus dieser politischen Verantwortung abmelden wollen. Die Konsequenz daraus ist (unabhängig von der Trägerschaft), dass der Kanton die Spitäler übernehmen muss, da er gesetzlich dazu verpflichtet ist, die stationäre medizinische Versorgung zu garantieren. Der Staat wird dadurch zum Leistungsbesteller, Leistungsanbieter und -erbringer, zum (über 50%) Finanzierer und Controller in einem. Dazu legt er am Schluss auch noch die Tarife fest. Dies ist ein direkter Schritt zur Staatsmedizin und zu zentralistischen Strukturen. Bei den momentan und wahrscheinlich auch für längere Zeit bestehenden finanziellen Problemen im Kanton Bern ist damit zur rechnen, dass es in nächster Zeit zu neuen Strukturreduktionen, d.h. Spital-

schliessungen kommen wird ohne dass die Gemeinden resp. Regionen etwas dazu zu sagen haben. Dies obschon die Spitäler für diese Regionen teilweise der grösste Arbeitgeber sind, d.h. volkswirtschaftlich ein nicht zu verachtender Faktor. Ganz abgesehen davon, dass ein Spital ein wesentlicher Punkt der Attraktivität einer Region ist.

Vorgesehen ist die Bildung von regionalen Zentren (Stadt Bern, Oberland West, Oberland Ost, Emmental, Oberaargau, Biel und Berner Jura) mit je einer einzigen Direktion. Die Leistungsaufträge und Finanzströme werden an diese gehen. Bei den knappen finanziellen Verhältnissen und dem neuen Arbeitsgesetz wird sicher an den kleinen Häusern und nicht an den Zentren gespart. Aus diesem Grund scheint mir der Rückzug der Gemeinden als Träger ihrer regionalen Spitäler als äusserst problematisch und kurzsichtig und sollte unbedingt überdacht werden, insbesondere, da die Immobilien und Liegenschaften ebenfalls dem Kanton übergeben werden müssten. Auch hier dürfte der Preis eher dürftig sein, da ja dadurch jeder einzelne Franken, der für die Immobilien vom Kanton bezahlt werden müsste, den Spitalbetrieben entzogen würden.

Abgesehen davon, dass bei der Umstellung der Finanzierung von einem heutigen dualen System (Staat und Krankenkassen) auf ein monistisches System (nur noch Krankenkassen) bei einer solchen zentralistischen organisierten Spitalstruktur einer Übernahme und einer Führung durch die Krankenkasse allein nach ökonomischen Gesichtspunkten Tür und Tor geöffnet werden.

*Dr. med. Kurt Hänni*