



Nr. 3 • Juni 2007

doc.be

Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Société des médecins du canton de
Berne

www.berner-aerzte.ch

Datenschutz und soziale Krankenversicherung

Die vernünftige Antwort aus Sicht der Ärzteschaft liegt auf der Hand: Wir können nicht befürworten, dass Versicherer leicht zugängliche Dossiers über jeden Versicherten anlegen. Der gläserne Patient ist der Gefahr der gesellschaftlichen Benachteiligung ausgesetzt, wenn die Versicherer im Umgang mit den Patientendaten zu large sind.

Die BZ vom 28. April 2007 bringt das Thema im Artikel «120 Personen haben Zugang zu sensiblen Daten» auf den Punkt. Mit dem Übergang zur elektronischen Datenverarbeitung sind die Risiken beim Umgang mit Daten über den Gesundheitszustand noch erheblich gestiegen. Die Schweizerische Patientenorganisation (SPO) stellt fest, dass zwar klare Bestimmungen über den Schutz der Personendaten bestünden. Diese würden aber vom Bundesamt für Gesundheit (BAG), welches die Krankenversicherer beaufsichtigt, kaum kontrolliert.

Dem Tagesanzeiger vom 27. April 2007 konnten wir nun unter dem Titel «CSS im Fokus des Datenschützers» immerhin entnehmen, dass das BAG zwei Strafanzeigen gegen die CSS und eine Strafanzeige gegen die Helsana eingereicht hat. Santésuisse wird prüfen, ob Anpassungsbedarf besteht. Betriebliche Massnahmen bei den Krankenversicherern tun seit langem Not. Ich erinnere nur beispielhaft an die frühere Haltung der Swica, welche sich sogar weigerte, den behandelnden Ärzten ihre Vertrauensärzte mit Namen und Zustelladresse bekannt zu geben, oder an den früheren Vertrag zwischen H+ und santésuisse, welcher die systematische Aufführung der Detaildiagnose auf jeder Spitalrechnung vorsah. Folglich sind nicht nur die CSS und die Helsana, sondern alle sozialen Krankenversicherer gefordert.

Dass santésuisse erst noch prüfen will, ob überhaupt Anpassungsbedarf besteht, ist fragwürdig. Zudem fällt auf, dass sich ausgerechnet die Helsana und die CSS gerade jetzt so vehement für den sofortigen Wechsel zum «Tiers Payant» einsetzen, obwohl damit nachweislich eine grössere Gefahr möglicher Datenschutzverletzungen verbunden ist.

Thomas Eichenberger, Sekretär BEKAG

Baustelle MPA-Ausbildung 2

Mitteilungen aus der DV 3

Jubiläumsfeier 200 Jahre
Ärztegesellschaft des Kantons Bern 4

Analyse ROKO 2004 5

Spitalversorgung und Ärzteschaft 6

Neue Produkte bei MEDPHONE 9

Sind Sie schon Lehrarzt? 10

swisspep: Berner Ärztesgesellschaft
und Ärztenetzwerke, Teil 2 11

Nationale eHealth-Strategie 15

MPA-Ausbildung als Dauerbaustelle



Dr. med. Renato Tognina, Delegierter BEKAG für die Ausbildung der Medizinischen Praxisassistentinnen MPA

Geht es nach dem Kanton Bern, sollen die höheren medizinischen Fachausbildungen kantonsweit zusammengefasst werden. Ein neues Schulzentrum beim Bahnhof Wankdorf ist im Bau. Dadurch werden bestehende Strukturen gefährdet. Die BEKAG wehrt sich gegen die Zentralisierung der Ausbildungen.

Der Beruf der Arztgehilfin ist Vergangenheit, heute arbeiten Mitarbeiterinnen als medizinische Assistentinnen in unseren Praxen. Aus einem Helferinnenberuf ist ein Feld mit eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten entstanden. Gefragt sind, nicht anders als für Praxisinhaber/innen, Kompetenzen als Dienstleistungsstelle für Patienten Anliegen. Die Bedürfnisse weichen in Abhängigkeit des Standorts stark ab. Während auf dem Land vielfältige Fähigkeiten (Labor, Röntgen, Assistenz bei Kleinereingriffen usw.) notwendig sind, steht in der Stadt, wo häufig die genannten Arbeitsfelder nicht mehr in der Praxis ausgeführt werden, der Umgang mit der anspruchsvolleren Klientel im Vordergrund.

Zentralisierung der höheren medizinischen Fachausbildungen

Eine private Stiftung von Inselspital und Feusi-Schulen, die Medi, baut im Auftrag des Kantons Bern ein neues Schulzentrum beim Bahnhof Wankdorf. Dort sollen gemäss Zentralisierungswunsch des Kantons die höheren medizinischen Fachausbildungen (TOA, MTR, FaGe usw.) kantonsweit zusammengefasst werden. In diesem Zusammenhang bewirbt sich die Stiftung auch für die Integration der MPA- und MDA (medizinische Dentalassistentin)-Schulen, sogenannte Sek-Stufe II, in den gleichen Gebäuden. Die Schwei-

zerische Zahnärztesgesellschaft SSO und die Berner Ärztesgesellschaft wurden erst im Nachhinein über die Vorbereitungsarbeiten informiert. Beide Gesellschaften sind finanziell mit wiederkehrenden sechsstelligen Beiträgen an den Ausbildungen beteiligt. Die Zahnärztesgesellschaft leistete zudem hohe Investitionen zur Einrichtung der bestehenden Strukturen. Die Verträge sind noch gültig und sollen vorzeitig gekündigt werden. Beide Gesellschaften haben ihren Protest eingelegt.

Aufhebung der alten Strukturen?

Zur Koordination der vormals getrennt geführten Schulen wurde 1996 ein Verband gegründet: der Verein für medizinische Assistenzberufe VMA. Der Kanton scheint nun an einer Weiterarbeit mit dieser Struktur nicht mehr interessiert zu sein und liebäugelt wohl mit der zentralen Lösung der Medi. Dadurch werden die Schulstandorte Spiez und Biel in Frage gestellt und die Schulen HVA und Feusi verlieren ihren Auftrag. Gut funktionierende Systeme und ausgebaute Infrastrukturen würden damit aufgehoben. Die zusätzlichen Investitionen in die neuen Strukturen der Medi sind nicht indifferent unerheblich. Weitere Faktoren spielen mit. Die Zahl der Schülerinnen wird nach abklingenden Babyboom-Jahrgängen sinken. Eine neue Bildungsverordnung will den veränderten Bedürfnissen Rechnung tragen. Diese neue

«BiVo» besteht allerdings bisher nur als Hülle, die Arbeitsgruppe, die diese festlegen soll, wurde erst gegründet. Absurde Qualitätskontrollen verhindern die Durchführung gewisser Arbeitsschritte in der niedergelassenen Praxis, so dass auch die entsprechende Ausbildung in Frage gestellt wird (z.B. RX, Laborfähigkeiten) und die Tendenz dahin geht, die Lehrinhalte zu verkleinern. Einbusen in der heute umfassenden Versorgung der Patienten drohen.

Die Position der BEKAG

Für eine flächendeckende medizinische Versorgung mit Arztpraxen gehören gut ausgebildete MPA zum Grundbedarf. Dazu ist eine breite und praktisch betonte Ausbildung der zukünftigen MPA vordringlich. Die BEKAG wehrt sich gegen die Absichten des Kantons, die Ausbildungen beim Standort Wankdorf zu zentralisieren. Die bestehenden Schulen haben enorme Anstrengungen unternommen, um den heutigen Bedürfnissen gerecht zu werden und liefern einen hohen Standard. Durch die zentralistische Lösung würde der Einfluss der Arbeitgeber, die auch finanziell stark beteiligt sind, minimiert. Zudem würden vorgeleistete Investitionen nicht mehr benutzt und neue, unnötige, ausgelöst. Verkehrstechnisch ist das Wankdorf, obwohl unmittelbar an der SBB-Linie gelegen, sicher schlechter als heute die HVA und Feusi unmittelbar beim Hauptbahnhof. Die BEKAG wehrt sich auch gegen angekündigte Absichten, die Lehrinhalte zu verkleinern und in den technischen Disziplinen Labor oder RX zu reduzieren. Damit würde die Grundversorgung weiter verschlechtert und das Hausarztpraxissterben gefördert.



Für eine flächendeckende medizinische Versorgung mit Arztpraxen gehören gut ausgebildete MPA zum Grundbedarf.

Beschlüsse der Delegiertenversammlung vom 21. Juni 2007



Dr. iur. Thomas
Eichenberger,
Sekretär der
BEKAG

1. Teilrevision des Anschlussvertrages TARMED (AV) zwischen santésuisse und der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (Änderung der Art. 9, 10 und 11 AV) per 1.1.2008

**Angenommen mit 40 Ja zu 6 Nein
bei 2 Enthaltungen**

2. Erteilung der Abschlusskompetenz (inkl. redaktionelle Anpassungen) an den Kantonalvorstand

**Einstimmig angenommen
bei 1 Enthaltung**

Begründung:

Das Vertragswerk hat sich grundsätzlich bewährt. Bekanntlich sind aber einige Krankenversicherer mit Art. 11 des AV nicht einverstanden, weil dort nicht nur der Tiers Garant als Zahlungsmodus im Art. 11 Abs. 1 AV vertraglich verankert ist, sondern weil gleichzeitig die Möglichkeit, ersatzweise den Tiers Payant zu vereinbaren, stark eingeschränkt wird. Art. 11 Abs. 2 AV sieht als einzige Ausnahme die Weiterführung bei Vertragsbeginn bereits bestehender Vereinbarungen über Direktzahlungen vor. Neue Vereinbarungen zwischen einzelnen Ärztinnen und Ärzten und einzelnen Krankenversicherern sind ausgeschlossen.

Dies macht durchaus Sinn, lässt sich aber in der Praxis, wie die Erfahrung gezeigt hat, nicht ohne weiteres durchsetzen. Folglich hat der Kantonalvorstand der Delegiertenversammlung beantragt, dem Antrag von santésuisse zu entsprechen und die in den allermeisten Kantonen gültige Regelung einzuführen.

Diese findet sich, soweit wesentlich, im neuen Art. 10 des AV. Auch der neue Art. 10 Abs. 1 AV hält explizit am Abrechnungsmodus Tiers Garant fest. Art. 10 Abs. 2 AV sieht nun aber vor, dass einzelne Versicherer und einzelne Leistungserbringer in Abweichung von Absatz 1 den Tiers Payant vereinbaren können.

Zusammenfassend bedeutet dies:

1. Der vertraglich zwischen der santésuisse und der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern im AV vereinbarte Modus für die Rechnungstellung ist der Tiers Garant (vgl. Art. 42 KVG);
2. Mitglieder der Ärztesgesellschaft, welche dem AV beitreten, rechnen grundsätzlich mit allen Krankenversicherern im System des Tiers Garant ab;
3. Die Patientinnen und Patientinnen haben keinen Einfluss auf den Abrechnungsmodus, weil dieser gemäss Art. 42 Abs. 1 KVG zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern auszuhandeln ist; für den Kanton Bern wurde der Tiers Garant ausgehandelt;
4. Der Tiers Garant gilt nur und insoweit, als zwischen einzelnen Ärztinnen und Ärzten und einzelnen Krankenversicherern nicht der Tiers Payant vereinbart wird.

Pro Memoria:

Sowohl der Kantonalvorstand als auch die Delegiertenversammlung empfehlen den Mitgliedern der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern unverändert, wenn immer möglich am Tiers Garant festzuhalten.

3. 200-Jahr-Jubiläum: Verpflichtung der Mitglieder, 3 Tickets à Fr. 40.– für Vorstellungen im Rahmen der Wanderbühne «Knock oder der Triumph der Medizin» (Schauspiel von Jules Romains) in den Jahren 2008 und 2009 abzunehmen, mit Rückgaberecht

**Angenommen mit grossem Mehr
bei 1 Nein und 7 Enthaltungen**

Begründung:

Wir weisen in diesem Zusammenhang auf den Artikel von Hans-Werner Leibundgut, Teilprojektleiter Wanderbühne, auf Seite 4 dieser Ausgabe. Der Vorstand und die Delegiertenversammlung sind überzeugt, dass unsere Mitglieder die Feierlichkeiten um das 200-Jahr-Jubiläum unterstützen werden. Die Wanderbühne spricht nicht nur die Ärzteschaft, sondern breite Kreise der Bevölkerung an. Entsprechend wird erwartet, dass jedes Mitglied 3 Tickets abnimmt und hoffentlich noch zusätzliche für sich, seine Familie sowie Freunde und Bekannte ordert. Es besteht selbstverständlich kein Zwang. Wer die Tickets nicht haben will, muss aber selber aktiv werden und diese frei geben. Vermutlich wird dies auf elektronischem Weg möglich sein. Die technischen Details werden zu einem späteren Zeitpunkt bekannt gegeben.

4. Kostenschätzung im Zusammenhang mit dem 200-Jahr-Jubiläum 2009

**Einstimmig angenommen
bei 4 Enthaltungen**

Begründung:

Das Budget geht von Gesamtkosten in der Höhe von Fr. 927'000.– aus. Diese sollen teilweise durch Ticketeinnahmen der Wanderbühne und des Mediziner Orchesters gedeckt, aber auch unter dem Titel Fundraising erwirtschaftet sowie aus eigenen, in den letzten Jahren für die Feierlichkeiten zurückgestellten Mitteln bestritten werden. Weil damit auch gewisse Risiken (allfällige Defizitdeckung durch die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern) verbunden sind, braucht der Kantonalvorstand die Zustimmung der Delegiertenversammlung.

Knock out oder Knock in?



Dr. med. Hans-Werner Leibundgut, Teilprojektleiter Wanderbühne und Mitglied Kantonalvorstand

Welcher Teufel hat mich wohl geritten, als ich bei einem Brainstorming mit unserem Präsidenten über die Aktivitäten des Jubiläums die Idee äusserte, dass die Berner Ärztinnen und Ärzte für die Berner Bevölkerung auf die Bretter steigen könnten? Meine persönlichen Erfahrungen mit dem Theater sind positiv. Ich habe erfahren, dass Probearbeit die Schauspieler und alle Beteiligten zusammenkittet, dass das Erlebnis der Aufführung Kräfte freisetzt und, wenn das Stück «rüberkommt», ein Band zwischen Truppe und Publikum entsteht.

Mit Schalk zum Nachdenken anregen

Ich bin überzeugt, dass ein Stück mit einem aktuellen Bezug auf die Probleme der Medizin, von Amateurschauspielern

mit einem glaubwürdigen professionellen Hintergrund dargeboten, beim breiten Publikum Anklang finden wird. Natürlich darf es kein Problemstück oder eine Tragödie sein, aber auch kein Schwank. Wir wollen deshalb eine Satire aufführen. Diese hält sowohl der Ärzteschaft als auch dem Publikum einen Spiegel vor. Mit Humor lassen sich unsere Sorgen relativieren, mit Ironie dürfen wir ohne Schulmeisterei die Auswüchse der modernen Medizin thematisieren und mit Schalk – ohne den moralischen Holzhammer – bringen wir die Leute eher zum Nachdenken über ihr Konsumverhalten.

Knock ist aktuell

Wie sind wir auf den «Knock» gekommen? Wir alle sind Zeitgenossen des Megatrends, wie sich langsam aber sicher eine «Wellnessgesellschaft» entwickelt – und dies den Klagen über steigende Prämien und Kosten zum Trotz. Wir Ärztinnen und Ärzte diagnostizieren und behandeln längst nicht mehr nur die seit Jahrhunderten bekannten Krankheiten unserer Patienten, sondern sind immer mehr in Lifestyleprobleme unserer Klienten involviert. Auch die sogenannte Prophylaxe verschlingt immer mehr Mittel – aber etwas dagegen zu äussern, ist politisch inkorrekt. Das für die Gesundheit investierte Bruttoinlandsprodukt könnte gemäss Kickbusch¹ auf 20 % steigen. Für die meisten von uns sind solche Perspektiven pure Horrorszenerien.

Statt zu resignieren oder zu jammern sollten wir uns konstruktiv zu diesem Thema äussern: Knock wird wieder «in».

Kultur ist kein Privileg der Elite

Wieso aber eine Wanderbühne? Es geht dabei darum, dass nicht das Volk zu uns, sondern wir «Health Professionals» zu den Leuten gehen. Deshalb sind nebst zentrumsnahen Vorstellungen auch Vorstellungen in der «Provinz», namentlich im Berner Jura, in Langnau, Schwarzenburg, Zweisimmen und Interlaken geplant. Damit signalisieren wir: Kultur ist kein Privileg der städtischen Elite, Kultur kommt zu Euch! Es haben sich eine Handvoll theaterbegeisterter MPA, Ärztinnen und Ärzte gemeldet, die unter der Leitung des Berufsregisseurs Reto Lang das ins Berndeutsche übersetzte und in Biel sowie im Berner Jura französisch übertitelte Stück aufführen werden.

Die Berner Ärzteschaft ist gefragt

Was erwarten wir vom Rest der Berner Ärzteschaft? Mit einem Wort: Unterstützung! Tragen Sie die Idee des Jubiläums mit, werben Sie in Ihrer Praxis und in Ihrem Umfeld, machen Sie mit beim Ticketverkauf, besuchen Sie eine Vorstellung. Der Erlös aus den Theateraufführungen soll einer sozialen Institution im Kanton Bern zugute kommen.

¹ Prof. Dr. Ilona Kickbusch am Forum Managed Care. 06.06.2007 in Zürich

«Knock oder der Triumph der Medizin» von Jules Romains

Anfang des 20. Jahrhunderts beginnt ein Arzt namens Knock damit, den Menschen die Gesundheit auszutreiben. Der Franzose schafft eine Welt, die nur noch Patienten kennt. Knock tritt seinen Dienst in einem Bergdorf an. Die Einwohner sind wohl auf und gehen nicht zum Arzt. Doktor Knock ist nicht gewillt, sich damit abzufinden. Listig schmeichelt er dem Dorflehrer und bringt ihn dazu, den Einwohnern Vorträge über die Gefahren von Mikroben zu halten. Er engagiert den Dorftrommler und lässt alle Bewohner zu einer kostenlosen Konsultation einladen. Das Wartezimmer füllt sich. In den Sprechstunden diagnostiziert Knock sonderliche Symptome und bläut den unbedarften Dörfelern ein, dass sie seiner ständigen Betreuung bedürfen. Viele hüten fortan das Bett und nehmen allenfalls noch Wasser zu sich. Am Ende gleicht das Dorf einem einzigen Spital.



Analyse rollende Kostenstudie – ROKO 2004



Dr. med. Kurt Aeschlimann, ehemaliges Mitglied Kantonalvorstand, ehemaliger Vorsitzender Ressort Economics

Zuerst wiederum herzlichen Dank an alle Kolleginnen und Kollegen, die sich die Mühe genommen haben, an der rollenden Kostenstudie 2004 teilzunehmen. Von 1910 ausgegebenen Fragebogen waren 508 verwertbar (2002: 458 von 1645). Mit anderen Worten: die Beteiligung an der rollenden Kostenstudie ist nach wie vor nicht gerade berauschend. Lobend hervorgehoben seien hier die Dermatologen und Kinderpsychiater, die je 37,5% verwertbare Fragebogen geliefert haben. Der durchschnittliche Aufwand der praktizierenden Berner Ärztinnen und Ärzte betrug im Jahr 2004 Fr. 378'652.–, der durchschnittliche Ertrag (Praxiseinkünfte und Nebenerträge) Fr. 534'153.–, so dass ein durchschnittliches Ergebnis von Fr. 155'501.– resultierte. Dieses konnte demnach im Vergleich zum Jahr 2002 um Fr. 4'724.– verbessert werden, d.h. um 3,1%. Hierbei ist aber anzumerken, dass einzelne Fachdisziplinen auch Einbussen zu verzeichnen hatten. Zudem muss berücksichtigt werden, dass die in der Tabelle aufgeführten Maxima von Fachgruppen stammen, die lediglich 3 bzw. 4 verwertbare Fragebogen abliefern, was 12 bzw. 15% der Fachgruppen-Mitglieder entspricht. Und dass die Fachgruppen mit dem grössten Ertrag auch den grössten Aufwand mit einem überdurchschnittlichen Kostensatz aufweisen.

Die Auswirkungen der Selbstdispensation auf das Betriebsergebnis bleiben bemerkenswert: voll Selbstdispensierende erreichen ein durchschnittliches Ergebnis von Fr. 178'178,

Kolleginnen und Kollegen, die nicht mehr selbst dispensieren (N = 133) erreichen Fr. 130'211.–. Vielleicht ist dies ein Hinweis darauf, warum es in mehreren Gemeinden schwerfällt, Praxis-Nachfolger zu finden. Der mittlere Kostensatz blieb mit 70,9% im Vergleich zu den Vorjahren ungefähr konstant (2002: 71,15%, 2001: 69,15%). Den höchsten mittleren Kostensatz hatten die Allgemeinmediziner (77,1%).

Materialaufwand und Löhne

Von den Aufwand-Elementen fällt seit Beginn der ROKO-Studien der Materialaufwand (inkl. Medikamente) am stärksten ins Gewicht. An zweiter Stelle liegen ebenfalls unverändert die Löhne, an dritter Stelle finden wir den Aufwand für die Versicherungen und Vorsorge des Arztes. An vierter Stelle die Raumkosten, die sich im Vergleich zu den Vorjahren leicht zurückgebildet haben.

Wer nahm an der ROKO-Studie teil?

Leider nahmen sich lediglich 508 der 1910 angeschriebenen Kolleginnen und Kollegen Zeit, den ROKO-Fragebogen 2004 auszufüllen. Den besten Rücklauf hatten wir aus den Fachgesellschaften der Dermatologen/Venerologen und der Kinder- und Jugendpsychiater mit je 37,5%, gefolgt von den Erwachsenenpsychiatern mit 32,8% und den Allgemeinmedizinern mit 31,14%. Den geringsten verwertbaren Rücklauf hatten wir bei den Chirurgen (4,9% und den Kardiologen mit 6,25%). Von den Anästhesiologen lieferten 9,26% verwertbare Angaben, von den Rheumatologen 12%. Das mittlere Alter der Einsender stieg im Vergleich zur Untersuchung von 2002 von 49,8 auf 50,6 Jahre an, das Alter bei Eröffnung von 36,8 auf 37,0 Jahre. Bei 213 Einsendern arbeitete der Partner in der Praxis mit, im Schnitt während 15,6 Stunden wöchentlich. 155 Einsender hatten noch die Möglichkeit

zur vollen Selbstdispensation, 217 Kolleginnen und Kollegen zur eingeschränkten Medikamentenabgabe und 136 Kolleginnen und Kollegen dispensierten nicht mehr selber. Die durchschnittliche Tagesarbeitszeit lag bei 6,7 Stunden und variierte zwischen den einzelnen Fachdisziplinen von 5,7 bis 9,7 Stunden. Der Anteil von in Gruppenpraxen Arbeitenden erhöhte sich von 33% im Jahr 2004 auf 36,2%. Die Allgemeinmediziner und Internisten leisteten im Schnitt an 40,5 bzw. 34,3 Tagen jährlich Notfalldienst. Bei den andern Fachgruppen schwankte diese Belastung von 11,3 Tagen (Dermatologen, Erwachsenenpsychiater) und 244 Tagen (Urologen). 18,9% der Einsender haben auch ein alternativmedizinisches Angebot. In die Fortbildung wurden im Schnitt aller Fachgesellschaften 13,3 Arbeitstage investiert (bei einer Bandbreite von 8,9 bis 24,7 Tage).

Vergleich zur Auswertung Schweiz

Schweizweit lieferten 1693 von 12'119 angeschriebenen verwertbare Fragebogen ab. Das Durchschnittsalter der schweizweiten Einsender lag bei 50,8 Jahren, im Kanton Bern bei 50,6 Jahren. Bei einer etwas höheren durchschnittlichen Arbeitszeit von 7,1 Stunden sahen die Kennzahlen Schweiz wie folgt aus: mittlerer Aufwand Fr. 423'287.–, mittlerer Ertrag Fr. 595'204.–, mittleres Ergebnis Fr. 171'918.–. Der Berner Arzt bzw. die Berner Ärztin verdient also im Schnitt Fr. 16'417.– weniger als der durchschnittliche Schweizer Kollege bzw. die durchschnittliche Schweizer Kollegin. Interessant ist auch der Hinweis, dass die Teilzeitarbeit sowohl in der ganzen Schweiz (31,1% der Einsender) wie im Kanton Bern (38,2%) zunimmt (28,7% bzw. 33,6% im Jahr 2002).

Bedeutung der ROKO

Ich möchte einmal mehr darauf hinweisen, dass die Zahlen aus der ROKO-Studie für die standespolitischen Diskussionen und die Tarifverhandlungen, die auch unser Kantonalvorstand führen muss, immer wichtiger werden. Es ist deshalb schade, dass sich trotz Erhöhung der Rückvergütung für verwertbare Fragebogen nicht mehr Kollegen zur Mitarbeit entschliessen können.

Es ist zu wünschen, dass sich künftig gerade auch die grossen Fachgesellschaften der operierenden Kolleginnen und Kollegen und andererseits die Mitglieder der kleinen, nicht operierenden Fachdisziplinen vermehrt beteiligen. Gerade für letztere wäre es besonders wichtig, repräsentativere Zahlen zu erhalten.

	Aufwand		Ertrag		Ergebnis	
	2002	2004	2002	2004	2002	2004
Durchschnitt	371'845	378'652	522'622	534'153	150'777	155'501
Minimum	81'152	96'816	164'967	198'836	83'815	102'019
Maximum	706'288	758'813	961'657	1'036'090	260'398	318'708

Tabellarische Zusammenstellung ROKO 2002/2004

Spitalversorgung und Ärzteschaft

Rede von Herrn Regierungsrat Dr. med. Philippe Perrenoud anlässlich der Delegiertenversammlung BEKAG vom 29. März 2007*

Sehr geehrte Damen und Herren
Mesdames et Messieurs

La santé, dans mon optique de directeur de la santé publique et de la prévoyance sociale, est une ressource importante pour le développement et la stabilité de notre société. Elle va au-delà de la technique médicale et comporte des aspects comme la formation, l'équité et les perspectives socio-professionnelles des individus (autrement dit leur intégration dans le tissu social).

1. Medizin heute und Rolle der Ärzte

«Gesundheit» definiert die WHO als «Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen»

In dieser umfassenden Sicht geht es nicht nur um ein isoliertes Individuum und dessen physisches Befinden. Es geht vielmehr um einen Menschen, der durch ein vielschichtiges Beziehungsnetz mit der Umwelt verbunden ist. Entsprechend vielfältig sind die Faktoren, die unsere Gesundheit, unser subjektives Empfinden von Gesundheit beeinflussen.

De nombreuses études le prouvent : la « consommation » en soins des individus dépend très largement de leur comportement et du contexte social. A cela s'ajoute que la perception de son propre état de santé est dépendante de facteurs comme la provenance culturelle, le niveau social et le statut économique. Le monitoring de la santé de l'Office fédéral de la santé publique dont les résultats ont été publiés en mai 2006, le démontre. Les populations défavorisées se considèrent elles-mêmes en moins bonne santé que les groupes sociaux disposant de ressources financières et d'une bonne formation.

La santé a donc une composante objective, basée sur des valeurs de laboratoire, mais comporte également des facteurs plus subjectifs et difficilement cernables, liés à des aspects sociologiques et ethnologiques.

Sur la base de ces premières réflexions, je suis persuadé que notre objectif, au niveau

cantonal, doit tendre à rendre le plus équitable possible l'accès aux soins et à promouvoir une amélioration tant objective que subjective de l'état de santé de toute la population dans une perspective de développement durable.

Wenn es also unser Ziel ist, die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern, müssen wir auf verschiedenen Ebenen in unterschiedlichen Bereichen agieren. Die Angebote müssen aufeinander abgestimmt und die Organisationen vernetzt werden. Ich sehe da mindestens drei Handlungsfelder.

– **Rahmenbedingungen:** Geeignete Rahmenbedingungen zielen auf eine Veränderung des Umfelds und eine Verbesserung der sozialen Situation. Umwelteinflüsse und Schulbildung sind hier ebenso wichtig wie die soziale Integration. Eine bessere Integration sozial Schwacher, aber vor allem auch von ausländischen Personen, ist Voraussetzung dafür, dass sie die gleichen Chancen haben bezüglich Gesundheit und Lebenserwartung wie die Schweizer Bevölkerung.

– **Prävention:** Mit gezielten verhaltensverändernden Massnahmen kann die Gesundheit gefördert und die Lebensqualität verbessert werden. Tabak-, Alkohol-, Gewalt-, aber auch Unfall-Prävention können einen

bedeutenden Beitrag an die Verbesserung der Gesundheit leisten.

– **Medizinische Versorgung:** Wenn jemand krank oder verunfallt ist, soll er angemessen versorgt werden. Im Spitalbereich bedeutet dies: Angesichts der prognostizierten Verkürzung der Aufenthaltsdauern im Spital und der Verlagerung in den teilstationären Bereich ist eine Koordination und Kooperation absolut zwingend. Wir müssen die Angebote besser vernetzen, um einen Drehtür-Effekt zu vermeiden und zu verhindern, dass einzelne Patienten in eine Angebotslücke fallen.

In diesem letzten genannten Bereich – der medizinischen Versorgung – können Sie als Ärztin und als Arzt Einfluss nehmen.

Le travail à effectuer par rapport à ces trois axes (amélioration des conditions cadre, prévention et accès aux soins) est capital et nous devons tout mettre en œuvre pour les réaliser afin de pouvoir relever les défis qui nous sont posés : à vous d'une part, en tant que médecin, à ma direction, d'autre part, en tant que gestionnaire de la santé publique. J'identifie trois défis.

Le patient tout d'abord

Dans un sondage effectué en 2001 par l'Académie suisse des sciences médicales, il ressort que les patients attendent de leur médecin : des compétences techniques, de l'intérêt pour la personne et du temps. En d'autres termes des compétences soci-



Gastreferent an der DV vom 29. März 2007: Philippe Perrenoud, Gesundheits- und Fürsorgedirektor des Kantons Bern

ales développées. Parallèlement à ces compétences, le patient d'aujourd'hui ne veut pas renoncer à une médecine de pointe, hautement technologique. Le sondage arrive à la conclusion que les médecins ont une bonne formation médicale, mais qu'il existe un potentiel d'amélioration dans les domaines éthiques et dans les rapports avec les patients.

Cette conclusion démontre un conflit fondamental auquel est confrontée la médecine d'aujourd'hui. Celle-ci a tendance à souligner l'aspect des sciences naturelles et à donner une grande importance à la technique. Les attentes du patient sont toutefois différentes. Ce dernier cherche l'empathie, souhaite que l'on prenne en compte sa situation spécifique. Avec ces deux perceptions qui s'opposent, les conflits sont programmés. Nous nous trouvons donc devant un paradoxe qu'il va falloir gérer. A mon avis, il ne s'agit pas de se demander s'il faut ou non appliquer la technique, mais quand et dans quelles conditions il s'agit de l'appliquer. Un patient nécessitant des soins de haute technologie ne gagnera rien si l'on fait preuve uniquement d'empathie envers lui. Les deux éléments doivent avoir leur place dans la médecine de demain et se compléter l'un l'autre.

Der **zweite Pfeiler: die neue Rolle des Mediziners.** Von der Ärzteschaft wird nicht mehr nur die medizinische, sondern zunehmend auch die ökonomische Verantwortung gefordert. Das Berufsbild des Arztes hat sich in den vergangenen Jahrzehnten radikal verändert. Medizinische Entscheide müssen häufig auch nach medizinfremden – versicherungs- und haftpflichttechnischen, juristischen und ökonomischen Gesichtspunkten getroffen werden. Es gilt daher, die eigene Rolle vor dem medizinischen Wertekanon zu hinterfragen und neu zu interpretieren.

Und zur **dritten Herausforderung:** das ist die Politik bzw. sind die **politischen Rahmenbedingungen.** Ich möchte diese hier nicht theoretisch erörtern, sondern anhand der Versorgungsplanung für den Kanton Bern konkretisieren.

2. Versorgungsplanung im Kanton Bern – Konsultationsübersicht

Ich bin überzeugt, dass die Versorgungsplanung 2007-2010 eine gute Basis legt für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Spitalversorgung im Kanton Bern. Im Mittelpunkt stehen die Patientin und der Patient. Unsere Aufgabe ist es, die Prozesse so zu organisieren, dass eine angemessene Versorgung für alle jederzeit gewährleistet wer-

den kann. Ziel ist ein niederschwelliges Angebot und eine qualitativ gute umfassende und vernetzte Grundversorgung in allen Regionen. Die hochspezialisierte Versorgung wird innerhalb des Kantons im Universitäts-spital konzentriert und eingebettet ins Netzwerk «Spitzenmedizin Schweiz». Ressourcen und Strukturen sind durch vermehrte Kooperationen und Konzentration zu optimieren. Interkantonale Kooperationen werden gefördert. Radikale Strukturveränderungen in kurzen Zeitperioden sind aber zu vermeiden. Weil einerseits die finanziellen Auswirkungen schwer zu beziffern sind. Und andererseits weil eine Konzentration des Angebots im Raum Bern und eine Verschiebung in die Privatspitäler zu befürchten wäre. Daher streben wir in einer ersten Phase eine Verlagerung von der stationären zur teilstationären Versorgung und eine Konzentration der hochspezialisierten Medizin an.

Diese Verlagerung oder vielmehr ihr Ausmass schied denn auch die Geister der Konsultationsteilnehmenden am meisten. Insgesamt stiess aber die Versorgungsplanung weitgehend auf ein positives Echo. Dass nun eine solide Datenbasis vorliegt, die mehr Transparenz schafft, wurde geschätzt. Auch wird die allgemeine Stossrichtung grundsätzlich unterstützt.

Aber wie gesagt, die Prognose über das Verlagerungspotenzial vom stationären in den teilstationären Bereich wurde prominent und teilweise kontrovers diskutiert. Die Ärztegesellschaft hat sich dazu in ihrer Stellungnahme verhalten positiv geäußert. Sie steht insbesondere dem Ausmass der Verlagerung kritisch gegenüber und kündigt Widerstand sowohl seitens der Bevölkerung als auch seitens der Ärzteschaft an. Die Bevölkerung würde dies nicht akzeptieren, so die Befürchtung. Und für die Ärzteschaft bedeutete es einen unverhältnismässigen Mehraufwand. Dies unter anderem auch deshalb, weil der ambulante Bereich nicht in die Planung einbezogen sei.

Les critiques qui ont été formulées à l'encontre de la planification touchent divers aspects que je souhaite aborder en y amenant mon point de vue :

– **Le financement :** oui, nous avons des ressources limitées et nous avons des contraintes financières qui nous sont dictées par le parlement. Ces contraintes financières nous obligent à réfléchir en termes de priorités à long terme afin de planifier au mieux les soins. Au centre de nos réflexions ne se trouvent pas les économies, mais une gestion équitable de l'offre de soins pour tous et dans toutes les régions du canton. Nous devons aujourd'hui prendre des mesures pour garantir dans le futur une offre adaptée aux besoins.

– Les **changements principaux** qui découlent de la planification exigent une spécialisation des hôpitaux quand et où cela est nécessaire et judicieux, des durées de séjour dans les hôpitaux adaptés aux soins nécessaires et une offre de soins hospitaliers (en amont et en aval) qui couvre l'intégralité du territoire.

Dans ce contexte, nous prenons connaissance de vos craintes dans le domaine du Spitem, notamment la question du transfert des cas et allons réanalyser la situation dans le cadre de la finalisation de la planification.

– Ich möchte darauf hinweisen, dass die **Verlagerung in den teilstationären Bereich** nur einige wenige DRGs betrifft. In diesen Fällen ist es die medizinische Entwicklung, die eine Verlagerung möglich macht. Da die Eingriffe zunehmend schonender sind, ist eine intensivere Nachbetreuung nicht zwingend nötig. Dasselbe gilt für die Verkürzung der Aufenthaltsdauern, sofern sie durch die medizinische Entwicklung bedingt ist. Anders sieht es aus, wenn eine Verlagerung durch die konsequente Abgeltung mittels Fallpauschalen bedingt ist. Hier kann tatsächlich ein Mehraufwand im nachgelagerten Bereich entstehen. Exakte Prognosen zur Anzahl zusätzlicher Fälle für die Spitem und die Nachbetreuung werden jedoch nicht möglich sein. Auch keine Kostenberechnungen. Die Auswirkungen aber werden wir sehr genau verfolgen.

– **Konkrete Schritte macht bereits der Modellversuch «vernetzte Geriatrieversorgung».** Ziel ist die organisatorische und finanzielle Vernetzung der Leistungserbringer verschiedener Versorgungsebenen. Die Versorgungskette für betagte Patientinnen und Patienten soll damit gewährleistet werden.

Unser Zeitplan sieht Folgendes vor: Die Versorgungsplanung geht nach der Überarbeitung im Mai in den Mitbericht zu den anderen Direktionen. Ende Juni/Anfang Juli wird sie der Regierungsrat genehmigen und konkrete Massnahmen beschliessen. Auf dieser Basis wird eine neue Spitalliste erarbeitet.

3. Kompatibilität der Versorgungsplanung mit den gesellschaftlichen Ansprüchen

Nous nous trouvons aujourd'hui à un moment charnière où trois intérêts divergents doivent être pris en considération dans notre planification :

- des patients qui ont des attentes importantes
- des possibilités techniques qui ne cessent de se développer

– des ressources financières qui restent limitées

Il s'agit de se demander si la planification est compatible avec ces trois vecteurs.

In der Versorgungsplanung versuchen wir diesem Anspruch mit dem 2-stufigen Versorgungsmodell gerecht zu werden. Hochspezialisierte Medizin im Zentrum und umfassende Grundversorgung in den Regionen. Gleichzeitig sehe ich die vernetzte Versorgung als Schlüsselement: wir streben eine vermehrte Zusammenarbeit vor- und nachgelagerter Dienste an, eine prozessorientierte Betreuung der Patienten. Modellversuche sind wie erwähnt auch mit dem ambulanten Bereich geplant.

Quelles seront pour vous les implications? Il me semble que votre rôle va devenir plus diversifié et que vous allez être de plus en plus sollicités dans une fonction de conseiller, voire de psychologue. Surtout les médecins de famille parmi vous, vont devoir encadrer leurs patients et suivre le processus de guérison. Au vu aussi de la spécialisation grandissante, ce rôle va prendre de l'importance.

Wissen und Können sind das Fundament der ärztlichen Tätigkeit. Für den Erfolg sind sie aber nicht allein ausschlaggebend. Mindestens so wichtig ist die Arzt-Patienten-Beziehung. Denn für die Behandlung kranker Menschen ist diese Beziehung unabdingbare Voraussetzung. Ihre Qualität und Intensität, das Zusammenwirken mit den Pflegenden und anderen Betreuungspersonen wie auch mit dem familiären Umfeld. Wir müssen Medizin

umfassend verstehen und nicht nur die ärztliche Tätigkeit, sondern auch die Pflege und die Aktivitäten anderer medizinischer Fachberufe darin einschliessen. Nicht zuletzt aufgrund der zunehmenden Spezialisierung und Technisierung der Medizin sind Umwälzungen im gegenseitigen Rollenverständnis zu erwarten. Daher müssen wir die Zusammenarbeit und Aufgabenteilung der verschiedenen Berufsgruppen als dynamischen Prozess akzeptieren. Das erfordert auch von Ihrer Seite Offenheit für Veränderungen. Wie die Zusammenarbeit gestaltet wird und wer welche Rolle übernehmen soll, ist von der jeweiligen Patientensituation abhängig. Das heisst auch in Zukunft: Im Mittelpunkt muss der kranke oder hilfsbedürftige Mensch stehen.

Abschluss

Ich verstehe mich – wie gesagt – als Gesundheitsdirektor in einem umfassenden Sinne. So, dass Gesundheit nicht nur das physische Wohlergehen meint, sondern das psychische und soziale einschliesst. Und ich bin überzeugt, dass wir mit der Verbesserung der erwähnten Rahmenbedingungen, das heisst mit der Förderung der Chancengleichheit, der Bildung und der sozialen Integration, sowie mit gezielter Prävention mehr ausrichten können, als wenn wir einseitig die Universitätsspitäler hochrüsten. «Mehr» ist hier in zweifacher Hinsicht gemeint: Dass wir einen grösseren Teil der Bevölkerung erreichen. Und dass wir deren Gesundheit nachhaltig verbessern können.

Il me reste deux points en guise de conclusion que je souhaite encore aborder :

Tout d'abord, je pense sincèrement qu'il n'est pas judicieux d'intégrer des éléments de concurrence et de libre marché dans le domaine de la santé publique. Cela ne peut qu'entraîner, inexorablement, une répartition inéquitable des ressources, qui ira aux dépens des personnes socialement défavorisées. Par le biais de notre planification, nous tentons de viser une répartition large et équilibrée des soins. Pour votre part, en tant que médecins, vous avez ici un domaine d'action privilégié: Das Prinzip der Solidarität verlangt einen aktiven Beitrag der Arztperson für eine allen zugängliche und angemessene medizinische Versorgung, die nicht ausschliesslich den Kräften des Marktes überlassen werden darf.

En second point, je plaide ici pour un retour à une vision plus humaniste du patient et de sa santé. Même si cela peut paraître anodin, il faut rappeler que la maladie et la santé font partie de notre vie. Si la médecine de pointe me fascine – certainement comme nombre d'entre vous – par son aspect technologique et de victoire sur la maladie, il me paraît tout aussi important que la population ait une perception positive de son état de santé. Ce sentiment a des implications personnelles importantes et contribue en plus à l'équilibre et à la cohésion de notre société.

Je vous remercie.

** Es gilt das gesprochene Wort*

Organisationsbeitrag an MEDPHONE durch die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF)

An der Delegiertenversammlung der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern vom 29.3.2007 hat Herr Regierungsrat Dr. med. Philippe Perrenoud mitgeteilt, dass die GEF für das Jahr 2007 einen Organisationsbeitrag von 100'000 sFr. an MEDPHONE leisten wird. Inzwischen liegt die schriftliche Bestätigung vor.

Diese finanzielle Unterstützung kommt natürlich nicht von ungefähr. In eingehenden Verhandlungen haben wir zusammen mit der kantonalen Ärztesgesellschaft diesen Teilerfolg errungen.

In den Verhandlungen wurde seitens GEF herausgestrichen, dass dieser Beitrag zum Wohle der Bevölkerung eingesetzt werden muss.

Der Verwaltungsrat von MEDPHONE hat entschieden, dass damit die Pay-Phone Nummer kostengünstiger wird.

Ab 1.5.2007 beträgt der Minuten-Tarif nur noch **0.98 sFr.** Der bisherige Betrag ist damit halbiert.

MEDPHONE hält ihr Wort gegenüber der GEF und setzt diesen Beitrag voll zu Gunsten der Anrufer ein.

Damit ist aber auch eine weitere Botschaft verbunden: Wenn eine kostenneutrale Anrufnummer erreicht werden soll, muss sich der Kanton Bern noch mehr für die ambulante ärztliche Notfallorganisation einsetzen.

In diesem Sinne gehen die Verhandlungen weiter.

*Dr. med. Daniel Marth, VR-Präsident Medphone
und Mitglied Kantonalvorstand*

Neue Produkte bei MEDPHONE



Dr. med. Daniel Marth, VR-Präsident Medphone und Mitglied Kantonalvorstand

Donnerstag Abend 19.00 Uhr:

Frau Muster hat ein medizinisches Problem und ruft ihren Huarzt Dr. Gut an:

Sie hören den Telefonbeantworter der Praxis Dr. Gut. Das Telefon wird zu folgenden Zeiten bedient ... In dringenden Fällen wenden Sie sich an den regionalen Notfallarzt unter der Nummer ...

Frau Muster legt den Hörer auf. Da sie nicht sicher ist, ob sie einem dringenden Notfall entspricht, ruft sie der angegebenen Nummer an.

Könnte das nicht anders laufen?

Frau Muster hat ein medizinisches Problem und ruft ihren Huarzt Dr. Gut an:

MEDPHONE, guten Abend. Sie möchten die Praxis von Dr. Gut, wie kann ich Ihnen weiterhelfen?

MEDPHONE möchte die geschilderte Standard-Situation für Ihre Patienten verbessern. Mittels eines personalifizierten Anrufbeantworters bei MEDPHONE werden die Anrufe Ihrer Problematik beurteilt und notwendige Massnahmen in die Wege geleitet. Im einfachsten Fall kann die MEDPHONE-Beraterin über Sprechstundenzeiten, Abwesenheiten und Stellvertretungsregelung informieren. In dringenden Notfällen kann sie ohne Umwege direkt den zuständigen Notfallarzt beziehen. Für den Patienten eine echte Hilfe!

Wie funktioniert das?

Sie abonnieren die Zusatzfunktion back office bei MEDPHONE. Ausserhalb der Sprechstundenzeiten wird Ihr Telefon über eine kostenneutrale Leitung zu MEDPHONE umgeleitet.

Die MEDPHONE Mitarbeiterin berät Ihren Patienten anhand eines von Ihnen vorgegebenen Rasters (Sprechstundenzeiten, Abwesenheiten, Stellvertreter, Notfallnummer etc). MEDPHONE übermittelt Ihnen via E-Mail den stattgefundenen Kontakt und kommuniziert die ausgelösten Massnahmen. Auf Ihren Wunsch kann in einem definierten Zeitfenster - z.B. am Folgetag - ein Notfalltermin in Ihrer Sprechstunde organisiert werden. In dringenden Fällen wird unverzüglich die regionale Notfallorganisation aktiviert.

Ich habe Interesse an diesem Angebot: Was muss ich tun?

- Sie besitzen bereits eine Basismitgliedschaft bei MEDPHONE.
- Sie bestellen die **back-office-Funktion** bei MEDPHONE für **250 sFr exkl. MWSt.** pro Jahr

- Sie definieren die Informationen, welche Ihren Patienten übermittelt werden sollen, auf einem fact sheet.
- Sie definieren den Wunsch nach e-Mail Rückmeldung.
- Sie definieren das Zeitfenster für dringende Konsultationen z. Bsp. am nächsten Tag.

Was sind Ihre Vorteile dieser Zusatzfunktion?

- Ihre Patienten
- werden individuell und persönlich beraten.
 - können in jedem Fall (auch bei Notfällen) Ihrer Praxis direkt anrufen. Die Patientenbindung wird verbessert.
 - erhalten im Notfall sofort die regionale ärztliche Hilfe.
 - vermeiden die kostenpflichtige Nummer.

Auskunft erhalten Sie via Sekretariat MEDPHONE, Bolligenstrasse 54, 3006 Bern, Tel: 031 330 90 10

MED PHONE rasche Hilfe Notfallarzt

Back office Funktion

MEDPHONE, guten Tag. Wie kann ich Ihnen helfen ?

Sind Sie schon Lehrarzt?



Dr. med. Mireille Schaufelberger, Leiterin Lehre der FIHAM, Med. Fakultät, Universität Bern

Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin (FIHAM, Universität Bern)

Die Stunde der Wahrheit naht. Auf Herbstsemester 2007 werden die neuen Ausbildungsmodulare in Hausarztmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Bern implementiert: im Grundstudium das 1:1 Mentoring (pro Studienjahr 8 Halbtage Praktikum in einer Hausarztpraxis), im Fachstudium (4. bis 5. Studienjahr) ein 3-wöchiges Praktikum, der Blockunterricht.

Wir werden gleichzeitig mit den Hausarztmodulen im ersten, dritten und vierten Stu-

dienjahr beginnen. Dazu stehen zur Zeit 503 Ausbildungsplätze in Hausarztpraxen zur Verfügung. **Im Kanton Bern beteiligen sich rund ein Drittel aller Grundversorger an dieser neuen Ausbildung!**

Leider können wir die Hausarztmodule noch nicht in allen Studienjahren gleichzeitig einführen, da uns weitere Praktikumsplätze für einen Jahrgang fehlen.

Am 15. März 2007 fand im Hauptgebäude der Universität Bern der erste Einführungskurs für Lehrärzte statt. Der gegenseitige Austausch war für uns äusserst bereichernd und erfreulich, das Feedback der Kolleginnen und Kollegen sehr positiv. Neben Informationen über das Medizinstudium in Bern und organisatorischen Aspekten bekamen die Teilnehmer in zwei Workshops auch einige didaktische Tipps für den Einstieg in den Unterricht.

Wir werden unsere Lehrärzte in Zukunft regelmässig mit einem Informationsschreiben auf gelbem Papier, dem **LehrärzteInfo**, über unser Projekt und Neuigkeiten auf dem Laufenden halten.



Praxisteam der Gemeinschaftspraxis Taddei & Bösiger, Biel

Ein Student als Burnout-Prophylaxe – Erfahrungsbericht aus der Gemeinschaftspraxis Dres. R. Bösiger und I. Taddei, Fachaerztinnen für Innere Medizin, Biel-Bienne

Isabelle, Regula, warum habt ihr euch dazu entschlossen, einen Wahljahrstudenten in der Praxis einzustellen?

Die Anstellung erfolgte rein zufällig. Herr B.K. fragte uns für ein Praktikum an, nachdem er unsere Praxis während des Clinical

Skills Kurses kennen gelernt hatte. Da wir uns für die Ausbildung der Medizinstudenten und zukünftigen Kollegen interessieren und einsetzen wollen, überlegten wir nicht lange und sagten spontan zu.

Hattet Ihr auch Bedenken?

«Wir hatten vor allem bezüglich unserer Platzverhältnisse Bedenken: unsere Praxisräumlichkeiten bieten keinen Raum für einen dritten Arzt. Ferienabwesenheit wie auch die Flexibilität des Studierenden ermöglichten uns aber trotz suboptimalen Platzverhältnissen effektiv zu arbeiten.

Unser Patientengut besteht zu 70% aus Frauen, auch diesbezüglich hatten wir Vorbehalte: es war gut möglich dass unsere Patientinnen sich nicht von einem Mann behandeln lassen würden. Die allermeisten Patientinnen waren jedoch gegenüber Herrn B.K. sehr positiv eingestellt.

Wir hatten einen Informationsflyer im Wartezimmer aufgelegt und informierten unsere Patienten zusätzlich mündlich.

Insgesamt war das Echo äusserst positiv! Die meisten Patienten waren sogar stolz und fühlten sich geehrt bei der Ausbildung eines zukünftigen Arztes mithelfen zu dürfen!

Unser Fazit nach einem Monat Wahljahrpraktikum ist durchwegs positiv. Die Anwesenheit und die Fragen des zukünftigen Kollegen zwangen uns, unsere Arbeit zu hinterfragen oder unsere KG-Ordnung zu überdenken. Wir hätten Herrn B.K. gerne noch länger in der Praxis behalten!

Nach dieser äusserst positiven Erfahrung entschlossen wir uns, im Rahmen der neuen Ausbildungsmodulare in Hausarztmedizin der Universität Bern ab sofort 2 Studierende pro Jahr auszubilden...

Die Begeisterung eines engagierten Studenten wirkt ansteckend und ist die beste Burn-out Prophylaxe im Praxisalltag!

swisspep: Meinungen und Verhalten der Berner Ärztegesellschaft gegenüber Ärztenetzwerken



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



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

In diesem Artikel werden anhand der qualitativen Resultate einer im Herbst 2006 durchgeführten Umfrage unter allen Berner Ärzten die wichtigsten Vor- und Nachteile von Managed Care-Modellen diskutiert. Eine Mehrheit der Berner Ärztegesellschaft befürchtet, dass Ärztenetzwerke resp. Managed Care-Modelle administrativen Mehraufwand, sowie einen Verlust an Autonomie und unerwünschten ökonomischen Druck bringen. Als Hauptvorteile von Ärztenetzwerken werden die bessere kollegiale Zusammenarbeit und die Stärkung der ärztlichen Rolle und Einflussmöglichkeiten gesehen. Die Konsequenzen für die Ausgestaltung zukünftiger Ärztenetzwerke werden aufgezeigt.

2. Teil: Vor- und Nachteile von Ärzte-Netzwerken

Fragestellung und Methodik

Die Fragestellung und Methodik der Studie, sowie erste Resultate wurden in doc.be 2/07 publiziert. Die Förderung von Managed Care ist ein zentrales Thema der laufenden KVG-Revision. Für sog. «Managed Care Modelle» werden in den Diskussionen verschiedene Begriffe verwendet, wie z.B. «Hausarztmodell» oder «Ärztenetzwerk», die zum Teil mit kontroversen Vorstellungen verbunden sind. Unsere Studie zur Untersuchung der Meinungen und des Verhaltens der Ärzteschaft gegenüber Ärztenetzwerken läuft daher Gefahr, dass wichtige Begriffe von den Befragten falsch verstan-

den werden und/oder dass die entsprechenden Resultate falsch interpretiert werden. Um dieser Gefahr vorzubeugen, wurden im Befragungsinstrument die drei Begriffe «Hausarztmodell», «Ärztenetzwerk» und «Budgetverantwortung» genau definiert und mit Beispielen illustriert.

Definitionen und Begriffe

Hausarztmodell «Light»-Listen, d.h. Listenmodelle mit einer selektiven Wahl von «kostengünstigen» Leistungserbringern durch die Krankenkassen gemäss Artikel 41, Absatz 4 des Krankenversicherungsgesetzes. Patienten in Listenmodellen erhalten eine Prämienreduktion, wenn sie sich u.a. verpflichten in Routinefällen nur den ausgewählten Hausarzt zu konsultieren («Gatekeeping», z.B. im Unimedes Modell, Visana MedDirect).

Ärztenetzwerk ohne Budgetmitverantwortung nehmen nach eigener Auswahl Leistungserbringer auf, die bereit sind die statutarischen Verpflichtungen zu erfüllen, wie z.B. die Teilnahme an mindestens 6 Qualitätszirkeln pro Jahr für Grundversorger & Spezialisten.

Ärztenetzwerk mit Budgetmitverantwortung, d.h. Ärztenetzwerk, das sich aus Grundversorgern & Spezialisten selbst konstituiert, die bereit sind, sich an Gewinn und limitiert auch an ev. Verlust zu beteiligen. Der einzelne Netzarzt stellt dabei wie üblich nach Einzelleistungstarif Rechnung. Der finanzielle Erfolg wird dann anhand des jährlichen Vergleichs des mit den Kostenträgern vereinbarten Netzbudgets mit den effektiven Ausgaben errechnet (sog. «Schattenrechnung»). Das Netzwerk hat dazu eine Gossrisikoversicherung abgeschlossen und haftet maximal mit seinem Aktienkapital oder Vereinsvermögen: zB MediX-Modell.

Das Befragungsinstrument enthielt auch offene Fragen, um den Teilnehmern Gelegenheit zu geben, weitere Argumente und Aspekte anbringen zu können, die nach Ihren Erfahrungen und Meinungen für oder gegen einen Beitritt zu einem Ärztenetzwerk sprechen. Diese qualitativen Äusserungen der Berner Ärzteschaft zu Managed Care Modellen sollen an dieser Stelle speziell analysiert und in Bezug zum jeweiligen Erfahrungshintergrund der Teilnehmer mit Ärztenetzwerken gesetzt werden. Dabei sollen die wichtigsten Ängste und Befürch-

tungen der Kollegen mit und ohne Ärztenetzwerkerfahrung gewichtet und den Hoffnungen und positiven Erfahrungen gegenübergestellt werden.

Resultate

Erfahrungshintergrund der Teilnehmer

34% resp. nach Plausibilisierung noch gut 30% der teilnehmenden Kollegen waren zum Zeitpunkt der Umfrage im Herbst 2006 bereits Mitglied eines Ärztenetzwerkes und weitere 50% gaben an, in Zukunft einem Netzwerk beitreten zu wollen. 17% entpuppten sich als klare Netzwerkgegner. (vgl. doc.be 2/07) Das Thema polarisierte stark, so übten einige Kollegen massive Kritik an den Verantwortlichen für die Umfrage und für den «verlogenen Fragebogen», 75 wollten oder konnten offenbar nichts zur Diskussion beitragen und sandten ihren Fragebogen leer zurück.

Freitext-Kommentare zu Ärztenetzwerken

Eine Mehrheit der Teilnehmer an der Umfrage nutzte jedoch die Möglichkeit zu Freitextergänzungen, trotz einem bereits ausführlichen Fragebogen. Tab. 1 (S. 12) zeigt eine Übersicht über die Häufigkeit der Fragebogen mit positiven oder negativen Kommentaren, aufgeschlüsselt nach Mitgliedschaft in einem Ärztenetzwerk. Von den Teilnehmenden wurden insgesamt 18 Namen von Ärztenetzwerken im Kanton Bern erwähnt. Anhand der unterschiedlichen Schreibweise einiger Netzwerknamen lässt sich vermuten, dass sich darunter einige Gruppierungen befinden, die möglicherweise erst im Entstehen sind oder eine noch nicht ganz eindeutige Identität aufweisen.

Unter den Freitextäusserungen zu Ärztenetzwerken überwiegen negative Argumente gegenüber positiven deutlich (vgl. Übersicht in Tab. 1). Selbst Mitglieder von Ärztenetzwerken äussern sich ebenso oft negativ wie positiv. Jene, die eine Mitgliedschaft in einem Netzwerk in naher oder weiterer Zukunft in Betracht ziehen, brachten entsprechend noch mehr Vorbehalte gegenüber Netzwerken an. Unter Netzwerkgegnern hat jeder Zweite Nachteile als Freitext eingebracht - neben den im Fragebogen geäusserten Meinungen. Differenzierte Meinungen fallen auf: So bringen Netzwerkmitglieder eine grosse Anzahl von Vorbehalten ein, während jeder 10. Netzwerkgegner noch mögliche Vorteile von Ärztenetzwerken sieht.

Aufgeschlüsselt nach Funktion (Hausärzte, Konsiliarii, «andere» wie Psychiater, Gynä-

	Mitgliedschaft in Ärztenetzwerk				Total
	bereits Mitglied	vorgesehen innert 2 J	vorgesehen nach 2 J	nie	
Anzahl	216	219	166	119	720
Fragebogen mit POSITIVEN Kommentaren zu Ärztenetzwerken	71 (32.9%)	56 (25.6%)	40 (24.1%)	14 (11.8%)	181 (25.1%)
Fragebogen mit NEGATIVEN Kommentaren zu Ärztenetzwerken	75 (34.7%)	82 (37.4%)	78 (47%)	61 (51.3%)	296 (41.1%)

Tabelle 1: Freitextkommentare zu Ärztenetzwerken nach Mitgliedschaft

kologen etc.) führt ein Viertel der Hausärzte und Konsiliarii Vorteile von Netzwerken an, während die «anderen» deutlich weniger Vorteile erwähnen. Diesen steht jedoch in allen drei Gruppen eine doppelte Zahl an Nachteilen in Freitextform gegenüber. Nachstehend werden die wichtigsten Nachteile (insgesamt 413 Nennungen) und Vorteile (207 Nennungen) von Ärztenetzwerken aus Sicht der Berner Ärzteschaft zusammengestellt. Tabelle 2 zeigt eine Übersicht über die verschiedenen Argumente, die anschliessend anhand von Beispielen illustriert werden.

Nachteile von Ärztenetzwerken (413 Nennungen)

Administrativer und zeitlicher Mehraufwand

Mit 120 Nennungen stehen die Befürchtungen von «noch mehr administrativem Aufwand» an erster Stelle der Nachteile von Ärztenetzwerken. Dies lasse «weniger Zeit,» «wird auf Kosten meiner Lebensqualität und der Zeit für meine Patienten gehen,» oder resultiert gar in «weniger Fortbildung».

Angemerkt wurde in diesem Zusammenhang auch, dass die «bisherigen Netzwerke unausgereift» seien oder «nicht überzeugen». Bereits die Netzwerkentstehung wird kritisch kommentiert: «Beo Docs-Verwirklichung verläuft harzig», vermerkt wird auch «eine Beteiligung in mehreren Netzen zugleich ist schwierig».

Autonomieverlust

An zweiter Stelle (86 Nennungen) rangieren alle Argumente rund um die erwartete oder erlebte «eingeschränkte ärztliche Autonomie» in Netzwerken: «Ich bin ‚Unternehmer‘ und ‚Selbstständigerwerbender‘ und lasse mich nicht in ein Paket verpacken!» Oder Aussagen wie «ich will individuelle Freiheit, auch für Zusammenarbeit mit Kollegen»

zeigen, dass die «Einschränkung der Arztwahl» für Zuweiser nicht unakzeptabel ist. Ablehnung erfährt alles, was als «Vorschrift», «Kontrolle», «Zwang» oder gar «Abhängigkeit» von Seiten Netzwerk erlebt wird. Namentlich erwähnt werden «der Zwang zur Qualitätszirkelarbeit», «organisiere meine Fortbildung selber». Einige befürchten den «Ausschluss durch Krankenkassen».

Ökonomischer Druck

Begriffe wie «Budgetmitverantwortung», «Kosten» oder «Sparen» führten zu 51 Nennungen mit negativer Konnotation im Zusammenhang mit Ärztenetzwerken: Tenor «Netze bringen keine Kostendämpfung», «ökonomischer Druck ist nur kassenpolitisch motiviert». Kritisiert und kommentiert wird v.a. die «Budgetverantwortung»: «Ärzte sollen nicht Versicherungsrisikos von den Versicherten übernehmen»; «...führt zu einer Störung des Vertrauensverhältnisses Arzt/Patient»; «damit hätten wir Ärzte die Verpflichtung den Patienten zu erklären, warum es für diese oder jene Therapie usw. kein Geld gibt, das ist Aufgabe der Politiker und nicht der Ärzte»; «Budgetmitverantwortung ist keine Kernkompetenz der Ärzte, aber der Versicherer.» Befürchtet wird auch: «...eine dauernde Verfügbarkeit des Arztes [im Netzwerk] führt zu massiver Lebensqualitätseinbussen (finanzielle Bestrafung falls nicht erreichbar)».

Gefährdung des Status quo

Praktisch gleich viele Nennungen (50) weisen darauf hin, dass es «keine Notwendigkeit gebe, neue Netze zu schaffen», denn «jeder seriös praktizierende Arzt hat bereits sein gut funktionierendes Netz» – «seit es Ärzte gibt». Im Gegenteil: Bestehende Kooperationen «werden aber nun gefährdet». Mit Hinweisen wie «bisher bereits tiefe Fallkosten» oder «Verantwortung wird

auch ohne Budgetmitverantwortung wahrgenommen» wird unterstrichen, dass der «Status quo genügt» – auch bezüglich «Fortbildung und Qualitätszirkelarbeit».

Nachteile für Patienten

Erst an 5. Stelle liegen mit 28 Nennungen die Nachteile, die für Patienten in Ärztenetzwerken entstehen könnten: «weniger Zeit für Patienten», «schlechtere Patientenbetreuung (durch Spardruck)», «Sparen auf dem Buckel des Patienten», «notwendige z.B. psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen ausserhalb des Netzwerkes werden weniger gemacht». Bemängelt wird, dass bezüglich Ärztenetzwerken die «Arzt-Patient Beziehung zuwenig diskutiert» werde, befürchtet wird auch ein «Freiheitsverlust für ...» oder die «Bevormundung von Patienten.»

Persönliche Situation

Mit ebenso vielen Nennungen (28) werden persönliche Gründe für die Ablehnung von Ärztenetzwerken angeführt - oft zusammen mit Hinweisen auf die Vorteile des Status quo (s. oben): neben genereller Skepsis/kein Interesse, vor allem «Alter/Praxisübergabe», «abgelegener Praxisstandort in Randregion» und «negativ eingestellte Kollegen».

Qualitätskontrollen

23 Nennungen kritisieren die in Netzwerken vorgesehenen Massnahmen zur Qualitätssicherung: «Immer mehr fragliche Qualitätskontrollen»; «Überbewertung Qualitätssicherung», «erzwungene Qualitätszirkel (für mich suboptimale Fortbildungsform; gegenwärtiges Kränzli im Notfalldienstkreis genügt eigentlich)»; «Zertifizierungszwang»; der Hinweis «Überprüfung ist durch Selbstkontrolle möglich» enthält den Zusatz «kontinuierliche Fortbildung bereits obligatorisch».

Gruppenspezifische Nachteile

18 genannte Nachteile von Netzwerken hängen mit gruppenspezifischen Merkmalen oder mit Unklarheiten in der Spezialistenrolle zusammen: «betrifft mich als Spezialist / Spitalarzt nicht»; «QZ bringt mir als Psychiater wenig»; «meine Stellung: 50% Spezialist, 50% Grundversorger ist nicht kompatibel mit Netzwerk»; «zu spezialisiertes ‚Krankengut‘, zu geringe Patientenzahl für repräsentative Vergleiche»; «Rolle als Spitalarzt (mit Praxisbewilligung) im Ärztenetzwerk unklar».

Weitere Nachteile

Ferner wurde folgende weitere Argumente (9) gegen Netzwerke vorgebracht: «In vielen Bereichen (Politik und Wirtschaft) werden Netzwerke zu Filz, warum soll es gerade in der Medizin anders sein?» «Ärztetzwerke sind eine politische Kapitulation»; «eigene Verantwortlichkeit wird auf ein ‚System‘ abgewälzt»; «ethisch nicht vertretbar - positive Selektion von Patienten mit geringem Risiko»; «Dominanz der Krankenversicherer», «Verstaatlichung»; «Auseinanderdividieren der Hausärzte».

Vorteile von Ärztenetzwerken (207 Nennungen)

Kollegialer Austausch

Die mengenmässig gewichtigsten Argumente, die für Ärztenetzwerke sprechen, sind mit folgenden Begriffen verknüpft (75 Nennungen): «Kollegialität»; «bessere Zusammenhalt & weniger Konkurrenzkampf der Ärzte»; «Support vom Netzwerk»; «weg von Einzelkämpferrolle», «Isolierte Einzelpraxis wird aussterben», «Einbezug der Spezialisten».

Rollenstärkung

Zweitwichtigstes Argument für Netzwerkbildung ist die damit erhoffte oder verbundene Rollenstärkung, die in 50 Nennungen wie folgt gesehen wird: «durch Vernetzung stärkere Position», «Macht»; «bessere Stimme bei Spital, Kollegen sowie bei Versicherungen und in Politik»; «Mitsprache in Kostendiskussion»; «gibt mehr Information, Sicherheit».

Qualität für Patienten

An dritter Stelle steht die bessere Patientenbehandlung im Netzwerk. Die 41 Nennungen lassen sich dabei in zwei Hauptbereiche unterteilen. Einerseits der sinnvoll erlebten Massnahmen zur Qualitätsförderung der Leistungserbringer (28 Nennungen), andererseits Hinweise auf eine bessere Transparenz und Behandlung für Patienten: «Qualitätszirkel sind eine positive Erfahrung»; «gegenseitiges Lernen»; «Wissensaustausch»; «Zurückgreifen auf evidenzbasierte Hilfsmittel», «gemeinsames Befolgen von Guidelines»; «Qualitätsstandards & Benchmarks». Ferner «bessere Patientenbehandlung»; «rascher Zugriff auf Patientendaten»; «Helfen Vermeiden von unzweckmässigen Behandlungen»; «bessere Transparenz von Qualität»; «mehr Autonomie in Netzwerken für Komplementärmedizin».

Finanzielle Vorteile

28 Nennungen sehen in Ärztenetzwerken ökonomische Vorteile - sowohl für sich selbst wie für die Patienten: «Gemeinsamer Marktauftritt»; «mehr Zuweisungen als Spezialist»; «höherer Umsatz»; «Steuerungsaufwand wird entschädigt»; «gemeinsamer Einkauf von Leistungen/Waren»; damit auch «Kostenreduktion & Kostenbewusstsein»; «Verhindern von Doppelspurigkeiten».

Weitere Vorteile

13 weitere Argumente, die für Ärztenetzwerke sprechen, konnten nicht weiter zugeordnet werden, wie zum Beispiel: «Gatekeeping»; «Möglichkeit junge Kollegen zu motivieren», «Solidarisierung mit jüngeren Kollegen»; «Nachfolgeregelung möglich»;

«Abbau von Fehlmeinungen und Vorurteilen gegenüber Psychiater»; «Erhaltung ‚unseres‘ Spitals».

Zusammenfassung und Diskussion

Aus der im Herbst 2006 durchgeführten Umfrage «Meinungen und Verhalten der Berner Ärzteschaft gegenüber Ärztenetzwerken» wurden 620 Freitext-Argumente oder Kommentare analysiert, welche für oder gegen den Beitritt zu einem Ärztenetzwerk sprechen. Aus der quantitativen Analyse des übrigen Fragebogens (vgl. doc.be 2/07) wissen wir, dass knapp ein Drittel der Umfrageteilnehmer bereits konkrete Netzwerkerfahrung hat. Für gut die Hälfte der Befragten steht in Zukunft ein Beitritt zu einem Ärztenetzwerk zur Diskussion. In diesem Kollektiv werden somit vorwiegend Hoffnungen und Befürchtungen in Bezug auf eine Netzwerkmitgliedschaft ersichtlich. Schliesslich haben mehr als die Hälfte der verbleibenden Netzwerkgegner ihre Vorbehalte in freien Kommentaren präzisiert. Somit kommen in der Umfrage die Meinungen und Erfahrungen einer sehr heterogenen Gruppe von Ärzten zum Ausdruck, die daher unter Berücksichtigung der Erfahrung mit Netzwerken und der Funktion ausgewertet und analysiert wurden.

Erstaunlicherweise zeigt die Analyse dieser qualitativen Daten jedoch ein recht homogenes Bild bezüglich der Einschätzung von Ärztenetzwerken. Auch wenn sich im Kanton Bern heute ein Trend Richtung Mitgliedschaft in einem Ärztenetz abzeichnet, überwiegen zur Zeit diesbezügliche Vorbehalte die damit erhofften oder bereits erleb-

Nachteile von Ärztenetzwerken (413 [#])	Vorteile von Ärztenetzwerken (207)
Administrativer und zeitlicher Mehraufwand (120)	Kollegialer Austausch (75)
Autonomieverlust (86)	Rollenstärkung (50)
Ökonomischer Druck (51)	Qualität für Patienten (41)
Gefährdung des Status quo (50)	Finanzielle Vorteile (28)
Nachteile für Patienten (28)	Weitere Vorteile (13)
Persönliche Situation (28)	
Qualitätskontrollen (23)	
Gruppenspezifische Nachteile (18)	
Weitere Nachteile (9)	

[#] Anzahl Nennungen pro Kategorie

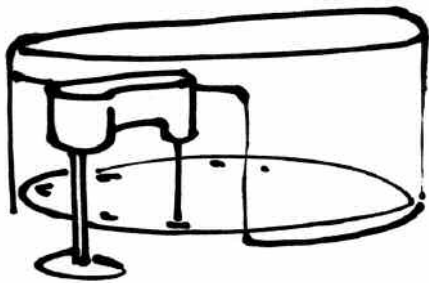
Tabelle 2: Übersicht über 620 Freitext-Kommentare, die für oder gegen den Beitritt zu einem Ärztenetzwerk sprechen, geordnet nach Anzahl Nennungen

ten Vorteile – und dies nicht nur unter jenen in der Warteposition, sondern auch unter Kolleginnen und Kollegen mit Netzwerkerfahrung. Die Liste der Gründe, die gegen einen Beitritt zu einem Ärztenetzwerk sprechen, wird angeführt von der klaren Befürchtung von «noch mehr administrativen und zeitlichen Mehraufwand». Am zweitwichtigsten ist die Angst, ärztliche Autonomie zu verlieren. Dem ökonomischen Druck nachzugeben und Budgetmitverantwortung zu übernehmen findet vermutlich auch daher keine Akzeptanz. Die aktuelle Situation scheint vielen Kollegen zu genügen, da die informelle ad-hoc Zusammenarbeit seit langem als effizient und kostengünstig funktionierendes Netzwerk erlebt wird. Befürchtet wird vielmehr, dass nun «auf dem Buckel der Patienten im Ärztenetzwerk gespart werde», dass unnötige Qualitätskontrollen Zeit und Lebensqualität rauben, oder die eigene Situation

nicht kompatibel mit einer Netzwerkmitgliedschaft sei. Letzteres Argument wird vor allem von Spezialisten und Spitalärzten vorgebracht. Als wichtigste Attraktoren von Ärztenetzwerken zeichnen sich der bessere kollegiale Austausch ab, verbunden mit der Vorstellung von weniger Konkurrenzkampf unter Ärzten und damit einer Rollenstärkung gegenüber den anderen Playern im Gesundheitswesen. Als Vorteile von Ärztenetzwerken wurde auch mehr Transparenz und Qualität für die Patienten erwähnt. Eine Minderheit weist auf die möglichen ökonomischen Vorteile hin, die in Netzwerken für sie und für ihre Patienten entstehen.

Aus der hier skizzierten Situation wird klar, dass die Berner Ärzteschaft bezüglich Bildung und Funktionsweise von Ärztenetzwerken noch eine grosse Skepsis und sehr viele Bedenken gegenüber steht. Fehlende Informationen aber auch Fehlinformatio-

nen und Missverständnisse zeigen, dass die Promotoren von Managed Care noch eine grosse Arbeit zu leisten haben, nicht nur um die MC-Modelle den Ärzten verständlich zu machen, sondern um diese Modelle für Ärzte wie für Patienten gleichermaßen attraktiv auszugestalten. Aus den hier zusammengestellten Kommentaren wird deutlich, an welchen sensiblen Eckwerten sich zukünftige Ärztenetzwerke zu orientieren haben, um wahres Engagement und nicht Pseudoaktivismus der ärztlichen Basis erwarten zu können. Auch die Kassen, die mit der einseitigen Propagierung von Hausarzt Light-Modellen Öl ins Feuer giessen, müssen ihre Strategien überdenken. Damit wird sich entscheiden, ob für die Ärzteschaft auch weiterhin gilt, was in einem der Kommentare der Umfrage stand: «Managed Care nein – Netzwerke ja, zur Stärkung der Position gegen Krankenkassen».



Adrian macht das schon.

Laborwerte, aber zack, zack? Für «Roche Modular» alias Adrian, unser vollautomatisches Analysegerät: tägliche Routine. Und was Maschinen nicht im Gefühl haben, das haben wir im Griff. Mit technischen und medizinischen Kontrollen sowie dem sorgfältigen Validieren und Interpretieren der Analyse-Ergebnisse durch ausgewiesene Laborspezialisten. Standardmässig nach Norm ISO 17025/15189 – und unseren eigenen.

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 ARZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
C M CASSA DEI MEDICI

Praxismanagement und Outsourcing

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

Arztpraxis – Spital – Nationale eHealth-Strategie



Dr. med. Christoph Hug, Delegierter BEKAG für den elektronischen Datenaustausch

Weniger Administration, keine Doppelspurigkeiten bei Diagnose und Therapie, schneller Zugriff auf wichtige Daten: Die elektronische Krankenakte ist Zukunft. Grundbedingung für einen elektronischen Datenaustausch zwischen Spital und praktizierender Ärzteschaft ist aber eine gesicherte und verschlüsselte E-Mail-Verbindung. Wo stehen die öffentlichen Spitäler im Kanton Bern betreffend BEKISPlus? In wie weit kann die praktizierende Ärzteschaft im Kanton Bern von der Informations- und Kommunikationstechnologie heute profitieren? Und welches sind die für uns wichtigsten Ziele der nationalen eHealth-Strategie?

Drei Jahreszahlen haben kantonal und national eine Bedeutung, wenn man sich mit eHealth beschäftigt:

- 2004 – Aufnahme der Tätigkeit der Trustcenter schweizweit
- 2005 – Definition der Minimalstandards für neue Klinikinformationssysteme (KIS) durch die GEF (Gesundheits- und Fürsorgedirektion BE) im Rahmen des Projektes BEKISPlus
- Ende 2006 – Veröffentlichung der «Nationalen Strategie eHealth» durch das BAG.

Die Trustcenter, ein «Nebenprodukt» des Tarmed, führten dazu, dass in vielen Praxen die EDV-Infrastruktur aufgerüstet wurde. Seither kann eine Mehrheit der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte elektronisch abrechnen, d.h., elektronische Rechnungskopien über ein Trustcenter den Versicherern zur Verfügung stellen. Dies war und ist ein wichtiger Schritt in der dringend notwendigen elektronischen Vernetzung im Gesundheitswesen, konnte doch damit gezeigt werden, dass ein sicherer verschlüsselter elektronischer Datenaustausch möglich ist. Dabei hat sich vor allem die Sicherheitstechnologie ASAS von HIN/Arpage bewährt. Ein elektro-

nisch vernetztes Gesundheitswesen schiebt jedoch nicht nur Zahlenmaterial hin und her, sondern will viel mehr. Deshalb wird im Kanton Bern seit dem Jahre 2005 von den öffentlichen Spitälern verlangt, dass sie den zuweisenden und nachbehandelnden Ärztinnen und Ärzten einen elektronischen Zugang zu den in den Spitälern erstellten Dokumenten, Befunden, Bildern etc. gewähren müssen. Die genauen Bestimmungen wurden im Rahmen des Projektes BEKISPlus, das Anfangs 2005 abgeschlossen wurde, erarbeitet. Auf nationaler Ebene wiederum wurde Ende 2006 die Strategie für die Entwicklung von eHealth in der Schweiz bekanntgegeben, welche auf alle im Gesundheitswesen tätigen Akteure Einfluss haben wird.

Dieser Artikel soll nun aufzeigen, wo die öffentlichen Spitäler im Kanton Bern betreffend BEKISPlus stehen, in wie weit die praktizierende Ärzteschaft im Kanton Bern von der IKT (oder ICT, Informations- und K(C)ommunikations-Technologie) bereits profitieren kann und was die für uns wichtigsten Ziele der nationalen eHealth-Strategie sind. Zudem wird kurz auf die existierenden elektronischen Krankengeschichten für die frei praktizierende Ärzteschaft eingegangen.

Stand der Dinge BEKISPlus – Spitäler/praktizierende Ärzteschaft

Es ist verständlich, dass für die Spitäler die interne Einführung der KIS (Klinik-Informationssystem) Priorität hat und dass die Anbindung der Ärzteschaft erst an zweiter Stelle kommt; dies auch, da die Ärzteschaft noch immer kein grosses Interesse am elektronischen Datenaustausch mit den Spitälern zeigt. Der Anschluss der Praktiker bedeutet für die Spitäler zusätzliche Investitionen (personell und finanziell). Dank der Trustcenter hat ein Grossteil der Ärzteschaft die Sicherheitssoftware ASAS installiert, womit unter anderem auch ein gesicherter und verschlüsselter E-Mail-Verkehr möglich ist – aber nur mit Empfängern, die ebenfalls die entsprechende Sicherheitstechnologie installiert haben. Diese verschlüsselte Kommunikation ist problemlos zwischen zwei HIN-Adressen (xy@hin.ch) möglich. Damit auch mit den Spitälern per ASAS kommuniziert werden kann, müssen diese einen HIN-MailGateway anschaffen und betreiben (www.hin.ch > Produkte).

Im Rahmen einer kleinen Umfrage haben sich die öffentlichen Spitäler geäussert, in wel-

cher Phase der KIS-Aktualisierung sie per Ende März 2007 stehen und wie und wann der Anschluss der freipraktizierenden Ärzteschaft geplant ist. Hier die wichtigsten Antworten:

- für diejenigen Spitäler, die ein neues KIS anschaffen, fällt in diesem oder dem nächsten Jahr der Produkte-Entscheid
- die interne Einführung der KIS wird zwischen Ende 2008 und 2011 abgeschlossen sein
- der Anschluss der Praktiker gem. «BEKISPlus Minimalstandards» sollte in der Zeit von 2009 bis 2011 erfolgen
- aktuell wird hauptsächlich der Datenaustausch per E-Mail, später dann auch mit anderen Technologien (z.B. Webportal) bevorzugt
- für alle Spitäler ist HIN/ASAS eine Option, bzw. ist bereits eingeführt (s.u.)

Elektronischer Datenaustausch heute

Seit längerer Zeit haben im Kanton Bern drei öffentliche Spitäler mit der Installation eines HIN-MailGateway die Möglichkeit geschaffen, eine datenschutzkonforme elektronische Kommunikation zu ermöglichen: Inselspital Bern, Spital Simmental-Thun-Saanenland AG (Spital STS AG) und Spitaler fmi AG (Frutigen-Meiringen-Interlaken) (weitere Adressen auf der Website von HIN (www.hin.ch) oder der BEKAG (www.bekag.ch)). Bis anhin haben sich aber für diese Spitäler die Investitionen nicht gelohnt, da diese Technik noch viel zu selten von der Ärzteschaft benutzt wird. Die beiden Spitäler STS AG und fmi AG sind bereit, auf Rückfrage alle Berichte per E-Mail an KollegInnen mit einer HIN-E-Mail-Adresse zu verschicken! Welche Massnahmen getroffen werden müssen, damit die E-Mails wirklich verschlüsselt verschickt werden, ist auf der Website der BEKAG aufgeführt (www.bekag.ch > E-Kommunikation).

Über das Projekt mit dem Herzkatheterlabor am Inselspital, Berichte per E-Mail zu verschicken, wurden an dieser Stelle bereits informiert. Nach diversen Verzögerungen konnte die elektronische Übermittlung der Berichte aus dem Herzkatheterlabor des Inselspitals Bern Ende Februar 2007 in Betrieb genommen werden. Von 1800 angeschriebenen Kolleginnen und Kollegen hatten sich per Ende Februar 2007 108 Praxen gemeldet, die die Herzkatheter-Berichte ab sofort per E-Mail erhalten wollten. Dies entspricht einem Anteil von 5.9%. Das ist leider weiterhin ein sehr tiefer Anteil an der gesamten Ärzteschaft, aber immerhin etwas mehr, als erwartet wurde. In der Zwischenzeit hat auch die Abt. Rhythmologie des Inselspitals

und die Abt. kardiale Rehabilitation sowie die Notfallstation des Inselspitals Interesse an diesem Projekt gezeigt. Erfreulich ist auch, dass die Kardiologische Gemeinschaftspraxis Bern (Klinik Beausite), den Berichtversand per E-Mail anbietet (kqp@hin.ch).

Zusammen mit den zuständigen Informatikern des Inselspitals wird nun versucht, den Berichtversand per E-Mail (nur über HIN/ASAS) allen Kliniken schmackhaft zu machen.

Nationale eHealth-Strategie Schweiz

Per 1. Dezember 2006 wurde nach knapp einjährigen Vorarbeiten vom BAG (Bundesamt für Gesundheitswesen) das 56-seitige Papier «Nationale Strategie eHealth» veröffentlicht (<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/03505/index.html?lang=de/>). Darin wurden 3 Handlungsfelder definiert:

A – Elektronisches Patientendossier

B – Online-Informationen und Online-Dienste

C – Umsetzung und Weiterentwicklung Strategie e-Health

In diesem Kontext interessiert natürlich v.a. das Handlungsfeld A (elektronisches Patientendossier). Folgende Ziele wurden definiert (gekürzt):

- Ziel A1 – 2008: Versichertenkarte eingeführt (in der Zwischenzeit wurde dieses Ziel wie folgt abgeändert: Einführung ab 2008, obligatorisch ab 1.1.2009!)

- Ziel A3 – bis Ende 2008 sind die Standards für ein elektronisches Patientendossier verbindlich verabschiedet

- Ziel A4 – ab Anfang 2010 führen alle akuten somatischen Spitäler, ... sowie mindestens 50% der frei praktizierenden Ärzte eine elektronische Krankengeschichte. Die Interoperabilität zwischen den elektronischen KG ist gewährleistet.

- Ziel A6 – bis Ende 2012 ist der elektronische Austausch von medizinischen und administrativen Daten ... strukturiert, medienbruchfrei und verlustfrei möglich. ...

- Ziel A7 – ab Anfang 2015 ist das persönliche lebenslange elektronische Patientendossier für alle Menschen in der Schweiz verfügbar.

Um die ganze eHealth-Strategie umzusetzen und weiter zu entwickeln, wird ein nationales Koordinationsorgan geschaffen. Diesem nationalen Organ sollen beratende Begleitgruppen (Vertreter der Leistungserbringer, Versicherer, Patientenorganisationen etc.) zur Seite gestellt werden, die konkrete Projekte vorbereiten. Diese Gruppe(n) sollten bis Ende 2007 gebildet worden sein.

Viel Platz nimmt in diesem Strategie-Papier auch die Kosten-(Nutzen)-Frage in Anspruch. Hier zitiere ich nur eine mögliche Lösung:

«Ansätze für Anreizsysteme: => Unterschiedliche Tarife: Leistungserbringer werden mit einem Bonus oder Zusatzzahlungen belohnt, wenn sie IKT (Informations- und Kommunikationstechnologie) einsetzen oder dank IKT höhere Qualitätsanforderungen erfüllen. ...»

Elektronische Krankengeschichte

Vom elektronischen Datenaustausch, damit ist aktuell v.a. die Übermittlung von Berichten gemeint, können natürlich v.a. diejenigen

Kollegen profitieren, die bereits eine elektronische Krankengeschichte (eKG) einsetzen. Umfragen in der letzten Zeit bei der Ärzteschaft haben ergeben, dass erst ca. 5% eine eKG führen. Immerhin wollen im Kanton Bern bereits knapp 6% von der Übermittlung von Berichten aus dem Inselspital profitieren! Wenn Sie an einer elektronischen KG interessiert sind, empfehle ich Ihnen die von der SGAM-Arbeitsgruppe SGAM.informatics herausgegebene CD-ROM (kürzlich ist die 2. Ausgabe erschienen). Sie finden darauf Informationen zu den elektronischen Krankengeschichten von: AmetiQ (Mac), PEX II (Delemed), Aeskulap (Kern), KAGE (Praxinova), WinMed 3.0 (TMR), PatientView (Triamun), Vitomed (Vitodata) und Elexis (Dr. G. Weirich, SH – ein Open Source Projekt). Auf der CD befinden sich zusätzliche allgemeine Informationen zur Informatik in der Praxis. Die CD kostet sFr. 30.– und ist zu bestellen über sgam@hin.ch. Oder nehmen Sie mit dem Hersteller Ihrer Praxisadministrationssoftware Kontakt auf, um sich Referenz-Adressen von Kolleginnen und Kollegen, welche die eKG bereits eingeführt haben, geben zu lassen. Obwohl noch einige Probleme bei der Anwendung der eKG bestehen, habe ich noch von keinem Kollegen gehört, der den Schritt Papier-Elektronik gewagt hat und dies nun bereut!

Die elektronische Vernetzung im Gesundheitswesen kommt (s. eHealth-Strategie des Bundes)! Verpassen Sie den Anschluss nicht: sammeln Sie jetzt schon Erfahrung mit dem Datenaustausch, werden Sie Kunde eines Trustcenters und lassen Sie sich Spitalberichte (aktuell v.a. Insel, STS AG und fmi AG) per E-Mail zuschicken!

Terminplan 2007

22. August 2007
Klausurtagung

13. September 2007
Erweiterte Präsidentenkonferenz

25. Oktober 2007
Delegiertenversammlung



Impressum

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