



April 2002 / 2

doc.be

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

Cave Helsana

Anfang März orientierte Helsana eine Dreierdelegation der Ärztegesellschaft über eine schweizweit geplante Befragung der Hausärzte und deren Patienten. Entgegen der Abmachung wurden diese Unterlagen erst 24 Stunden nach Versand an unsere HausärztInnen auch der Ärztegesellschaft zugestellt. Mit einer "Mahnung" wird Helsana nun erneut bei der Ärzteschaft vorstellig. Wenn sie sich dabei über einen ungenügenden Rücklauf auf ihr erstes Schreiben beklagt, so verkennt sie, dass dafür sie alleine verantwortlich ist. Zum einen ist die Ärzteschaft in keiner Art und Weise verpflichtet, die gewünschten Daten bekannt zu geben. Zum andern darf nicht auf Entgegenkommen zählen, wer seinen Partner halb schmeichelnd, halb drohend mit irreführenden und unzumutbaren Aussagen behelligt. Schweigt dieser dann still, so darf er für sich beanspruchen, ein höflicher Mensch zu sein. Die Berner Ärztegesellschaft ist grundsätzlich stets Gesprächsbereit. So bot sie Hand für das von Helsana gewünschte Gespräch und wird dies auch künftig tun. Voraussetzung ist allerdings, dass in der Sache ein gemeinsamer Nutzen gesehen werden kann und dass sich der Gesprächspartner fair verhält. Im hier zur Diskussion stehenden Fall scheint weder das eine noch das andere mehr gegeben.

Wir Ärztinnen und Ärzte stehen heute im politischen Rampenlicht. Unsere persönlichen ärztlichen Entscheide müssen daher stets auch standespolitische Dimensionen berücksichtigen: Die Frage darf nicht allein heissen «was muss ich jetzt tun?» sondern «was müssen wir Ärztinnen und Ärzte jetzt tun?» Beim Helsana-Pilotprojekt «Ärzterating» haben viele Kolleginnen und Kollegen politisches Bewusstsein gezeigt. Dafür danke ich Ihnen und ich hoffe, dass auch das Helsana-Mahnschreiben mit ähnlicher Verachtung gestraft wird wie der ursprüngliche Brief. Der Druck auf uns Ärztinnen und Ärzte wird noch zunehmen: Was wir alle jetzt benötigen ist politisches Bewusstsein und Solidarität; daneben eine E-Mail Adresse und einen gelegentlichen Blick auf www.berner-aerzte.ch

Jürg Schlup, Präsident

Vorstand 2

• Sitzung vom 2. April 2002 – Urabstimmung

Urabstimmung - ein Problem für uns Ärzte? 2

PonteNova gegründet 3

Mitteilungen des Sekretärs 5

Vom Arzt zum Patienten 7

Bericht aus dem Grossen Rat 8

• Parlamentssession März 2002

Jahresbericht des Präsidenten 9

Einführungskurs TarMed 12

Vorstand

Sitzung vom 2. April 2002

Ärzte-Rating Helsana

Der Vorstand nimmt davon Kenntnis, dass die Helsana eine Umfrage in die Wege geleitet hat, die inhaltlich nicht mit der KAG abgesprochen ist. Kommt hinzu, dass die Helsana im Begleitschreiben den Eindruck erweckt, die KAG sei aktiv und im positiven Sinne an dieser Aktion beteiligt. Der Vorstand stand der Rating-Umfrage anfangs nicht ablehnend gegenüber. Diese Einstellung ist nun dem üblen Gefühl gewichen, von der Helsana bewusst hintergangen worden zu sein. Die Helsana soll eingeladen werden, den Vorstand über die Resultate der Umfrage zu orientieren.

Spitalfachärztin/Spitalfacharzt

Die KAG hat sich in groben Zügen zum Aufgabenprofil einer Spitalfachärztin bzw. eines Spitalfacharztes zu äussern. Zu den Details der Beschlüsse wird auf den Bericht des Sekretärs verwiesen (S. 5).

Notfalldienst

Eine Umfrage bei den Bezirksvereinen hat ergeben, dass deren sechs (von acht) mit

der heutigen Situation zufrieden sind. Alle Bezirksvereine wollen ihre Autonomie beibehalten und wünschen grundsätzlich keine Einmischung der Standesorganisation – es sei denn punktuell zur Lösung bestimmter Probleme. Erwünscht wären Einführungskurse für neue Kollegen und Notfallkurse bzw. Fortbildung in Notfallmedizin für Bestandene.

Das geltende Gesetz hält fest, dass «wichtige Gründe» zu einer Dispensation führen können. Der Vorstand wird nun abzuwägen haben, ob es zweckmässig ist, diese Generalklausel im Sinne einer rechtlich unverbindlichen Empfehlung zu präzisieren. Das Resultat der Vorstandsdiskussion wird im Frühsommer der erweiterten Präsidentenkonferenz vorgelegt werden.

Berechnung des Starttaxpunktwertes

Der Vorstand lässt sich vom Direktor der Ärztekasse, Anton Prantl, über den Stand der Dinge informieren. Durch die Einführung des Prinzips der Kostenneutralität im TarMed ergibt sich die Forderung nach einem Taxpunktwert, der bei der Tarifein-

führung weder zu höheren noch zu tieferen Kosten führt, als dies bisher der Fall war. Die Verhandlungen um diesen kostenneutralen Taxpunktwert werden demnächst zwischen der KAG und Vertretern von santésuisse – dem früheren Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer – geführt werden.

Nach Einführung von TarMed wird während 18 Monaten eine «Kostenneutralitätsphase» gelten. Steigen die Kosten um mehr als zwei Prozent, so wird der Taxpunktwert abgesenkt, um wieder zur Kostenneutralität zu kommen; Analoges gilt im Fall einer Kostenunterschreitung. Eine Gefahr für unsere wirtschaftliche Zukunft wäre die ungehemmte Jagd nach Taxpunkten. Folge wäre ein ins Bodenlose sinkender Taxpunktwert, der in absehbarer Zeit wohl nicht mehr angehoben werden könnte.

Antrag an die Ärztekammer vom 23.4.02

Über das wichtige Traktandum «Abschaffung des Kontrahierungszwangs» soll nach dem Willen des FMH-Zentralvorstandes an der nächsten Ärztekammersitzung lediglich informiert werden.

Der Vorstand beschliesst einstimmig, einen Antrag einzureichen, wonach der ZV zur Ergreifung des Referendums verpflichtet wird, sollte das Parlament der Aufhebung der freien Arztwahl uneingeschränkt zustimmen.

Peter Jäger

Impfen in der Apotheke

Die Zeitschrift «K-Tipp» berichtet von einer Luzerner Apotheke, in der sich die Kunden auch gleich gegen impfen lassen können. Von Seiten der FMH wird dazu vermerkt: «Es ist das gute Recht eines Apothekers, auch Impfungen anzubieten, sofern er dabei für die Überwachung einen Arzt zuzieht.» Die Hausärzte müssten sich überlegen, ob sie nicht einfach ein Kundenbedürfnis verpasst hätten.

Der Präsident der Fachgesellschaft für Tropen- und Reisemedizin bekundet ebenfalls keine grundsätzlichen Bedenken: «Es ist ideal für diejenigen Leute, die noch über keinen eigenen Hausarzt verfügen.» Für ältere Leute sei es allerdings wohl besser, sich weiterhin beim Hausarzt impfen zu lassen. Und: Unbedingt sollten dies auch jene tun, die regelmässig Medikamente einnehmen müssten. Hier bestehe die Gefahr von Unverträglichkeiten mit gewissen Impfstoffen und Malariamitteln. Der umtriebige Apotheker meldet eine rege Nutzung des Angebotes: Die Kunden würden ihm von den Reisebüros der Region geschickt.

Urabstimmung - ein Problem für uns Ärzte?



Christian
Gubler,
Vizepräsident
KAG und Vor-
standsmit-
glied FMS
Bern

FMH und FMS haben in diesem Jahr bereits eine Urabstimmung durchgeführt. Eine einmalige Chance für jeden von uns, mit seiner Stimme an der Zukunft unseres Berufsstandes mitzubestimmen...

Die Beteiligung von etwas über 50% bei der FMH und von 42% bei der FMS mag ich nicht kommentieren, für mich persönlich beschämend...

Das FMS Präsidium wollte mit seiner Urabstimmung die Bestätigung von der Basis, den eingeschlagenen Weg weiterzugehen.

Zugegeben, die Anliegen der einzelnen FMS-Mitglieder sind sehr unterschiedlich: Der Chefarzt, mit den ihm auferlegten Abgaben am öffentlichen Spital setzt andere Schwerpunkte, als der invasiv tätige Belegarzt, das nur als Beispiel. Dass daneben die Grundversorger wenig Verständnis für unsere Anliegen haben, macht die Sache nicht einfacher.

Die Fronten scheinen sich, zumindest was man von den Ärztekammersitzungen erfährt, bereits recht verhärtet zu haben.

Macht das Sinn? Haben wir nicht alles Interesse, uns für die kommenden Monate, die für uns noch schwerwiegende Entscheide bringen werden, möglichst geschlossen in die Verhandlungen einzutreten? Je kleiner die Gruppe, desto schwächer, divide et impera haben wir bereits in der Schule gelernt.

Hiermit appelliere ich an alle Kollegen jeglicher Disziplin zu mehr Verständnis, mehr Solidarität untereinander, so dass damit vielleicht unser eigentlich ja gut funktionierendes Gesundheitswesen nicht ganz vor die Hunde geht.

PonteNova gegründet

Das TrustCenter der Berner Ärzteschaft (vgl. auch doc.be 1/2002) heisst PonteNova AG. Es ist am 4. April 2002 mit einem Aktienkapital von 250'000 Franken gegründet worden und zählt bereits 77 Aktionärinnen und Aktionäre. Die Delegiertenversammlung hat am 21. März 2002 grünes Licht gegeben und dem Aufbau des projektierten TrustCenters einstimmig zugestimmt. Die Ärzteschaft wird zur Zeichnung von Aktien eingeladen werden, wobei angesichts des erfreulichen Interesses bereits absehbar ist, dass eine über die ursprünglichen Erwartungen hinausgehende Kapitalerhöhung möglich sein wird.

Der Verwaltungsrat wurde gewählt und setzt sich wie folgt zusammen (vgl. Foto v.l.n.r.): Philipp Baumann (Geschäftsführer der BlueCare), Christoph Hug (als Vertreter der Grundversorger), Hans-Werner Leibundgut (Präsident; Mitglied des Vorstandes KAG), Adrian Sieber (als Vertreter der Spezialisten) und Kurt Hänni (als Vertreter der Vereinigung der Spitalärzte des Kantons Bern). Kurt Hänni wird im Rahmen der nächsten Generalversammlung zur Wahl vorgeschlagen und begleitet den Verwaltungsrat bis dahin.

PonteNova – erster Schritt zur Datenparität

Vordringliches Ziel der PonteNova AG ist es, Abrechnungsdaten der ihr angeschlossenen ärztlichen Kunden zu sammeln und auszuwerten. Damit soll sichergestellt werden, dass die Daten über die ärztliche Tätigkeit nicht nur von Seiten der Versicherer, sondern umfassend und rasch auch aus standeseigener Optik interpretiert und kommentiert werden können. Die angestrebte Datenparität kann damit umgesetzt werden.

TrustCenters wie der PonteNova AG dürfte in Zukunft eine Schlüsselrolle in der gesundheitspolitischen Diskussion zukom-

men. Voraussetzung ist allerdings, dass diese Dienstleistung von der Ärzteschaft auch so intensiv genutzt wird, dass die Daten repräsentative Aussagen ermöglichen. Das ist für den einzelnen ärztlichen Kunden der PonteNova AG auch deshalb wichtig, weil er Detailauswertungen seiner Praxis und gleichzeitig Vergleichszahlen ähnlicher Praxen erhält (Praxisspiegel). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, was eine derartige Dienstleistung kosten darf. Die betriebswirtschaftliche Berechnungen auf Grund der heute verfügbaren Grundlagen zeigen, dass dieser Betrag bei maximal 65 Franken pro Monat liegen dürfte. Diese Rechnung wird beeinflusst von der Kundenzahl; je mehr Ärzte teilnehmen, desto tiefer werden die Kosten sein. Ebenso werden Kooperationen mit Dritten angestrebt und die elektronische Datenlieferung soll in Zukunft von den Versicherern abgegolten werden.

Operativ ab 1.1.03

Nachdem die Gründung der PonteNova AG nun erfolgt ist, geht es nun darum, weitere Aktionäre und vor allem Kunden zu acquirieren. Ferner sind die internen Strukturen aufzubauen und Arbeitsplätze personell zu besetzen. In diesem Bereich wird sorgfältig vorgegangen. Eigenes Personal wird frühestens ab Oktober 2002 angestellt werden.

Das EDV-Informationssystem wird New Index schlüsselfertig und zeitgerecht der PonteNova zur Verfügung stellen. Als zentrale Voraussetzung für die Geschäftstätigkeit wird dieses Ende 2002 verfügbar sein, so dass das TrustCenter ab 1.1.03 für den operativen Betrieb bereit sein wird.

PonteNova weckt Interesse

Mit Freude haben die Gründer der PonteNova AG zur Kenntnis genommen, dass andere Ärztegesellschaften Interesse an einer Zusammenarbeit bekundet haben. Eine Anfrage der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn liegt bereits vor. Gerne ist PonteNova bereit, auch anderen Gesellschaften ihre Dienste anzubieten.

Der Verwaltungsrat dankt allen Beteiligten für die bisher geleistete grosse Aufbauarbeit und den Gründungsaktionärinnen und -aktionären für das der PonteNova AG entgegengebrachte Vertrauen. Die Berner Ärztinnen und Ärzte werden demnächst über die Anschlussmodalitäten zur PonteNova weiter informiert werden.

Peter Jäger



Der Verwaltungsrat des am 4. April 2002 gegeründeten Trust Centers PonteNova (v.l.n.r.): Philipp Baumann (Geschäftsführer der BlueCare), Christoph Hug (als Vertreter der Grundversorger), Hans-Werner Leibundgut (Präsident; Mitglied des Vorstandes KAG), Adrian Sieber (als Vertreter der Spezialisten) und Kurt Hänni (als Vertreter der Vereinigung der Spitalärzte des Kantons Bern).



Wichtige Termine 2002:

- 30. Mai erweiterte Präsidentenkonferenz, nachmittags
- 19. September erweiterte Präsidentenkonferenz, nachmittags
- 27. bis 30. November BETAKLI

Sekretariat

Mitteilungen des Sekretärs



Th. Eichenberger,
Sekretär

1.) Beschlüsse der Delegiertenversammlung vom 21. März 2002

1. Genehmigung der Jahresrechnung 2001 und Déchargeerteilung an den Kantonalvorstand. (*Einstimmig*)
 2. Budget 2002 (unter Beibehaltung des kantonalen Beitrages in der Höhe von Fr. 600.– für selbständig oder unselbständig in leitender Funktion tätige Mitglieder sowie von Fr. 300.– für die übrigen Mitgliederkategorien). (*Einstimmig, 1 Enthaltung*)
 3. Befugnis des Kantonalvorstandes, für standespolitische Öffentlichkeitsarbeit im Jahre 2002 bei Bedarf Fr. 100.– bzw. Fr. 50.–/Mitglied einzufordern (Extrabeitrag). (*Einstimmig bei 1 Enthaltung*)
 4. Erteilung der Befugnis an den Kantonalvorstand, den Ausbildungsbeitragsatz für medizinische Praxisassistentinnen von 0,3% der AHV-pflichtigen Lohnsumme (je nach Bedarf) auf maximal 0,6% zu erhöhen. Angenommen mit 27 (Ja):11 (Nein)
 5. Realisierung des Projekts PonteNova – das Trust-Center der Berner Ärzteschaft – und Aktienzeichnung durch die Ärztegesellschaft des Kantons Bern bei der Aktiengesellschaft PonteNova im Nominalwert von Fr. 50'000.– sowie Einsitznahme eines durch den Vorstand vorzuschlagenden Vertreters im Verwaltungsrat der erwähnten Firma. (*Einstimmig*)
 6. Wahl der Kontrollstelle PriceWaterhouse Coopers. (*Einstimmig*)
 7. Wahl des neuen Ärztekammerdelegierten Dr. med. Thomas Heuberger, Thun. (*Einstimmig*)
 8. Wahl des neuen Vorstandsmitgliedes Dr. med. Roland Brechbühler, Corgémont. (*Einstimmig*)
- Begründung (zu Ziff. 4):*
Der Kantonalvorstand wird der Delegier-

tenversammlung das vor wenigen Jahren beschlossene Konzept der Finanzierung der Ausbildung der Medizinischen Praxisassistentinnen über Lohnprozente an einer der nächsten Delegiertenversammlungen im Grundsatz neu vorlegen. Er lässt prüfen, ob differenziertere Varianten der Beitrags-erhebung möglich sind.

2.) Spitalfacharzt

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern hat einen Entwurf für ein Berner Modell Spitalfachärztin/Spitalfacharzt in Vernehmlassung gegeben. Der Vorstand hat namens der Ärztegesellschaft dazu im wesentlichen wie folgt Stellung genommen (Schreiben vom 4. April 2002): «Beim vorgeschlagenen 'Spitalfacharzt' mit abgeschlossener Aus- und Weiterbildung, der in fachlicher Hinsicht eigenverantwortlich tätig sein soll, handelt es sich um die Schaffung eines neuen Berufsbildes, das in Ärztekreisen je länger je mehr als notwendig angesehen wird. Der Spitalfacharzt soll überflüssige Weiterbildungsstellen ersetzen. Er ist, als Dauerstelle ausgestaltet, primär für die Dienstleistung zuständig. Damit kann die Qualität der gemäss Strukturplanung effektiv notwendigen Weiterbildungsstellen verbessert werden. Der Spitalfacharzt wird über eine eigene Berufsausübungsbewilligung verfügen müssen und gemäss Statuten der FMH verpflichtet sein, der kantonalen Ärztegesellschaft als Basisorganisation beizutreten.

Die hauptsächlichen Fragestellungen können wir wie folgt beantworten:

Die Stufe des Spitalfacharztes wird hierarchisch gesehen zwischen der Funktion des befristet angestellten Oberarztes und der Funktion des Leitenden Arztes liegen müssen.

Entsprechend der vorgeschlagenen Gehaltsbegrenzung kommt für uns die Berechtigung zur privatärztlichen Tätigkeit nicht in Frage.

Der Spitalfacharzt soll seine Tätigkeit zu 100% dem «service public» zur Verfügung stellen. Dagegen wird es sinnvoll und notwendig sein, den Spitalfacharzt in die Weiterbildungsfunktionen miteinzubinden,

denn es gilt zu vermeiden, wegen der Neuschaffung des Spitalfacharztes vollständig neue Organisations- und Teamstrukturen entwickeln zu müssen.

Der Spitalfacharzt könnte nach unserer Vorstellung insbesondere die folgenden Funktionen (zu den beschriebenen Bedingungen) ausüben:

- 1.) Eigenverantwortliche Tätigkeit mit oder ohne Zuweisung eines bestimmten, fachlichen Teilbereichs; aber volle Integration in die ärztliche Hierarchie, zumindest in administrativer Hinsicht und im Teachingbereich.
- 2.) Mitwirkung im Teachingbereich (StudentInnen, AssistentenärztInnen und Pflege).
- 3.) Gehalt eines Oberarztes; Anspruch auf 2 Wochen Fortbildung pro Jahr.
- 4.) Nacht- und Wochenenddienstpflicht (Notfalldienst)
- 5.) Teilzeittätigkeit und Jobsharing (insbesondere für Frauen mit familiären Verpflichtungen) müssen möglich sein; es gehört nach unserem Dafürhalten zur angestrebten Durchlässigkeit, inskünftig teilzeitliche Tätigkeit im Spital einerseits und in der Arztpraxis ausserhalb des Spitals andererseits zu ermöglichen.
- 6.) Keine stationäre privatärztliche Tätigkeit.
- 7.) Keine Berechtigung zum Führen einer Sprechstunde am Spital.
- 8.) Verbot der Ausübung einer (konkurrenzierenden) Nebenerwerbstätigkeit als Arzt bei 100%-Anstellung

Entsprechend der vorgesehenen Schaffung einer möglichst flexiblen und durchlässigen Lösung sehen wir keinen über die erwähnten Grundsätze hinausgehenden Regelungsbedarf.

Die Spitäler haben es in der Hand, selber darüber zu entscheiden, ob und inwieweit Spitalfacharztstellen geschaffen werden sollen.

3.) Ärzte-Rating Helsana

Die Helsana hat die Ärztegesellschaft darüber vororientiert, bei den Allgemeinpraktikern und Internisten eine Umfrage zu Praxisbesonderheiten durchführen zu wollen. Von der vorgesehenen Umfrage und vom Fragebogen im Entwurf haben wir auf Stufe Geschäftsleitung Kenntnis erhalten, kurz bevor der Versand stattfinden sollte. Der vom vorgelegten Entwurf abweichende definitive Fragebogen und der Begleitbrief wurden uns dagegen nicht vorgelegt. Wir erlauben uns, darauf hinzuweisen, dass der Vorstand der Ärztegesellschaft für diese Umfrage weder verantwortlich ist, noch wertvolle Inputs geliefert hat.

Persönlich

Vom Arzt zum Patienten



Reinhold Streit

In einem wenig bedachten Augenblick habe ich mich dazu verleiten lassen, meinem Nachfolger als Präsidenten der bernischen Ärztesgesellschaft einen Artikel für das neugestaltete Mitteilungsblatt der bernischen Ärztesgesellschaft unter dem obenstehenden Titel zu schreiben. Ich dachte als Arzt, der 40 Jahre ohne wesentliche Erkrankung im Spital und in der Privatpraxis tätig war, dann aber an einem Magenkrebs erkrankte, sollte ich über diesen Rollenwechsel vom Arzt zum Patienten etwas aussagen können.

Ich habe diese Aufgabe gewaltig unterschätzt. Beim ersten Versuch einer schriftlichen Bewältigung häuften sich die Seiten des Entwurfs, so dass an Stelle eines für das doc.be geeigneten kurzen Artikels eher ein Büchlein zu entstehen drohte. Ich hatte auch grosse Mühe, etwas über meine zum Teil schwankenden Gefühle zu schreiben, vor allem mich vor den Lesern sozusagen emotional zu entkleiden. Es stellte sich mir die Frage: Kann in einem Kurzeessay zum vorgegebenen Thema überhaupt etwas Sinnvolles ausgesagt werden? Haben Arzt und Patient je klar umschriebene Rollen? Ist nicht jeder Arzt und jeder Patient ein ganz individueller Mitspieler im Bereiche von Krankheit und Gesundheit? Ändert sich seine Rolle nicht von Stunde zu Stunde? Je nach Gesprächspartner wird der Patient sagen, es gehe ihm recht gut oder aber er wird Einzelheiten belastender Momente aus seiner Patientenkarriere vorbringen. Doch auch der Arzt ist je nach Patient aber selbst für den gleichen Patienten nicht immer gleich gestimmt, gleich bereit, auf den Patienten einzugehen.

Wenn wir uns mit einer eigenen lebensbedrohlichen Krankheit auseinandersetzen müssen, wohnen wohl nicht nur, wie Goethe meinte, zwei Seelen in unserer Brust, sondern deren viele. Seit der Diagnosestellung, der Operation und den anschliessenden Chemotherapien sind nun einige Monate vergangen. Aus einer noch nicht allzu grossen Distanz heraus greife ich einige auffallende Eindrücke heraus, die mir beim Wechsel von der Rolle des Arzt zu der des Patienten bewusst geworden sind. Es liessen sich auch andere Aspekte betrachten. Ich bin mir im Klaren, dass hier nur einige Facetten schlaglichtartig aufleuchten können, die das Phänomen «Arzt und Patient» in ihrer Rolle betrachten lassen.

1. Aktivität und Passivität

Als Arzt, spez. Geburtshelfer, Gynäkologe, Berater der Frau in verschiedensten Lebenslagen, ist man bei aller Zurückhaltung, auch beim Versuch der Anwendung eines kooperativen Praxisstils, eher aktiv. Die Geburt ist ein natürlicher Vorgang, der aber von vielen Gefahren bedroht wird. Immer gilt es abzuwägen, soll man, muss man aktiv werden oder darf man abwarten? Die operative Gynäkologie verlangt in Indikationsstellung und Ausführung einer Operation laufend Entscheide mit anschliessendem aktiven Handeln. Die Patientin in diversen schwierigen Lebenslagen erwartet, auch wenn ihr die Problemlösung nicht abgenommen werden kann, doch Ratschläge und Interpretationen von Seiten des Arztes, etwa im Sinne der Logotherapie von Viktor Frankl. Natürlich muss auch der Patient, wie wir immer wieder betonen, sich aktiv für seine Gesundheit einsetzen. Es fällt ihm aber doch in vielen Teilen eine passivere Rolle zu. In Diagnostik und Therapie sind andere Partner tonangebend und aktiv. Die Arbeitsabläufe richten sich nicht nach dem Patienten. Er lernt warten, muss sich einordnen, auch der Heilungsprozess bedarf der Zeit, die man abwarten muss. Abklärungs- und Therapieplan werden wohl in einer gewissen Absprache aber doch wesentlich von Fremden bestimmt. Ich hatte das Glück, stets Vertrauen in die Tätigkeit jener Ärztinnen und Ärzte zu haben, in deren

Behandlung ich stand. Ich war überzeugt, dass sie nach bestem Wissen und Gewissen das für mich Beste anstreben würden. Ich war zeitlebens der Ansicht, dass Vertrauen besser und gesundheitsfördernder sei als Skepsis, Misstrauen, ständiges Kontrollieren und sogenanntes Hinterfragen jeder ärztlichen Massnahme. An diese Maximen habe ich mich jetzt auch im Ernstfalle gehalten.

2. Mitgefühl und Selbstbetroffenheit

Mitgefühl, Nächstenliebe ist eine Hauptquelle, aus der echtes Arzttum hervorgeht. Muttersprachliche Ausdrücke scheinen mir aussagekräftiger als Fremdwörter. Krebs wirkt bedrohlicher als Karzinom. Die medizinische Fachsprache arbeitet mit relativ objektiven Begriffen, die weniger von Emotionen besetzt sind als die Muttersprache. Empathie, Mitgefühl des Arztes, ist gut und notwendig im Rahmen der Patientenbetreuung. Doch Selbstbetroffenheit des Patienten geht weiter, geht bis ins Mark der Persönlichkeit. Hier ist mein eigenes Leben bedroht, das trifft mich mehr als wenn es um den Patienten geht. Ich selbst bin in Frage gestellt. Meine persönliche Endlichkeit wird mir demonstriert. Meine eigene Lebensphilosophie, meine Religiosität haben sich dieser existenziellen Bedrohung zu stellen und sich womöglich zu bewähren. Als sterblicher Mensch bin ich zur Stellungnahme zu meinem Leben und Sterben aufgerufen. Diese Stellungnahme gehört meines Erachtens wesentlich zum Auftrag des Menschseins.

Persönlich bin ich nicht in eine Depression gefallen. Es waren auch nicht Auflehnungsreaktionen nach dem Motto «Warum geschieht das mir?», die in den Vordergrund getreten wären. Gewisse melancholische Gefühle haben mich heimgesucht. Sie waren aber nicht beherrschend. Ich verfiel eher in eine mir schwer verständliche Distanziertheit. Man mag von Verdrängung, Fatalismus oder, etwas weniger negativ, von Stoizismus, einer gewissen Akzeptanz sprechen. Vom christlichen Glauben gestützt könnte ich es verantworten, das Wort «In deine Hände befehle ich meinen Geist» anzuwenden.

3. Ist der Arzt ein spezieller Patient?

Primär ist er ein Leidender wie ein Anderer auch. Er hat gewisse Vor- oder Nachteile gegenüber anderen Patienten aufzuweisen. So weiss er zum Beispiel mehr über Therapien etc. Wir als Ärzte setzen uns

Masstäbe, denen wir oft nicht zu genügen vermögen, denen wir aber nachstreben. Wir haben ethisch hohe Normen und Zielvorstellungen, denen wir im Alltag nicht immer entsprechen. Vielleicht übertragen wir diese Haltung auch auf das Patientsein. Sollten wir als Patienten Vorbilder sein? Dürfen wir uns einfach fallen lassen? Ich habe eine grosse Zahl von teilnehmenden Briefen, Telefonanrufen, Besuchen erhalten. Es waren viele Kollegen, Freunde, Patientinnen usw. beteiligt. Gerade in den Briefen kam nicht selten die Wendung, der Absender sei überzeugt, dass ich auch diese Belastungen der Krankheit sicher bewältigen würde. Ich wurde also in eine Rolle gedrängt und es wurde erwartet, dass ich diese Rolle spielen würde. Gelegentlich wurden auch noch Empfehlungen für alternative Behandlungsmethoden beigegeben. Solche Vorschläge werden wohl die meisten lebensbedrohlich Kranken erhalten. Der Arzt weist als Patient den Vorteil auf, dass er sich mit seinem Arzt in der objektivierenden Fachsprache unterhalten kann, dass er über ein ausgeprägtes Grundwissen verfügt und sich auch anderweitig besser über die spezielle Krankheit zu orientieren vermag, was wie gesagt Vor- und Nachteile mit sich bringt. Der behandelnde Arzt kann sich durch einen Kol-

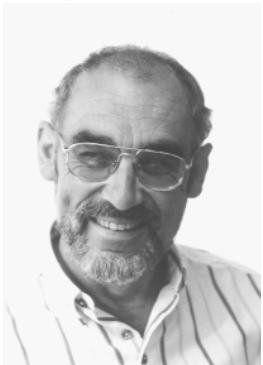
legen mehr überwacht und kontrolliert fühlen. Ich glaube nicht, dass ich mich bisher in irgendeine unwissenschaftliche Hirngespinnste geflüchtet hätte, wie das gelegentlich Kollegen vorgeworfen wird, die nicht erkennen wollen, wie es um sie steht. Natürlich klammere ich mich auch an die Hoffnung, zu jenen zu gehören, die von einer nicht mehr im Anfangsstadium stehenden Krebskrankheit geheilt werden können oder zumindest von einer längeren Remission profitieren dürfen. Ich bin überzeugt, dass meine Kolleginnen und Kollegen mich rasch, kompetent und mit grosser Zuvorkommenheit abgeklärt und behandelt haben. Ich bin ihnen dafür sehr dankbar. Auch mit dem Pflegepersonal und dem paramedizinischen Personal, das sich aus etwa zehn verschiedenen Nationen rekrutierte, habe ich nur sehr gute Erfahrungen gemacht. Ich hatte Einsicht in die meisten Krankenunterlagen. Dort sind mir natürlich auch gelegentlich Unstimmigkeiten aufgefallen, so zum Beispiel anamnestische Angaben, die ich meiner Meinung nicht in dieser Art gemacht hatte. Doch liegt das wohl darin, dass der Eine aus einer Antwort etwas Anderes herausliest, Aussagen verschieden interpretiert oder gewisse Präzisionen überhört werden können. Missverständnisse sind möglich.

Stellen wir uns zum Schluss die Frage: Gibt es einen idealen Patienten?

Die Frage lässt sich klar beantworten: Es gibt ihn nicht! Jeder Arzt wird andere Wünsche an ihn haben, jeder Patient wird sich anders verhalten. Dem Patienten in seiner geistig-seelisch-körperlich-sozialen Verfassung gerecht zu werden, das ist ärztliche Kunst. Kunst ist subjektiv und nie vollendet. Sie wird vom Patienten empfunden und nicht gemessen. Sie hat ihre Grenzen. Ich habe kürzlich eine kleine Abhandlung des Philosophen Jörg Splett über den Begriff «Demut» gelesen. Vielleicht können sich Arzt und Patient in ihrer Beziehung hier gegenseitig finden. Bescheidenheit, Bemühen um Sachlichkeit, gegenseitige Achtung und liebevolles Verstehen und Handeln könnten so die Grundlage des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient bilden.

Es liegt mir fern, mich irgendwie als dem idealen Patienten nahekommend profilieren zu wollen. Ich weiss nicht, wie meine Krankheit weitergeht. Mit dieser Ungewissheit muss man fertig zu werden trachten. Ich hoffe, dass meine unvollständigen Gedankengänge Ihnen einige Anregungen zu Ihrem Arztsein und dereinstigen Patientwerden zu geben vermögen.

Bericht aus dem Grossen Rat



T. Heuberger,
1. Vizepräsident

Die Themen der März-Session hatten wenig mit Gesundheitspolitik und Spitalwesen zu tun, sodass in dieser Publikation eigentlich nicht viel zu berichten wäre. Es scheint mir aber doch sinnvoll, auch andere politische Gebiete aus meiner Warte etwas zu beleuchten, ganz in dem Sinne, dass wir Aerzte eben auch zur Gesellschaft und zur Öffentlichkeit gehören, dass wir hier auch etwas zu sagen, vor dem Sagen aber vielleicht auch etwas mitzudenken hätten.

Das Wichtigste im Kanton heute sind zweifelsohne die fehlenden Finanzen: Der Kanton müsste eigentlich, trotz momentan etwas rosiger Morgenröte, die Bilanzen deponieren. Und finanzielle Themata prägten den Ratsbetrieb und die Argumente (die jetzt vielleicht im Wahlkampf auftauchen und die manche nachher nicht mehr kennen wollen.)

Eine Motion zum Spitalversorgungsgesetz, die eine rasche – zu rasche und überhetzte – Gangart verlangte, wurde nur als Postulat überwiesen, um die Qualität des Gesetzes zu verbessern. Neue Strukturen der Spitallandschaft sind sicher angezeigt, aber nicht so zentralistisch gesteuert wie in einer Planwirtschaft. Konkurrenz zwischen Spitalgruppen könnte ja vielleicht heilsam sein.

Keine erneute Debatte gab es über's Inselspital trotz anstehender neuer Interpellation: Immerhin einmal keine Schlagzeilen, was unserer Universitätsklinik nur gut tun kann. Das Thema ist aber sicher nicht vom Tisch und zu reden (in der Wandelhalle) gab auch der Vorstoss aus Basel

über die Medizin-Hochschule Schweiz von NR Remo Gysin.

Beim Jagdgesetz kam es zum Teil zu recht aggressiven Beratungen. Es entstand der Eindruck eines «Stellvertreterkriegs»: Man meint das «überflüssige» Amt für Naturschutz und schlägt das Jagd- und Wildtierschutzgesetz, aus dem schliesslich fast alle Schutzbestimmungen herausgekippert wurden zu Gunsten von Worthülsen, unbestimmten Begriffen und Delegation an den Regierungsrat. Die Natur kann einem da nur leid tun. Hier musste Euer Berichterstatter oft leer schlucken und hinnehmen, dass er sich immer in der völlig überstimmten Minderheit wiederfand, da er dem Schutz der Natur mehr Gewicht zumessen wollte, als einem sogenannten «schlanken» Gesetz.

Wassernutzungsgesetz: Die bürgerliche Mehrheit wollte im letzten Jahr den Grossproduzenten entgegenkommenderweise 10 Mio Franken verschenken, und dies in schlechten finanziellen Zeiten! Ein Volksvorschlag mit der gegenteiligen Stossrichtung wurde dann aber im selben Grossen Rat breit abgestützt überwiesen, sodass der Rat gegen seinen eigenen Beschluss des letzten Jahres stimmte. Leider braucht es nun doch eine Volksab-

stimmung (unter Kostenfolge! Ausser Spesen wahrlich nichts gewesen.).

Finanzen: Sparpakete und Aufgabenüberprüfung sind momentan Trumpf. Aufgabenüberprüfung ist gut und recht und die einzige Möglichkeit für eine Gesundung der Finanzen: aber der richtige Weg dazu ist noch zu finden: Jedes Amt müsste suchen, was nicht mehr notwendig wäre; welches Amt aber macht sich gerne selber überflüssig? Primär Wären doch eigentlich die Ziele festzulegen: wie soll der Kanton in 10 Jahren aussehen, was wollen wir, was brauchen wir? Erst anschliessend muss überprüft werden, welche Aufgaben der Kanton behalten soll und welche nicht. Vom Ziel her ist zu planen und nicht vom heutigen Aufwand, sonst greift die Aufgabenüberprüfung zu kurz.

Die Anstellungsbedingungen für Professoren kamen zur Sprache und allfällige Pri-

viliegen, die geeignet sein könnten, um Spitzenkräfte an die Universität zu holen (oder zu behalten). Trotz Unmutsäusserungen (und zurückgezogener Motion) scheint das Parlament zu sehen, dass hier allzu grosse Sparübungen (Pensionskasnenregelungen, Nebenverdienste, Umfeldgestaltung, Abschöpfungen) zu Bumerangeffekten führen könnten, die den Standort Bern im Bereich Bildung und Forschung noch mehr kompromittieren könnten, mit Signalwirkung an weitere Wertschöpfungssparten. Und diese hätte der Kanton (eingestuft als wirtschaftlich schwacher Kanton) wahrlich nötig. Immerhin wurde aber doch eine Planungserklärung überwiesen, die die Situation der ausserdienstlichen Tätigkeiten der Dozenteninnen und Dozenten beleuchten soll. Ein Einsitz Eures Vertreters in der Kommission «Öffentliches Beschaffungswesen»

brachte mir interessante neue Erkenntnisse, obwohl dies nicht gerade mein Kerngeschäft ist. Aber die Beschaffungen betreffen ja nicht nur Hoch- und Tiefbau sondern Aufträge, die die öffentliche Hand (Kanton, Organisationen, öffentliche und subventionierte Institutionen, Gemeinden) zu vergeben hat. Hierzu zählen auch Beratungen, Expertisen, Gutachten, Anschaffungen von Software und Hardware und andere Dienstleistungen; und hier wird es dann für einen Laien wie mich wieder etwas anschaulicher. Und: Neues lernen ist immer gut.

Und nun stehen Wahlen an! Bei der Lektüre dieser Ausgabe sind sie bereits vorbei, es geht ans analysieren, Wunden lecken, spekulieren, oder feiern. Meine Hoffnung: nicht mehr der einzige Vertreter der Ärzteschaft im Grossen Rat zu sein. Ich hoffe, Ihr alle habt dabei mitgeholfen!

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Jahresbericht 2001 des Präsidenten



Jürg Schlup

1. Gesundheitspolitisches Umfeld 2001

1.1 Die Schweiz

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist bereits fünf Jahre in Kraft und stellt gemäss Frau Bundesrätin Ruth Dreifuss «einen echten sozialen Fortschritt im Bereich des Zugangs zur medizinischen Versorgung dar»¹. Die Parlamentarier beurteilen dieses KVG ähnlich, stellvertretend die Meinung von Frau Ständerätin Beerli: «Das KVG ist ein im Grundsatz gutes Gesetz, das aber mit Kinderkrankheiten behaftet ist. Wir wären heute bedeutend schlechter dran ohne dieses KVG. Wir haben keine Alternative zu die-

sem Gesetz.»² Parlament und Regierung sind weitgehend der Meinung, dass die Ziele des KVG betreffend die Solidarität und die Leistungsversorgung weitgehend erreicht seien, dagegen das Ziel der Kostendämpfung noch nicht. Das Ausgabenwachstum wird kaum durch die weitgehend stabilen Preise verursacht, vielmehr von der Mengenausweitung, welche auch vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) nicht nur auf die zunehmende Zahl von Leistungserbringern zurückgeführt wird, sondern auch auf den medizinisch-technologischen Fortschritt, die demographische Entwicklung und die steigenden Ansprüche der Bevölkerung. Entgegen einem grossen Teil der Ärzteschaft vermag das EDI im Ausbau des Leistungskataloges keine relevante Mengenausweitung zu sehen: «Die Kostenfolgen der nach Einführung des KVG neu zugelassenen Leistungen waren marginal und wirken sich lediglich im Promillebereich auf die Prämienhöhe aus.»¹ Da das EDI weder den Ausbau des Leistungskatalogs noch den medizinischen Fortschritt in der Grundversicherung aufhalten will und die demographische Entwicklung nicht aufhalten kann, sieht das EDI als einzige Möglichkeit, die Mengenausweitung über die Zahl der Leistungserbringer zu beeinflussen.

1.2 Der Kanton Bern

Im Berichtsjahr wurde uns Bernern bewusst und statistisch erhärtet aufgezeigt, dass unser Kanton in die Gruppe der ärmsten bzw. wirtschaftsschwächsten Kantone dieses Landes abgerutscht ist. Für unser grossteils mit öffentlichen Geldern subventioniertes Gesundheitswesen hat dies bereits Folgen und wird sich in den kommenden Jahren noch verstärkt auswirken. Im Sommer 2001 hat der scheidende Finanzdirektor Regierungsrat Lauri klar gesagt, was dies bedeutet: Abbau kantonalen Dienstleistungen. Damit sind die Vorgaben für das kantonale Gesundheitswesen kurz- und mittelfristig klar aufgezeigt.

2. Standespolitik 2001

2.1 Aktivität der Berner Ärztesgesellschaft auf nationaler Ebene

TarMed

Innerhalb der FMH hat sich die Berner Ärztesgesellschaft für die Verbesserung der Anfang des Berichtsjahres vorgelegten TarMed-Version 1.0 eingesetzt: Für die Überarbeitung der Tarifstruktur gemäss Reengineering I und für die Überarbeitung des Rahmenvertrages insbesondere des Anhangs Kostenneutralität sowie des Anhangs elektronischer Datenaustausch und schliesslich für die Durchführung einer Urabstimmung. Die von Bern beantragte Urabstimmung wurde im Mai des Berichtsjahres von der Ärztekammer noch

¹ Medienmitteilung EDI vom 17.2.2001

² Vortrag Frau SR Beerli vom 17.12.2001 beim Verband Bernischer Krankenhäuser

abgelehnt und im Dezember schliesslich beschlossen. Das Reengineering I wurde beschlossen, erfolgreich durchgeführt und führte zur Tarifversion 1.1. Der Anhang betreffend die kostenneutrale Einführung TarMed wurde stark überarbeitet und dadurch deutlich verbessert. Der Anhang Datentransfer wurde während des Berichtsjahres nicht verbessert und blieb damit für die Ärzteschaft unbefriedigend und nachteilig. Die Anhänge «Tätigkeit von Vertrauensärzten» und «Regelung über Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit» lagen an der a.o. Ärztekammer am 13.12.2001 nicht vor und wurden – für mich überraschend – unbesehen genehmigt.

Kontrahierung

Betreffend die Aufhebung des Kontrahierungszwanges forderte der Berner Vorstand den FMH-Zentralvorstand im Mai des Berichtsjahres schriftlich dazu auf, für die eidgenössischen Parlamentarier, insbesondere die Mitglieder des Ständerates eine Informationsveranstaltung Anfang August des Berichtsjahres durchzuführen. Der ZV FMH lehnt dies ab und forderte seinerseits die Kantonalpräsidenten auf, ihre Ständeräte kantonsweise zu informieren. Der ZV nahm zu diesem Thema im Berichtsjahr mit einem Pressecommuniqué Anfang Juli 2001 Stellung. Weder die Ärztekammer vom Mai noch die ausserordentliche Ärztekammer vom Dezember 2001 behandelten die Aufhebung des Vertragszwangs. Der Berner Vorstand beschloss daher im Juni 2001 selber die Initiative zu ergreifen und führte eine Klausurtagung zum Thema Aufhebung des Kontrahierungszwanges durch, präsentierte die Ergebnisse der Ständerätlichen Kommissionspräsidentin Beerli und richtete sowohl für die September als auch für die November-Session des Ständerates seine Argumente schriftlich an die Kommissionspräsidentin. Der Ständerat sprach sich zwar für die Aufhebung des Kontrahierungszwanges aus, folgte aber gleichzeitig mindestens in zwei Punkten unserer Argumentation: Der Ausschlussentscheid soll in paritätisch zusammengesetzten Kommissionen erfolgen und keinesfalls den Kassen allein oder den Behörden überlassen bleiben; die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität dürfen nicht von den Versicherern allein definiert werden, sondern sind gemeinsam mit den Leistungserbringern festzulegen. Trotzdem sind wir mit dem Resultat unserer Bemühungen nicht zufrieden und werden auch im Vorfeld der Nationalratsdebatte aktiv bleiben.

Euthanasie

Die Liberalisierung der Sterbehilfe stand im Nationalrat zur Debatte. Die Schweiz besitzt gemäss der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW innerhalb Europas eine der liberalsten gesetzlichen Regelungen der Sterbehilfe. Der Vorstand der Berner Ärztegesellschaft bat den ZV FMH im Juni des Berichtsjahres um eine Stellungnahme zu Händen des Nationalrates; diese Stellungnahme der FMH wurde nicht gehört (Originalton eines Mitgliedes der zuständigen nationalrätlichen Kommission für Rechtsfragen). Daher entschloss sich der Vorstand der Berner Aertzegesellschaft allen Nationalräten eine schriftliche Stellungnahme zukommen zu lassen. Die Liberalisierung der Sterbehilfe betreffenden Gesetzesparagrafen wurde entgegen dem Kommissionsantrag im Parlament schliesslich abgelehnt, was einem Meinungsumschwung gleichkam. Ich schliesse nicht aus, dass die Stellungnahme der Berner Ärzte einen gewissen Einfluss gezeigt haben mag.

2.2 Aktivität der Berner Aertzegesellschaft auf kantonalen Ebene

Universitätsspital Bern

Der Ausschuss und Vorstand der Berner Ärztegesellschaft hat sich auch im Berichtsjahr für ein starkes universitäres medizinisches Kompetenzzentrum im Kanton Bern eingesetzt. Bekanntlich wird auf eidgenössischer Ebene die Restrukturierung der fünf medizinischen Fakultäten einerseits und die künftige Akkreditierung dieser Fakultäten diskutiert. Auf kantonalen Ebene wird angesichts der Finanznöte über Abbau kantonalen Leistungen diskutiert. Angesichts dieser Rahmenbedingungen braucht unser Universitätsspital Unterstützung durch Politik und Wirtschaft sowie Stärkung durch vermehrte Einbindung der Fakultät, Anpassung der Struktur von Verwaltungsrat und Direktion sowie Anpassung der Strategie. Die Anstrengungen meines Vorgängers, Reinhold Streit, wurden fortgeführt: Wir votierten für die Budgethoheit der Fakultät in Belangen der Lehre und Forschung, die Vertretung der Fakultät innerhalb der Leitung des Universitätsspitals, für eine repräsentativere Vertretung der Klinikdirektoren in der Spitalleitung, für eine Professionalisierung des Verwaltungsrates. Im Berichtsjahr haben mein Vorgänger und ich diese Forderungen vorgebracht in Gesprächen mit der Inseldirektion, dem Dekan, einzelnen Klinikdirektoren, einzelnen Verwaltungsräten des Inselspitals, gegenüber Meinungsma-

chern in bernischen Parteien, bei der Präsidentin der Geschäftsprüfungskommission und der Subkommissionsvorsitzenden der GPK sowie gegenüber einzelnen Regierungsvertretern. Die Berner Ärztegesellschaft wird unser Universitätsspital weiterhin nach Kräften unterstützen.

Klinik für Allgemeine Innere Medizin

Mein Vorgänger hat sich für die Allgemeine Innere Medizin am Inselspital sehr engagiert. Zu Beginn des Berichtsjahres wurde Professor U. Bürgi zum Klinikdirektor gewählt, eine sowohl für die Fakultät als auch für die praktizierenden Ärzte glückliche Wahl.

Lehrpraxen der FIAM

Das Projekt der FIAM, die Blockausbildung der Studenten auch in Arztpraxen anzubieten, kam im Berichtsjahr einer Realisierung nicht näher. Unsere Unterstützung dieses sogenannten «Modell Wick» sowohl bei der Gesundheits- als auch bei der Erziehungsdirektion zeigten bislang keine Wirkung. Weiterhin werde ich dieses Projekt unterstützen, nicht zuletzt deshalb, weil ein solches Angebot einen Konkurrenzvorteil für die Berner Mediziner Ausbildung darstellen könnte.

Leistungsorientierte Abgeltung LOA

Die bislang gültige privatrechtliche Marktordnung (Règlementation) wurde zur Jahresmitte durch eine staatliche Preisordnung abgelöst. Die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker werden seither unabhängig vom Medikamentenpreis vergütet. Durch die damit verbundene Margenschmälerung entstand eine Ertrageinbusse für selbstdispensierende Ärztinnen und Ärzte, die nicht wie bei den Apothekern durch eine Entschädigung der Beratungstätigkeit ausgeglichen wurde. Bereits im Februar des Berichtsjahres nahm der Leiter unserer Verhandlungsdelegation, Fürsprecher U. Hofer, diesbezügliche Gespräche mit dem Krankenkassenverband auf, welche aber im April von Kassenseite abgebrochen wurden. Der Vorstand sah sich daraufhin – wie übrigens alle anderen Kantone auch – gezwungen, die Verhandlungen an die FMH zu delegieren. Bis zum Jahresende zeichnete sich bei diesen Entschädigungsverhandlungen auf eidgenössischer Ebene keine Lösung ab.

Ärztlicher Notfalldienst

Von einzelnen Mitgliedern wurde der Vorstand auf kleinere und grössere Probleme rund um den Notfalldienst aufmerksam gemacht. Für den Vorstand ist der Notfalldienst die Visitenkarte der Ärzteschaft,

dieser Dienst soll bestens funktionieren und qualitativ einwandfrei sein. Er soll eine flächendeckende Triage und Erstversorgung in unserem Kanton gewährleisten. Die Ärzteschaft selber soll eine führende Rolle in der Gestaltung der ambulanten und präklinischen Notfallversorgung einnehmen. Der Vorstand nimmt die Anliegen der Basis um den Notfalldienst sehr ernst und hat daher in einem ersten Schritt über die Bezirksvereinspräsidenten eine Umfrage zum aktuellen Stand der regionalen Notfalldienste initiiert.

NewIndex AG

Die ärztliche AG namens NewIndex ist ein Dienstleistungs- und Kompetenzzentrum der Ärzteschaft. Sie bezweckt die Unterstützung der kantonalen und nationalen Ständesorganisationen in der Einführung und Anwendung der neuen Tarife. Im Berichtsjahr wurde unser Sekretär, Fürsprecher Dr. Th. Eichenberger, als Vertreter der Berner Ärztesgesellschaft in den Verwaltungsrat gewählt. Auf Grund des Beschlusses der Herbstdelegiertenversammlung wurde im Oktober der Dienstleistungsvertrag unterzeichnet: Dieser beauftragt die New-Index, der Ärztesgesellschaft Berechnungen des Starttaxpunktwertes für die kantonalen TarMed-Verhandlungen zu liefern.

Eigene Datenquellen nutzen: Trust-Center
Ab Juni des Berichtsjahres befasste sich der Vorstand intensiv mit der Idee, ein ärztliches Datenverarbeitungszentrum aufzubauen. Er informierte sich dabei über bestehende Projekte in den Kantonen Fribourg, Aargau und Thurgau. Mit der Möglichkeit des elektronischen Datenverkehrs bietet sich uns Ärzten auch die Chance, unsere Daten selber zu bündeln, zu nutzen und auf Abruf den Kassen weiterzuleiten. Wir haben ein vitales Interesse an einer aussagekräftigen und ärztlichen Leistungsstatistik, für die Verbes-

serung unserer Behandlungsprozesse, für unsere Verhandlungsführung mit den Leistungsträgern und für unsere öffentliche Argumentation zur Kostenentwicklung. Der Vorstand lancierte daher ein Vorprojekt zum Aufbau eines Trust-Centers der Berner Ärzte, welches von der Herbstdelegiertenversammlung gutgeheissen wurde: Am Ende des Berichtsjahres war bereits das eigentliche Projekt im Entstehen begriffen, vorangetrieben durch ein Projektteam und einen Beirat. Mit der Projektkoordination wurde Vorstandsmitglied H. W. Leibundgut betraut.

Umfrage zur wirtschaftlichen Entwicklung der Berner Ärzte

Wie vor rund drei Jahren beauftragte der Vorstand seinen Vertreter im Wirtschaftsausschuss, Adrian Sieber, mit einer erneuten Kurzumfrage zur wirtschaftlichen Entwicklung der Berner Ärzte. Die Resultate wurden im doc.be im August publiziert. Insgesamt 773 Mitglieder beteiligten sich an der Umfrage (43%). Verglichen mit der früheren Umfrage sahen sich vor allem die Spitalärzte mit einer deutlich schlechteren Entwicklung ihrer wirtschaftlichen Situation konfrontiert.

Teilweise Kompensation des Teuerungsrückstandes

Mit einem Vorstoss zu Händen des Regierungsrates lehnte die Ärztesgesellschaft eine weitere Verlängerung des Tariferlasses ab. Auf Grund des seit rund 10 Jahren herrschenden vertragslosen Zustandes zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern im Kanton Bern wird dieser Tariferlass seit Jahren trotz regelmässiger Einsprachen unsererseits unverändert verlängert. In diesem Zeitraum beläuft sich die Teuerung auf gegen 30%. Dazu kam im Berichtsjahr auf Grund der Einführung von LOA eine weitere Einkommensminderung schergewichtig bei den selbstdispensierenden Ärztinnen und Ärzten. Ich kenne keine Berufsgruppe, weder bei den Angestellten, noch den selbständig Erwerbenden, die während fast 13 Jahren ohne Teuerungsausgleich geblieben wäre. Die abschliessende Stellungnahme des Regierungsrates erfolgte nicht mehr im Berichtsjahr. Der Vorstand behält sich aber ein allfälliges Beschwerdeverfahren ausdrücklich vor.

Verordnung über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen GesV

Die Ärztesgesellschaft nahm einerseits über die ordentliche Vernehmlassung und andererseits mit einem von Grossrätin F. Fritschy, FDP, initiierten ausserordentlichen Gespräch mit der GEF-Spitze Ein-

fluss auf die Gesundheitsverordnung. Nicht alle, aber doch einige unserer Anliegen wurden berücksichtigt. In einzelnen Punkten erfuhren wir gar die Unterstützung des Krankenkassenverbandes KVBK. Erwähnen möchte ich nur die für uns wichtigsten beiden Punkte: Art. 15, Abs. 3 GesV verbietet die Verwendung des Begriffes «Ärztin» oder «Arzt» durch Personen ohne schulmedizinische Ausbildung. Art. 19 GesV und ff verpflichtet «nichtärztliche Fachpersonen» bei Vorliegen einer Krankheit oder einer Verletzung, die in den Zuständigkeitsbereich von Ärztinnen und Ärzten fallen, die Patientinnen und Patienten dazu anzuhalten, diese aufzusuchen.

Mutationen

Ende März des Berichtsjahres trat bekanntlich unser langjähriger Präsident, Reinhold Streit, nach 9 Jahren an der Spitze der Ärztesgesellschaft zurück und stellte sein Know-how dem Vorstand und Ausschuss weiterhin als Past-President zur Verfügung. Anfang April trat ich seine Nachfolge an. Ende Oktober trat Dr. med. Willi Steiner, leitender Arzt am Regionalspital Interlaken und Vertreter des Bezirksvereins Engeres Oberland, nach 6 Jahren im Vorstand zurück. Als Nachfolger wurde von der Delegiertenversammlung Dr. Manfred Studer, leitender Arzt Regionalspital Interlaken, gewählt. Er trat sein Amt anfang November an.

3. Ausblick Gesundheitspolitik 2002

3.1 Ebene Schweiz

Die Ärzteschaft wird in diesem Geschäftsjahr durch die nationale Ebene vor allem durch die Revision des KVGs und die Auswirkungen des in Kraft getretenen Heilmittelgesetzes betroffen sein.

Revision des KVG

Die KVG-Revision wird dazu führen, dass wiederum vermehrt Managed Care Versicherungsmodelle angeboten werden, weil der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen solcher Modelle deutlich verbessern will; daneben wird die Beschränkung der Anzahl der LeistungserbringerInnen weiter vorangetrieben werden, sei es über die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, wie das Parlament dies anstrebt oder aber über eine Bedürfnisklausel gemäss Art. 55a KVG wie dies die Landesregierung anstrebt. Dadurch wird sich der Druck auf die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte erhöhen. Daneben wird die Angemessenheit bestimmter Leistungen

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 April 2002.

vermehrt überprüft werden, die Regierung will dazu die Vertrauensärzte der Versicherer heranziehen und denkt insbesondere an die Überprüfung der Indikationen bestimmter operativer Eingriffe. Schliesslich sollen die Medikamentenpreise weiter sinken, was kaum über die ex factory-Preise geschehen wird, sondern voraussichtlich über ein weiteres Dahinschmelzen der Marge.

Heilmittelgesetz

Das neu in Kraft getretene Heilmittelgesetz wird Auswirkungen auf die Ärzteschaft zeigen. Dies vor allem über Art. 33 Heilmittelgesetz, in welchem übertriebene Rabatte und andere geldwerte Vorteile sowohl für den Geber als auch für den Empfänger von solchen Vergünstigungen strafrechtlich verfolgt werden können. Unser Sekretär, Fürsprecher Dr. Thomas Eichenberger, hat unsere Mitglieder im

Berichtsjahr mit einem ersten Artikel in doc.be informiert und wird die Empfehlungen weiter konkretisieren.

3.2 Ebene Kanton Bern

Das revidierte Gesundheitsgesetz ist am 1. Januar 2002 in Kraft getreten. Für die Ärzteschaft werden die ersten Auswirkungen im Notfalldienst spürbar werden. Dort gibt es nun neue Möglichkeiten zur Dispensation bei gleichzeitiger Entschädigungspflicht.

Neben dem Gesundheitsgesetz wird unsere Ärzteschaft die Auswirkungen der bevorstehenden Einführung TarMed zu spüren bekommen. Neben einer TarMed-Schulung und den damit verbundenen Umstellungen im Spital und Praxis werden die Ärztesgesellschaft und deren Verhandlungsdelegation mit dem Aushandeln des kantonalen Taxpunktwerthes beschäftigt sein. Voraussichtlich werden dabei weni-

ger betriebswirtschaftliche als vielmehr politische Gesichtspunkte eine Rolle spielen; dies lässt sich aus den Aussagen von Santésuisse-Vertretern und des Preisüberwachers schliessen, weniger auch aus Kreisen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion.

Die Landesregierung lanciert das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz», welches sich mit politisch machbaren, sinnvollen Neuerungen befasst. Die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW betreibt das Projekt «Neuorientierung der Medizin» und will Wege dazu aufzeigen.

Die Medizin wird sich in den kommenden Jahren auch in unserem Kanton neu orientieren, mit ihr auch wir Ärztinnen und Ärzte und nicht zuletzt das ganze medizinische Umfeld. Viele von uns wissen dies, wir alle spüren es. Erkennen wir in diesem Wandel die Chance! Wir bleiben dran, für unsere Patienten und für uns selber.

Einführungskurs TarMed

TarMed ante portas – irgendwann, jedenfalls. Die Einführung von TarMed im UVG-Bereich auf den 1.7.02 dürfte ausgeschlossen sein, ebenso die Einführung im Bereich KVG per 1.1.03. Für die Teilnehmer der vom Bezirksverein Bern-Land angebotenen TarMed-Schulung war es sicher auch ein Trost, vom Verantwortlichen für die Veranstaltung, Vizepräsident Thomas Heuberger, zu hören, dass es hier nicht darum gehe, sich darüber zu streiten, ob TarMed nun ein guter oder ein schlechter Tarif sei. Das Faktum einer künftigen Einführung sei bekannt, wenn auch noch nicht der Zeitpunkt. Das sei auch der Grund, weshalb die Ärztesgesellschaft eine Schulung anbiete mit dem einzigen Ziel, den Umgang mit dem Tarifbrowser zu vermitteln und so die Voraussetzung zu schaffen, dass sich die Teilnehmer zu Hause intensiver mit der Materie befassen können.

Wer ändern eine Grube gräbt...

Der TarMed-Vertrag postuliert die «Kostenneutralität» in der Einführungsphase. Innerhalb von 18 Monaten nach Einführung des Tarifs soll sich die Kostenentwicklung im Bereich von +/- 2 Prozent halten. Weichen die Gesamtkosten nach unten ab, so wird der Taxpunktwert erhöht. Steigen die Kosten über den gesteckten Rahmen hinaus an – z.B. durch Mengenausweitung –, so wird der Taxpunktwert gesenkt. Hier droht nun eine

verhängnisvolle Spirale ins Bodenlose: Der Taxpunktwert wird gesenkt, die Ärzteschaft reagiert mit noch mehr Mengenausweitung, worauf der Punktwert nochmals sinkt usw. Dieses Szenario ist keineswegs graue Theorie, sondern z.B. aus Deutschland bestens bekannt.

Trust Center wird bedeutsam

Rechtzeitig vor dem Inkrafttreten des TarMed wird auch das von der BEKAG initiierte Trust Center PonteNova (vgl. auch S. 3) einsatzbereit sein. Dieses Trust Center wird dazu dienen, Abrechnungsdaten zentral zu sammeln, den teilnehmenden Ärzten betriebswirtschaftlich fundierte Ver-

gleichsdaten zu liefern und vor allem ärzteigene (sprich: kassenunabhängige) Statistiken über die Marktentwicklung erstellen zu können. In der Tarifentwicklung, in den Taxpunktwertverhandlungen und in der Ausgestaltung der Standespolitik wird das Trust Center in Zukunft die zentrale Rolle spielen.

Einmalige Schulungs-CD

Veritable Aha-Erlebnisse bietet die speziell für die Berner Schulungsveranstaltungen entwickelte und mittlerweile auch von der FMH anerkannte Schulungs-CD. Schöpfer dieser Lernhilfe ist der Präsident des Wirtschaftsausschusses, François Bossard, unterstützt von seinen Mitstreitern Beat Gafner, Thomas Heuberger (beide im BEKAG-Vorstand) und Anton Prantl (Direktor der Ärztekasse). Peter Jäger

Dieses Zivilschutz-Plakat hing rein zufällig! Die Hilfe war nicht nötig.



Experten bei der Vorbereitung der anspruchsvollen Schulung.

