



Nr. 1 • Februar 2008

doc.be

Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Société des médecins du canton de
Berne

www.berner-aerzte.ch

Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung

Am 1. Juni 2008 stimmt das Volk über die freie
Arztwahl ab!

Im Dezember 2007 haben sich National- und
Ständerat darauf geeinigt, die Bundesverfas-
sung zu ändern. Im Januar 2008 hat der
Bundesrat die Volksabstimmung dazu auf den
1. Juni 2008 festgelegt.

Abgestimmt wird über einen neuen Verfas-
sungsartikel zur Krankenversicherung (Art.
117a). Dort steht in Absatz 3d: «Die Vorausset-
zungen, unter denen Leistungserbringer **zu-
lasten der Krankenpflegeversicherung tätig
sein können**, werden so festgelegt, dass eine
qualitativ hochstehende Leistungserbringung
und der **Wettbewerb** gewährleistet sind.» Die
Bundesversammlung beschränkt in diesem
Verfassungsartikel die **freie Arztwahl** auf zu-
gelassene Ärztinnen und Ärzte. Heute steht in
der Verfassung (noch) nichts zur freien Arztwahl
bzw. über die Zulassung von Ärztinnen und
Ärzten zur Tätigkeit zulasten der Krankenpfle-
geversicherung. Diese Zulassung ist bislang
lediglich auf Gesetzesstufe geregelt. Art. 36,
Abs. 1 KVG hält fest: «Ärzte und Ärztinnen sind
zugelassen, wenn sie das eidgenössische
Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat
anerkannte Weiterbildung verfügen.»

Mit dieser Änderung unserer Verfassung
schränkt die Bundesversammlung die freie
Arztwahl auf diejenigen Leistungserbringer
ein, welche Qualitäts- und Wettbewerbsvor-
aussetzungen erfüllen. Die entscheidende
Frage ist nun: Verschärft diese Verfassungsän-
derung die Voraussetzungen für die Zulassung
von Ärztinnen und Ärzten zur Tätigkeit zulasten
der sozialen Krankenversicherung? Santéuisse
behauptet, dass die freie Arztwahl in diesem
Verfassungsartikel gar nicht enthalten sei. Für
die FMH sowie für die Ärztegesellschaft des
Kantons Bern bestehen keine Zweifel: es geht
um die freie Arztwahl! Am 1. Juni werde ich ein
klares Nein zum Verfassungsartikel «Für mehr
Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Kranken-
versicherung» einlegen und empfehle Ihnen,
dies auch zu tun.

Jürg Schlup,
Präsident der Ärztegesellschaft

«Tour de Knock» oder
Theater am Tatort 2

Medizin – ein Gemeingut 3

Wirtschaftlichkeitsverfahren
bei Arztpraxen 7

Erfahrungsbericht Medphone 8

«Bschiss des Monats» ... 10

Tarife wohin – Datenlage Schweiz 11

«Die Frauenzimmer kommen» 12

BETAKLI 2008 12

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

«Tour de Knock» oder Theater am Tatort

Medizin für die Zukunft – seit 200 Jahren Ärztegesellschaft des Kantons Bern



Dr. med. Hans-
Werner Leib-
undgut,
Teilprojektleiter
Wanderbühne
«200 Jahre Ärz-
tegesellschaft»

Die 200-Jahr-Feier der Berner Ärztegesellschaft rückt mit grossen Schritten näher, die Vorbereitungen zu den Festivitäten sind schon weit gediehen. «Knock», die Wanderbühne, gastiert in verschiedenen Regionen des Kantons Bern. Der folgende Artikel präsentiert einen Einblick in den Tournee-Plan.

Dank der Arbeit unseres Regisseurs und Generalunternehmers Reto Lang ist die Tournee der Wanderbühne in den Grundzügen vorbereitet.

Première in Burgdorf

Wir starten am 25. Oktober dieses Jahres mit der Premiere in Burgdorf. Anno 1808 wurde dort der Zusammenschluss der länd-

lichen handwerklichen Bader und Chirurgen mit den städtischen universitären Doktoren vorbereitet. Pikant: 200 Jahre später treffen wir Anstalten, diesen Bund wieder aufzulösen – Hausärzte und Invasive wollen ja ihre eigenen Wege gehen...

Auf den Spuren Micheli Schüpbachs wandelt die Truppe entlang der Emme und Ilfis hinauf zur nächsten Station: Langnau. Im November verlässt die Wanderbühne das Emmental mit einem Gastspiel in Münsingen. Hier dokumentieren wir die Einheit von Psyche und Soma durch mehrere Aufführungen im Psychiatriezentrum Münsingen.

Danach sind wir zu Gast an der BETAKLI (Berner Tage der Klinik), einem Kongress, der das Spannungsfeld zwischen Praxis und Klinik widerspiegelt. Unsere Tournee wendet sich dann nach Norden, besucht Jegenstorf und macht Ende November Halt in Langenthal.

Thun, Bern, Schwarzenburgerland

Nach einer Festtagspause setzt Dr. Knock seinen Feldzug im Februar 2009 in Thun fort, folgt dann der Aare bis Bern, wo fünf Vorstellungen geplant sind. Im März besuchen wir das Schwarzenburgerland, dann

geht's längs der Sense und Saane bis ins Seeland zum Jolimont. Die «Drei-Seen-Klinik» Bethesda öffnet uns ihre Pforten. Am Ende des Bielersees erwartet uns die Uhrenmetropole. Die Kollegen des Cercle médical du Pierre-Pertuis kommen die Taubenlochschlucht herunter, um die bern-deutschen Aufführungen mit französischer Obertitelung anzusehen – und bei grossem Anklang wäre sogar eine eigene Aufführung in Tramelan möglich. Auch Lyss soll in Genuss einer Vorstellung kommen.

Die Tournee passiert nochmals die Agglomeration Bern, berücksichtigt im April den Osten mit Ostermündigen und begibt sich im Mai ein zweites Mal ins Oberland. Zweisimmen ist gebucht und Interlaken noch in Diskussion. Den Abschluss der «Tour de Knock» macht Bern-Süd mit Köniz im Juni*.

Das macht 34 Vorstellungen an minimal 16, maximal 18 Orten über einen Zeitraum von acht Monaten. Diese Leistung wird von einem Dutzend Amateur-Schauspielerinnen und -Schauspielern und einem ebenso grossen Stab geboten. Zu deren Unterstützung benötigen wir bei jeder Aufführung vier Hilfspersonen, zwei für Auf- und Abbau, zwei für diverse Funktionen im Lokal. Diese Freiwilligen möchten wir in den Bezirksvereinen rekrutieren. Zu diesem Zweck hat sich nun auch der Schreibende auf Tournee begeben und knockt zurzeit bei den Bezirksvereinsversammlungen an...

*) Die exakten Daten und Lokale werden später bekanntgegeben



Bald schon heisst es: «Vorhang auf!» für die Wanderbühne des Dr. Knock.

Tarmed-Info

Seit dem ersten Jänner gilt die Tarmed-Version 1.05.03. Das Änderungsprotokoll umfasst 54 Seiten. Für den Grossteil unserer Mitglieder ist einzig das Kapitel 39, bildgebende Verfahren, interessant. Von den über 600 Positionen dieses Kapitels benötigen nicht-sonografierende Grundversorger ungefähr 20 (bzw. 40, wenn man die «weiteren Aufnahmen» hinzuzählt). Zudem wird nun die Grundtaxe (alt 30.0020, neu 39.0020) besser tarifiert. Lohnt es sich, wegen diesen «Peanuts» einen Kurs zu besuchen?

H.W. Leibundgut

P.S. Für Neumitglieder bietet PonteNova in Zusammenarbeit mit der BEKAG am 22. Mai und 6. November 2008 den bewährten Tarmed-Einführungskurs an.

Medizin – ein Gemeingut Eine Absage an die Zweiklassenmedizin

Rede von Prof. Felix Frey, Vizerektor Forschung, Universität Bern, anlässlich des Dies academicus 2007



Prof. Felix Frey,
Vizerektor
Forschung,
Universität Bern

Vor kurzem hat mir ein niedergelassener Arzt aus dem Herzen gesprochen. Hier das Schlüsselzitat aus seinem Artikel:

«Der Arzt wirkt nicht länger als bedingungsloser Vertrauter und Anwalt seines Patienten, sondern ist Verwalter und Verteiler begrenzter und klar definierter medizinischer Ressourcen. Das Berufsbild hat sich grundlegend verändert. Ökonomische Zwänge drohen in medizinische Rationierung und eine ethisch unvorstellbare und inakzeptable Zweiklassenmedizin auszuarten. Gesund sterben als – nicht nur ökonomisch – oberste Maxime ärztlichen Denkens und Handelns⁽¹⁾.»

Nun, wenn ich heute zu Ihnen über die Zweiklassenmedizin spreche, so spreche ich im politischen Sinn, obwohl ich weder dafür ausgebildet bin noch die Absicht habe, das politische Parkett zu betreten. Ich habe dafür keinen Auftrag einer Ärzteorganisation, politischen Partei, Industrie oder Spitalkette. Meine Legitimation, über die Zweiklassenmedizin zu sprechen, basiert auf der täglichen Arbeit am Krankenbett seit 35 Jahren auf jeder hierarchischen Stufe im Berner Universitätsspital, einer 3-jährigen Erfahrung im Gesundheitssystem der USA; der Tätigkeit als wissenschaftlicher Experte im Bundesamt für Sozialversicherungen und als Forschungsrat des Schweizerischen Nationalfonds. Ich spreche also über eine Realität, die mir vertraut ist. Meist wird diese Realität das schleichende Heraufkommen der Zweiklassenmedizin hier zu Lande verdrängt – wegen der Komplexität der Materie, wie man sagt, wegen der vielen

Implikationen, Verflechtungen oder vielleicht sogar wegen der Verfilzungen. Dabei nehme ich mich von dieser Kritik nicht aus. Sie betrifft auch mich.

Was verstehe ich im nachfolgenden Diskurs unter Medizin? Der Begriff «Medizin» soll hier nicht die Behandlung jener Befindlichkeitsstörungen beinhalten, die eher zum Geschäftsbereich der Wellness als zur wissenschaftlichen Medizin gehören, sondern unter «Medizin» verstehe ich nachfolgend die Prävention, Diagnostik und Therapie von Entitäten, welche die Lebensdauer oder die Lebensqualität des einzelnen Menschen wesentlich verringern. Diese Behandlungsarten müssen unabhängig vom Einkommen für alle hier ansässigen Menschen zugänglich sein. Das ist meine Überzeugung, die ich im Folgenden begründen möchte.

Medizin – ein Gemeingut

Die Schulmedizin ist bekanntlich in der Lage, die Lebensdauer der Menschen um viele Jahr zu verlängern. Diese Tatsache ist der Grund, weshalb die Finanzkraft der einzelnen Personen letztlich nicht bestimmen darf, wer behandelt werden soll und wer nicht. Unter diesem Aspekt wird die Benutzung der Ressourcen der Medizin zu einem Grundrecht, vergleichbar mit demjenigen auf Nahrung, Kleidung, Bildung, Religions- und Meinungsfreiheit, etc. Wenn immer solche Grundrechte missachtet werden, droht die Gefahr der sozialen Instabilität wegen Ungleichheit. Deshalb, so glaube ich, sind wir schon aus utilitaristischen Gründen im Sinne einer qualifizierten Klugheit⁽²⁾ gut beraten, wenn wir einen diskriminierenden Einsatz der Medizin zu verhindern suchen.

Allerdings sind dieses Unbehagen und diese Angst vor sozialer Instabilität nicht für jedermann ein hinlänglicher Grund, für alle Menschen den Zugang zu den medizinischen Gütern zu rechtfertigen. Als Hauptargument gegen eine gerechte Verteilung der medizinischen Güter wird aufgeführt, dass eine solche Verteilung die Autorität der Individuen über ihr Eigentum nicht

berücksichtige⁽³⁾. Bei dieser Argumentation wird also das Anrecht auf Eigentum höher eingeschätzt als das Anrecht des Nächsten, leben zu dürfen. Nach dieser Vorstellung existiert kein säkular-moralisches Grundrecht des Menschen auf ein «akzeptables Minimum an Gesundheitsfürsorge». Die Inanspruchnahme und Finanzierung medizinischer Güter, mit denen lebensbedrohliche Situationen bewältigt werden, sind nach diesem Denkansatz lediglich Aufgabe der einzelnen Menschen. Um das Risiko auszugleichen, können sich diese institutionell zusammenschliessen, wobei sich die Gesunden und Reichen am besten gegenseitig versichern. Als Kompromiss wird bestenfalls ein mehrstufiges System gesehen: In diesem steht allen Menschen unabhängig von ihrer Zahlungskraft eine bestimmte Grundmenge an Gesundheitsgütern zur Verfügung. Diejenigen hingegen, die über grössere Ressourcen verfügen, können damit medizinische Güter in grössere Menge und höherer Qualität einkaufen. Diese Verteilung ist im Grunde wirtschaftsliberal und geht von der Annahme aus, dass Massnahmen, die unser Leben um Jahrzehnte verlängern, ein Privat- und nicht ein Gemeingut seien – meiner Meinung nach eine irriige Annahme.

Warum glaube ich, dass die Leistungen der Schulmedizin ein Gemeingut oder sogar ein öffentliches Gut sind? Der medizinische Fortschritt basiert im Wesentlichen auf zwei Standbeinen: auf den Naturwissenschaften und der Medizinaltechnologie. Die Grundlagen für diese Disziplinen, die Ausbildung der Forscherinnen und Forscher sowie der grösste Teil der Grundlagenkenntnisse sind das Resultat harter Arbeit in Institutionen der Öffentlichkeit, das heisst in den Universitäten und technischen Hochschulen der westlichen Welt. Diese Errungenschaften verdanken wir Generationen Wissenschaftlern, die im Interesse ihrer Nachkommen oder der Allgemeinheit gearbeitet haben und selber nicht mehr in den Genuss des Fortschritts gekommen sind. Das heisst, die Basis der Technologien, die unser Leben verlängern und verbessern, wurde von der öffentlichen Hand und im Hinblick auf die Allgemeinheit geschaffen, und deshalb sollten die medizinischen Technologien auch Gemeingut bleiben. Dabei ist selbstverständlich, dass Anrecht auf eine leistungsabhängige Entschädigung hat, wer diese Erkenntnisse in Produkte umsetzt oder als Grundlage für seine Dienstleistung braucht, nämlich die Industrie, die Ärzteschaft und die Spitäler. Allerdings darf sich der Markt nicht so entwickeln, dass sich die Gesellschaft, die den Fortschritt ermöglicht hat, medizinische

Produkte nicht mehr leisten kann, weil diese lediglich zwecks Gewinnoptimierung vermarktet werden. Lassen Sie mich Ihnen einige Beispiele zur Illustration der genannten Problematik geben.

Wie viel ist uns Gesundheit wert?

Die Aufdeckung des menschlichen Genoms war eine Kollektivleistung vieler Universitäten über siebzig Jahre. So hat Professor Rudolf Signer von unserer Universität in den dreissiger Jahren zum ersten Mal quantitativ DNA isoliert und charakterisiert, eine bahnbrechende Leistung⁽⁴⁾. Dank Signers Entdeckungen war es in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts möglich, den Bauplan der menschlichen Eiweisse aufzuschlüsseln, was zur Identifizierung aller menschlichen Proteine geführt hat. Seitdem können Menschen, die erkranken, weil ihnen ein bestimmtes Eiweiss fehlt, kausal behandelt werden, und sie sterben nicht mehr in jungem Alter wie zuvor. Ein enormer Fortschritt! Bei einer Erkrankung, die letztlich zur Niereninsuffizienz führt, dem Morbus Fabry, kostet eine solche Proteinsubstitution pro Jahr und Patient mehr als 250'000.– Franken, und zwar für Jahrzehnte⁽⁵⁾. Im Klartext heisst das: Die gleiche Öffentlichkeit, die noch vor Kurzem die Entwicklung der Therapie ermöglicht hat, ist jetzt der Begehrlichkeit der Hersteller ausgeliefert. Die öffentliche Hand scheint ausser Stande zu sein, der global operierenden Medizinalindustrie sinnvolle regulierende Richtlinien mit ebenso globaler Wirkung entgegenzustellen. Die Folge davon ist, dass der Zugang zu den lebenserhaltenden Substanzen nur den wenigen Menschen mit hohem Einkommen oder Vermögen offen sein wird.

Risikoselektion

Ein zweites Beispiel ist der Handel mit Spitälern, samt Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen, die von unseren öffentlichen Hochschulen ausgebildet worden sind. So wurde vor einigen Monaten die grösste Privatklinikette der Schweiz für ca. 3 Milliarden Schweizer Franken von einer englischen Firma, die notabene dieses Unternehmen im Jahr 2002 für 930 Millionen Franken von der UBS übernommen hatte, einem südafrikanischen Unternehmen verkauft, das Privatkliniken in Südafrika, Namibia und Dubai betreibt⁽⁶⁾. Das heisst, die Ärzteschaft und das Pflegepersonal dieser Spitäler müssen den Gewinn ausländischer Investoren optimieren. Inwiefern dieser finanzielle Druck ein Handeln nach dem

medizinischen Grundsatz erlaubt, alles faktisch Mögliche für die Patienten zu tun⁽⁷⁾, ist eine berechnete Frage. Es zeichnet sich eine bedenkliche Perspektive ab: Der zunehmende Erfolgsdruck wird diese Kliniken auf Gruppen von Patienten fokussieren lassen, bei denen aus versicherungstechnischen Gründen das Verhältnis von Aufwand und Ertrag besonders günstig ist, die weniger gewinnbringenden Patienten dagegen werden eher öffentlichen Spitälern überlassen und Patienten mit grossen finanziellen Ressourcen werden ins Zentrum der Tätigkeit rücken⁽⁸⁾. Der Verkauf von Spitälern samt Ärzten und Pflegefachpersonen hat etwas Stossendes an sich, wird doch Handel betrieben mit Menschen, die ihre Ausbildung aus altruistischen, nichtmerkantilen Gründen gewählt haben. Unerträglich ist dabei für mich die Tatsache, dass bei diesem Vorgehen das höchste Gut des Menschen, nämlich leben zu dürfen, zum blossen Zwecke des Gewinns vermarktet wird. Dass dabei die Unternehmen die erforderlichen Fachkräfte samt Postgraduate-Ausbildung von den Universitätsspitalern ohne Transfersumme erhalten, ist bemerkenswert. Damit keine Unklarheit herrscht: Während in den meisten Wirtschaftszweigen die Privatunternehmen selbst die Postgraduate-Ausbildung der Akademiker durchführen, erfolgt diese im Gesundheitswesen in den öffentlichen Institutionen wie dem Inselspital.

Haben Reiche mehr Recht auf Gesundheit?

Stuft man den Besitz und vor allem den Reichtum in der Werteskala höher ein als das Recht, länger und besser leben zu können, so setzt dies in ethischer Sicht die Begründung voraus, dass die bestehenden Eigentums- und Einkommensverhältnisse gerecht seien. In einem simplifizierten Konzept des Wirtschaftsliberalismus trifft das sogar zu, denn darin wird die Leistung dem Reichtum gleichgesetzt. Es liegt jedoch auf der Hand, dass der Reichtum, durch Erbschaft entstanden und von Marktmechanismen gefördert, mindestens so viel mit Zufall wie mit Leistung zu tun hat⁽⁹⁾. Das entzieht dem finanziellen Glück jegliche Legitimation, als gerechter Auslöser zu wirken für den Entscheid, wer länger leben darf und wer nicht. Der wirtschaftliche Erfolg eignet sich durchaus als Kriterium für die Verteilung vieler Güter im Alltag; er ist jedoch deshalb in unserer Gesellschaft noch kein hinreichender Grund für ein Vorrrecht weniger Menschen auf das Gemeingut Medizin.

Ansätze zur Verhinderung einer Zweiklassenmedizin

Trotzdem dominiert in der Schweiz die Meinung, eine Zweiklassenmedizin lasse sich nicht mehr vermeiden. Dabei basiert die Argumentation im Wesentlichen auf der Beobachtung der Entwicklung in anderen Ländern. Im Zuge der Globalisierung, so der defätistische Denkansatz, seien lokale Bemühungen gegen die schleichende Ausbreitung der Klassenmedizin, illusorisch.

Nun, die Universitäten sind u.a. dazu da, festgefahrene Positionen zu hinterfragen und illusorisches möglich zu machen. Deshalb nachfolgend einige Hinweise für die Stakeholders des Gesundheitsmarktes. Diese Hinweise sind weder umfassend noch abschliessend, aber sie haben alle ein Ziel, die Realisierung meines heutigen kategorischen Imperativs: «Zweiklassenmedizin in der Schweiz: nie».

1. Die medizinischen Massnahmen, die das Leben verlängern oder die Lebensqualität bei Krankheit oder Unfall substantiell verbessern, müssen genauer definiert werden. Dies ist unabdingbar, damit die Grenzen klar gezogen werden können zwischen den Leistungen, die allen zugänglich sein sollen und deshalb nicht den Gesetzen des freien Marktes unterworfen sein dürfen, und dem business as usual. Ein erster Schritt in die richtige Richtung ist die *evidence based medicine*. Was heisst das? Die Anforderungen bezüglich der Evidenz des Nutzens von neuen diagnostischen Technologien, Produkten der Medizinaltechnologie und Medikamenten müssen erhöht werden, und die Dauer der Verantwortung bezüglich postmarketing surveillance ist zu verlängern. Eine Verlängerung der Verantwortung des Produzenten kann jedoch nur gefordert werden, wenn parallel dazu auch der Patentschutz ausgedehnt wird. Mit der Verlängerung des Patentschutzes der einzelnen Produkte muss eine Analyse des Preis-Leistungs-Verhältnisses dieser Produkte einhergehen. Zwar wird heute meist eine Verkürzung des Patentschutzes gefordert, damit sich der Nachahmermarkt öffnen lässt – ein gesamtwirtschaftlich widersinniger Zweck. In Wirklichkeit aber ist die aktuelle Dauer des Patentschutzes für die dominierenden Therapiemodalitäten der chronischen Leiden, die während zwanzig bis fünfzig Jahren behandelt werden müssen, vollkommen inadäquat. Ob therapeutische Endpunkte verpasst worden sind oder Nebenwirkungen sich einstel-

len, das ist oft erst nach Jahrzehnten ersichtlich. Seit der Asbestkatastrophe ist diese Tatsache auch biologisch ungebildeten Bürgern bekannt; den Behörden jedoch ist sie offensichtlich noch nicht aufgefallen.

Ein Beispiel bezüglich des zu kurzen Patentschutzes aus der Praxis: Seit den siebziger Jahren verschreibe ich Medikamente für Patienten mit einem Nierentransplantat. Über achtzig Prozent dieser Patienten leiden nach zwanzig Jahren an einem Krebs, der von diesen Medikamenten ausgelöst oder begünstigt wird. Welche dieser Medikamente mehr und welche weniger karzinogen sind, ist heute noch unklar; denn vergleichende Studien mit einer genügend grossen Anzahl Patienten über die erforderliche Zeitspanne haben die Pharmaunternehmen bisher nicht durchgeführt, verständlicherweise, wie ich zugeben muss, denn im Verhältnis zur Fragestellung ist der Patentschutz zu kurz. Mittelfristig jedoch wird die Transparenz bezüglich der Evidenz des Nutzens medizinischer Interventionen erst umfassend möglich sein, wenn es gelingt, die Krankenkassen bedingungslos zur Mitarbeit an prospektiven Studien zu verpflichten. Die Krankenkassen allein besitzen nämlich die nötigen Informationen über die diagnostisch-therapeutischen Interventionen und Outcomes bei sämtlichen Patienten.

- Die Rolle der *medizinischen Fakultäten* und der *Universitätskliniken* als unabhängige Experten auf dem *Medizinalmarkt* ist zu überdenken. Dazu nur einige kurze Hinweise: Die Kongresse und Fortbildungsveranstaltungen in den medizinischen Disziplinen sind in den letzten dreissig Jahren weitgehend eine Domäne der Industrie geworden und deshalb wesentlich auf deren Produkte ausgerichtet. Die Universitätsspitäler, die den politischen Auftrag der Kooperation und Competition haben, suchen aus pekuniären Gründen die Nähe der Industrie. Das führt unter anderem dazu, dass heute die meisten klinischen Studien pro forma von so genannten Opinion Leaders der Universitäten geleitet werden⁽¹⁰⁾. Natürlich werden zu Opinion Leaders vorzugsweise Leute mit derjenigen Charaktereigenschaft gemacht, die heute zur Lösung aller Probleme hochstilisiert wird, nämlich die der (opportunistischen) Sozialkompetenz. Gefragt wären hingegen unabhängige

Wissenschaftler mit analytisch-kritischem Denkvermögen. Damit wesentliche Nebenwirkungen von Xenobiotika nicht weiterhin über Jahre vorenthalten werden, wie in den letzten Jahren passiert, sind die Stakeholders in Zukunft wieder klarer voneinander zu trennen. Übrigens haben Mitarbeiter der Universität Bern beim Aufdecken vorenthaltener Daten in den letzten Jahren Pionierarbeit geleistet, was uns natürlich nicht gerade ins Zentrum grosszügiger Unterstützung durch die Industrie manövriert hat⁽¹¹⁾. Erfreulicherweise hat der Schweizerische Nationalfonds erkannt, dass die Unabhängigkeit der klinischen Forschung gestützt werden muss. Seit diesem Jahr finanziert er deshalb in der



Haben Reiche mehr Recht auf Gesundheit?

Schweiz drei klinische Forschungszentren, wovon eines hier an der Universität Bern eingerichtet worden ist.

- Die *medizinischen Fakultäten* und die *Universitätsspitäler* müssen den Diskurs über das ethische Verhalten nicht nur führen, sondern das ethische Verhalten selber vorleben. Diese Haltung ist aus mehreren Gründen notwendig: wegen der Vorbildfunktion für die Auszubildenden, wegen der *Unabhängigkeit der Expertenfunktion* und wegen der Aufgabe, neue Konzepte für grundlegende Fragen der Gesellschaft unabhängig zu

entwickeln. So wird das Kumulieren von medizinischen universitären Aufgaben mit Verwaltungsratsmandaten bei Banken, Pharmaunternehmen, Krankenkassen, privaten Spitalketten sowie mit politischen Mandaten momentan toleriert, obwohl ethische Zielkonflikte evident sind. Dies spricht zwar für die Flexibilität unseres Milizsystems, zeigt aber gleichzeitig, wie die Alma Mater ihre Glaubwürdigkeit als Institution unabhängiger Experten aufs Spiel setzt. Ebenso ist schwer verständlich, wenn Universitätskliniken gleich wie gewinnoptimierende Privatkrankenhäuser um VIPs aus Ländern kämpfen, in denen der Reichtum eher auf Korruption als auf Leistung basiert. So hat zum Beispiel unsere Universitätsklinik, in der enormer Platz- und Personalmangel herrscht, einen Medizinprofessor, der nebenbei bemerkt nach unseren Reglementen nicht einmal die Qualifikation «Privatdozent» verdienen würde, zu einem horrenden Salär unter Vertrag genommen, damit er VIPs aus der ganzen Welt zur Verbesserung des Budgets aufspürt. Das ist ein klares Zeichen dafür, dass hier Zweiklassenmedizin betrieben werden soll. Übrigens zementiert nach meiner Meinung der Import begüterter Patienten aus medizinisch wenig entwickelten Ländern in unsere Universitätsspitäler die Zweiklassenmedizin auch in den Herkunftsländern. Eine derart flagrante Förderung einer Zweiklassenmedizin, wie sie zurzeit in Universitätsspitalern erfolgt, ist nur möglich, wenn vom Verwaltungsrat bis zu den behandelnden Ärzten und Pflegenden alle einverstanden sind. Da nützt das Einführen von Kursen über Medizinethik nichts. Was es dagegen braucht, ist die Zivilcourage für den Entscheid, das Budget nicht durch Etablieren einer Zweiklassenmedizin, sondern mit anderen Mitteln zu sanieren.

- Die *Politik* sollte sich in Zukunft stufengerecht mit der Grundsatzfrage befassen, welchen Wert die Medizin für unsere Gesellschaft besitzt. Weniger bedeutend und zudem quantitativ irrelevant sind gewisse Detailprobleme, die sich in den Medien jedoch wirkungsvoll ausschlagen lassen, zum Beispiel die Frage, wo einige seltene Operationen – wie die Transplantation – durchzuführen sind, oder die Frage, ob Behandlungsarten, die eher in die Bereiche von Wellness und Life-Style gehören oder eine kollektive Irrationalität befriedigen, jedermann obligatorisch zugänglich gemacht werden müssen oder nicht. Ge-

fragt wären heute vielmehr jene Politiker, die richtig einschätzen können, welchen Wert in unserer Zeit die Explosion biomedizinischer und medizintechnologischer Errungenschaften für die Lebensdauer und die Lebensqualität von uns Menschen hat. Meine Damen und Herren, ich betreue heute noch Patienten, die ich Anfang der siebziger Jahre das erste Mal am Krankenbett getroffen habe und die eigentlich wegen Nierenversagen damals hätten sterben sollen. Dank künstlichen Organen aber leben diese Menschen heute noch. In erschreckend monotoner Weise quittiert die Politik solche Leistungen der *medical community* seit zwanzig Jahren mit der Frage: Wie können wir die Ausgaben für eine Verlängerung des Lebens reduzieren? Die negative Haltung der Politik gegenüber dem grössten Fortschritt der Wissenschaften in den letzten hundert Jahren hat gravierende Konsequenzen:

- Die behandelnden Ärzte sind demotiviert, wie aus dem Text des niedergelassenen Kollegen hervorgeht⁽¹⁾.
- Brillante junge Studenten und Ärzte wenden sich von der Medizin ab; sie wollen nicht mit Schuldgefühlen belastet sein, wenn sie doch etwas Sinnvolles tun.
- Die Universitätsspitäler verlieren unter dem politischen Budgetdruck ihre Unschuld, weil sie immer mehr Leute mit einem Reichtum zweifelhafter Provenienz behandeln.
- Die Versicherungen entwickeln der Not gehorchend Modelle, die letztlich den wenig begüterten Menschen zwecks Prämienreduktion Leistungen vorenthalten.

Dass Prozesse im Bereich der Medizin, wie in jedem komplexen Bereich, dauernd optimiert werden müssen, liegt auf der Hand. Das ist im Grund aber nur eine nebensächliche im Vergleich zur zentralen Frage, welche Stufe in der Wertepyramide unserer Güter die Medizin, die das Weiterleben ermöglicht, einnimmt. Für den einzelnen Menschen werden alle anderen Güter bedeutungslos, wenn sein Gut «Leben» gefährdet ist. Dass der freie Markt für ein solches Gut nicht spielen kann, bedarf eigentlich keiner Diskussion. Einer Diskussion bedarf hingegen, weshalb sich die Politiker mit diesem Gut immer in negativem Sinn befassen, gehen sie doch lediglich der Frage nach, wie sich die Gesamtausgaben fürs Überleben reduzieren lassen. Dabei greift nach meiner Wahrnehmung die zurzeit vorherrschende Ansicht zu

kurz; denn wir setzen heute einen viel geringeren Teil unseres Einkommens für das reine Überleben ein als frühere Generationen. Hier nur ein Beispiel: Vor rund hundert Jahren (1912) musste ein schweizerischer Angestelltenhaushalt noch über 40 Prozent seines Einkommens für Nahrungsmittel ausgeben; heute sind es weniger als 7 Prozent⁽²⁾. Güter wie Ernährung, Kleidung, Wohnen sind also nicht mehr rate limiting. Etwas anderes ist rate limiting geworden: das Verhindern von Tod und Invalidität bei Krankheit oder Unfall. Dass auch kranke und invalide Menschen leben wollen, weiss ich aus meinem Alltag am Krankenbett. Diese Tatsache lässt sich durch noch so viele Umfragen unter Gesunden nicht wegdiskutieren. Die Annahme ist nicht unrealistisch, dass wir in Zukunft eher 20 bis 30 Prozent als 10 bis 15 Prozent des Bruttosozialproduktes für Medizin einsetzen werden, denn die grössten Anwendungsbereiche bezüglich künstlicher Organe und Behandlung genetischer Erkrankungen stehen erst noch vor der Tür.

Privatsache?

Diese Zunahme der Medizinkosten kann meiner Wahrnehmung nach lediglich durch eine Ungerechtigkeit verhindert werden: indem nämlich das Recht auf Verlängerung des Lebens nicht als Gemeingut anerkannt, sondern zu einer Privatsache gemacht wird, einer Privatsache zudem, die vorzugsweise reichen Menschen zugute kommt – entsprechend dem heutigen Trend. Trotzdem, so wage ich zu hoffen, wird die Politik in nächster Zukunft nicht um die entlarvende Aufgabe herumkommen, den Stellenwert des «Lebens» in unserer Gesellschaft im Verhältnis zum Privateigentum zu definieren. Zur Erinnerung nochmals: Die harte und letztlich unausweichliche Frage, die von Behörden und Politikern, aber auch von Professoren und Klinikdirektoren bisher unterdrückt worden ist, lautet: Sind effiziente, sinnvoll angewendete Massnahmen zur Verlängerung des Lebens und zur Verbesserung der Lebensqualität bei Unfall und Erkrankung ein Gut, auf das jedermann Anrecht hat, oder wird dieses Gut sukzessive ein Privileg der wenigen Menschen mit viel Geld?

Meine Damen und Herren, der Hauptgrund, weshalb ich das heutige Thema gewählt habe, ist die Überzeugung, dass der öffentliche Diskurs über die sich

schleichend etablierende Zweiklassenmedizin in der Schweiz sofort begonnen werden muss. Weit wichtiger als die heute vorherrschende Diskussion über mikro- und makroökonomische Konzepte zur Optimierung der Medizinalausgaben ist dabei die Einstufung der medizinischen Dienstleistung in der Wertepyramide unserer Gesellschaft. Letztlich geht es um die Erwartungshaltung der Allgemeinheit gegenüber dem Anspruch des einzelnen Menschen, weiterleben zu dürfen, wenn seine Existenz schicksalhaft durch Krankheit oder Unfall bedroht ist. Diese ethische Debatte wird, so hoffe ich, in der Schweiz zu einer Ablehnung einer Medizinalversorgung führen, in der begüterte Menschen privilegiert werden; denn die Finanzkraft ist nach meiner Meinung weder hier noch sonst wo auf dieser Welt ein hinlänglicher Grund für ein längeres Leben.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Literaturhinweise

- (1) JEAN-JACQUES FASNACHT. Schweiz Med Forum 2005;5: 4–5
- (2) FISCHER P., Tun und Unterlassen in Politische Ethik, Wilhelm Fink Verlag München, 2006, Seite 98
- (3) ENGELHARDT, JR. H. TRISTRAM. URBAN WIESING (Hg). Ethik in der Medizin. Stuttgart 2000; 266–268
- (4) SIGNER R. et al., Nature 1938, 141: 122
- (5) Arzneimittelkompendium der Schweiz 2007, Seite 1235 oder Seite 2953
- (6) NZZ, 7. August 2007
- (7) FISCHER P., Politische Ethik, Wilhelm Fink Verlag München, 2006, Seite 170
- (8) FEY M.F., Schweizerische Aertzezeitung 2007; 88: 29/30, Seite 1
- (9) FISCHER P., Politische Ethik, Wilhelm Fink Verlag München, 2006, Seite 165
- (10) BEKELMAN J.E., JAMA 22/29, 2003, Vol. 289: 454
- (11) JUENI P. et al., Lancet 2004 Dec 4; 364(9450): 2021. Brit Med Journal June 2002, 324: 1287
- (12) Statistische Jahrbücher der Schweiz

«Scheuen Sie ein Verfahren wie der Teufel das Weihwasser!»:

Wirtschaftlichkeitsverfahren bei Arztpraxen



Dr. iur.
Oliver Macchi,
Rechtsberatungs-
stelle Ärztesell-
schaft des
Kantons Bern

Im November 2007 fand in Zürich ein von der santésuisse organisierter Workshop zum Thema Wirtschaftlichkeitsverfahren statt. Da ich als Jurist der Ärztesellschaft einerseits immer wieder mit solchen Verfahren konfrontiert werde (von schweizweit ca. 17'000 Ärzten sind pro Jahr über 13% statistisch auffällig und ca. 4.5% erhalten einen Warnbrief) und andererseits immer nach neuen Möglichkeiten suche, um die betroffenen Ärzten juristisch unterstützen zu können, war mein Interesse an der Veranstaltung gross. Ebenso klein waren allerdings bei Lichte betrachtet die daraus gewonnenen neuen Erkenntnisse.

Der Workshop «Wirtschaftlichkeitsverfahren bei Arztpraxen» von santésuisse wurde von Peter Marbet (Leiter der Abteilung Politik und Kommunikation der santésuisse) eingeleitet. Er gab einen kurzen historischen Überblick und trat auch auf die gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen des Wirtschaftlichkeitsverfahrens ein. Er skizzierte den Ablauf des Verfahrens ein erstes Mal grob.

Die seit dem Statistikjahr 2004 eingesetzte ANOVA-Methode erfasst direkte und veranlasste Kosten eines Arztes und berechnet seine Durchschnittskosten pro Patient. Das statistische Ergebnis wird nach Alter und Geschlecht korrigiert und mit der Fachgruppe verglichen. Deren Durchschnittswert wird als Basis bzw. 100% bezeichnet. Wer einen Wert von 130 oder mehr Prozentpunkten aufweist, gilt als «auffällig».

Weiter erörterte Marbet so genannte Praxisbesonderheiten (d.h. Gründe, die

von der santésuisse als Erklärung für auffällige Kosten akzeptiert werden).

Die ANOVA-Methode

Als zweite Referentin ging Mirjam D'Angelo (Projektleiterin Wirtschaftlichkeitsverfahren santésuisse) auf die ANOVA-Methode ein und erklärte insbesondere auch die Unterschiede zur alten Rechnungsstellerstatistik. Jürg B. Reust (Leiter Ambulante Versorgung santésuisse) informierte danach über das weitere Vorgehen mit den Ärzten, die gemäss ANOVA-Liste statistisch auffällig sind. Dabei versicherte er, dass die santésuisse künftig in ihrem ersten Warnbrief an so genannt «auffällige» Ärzte einen freundlicheren und weniger angriffigen Ton anschlagen werde («c'est le ton qui fait la musique»).

«Scheuen Sie ein Verfahren wie der Teufel das Weihwasser!»:

Der nächste Referent, Rechtsanwalt Dr. Dieter Daubitz aus Luzern, hat seinen eigenen Angaben zufolge Ärzte in bislang über 500 Wirtschaftlichkeitsverfahren vertreten. Er appellierte, wenn immer möglich einen Vergleich mit der santésuisse zu finden und einem Gerichtsverfahren aus dem Wege zu gehen («Scheuen Sie ein Verfahren wie der Teufel das Weihwasser!»). Dies aufgrund der herrschenden richterlichen Praxis. So hat beispielsweise das Bundesgericht Rechtfertigungsgründe immer noch nicht definiert, so dass sich Ärzte bei ihrer Verteidigung diesbezüglich also auf keine höchstrichterlichen Entscheide berufen können. Auch deshalb waren seine Empfehlungen an Ärzte mit auffälligen ANOVA-Werten denn auch nicht juristischer Natur.

Ein Beispiel: Wer oft Notfalldienst leistet, hat eine höhere Patientenmenge und kann so den Durchschnittswert pro Patient niedriger halten. Daubitz machte abschliessend die wirtschaftliche Relevanz eines solchen Verfahrens mit einigen Beispielen deutlich. So gibt es Ärzte die CHF 100'000.– an die santésuisse bezahlen mussten, die sie nicht selbst generiert sondern als «veranlasste Kosten» (Medikamente, Physiotherapie, externes Labor)

verursacht haben. Last but not least referierte Dr. Urs Stoffel (Co-Präsident der Kantonalen Ärztesellschaften) zum Thema «Wirtschaftlichkeitsverfahren aus der Sicht der Ärzte».

Und die Moral der Geschicht'?

In einer abschliessenden Podiumsdiskussion wurde am aktuellen Verfahren der santésuisse Kritik aus verschiedenen Ecken laut. Die Art der statistischen Erhebung wurde genauso kritisiert wie der fehlende Einbezug der Morbidität. Zudem wurde deutlich, dass hauptsächlich Grundversorger kontrolliert werden. Der Schreibende selbst zeigte sich mit einigen Anderen weiterhin besorgt darüber, dass es (gerade im Kanton Bern) Ärzte gibt, die zwar eine gute Medizin bieten (auch im Sinne des Gesetzes), aber dennoch statistisch auffällig und somit allenfalls sogar rückzahlungspflichtig werden. Daran bzw. an den beschränkten Möglichkeiten, diese Ärzte juristisch zu unterstützen, hat dieser Workshop leider nur wenig geändert.

Kommentar

von Dr. med. Andreas Bieri,
Vorstandsmitglied BEKAG

Es ist erschreckend, dass aufgrund einer solch untauglichen Statistik Ärzte vor Gericht gezogen werden. Wie einst Dällenbach Kari sucht santésuisse den Schlüssel dort, wo es hell ist und nicht dort, wo er verlorenging. Die ANOVA-Methode liefert keine sinnvolle Statistik, solange man einem so genannt «auffälligen» Arzt sagen kann: «Weisen Sie etwas mehr Patienten weiter, machen Sie etwas mehr Notfalldienst und Vertretungen, dann sind Sie 20% tiefer.» Eigentlich sollte man dem Grundversorger mit beschränkter Selbstdispensation raten: «Schieben sie Ihre teuren alten Patienten ab und geben Sie alle Medikamente selber ab, so sparen sie die Beratertaxe.» Diese wird ihm nämlich hochgerechnet. Der Workshop erinnerte an die Zeiten der Jakobiner vor 300 Jahren, als das Verfahren bis zur Guillotine (Kürzung um 30%) ebenso sauber beschrieben wurde. Wie sagte doch Peter Marbet: «Das Verfahren ist gesetzmässig und rechtmässig, konsequent und systematisch, es erreicht eine präventive Wirkung und wird von den Gerichten anerkannt.» His Mansers voice. Aber: gesetzlicher Auftrag nicht erfüllt.

Erfahrungsbericht Medphone

Dr. med.
Niklaus Perreten,
Facharzt FMH All-
gemeinmedizin,
Gstaad

Nächtliche Telefonanrufe bei Bagatellfällen stellen für Notfalldienstleistende eine grosse Belastung dar. Eine Triage der eingehenden Anrufe – zum Beispiel durch Medphone – könnte dieses Problem entschärfen. Lesen Sie hier einen Erfahrungsbericht aus dem Saanenland.

Der Notfalldienst des Saanenlandes wird von zwei Gemeinschaftspraxen (eine in Gstaad, eine in Saanen), sowie vier Einzelpraxen (eine in Gstaad, zwei in Saanen und eine in Schönried) bewältigt. Das Saanenland ist eine touristische Region. Deshalb kommt es zu erheblichen Fluktuationen in der zu versorgenden Bevölkerung: In der Zwischensaison leben ca. 7'500 Personen im Einzugsgebiet, in der Hochsaison sind es bis zu 30'000 Personen!

Jeder am Notfalldienst beteiligte Arzt hat durchschnittlich 5 bis 6 Mal pro Monat ein 24-Stunden-Pensum zu bewältigen (wegen Ferien, Fortbildungen oder Militärdienst wird die Zahl der Ärzte oft reduziert). Während mehreren Jahren hatten wir eine gemeinsame Notfallnummer. Die Zentrale befand sich im Spital Saanen und die Notfallnummer wurde gemäss Dienstplan jeweils umgeschaltet.

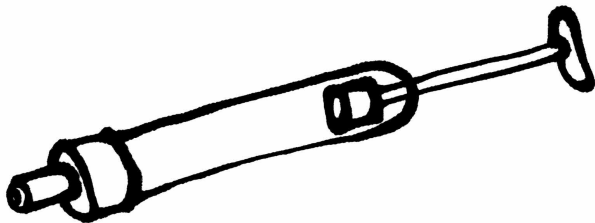
Der Beitritt zu Medphone

Nach eingehender Beratung unter den Kollegen haben wir uns entschlossen, am 15.02.2006 Medphone beizutreten.

Vorteile

Medphone triagiert die eingehenden telefonischen Anfragen aus unserem Gebiet und besorgt anschliessend die Vermittlung des zuständigen Notfallarztes gemäss der vorhandenen Dienstliste. Die belastenden nächtlichen Anrufe konnten erheblich reduziert werden, was bei den häufigen Notfalldiensten in unserem Gebiet stark ins Gewicht fällt.

Oft können Bagatellfälle telefonisch durch das geschulte und erfahrene Personal von Medphone erledigt oder auf den nächsten Arbeitstag aufgeschoben werden. Den Patientinnen und Patienten sollte mitgeteilt werden, dass nächtliche oder sonntägliche Konsultationen gemäss Tarmed erheblich teurer zu stehen kommen. Dies bewirkt oft einen Sinneswandel in der Beurteilung der Dringlichkeit.



Fränzi hält Händchen.

Kein Wunder, wird unser Ambulatorium immer wieder gerne genutzt. Für Blutentnahmen etwa in schwierigen Fällen oder bei Abwesenheit des behandelnden Arztes, auf Wunsch auch am Krankbett. Dazu kommen: 24h-EKG, 24h-Blutdruck, Pulsoximetrie sowie eine sorgfältige Auswertung durch unsere konsiliarischen Spezialisten. Und hier wie da stets ein freundliches Wort von Fränzi, unserer medizinischen Laborantin.

medics labor

professionell und persönlich

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

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44

**Genau unsere
Kragenweite!**

**Die Ärztekasse versteht sich
blendend mit Ihrer Software!**

Nur weil Sie in Ihrer Praxis nicht mit der Software der Ärztekasse arbeiten, müssen Sie nicht auf deren Fakturierungs- und Finanzdienstleistungen verzichten. Die meisten Computerprogramme produzieren ihre Daten im XML-Format, so dass sie von der Ärztekasse problemlos übernommen und weiterverarbeitet werden können.

Ä K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

ÄRZTEKASSE
Genossenschaft
Steinackerstrasse 35 · 8902 Urdorf
Telefon 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 60
www.aerztekasse.ch
marketing@aerztekasse.ch

Anrufe Saanenland 2007

| Monat | Anzahl Anrufe | Anrufe von 23.00 bis 08.00 Uhr | Weiterleitung an Arzt | Beratungen | Weiterleitung Spital | SanPol |
|--------------|---------------|--------------------------------|-----------------------|---------------|----------------------|--------------|
| Januar | 81 | 7 | 68 | 11 | 2 | |
| Februar | 68 | 5 | 60 | 6 | 2 | |
| März | 49 | 6 | 32 | 9 | 8 | |
| April | 41 | 3 | 32 | 5 | 4 | |
| Mai | 48 | 8 | 37 | 7 | 4 | |
| Juni | 37 | 3 | 25 | 10 | 2 | |
| Juli | 58 | 5 | 49 | 6 | 3 | |
| August | 58 | 5 | 43 | 12 | 3 | |
| September | 33 | 8 | 27 | 5 | 1 | |
| Oktober | 39 | 6 | 22 | 15 | 2 | |
| November | 23 | 3 | 17 | 4 | 2 | |
| Dezember | 112 | 9 | 91 | 16 | 1 | 4 |
| Total | 647 | 69 | 503 | 106 | 34 | 4 |
| | 100% | | 77.74% | 16.38% | 5.26% | 0.62% |

Nachteile

Bekanntlicherweise werden Telefonbeantworter – mit Hinweis auf die Medphone-nummer – oft nicht oder nur ungenügend angehört. Dies führt dann zu mehreren verzweifelten Anrufversuchen in einer Arztpraxis.

Ein weiteres Problem bieten die verschiedenen Sprachen, welche in unserer Region gesprochen werden. Zwar werden die Telefonbeantworter meist in Deutsch und Französisch besprochen, doch halten sich immer wieder Patienten in unserem Einzugsgebiet auf, die diese Sprachen nicht verstehen.

Mit dem gleichen Problem sind gelegentlich auch Mitarbeiterinnen von Medphone konfrontiert, welche nicht Englisch, Portugiesisch oder Spanisch oder sogar Jugoslawisch oder Arabisch sprechen. Da wir jedoch in der Schweiz leben, darf man erwarten, dass sich die Patienten irgendwie in unseren Sprachen um Auskünfte bemühen sollten.

Kosten

Jeder an Medphone angeschlossene Arzt zahlt einen Jahresbeitrag von aktuell Fr. 624.10.

Die Kosten für die Telefongespräche mit Medphone belaufen sich für die Patienten auf 98 Rappen pro Minute.

Statistik

Angaben zur Zahl der verarbeiteten Anrufe sind in unten stehender Tabelle aufgeführt.

Zusammenfassung

Die Zusammenarbeit mit Medphone hat sich für meine Praxis bisher bewährt. Grosse Entlastung erhoffe ich mir weiterhin durch die Triage der nächtlichen Notfallanrufe. Tagsüber sind die Telefonate viel weniger belastend und können grösstenteils durch mein Personal bewältigt werden.

Mein Wunsch wäre, die Bevölkerung soweit zu sensibilisieren, dass sie auf unnötige Telefonate für Bagatellerkrankungen oder -Verletzungen verzichten.

Terminplan 2008

27. März: Delegiertenversammlung, nachmittags

29. Mai: Bezirksvereinsversammlungen, kantonsweit

19. Juni: Delegiertenversammlung, nachmittags

23. Oktober: Delegiertenversammlung, nachmittags

25. Oktober: Eröffnung Jubiläum 200-Jahr-Jubiläum Bekag

13. November: Bezirksvereinsversammlungen, kantonsweit

19.–22. November: BETAKLI

Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern / erscheint 6 x jährlich
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Redaktor: Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19, 3000 Bern 8
Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82; E-Mail: tackenberg@forumpr.ch
Inserate: P. Wolf, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern
Tel. 031 330 90 00; Fax 031 330 90 03; E-Mail: pwolf@bekag.ch
Layout: forum | pr, Postgasse 19, 3011 Bern, www.forumpr.ch
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern
Ausgabe Februar 2008

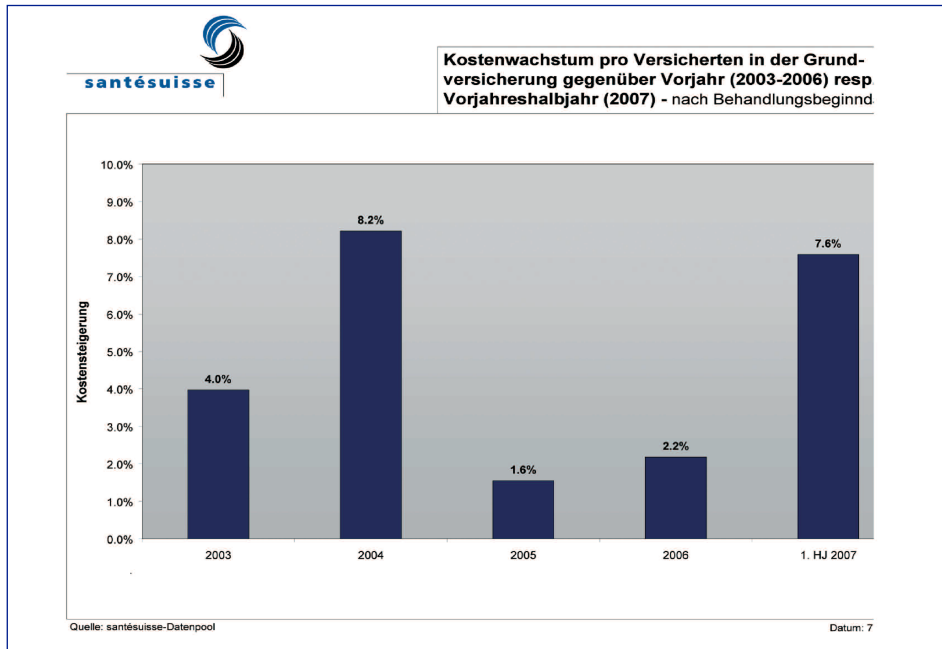
«Bschiss des Monats» ...

... soll die Grafik der santésuisse über die Kostenentwicklung im ersten Halbjahr 2007 in der Publikation der Schweizer Krankenversicherer vom November 2007 **nicht** genannt werden! Sie bezieht sich auf das Kostenwachstum allgemein in der

Grundversicherung. Trotzdem suggeriert sie, dass Sparmassnahmen zur Dämpfung der Kostensteigerung in der Grundversicherung auf Grund des Abrechnungsverhaltens der Leistungserbringer insgesamt wieder zu verpuffen scheinen:



Dr. med.
Beat Gafner
Leiter Ressort
Economics,
Vorstand
Ärztegesellschaft
des Kantons
Bern



Behalten wir – nur vorübergehend – im Kopf: **+ 7,6%** Datenpool santésuisse,

betrachten wir den Datenpool des Bundesamtes für Gesundheitswesen, so resultiert nur noch eine Kostensteigerungszunahme von: **+ 4,7%** BAG

Und was sagen die Zahlen von **PonteNova** über die kumulierte Umsatzzunahme pro Patient Januar bis Juni 2007 im Vergleich zu Januar bis Juni 2006?

+ 1,5% PonteNova

ohne Medikamente gar nur:

+ 0,7%!

Und so verlaufen auch die Kurven «Umsatz pro Patient und Jahr» (Arzt-, Labor- und Physiotherapiekosten) ziemlich eintönig und unspektakulär (Diagramm S. 11), verglichen mit dem eingangs gezeigten Diagramm der santésuisse.

Sie sehen, was man alles mit vergleichbaren Zahlenpools anrichten kann, aber auch ausrichten könnte! Die Gruppe Economics analysiert in regelmässigen Sitzungen zusammen mit PonteNova, die von uns Praktizierenden monatlich gelieferten Daten. Die Zahlen der Gesamtheit aller liefernden Praktizierenden sind repräsentativ.

Wenden wir uns nun den detaillierten Zahlen im Kanton Bern zu, soweit sie von PonteNova erhoben worden sind und in der Gruppe Economics zuhanden des BEKAG-Vorstandes regelmässig analysiert werden:

1. Anwendung des Tarmedtarifs

Prinzipiell verteilt sich die Kostensteigerung auf verschiedene, aber konstant gleiche Tarifpositionen. Das Abrechnungsverhalten zeigt keine grundlegenden Veränderungen im monatlichen Vergleich der Jahre 2006 mit 2007.

Die Position 00.0020 «Konsultation, jede weiteren 5 Minuten» hat umsatzmässig im Vergleich der Jahre 2005 mit 2006 bei den Grundversorgern im Kanton Bern eine Steigerung um rund 11% erfahren. Zum Vergleich: dieselbe Position hat bei den

Grundversorgern in der ganzen Schweiz um 8,2% zugenommen. Bei nur unwesentlich veränderter Sitzungszahl pro Patient deuten diese +11% auch auf eine durchschnittlich längere Sitzungsdauer hin und damit auf eine **umfassendere hausärztliche Betreuung der Berner Bevölkerung** bei insgesamt gestiegenem Anspruchsverhalten der Patienten. Auch Änderungen im erfassten Kollektiv von uns Leistungserbringern haben natürlich Einfluss auf diese Umsatzveränderungen, besonders wenn diese so gering ausfallen. Für die BEKAG ist dies ein Grund mehr, über möglichst vollständige und stabile Datengrundlagen zum Abrechnungsverhalten zu verfügen.

Der Einfluss erhöhter Ansprüche an Vorsorge und Therapie lässt sich in der «Gruppe der Invasivtätigen» am Beispiel der Gastroenterologen feststellen.

Auf Grund **weit abgestützter und vernünftiger Guidelines wird, auf Zuweisung der Hausärzte hin**, eine differenziert dichtere prophylaktische Überwachung angestrebt, die sich in einem erhöhten Umsatz bei Endoskopien und Koloskopien äussert.

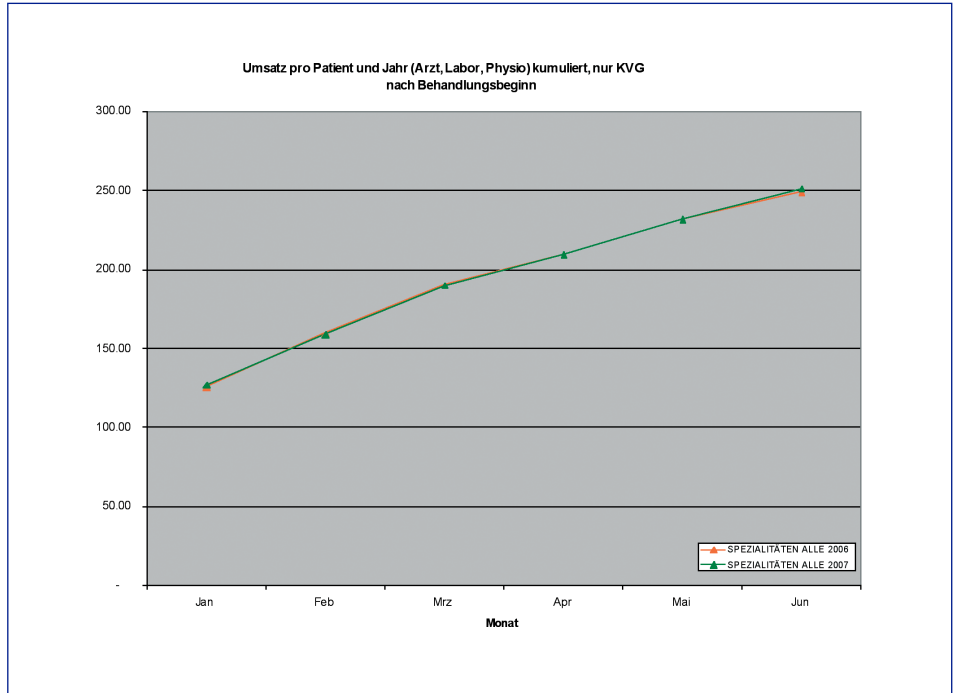
Ich weise an dieser Stelle aber ausdrücklich darauf hin, dass bei der Analyse von Umsatzzahlen das Mengengerüst der erbrachten Grundleistungen viel stärker ins Gewicht fällt, als etwa einzelne, höher tarifierte Positionen von Fachspezialisten.

2. Medikamente (nur KVG)

Alle Fachgesellschaften zusammen weisen im Vergleich der Periode Januar bis Juni 06 zu Januar bis Juni 07 eine Steigerung des Medikamentenumsatzes um **+0,8%**. Wahrlich eine Zahl, die Zurückhaltung ausdrückt. Gliedern wir diese Zahl etwas auf,

so sticht die Gruppe der **Oncologica** heraus, die zu rund 60% an der Steigerung des Medikamentenumsatzes innerhalb der Gruppe der «Inneren Spezialisten» Schuld ist. **Ein Tribut an die immer differenziertere, moderne Krebstherapie.**

Mit diesen Beispielen, Steigerung der Medikamentenkosten bei Therapiefortschritten, Einführung verbesserter Guidelines, Umsatzerhöhung durch vermehrten Zeitaufwand bei verbesserter Betreuung und durch behördlich initiierte Massnahmen (z.B. neue Impfeempfehlungen für Kinder und Erwachsene), soll aufgezeigt werden, wie stark die Ärzteschaft von den sich ändernden gesundheitspolitischen Gegebenheiten und der medizinischen Forschung abhängig ist. Eine reine Kostenbetrachtung auf Grund noch nicht genügend konsolidierter Daten, wie eingangs am Beispiel von santésuisse für das erste Halbjahr 2007 gezeigt, wirkt auf mich wie Effekthascherei.



Tarife wohin – Datenlage Schweiz

Bericht über das FMH-Symposium vom 29.11.07 in Bern



Dr. med.
Andreas Bieri,
Mitglied Ressort
Economics,
Vorstand Ärzte-
gesellschaft des
Kantons Bern

Unter der Leitung von Ernst Gähler (ZV FMH) wurde am 29. November 2007 das Symposium «Tarife wohin? – Datenlage Schweiz» durchgeführt. Die Quintessenz aus dem Symposium lautet: Wir Ärzte haben mit Abstand die besten statistischen Zahlen. Doch müssen wir dieses Datenmaterial auch einzusetzen lernen!

Das FMH-Symposium «Tarife wohin? – Datenlage Schweiz» wurde eröffnet vom stellvertretenden santésuisse-Direktor Stefan Kaufmann. Er informierte über die Datenlage bei den Krankenversicherern. Die Zahlen von santésuisse decken 60% der Gesamtkosten ab. Erfasst wurden über 60% der Ärzte und rund 50% der Spitäler.

Die Grundleistungen machen knapp 50% aus. Kaufmann zeigt auf, dass die Grundversorger (Allgemeinpraktiker und Internisten) zu über 90% von den Grundleistungen leben. Santésuisse ist bereit, hier über mögliche Änderungen zu diskutieren. Ein Anstoss dazu müsste aber von der Ärzteschaft kommen. Ab Beginn Tarmed bis 2006 sind die ambulanten Kosten pro Versicherten (inklusive Medikamente) um 2.35% gestiegen. Für die Weiterentwicklung von Tarmed hat sich santésuisse folgende Ziele gesetzt: Reduktion der Komplexität, Straffung der Nomenklatur, Überprüfung der Minutage und der Eckwerte.

Angriffe parieren

Ernst Gähler (FMH) gibt bekannt, dass die Anzahl Rechnungen und Trustcenter zunehmen. Die Einführung der Dringlichkeitspauschale ist nachträglich gesehen völlig kostenneutral erfolgt. Es wurden entsprechend weniger Notfallpauschalen verrechnet. Der Anteil der Notfallpauschale beläuft sich in der Stadt auf 2.4%, auf dem Land auf 5.5%. Gähler betont, dass die eigenen Zahlen für die FMH enorm wichtig sind. Nur so kann die Ärzteschaft ungerechtfertigte Anwürfe parieren.

NewIndex, vertreten durch Philipp Baumann, hat so viele Zahlen, dass sie in der Schweiz absolut führend sind. Mit einem Vorsprung von 2 - 3 Monaten gegenüber den anderen Institutionen stehen die Daten bei NewIndex schnell zur Verfügung. Schweizweit sind 80% der Grundversorger und 30% der Spezialisten an NewIndex angeschlossen. Von den assoziierten Praxen liefern 98% regelmässig Zahlen. Bei ungerechtfertigten Behauptungen – z.B. seitens santésuisse – kann aufgrund der NewIndex-Zahlen rasch und fundiert geantwortet werden.

Die NewIndex-Daten sind nicht öffentlich. Das NAKO-Gremium entscheidet über deren Verwendung. Nach Philip Baumann hat NewIndex folgende Pläne: Einfügen der ROKO, Erfassen rezeptierter Medikamente, Berücksichtigung der Diagnosenliste zur Morbiditätserfassung.

Leider werden die Daten von NewIndex seitens der Ärzteschaft vor allem zur Reaktion auf ein drohendes Wirtschaftlichkeitsverfahren verwendet. Das heisst bei Praxen: wenn der Brief kommt. Und bei Gesellschaften: wenn etwas in der Presse steht. Philip Baumann weist darauf hin, dass man den Praxisspiegel auch zur Verbesserung der Rentabilität benützen kann. Zudem wäre NewIndex in der Lage, Prognosen über künftig zu erwartende Kosten zu machen.

Andere müssen viel investieren für solche Daten. Wir haben sie. Nutzen wir sie!

«Die Frauenzimmer kommen»

Marie Heim-Vögtlin, die erste Schweizer Ärztin



Dr. med. Marie Heim-Vögtlin (1845–1916) führte als erste Schweizer Ärztin ein Leben zwischen Tradition und Moderne. Welche Hürden diese Frau zu überwinden hatte, beleuchtet eine kürzlich erschienene Biografie der Historikerin Verena E. Müller.

Die 24-jährige Marie Heim-Vögtlin richtet kurz nach Beginn Ihres Medizinstudiums folgende Zeilen an ihre Freundin: «... ein dorniger Weg, voller Schwierigkeiten. Aber keine davon ist unüberwindlich, ich will sie alle überwinden ...» Wir schreiben das Jahr 1867 und die Zeilen stammen von der ersten Schweizer Medizinstudentin.

Mit ihrem Berufswunsch erregte Marie Heim-Vögtlin öffentliches Aufsehen: Sogar die Tageszeitungen berichteten über ihr Vorhaben. Die junge Frau musste viel Sarkasmus und Spott über sich ergehen lassen.

Marie Heim-Vögtlin ist als Tochter eines Pfarrers in einem konservativen Umfeld aufgewachsen. Sie genoss eine gediegene Mädchenbildung durch Privatlehrer. Als Heranwachsende beschränkt sie zunächst den traditionellen Pfad der bürgerlichen Frauen ihrer Zeit: Sie besorgte dem verwitweten Vater den Haushalt und hielt sich mit Lektüre und Spaziergängen bei Laune. Doch die Pfarrerstochter fühlte sich vom Kochen und Nähen, Klavierspielen und Briefeschreiben zu wenig gefordert. Sie nutzte jede freie Minute, um Latein- und Mathematikbücher durchzuarbeiten und bereitete sich so heimlich auf die Universitätsreife vor.

Dass der konservative Vater das Bestreben seiner Tochter schliesslich nicht nur tolerierte, sondern massgeblich unterstützte, ist für jene Zeit aussergewöhnlich. Dank seiner Unterschrift wurde Marie Heim-Vögtlin schliesslich von der Hochschule Zürich aufgenommen.

Im Jahr 1865 kam die Russin Nadezda Suslowa nach Zürich, um Medizin zu studieren. Dies, nachdem man sie in St. Petersburg als Frau vom Universitätsstudium ausgeschlossen hatte. Die Russin schuf einen Präzedenzfall: Eine Mehrheit der liberal gesinnten Dozenten der Hochschule Zürich setzte sich gegen eine erbittert kämpfende Minderheit durch. Suslowa wurde 1867 zum Examen zugelassen. Ein Meilenstein für das Frauenstudium: Die Zürcher Universität hatte sich damit – als erste Universität im deutschen Sprachraum – Frauen gegenüber offiziell geöffnet.

Rüde Ablehnung

Zwei Jahre später begann Marie Heim-Vögtlin als erste Schweizerin das Studium der Medizin. Nach ihrem Staatsexamen verbrachte sie ein Semester zur Weiterbildung in Leipzig. In ihren Briefen an die Freundin berichtete sie von rüder Ablehnung und Anpöbeleien der Kommilitonen. Zurück in Zürich schrieb sie ihre Dissertation «Über den Befund der Genitalien im Wochenbett». Am 11. Juli 1874 legte sie

als erste Einheimische an der Hochschule Zürich das Doktorexamen ab. Ein denkwürdiger Tag für die Geschichte des Frauenstudiums.

Nach ihrer Promotion eröffnete Marie Heim-Vögtlin eine Praxis an der Hottingerstrasse in Zürich. Konsequenterweise in ihrer Haltung gab sie ihre Berufstätigkeit auch nach der Geburt ihrer Kinder nicht auf. Mit ihrem Ehemann Alfred Heim, Professor der Geologie, führte sie eine auch für heutige Massstäbe moderne Ehe.

Nebst ihrer Praxis engagierte Marie Heim-Vögtlin sich auch für die Professionalisierung des Pflegeberufs in der ersten Pflegehospitalschule der Schweiz. Sie setzte sich für das Frauenstimmrecht ein und war in der Abstinenzbewegung aktiv.

Eine ernsthafte Erkrankung zwang Marie Heim-Vögtlin ab 1914, beruflich zurückzustecken. Ein schwerer Schritt für die rastlos Tätige. Trotz zahlreicher Kuraufenthalte verschlimmerte sich ihr Zustand zunehmend. Die erste Schweizer Ärztin starb am 7. November 1916 mit 70 Jahren an Tuberkulose.

Sandra Küttel,
Presse- und Informationsdienst der
Berner Ärztesgesellschaft

Literatur:

MÜLLER, VERENA E.:
Marie Heim-Vögtlin – die erste Schweizer Ärztin (1845 bis 1916). Ein Leben zwischen Tradition und Aufbruch. Verlag Hier+Jetzt, Baden: 2007.

Die BETAKLI 2008 (Berner Tage der Klinik)

finden vom 19.–22. November 2008 in der Kinderklinik Inselspital statt.

Die Programmkommission wird wiederum ein vielfältiges Programm zusammenstellen. Bewährtes und Neues soll verbunden werden. Die ausgewählten Themen werden praxisrelevant ausgestaltet. Die Betakli sollen den Wissensaustausch zwischen Fachspezialitäten und Praxis auch in den einzelnen Veranstaltungen leben und Impulse für den Praxisalltag vermitteln.

Reservieren Sie sich jetzt schon den Termin. Es erwartet Sie ein interessantes Programm mit vielen Überraschungen. Detailprogramm mit Anmeldemöglichkeiten werden im Juni 2008 verschickt.

Die Betakli sind eine anerkannte Fortbildung der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Medizin und der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin.

Piroschka Wolf
Sekretariatsleiterin
Mitglied Betakli-OK-Komitee