



Oktober 2005 / 5

doc.be

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

Die Kleinunternehmung Arztpraxis

Die Berner Ärztegesellschaft ist als Branchenverband dem Verband Berner KMU beigetreten.

Noch vor 15 Jahren konnten Ärztinnen und Ärzte sich auf die Behandlung der Patienten konzentrieren. Heute geht es auf der Grossbaustelle Gesundheitswesen um mehr als um Krankheit, Leben und Tod. Es geht jetzt vor allem um Kosten. Und – so hoffe ich – bald auch um Nutzen. Die Kommerzialisierung der Medizin ist im Gang. Für diese Entwicklung stehen beispielsweise Schlagworte wie: Kostenneutralität und Fallkostens stabilität; Markteffizienz und ethische Konflikte; Wirtschaftlichkeitsverfahren und Wirtschaftlichkeitskriterien; Ärztstopp und Vertragszwang; Leistungskatalog und Mehrklassenmedizin; Budgetverantwortung und Verantwortung für Morbidität; Qualitätsförderung und Kostensenkung; Tiers garant und Tiers payant; Über- und Unterversorgung; Versichertenkarte und Datenschutz; Risikoausgleich und Patientenselektion; Konzentration der Spitzenmedizin und Versorgungssicherheit.

Die **Verunsicherung** unter Ärztinnen und Ärzten steigt und damit steigt deren Bereitschaft, sich aktiv in die Meinungsbildung einzubringen. **Politisch** ist es daher notwendig, dass die Ärzteschaft Verbündete und Mehrheiten für ihre Anliegen sucht. Durch einen Beitritt zum Berner KMU verspricht sich die Berner Ärztegesellschaft neue politische Foren, um ihre Anliegen einer breiteren Öffentlichkeit zu vermitteln und nicht zuletzt eine verbesserte **Referendumsfähigkeit**.

In Zeiten sich beschleunigenden Umbruchs sind Partnerschaften besonders wichtig. Wir Ärztinnen und Ärzte sind Selbständigerwerbende und damit wirtschaftlich gesehen immer in der Minderheit. Für uns ist der **Berner KMU ein starker Partner**.

Jürg Schlup, Präsident

20 Jahre Piroschka Wolf 2

Erwerbsunfähigkeit und Rentenanspruch im Rahmen der beruflichen
Vorsorge von Lehrpersonen-
im Kanton Bern 2

Tiers payant – nein danke! 3

Tiers garant: Schutz für alle Akteure
im Gesundheitswesen 5

Inselspital und Spitzenmedizin/
hochspezialisierte Medizin 8

MPA-Lohnempfehlungen 2006 9

Neue Modelle der Notfallversorgung in England –
Implikationen für die Schweiz? 10

Klausurtagung BEKAG 2005 12

Erfahrungen aus der Inspektion
von Privatapotheken der Ärzte 15

BEKISplus – was ist das? 16

Gentech-Moratorium:
Solidarität ist gefragt 18

Gentechfrei – der gesündere Weg 19

Hurraaaaah, es ist ein Mädchen 20

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

20 Jahre Piroschka Wolf

Liebe Piroschka

Seit 20 Jahren stehst Du im Dienste der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern.



Foto: Jenny Hellmund

Du hast drei Präsidenten und unzählige Vorstandsmitglieder eingearbeitet, bist ihnen bei Schwierigkeiten beigestanden und hast geduldig und humorvoll Red und Antwort gestanden, egal wie banal unsere Fragen auch immer waren.

Im Rahmen unserer Organisation hast Du manchen Wechsel mitgemacht. Du hast die Entwicklung von einer recht straff organisierten Struktur zu einem schwieriger zu führenden Verein miterlebt und mitgestaltet und hast all diese Veränderungen gut überstanden. Durch Deine humorvolle Art hast Du manche Härten geglättet. Der Umgang mit unseren Mitgliedern wurde immer schwieriger, was Du in persönlichen Diskussionen und am Telefon miterlebt und miterlitten hast. Die Mitglieder der kantonalen Ärztesgesellschaft waren oft ungeduldig, manchmal aggressiv und nicht selten war deren Aggressivität proportional zu ihrer Uninformiertheit. Du hast das oft genug richtig stellen können und Aggressionen abgebaut. Wir danken Dir dafür.

Deine Erfahrung ist für unsere Organisation unverzichtbar geworden, Dein Wissen über unsere Infrastruktur, über unsere politischen Vorgänge und auch über unsere

Absichten und Strategien sind nicht mehr wegzudenken. Wir haben oft genug (und werden immer wieder) von Deinen Korrekturen, Einwänden und Hinterfragungen unserer Projekte profitiert, wenn Du uns jeweils wieder auf den Boden der Realität, der Vernunft und der Realisierbarkeit im Daily-Business zurückgeführt hast.

Unser Sekretariat ist unter Deiner Führung zu einem freundlichen, kompetenten Team herangewachsen und bietet uns unverzichtbare Hintergrundarbeit, ohne die unser Verband kaum überleben würde.

Wir wissen, dass Dein Familienleben und auch Deine Gesundheit oft genug unter uns gelitten haben, wir hoffen aber, dass dies Deine Freude an der Arbeit in unserem Verband nicht zu stark konterkariert. Wir nehmen an, dass es nicht immer so bleibt und wir es etwas korrigieren können. Denn neben dem Stress und der Belastung ist Dir immer auch die Freude an der Verbandsarbeit, an der aktiven Gestaltung von Politik und auch an der Lösung schwieriger Aufgaben anzumerken.

Liebe Piroschka, nimm unseren Dank und unsere Anerkennung entgegen. Es ist wenig, was wir Dir hier geben können im Vergleich zu dem, was wir von Dir erhalten, aber unsere Wünsche kommen von Herzen, nicht nur vom Verstand. Ad multos annos!

Thomas Heuberger, für den Vorstand

Erwerbsunfähigkeit und Rentenanspruch im Rahmen der beruflichen Vorsorge von Lehrpersonen im Kanton Bern

Der Berufsverband der im Kanton tätigen Lehrpersonen *Lehrerinnen und Lehrer Bern (LEBE)* bittet uns, die Ärztinnen und Ärzte im Kanton Bern über den Umstand zu informieren, dass der Begriff der Invalidität im neuen Gesetz über die Bernische Lehrerversicherungskasse (BLVKG) neu bzw. einschränkender definiert wurde. Neu richtet sich der Anspruch auf eine Invalidenrente nach Art. 10 BLVKG sowie den Art. 24 f. des Vorsorgereglements über die Leistungen und Beiträge der BLVK (BLVK-VR), welche im Wesentlichen folgendermassen lauten:

Art. 10 BLVKG Invalidenrente

¹ Anspruch auf eine Invalidenrente haben Personen, die im Sinne von Artikel 8 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ganz oder teilweise invalid erklärt werden und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur

Invalidität geführt hat, bei der BLVK versichert waren.

² Die Höhe der Invalidenrente entspricht der Höhe der Altersrente, welche die versicherte Person mit vollendetem 65. Altersjahr erreicht hätte.

³ Das Vorsorgereglement regelt die Einzelheiten.

Art. 25 BLVK-VR Höhe

¹ Die jährliche, volle Invalidenrente der BLVK entspricht dem Jahresbetrag der Altersrente, welche die versicherte Person am Monatsersten nach vollendetem 65. Altersjahr erhalten hätte, wenn sie bis dahin mit ihrem letzten versicherten Verdienst im Arbeitsverhältnis gestanden hätte.

² Die versicherte Person hat Anspruch auf eine Invalidenrente, welche dem

wegen Erwerbsunfähigkeit wegfallenden Teil des versicherten Verdienstes entspricht.

Nach bisherigem Recht wurde bereits dann, wenn eine versicherte Person ihren angestammten (Lehrer-)Beruf nicht mehr ausüben konnte, eine Invalidenrente ausbezahlt (sog. Berufsunfähigkeit). **Neu werden Invalidenrenten im Rahmen der beruflichen Vorsorge nur noch dann ausgerichtet, wenn eine versicherte Person auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt voraussichtlich bleibend oder über einen längeren Zeitraum hinweg erwerbsunfähig sein wird (sog. Erwerbsunfähigkeit), d.h. auch keine zumutbare Ersatztätigkeit mehr ausüben kann.** Die Invalidität muss dabei mindestens im Umfang von 40% vorliegen (Art. 23 BVG und Art. 28 IVG). Bislang erhielt eine Person auch dann eine Invalidenrente, wenn die Berufsunfähigkeit unter 40% lag.

Thomas Eichenberger, Sekretär

Tiers payant – nein danke!

... oder warum selbst ein klassischer Tiers payant-Kanton wie St. Gallen den Tiers garant bevorzugt!



Dr. med. MBA
Peter Wiedersheim,
Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen

- Seit Ende der Kostenneutralität werden verschiedene Krankenversicherer aktiv für die direkte Lieferung aller Abrechnungsdaten.
- Im Tiers payant ist lange nicht alles Gold was glänzt.
- Die vermeintlichen Vorteile im Tiers payant sind mit Vorsicht zu geniessen!
- Unsere «Kundinnen und Kunden» sind nicht die Krankenversicherer, sondern die Patientinnen und Patienten – ihre Mündigkeit darf nicht mit direkten Datenlieferungen umgangen werden!

Einleitung

Nur in fünf Kantonen (Uri, Schwyz, Glarus, Graubünden und St. Gallen) werden im System des Tiers payant die Arztrechnungen noch direkt den Krankenkassen zugestellt. Alle anderen Kantone sind im Tiers garant, d.h. die Rechnungen werden primär den Patientinnen und Patienten zugestellt.

Die «Tarifunion Ostschweiz» (bestehend aus den Kantonen AI/AR, GL, SH, TG und SG) hat per 30.6.05 den Anschlussvertrag gekündigt mit dem Ziel, einen neuen Vertrag (LeiKoV) mit möglichst nahtlosem Übergang ab 1.1.06 mit santésuisse zu vereinbaren. Santésuisse hat ihrerseits mit Ausnahme der Kantone Jura, Tessin und Waadt allen übrigen Kantonen den Anschlussvertrag gekündigt. Sofern in einem Kanton keine neue Vertragslösung resultiert, gilt spätestens ab 1.1.07 gemäss KVG Art. 42, Abs. 1, das System des Tiers garant.

Die Vorstände der Kantone Glarus und St. Gallen haben beide die Verhandlungskompetenz für einen Wechsel in den Tiers garant. Die Tarifunion Ostschweiz ihrerseits hat denn auch für die anstehenden Vertragsverhandlungen zwei klare Bedingungen formuliert: Beibehaltung der Region und Tiers garant für alle fünf Kantone.

Schleppender Systemwechsel im Kanton St. Gallen

Bereits im Jahr 2000 hat sich der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen für einen Wechsel in den Tiers garant ausgesprochen. Im Zusammenhang mit der Kostenneutralitätsphase wurde ein Systemwechsel von santésuisse kategorisch abgelehnt. Anlässlich einer ausserordentlichen Mitgliederversammlung im Herbst 2003 (Genehmigung des Anschlussvertrages) wurde mit überwältigendem Mehr die Verhandlungskompetenz für einen Wechsel in den Tiers garant an den Vorstand delegiert. Selbstverständlich sind im Kanton St. Gallen, wie in allen Kantonen, die früher den Wechsel in den Tiers garant vollzogen haben, auch kritische Stimmen zu vernehmen, die eine Beibehaltung des Tiers payant wünschen; eine objektive Beurteilung spricht jedoch klar für den Tiers garant. Im Vorfeld der aktuellen Verhandlungen wird von santésuisse Ost 2 wenig Begeisterung für den beabsichtigten Systemwechsel in den Tiers garant gezeigt.

Lehren aus der Kostenneutralitätsphase

Dank unserem eigenen Zahlenmaterial (Trustcenter-Zahlen) konnte für die Ärzteschaft gesamtschweizerisch ein Schaden von über 100 Millionen Franken abgewendet werden. Dass dies auf Seiten der Krankenversicherer wenig Begeisterung hervorrief, ist unschwer daran zu erkennen, dass seit Ende der Kostenneutralität ein intensives Bewerben der Ärzteschaft für einen Wechsel in den Tiers payant eingesetzt hat. Mit verführerischen Slogans wie «Prozessoptimierung», «Effizienz» und «Kostensenkung», etc. sollen möglichst viele Kolleginnen und Kollegen für eine direkte Datenübermittlung an die Krankenver-

sicherer gewonnen werden. Sogar der Chef der grössten Krankenversicherung der Schweiz bemüht sich persönlich um diese Angelegenheit, wobei er auch vor Falschaussagen bezüglich der ärztzeigenen Trustcenter nicht zurückschreckt. Die «Versuchungen» der Krankenversicherer haben einerseits die direkte Lieferung aller elektronischer Abrechnungsdaten zum Ziel und andererseits die Datenhoheit.

Im Interesse unserer Patientinnen und Patienten sei darauf hingewiesen, dass elektronisch übermittelte Abrechnungsdaten bis auf jeden einzelnen Datensatz zerlegt, analysiert und aufgearbeitet werden können. Dies kann nicht nur für unsere Versicherten unangenehme Folgen (z.B. im Zusatzversicherungsbereich) haben, sondern auch für die Ärzteschaft!

Mehrfach konnten im Rahmen der Kostenneutralität erhebliche Mängel im Zahlenmaterial von santésuisse dank den ärztzeigenen Zahlen aufgedeckt werden. Die Leistungskontrolle geht auch nach der Kostenneutralitätsphase weiter, es ist deshalb unabdingbar, dass der ärztzeigene Datenpool nicht verloren geht und idealerweise weiter ausgebaut wird.

Im Tiers payant ist lange nicht alles Gold was glänzt

Trotz modernster Rechnungsstellung ist das Zahlungsverhalten der meisten Krankenversicherer nahezu vorsintflutlich. Anstelle einer elektronischen Zahlungsvergütung erfolgen nach wie vor mindestens? aller Zahlungen mit einem Bordereau. Das heisst, die Zahlungen verschiedener Rechnungen werden dem Arzt auf einem separaten Formular mit einem entsprechend aufsummierten Total auf postalischem Wege zugestellt. Auf diesem Bordereau sind idealerweise Patientennamen, Rechnungsnummer, Rechnungsbetrag und Rechnungsdatum aufgeführt. Selbstverständlich sind aber diese vier Angaben nur zu oft mangelhaft bis fehlerhaft. So können Patientennamen verwechselt werden, Rechnungsnummern werden falsch abgeschrieben oder fehlen vollständig, das Rechnungstotal wird falsch abgeschrieben oder doppelt überwiesen, etc., etc. Konkret bedeutet dies, dass jeden Monat in mühsamer Handarbeit Zahlungsbordereaux mit Bankauszügen verglichen werden müssen, das EDV-System der Praxis über ein ausgeklügeltes Suchsystem verfügen muss und dennoch jeden Monat Korrespondenzen und Umbuchungen mit den Versicherern geführt werden müssen.

Ein anderes Ärgernis sind so genannte Nicht-Pflichtleistungen der Krankenkasse. Werden diese zusammen mit den Pflichtleistungen in Rechnung gestellt, so kürzen verschiedene Krankenkassen das Rechnungstotal um diese Beträge, weil sie sich auf den Standpunkt stellen, dass diese Beträge in jedem Fall via die Erkrankten in Rechnung gestellt werden müssen. Entschliesst man sich jedoch für diese Version, wird der Betrag primär durch die Patientin oder den Patienten dem Arzt vergütet und anschliessend noch einmal von der Krankenversicherung (weil wir ja in einem TP-Kanton sind). Unnötige Geld-Transaktionen mit viel Schreibkram sind die Folge. Die Werbung, dass Krankenversicherer den Patientinnen und Patienten im Tiers garant innert 10 Tagen die Rechnungen zahlen, hat auch die Ärzteschaft in einem klassischen Tiers payant-Kanton erreicht. Das Zahlungs-Avis mag im Tiers payant ja teils innert 2–3 Wochen eintreffen, aber oft mit dem Vermerk, dass erst am letztmöglichen Datum (gemäss dem noch bis Ende Jahr geltenden Anschlussvertrag 45 Tage) bezahlt wird. Sehr oft wartet man dann nochmals mindestens eine Woche bis das Geld auch wirklich eintrifft.

PS: Nur während der Kostenneutralitätsphase konnten viele Krankenversicherer plötzlich innert 1–2 Wochen zahlen – auch so lassen sich «Arztkosten» generieren!

Auch Krankenkassen müssen immer wieder gemahnt werden. Verzugszinsen sind für die meisten Versicherer ein Fremdwort – der Korrespondenz-Aufwand hierfür ist frustant und wird höchstens einmal geführt. Nicht zuletzt sei festgehalten, dass der Tiers payant auch keine Zahlungsgarantie bedeutet. Spätestens dann, wenn ein Patient seine Versicherungsprämien nicht mehr bezahlt hat und ein Verlustschein vorliegt, werden für den behandelnden Arzt meist überraschend und rückwirkend so lange keine Zahlungen mehr getätigt, bis die ausstehenden Prämien alle beglichen sind (selbst eine schriftliche Kostengutsprache ist in solchen Fällen wertlos).

Vermeintliche Vorteile im Tiers payant (Vorsicht!)

- Mit dem Rechnungsversand an die Krankenversicherer entfallen die Portokosten für die Rechnungen an die Versicherten nur theoretisch, denn gemäss KVG Art. 42, Abs. 3, ist Folgendes festgehalten: «Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rech-

nung, die an den Versicherer gegangen ist.» Die Aufwendungen bleiben also nahezu identisch.

- Der Arzt hat kein Inkasso-Risiko, aber: Wie oben erwähnt, muss das relativiert werden. Auch im Tiers payant muss eine peinliche Zahlungskontrolle durchgeführt werden und es soll nicht unerwähnt bleiben, dass das Inkasso-Risiko von Seiten der Krankenversicherer nicht zum Nulltarif übernommen wird!

Was spricht für den Tiers garant

In erster Linie der Datenschutz. Unsere «Kundinnen und Kunden» sind die Patientinnen und Patienten und nicht die Krankenversicherer. Unsere Erkrankten sollen über die Weiterleitung ihrer Daten selber entscheiden. Im Rahmen der klaren Kostentransparenz soll aber nicht zuletzt auch das Verantwortungsbewusstsein gefördert werden – der «mündige Patient» soll nicht zum blossen Schlagwort verkommen.

Für den elektronischen Datenaustausch gilt im Tiers garant das Holprinzip. Mit der primären Sammlung aller Abrechnungsdaten im Trustcenter ist nicht nur eine auch weiterhin notwendige Kostenkontrolle auf Seiten der Ärzte möglich, sondern es resultieren überdies Datensammlungen zur Qualitätsoptimierung und zur Erarbeitung von Guidelines. Zu den Krankenversicherungen gehören prinzipiell nur die Leistungsdaten, die auch von ihnen vergütet werden!

Im Tiers payant besteht demgegenüber eine Bringschuld des Arztes, d.h. alle Aufwendungen für die Zustellung der elektronischen Rechnung sind Sache des Leistungserbringers, wer die Auflagen der Kassen nicht erfüllt, hat ein eventuell totales Inkassoproblem.

Kein «Klumpenrisiko»

Rund zehn Krankenversicherer decken rund 80% des Leistungsvolumens ab. Diverse Krankenkassen (auch der grösste Krankenversicherer) haben Ende letzten Jahres Reserven unter dem gesetzlichen Minimum aufgewiesen. Zur Coupierung steigender Krankenkassenprämien besteht nun auch noch die bundesrätliche Empfehlung zur Senkung der Mindestreserven. Das Risiko zahlungsunfähiger Krankenkassen nimmt somit zu. Mit dem primären Versand der Rechnungen an die Erkrankten wird das Inkasso-Risiko verteilt. Die Erfah-

rungszahlen aus über 5000 Praxen ergeben ein Delkredere-Risiko von rund 1% (selbstverständlich liegt dieses in Praxen mit einem schlechten Mahnsystem oder einem ungünstigen Patientenkollektiv höher). Bezüglich Letzterem können aber auch entsprechende direkte Regelungen mit dem zuständigen Krankenversicherer getroffen werden.

Fazit

Auch die Erkrankten im Kanton St. Gallen haben ein Anrecht auf Mündigkeit, Transparenz und Datenschutz. Unsere «Kunden» sind nicht die Krankenversicherer, sondern unsere Patientinnen und Patienten. Sie sind demzufolge auch unsere Rechnungsempfänger. Sie entscheiden, welche Daten zur Krankenkasse gelangen. Die Entschädigung von allfälligen Leistungen aus dem Zusatzversicherungsbereich ist primär eine Angelegenheit zwischen Krankenversicherer und Patientin/Patient – sie soll nicht auf dem Buckel des Arztes ausgetragen werden.

Die Kostenneutralität hat gezeigt, wie wichtig der ärztteigene Datenpool für die Wahrung der Interessen der Ärzteschaft ist. Er muss auch für die weitergehende Leistungskontrolle zur Verfügung stehen.

Qualitätskontrolle und Guidelines sind primär ärztliche Aufgaben. Sie haben im Interesse aller Erkrankten in diesem Land nicht primär aus der Optik der Krankenversicherer zu erfolgen!

Ich begrüsse durchaus Optimierungen im medizinischen «Abrechnungsdschungel», diese haben aber fair und korrekt zu erfolgen. Bei den momentanen «Versuchungen» gewisser Krankenversicherer bleibt aber nur ein Kommentar: «Tiers payant – nein danke!»

Tiers garant: Schutz für alle Akteure im Gesundheitswesen!

Warum der Tiers garant als Standard im KVG verankert,
segensreich und zu schützen ist.



Adrian Sieber,
Vorstand BEKAG

Das KVG sieht das System des Tiers garant (Rechnungsstellung vom Arzt direkt an den Patienten) als Standard vor. Der Tiers garant ist im Kanton Bern im TARMED-Anschlussvertrag zwischen santésuisse und der BEKAG vereinbart.

Sowohl auf eidgenössischer wie auf kantonaler Ebene wurde mit dem Tiers payant-Abrechnungsverfahren ein System gewählt, welches sich an den mündigen, um seine Behandlung wissenden Patienten richtet und ihm Einblick in seine Kosten sichert.

Der Tiers garant macht den Patienten damit zum motiviertesten und kompetentesten Controller über seine eigenen Arztkosten. Das schützt vor Missbräuchen!

Welche Akteure im Gesundheitswesen schützt der Tiers garant und wovon?

Der Tiers garant schützt den Patienten

vor überrissenen Arzt-Honorarforderungen:

Nur der Patient kennt Umfang und Inhalt seiner Behandlung und ist somit der einzige Partner, der eine Arztrechnung kompetent auf ihren korrekten Inhalt und Umfang hin prüfen kann.

vor Datenmissbrauch durch Krankenkassen:

Nur der Patient kann Rechnungen auf schützenswerte Daten hin überprüfen und korrigieren lassen. Er kann Rechnungen zurückbehalten, deren Inhalte ihm zu ver-

traulich erscheinen und wird nicht zum gläsernen Patienten.

vor Autoritätsverlust gegenüber Arzt und Krankenkasse:

Das Wissen um die Rechnungsinhalte belässt dem Patienten seine Mündigkeit als – meist schwächster! – Partner im Gesundheitswesen. Diese Autorität ist wichtig.

...die Krankenkassen

vor sinnlosem Administrativaufwand:

Der Patient wird alle Rechnungen im Selbstbehalt-Betrag nicht zur administrativen Verarbeitung an die Krankenkasse weiterleiten. Dies spart ein erkleckliches Aufwandsvolumen und damit Prämiegelder ein.

vor nicht eruierbaren Fehlern in einer Arztrechnung:

nicht erbrachte, aber fakturierte Arztleistungen können der formalen Überprüfung einer Rechnung durch Krankenkassen-Personal entgehen, nur der Patient kann sie erkennen. Und er ist der best motivierte aller Controller für die Krankenkasse.

vor den Kosten des Delcredere-Riskos:

Dieses trägt im Tiers garant der Arzt, nicht die Krankenkasse.

...die Kantone:

vor Unschärfen in der Kostenübersicht ihres Gesundheitswesens:

Im Tiers garant sind die Ärzte motiviert und befähigt, die Übersicht über eigene Daten zu wahren. Somit stehen zwei Datenpools zur Beurteilung der Kosten im Sektor Ärztekosten für einen Vergleich zur Verfügung, eine Konkurrenz, die der Datenqualität für Belange der Kantone zugute kommt.

...die Ärzte:

vor Irrtümern in ihrer Arztrechnung

Selten, aber eben vorkommende inhaltliche Fehler in einer Arztrechnung werden dem Filter der Patientenkontrolle nicht ent-

gehen, was unser Abrechnungsverhalten nur verbessern kann.

vor eigenem Datenmangel bei Verhandlungen

Im Tiers garant können wir unsere Abrechnungsdaten ohne Aufwand via unseren standeseigenen, regionalen Trustcenter – PonteNova – sammeln, poolen und anonymisiert auswerten. Diese Daten machen die freie Ärzteschaft zum wertvollen und kompetenten Mitspieler im Umgang mit santésuisse und den Kantonen. Die korrekte Ermittlung des Taxpunktwertes für die weitere Beobachtung der Leistungskostenentwicklung im Kanton Bern (LeikoV) bleibt mit unseren Trustcenter-Daten sichergestellt.

vor Wehrlosigkeit bei Rückforderungsverfahren

Bei Rückforderungsverfahren, in welchen santésuisse nach Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit die ärztliche Tätigkeit untersucht, sind Vergleichszahlen lebenswichtig. Jeder PonteNova-Kunde, welcher Daten seiner Praxis liefert, hat anonymisierte Vergleichsdaten von anderen Praxen des Kantons Bern und der gesamten Schweiz zur Verfügung. Sein Praxispiegel wertet das Profil seiner Praxis detailliert und vergleichend aus. So werden häufig die Fragen, welche die Kassen aufgrund ihrer eigenen Daten über eine Praxis erheben, geklärt und die Daten können gegenseitig plausibilisiert werden.

vor verkrustetem Praxisverhalten:

Wer im Tiers garant ohne weiteren Aufwand seine Praxisdaten an PonteNova liefert, kann periodisch zu Hause seine Daten, Patientenkollektive, sein Abrechnungsverhalten mit demjenigen der anonymisiert gepoolten Daten anderer Praxen des Kantons und der Schweiz vergleichen. Solche Vergleiche geben reichhaltigen Aufschluss über eigenes Ärzten und Abrechnen. Auffälligkeiten können erkannt und das eigene Verhalten angepasst werden.

vor dem Klumpenrisiko gegenüber den Krankenkassen

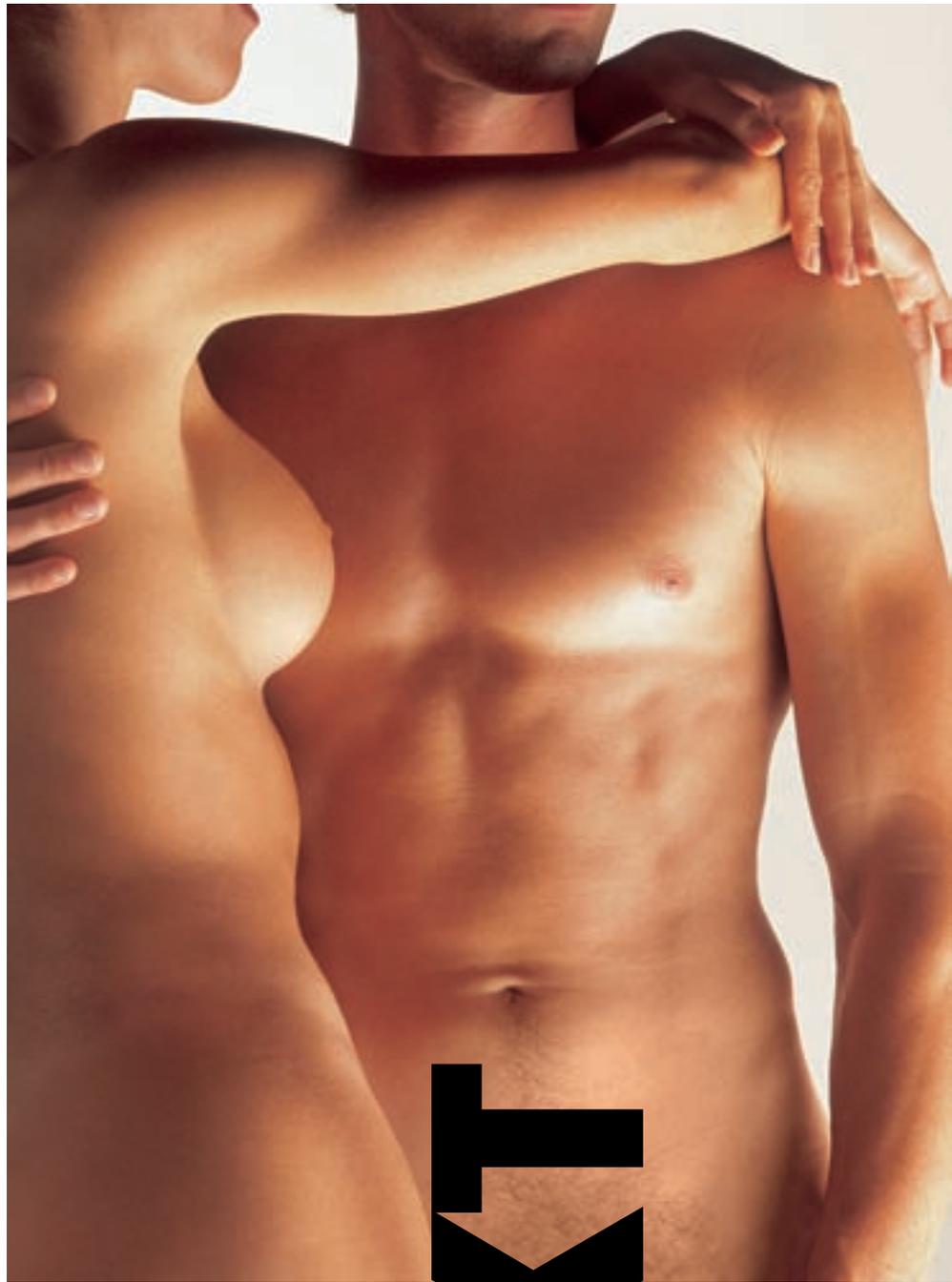
Die Zahl der Krankenkassen wird sich noch verringern. Im Tiers garant hat der Arzt viele Schuldner. Im Tiers payant noch zwei oder drei. Säumige Zahler könnte im Tiers payant sehr rasch zu Liquiditätsproblemen führen. Der Praxisinhaber würde so leicht erpressbar, wenn eine oder zwei Krankenkassen androhen würden, ihre Zahlungen zu sistieren.

Der Tiers garant ist somit ein Segen für alle Mitspieler im Gesundheitswesen. Wir Ärzte



Pfizer AG
Schärenmoosstr. 99
8052 Zürich

Fachinformation VIAGRA® (Sildenafilcitrat) **Indikation:** Erektile Dysfunktion. **Dosierung:** 1 x 50 mg, bei Bedarf ungefähr eine Stunde vor dem Geschlechtsverkehr, maximal einmal täglich. Entsprechend der Wirksamkeit und Verträglichkeit auf 100 mg erhöhen oder auf 25 mg verringern. Empfohlene Maximaldosis 1 x 100 mg. Ab 18 Jahren. Initialdosis bei älteren Patienten, Patienten mit Leberfunktionsstörung (Child-Pugh A u. B), schwerer Nierenfunktionsstörung ($Cl_c < 30$ ml/min) oder Patienten unter Therapie mit CYP3A4 Inhibitoren: 25 mg. Entsprechend der Wirksamkeit und Verträglichkeit auf 50 mg und 100 mg erhöhen. Gleichzeitige Behandlung mit Ritonavir: maximale Dosierung: 25 mg/48 h. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber Viagra®. Patienten, die Stickstoffmonoxid-Donatoren oder Nitrate in jeglicher Form einnehmen. Bei Pat., denen von sexueller Aktivität abzuraten ist, ist die Behandlung d. ED nicht angezeigt. **Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen:** Sildenafil nicht empfohlen: Schwere Herzkreislauferkrankung (schwere Herzinsuffizienz, lebensbedrohliche Rhythmusstörungen, instabile Angina pectoris), schwere Leberinsuffizienz, Hypotonie (BD < 90/50), unkontrollierte Hypertonie (BD > 170/110), erblich bedingte degenerative Retinaerkrankung, gleichzeitige Behandlung mit anderen ED-Therapien oder Ritonavir. Erhöhtes Risiko aufgrund d. Vasodilatation: Links ventrikuläre Abflussbehinderung, Multisystematrophie. Sildenafil mit Vorsicht verabreichen: Bei Patienten, die α -Rezeptorenblocker einnehmen, Blutgerinnungsstörung, akutes peptisches Ulkus, anatomische Penismissbildung, für Priapismus prädisponierende Erkrankung, kürzlich erlittener Hirnschlag oder Myokardinfarkt (Viagra® nur falls sexuelle Aktivität angemessen), Fahrzeug lenken oder Maschinen bedienen. **Häufigste unerwünschte Wirkungen in klinischen Studien:** Kopfschmerzen, Flush, Dyspepsie, verstopfte Nase, Harnwegsinfektion, Sehstörung, Diarrhoe, Schwindel, Hautausschlag. **Interaktionen:** Nitrate oder Stickstoffmonoxid-Donatoren (kontraindiziert); CYP3A4 Inhibitoren (Startdosis 25 mg). Zeitgleiche Einnahme von Sildenafil (> 25 mg) und α -Rezeptorenblocker (symptomatische Hypotonie). Antikoagulantien: Blutgerinnung engmaschig überwachen. **Packungen:** 25 mg, 50 mg, 100 mg; 4 und 12 Filmtabletten. **Verkaufskategorie:** Liste B. **Vertrieb:** Pfizer AG, Zürich. Ausführliche Angaben siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. LPD 16JULY04. **Referenzen:** 1) Katzenstein L. Viagra® the remarkable story of Discovery and Launch, NY, 2001 2) Moncada I et al. Efficacy of Sildenafil at 12 hours after its intake: re-exploring the therapeutic window, Poster Presentation, ISSIR, 2002



RASCH
STARK
KONTROLLIERT



VIAGRA®
Genau richtig (Sildenafil)

WIRKT

haben die Pflicht mitzuhelfen, den Tiersgarant als erfolgreiches Instrument im Interesse unserer Patienten und unserer eigenen Korrektheit und Unabhängigkeit zu erhalten.

Unter Einbezug und Nutzung unseres Trustcenters PonteNova bietet der Tiersgarant Gewähr, dass unseren Praxen der Schutz der erreichten Datenparität weiterhin erhalten bleibt.

Es muss das Bestreben aller freien Ärzte, Grundversorger wie Spezialisten sein, unsere Datenparität zu festigen und unser statistisches Gewicht zu mehren. Hierzu ist der Tiersgarant der ideale Abrechnungsmodus. Der Aufruf sei wiederholt, dass sich möglichst alle freien Ärzte und Spezialisten als Datenlieferanten dem ärzteigenen Berner Trustcenter PonteNova anschliessen mögen.

Die Repräsentanz unserer Abbildung in der Berner Ärzteschaft und damit unserer eigenen Daten kann nie hoch genug sein.

Leserbrief

Leserbrief, erschienen in PrimaryCare 2005;5: Nr. 39

Tiersgarant Tiers payant Tiers soldant: Vorsicht

Den Tiers soldant kennen nur diejenigen Kollegen, die wie ich schriftlich an Krankenkassen angeknüpft haben, um von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, mittels Sondervereinbarung bei Patienten mit schlechter Zahlungsmoral direkt mit den Krankenkassen abrechnen zu können. Ich habe das in den letzten Jahren bei verschiedenen KK vergeblich versucht. Letztmals 2004.

Die Antwort der KK lautete jeweils: Das System des Tiersgarant ist von den Ärzten selbst gewählt worden und gesetzlich verankert. Ein Wechsel zum Tiers payant ist deshalb nicht möglich. – Logisch: ist ja Gesetz. Angebot der KK: Tiers soldant (Grosszügigkeit Selbstlosigkeit): Rechnung des zahlungssäumigen Patienten geht direkt an KK. Der Arzt erhält das, was übrig bleibt nach Abzug des Selbstbehaltes und der Franchise.

Beispiel: Rechnung 2800.– / Franchise –2500.– / Selbstbehalt 10% –280.–. Rückerstattung von der Krankenkasse im Tiers soldant im schlimmsten Fall: nichts. Im obigen Fall: Fr. 20.–.

2005 möchten dieselben Kassen uns weismachen, dass wir zu unseren Vorteilen handeln, wenn wir in den Tiers payant wechseln. Wieso haben mir die KK noch vor Monaten das Angebot Tiers soldant gemacht, da der Tiers payant gesetzlich nicht möglich sei? Adam Riese lässt grüssen.

Liebe Kollegen, ihr wisst nicht, was ihr tut, wenn ihr auf das Angebot der KK eingeht. Liebe Krankenkassen, ihr wisst ganz genau, was ihr wollt. Mit obiger Erfahrung weiss selbst ein Erstklässler, wohin die Reise geht.

Dr. med. Victor Süess, Köniz

Ärztegrossist
zur Rose



Die neue BasisLinie
Mit etwas Konzentration
können Sie viel Geld sparen.

Wie viel, erfahren Sie im Katalog der BasisLinie. Anfordern im Internet unter www.zur-rose.ch/aerztegrossist oder per Telefon unter 052 724 00 20.

Zur Rose AG | Walzmühlestrasse 60
Postfach | 8500 Frauenfeld
Telefon 052 724 00 20 | Fax 052 724 00 15
www.zur-rose.ch | aerztegrossist@zur-rose.ch

Inselspital und Spitzenmedizin/ hochspezialisierte Medizin



Prof.
Andreas Tobler,
Ärztlicher Direktor
Inselspital



Dr. Beat Geering,
Vizepräsident VR
Inselspital

Nach dem Veto der Zürcher Regierung zur IVKKM (Interkantonale Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin) ist eine unklare Situation über das weitere Vorgehen eingetreten. Der Kanton Zürich beharrt auf der Konzentration der Spitzenmedizin an zwei Zentren. Für die GDK (Gesundheitsdirektorenkonferenz) und die Universitätskantone Basel, Bern, Genf und Waadt ist die Netzwerkstrategie eindeutig die bessere Lösung, um den Anforderungen einer optimalen Entwicklung der Spitzenmedizin und der gesamten Bevölkerung den Zugang zu effizienten Dienstleistungen und gute Überlebenschancen nach wichtigen Erkrankungen zu gewährleisten. Am 25. November wird die Generalversammlung der GDK über das weitere Vorgehen befinden.

Die Spitzenmedizin – gleichbedeutend mit dem Begriff der hochspezialisierten Medizin – gilt politisch als Symbol für teure Medizin, obwohl bisher von keiner Seite solide wirtschaftliche Berechnungen vorgelegt werden konnten. Bei allen Diskussionen um die Spitzenmedizin fällt weiter auf, dass es offensichtlich schwierig ist, den Begriff präzise zu fassen. Man könnte die Spitzenmedizin folgendermassen umschreiben: Es handelt sich um tertiär-medizinische, hochspezialisierte Leistungen, die in der Regel eine finanziell und technologisch aufwändige Infrastruktur und eine hohe Vernetzung von hochspezialisierten Fachkräften erfordern. In der IVKKM wird auf eine präzise Definition verzichtet. Stattdessen wird ein Kriterienkatalog aufgestellt (Tabelle 1). Die IVKKM legt auch Gebiete

fest, in welchen ein Koordinations- und Konzentrationsbedarf geprüft werden soll (Tabelle 2).

Für das Inselspital gilt es, sich in diesem unsicheren Spannungsfeld optimal zu positionieren. Entsprechend hat der Verwaltungsrat die Unternehmensstrategie verabschiedet mit der eindeutigen Aussage, dass das Inselspital ein führendes Universitätsspital mit internationaler Ausstrahlung sein soll. Das Inselspital und die Medizinische Fakultät treten gemeinsam für diese Strategie ein. Beide bekräftigen auch die Netzwerkstrategie der GDK. Konkrete Schritte sind bereits im Rahmen des Projekts «Allianz Medizin Basel-Bern» erfolgt, in welchem eine intensivere und verbindlich geregelte Zusammenarbeit der beiden Universitätsspitäler und Medizinischen Fakultäten Basel und Bern angestrebt wird. In einzelnen Gebieten ist eine engere Zusammenarbeit mit Lausanne geplant. Es sollen dabei bereits bestehende Kollaborationen verstärkt und verbindlich geregelt werden.

Neben der Polemik um die Positionierung der Spitzenmedizin an unseren Universitätsspitalern darf aber nicht übersehen werden, dass im Inselspital ausserhalb der neun von der IVKKM definierten Gebiete in allen anderen Kliniken und Abteilungen hervorragende Leistungen im Sinne einer Spitzenmedizin geboten werden. Dabei profitiert das Inselspital auch davon, dass das gesamte Spektrum auf engem Raum im Sinne eines eigentlichen Campus angeboten werden kann. Dies ermöglicht auch das Angebot an Dienstleistung, Lehre und Forschung durch hochqualifizierte interdisziplinäre Teams vor Ort rund um die Uhr.

Nachdem der Verwaltungsrat die Unternehmensstrategie verabschiedet hat, gilt es nun die verschiedenen funktionellen Strategien (Abb. 1) zu erarbeiten. Verwaltungsrat und Spitalleitung haben bei der Umsetzung Prioritäten bestimmt. Es gilt vor allem die Angebots- und Allianzstrategien baldmöglichst festzulegen. Dabei wird eine Strategie der Differenzierung verfolgt mit dem Ziel, ein selektives Wachstum der Leistungen zu Gunsten von Produkteentwicklung und Spitzenmedizin anzustreben (Abb. 2). Dabei gilt es nicht nur die hochspezialisierte Medizin, sondern das gesamte Spektrum unter Einbezug der Lehre und Forschung zu berücksichtigen.

Tabelle 1
Kriterienkatalog für hochspezialisierte Medizin gemäss IVKKM

1. Qualität
2. Wirtschaftlichkeit
3. Wirksamkeit
4. Nutzen
5. Technologisch-ökonomische Lebensdauer
6. Verfügbarkeit hochqualifizierten Personals und Teambildung
7. Relevanz für Forschung und Lehre
8. Finanzierbarkeit

Tabelle 2
Liste der hochspezialisierten Medizin gemäss IVKKM

1. Interventionelle Neuroradiologie
2. Haematopoietische Stammzellentransplantation
3. Kinderherzchirurgie und -kardiologie
4. Teile der Ophtalmologie
5. Hypophysenchirurgie
6. Schwerstverbrennungen
7. Organtransplantationen
8. Positronen-Emissions-Tomographie
9. Protonen-Strahlentherapie

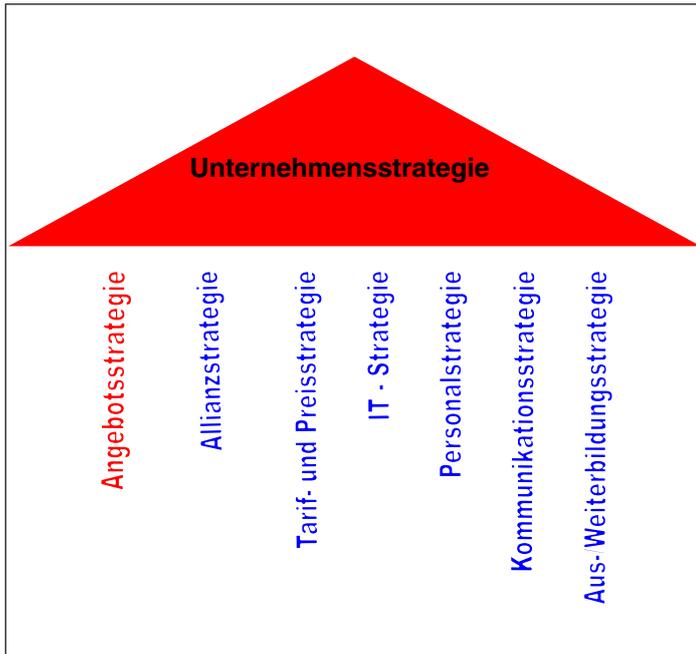


Abbildung 1

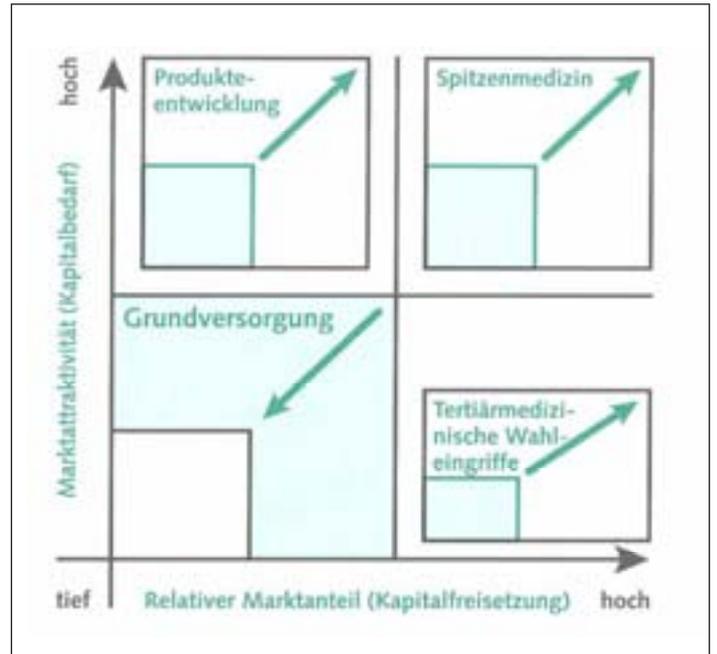


Abbildung 2

Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Patienten mit hochkomplexen Krankheiten, welche einen hohen Anspruch an die Interdisziplinarität und Interprofessionalität stellen, weiter zunehmen wird. Deshalb ist diese Stärke des Inselspitals als zentraler Erfolgsfaktor gezielt zu fördern. In vielen der von der IVKKM genannten Feldern hat das Inselspital eine sehr gute Position. Diese gilt es zu stärken und vor allem im Kanton und auf nationaler Ebene besser zu kommunizieren. Man kann nicht genug darauf hinweisen, dass der Verzicht auf einzelne Leistungen unter Umständen Auswirkungen auf ganze Leistungsangebote hat. Deshalb ist eine differenzierte Betrachtungsweise angebracht. Der Ver-

zicht auf Organtransplantationen an unserem Zentrum – wie beispielsweise der Lebertransplantation – könnte bedeuten, dass in Zukunft zahlreiche Berner Patienten mit Leberleiden anderswo in der Schweiz behandelt werden, weil nicht mehr die ganze medizinische Behandlungskette bei Lebererkrankungen angeboten wird. Auch die Spezialistenteams werden aus Bern an andere Universitätsspitäler abwandern – mit entsprechenden Konsequenzen für die Versorgungsqualität der Bevölkerung.

Damit das Inselspital auch in Zukunft ein führendes Universitätsspital sein kann, sind folgende Rahmenbedingungen notwendig:

- Die Kantonsregierung und der Grosse Rat stehen überzeugt hinter dem Inselspital als Universitätsklinik und unterstützen dieses im Kanton Bern und auf nationaler Ebene.
- Die Bevölkerung und vor allem auch die kantonale Ärzteschaft stehen hinter dem Inselspital als führendes Universitätsspital.
- Inselspital und Medizinische Fakultät treten weiterhin gemeinsam uneingeschränkt und mit einem überzeugten «Ja sagen zur gewählten Strategie» auf.

MPA-Lohnempfehlungen 2006

Basislohn

Fr. 3650.– x 13 bei einer Wochenarbeitszeit von 43 Stunden und 4 Wochen Ferien.

Dienstalterszulage

Erhöhung je Dienstjahr Fr. 100.– pro Monat für die dem ersten folgenden Dienstjahre. Die Dienstalterszulage soll ein Thema des jährlichen Qualifikationsgespräches bilden.

Lehrlingslöhne

1 Lehrjahr: Fr. 250.–; 2. Lehrjahr Fr. 900.–; 3. Lehrjahr Fr. 1300.–. Ein 13. Monatslohn wird ausgerichtet.

Neue Modelle der Notfallversorgung in England – Implikationen für die Schweiz?



PD Dr. med.
Hans-Peter
Kohler
Präsident MBV
Bern-Stadt
Leiter Medizinischer Notfall
Inselspital

Neue Modelle der Notfallversorgung werden nicht nur in der Schweiz, sondern auch in den meisten anderen europäischen Ländern und ebenfalls in Übersee diskutiert. Insbesondere ist die «rund um die Uhr Betreuung» durch die Grundversorger zunehmend in Diskussion geraten, da die Bereitschaft zum Notfalldienst je nach Region stark am Abnehmen ist und Nachfolger für Grundversorgerpraxen schwierig zu finden sind. Die Gründe dafür mögen vielseitig sein, sind jedoch beim näheren Betrachten in allen Ländern unabhängig vom Gesundheitssystem sehr ähnlich: unattraktive Dienstzeiten, z.T. grosse physische wie auch psychische Belastung, z.T. dürftige finanzielle Entschädigungen, fehlende finanzielle Beteiligung der öffentlichen Hand etc. etc. Dazu kommt ein verändertes Patientenverhalten mit Drang zum «Konsum» von medizinischen Leistungen am Zentrumsspital. Auf Grund von langjährigen Kontakten zu England und eigenen Erfahrungen im englischen National Health System (NHS) möchte der Autor über einige rasante, einschneidende wie auch unerwartete Veränderungen im Königreich berichten, also dem Land, das so lange in Bezug auf den Grundversorger oder besser gesagt den immer verfügbaren «General Practitioner» (GP) und dessen «Gatekeeper-Funktion» mehr als nur Modellcharakter hatte. Auch wurde ja immer wieder berechtigt darauf hingewiesen dass dieses «Englische Modell» sehr viel günstiger sei.

Neuer Vertrag für den «General Practitioner» (GP)

Die «British Medical Association» (BMA) führte bereits im Jahre 2001 eine Mei-

nungsumfrage bei den GPs durch und stellte eine generelle Unzufriedenheit betreffend Arbeitsbelastung und Freude am Beruf fest. Zudem äusserten über 80% der GPs das Bedürfnis, nur noch auf eigenen Wunsch Notfalldienst («out of hour service») zu leisten und stellten dadurch die generelle Notfallpflicht in Frage. Im Laufe des Jahres 2004 kam es zu unerwarteten und einschneidenden Entwicklungen. Sämtliche GPs in England erhielten einen neuen Vertrag, welcher auch die «out-of hour» Verpflichtungen regelte, also die Notfalldienstpflicht in den Randzeiten. Die BMA entschied Folgendes: bis April 2004 gehörte der Notfalldienst noch zum Pflichtenheft des GPs, zwischen April und Dezember 2004 wurde dieser Dienst nur noch als mögliche «Zusatzverpflichtung» deklariert und ab 1.1.2005 wurde er vollumfänglich vom GP auf sogenannte «Primary Care Organisations» übertragen. Diesem Vorgehen gab der Chairman der «General Practitioners» (Dr. Hamish Meldrum) im August 2004 grünes Licht. Anders gesagt ist ein GP also seit Januar 2005 nicht mehr für die Notfallversorgung seiner Region mitverantwortlich. Kollege Meldrum gab jedoch zu bedenken, dass diese vertragliche Veränderung den Bruch der traditionellen Arzt-Patienten-Beziehung darstelle. Zitat: «*However, if more GP's opt out of providing out-of-hours care and more private companies get involved in delivering primary care, this could mean the end of the traditional doctor-patient relationship!*» Dr. Meldrum appellierte an seine Kollegen, dass vielleicht trotzdem einige den Notfalldienst weiterhin bestreiten sollten. Zusammenfassend bezeichneten die Medien diesen Prozess als die wohl grösste Veränderung in der Geschichte des National Health System! Zitat aus den News der BBC: «*It is one of the biggest changes in the history of the NHS – GPs no longer have to provide care to patients in the evenings and at weekends.*»

Walk-In Zentren und Primary Care Zentren

Im Zuge der oben erwähnten Veränderungen entstanden in den letzten wenigen Jahren zahlreiche sogenannte «Walk-In Centres» und «Primary Care Centres», damit die Patienten und Patientinnen mit medizinischen Problemen insbesondere in

den Randzeiten (aber auch während den Praxisöffnungszeiten!) auch ohne Hausarzt versorgt werden können. Diese Walk-In Zentren schossen wie Pilze aus dem Boden. Bis Mitte 2005 wurden über 80 Zentren in England in Betrieb genommen, weitere sind geplant. Durch die Eröffnung dieser Walk-In Zentren wurde zudem versucht, die Notfallzentren der mittelgrossen wie auch universitären Spitäler zu entlasten, da die Patientenzahlen auch dort in den letzten Jahren wie in der Schweiz stark zugenommen haben. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass aus Kostengründen Notfallstationen in kleineren Spitälern zu Gunsten grösseren geschlossen oder zusammengelegt wurden (Konzentration der Ressourcen). Je nach Grafschaft (z.B. in Gloucestershire) wurden anstelle oder als Ergänzung zu den Walk-In Zentren sogenannte «Primary Care Centres» eröffnet. Diese werden nicht autonom sondern innerhalb von Spitälern betrieben. Je nach Wunsch des Patienten kann primär auch ein nationales oder lokales «Call-Centre» kontaktiert werden, welches die nötigen Triageschritte durchführt und schlussendlich entscheidet ob bis zum anderen Morgen, d.h. bis zur Öffnung der Hausarztpraxis, gewartet werden kann. Dass diese neuen Versorgungseinheiten teurer sind als die «altbewährten» Einzelpraxen wird zwar erkannt aber im Zuge der allgemeinen Gesundheitsreformen akzeptiert.

Neue Berufe auf dem englischen Gesundheitsmarkt

Interessant und zugleich erstaunlich ist die Tatsache, dass diese Walk-In Kliniken oftmals nicht durch Ärzte sondern durch speziell ausgebildetes NHS Pflegepersonal

Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Gutenbergstrasse 9, 3011 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, Gutenbergstrasse 9, 3011 Bern.
Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;
E-Mail: pwolf@hin.ch
Layout: Forum der Wirtschaft, Postgasse 19, 3011 Bern
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern.
Ausgabe Oktober 2005

betrieben werden. So trifft man auf die Bezeichnung «nurse-consultant» spezialisiert für «primary care», also Grundversorgung, oder spezialisiert für «mental health», also Psychiatrie. Diese Fachpersonen dürfen auch Medikamente einsetzen. Das Angebot umfasst die Beurteilung und Behandlung von Magenschmerzen, Hautallergien oder auch Husten und Kopfschmerzen bis hin zur Sexualberatung! Eine komplett neue Berufsbezeichnung ist der «Emergency Care Practitioner» (ECP), welcher rein vom Namen her jedoch nichts mit einem «Praktiker» zu tun hat! Hier ist eine paramedizinische Berufsgruppe gemeint, welche Hausbesuche mit dem Motorrad oder Auto durchführt! Insbesondere sind sie für die Behandlung von chronischen Leiden wie Asthma und Diabetes zuständig und sind befähigt Rezepte auszustellen und einfache Blutteste «am Krankenbett» durchzuführen. Insbesondere für Hausbesuche standen in den letzten Jahren immer weniger GPs zur Verfügung. Diese neue Berufsgruppe wurde übrigens am 26.6.2005 in der Haupttagesschau (Ten O'Clock News auf BBC 1) als die Schlagzeile angekündigt! Diese Neuerung wurde als weitere Verbesserung der NHS-Grundversorgung angepriesen! Es tut sich was im Königreich! Wo ist jedoch der GP und Gatekeeper geblieben? Auch die Einzelpraxen stehen kurz vor einem grossen Wandel ...

Die Grosspraxen oder «Super Surgeries» oder das Sterben der Einzelpraxen

Im Juni 2005 war dem British Medical Journal zu entnehmen, dass sogenannte Superpraxen («Super Surgeries») geplant sind mit dem Ziel, die über 10'000 Praxen auf ca. 1800 zu reduzieren. Die Überschrift lautete: «Super surgeries threaten general practice!» Die Einzelpraxis kommt somit unter Druck und steht womöglich kurz vor dem Untergang. In diesen Grosspraxen sollen jeweils bis zu 10 Grundversorger tätig sein!

Ein kurzer Blick nach «down under»

In der Wochenendausgabe der australischen Presse (The Weekend Australian) vom 23.7.2005 war zu entnehmen, dass die Grundversorgung aus denselben oben erwähnten Gründen in den ländlichen Gebieten kaum mehr aufrecht erhalten werden kann. Auf Druck der australischen Regierung ist die Einführung eines neuen Curriculums geplant, welches zukünftige

«Grundversorger» generieren soll, welche eine Mischung aus Pflegefachleuten und Ärzten darstellen sollte, dem sog. «doctor-nurse hybrid»! Diese Ausbildung soll relativ kurz gestaltet werden und entspricht wie befürchtet natürlich nicht einem klassischen Medizinstudium sondern eher einer medizinischen «Schnellbleiche». Die «Australian Medical Association» steht dieser Entwicklung sehr kritisch gegenüber und hält an der Stellung der Hausärzte fest. Von den Befürwortern des neuen Curriculums wird aber festgehalten, dass es für die umfassende Grundversorgung keine wie bisher klassische universitäre Ausbildung brauche, die dann Berufsleute generiere, welche dann sowieso einen professionellen Lifestyle führen möchten und sich somit für die Arbeit «auf dem Lande» nicht begeistern könnten... Vielmehr brauche es «Handwerker», die sich auch die Hände «schmutzig» machen wollen! Zitat: «You don't need to be a scientist to do a lot of primary healthcare. What we need is someone more like a mechanic, who can go in there and get their hands dirty.»

Schlussgedanken

Sollten die geschilderten Entwicklungen uns nun zu denken geben oder sind dies lediglich Meldungen «aus dem Ausland», welche uns ja (noch) nicht betreffen? Ein-

drücklich scheint mir die Geschwindigkeit dieser doch markanten Veränderungen, welche die Grundversorger in England bereits durchgemacht haben und weiter durchmachen werden. Wie sieht die Grundversorgung in England wohl in zehn Jahren aus? Wird der unkomplizierte Herzinfarkt zukünftig alleine durch einen «Nurse-Consultant in Cardiology» versorgt oder durch einen qualifizierten «Emergency Care Practitioner» oder sogar durch einen «Doctor-Nurse Hybrid», dessen Ausbildung nur 1–2 Jahre dauert? Viele Medizinalberufe werden heute in der Schweiz neu an höheren Fachschulen oder Fachhochschulen unterrichtet (infolge der Tertiärisierung oder besser «Akademisierung»), die Übergänge zwischen Fachhochschulen und Universitäten werden immer mehr «verwaschen» (auch durch den Bologna-Prozess zwecks Schaffung eines gemeinsamen Hochschulraumes in Europa) und die Wertigkeit einer gymnasialen Matur wird leider immer mehr durch die in Massen abgeschlossene Berufsmatura unterlaufen. Braucht es eigentlich noch ein Humanmedizinstudium um «Grundversorger» zu werden? Sollen die Grundversorger ihren Notfalldienst neuen Berufsgruppen wie dem des «nichtärztlichen Primary-Care Spezialisten» abdelegieren? Wie ist Ihre Meinung?

Antworten erbeten an:
hanspeter.kohler@insel.ch



Anlässe zur 200 Jahr-Feier der Med. Fakultät Bern

NOVEMBER

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

Klausurtagung BEKAG 2005

Der ambulante ärztliche Notfalldienst stand im Zentrum der diesjährigen Klausurtagung des Vorstands der Berner Ärztegesellschaft. Die Teilnehmenden erstellten einen Massnahmenkatalog zur Sicherstellung des Notfalldienstes im Kanton.

Die Berufsfeuerwehr der Stadt Bern besteht seit 1908. Heute sind 74 Mann – aufgeteilt in zwei Wachen – im 24-Stunden-Schichtbetrieb tätig und während dieser Zeit in der Feuerwehrkaserne im Breitenrain einquartiert. So sind rund um die Uhr im Minimum 18 Feuerwehrleute bereit, ihren Dienst zum Wohl der Nächsten zu verrichten.

Nobile officium

Auch die Ärzteschaft im Kanton Bern ist zum Wohl der Bevölkerung tätig – zum Beispiel im ärztlichen Notfalldienst. Anders als der Feuerwehrmann, der Sanitäter oder die Polizistin wird der Arzt verpflichtet, die gesetzlich auferlegte Notfallpflicht aus eigenen Mitteln zu finanzieren. Auch zahlen weder Staat, Kanton noch Gemeinde einen Beitrag an die nötige Infrastruktur für den Notfalldienst. Recht hat, wer an dieser Stelle auf das «nobile officium», die vornehme Pflicht eines Berufsstandes verweist. Unannehmbar ist jedoch, dass der Kanton Ärztinnen und Ärzte zum Notfall-

dienst verpflichtet, ihnen aber die nötigen Kompetenzen nicht gibt, um eventuelle Sanktionen gegen Drückeberger und Trittbrettfahrer in den eigenen Reihen durchzusetzen.

Zauberflöte

Und damit ist erst ein Teil – und nicht einmal der gewichtigste – der Probleme im Zusammenhang mit dem ärztlichen Notfalldienst angesprochen. Beat Gafner, Bezirksvereinspräsident und Vorstandsmitglied der BEKAG, hat im Rahmen des Projekts «Zauberflöte» die Charakteristika des Notfalldienstes im Kanton Bern zusammengefasst: grosse Unterschiede der Belastung der dienstleistenden Ärzteschaft in der Stadt und auf dem Land; wenige Kontakte mit Patienten auf dem Land bei grosser zeitlicher Belastung; heterogene Organisation des Dienstes durch weitgehende Delegation der Organisation an die Notfalldienstkreise; Abnahme der Dienstbereitschaft in den Agglomerationen; Zunahme der Teilzeitarbeit in den Arztpraxen; Anspruchshaltung der Patienten. Der Probleme sind noch mehr, nur die Aufzählung muss hier enden. Um das Funktionieren des ärztlichen Notfalldienstes unter erschwerten Bedingungen überhaupt noch sicherstellen zu können, müssen die organisierenden Bezirksvereine mehr und mehr (und contre cœur) zu Zwangsmassnahmen greifen. Sie tun dies mit zwiespältigem Erfolg, wie eingangs festgehalten.

Umsetzbare Lösungen

Was tun? Jürg Schlup, Präsident der BEKAG, und Beat Gafner gaben zusammen das Hauptziel der diesjährigen Klausurtagung vor: kurz- und mittelfristig umsetzbare Lösungen für die Sicherstellung des ärztlichen Notfalldienstes im Kanton Bern zu finden. Dazu wurden Gäste nach Oberhofen am Thunersee eingeladen, die ein eigentliches Kompetenzteam zur Frage des ärztlichen Notfalldienstes bildeten. Gleich zu Beginn der Veranstaltung verwies Hans Gerber, Kantonsarzt, auf die gesetzlichen Grundlagen des Notfalldienstes im Kanton Bern. Er signalisierte unmissverständlich das Interesse des Kantons, nach neuen Lösungen zu suchen. Dies macht auch aus ökonomischer Sicht Sinn: Unnötige Notfallkonsultationen im Spital verursachen bis zu zehn Mal mehr Kosten als eine ambulante notfallmässige Arztkonsultation. Anerkannt wurde seitens der Vertreter der Gesundheits- und Fürsorgedirektion auch, dass die Ärzteschaft den Notfalldienst unter zunehmend schwierigen Rahmenbedingungen bewältigt, welche den einzelnen Arzt, die einzelne Ärztin physisch und psychisch mehr und mehr belasten.

Leistungsvereinbarung

Bereits im Vorfeld der Klausur hat Beat Gafner mögliche Lösungen zusammengetragen, welche dann in drei Arbeitsgruppen eingehend diskutiert wurden. Dabei herrschte weitgehend Einigkeit darüber, dass es neue Modelle für den Notfalldienst braucht. Diese können aber ohne Hilfe des Kantons nicht finanziert werden. In Analogie zum Rettungswesen bräuchte es eine Leistungsvereinbarung zwischen Ärzteschaft und Kanton. Die Ärzteschaft wäre verantwortlich für die Organisation und das Funktionieren des Notfalldienstes, erhielte im Gegenzug vom Kanton Gelder für die Infrastruktur, die Debitorenverluste, den Honorarausfall oder die Weiterbildung der diensttuenden Ärztinnen und Ärzte.

Solche Reformvorschläge bringen aber ein gewichtiges Problem mit sich: Sie lassen sich nicht angehen ohne eine gewisse Neuverteilung von Aufgaben und Kompetenzen zwischen Kanton, BEKAG und Bezirksvereinen. So müsste die BEKAG künftig Rahmenbedingungen wie Dienstalter, Jahres-Notfalldienstleistungen, Ersatzabgaben und Entschädigungen für den Notfalldienst festlegen können. Sind die Bezirksvereine bereit, Kompetenzen abzugeben? Der eine oder die andere,



Prof. Hans Gerber, Kantonsarzt, Frau Dr. iur. Franziska Schneider, Leiterin Rechtsamt GEF, Dr. Daniel Marth, VR-Präsident Medphone

erschreckt ob der anstehenden Veränderungen, kommt ins Sinnieren und befindet dann möglicherweise: so schlimm sei der Status quo denn auch wieder nicht und die nächsten Jahre liesse sich durchaus mit den bestehenden Strukturen weiter arbeiten.

Hans-Peter Kohler, Präsident des Medizinischen Bezirksvereins Bern-Stadt, warnte mit Blick auf England vor einem naiven *laissez-faire*. In einem eindrücklichen Vortrag zeigte er auf, wie die Notfallversorgung in England innerhalb weniger Jahre durch den Boom von Walk-in Centers oder Primary Care Centers dominiert wurde (siehe Artikel Seiten 10 und 11). Die englischen Grundversorger haben sich vollständig aus dem ärztlichen Notfalldienst zurückgezogen. Ihre Arbeit wird nun von speziell ausgebildetem Krankenpflegepersonal verrichtet.

Huisartsenpost

Harrie van Rooij, Leiter Qualitätsmanagement eines ambulanten Notfallzentrums in Tilburg, Holland, verwies auf Möglichkeiten, wie die anstehenden Herausforderungen im Interesse der Ärzteschaft und der Patienten zu bewältigen sind. Der Referent berichtete von der Neuorganisation des ärztlichen Notfalldienstes in den Niederlanden. Die Probleme waren in etwa dieselben wie in der Schweiz: zu hohe Belastung der dienstleistenden Ärzte, drohender Hausärztemangel, Infragestellung der Versorgungssicherheit. Die Kumulation der Probleme führte dazu, dass die Neuorganisation des Dienstes nicht mehr

tabuisiert wurde. Kerngedanke war, den Notfalldienst in ambulanten Zentren zu organisieren, in welchen die Ärztinnen und Ärzte vom frühen Abend bis zum nächsten Morgen ihren Dienst leisten. Van Rooij veranschaulichte die Entwicklung des Notfallzentrums anhand von Tilburg und seiner Agglomeration, wo früher jeweils vier bis zehn Ärzte die Betreuung von 5'000 bis 21'000 Bewohnern sicherstellen mussten. In der neuen «Huisartsenpost», so genannten Hausarztposten, leiste eine regional organisierte Ärzteschaft ihren Notfalldienst für 75'000 bis 250'000 Einwohner. Zur Huisartsenpost gehören medizinisch geschulte Telefonberater/beraterinnen, ein unterstützender «Telefonarzt» (im Sinne eines Call-Centers für die Triage), ein Empfang, die dienstleistenden Ärztinnen und Ärzte, Fahrer für den Transport von Patienten und für die Unterstützung des ausrückenden Arztes sowie administrative Dienste. Die Ärzte werten die Erfahrungen mit dem «Huisartsenpost» überwiegend positiv und wollen nicht mehr zurück. Hervorgehoben wird, dass man mit diesem Modell voneinander lernen kann, weil der Arzt nicht mehr der Einzelkämpfer in seiner Praxis ist. «Die Arbeit auf dem «Huisartsenpost» ist viel intensiver als der traditionelle Notfalldienst, übers Jahr gesehen muss aber dank der Zentralisierung deutlich weniger Dienst geleistet werden», so von Rooij. Die



Der Präsident, Jürg Schlup, gibt die Ziele der Klausurtagung vor.

geleisteten Arbeitsstunden werden übrigens mit 50 Euro pro Stunde entschädigt.

Kantonsweite Triagestelle

Wie geht es im Kanton Bern weiter? An der Delegiertenversammlung vom 20. Oktober 2005 (nach Redaktionsschluss doc. be) wird das Projekt einer kantonsweiten telefonischen Vermittlungs- und Triagestelle präsentiert. Eine solche ärzteigene Triagestelle ist Voraussetzung dafür, vom Kanton ernst genommen zu werden und über eine Leistungsvereinbarung mit Aussicht auf Erfolg verhandeln zu können. Man mache sich da keine Illusionen: ohne ein kantonsweit zuständiges, Triage- bzw. Kompetenzzentrum, das Qualitätsmerkmale wie Erreichbarkeit, Länge von Wartezeiten am Telefon oder die Qualität der Auskunftserteilung auch gegen Aussen dokumentieren kann, wird es sicher kein Geld vom Kanton im Sinne einer Leistungsabgeltung geben.

Für Februar bis April 2006 plant Beat Gafner statistische Erhebungen über die Häufigkeit von Konsultationen, Hausbesuchen und Telefonkonsultationen während des Notfalldienstes. Auch diese Zahlen sind Grundvoraussetzung zum Verhandeln einer Leistungsvereinbarung mit dem Kanton, wie Gafner betonte.

Marco Tackenberg, PID



Dr. Beat Gafner, Leiter Projekt Notfalldienst «Zauberflöte»



Trust sei Dank



GallOnet



trustmed



TrustCenter sind ein Gewinn für alle Beteiligten:

Für die Krankenkassen
dank enormer Konzentration der Rechnungen*

Für die Versicherten
dank 100-prozentigem Datenschutz

Für die Ärzte
dank Praxisspiegel und Aufhebung von Limitationen

Besser, Sie rechnen auch mit uns!

*) Bis heute warten 12,5 Mio. elektronische Rechnungskopien von 7200 Ärzten und Ärztinnen

newindex

Wir schaffen Synergien

Erfahrungen aus der Inspektion von Privatapotheken der Ärzte



Dr. pharm. S. Fritz,
Mühledorf



Dr. med. P. Fuchs,
Attiswil

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsgesetzes von 1984 wurden Rechte und Pflichten der Medizinalpersonen im Kanton Bern neu geregelt. Die Aufsicht über den Verkehr mit Heilmitteln wurde dem Kantonsapothekeramt übertragen und dieses setzt nebenamtliche Inspektoren ein, um die Einhaltung der Vorschriften zu überprüfen. Inspektionen in öffentlichen Apotheken, Spitalapotheken, Privatapotheken der Ärzteschaft sowie Drogerien finden bei Eröffnung, Handänderung bzw. Änderung der verantwortlichen Person, Umbauten aber auch periodisch, ca. alle 4 Jahre statt. Für die Privatapotheken der Ärzte mit Bewilligung zur Selbstdispensation bilden ein Arzt und ein Apotheker das Inspektions-team. Wir Inspektoren betrachten uns weniger als «Polizisten», sondern eher als Berater der aufgesuchten Ärzte. Das Anliegen des Kantonsapothekeramtes ist es, dass Medikamente nach den geltenden Gesetzen und Regeln der Berufsausübung hergestellt, verteilt und abgegeben werden. Aufgabe der Inspektoren ist es, die Einhaltung dieser Regeln zu überprüfen und – wo nötig – Wege aufzuzeigen, wie sie eingehalten werden können. In den meisten Fällen kann dies im gegenseitigen Gespräch problemlos gewährleistet werden. Die Gesetzesgrundlagen bezüglich der Medikamentenversorgung haben sich in den letzten Jahren stark weiterentwickelt. Ein eidgenössisches Heilmittelgesetz und die zugehörigen Verordnungen wurden geschaffen bzw. sind in Erarbeitung. Die Regeln der «Good Manufacturing Practice» (GMP) bzw. der «Good Distribution Practice» (GDP) wurden konkretisiert. Es wird heute im Rahmen der Arzneimittelsicherheit eine weitestgehende Rückverfolgbarkeit der Heilmittel vom Hersteller bis zum Patienten gefordert. Dies umfasst die Dokumentation der Herstellungs- und Lager-

bedingungen auf dem ganzen Lebensweg eines Heilmittels und durch alle Marktteilnehmer.

Diese Entwicklungen schlagen sich auch im Inspektorat nieder. Auf Beginn des laufenden Jahres wurde ein neues Inspektionsprotokoll in Form einer Checkliste probenhalber eingeführt, welches all diese Elemente beinhaltet. Dies wurde in einem Rundschreiben des Kantonsapothekers im Dezember 2004 allen Arztpraxen mit Privatapotheke mitgeteilt. Das Protokoll enthält Fragen zu zwingend einzuhaltenden Vorschriften aber auch Informationsfragen zu für die Gesundheitsdirektion relevanten Themen.

Die zu inspizierenden Arztpraxen erhalten das Protokoll zusammen mit Erläuterungen frühzeitig vor der Inspektion und werden aufgefordert, es im Sinne einer Selbstkontrolle selber auszufüllen. Es dient so den Inspektorinnen und Inspektoren als Basis für die Inspektion. Es ermöglicht aber den Arztpraxen auch, ihre Privatapotheke an die geforderten Standards anzupassen. Ende 2005 sollen die Erfahrungen mit dem neuen Protokoll ausgewertet werden.

Neu ist auch, dass auf der Homepage des Kantonsapothekeramtes unter «www.gef.be.ch/site/index/gef_direktor/gef_kapa_kantonsapotheker.htm» die entsprechenden Dokumente heruntergeladen werden können.

Im Folgenden möchten wir stichwortartig auf die häufigsten Probleme eingehen, welche wir in diesem Jahr, aber teilweise auch schon früher anlässlich unserer Inspektionen angetroffen haben:

- Das Heilmittelgesetz untersagt die Herstellung von Heilmitteln in Arztpraxen. Zur Herstellung gehört auch das Abteilen aus grösseren Packungen oder das Abfüllen von Flüssigkeiten (auch Methadonlösung!) zur Mitgabe an Patienten. Diese Arbeiten dürfen nur durch Betriebe, welche über eine Herstellungsbewilligung verfügen, ausgeführt werden.
- Es dürfen für Arztpraxen keine Magistralrezepturen auf Vorrat mehr hergestellt werden. Diese müssen rezeptiert, von einer Apotheke hergestellt und dem entsprechenden Patienten ausgehändigt werden.
- Zur Belieferung einer ärztlichen Privatapotheke bedarf es einer Grosshandelsbewilligung.
- Die Temperatur in den Lagerräumen und im Medikamentenkühlschrank muss mit-

tels validierten Minima-Maxima-Thermometern überwacht und dokumentiert werden. Bei der Beschaffung und Prüfung geeigneter Thermometer – sie sind heute recht günstig erhältlich – können die Ärztegrossisten behilflich sein. In Apotheken werden häufig Thermometer der Marke «Oregon», erhältlich über die Firma os-technology, Gümligen (<http://www.ostechology.ch>), eingesetzt. Bei Kühlschränken empfiehlt es sich, bei Neueinrichtungen einen validierten Medikamentenkühlschrank mit automatischer Temperaturkontrolle einzubauen.

- Beim Umgang mit Betäubungsmitteln und Benzodiazepinen müssen wir immer wieder Versäumnisse feststellen. Hier werden häufig die Möglichkeiten der Praxis-EDV-Systeme nicht ausgenützt, welche es erlauben, die Betäubungsmittel- und Benzodiazepin-Kontrollen auf einfache Weise richtig und nachvollziehbar zu führen. Selten werden die vorgeschriebenen jährlichen Bestandesmeldungen (Art. 12 Verordnung zum BG über die Betäubungsmittel) an das Kantonsapothekeramt gemacht. Die dazu erforderliche Liste kann heute ebenfalls im Internet gefunden werden unter «www.swissmedic.ch/files/pdf/BTM_Formular_Bestand_Apotheken_V02.xls».

Einige Arztpraxen haben bereits ein Qualitätsmanagement-System (QMS) eingeführt. Für sie ist es selbstverständlich, dass zu allen Prozessen, welche in der Praxis ablaufen, Checklisten und Verfahrensanweisungen erstellt wurden. Das neue Inspektionsprotokoll kann eine der Grundlagen sein, auf welcher QMS-Elemente im Heilmittelbereich erstellt werden. So fragt es beispielsweise nach schriftlichen Verfahrensregeln bezüglich Zutrittsberechtigung zu den Praxisräumlichkeiten, den Medikamentenrücknahmen und -retouren oder nach einer Dokumentation der Zuständigkeiten bezüglich Medikamentenabgabe (insbesondere im Betäubungsmittelbereich) sowie der Einarbeitung und Fortbildung der Mitarbeitenden. Zukünftig könnte allenfalls der Nachweis eines QMS die Inspektion überflüssig machen!

Unsere ersten Erfahrungen mit dem neuen Protokoll zeigen, dass dieses nach einer ersten (angesichts der vielen Seiten verständlichen) Abwehrreaktion doch meist als nützliches Instrument akzeptiert wird, auch wenn vielleicht noch ein paar kleine Anpassungen sinnvoll sind und bestimmt auch erfolgen werden.

Wir freuen uns, wenn Sie uns Inspektoren in diesem Sinne offen und konstruktiv entgegen treten, um gemeinsam ein Optimum bezüglich Arzneimittelsicherheit in Ihren Privatapotheken anzustreben.

BEKISplus – was ist das?



Dr. med. C. Hug,
Madiswil,
Delegierter der
Ärztesgesellschaft
für eDaten-
transfer Spital-
Praxis-Spital

BEKISplus geht uns alle an! Der folgende Artikel zeigt auf, was es mit BEKISplus auf sich hat und warum wir frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte uns dafür interessieren müssen.

«BEKISplus – Definition der technischen Minimalstandards und der Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Systemen für Klinikinformationssysteme im Kanton Bern unter Berücksichtigung der Anforderungen Datenschutz» – so heisst der Bericht, der im Frühjahr 2005 dem Gesundheitsdirektor Samuel Bhend durch eine Projektgruppe übergeben worden ist.

Was ist überhaupt ein Klinikinformationssystem (KIS; BE für Bern)? Was interessiert den Praktiker ein KIS? Im Folgenden werde ich diese Fragen beantworten und auch kurz ausführen, wie es zum Projekt BEKISplus überhaupt kam.

Die folgende Definition habe ich den Unterlagen zum Projekt BEKIS entnommen: «Aufgabe eines Klinik- oder Krankenhausinformationssystems ist es, den Primärintput (Diagnostik, Therapie, Pflege, Hotelversorgung), den Primärouput (Überweisung, Aufnahme/Ambulanz, Diagnostik, (prä- und postoperative) Station, OP, Entlassung/Rechnung) und den Behandlungsprozess des Patienten vollständig zu unterstützen und zu dokumentieren¹.»

«Herzstück von BEKIS ist die elektronische Krankenakte (medizinische und Pflege-dokumentation)².»

Mit einem KIS sollen folgende Ziele erreicht werden (ich erwähne hauptsächlich den Nutzen für den medizinischen Sektor; auch weiteres Spitalpersonal und die Spitalführung können aus einem KIS Vorteile ziehen):

- Vereinfachter und effizienter administrativer Aufwand (viele Daten müssen nur noch einmal erfasst werden und die involvierten Stellen können jederzeit darauf zugreifen)
- Qualitätssteigerung im diagnostischen und therapeutischen Bereich (Vermeidung von Doppelspurigkeiten, Vermeidung von Fehlbehandlungen etc.)
- Einfacher Zugriff auf Patientendaten (die elektronische Krankengeschichte kann nicht verlegt werden!)
- Schnelles Erstellen von korrekten, informativen Berichten (inkl. Berichte von zugezogenen Konsiliarärzten; korrekter und aktueller Medikamentenplan; etc.)
- Verbesserte Kontinuität zwischen dem Spital und vor- und nachgelagerten Stellen (z.B. Zuweiser, Spezialärztin, Sekundär-, Tertiärspital, etc.)

Im Jahre 2001 suchte das Inselspital ein Klinikinformationssystem; 5 Produkte wurden evaluiert und eines davon gewählt. Gegen diese Wahl wurde Einsprache erhoben, worauf der Regierungsrat die Anschaffung stoppte und das Projekt BEKIS mit dem Ziel startete, ein für den Kanton einheitliches System zu beschaffen.

Im Mai 2003 und erneut im März 2004 hatte die Geschäftsprüfungskommission des Grossen Rates eine Kreditvorlage zum Projekt BEKIS mit der Begründung abgelehnt, das vorliegende Projekt beinhalte zu hohe betriebliche und finanzielle Risiken, wobei unbestritten blieb, dass die Spitäler dringend ein KIS benötigen. Im April 2004 erhielt die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) vom grossen Rat den Auftrag, anstelle eines einheitlichen Systems für alle Spitäler, innerhalb der nächsten 6 Monate zusammen mit Vertretern der frei praktizierenden Ärzteschaft und der Spitäler, Standards sowie Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Systemen zu definieren. Das Projekt BEKISplus war geboren,

und am 25.8.04 fand die erste Sitzung statt. Für die frei praktizierende Ärzteschaft besteht dabei der Hauptunterschied zu BEKIS darin, dass die Schnittstellen zu den zuweisenden und nachbetreuenden ÄrztInnen implementiert werden müssen; im Projekt BEKIS war dies noch nicht verlangt. Thomas Kissling, Mühleberg, und Christoph Hug, Madiswil, wurden von der BEKAG als Vertreter der FPA in die Projekt-Gruppe entsandt. Nach einigen Sitzungen wurde dann Anfangs Mai 2005 der Bericht BEKISplus an Regierungsrat Samuel Bhend übergeben. Die öffentlichen Spitäler können nun ein KIS anschaffen, dieses muss aber die in BEKISplus definierten Minimalanforderungen erfüllen.

Und hier kommt die Antwort darauf, warum sich die Berner Ärzteschaft für das Projekt BEKISplus interessiert: in BEKISplus ist definiert, auf welche Daten/Dokumente der vor- oder nachbehandelnde Arzt (Hausärztin, Spezialistin) mindestens elektronischen Zugriff haben muss – natürlich nur auf die Daten von «eigenen» PatientInnen:

- Patienten-Stammdaten (z.B. Name, Versicherung, Versicherungs-kategorie etc.)
- Haupt- und Nebendiagnosen
- Befunde Radiologie
- Befunde Labor
- Medikamenten-Verordnung während Spitalaufenthalt
- Berichte (Austritts-, Übergabe-, Schlussberichte; Spezialberichte: OP-, Konsiliar-, IPS-, Anästhesieberichte, etc.)

Weitere Informationen/Daten können zusätzlich freigeschaltet werden (Beispiele):

- Ressourcenplanung Betten
- Ressourcenplanung OP
- digitale Röntgenbilder
- Pflegedokumentation

In den öffentlichen Spitälern laufen nun erste Evaluationen von existierenden Klinikinformationssystemen. Die einzelnen Spitäler sind unterschiedlich weit fortgeschritten, die Informatik-Leiter pflegen jedoch einen regen Gedankenaustausch. Mit einigen Informatik-Verantwortlichen konnte ich im Auftrag der BEKAG bereits zusammensitzen und auf unsere besonderen Bedürfnisse hinweisen. Mein Ziel ist es, dass für die Arztpraxen keine, oder möglichst geringe Kosten entstehen, wenn wir uns an ein KIS anschliessen und dass nicht pro Klinik verschiedene Systeme (Software, Zertifikate etc.) für den Zugriff benötigt werden.

¹ Jürg Wägli: Benutzer-/Fach- und Einführungskonzept für das Projekt BEKIS; keine Jahresangabe; p.23

² André Leitner, Peter Gabriel: BEKIS-Beschaffung – Projektcharta V.3; 9. September 2002; p.4

Prinzipiell ist der Zugang zu den Daten kein Problem; mit einem Web-Interface sollte es möglich sein, dass wir übers Internet direkten Zugriff auf die Daten erhalten. Immens wichtig ist aber der Datenschutz: die Arztpraxis muss eindeutig definierbar sein (z.B. mittels Zertifikat) und der Datenfluss darf nur verschlüsselt erfolgen. Ob ASAS (HIN) eine entsprechende Lösung anbieten kann, bzw. ob den Datenschützern diese Sicherheitstechnologie genügt, oder ob ein Zertifikat verlangt wird (z.B.

X.509 – erhältlich nur gegen Vorweisung von offiziellen Dokumenten, wie Pass oder ID; kostenpflichtig), ist noch nicht geklärt. Schwierig wird auch das Problem «Notfallpatient» zu lösen sein: wie können in der Nacht auf den Sonntag die Daten eines Notfallpatienten, der kurz vorher hospitalisiert war, für den Notfallarzt freigegeben werden? Und gerade diese Situation ist für die Notfalldienst leistenden Kolleginnen sehr interessant.

Wie geht's weiter? Die öffentlichen Spitäler evaluieren die KIS und beantragen dann bei der GEF die entsprechenden finanziellen Bedürfnisse. Von Seiten der praktizierenden Ärzteschaft werden wir mit den Kliniken weiter in Kontakt bleiben, um sicher zu stellen, dass eine für uns akzeptable und möglichst günstige Anbindung an jedes KIS erfolgt. Möchten Sie mehr wissen? Kontaktieren Sie mich über chug@hin.ch. Weitere Informationen an dieser Stelle werden folgen!

Betakli 2005

Mittwoch 16.
bis
Samstag 19.11.2005

Inselspital

Anmeldung online unter
www.berner-aerzte.ch
oder per Fax 031 390 25 64

ROKO

Frist für Einreichen des
RoKo-Fragebogens 2004:
30. November 2005

TERMINE 2005

24. November
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit



Ballast bitte abgeben!

Rechnungen ohne Ärztekasse sind teuer
Das Büro in der Praxis bringt Ihnen keinen Ertrag – nur Kosten. Sinnvoller ist es, die administrativen Routineaufgaben an die Ärztekasse auszulagern. Setzen Sie deshalb jetzt zum Befreiungsschlag an und reden Sie mit den Spezialisten der Ärztekasse.

Praxismanagement und Outsourcing

A K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Steinackerstrasse 25 · 8902 Udorf
Telefon 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 60
www.aerztekasse.ch
marketing@aerztekasse.ch

Gentech-Moratorium: Solidarität ist gefragt



Prof. Dr. Beda
M. Stadler,
Direktor des
Instituts für
Immunologie,
Inselspital Bern

Es gibt vielleicht Ärzte, die denken, was sind schon fünf Jahre? Schliesslich betrifft es uns kaum. Die Gentechnik in der Medizin ist völlig akzeptiert. Diese Initiative ist unehrlich, weil die Initianten in Wirklichkeit ein definitives Verbot wollen. Selbst Medikamente aus gentechnisch veränderten Pflanzen könnten problemlos aus dem Ausland importiert werden. Nur angesichts der politischen Realität sind die Initianten von ihrer fundamentalistischen Position abgewichen und auf ein Moratorium von zunächst zehn und schliesslich fünf Jahren eingeschwenkt. Die Initianten werden auch nach fünf Jahren noch behaupten, die Gentechnik gehöre nicht in die Natur! Wo waren die Initianten, als damals in Bern der gentechnisch veränderte Choleraimpfstoff erprobt wurde und somit in die Natur freigesetzt wurde? Vielleicht funktioniert das Spiel mit der Angst nicht so gut, falls die Konsumenten einen Nutzen sehen?

Diese Initiative ist auch unehrlich, weil es den Konsumenten Lebensmittel aus einer gentechnikfreien Landwirtschaft verspricht, dieses Versprechen aber nicht hält. Denn auch nach einer Annahme der Initiative bleibt die Einfuhr von Produkten aus gentechnisch veränderten Pflanzen in die Schweiz gesetzlich erlaubt, und zwar sowohl als Nahrungs- als auch als Futtermittel. Den Bauern werden bessere Marktchancen mit gentechfreien Produkten versprochen. Die Bauern können schon heute freiwillig auf den Einsatz von Gentechnik verzichten, wie die zahlreichen Biolabels und die neu geschaffenen gentechfreien Zonen in verschiedenen Regionen der Schweiz beweisen. Die strenge Gentechnikkgesetzgebung stellt sicher, dass Ko-

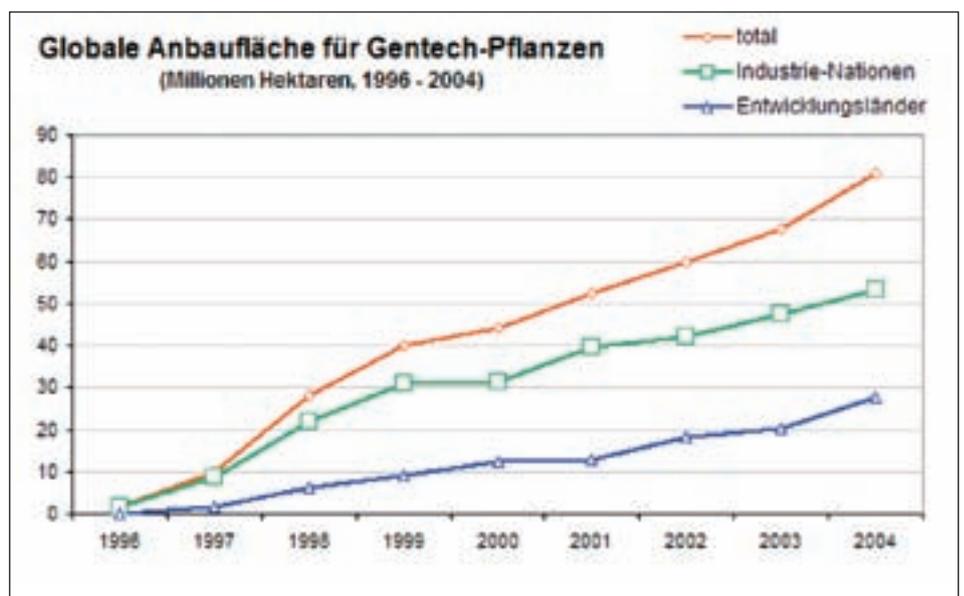
existenz der verschiedenen Produktionsweisen möglich ist. Dazu braucht es kein Moratorium. Das Moratorium will die Bauern aber bevormunden: Anders als im Ausland sollen diese künftig keine neuen schädlings- und krankheitsresistenten Pflanzensorten mehr anpflanzen dürfen. Ein staatliches Anbauverbot in der Schweiz wird die Marktchance der gentechfreien Produkte aber nicht verbessern können. Neuste Untersuchungen zeigen, dass weltweit bereits über 80 Millionen Hektaren gentechnisch verbesserte Pflanzen angebaut werden, dies von über 8 Millionen Bauern (siehe Figur). Im Vergleich dazu könnte man die Schweizer Landwirtschaft mit Swissminiatur in Melide vergleichen! Während diese Technologie weltweit immer mehr Zuspruch findet, diskutieren wir in unserem Land darüber, ob wir diese zukunftsweisende Technologie verbieten wollen!!

Wir haben seit dem 1.1.2004 in der Schweiz eines der strengsten Gentechnikkgesetze der Welt. Dieses Gesetz garantiert einen verantwortungsvollen und sicheren Umgang mit der Gentechnik auch im Bereich Landwirtschaft und Ernährung. Es nimmt die Befürchtungen der Bevölkerung ernst und gewährleistet die sichere und verantwortungsvolle Anwendung von gentechnisch veränderten Pflanzen in der Schweiz, sowie die Deklaration der Produkte und damit die Wahlfreiheit für den Konsumenten. Die Konsumenten können

heute frei wählen, was sie essen wollen und was nicht. Sie können sich schon heute für oder gegen gentechfreie Lebensmittel entscheiden.

Das Moratorium sendet ein falsches Signal an den Forschungsplatz Schweiz. Heute nimmt die Schweiz bei der Forschung in der Pflanzenbiotechnologie weltweit den sehr beachtlichen 5. Rang ein. Die Schweiz braucht Innovationen und nicht Stillstand. Dazu müssen innerhalb des rechtlichen Rahmens alle modernen Technologien auch in der Schweiz eingesetzt werden können. Sonst geht die Entwicklung im Ausland weiter, und neue Arbeitsplätze werden dort geschaffen. Selbst wenn die Forschung vom Moratorium ausgenommen sein soll, kann die praktische Anwendung einer Technologie nicht von der Forschung getrennt werden. Wer investiert schon Geld und Mühe in Forschung, deren Anwendung verboten ist?

Letztlich geht es auch um Solidarität. Die Genschutzinitiative hat allen Forschern in der Biomedizin eine Zukunft garantiert. Warum soll dieses Moratorium Forschern, die auf anderen Gebieten wirken, unnötig Knebel zwischen die Beine werfen? Meine Kollegen an der ETH beklagen bereits heute einen Studentenrückgang auf dem Gebiet der grünen Gentechnologie. Bereits diese unsinnige Debatte hat uns geschadet. Die meisten von uns haben vergessen, dass praktisch die gleichen Leute wie die Initianten schon vor der damaligen Genschutzinitiative ein Moratorium für gentechnisch hergestellte Medikamente forderten. Aus heutiger Sicht eine Absurdität! Etwa so werden wir das Gentechmoratorium in ein paar Jahren beurteilen.



Gentechfrei – der gesündere Weg



Simonetta Sommaruga, Ständerätin, Präsidentin der Stiftung für Konsumentenschutz und von Swissaid

Die Gentechfrei-Initiative hat zum Ziel, dass die schweizerische Landwirtschaft für fünf Jahre keine Gentech-Pflanzen anbaut. Das Verbot für Genmanipulation an Nutztieren, das seit dem neuen Gentechnik-Gesetz gilt, kann in dieser Zeit nicht gelockert werden. Nicht vom Moratorium betroffen sind die Forschung und medizinische Anwendungen.

Gefährdet Gentechnik im Landwirtschafts- und Lebensmittelbereich unsere Gesundheit? Was die Auswirkungen der Agro-Gentechnik auf die Gesundheit betrifft, befinden wir uns erst am Anfang des Experimentes. Weltweit werden noch nicht 5 Prozent der Agrarflächen mit gentechnisch veränderten Kulturen bebaut. Beim Genteuch-Saatgut, welches kommerziell verfügbar ist, handelt es sich hauptsächlich um Futtermais oder Mais zur Stärkeproduktion sowie Soja und Raps zur Speiseölgewinnung. Das sind alles Produkte, welche hauptsächlich in verarbeiteten Lebensmitteln als Zutaten verwendet werden können. In der Schweiz ist das Lebensmittelangebot nach wie vor gentechfrei.

Keine Lust auf die Rolle als Versuchskaninchen

Konsumentinnen und Konsumenten haben wenig Lust, für die Gentech-Konzerne Versuchskaninchen zu spielen. Überall begegnen die Menschen, insbesondere in Europa, der Genmanipulation an Nahrungsrohstoffen mit grösster Skepsis. Umfragen ergeben 70 bis 80 Prozent Ablehnung. Zwei Faktoren sind dafür verantwortlich:

- Das aktuelle Angebot an Genteuch-Pflanzen bringt den Konsumentinnen und Konsumenten keine Vorteile. Was haben wir von herbizidtolerantem Saatgut?
- Konsumenten haben genug von Lebensmittelkandalen. Zu oft wurden bei der Wahl der Lebensmittelzutaten die Grenzen der Appetitlichkeit gesprengt, bis hin zu dioxinhaltigen Industrieabfällen. Besonders eklatante Auswirkungen hatte die BSE-Krise: Die Futtermittelbranche missachtete natürliche Schranken, indem Tiermehl – mit Billigung der Wissenschaft – in Futtermittel für Wiederkäuer beigemischt werden durfte.

Ökologische, soziale und wirtschaftliche Fragen

In der Diskussion über die Agro-Gentechnik geht es um das Vertrauen der Konsumentinnen und Konsumenten. Im Vordergrund stehen ökologische, soziale und wirtschaftliche Fragen mit mannigfachen Auswirkungen auf das menschliche Wohlbefinden. Der Markt für Genteuch-Saatgut ist auf industrielle Anbausysteme ausgerichtet. Einseitig spezialisierte Betriebe betreiben Monokultur und verursachen Bodenerosion. Der Einsatz von Agrochemikalien ist Ursache für Umweltprobleme. Genteuch-Saatgut verlängert die Sackgasse, bis sich auch die Unkrautpflanzen und die Schädlinge an die neuen Bedingungen gewöhnen und ihre Überlebensfähigkeit anpassen. Mit jeder Drehung an der Gift-Spirale werden die Probleme unlösbarer.

Für industriell und intensiv betriebene Landwirtschaft läuft der Wettbewerb einzig über Kosten und Preise. Unter diesen Bedingungen geraten die Bauernfamilien weltweit in die Abhängigkeit der mächtigen Akteure im Welthandel. Über die Globalisierung verschlechtert sich die soziale und wirtschaftliche Lage der Landwirtschaft. Was nützen dem Kleinbauern in Brasilien oder in Nigeria die Versprechungen der Genteuch-Konzerne, wenn er kein Land zur Bewirtschaftung hat? Was nützt

Genteuch-Forschung, wenn eine höhere Maisernte in Afrika nicht vom Land in die Städte transportiert werden kann?

Nachhaltigkeit als agrarpolitisches Ziel

Die schweizerische Landwirtschaft hat sich in den letzten zehn Jahren auf den ökologischen Weg gemacht. Die Agrarpolitik fördert naturnähere und tierfreundliche Produktion. In allen Landesgegenden werden Spezialitäten gepflegt und mit neuen Ideen vermarktet. Marken und Label für ökologische Produktionsmethoden oder fairen Handel sind im Aufwind. Die Vielfalt blüht, Überschüsse von Massenware sind Vergangenheit. Die Bevölkerung anerkennt die Leistungen der Bäuerinnen und Bauern.

Für die Ziele des Verfassungsartikels 104 – Produktion gesunder Nahrungsmittel, umweltfreundliche Produktion und dezentrale Besiedlung des Landes – kann die schweizerische Landwirtschaft auf die bisher am Markt angebotene Agro-Gentechnik verzichten. Die Landwirtschaft will darauf ver-



zichten. Alle nationalen Bäuerinnen- und Bauernorganisationen stehen hinter der Genteuchfrei-Initiative. Bauern- und Konsumenten ziehen am selben Strick. Eine genteuchfreie Landwirtschaft bis 2010 erleichtert allen Partnern am Lebensmittelmarkt das Leben.

Schade, dass sich Wissenschaftler für eine Gegenkampagne vor den Karren spannen lassen, die den Untergang des Forschungsplatzes beschwört, obschon die Forschung klar vom geforderten Moratorium ausgenommen ist. Schade, dass der Bundesrat nicht anerkennt, dass die Landwirtschaft mit genteuchfreier Produktion auf Qualität setzt. Darum ist es gut, dass in der Schweiz das Volk das letzte Wort hat. Mit einem JA zur Genteuchfrei-Initiative wählt es den gesünderen Weg.

Hurraaaaaah, es ist ein Mädchen



Th. Heuberger,
Grossrat

Wir haben eine Geburtsstunde erlebt, und zwar die Geburtsstunde der Hausarztmedizin als universitäre Institution im Kanton Bern. Der Grosse Rat hat mit deutlichem Mehr (144:14) eine Motion (Motion Fritschy) überwiesen, welche die Schaffung eines Ordinariats für Hausarztmedizin fordert und dieses in den normalen universitären Kontext einbauen will. Das zu schaffende Ordinariat soll entsprechende Mittel für Lehre und Forschung in Hausarztmedizin erhalten.

Man gestatte mir, mich hierüber erfreut, vielleicht sogar etwas euphorisch zu zeigen, obwohl von einem parlamentarischen Beschluss, ja sogar von einem bindenden Auftrag an die Regierung bis zur Verwirklichung desselben nicht selten viel Zeit vergeht. Es sind immer noch Hürden zu überwinden, auch eine Verwässerung ist möglich, dennoch gilt: «Nid lugg lah, g'winnt!» Daneben wurden flankierende Massnahmen vorgeschlagen, um die Hausarztmedizin attraktiver und zukunftsfähiger zu machen. Die Regierung wurde verbindlich dazu verpflichtet, diese auch umzusetzen. Statt des von der Regierung gewünschten Postulats wurde meine Motion (Alarmruf) mit einer mehr als nur satten Mehrheit überwiesen (157: 0, bei 0 Enthaltungen!!). Ich bin sicher, dass mir dies in meinem parlamentarischen Leben kaum mehr passieren wird. Der Auftrag lautet, mit einer breit abgestützten Arbeitsgruppe Eckpunkte und Massnahmen zu planen, um die Attraktivität des Berufsfeldes «GrundversorgerIn» zu erhöhen und das Umfeld der Praxisarbeit zukunftsträchtiger und weniger belastend zu gestalten. Hierbei sollen nicht nur die Erziehungs- und die Gesundheitsdirektion einbezogen werden, sondern die Beratungen müssen weiter

greifen und auch Volkswirtschaft, BEKAG, Versicherer und FMH einschliessen. Alle Facetten des Berufs sollen erfasst werden, um Ansatzmöglichkeiten auf breitem Feld zu definieren. Dies alles ist nötig, um die ambulante medizinische Grundversorgung und die Notfallversorgung langfristig sicherzustellen. Denn würde der Beruf der Grundversorgerin, des Grundversorgers aussterben, müsste er durch staatliche Instrumente ersetzt werden.

Eine konkrete Massnahme wurde mit der ebenfalls erfolgreich (130:14) überwiesenen Motion Kilchheer beschlossen: für die direkte Ausbildung der Studierenden in Praktika und Hausarztpra-xen (Berner Modell der FIHAM) sollen (endlich!) die benötigten Gelder zu Verfügung stehen.

Daneben haben wir in der vergangenen Session über die tertiäre Ausbildung der Pflegeberufe beraten und Vorstösse überwiesen, die den Zentralismus der Regierung in diesem Sektor etwas steuern sollen: Die Ausbildung soll nicht allein auf das Berner Kompetenzzentrum für Pflegeberufe begrenzt sein. Es sollten auch Filial-

schulen oder Filialklassen (mit einheitlichem Curriculum) an bewährten Standorten in der Peripherie geplant werden. Dies vor allem, damit sich Regionen mit gut verankerten Spitälern und Schulen nicht wegen der weit entfernten Ausbildung mit einem Mangel an Nachwuchs des Pflegepersonals konfrontiert sehen.

Hier wie auch in der Beratung der Hausarztmedizin haben sich alle fünf Ärzte im Parlament für vernünftige und zukunftsweisende Lösungen eingesetzt. Sie haben mitgeholfen, etwas zu bewegen, was für unseren Stand und für unseren Beruf eine grosse Bedeutung haben wird. Ich glaube daran, dass wir den 8.9.2005 durchaus als Geburtsstunde des Ordinariats Hausarztmedizin in Bern bezeichnen können. Und da soll noch jemand kommen und sagen, wir könnten als Ärztinnen und Ärzte im Kanton nichts bewegen!

Think on it and just do it!

Dass wir in (oft zu) langen Debatten den PUK-Bericht debattierten, Pflöcke für die Zukunft einschlugen und eine Anzahl wichtiger (und auch unwichtiger) Vorstösse überwiesen, ist vor dem Hintergrund der oben erwähnten Erfolge für mich schon fast (nur fast!!!) nebensächlich geworden.



Bericht aus dem Grossen Rat zu Bern