



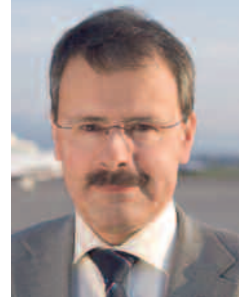
ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Nr. 4 / August 2008
www.berner-aerzte.ch

Themen dieser Ausgabe:

<u>Eröffnungstag der Jubiläumsfeierlichkeiten</u>	<u>3</u>
<u>Der neue Bär: Zum Facelifting unseres Wappentiers</u>	<u>4</u>
<u>Stirbt der Beruf des Hausarztes aus?</u>	<u>5</u>
<u>Das Rezept, ein unbekanntes Wesen?</u>	<u>6</u>
<u>Häufigkeit von Multiresistenz-Problemen im ambulanten Bereich des Kantons Bern</u>	<u>7</u>
<u>Impfprogramm gegen humane Papillomaviren (HPV-Impfung) im Kanton Bern</u>	<u>8</u>
<u>Pandemieplanung Kanton Bern</u>	<u>9</u>
<u>«i-hells» im Kanton Bärn – ja gärn</u>	<u>10</u>
<u>Leserbrief</u>	<u>11</u>
<u>Die reine Vertragsfreiheit wird es nicht geben</u>	<u>12</u>
<u>Der Notfalldienst im Bezirksverein Seeland</u>	<u>14</u>
<u>Vorstand 2008</u>	<u>15/16</u>

Bundesamt warnt vor Ärztemangel in der ambulanten medizinischen Versorgung



2003 – vor fünf Jahren – behauptete die Berner Ärztesgesellschaft als eine der ersten an dieser Stelle, dass ein Ärztemangel bevorstehe. Dies aufgrund eigener Zahlen. Noch 2007 hielt die Bundesverwaltung in einer Publikation zur Versorgungslage fest: «Die ambulante medizinische Versorgung ist derzeit in allen Regionen der Schweiz gewährleistet.»

Die ambulante Praxismedizin steht von mehreren Seiten her unter Druck: Die Politik versucht, die ambulante ärztliche Versorgung einzuschränken – mittels Zulassungsstopp, Angriffen auf die freie Arztwahl und Tarifiereduktionen. Die praktizierende Ärzteschaft selbst steht unter einem demografischen Druck: Das Durchschnittsalter steigt an. Verschärfend kommt die Feminisierung des Berufsstands hinzu. Gleichzeitig steigt die Nachfrage der alternden Bevölkerung nach medizinischen Leistungen. Nun endlich warnt das Bundesamt für Statistik, Abteilung Gesundheitsobservatorium (Obsan) vor einem Ärztemangel in der ambulanten medizinischen Versorgung: «Es ist zu befürchten, dass schon bald ein Ungleichgewicht zwischen der Inanspruchnahme und dem Angebot ambulanter medizinischer Leistungen entsteht.»¹ Dies betrifft gemäss Obsan vor allem die Leistungen von Chirurgen, Psychiatern und Hausärzten.

Diese Warnung erfolgte vier Wochen nach der Volksabstimmung über den Gesundheitsartikel («NEIN zum Kassendiktat») und zwei Wochen nach der parlamentarischen Verlängerung des Zulassungsstopps. Der Zeitpunkt der Publikation zeugt von wenig Respekt vor der Demokratie! Musste das Obsan mit dieser späten Meldung zur «unverfälschten Stimmabgabe» von Volk und Parlament beitragen?

Sind Zulassungsstopp, Angriffe auf die freie Arztwahl und Tarifiereduktionen angesichts des nun auch offiziell absehbaren Ärztemangels Hinweis auf politische Konzeptlosigkeit oder haben sie Methode?

Jürg Schlup,
Präsident der Ärztesgesellschaft

¹ www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.Document.110592.pdf

Ticketing für die Jubiläums-Veranstaltungen

Die Tickets für die Jubiläums-Veranstaltungen können ab 13. August bequem über Internet gekauft und gleich zu Hause ausgedruckt werden. Dieses Verfahren entlastet das Sekretariat und spart Portokosten ein.

Die Bestellung eines Tickets ist sehr einfach:

- Auf der Homepage www.berner-aerzte.ch den Jubiläums-Bereich auswählen. Es erscheint eine Liste aller Veranstaltungen.
- Eine Veranstaltung auswählen und die Anzahl gewünschter Plätze angeben.
- Entweder einloggen (analog Mitgliederumgebung) oder Name und Adresse angeben.
- Falls vorhanden, Gutschein-Nummer(n) eingeben. Die von der Delegiertenversammlung beschlossenen Gutscheine werden im Vorfeld an alle Mitglieder verschickt.
- Der Restbetrag kann über Kreditkarte oder Rechnung (mit Aufpreis) bezahlt werden. Die Kosten pro Ticket belaufen sich auf Fr. 40.– bei Online-Bezahlung mit Kreditkarte und Fr. 45.– bei Zahlung auf Rechnung.
- Zum Abschluss erhalten Sie eine E-Mail mit der Bestätigung und sie können das Ticket gleich ausdrucken.

Eine ausführliche Anleitung wird auf der Homepage verfügbar sein. Die Übermittlung der Kreditkarten-Daten erfolgt verschlüsselt, es sind alle üblichen Sicherheitsstandards eingehalten.

Alternativ zur Online-Bestellung besteht ab 18. August auch die Möglichkeit, Tickets telefonisch über die Hotline 0900 00 00 42 zu bestellen (CHF 1.70/min, Mo-Fr 08.00–12.00 Uhr).

Marc André, André Netline, eBusiness-Solutions

1809
2009
200 JAHRE MEDIZIN
FÜR DIE ZUKUNFT
ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN



Sibylle blickt durch.

Als direkte Ansprechpersonen arbeiten unsere biomedizinischen Analytikerinnen nicht nur mit Pipetten und Reagenzgläsern. Sondern mit Köpfchen und Verantwortung. Da zählen nebst Kompetenz und Erfahrung auch der Blick fürs Ganze und ein offenes Ohr. Und damit das so bleibt, bilden sich unsere Damen stetig fort, intern wie extern. Davon profitieren auch jedes Jahr 1–2 Laborantinnen in spe: unsere Praktikantinnen.

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

Endlich neue **Farbe** für
Ihre **Praxis** dank
CB6

Die neue **Administrationssoftware der Ärztekasse ist da!**

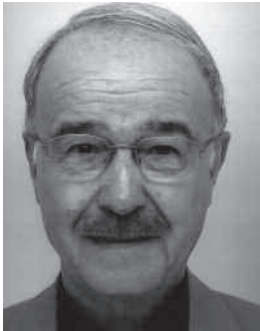
Die neue Software der Ärztekasse zur Leistungserfassung und Abrechnung hat einige tolle Neuheiten integriert. Trotzdem gibt's diese Software für die Kunden der Ärztekasse kostenlos! Mit dem gesparten Geld können Sie zum Beispiel Ihre Praxis neu streichen lassen. Natürlich können Sie dank der XML-Schnittstelle auch mit einer anderen Software über die Ärztekasse abrechnen. Nur die Praxis muss dann halt auf die neue Farbe verzichten...

Ä K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

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

25. Oktober 2008:

Eröffnungstag der Jubiläums-Feierlichkeiten



Prof. Dr. med.
emeritus Emilio
Bossi,
Präsident des
Organisations-
komitees

Am Samstag, 25. Oktober 2008, beginnen die Feierlichkeiten des 200 Jahre-Jubiläums der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern. Die Eröffnungsveranstaltung findet in den Räumlichkeiten der Berner Fachhochschule Architektur, Holz und Bau in Burgdorf statt.

In der letztjährigen Oktober-Nummer der Zeitschrift doc.be haben wir erstmals über den Eröffnungstag berichtet. In dieser Ausgabe erfahren Sie nun alle Details zum Programm.

Der Tag wird mit einer **Medienkonferenz** beginnen, an welcher Presse, Radio und Fernsehen eingeladen werden. Es handelt sich vorwiegend um die kantonalen Medien, dazu kommen Radio DRS und die Schweizerische Depeschagentur.

Eröffnungsfeier

10.30 bis 12.30 Uhr, Auditorium der Fachhochschule.

- *Begrüssungen* durch den Stadtpräsidenten Dr. med. Franz Haldimann, durch den Gesundheitsdirektor Dr. med. Philippe Perrenoud und durch unseren Präsidenten, Dr. med. Jürg Schlup.
- *Medizinhistorischer Vortrag* von Prof. Urs Boschung.
- *Festrede*: «Médicalisation de la société et durabilité des systèmes de la santé». Festredner ist Prof. Gianfranco Domenighetti, Gesundheitsökonom an der Universität Lausanne.
- Der OK-Präsident wird das *Jubiläumsprogramm* des ganzen Jahres vorstellen.

- Die Feier wird durch *musikalische Beiträge umrahmt*. Dargeboten werden diese durch ein Streichquartett aus dem Berner Medizinerorchester und durch den Pianisten Prof. Dr. med. Fritz Körner, emeritierter Ordinarius für Ophthalmologie unserer Universität.

Um 12.30 Uhr ist ein **Apéritif riche** für die geladenen Gäste der Eröffnungsfeier vorgesehen.

Veranstaltungen für die Bevölkerung

Ab 14.00 Uhr beginnen die Veranstaltungen für die Bevölkerung, ebenfalls in den Räumlichkeiten der Fachhochschule. Sie dauern bis 18.00 Uhr.

Nachmittags sind auch alle Kolleginnen und Kollegen mit ihren Familien eingeladen.

Reservieren Sie sich diesen Nachmittag in Ihrer Agenda!

- *Bilderausstellung malender Ärztinnen und Ärzte*. Neun Kolleginnen und Kollegen werden je zwei bis drei Werke ausstellen. Für die anderen Kollegen, die gerne mitgemacht hätten, reicht der Platz leider nicht aus! Die Ausstellung wird während der ganzen Folgewoche bestehen bleiben.
- *Musikalische Darbietungen durch Ärztinnen und Ärzte*. Die Klassik wird mit einem Klavierduo (Peter Villiger, Martin Fey), einem Klaviertrio (Hans Jakob Zehnder, Magdalena Hamberger, Elena Botez), einem Pianisten (Fritz Körner) und zwei Sängern mit Klavierbegleiter (Heinz Fahrer, Manuela Mumenthaler, Jürg Bitterli) vertreten sein. Voraussichtlich werden Werke von Beethoven, Mendelssohn, Chopin und Scriabin (nebst anderen) zur Aufführung kommen. Den Jazz vertreten zwei Formationen, die eine geleitet durch Ueli Althaus, die andere durch Carlo Lang.
- *Ausstellungen von Praxen aus den Jahren 1809, 1909 und (voraussichtlich) 2109*. Prof. Urs Boschung und Dr. Hubert Steimke vom Institut für Medizingeschichte unserer Universität werden die Praxen aus der Vergangenheit

1809
2009
200 JAHRE MEDIZIN
FÜR DIE ZUKUNFT
ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN

gestalten, wobei eine interaktive Wissensvermittlung mit dem Publikum vorgesehen ist. Die Ausstellung einer Zukunftspraxis strebt ebenfalls eine aktive Beteiligung der Besucherinnen und Besucher an. Durchführung und Art der Gestaltung sind bei Redaktionsschluss dieses doc. be jedoch noch nicht ganz gesichert.

- *Sportmedizinische Veranstaltung*. Die Gruppe von Prof. Hans Hoppeler aus dem Institut für Anatomie unserer Universität wird dem Publikum die Gelegenheit bieten, moderne Möglichkeiten der Messung der menschlichen Kraft- und Dauerleistungsfähigkeit am eigenen Leib zu erfahren. Möglicherweise wird eine zweite sportmedizinische Gruppe einen anderen Beitrag leisten, gesichert ist dies bei Redaktionsschluss noch nicht.

Ein erfahrener **Moderator** wird den Zeitpunkt der Veranstaltungen und deren Lokalisation ankündigen und den Besucherinnen und Besuchern den Weg weisen. Zudem steht dem Publikum eine Verpflegungsstätte zur Verfügung.

Ihre Teilnahme freut uns!

Wir freuen uns, wenn Sie mit Ihrer Familie und mit Freunden an diesem Eröffnungstag teilnehmen. Kolleginnen und Kollegen sind neben den geladenen Gästen auch an der Eröffnungsfeier herzlich willkommen, deren Besuch auch für den anschliessenden Apéritif berechtigt. Bitte melden Sie sich für die Eröffnungsfeier am Vormittag an – die Plätze sind begrenzt! (bekag@hin.ch) Der Weg zur Fachhochschule ist gekennzeichnet, Parkmöglichkeiten sind genügend vorhanden.

Genauere Angaben finden sich auf www.ahb.bfh.ch (Fachhochschule) und www.burgdorf.ch/parkieren.html.

Der neue Bär: Zum Facelifting unseres Wappentiers

Interview mit dem Grafiker Stephan Bundi



Stephan Bundi,
Grafiker,
Visuelle Kom-
munikation, Boll

Die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern hat ein neues Logo. Der Grafiker Stephan Bundi, Schöpfer des neuen Logos und Träger internationaler Meriten, äussert sich hier zum verjüngten Bären.

Das Wappentier der BEKAG wurde modernisiert. Weshalb hat das alte Logo nicht mehr genügt?

Abgesehen von der ältlichen Anmutung waren es reproduktionstechnische Überlegungen, die eine Überarbeitung notwendig machten. Ein Logo sollte drei Bedingungen erfüllen: Es muss invers, d.h. weiss auf schwarz dargestellt werden können, die Grösse muss ohne Qualitätsverlust reduzierbar sein und das Logo sollte auch in Schwarz-Weiss reproduziert werden können.

Und das war bei der alten Version nicht der Fall?

Ja, problematisch war vor allem die Anwendung auf dem Bildschirm. Die alte Vorlage liess sich schlecht verkleinern. Normalerweise müsste ein Logo auf ca. 5 mm gegen unten skaliert, d.h. verkleinert werden können, bei der alten Vorlage war dies nur bis etwa 15 mm möglich. Das schränkt natürlich die Anwendungsmöglichkeiten stark ein. Zudem wirkte die Auflösung für Internet-Anwendungen unsauber.

Warum muss ein Logo invers, also weiss auf schwarz, dargestellt werden können?

Da gibt es viele Anwendungsbereiche, z.B. für den Druck von Foulards, Krawatten oder für Prägungen auf Buchumschlägen. Das Logo sollte sich auf dunklem Grund weiss aufdrucken oder aufsticken lassen.

Sie haben sich bei der Überarbeitung an der alten Vorlage des Heraldikers Paul Bösch orientiert. Warum?

Die Bildidee ist nach wie vor richtig: Da ist einerseits der Bär, der für Bern steht, dann der Äskulapstab als Symbol der Medizin. Nur die Umsetzung wirkte mittlerweile – nach immerhin 50 Jahren – etwas veraltet.

Was ist anders am neuen Bären?

Der neue Bär ist kräftiger, auch etwas aggressiver, mutiger.

Hätte man nicht auch ein ganz neues Logo entwerfen können?

Nein, traditionsbewusste Organisationen wie die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern sollten ihr Logo nicht einfach leichtfertig auswechseln. Der Wiedererkennungseffekt eines Logos ist ein Wert für sich. Wenn ich an ein Redesign herangehe, frage ich mich immer: wie wenig – nicht wie viel – muss ich ändern, damit die Gestaltung wieder funktioniert. Die Idee des Bären mit Äskulapstab ist, wie gesagt, richtig. Nebst der technischen Problematik musste lediglich die Anmutung zeitgemässer werden. Trotzdem darf die Öffentlichkeit durchaus wahrnehmen, dass die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern seit immerhin 200 Jahren aktiv ist! Es wäre falsch, diesen Hinweis nicht sichtbar zu machen.

Interview: Sandra Küttel,
Presse- und Informationsdienst



Das BEKAG-Logo wurde überarbeitet. Der neue Bär ist kräftiger, etwas aggressiver und mutiger.



Bisheriges BEKAG-Logo

Betakli 2008
19.–22. November, Inselspital Bern

Die BETAKLI-Anmeldung startet Anfang September und wird wieder mit dem bewährten System über Internet durchgeführt. Sie haben die Möglichkeit, sich für die verschiedenen Veranstaltungen, Workshops und Rahmenprogramme einzuschreiben.

Wir danken für die zahlreich eingesandten Themenvorschläge zum BETAKLI-Programm.

Es wurden unter Aufsicht eines Juristen folgende Gewinner ausgelost:

- Dr. Jürg Naef, Herzogenbuchsee
- Dr. Urs Schneeberger, Niederönz
- Dr. Ulrich Castelberg, Aarberg
- Dr. Andreas Kuske, Bern
- Dr. Beat Hählen, Lenk im Simmental

Die Gewinner erhalten je einen Bücher-gutschein im Wert von 100 Franken.

Herzliche Gratulation!

Stirbt der Beruf des Hausarztes aus?

Von *Therese Krähenbühl*,
freie Journalistin und Geschichtsstudentin

Noch spüren Patienten kaum etwas davon – dass der Hausärztemangel kommen wird, ist aber sicher. Bereits heute suchen viele Allgemeinmediziner im Kanton Bern vergeblich nach einem Nachfolger. Der absehbare Ärztemangel betrifft nicht nur Hausärzte, wie die neueste Obsan-Studie zeigt.

Wer in einer abgelegenen Region wie dem Eriz oder Haslital wohnt, hatte bis anhin nicht lange bis zum nächsten Hausarzt. Dies könnte sich aber schon bald ändern. Grund: Zahlreichen Praxen in ländlichen Gebieten droht die Schliessung. Thomas Heuberger, Hausarzt in Hilterfingen und Vorstandsmitglied der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, schätzt die Situation als problematisch ein: «In meiner Region zeichnet sich ein Hausärztemangel ab. Ich habe viele Kollegen, die einen Nachfolger suchen, aber niemanden finden.»

Statistisch gesehen ist ein spürbarer Mangel erst in drei bis fünf Jahren zu erwarten. Dann werden zahlreiche Ärzte pensioniert. «Das Durchschnittsalter der Hausärzte liegt heute bei 57 Jahren. Ungefähr 40 Prozent der praktizierenden Ärzte sind zwischen 55 und 65 Jahre alt», erklärt Heuberger.

Problem Notfalldienst

«Zuerst werden sich die Wartezeiten verlängern und die Notfallversorgung verschlechtern», prognostiziert Heuberger. Besonders der Notfalldienst werde in ländlichen Umgebungen zum Problem. «Allmählich wird es schwierig, genügend Ärzte zu finden, die diesen Dienst machen wollen und auch machen können.» Um die Belastung der einzelnen Mediziner zu reduzieren, werden die Notfalldienstkreise laut Heuberger tendenziell vergrössert. Dadurch vergrössern sich die Distanzen zum nächsten Hausarzt für den Patienten erheblich. Erste solche Entwicklungen sind zum Beispiel in Steffisburg, Heimberg und dem rechten Zulgebiet zu beobachten. Vergangenen Februar wurden dort zwei Notfalldienstkreise vereint.

Auch die Praxisschliessungen werden sich in den ländlichen Gebieten häufen – die Entwicklung hat bereits eingesetzt: So wurde in Heimberg 2005 ein Arzt gesucht, der die Praxis eines unerwartet verstorbenen Mediziners übernehmen sollte. Ohne

Erfolg – seit drei Jahren hat die Gemeinde einen Hausarzt weniger. Dasselbe in Steffisburg. «In Beatenberg gab es mehrere Jahre lang keinen Hausarzt mehr», sagt Heuberger.

Ausweglose Situation?

Obwohl die Zukunft prekär erscheint, sieht Heuberger Mittel, den Praxisschliessungen entgegenzuwirken: «Es braucht Investitionen und bessere Rahmenbedingungen, um den Beruf des Hausarztes auf dem Land attraktiver zu machen.»

Der Grossrat nimmt dabei auch die Gemeinden in die Pflicht: «Sie haben schliesslich ein Interesse daran, dass der Arzt im Dorf bleibt, und könnten beispielsweise

günstige Praxislokale zur Verfügung stellen». Heuberger verweist auch auf die restriktive Kreditpolitik der Banken: «Für junge Ärzte ist es heute schwierig, das Startkapital für eine Praxis aufzubringen, weil die Banken nur ungern Kredite sprechen.»

«Auch der einzelne Patient kann zur Entschärfung der Situation beitragen», ist Heuberger überzeugt. Nicht jede Befindlichkeitsstörung muss vom Arzt behandelt werden, kleinere Erkrankungen sind kein «Notfall». Der Hausarzt kenne seine Patienten und könne rascher beurteilen, welche Behandlung angezeigt ist. Der Notfallarzt, ein Spezialist oder ein Spital müssen viel breiter abklären, ob ein Bagatelldfall vorliegt oder eine echte Gefahr besteht: «Hier sparen die intime Kenntnis des Hausarztes und das Vertrauensverhältnis zum Patient auch Kosten.»

Dieser Artikel erschien in leicht abgeänderter Form am 20. Juni im Thuner Tagblatt.



Dr. med. Thomas Heuberger fürchtet um die Zukunft der Hausärzte

(Bild: Christian Pfander).

Obsan-Studie prognostiziert Ärztemangel

Die neueste Obsan-Studie vom Juli 2008 zeigt: Im Zuge der demografischen Alterung wird die Nachfrage nach ambulanten Arztkonsultationen in der Schweiz stark steigen. Gleichzeitig ist mit einem Rückgang der Ärztezahl zu rechnen. Aufgrund dieser Trends könnte es bis 2030 zu einer erheblichen Versorgungslücke kommen: Bis zu 30 Prozent der prognostizierten Konsultationen könnten gemäss Grundsenario nicht mehr abgedeckt werden. Dies geht aus Prognosen hervor, die im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) erstellt wurden. Die grössten Engpässe zeichnen sich bei den Hausärztinnen und -ärzten ab (Versorgungslücke 39%). Stark betroffen sind aber auch Psychiater (26%) und chirurgisch tätige Fachärztinnen und Fachärzte in freier Praxis (23%). Von einem künftigen Ungleichgewicht verschont scheinen aus heutiger Sicht einzig die Bereiche Gynäkologie und Pädiatrie. Die vollständige Studie kann unter www.obsan.admin.ch (> Publikationen: Arbeitsdokument 33) heruntergeladen werden.

Das Rezept, ein unbekanntes Wesen?



Dr. pharm.
Stefan Fritz,
Präsident des
Apotheker-
verbands
des Kantons
Bern

Es bestehen unterschiedliche Meinungen darüber, innerhalb welcher Frist und in welcher Menge Medikamente auf Rezept bezogen werden dürfen. Die folgenden Ausführungen klären wichtige Fragen in Zusammenhang mit Arztrezepten.

Noch vor wenigen Jahrzehnten beherrschten und pflegten die Ärzte die Kunst der Magistralrezeptur. Noch heute schlägt mein Pharmazeuten-Herz höher, wenn ich eine solche Verordnung zur Ausführung erhalte. Auch wenn sich die Verschreibung zunehmend hin zu Fertigarzneimitteln entwickelt hat, bildet das Rezept immer noch dasjenige Dokument, welches die gegenseitige Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker zum Wohle des Patienten regelt.

Wie lange ist ein Rezept gültig?

In den Apotheken im Kanton Bern stellen wir immer wieder fest, dass bezüglich Gültigkeitsdauer und Repetierbarkeit von ärztlichen Rezepten unterschiedliche Auffassungen bestehen. Ich habe daher die geltenden Bestimmungen zusammenge-

fasst (Tabelle 1). Daraus geht rasch hervor, dass die verschiedenen gesetzlichen und tariflichen Grundlagen voneinander abweichen. Nach juristischer Einschätzung geht jedoch immer die restriktivere Regelung vor. Es gilt grundsätzlich zu unterscheiden zwischen der Gültigkeitsdauer des Rezeptes (innerhalb welcher Frist dürfen die Medikamente bezogen werden) und der Repetierbarkeit (in welcher Menge dürfen die Medikamente bezogen werden). Wenn Sie einer Patientin, welche Sie einmal jährlich sehen, für ein Antibiotikum gegen einen gelegentlichen einfachen Harnwegsinfekt ein Rezept in Reserve ausstellen wollen, so genügt es daher nicht, einfach eine OP zu verschreiben. Ein solches Rezept kann nur während drei Monaten einmalig eingelöst werden. Sie müssen also einerseits festlegen, dass das Rezept ein Jahr oder bis zum nächsten Arztbesuch gültig sein soll (Dauerrezept ein Jahr bzw. bis Datum), andererseits vermerken, wie oft die Patientin ohne erneute Konsultation ihren Infekt selber behandeln darf (z.B. ad rep. 3x). Einem Patienten mit chronischen starken Schmerzen dürfen Sie ein Rezept für Betäubungsmittel für die Dauer von maximal 3 Monaten ausstellen.

Auf den neuen Betäubungsmittel-Rezeptformularen können Sie jetzt bis zu drei verschiedene Medikamente aufführen. Nicht benutzter Raum ist abzustreichen, was sich auch für andere Rezepte empfiehlt, um Verfälschungen vorzubeugen.

Wichtig: Angaben zur Dosierung

Hilfreich für die Apothekerinnen und Apotheker ist es, wenn jeweils auf dem Rezept



Hilfreich für die Apothekerinnen und Apotheker ist es, wenn jeweils auf dem Rezept auch die Dosierungsangaben aufgeführt sind.

die Dosierungsangaben aufgeführt sind. Die häufig verwendeten Dosierungskarten sind zwar für die Patienten hilfreich, werden aber selten in die Apotheke mitgenommen. Ist die Dosierung auf dem Rezept aufgeführt, wird sie durch die Apotheke, sofern der Patient nicht von sich aus darauf verzichtet, mittels Dosierungsetikette auf der Packung vermerkt. Dies fördert die Compliance der Patienten und erlaubt es der Apotheke, sowohl einen Überkonsum als auch eine mangelnde Therapietreue zu entdecken.

Ich hoffe, mit diesen Erläuterungen zur Klärung im etwas unübersichtlichen Dschungel der Regelungen beigetragen zu haben und freue mich mit meinen Kolleginnen und Kollegen, mit Ihnen zusammen auf eine optimale Pharmakotherapie unserer Patienten hinzuarbeiten.

*Tabelle 1:
Gültigkeitsdauer
und
Repetierbarkeit
von Rezepten*

Vermerk	Tarifvertrag pharmaSuisse - Santésuisse	Gesundheitsverordnung Kt.BE	Betäubungsmittel-gesetzgebung	BetM, vereinfachte Verschreibung (z.B. Benzodiazepine)
keiner	In begründeten Ausnahmefällen einmal verschriebene Menge innert max. 3 Monaten	gültig 3 Monate	max. Menge für 1 Monat	max. Menge für 1 Monat
Dauerrezept ohne Dauer	6 Monate	12 Monate	nicht zulässig	nicht zulässig
Dauerrezept mit Dauer	max. 12 Monate	keine obere Limite	max. 3 Monate	max. 6 Monate
allg. Repetitionsvermerk ("ad rep.")	6 Monate	nicht geregelt, wie DR behandeln	nicht zulässig	nicht zulässig
Repetitionsvermerk nach Anzahl	max. Anzahl innert 6 Monaten	max. Anzahl innert 3 Monaten	max. Anzahl innert 3 Monaten	max. Anzahl innert 6 Monaten
ne rep.	keine	keine	keine	keine
allg.	- Repetition grundsätzlich nur zulässig, sofern Indikation noch gegeben ist. - abgegebene Menge richtet sich nach verordneter Tagesdosis oder Normaldosierung. - Der Arzt kann Menge bzw. Dauer innerhalb der gesetzlichen Grenzen frei spezifizieren (z.B. "rep. 2x No. XXX innert 4			

Fundstellen für Gesetzes- und Vertragstexte:

Heilmittel, Bund

<http://www.admin.ch/ch/d/sr/81.htm#812>

Gesundheitswesen Kanton

<http://www.sta.be.ch/belex/d/>

Tarifvertrag LOA III

http://www.pharmasuisse.org/d/media/apothekenmitglieder/aktuell/loa/08_Tarifvertrag-LOA-III_definitiv_d_06-10-31.pdf

Häufigkeit von Multiresistenz-Problemen im ambulanten Bereich des Kantons Bern:

Haut- und Weichteilinfekte durch Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) und Harnwegsinfektionen durch Extended-spectrum Beta-Laktamase-bildende gram-negative Bakterien (ESBL)

Antibiotikaresistenzen nehmen zu – auch in der Schweiz. Das Institut für Infektionskrankheiten führt deshalb eine Erhebung über die lokale Häufigkeit von MRSA und ESBL-bildenden Enterobakterien durch.

Antibiotikaresistenzen sind ein weltweit rasch zunehmendes Problem. In der Schweiz liegt die durchschnittliche Häufigkeit verschiedener Resistenzprobleme immer noch meist unter dem internationalen Durchschnitt; die Resistenzrends sind aber auch hierzulande zunehmend. Das Resistenzproblem wird zusätzlich verschärft durch das **zunehmende Auftreten von multiresistenten Keimen im ambulanten Bereich**. Bisher waren multiresistente Keime ein vorwiegend spital-assoziiertes Problem.

Dieser Trend betrifft zurzeit vor allem zwei Gruppen von Infektionserregern: **Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA)** und **Extended-spectrum Beta-Laktamase bildende gram-negative Bakterien (ESBL)**, wobei es sich meist um *Escherichia coli* handelt.

Die Überwachung ambulanter Resistenzprobleme ist erschwert durch die Tatsache, dass für die ambulante Behandlung von Infektionen selten eine mikrobiologische Diagnose angestrebt werden muss. Aufgrund der nationalen Antibiotikaresistenzüberwachung SEARCH (www.search.ifik.unibe.ch) muss angenommen werden, dass sich MRSA im ambulanten Bereich der Schweiz zunehmend verbreitet.

Erhebung im Auftrag des Kantonsarztamtes

Um die epidemiologische Situation im Kanton Bern besser zu erfassen, führt das Institut für Infektionskrankheiten im Auftrag des Kantonsarztamtes (gestützt auf Artikel 26 der Verordnung über den Vollzug der eidgenössischen Epidemien- und Tuberkulosegesetzgebung vom 22. Mai 1979 – epidemiologische Abklärungen)



Prof. Kathrin Mühlemann MD PhD, Institut für Infektionskrankheiten, Universität Bern

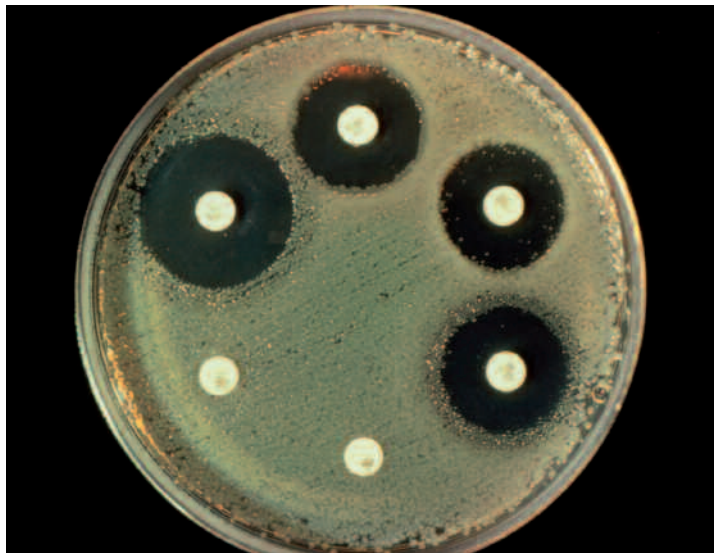
und mit der Unterstützung der Ärztesellschaft des Kantons Bern eine **Erhebung über die lokale Häufigkeit von MRSA und ESBL-bildenden Enterobakterien** durch.

Schriftliche Einladung Ende August

Zu diesem Zweck haben am 22. August 2008 alle im Kanton Bern niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxis und ausgewählte Notfallzentren eine schriftliche Einladung erhalten, an dieser Erhebung teilzunehmen. Die Kolleginnen und Kollegen werden gebeten, bei **Patienten mit Hautinfektion** einen **Wundabstrich** und bei **Patienten mit Harnwegsinfektion** eine **Urinprobe** für eine **kostenlose mikrobiologische Untersuchung** an das Institut für Infektionskrankheiten zu senden. Die Befunde werden den Einsendern umgehend (im Sinne einer Routine-diagnostik) mitgeteilt. Die genaue Zeitdauer der Erhebung kann erst nach 6 Monaten aufgrund der Anzahl eingehender Proben bestimmt werden. Natürlich wird die Ärzteschaft des Kantons Bern über die Resultate der Erhebung nach deren Abschluss umgehend informiert.

Wir hoffen auf Ihre Unterstützung und stehen für Informationen gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. med. Kathrin Mühlemann
Universitätsklinik für Infektionskrankheiten
Institut für Infektionskrankheiten, Universität Bern
Friedbühlstrasse 51
CH-3010 Bern, Switzerland
Telephon: 031 632 32 59
Fax: 031 632 87 66
E-Mail: kathrin.muehlemann@ifik.unibe.ch



Resistenz-Test von *Escherichia coli*-Bakterien

Impfprogramm gegen humane Papillomaviren (HPV-Impfung) im Kanton Bern



Dr. med. Anne-Marie Maurer,
MPA, Leiterin
Abteilung
Epidemiologie
Kantonsarztamt,
Bern
anne-marie.maurer@gef.be.ch

Die Impfung der Mädchen im Alter von 11 bis 14 Jahren und die Nachholimpfung der jungen Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren gegen humane Papillomaviren (HPV) werden krankenkassenpflichtig. Das Kantonsarztamt informiert über wichtige Details in Zusammenhang mit dem Impfprogramm.

1. Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenversicherung im Rahmen von kantonalen Impfprogrammen

Das Eidgenössische Departement des Innern hat am 21. November 2007 beschlossen, dass ab 1. Januar 2008 die Kosten für die Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) von der Krankenversicherung übernommen werden, sofern diese im Rahmen von kantonalen Impfprogrammen durchgeführt wird. Somit werden die generelle Impfung der Mädchen im Alter von 11 bis 14 Jahren und die Nachholimpfung der jungen Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren (nur bis zum 31. Dezember 2012) krankenkassenpflichtig.

Im Artikel 12a Buchstabe I der Leistungsverordnung vom 29. September 1995 sind die von kantonalen Impfprogrammen zu erfüllenden Minimalanforderungen verankert. Es handelt sich um folgende fünf Bedingungen:

1. Die Information der Zielgruppen und deren Eltern/gesetzliche Vertretung über die Verfügbarkeit der Impfung und die Empfehlungen des BAG und der EKIF ist sichergestellt;
2. Der Einkauf des Impfstoffs erfolgt zentral;
3. Die Vollständigkeit der Impfungen wird angestrebt;

4. Die Leistungen und Pflichten der Programmträger, der impfenden Ärztinnen und Ärzte und der Krankenversicherer sind definiert;
5. Datenerhebung, Abrechnung, Informations- und Finanzflüsse sind geregelt.

Die Plenarversammlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat am 22. November 2007 beschlossen, eine einheitliche Vertragslösung über den Preis der HPV-Impfung auszuhandeln. Am 10. April 2008 hat die GDK den Tarifvertrag zwischen GDK und santésuisse sowie den Vertrag zwischen GDK und Sanofi Pasteur MDS AG genehmigt. Vom 1. Januar 2008 bis 30. Juni 2009 beträgt die im Tarifvertrag festgehaltene Netto-Impfpauschale CHF 159.– (inkl. MWSt) pro Impfung. Der vereinbarte Impfstoffpreis beträgt CHF 140.– (+ 2,4% MWSt). Der Tarifvertrag wurde am 18. Juni 2008 auch vom Bundesrat genehmigt. Drei Krankenversicherer sind gemäss Information von santésuisse vom 24. Juli 2008 dem Tarifvertrag bis zu diesem Zeitpunkt nicht beigetreten. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern ist dem Tarifvertrag beigetreten. Zudem hat sie den Liefervertrag (Ergänzung mit GDK-Vertrag) mit Sanofi Pasteur MDS AG unterschrieben.

2. Informationsmittel über HPV-Impfung

Informationsmittel über die HPV-Impfung für die Zielgruppen sind unter folgenden Links erhältlich:

- Factsheet des BAG (in drei Sprachen: deutsch, französisch, italienisch) (<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/index.html?lang=d>).
- Flyer des BAG (in neun Sprachen: albanisch, deutsch, englisch, französisch, italienisch, portugiesisch, serbo-kroatisch, spanisch und türkisch) <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/03853/index.html?lang=de>

3. Durchführung der kostenlosen HPV-Impfung

Die Ärztinnen und Ärzten mit Berufsausübungsbewilligung werden am 22. August

2008 die Richtlinien für die Durchführung der kostenlosen HPV-Impfung im Rahmen des HPV-Impfprogramms im Kanton Bern erhalten. Alle Ärztinnen und Ärzte sowie alle Schulärztinnen und Schulärzte können die HPV-Impfung im Rahmen des HPV-Impfprogramms im Kanton Bern durchführen, unter der Voraussetzung, dass sie sich an die Vorgaben unter anderem über Information der Zielgruppen und deren Eltern/gesetzliche Vertretung, Durchführung der Impfungen, Bestellung des Impfstoffs und Abrechnung halten.

Das Wesentliche in Kürze:

- Die Impfstoffbestellung erfolgt ausschliesslich mittels Formular des Kantonsarztamts. Die minimale Bestellmenge sind 9 Impfdosen Gardasil® und die Maximalbestellmenge 30 Impfdosen. Die Lieferung erfolgt ohne Rechnung.
- Mit der Unterschrift auf dem Bestellformular verpflichtet sich die/der bestellende Ärztin/Arzt, die HPV-Impfung nach den Vorgaben des Kantonsarztamtes durchzuführen.
- Das Kantonsarztamt führt Kontrolle über die Menge bestellter Impfdosen und die Anzahl in Rechnung gestellter HPV-Impfungen. Bestellte aber nicht gebrauchte Impfdosen stellt das Kantonsarztamt der/dem bestellenden Ärztin/Arzt in Rechnung.
- Alle bestellten Impfdosen müssen vor dem 30. Juni 2009 verabreicht werden.
- Die Entschädigung der Ärztin/des Arztes beträgt pauschal CHF 15.– pro durchgeführte Impfung für die Impfhandlung, inklusive benötigtes Material sowie Information, Beratung und Aufklärung der Impfwillingen bzw. der Eltern/gesetzlichen Vertretung.
- Die Rechnungsstellung erfolgt mittels Sammelrechnungsformular (es stehen 2 Modelle sowie eine elektronische Fassung zur Verfügung) mit folgenden Angaben: Name und Vorname, Geburtsdatum, Wohnort, Krankenversicherung, Versichertennummer, Angabe, ob 1., 2. oder 3. Impfung (mit Datum).
- Für die HPV-Impfung werden weder Franchise noch Selbstbehalt erhoben, somit ist diese Impfung für die Geimpften kostenlos.

Pandemieplanung Kanton Bern

«Handlungsbereitschaft ist besser als Klagebereitschaft»

«Der Bund», 8. April 2008: «...In einer Evaluation bezeichnet die WHO die Schweiz als eines der bestvorbereiteten Länder in Europa.»



Dr. med.
Beat Gafner,
Vizepräsident der
Ärztegesellschaft
des Kantons
Bern, Facharzt
FMH für Allge-
meinmedizin,
Niederschlerli

Erst noch hat die Vogelgrippe in der Schweizer Bevölkerung Angst und Sorge ausgelöst. Heute ist es ruhig geworden um dieses Thema. Welches sind die aktuellen Entwicklungen und wie hat sich der Kanton Bern auf eine mögliche Pandemie vorbereitet?

Es ist ruhig geworden an der Vogelgrippefront ... Bei der Frage nach dem Wieso gelten als Erklärungen, dass sich wetterbedingt und auf Grund höherer Durchschnittstemperaturen die Routen der Vogelzüge geändert haben und sich weniger Vögel an den Zügen beteiligen. Ferner scheint das H5N1-Virus schneller inaktiv zu werden. Jedenfalls hat die Zahl der positiv getesteten Wasservögel europaweit abgenommen. Die letzte H5N-positive Tafelente wurde in einer Reuse am Sempachersee im März 2008 aufgefunden.

Im gemeinsamen schweizerisch-deutsch-österreichischen Projekt «Constanze» wird rund um den Boden- und Sempachersee und in der Magadino-Ebene mittels Reusen und Handfängen die Situation beobachtet. Auch die Entenjagd rund um den Neuenburger- und Genfersee ist Ziel kontinuierlicher Kontrolle.

Ausbreitungswege ...

Voraussetzung für die H5N1-Virusausbreitung ist ein direkter oder indirekter Kontakt zwischen infizierten Enten und glücklichen Freilandhühnern über Kot. Als grösste Gefahren gelten der **weltweite Handel** mit verseuchten Produkten aus der

Geflügelhaltung und der Schmuggel von Zier- und anderen Vögeln. Eine Übertragung des Virus auf den Menschen über das Hausschwein als Zwischenwirt erscheint möglich. Zwischen Betrieben verbreiten die Menschen das Virus mit Schuhen, Geräten und Ähnlichem. Falls das Virus sich ändert und von Mensch zu Mensch übertragen wird, droht die Pandemie. Die Seuche, jetzt auf Pandemiestufe 3, tritt dann in die Stufe 4 ein und der Bundesrat lanciert die öffentliche Impfkampagne mit einer **Vorbereitungszeit von 6 Wochen**.

Pandemie: Was dann?

Im Falle einer Pandemie kommt im Kanton Bern das detaillierte Impfkonzept zum Zug: Vorgesehen sind 51 Impfzentren auf Basis der Notfalldienstkreise, je 2–5 Impfmodule pro Zentrum, 2 Schichten à 8 Stunden. Es können 30–40 Personen pro Stunde geimpft werden, das ergibt 420 Geimpfte pro Tag und Modul, 14 Tage am Stück. Dieser ersten Impfkampagne mit dem **Präpandemieimpfstoff** folgt mindestens 6 Monate später eine zweite Impfkampagne mit dem zwischenzeitlich isolierten und in grossen Mengen produzierten effektiven Pandemieimpfstoff. Deren Ablauf ist zurzeit nicht Gegenstand von Erörterungen.

Logistische Baustellen

Obwohl schon viele Abläufe geregelt sind, gibt es noch einige Lücken zu schliessen. An erster Stelle muss das Impfkonzept jetzt unter der Ärzteschaft in jedem Notfallkreis analysiert und konkrete Einsatzpläne für alle Betroffenen, inkl. Praxispersonal und Ablösungen, erstellt werden. Grundsatzdiskussionen haben jetzt keinen Platz mehr. An sieben regionalen Informationsveranstaltungen für Impfpflichtige und medizinische Verantwortliche der geplanten Impfzentren im Kanton Bern wurden Detailfragen und das weitere Vorgehen vertieft. Interessierte erhalten weitere Informationen über diese Veranstaltungen auf der Website der Gesundheits- und Fürsorgedirektion www.gef.be.ch über den Pfad Kantonsarzt/ Infektionskrankheiten/Pandemieplan.

Weitere Projekte

Ein Armeeeinsatz wird subsidiär nur bedingt möglich sein aus Mangel an Impfarzten, die ja im zivilen Einsatz stehen werden. Die Armeepothek lagert acht Mio. Dosen Präpandemieimpfstoff. In fünf Städten ist eine präpandemische Multi-zenter-Impfstudie an Freiwilligen geplant. Auf Grund von möglichen Impfreaktionen wird mit 8000 Meldungen während der 14-tägigen Impfkampagne an Swissmedic gerechnet.

Eine Regelung der Fragen rund um Haftpflichtversicherung und finanzieller Abgeltung in der Vorbereitungs- und Impfphase ist auf gutem Wege.

Was wir schon jetzt unternehmen können

Meinen persönlichen Handlungsbedarf sehe ich in der Sensibilisierung meiner Angestellten für das Impfkonzept, im Thematisieren der Organisation im Notfalldienstkreis, als Heimarzt in Heimen, als Samariterarzt im Samariterverein und im Intensivieren meiner Bemühungen für eine hohe Influenza-Durchimpfungsrate, besonders bei Inhabern und Angestellten von Geflügelhaltungsbetrieben.

Fortsetzung folgt ...

Die GEF legt folgende Zwischenziele fest: Im Herbst 2008 sind alle Impfzentren und deren Verantwortliche erfasst, während des Winters 2008/09 werden ein standardisiertes Dossier für Impfzentren und Checklisten verfasst, anfangs 2009 plant der Kanton weitere Informationsveranstaltungen und Mitte 2009 wird in einem Impfzentrum **praktisch** geübt.



Was tun, wenn Vogelgrippe zur Pandemie mutiert? Der Kanton Bern hat ein Konzept zur Pandemieplanung ausgearbeitet.

«i-hells» (*) im Kanton Bärn – ja gärn

* Oder auf neudeutsch «e-Health», gemäss der Definition des BAG «der integrierte Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmer im Gesundheitswesen»



Dr. med.
Hans-Werner
Leibundgut,
Präsident
PonteNova,
Facharzt FMH
für Allgemein-
medizin,
Müntschemier

Die Autoren sind notorische Internet- und Mailbenutzer und haben in der letzten Zeit erfolgreich auf eine elektronische Krankengeschichte umgestellt. Zudem sind sie altgediente Standespolitiker, die wissen, wo der «Basis» der Schuh drückt und erkennen als Verwaltungsräte der PonteNova auch, woher der Wind weht. Nach einer mehr philosophischen Einleitung durch Hans-Werner Leibundgut zeigt der kantonale BEKIS-Delegierte Christoph Hug einen möglichen praktischen Weg auf, wie die Berner Ärzteschaft auch die nächsten 200 Jahre meistern könnte.

Die Diskussion um «e-Health» dreht sich bei uns Ärztinnen und Ärzten nicht um technische Probleme. Diese sind lösbar. Die Kernfrage ist eine kulturelle und lautet: «Gehört der Computer ins Sprechzimmer?» Unsere Antwort ist: Ja – man braucht ihn ja nicht immer zu benutzen! So wie das Stethoskop vor Jahrzehnten das Markenzeichen der Mediziner war, so prägt heute der PC das Image der empathischen, vernetzten, immer erreichbaren, sich bewusst abgrenzenden, selbstbewussten, permanent sich fortbildenden, lokal verwurzelten und global denkenden Hausärztin oder des Spezialisten. Bemerken Sie die Widersprüche? Sie sind Teil unseres Lebens und unsere tägliche Herausforderung.

Knigge zur Benutzung des PCs im Sprechzimmer

Genau so, wie wir unsere Patientinnen und Patienten coachen – z.B. im Umgang mit Abhängigkeiten – können wir zeigen, wie man die Informationstechnologie sinnvoll



Dr. med.
Christoph
Hug, Delegierter
BEKAG für den
elektronischen
Datenaustausch,
Facharzt FMH
für Innere
Medizin

nutzt. Abstinenz war nie das non plus ultra. So, wie es unhöflich ist, vor der Patientin in der Papier-Krankengeschichte zu blättern, ist es ein Unding, in den Bildschirm zu starren – keine Frage der Technik, sondern der Kinderstube. In meinem Sprechzimmer befindet sich der Screen in meinem Rücken, mein vis-à-vis ist der Patient. Beim Ankleiden oder nachdem dieser die Ordination verlassen hat, beginne ich zu schreiben. Rezepte, Zeugnisse oder Verordnungen können in seiner Gegenwart verfasst werden. Wenn ich etwas nicht weiss, «google» ich oder konsultiere online das Arzneimittelkompendium. Röntgenbilder demonstriere ich per PACS¹. Morgens, mittags und abends rufe ich die E-Mails –

natürlich per HIN – ab und beantworte sie. Darunter sind immer öfters Anfragen oder Medikamentenbestellungen meiner Patientinnen und Patienten. Damit habe ich noch kein Wort über die Vorteile der elektronischen Krankengeschichte gesagt. Als ersten Schritt auf dieses Fernziel zu würde mir der Computer im Sprechzimmer – und nicht nur am Empfang – durchaus genügen. Wir betreiben Medizin und sind keine Bürolisten.

Virtueller Informationsaustausch wird Realität

Bund und Kantone haben realisiert, dass die Zukunft der Kommunikation im Gesundheitswesen elektronisch sein wird. Dies zeigt einerseits die Nationale E-Health-Strategie (NEHS)² des Bundes und spezifisch im Kanton Bern das Projekt BEKISPlus, das zum Ergebnis hat, dass den öffentlichen Spitälern nur noch neue Klinik-Informationssysteme (KIS) bewilligt werden, die auch den elektronischen Datenaustausch mit vor- und nachgelagerten Stellen ermöglichen.

Ziele der Nationalen E-Health-Strategie (NEHS)

Die NEHS hat drei Handlungsfelder definiert. Einige Ziele aus dem Handlungsfeld A (elektronisches Patientendossier) sind für Praktiker besonders erwähnenswert:

Ziel A1: Ende 2008 ist ein XML-Dokument definiert, in dem die wichtigsten Patientendaten zum aktuellen Gesundheitszustand (Electronic Patient Record Summary = EPRS) festgehalten werden. Der letztbehandelnde Leistungserbringer aktualisiert jeweils das Dokument, visiert elektronisch



Gehört der Computer ins Sprechzimmer?

und registriert es in einem zentralen Verzeichnis, so dass nachfolgende Stellen auf dieses Dokument Zugriff nehmen können. **Ziel A6:** Bis Ende 2012 führen über 50% der Praktiker eine elektronische Krankengeschichte (PIS³).

Ziel A7: (wörtlich) «Bis Ende 2015 können alle Menschen in der Schweiz unabhängig von Ort und Zeit den Leistungserbringern ihrer Wahl den elektronischen Zugriff auf behandlungsrelevante Informationen ermöglichen (Elektronisches Patientendossier).»

Die Ziele sind vorgegeben: die Praktiker müssen innerhalb der nächsten 4 bis 7 Jahre grossflächig auf ein PIS (elektronische Krankengeschichte) umstellen, das die oben erwähnten Vorgaben (XML, EPRS) erfüllt. Aktuell verwenden weniger als 10% der Praktiker ein PIS!

Um diese Ziele zu erreichen, gibt es mehrere Wege, aber einige Grundvoraussetzungen:

- Ein «Alles-oder-Nichts»-Ansatz wird die Akzeptanz der ICT⁴ in der Praxis kaum fördern. Vielversprechender ist es, die Vorteile der ICT mit **kleinen, regionalen Projekten** aufzuzeigen, die den Nutzern einen Mehrwert bringen (zeitlich, finanziell oder auch betreffend Patientensicherheit). Dies kann z.B. ein Projekt «e-Rezept» sein oder auch ein Abkommen unter Kolleginnen und Kollegen, dass Berichte nur noch per E-Mail verschickt werden. Die Infrastruktur steht: Mit HIN/ASAS sind sichere und verschlüsselte Übermittlungen von Patientendaten problemlos möglich – aber die HIN-Briefkästen müssen geleert werden!

- Für die Umstellung auf den Tarmed hat die Ärzteschaft in die EDV-Infrastruktur investiert; die Motivation für weitere **Investitionen** ist zurzeit nicht gross – weil stets damit gerechnet werden muss, dass die TP-Werte, Tarmed und Analysenliste gesenkt werden. Immerhin: um die Mehrkosten bei der Umsetzung der Nationalen E-Health-Strategie abzugelten, sind in der NEHS des Bundes Modellansätze diskutiert.
- Die NEHS kann nur erfolgreich umgesetzt werden, wenn die Anwender in wichtige Entscheidungsprozesse involviert werden und ein weitreichender **Konsens** unter allen besteht. Hauruckübungen wie Versicherten- und Health-Professional-Karte sind dabei als exemplarische Beispiele aufzuführen, wie es nicht gemacht werden sollte.
- **Networking** – der kleine Kern, der bereits jetzt vermehrt mit ICT in der Praxis

arbeitet, soll seine Erfahrungen bekanntmachen (z.B. im Notfallkreis, im Bezirksverein etc.), mit dem Ziel, eine Lawine auszulösen, damit per 2015 alle Praktikerinnen und Praktiker mit einem PIS arbeiten. Da die Ärzteschaft über keinen Ansprechpartner im Bereich E-Health verfügt, hat sich PonteNova bereit erklärt, diese Funktion zu übernehmen und sich vermehrt für die Promotion von E-Health im Kanton Bern einzusetzen. Ein Kick-Off-Meeting hat bereits im Mai stattgefunden, weitere Anlässe werden folgen.

- 1 PACS: Picture Archiving and Communication System, also elektronisches Röntgenarchiv
- 2 PDF-Dokument auf: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/04108/index.html?lang=de>
- 3 PIS = Praxis-Informations-System
- 4 Informations- und Kommunikations-Technologie

Die ärztliche Hilfepflicht

Leserbrief auf den Beitrag von Dr. med. Jürg Naef in doc.be 3/2008 «Wer befiehlt, bezahlt...»

Der in der Hausarzt Praxis 2/2008 erschienene und im doc.be 3/2008 abgedruckte Beitrag von Jürg Naef belegt nicht nur die Frustration des Notfallarztes wegen der nicht bezahlten Leistung des Notfallarztes. Er berührt auch die ärztliche Hilfepflicht für den urteilsunfähigen Patienten. Der erwähnte drogensüchtige Patient hat offensichtlich mehrere FFEs ohne therapeutische Konsequenzen hinter sich. Wegen der durch die Drogensucht entstandenen Urteilsunfähigkeit braucht der Patient Hilfe in Form einer in seinem Interesse gelegenen effektvollen Behandlung. Die mehrfache Entlassung des Patienten unbehandelt aus der Klinik, in die er eingewiesen wurde, bedeutete keine Hilfe. Der Verzicht, einen krankheitsbedingt urteilsunfähigen, therapiebedürftigen, aber therapieverweigernden Patienten unbehandelt aus der Klinik zu entlassen, verletzt die gesetzlich verankerte und standesethisch geforderte ärztliche Hilfepflicht^{1,2}. Es sei daran erinnert, dass ein urteilsfähiger Patient gegen dessen Willen weder untersucht noch therapiert werden darf¹. Dagegen liegt es im Interesse des Patienten, der seine Urteilsfähigkeit und damit seine Autonomie verloren hat, so behandelt wird, dass er seine Urteilsfähigkeit und damit seine Autonomie wieder erlangen kann. Der Behandlungsverzicht schadet dem urteilsunfähigen Suchtpatienten und gefährdet sein soziales Umfeld. Dem Arzt, der den Patienten in die Stadt entliess, um einen weiteren effektlosen FFE zu vermeiden, kann im Gegensatz zum Vorgehen der Kliniken, die den Patienten ohne Behandlung entliessen, kein Vorwurf gemacht werden. Die Kliniken können sich auf die bequeme permissive helvetische Drogenpolitik berufen, die sich mit der Versorgung von Suchtkranken mit die Krankheit unterhaltenden Drogen brüstet und den Sinn der Therapie ins Gegenteil dreht. Mit einer solchen Politik wird aus Vernunft Unsinn und die Wohltat zur Plage³. Politiker und Rechtsgelehrte sollten endlich akzeptieren, dass die per FFE verfügte Klinikeinweisung eine erfolgreiche Behandlung beabsichtigt und nicht als Strafe, sondern als Chance zu betrachten ist.

Prof. Dr. med. Max Geiser, Wabern

Literatur:

- 1 Bucher E.: Das Horror-Konstrukt der «Zwangsmedikation»: Zweimal (ohne Zuständigkeit) ein Ausflug ins iuristische Nirwana (zu BGE 126 I, 112–21 und BGE 127 I, 6–30). Zeitschrift des Bernischen Juristenvereins 2001, 137 (10): 764–807.
- 2 Geiser M.: Die ärztliche Hilfepflicht. SAZ 2005, 86: 2740–41
- 3 Stucki A.: «Vernunft wird Unsinn, Wohlthat Plage». SAZ 1998, 79: 791–93

Impressum

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

«Die reine Vertragsfreiheit wird es kurzfristig nicht geben.»

Interview mit Pius Gyger, Leiter Gesundheitspolitik Helsana

doc.be: Herr Gyger, wer sind Sie und was ist Ihre Funktion bei der Helsana?

Ich leite den Bereich Gesundheitsökonomie und -politik. Dieser ist direkt Manfred Manser, unserem CEO, unterstellt. Einerseits erarbeiten wir die gesundheitspolitischen Positionen der Helsana. Andererseits vertreten wir Helsana in branchenweiten Geschäften wie beispielsweise in Tarifgeschäften (z.B. Tarmed / LOA etc).

Der Bundesrat will die Labortarife senken. Die Medikamentenmargen der Ärzteschaft werden öffentlich kritisiert. Es gibt Planspiele zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Steht ein heisser Herbst in der Gesundheitspolitik bevor?

Wir Krankenversicherer haben immer einen heissen Herbst, weil wir dann voll im Wettbewerb stehen, bestehende Kunden halten und neue gewinnen wollen. Ernsthaft: Ich erwarte keinen heissen Herbst. Bei den Labortarifen und den Medikamentenmargen stellt der Bund fest, dass die bestehenden Tarife falsche Anreize setzen. Das ist tatsächlich der Fall. Weil diese Wahrheit für viele unbequem ist, gibt es in diesem Bereich vielleicht einen lauwarmeren Herbst. Auf der politischen Ebene stehen Fragen wie Zulassungsstopp, Managed Care und Vertragszwang im Raum. Hier wird im Herbst kaum etwas geschehen.

Viele junge Ärztinnen und Ärzte sind wirtschaftlich verunsichert und wagen den Schritt in die Praxis nicht mehr. Der Ärztemangel könnte bis 2030 die ambulante medizinische Versorgung in der Schweiz gefährden, so das Gesundheitsobservatorium Obsan in einer Anfang Juli 2008 vorgestellten Studie.

Punkto Verunsicherung stimme ich Ihnen zu. Die Verunsicherung der Ärzteschaft ist eine Tatsache. Diesen Vorwurf muss man der Politik machen. Die ständigen Reformprojekte ohne Entscheide bringen Unsicherheit über die Zukunft. Das hemmt die Investitionen. Das Schreckgespenst des drohenden Ärztemangels sollte aber nicht für allerlei Forderungen missbraucht werden. Wer sagt uns denn, dass unsere ambulante Versorgung in 20 Jahren noch so sein muss wie vor 50 Jahren? Warum sollen gewisse ärztliche Tätigkeiten nicht durch Pflegefachleute oder anderen Fachleuten erbracht werden? Oder was heisst «Förderung der Hausärzte»? Ist damit der Schutz der Institution Einzelpraxis gemeint oder eine ganzheitliche und gut koordinierte Versorgung der Patientinnen und Patienten?

Schon heute ist zum Beispiel der Notfalldienst in vielen Regionen gefährdet...

Landpraxen haben zum Teil Probleme, Nachfolger zu finden. Aber bis vor drei Jahren waren sich alle einig, dass es zu vielen Ärzten in der Schweiz hat. Heute sagen

alle, es gäbe schon zu wenig Ärzte. Für mich ist das auch ein Phänomen der öffentlichen Wahrnehmung, die von Interessengruppen beeinflusst wird. Tatsache ist, dass wir heute noch eine grosse Ärztedichte haben. Regional mag der Zugang zum Arzt erschwert sein. Richtig ist aber, dass man jetzt darüber nachdenkt, um nicht in dreissig Jahren von der Entwicklung überrollt zu werden.

Ich komme nochmals auf die Verunsicherung der Ärzteschaft zu sprechen. Abstimmungen, wie die vom letzten 1. Juni, sind zusätzlich demotivierend und kontraproduktiv.

Dieselben Parteien, die sich im Parlament für den Verfassungsartikel aussprachen, argumentierten im Abstimmungskampf dagegen. Das ist für mich ein weiteres Beispiel dafür, wie die Politik die Akteure im Gesundheitswesen verunsichert.

Verfolgen Sie als Krankenversicherer dem 1. Juni noch das Ziel, bestimmen zu können, welchen Ärztinnen und Ärzten Sie einen Vertrag geben?

Zwang passt nicht zu einer liberalen Ordnung. Aus regulatorischer Sicht wäre es richtig, Verträge dem freien Willen von Tarifparteien zu überlassen. Das System würde durch den Wettbewerb gewinnen und die Versorgung wäre sichergestellt. Bei der jetzigen politischen Konstellation, ist das aber kein realistischer Weg. Die reine Vertragsfreiheit wird es kurzfristig nicht geben, was schade ist. Wenn es schon keine Vertragsfreiheit gibt, könnte man wenigstens dem Prämienzahler die Wahl überlassen, ob er in einem Staats- oder einem Wettbewerbsmodell versichert sein will.

Ein Krankenversicherer funktioniert ökonomisch. Unter den Kassen herrscht ein Verdrängungswettbewerb. Wenn sie die Leistungserbringer auswählen können, dann müssen aus ihrer Sicht «teure» Ärzte befürchten, dass sie keinen Vertrag mehr erhalten.

Die Angst ist unberechtigt und zeigt, dass viele Ärzte nicht wissen, wie Krankenkassen funktionieren. Unter dem Regime der Vertragsfreiheit muss ein erfolgreicher Versicherer möglichst viele Ärztinnen und Ärzte unter Vertrag nehmen. Sonst riskiert er ja, dass ihm die Versicherten davon laufen. Eben weil die Versicherten ihren Arzt möglichst frei wählen wollen. Ich würde es sehr begrüssen, wenn die Ärzteschaft vermehrt in konstruktive Diskussionen einsteigen würde, anstatt Ängste zu schüren und einfach zu allem nein zu sagen, was aus unserer Ecke kommt. Übrigens: Auch Ärzte müssen ökonomisch funktionieren. Daran ist nichts auszusetzen.

Um erfolgreich zu sein, müssen Sie günstige Prämien anbieten. Die Krankenkasse ist dann versucht, dem Onkologen, der teure, aber hochwirksame Medikamente abgibt, keinen Vertrag zu geben. Falsch. Das Gesetz legt fest, welche – auch teuren – Medikamente bezahlt werden müssen. Pflichtleistung ist Pflichtleistung.



Pius Gyger:

«Wir haben nichts dagegen, wenn gute Ärzte gut verdienen.»

Das Problem liegt darin, dass der Onkologe seinerseits versucht ist, die nicht ganz so wirksamen, aber günstigeren Medikamente abzugeben, um weiterhin einen Vertrag mit den Kassen zu bekommen.

Das Argument höre ich oft, und es schockiert mich ein wenig. Sie sagen mir, dass der Arzt finanzielle Anreize höher gewichtet als die Interessen seines Patienten? Eigentlich will ich das nicht glauben müssen. Aber vielleicht haben Sie partiell recht... Das Gesetz schreibt vor, welche Medikamente bei welchen Indikationen aus der Grundversicherung zu bezahlen sind. Jeder Arzt kann und soll sich darauf berufen, z.B. auch in einem Wirtschaftlichkeitsverfahren oder in einer Wirtschaftlichkeitskontrolle.

Dafür bräuchte es einen verbesserten Risikoausgleich!

Ja, das ist die «Mutter aller Reformen». Helsana war immer für eine Verbesserung des Risikoausgleichs. Dies käme auch Managed Care und überhaupt einem funktionierenden Wettbewerbe zugute.

Wieviele Ärztinnen und Ärzte bekämen bei Aufhebung des Kontrahierungszwangs noch einen Vertrag mit den Krankenversicherern?

Der grösste Teil hätte noch einen Vertrag.

Was sind das: 70 oder 95 Prozent?

Ich würde sagen 90 bis 95 Prozent. Wichtig ist, dass eine gewisse unternehmerische Konkurrenz spielt. Wenn ein Arzt aber schlecht wirtschaftet und zuwenig Kunden hat, dann soll er nicht einen staatlichen Schutz vor Verlusten erhalten.

Die Berner Soziologin Marianne Rychner argumentiert, dass der Arzt gut verdienen soll. So kann der Patient sicher sein, dass er das bekommt, was für seine Heilung notwendig ist – und nicht mehr! Vom Mofahändler werde ich im Frühjahr mit Sonderrabatten gelockt. Mein Arzt soll gerade nicht unter dem selben wirtschaftlichen Druck stehen.

Das Argument gefällt mir, zumal wir ja nichts dagegen haben, wenn gute Ärzte gut verdienen. Frau Rychners These suggeriert, dass der Arzt aus pekuniären Gründen keine Mengenausweitung betreiben muss, sobald ein gewisses Einkommen sichergestellt ist. Aber gerade die Ärzteschaft wehrt sich ja am meisten gegen das System der Kopfpauschale. Dabei würde eine gute Kopfpauschale gerade diese Anreize eliminieren. Der Arzt müsste aber weiterhin bestrebt sein, Kunden bzw. Patienten zu haben.

Das Argument gegen die Kopfpauschale lautet dann, der Arzt verdiene umso besser, je weniger er den Patienten behandle.

Bei Frau Rychners These ergibt sich das gleiche Ergebnis. Entscheidend ist doch, dass durch die Anreize gute Leistung und nicht Menge honoriert wird. In der Praxis ist «gute Leistung» allerdings schwer zu definieren. Das perfekte Abgeltungssystem gibt es nicht.

Kommen wir auf die Nachfolgeregelung zum Arztstopp zu sprechen. Wer soll Ende 2009 die Zulassung der Ärzte zum KVG künftig regeln: der Markt, die Krankenversicherer oder die Kantone?

Ich möchte zunächst das Helsana-Modell skizzieren. Heute stehen in der obligatorischen Grundversicherung zwei Modelle zur Wahl. Eines mit der vollen Wahlfreiheit, eines mit Einschränkungen. Das zweite Modell ist die Basis für Managed Care, das alle Seiten fördern wollen. Wir wollen nun dieses zweite Modell auf dieselbe Stufe wie das erste Modell mit voller Wahlfreiheit stellen. Das ist an sich nur eine kleine Umgestaltung gegenüber heute. Bisher wurde wenig wahrgenommen, dass wir damit wichtigen politischen Forderungen entgegenkommen, gerade auch bezüglich Risikoselektion! Obligatorisch müssten die Kassen in den Kantonen nicht nur ein Modell mit voller Wahlfreiheit, sondern auch eines mit eingeschränkter Wahl anbieten. Anfänglich wollten wir sogar für beide Modelle dieselben Prämien, aber unterschiedliche Kostenbeteiligungen vorschlagen.

Angenommen, ich wäre Kunde bei der Helsana und möchte weiterhin im Modell mit der freien Arztwahl verbleiben. Muss ich dann etwas tun?

Das ist eine offene Frage, die im Rahmen der Einführung zu beantworten wäre. Wenn die eidgenössischen Räte unser Modell aufnehmen, dann dauert das ganze ohnehin mal zwei bis drei Jahre. Wir müssen dann mit Ärzten verhandeln, die Prämien berechnen, für welche in so einem Fall Erfahrungswerte fehlen. Man kann den Kunden fragen, was er will oder ihn in eine der beiden Varianten zuteilen. Er kann dann wechseln.

Genau dies befürchten die Ärzte: Dass ihre Kunden in ein Modell mit eingeschränkter Arztwahl eingeteilt werden und dann selber aktiv werden müssten, um wieder zu wechseln!

Bedenken Sie folgendes: Wenn Helsana ihre 1,4 Mio Grundversicherten einfach in bestehende Netzwerkmodelle einteilt,

dann würden diese Netzwerke schlicht überfordert! Einmal mehr bestehen seitens der Ärzteschaft unbegründete Ängste.

Was würde beim Helsana-Modell mit dem Zulassungsstopp geschehen?

Man könnte ihn fallenlassen. Jeder Arzt hätte Zugang zum System über das Modell der vollen Wahlfreiheit. Für die Kunden mit eingeschränkter Wahl müssten wir Verträge mit Ärzten abschliessen. Je höher die Ärztedichte und je mehr Kunden sich für dieses zweite Modell entscheiden, umso mehr käme es in diesem Bereich zu einem Tarifwettbewerb. So wie es heute schon im Bereich Managed Care unterschiedliche Tarife gibt. Kurz: So müsste man die Zulassung der Ärzte zum KVG nicht mehr regulieren.

Und wenn die Kunden dieses zweite Modell verschmähen würden?

Das wäre nicht schlimm. Wir wüssten dann, dass der Prämienzahler dies nicht will. Aber wir rechnen schon damit, dass zwanzig bis dreissig Prozent der Kunden sich für dieses Modell mit eingeschränkter Wahlfreiheit entscheiden würden.

Welche politischen Chancen hat das Modell?

Die FMH hat anfänglich positiv reagiert. Jacques de Haller will zunächst mit den Kantonen die Zulassung regeln, und dann in einer zweiten Stufe das Helsana-Modell vorsehen. So unlogisch ist das nicht, das ginge. Furchtbar dabei ist, dass die FMH mit der Zulassungsregel in den Kantonen eine «Vetterliwirtschaft» wie im Mittelalter vorsehen will. Die Kaminfeger haben auch über Jahrhunderte hinweg ihre Nachfolger selber bestimmt!

Es geht doch heute nicht mehr darum, Konkurrenten fernzuhalten. Die älteren Ärzte wären froh um jüngere Nachfolger: beim Notfalldienst, aber auch bei der Praxisübergabe! Darum macht es Sinn, wenn Kantone und Ärzte gemeinsam steuern.

Die GDK und die FMH schlagen eine Steuerung durch die Kantone vor. Nur schon, ob das mit den bilateralen Verträgen kompatibel ist, scheint fraglich. Ausserdem kommt es in so einem Fall zwingend zu einer Diskriminierung. Solche Kontingentierungssysteme entsprechen einfach nicht einer modernen Versorgungspolitik!

Vielen Dank für das Gespräch!

Interview: Marco Tackenberg,
Presse- und Informationsdienst

Der Notfalldienst im Bezirksverein Seeland

Interview mit Dr. med. Karl Geissbühler, Facharzt FMH für Chirurgie, Lyss,
Präsident des Ärztlichen Bezirksvereins Seeland



Dr. med. Karl
Geissbühler,
Facharzt FMH für
Chirurgie, Lyss,
Präsident des
Ärztlichen
Bezirksvereins
Seeland

Der Bezirksverein Seeland steht vor einer wichtigen Reorganisation des Notfalldienstes. Welchen Nutzen erwartet man sich von dieser Umstrukturierung? Der Präsident des Ärztlichen Bezirksvereins Seeland, Dr. med. Karl Geissbühler, gewährt uns einen Einblick in die aktuelle Situation des Seelands.

Der Notfalldienst im Bezirksverein Seeland steht vor einer wichtigen Reorganisation. Welche Änderungen sind geplant?

Der Notfalldienst im Bezirksverein Seeland war bisher in sieben Rayons eingeteilt. Diese Zahl wird drastisch reduziert: In Zukunft werden es nur noch zwei Rayons sein.

Was war der Grund für diese Umstrukturierung?

Die Reorganisation wurde nötig wegen der grossen zeitlichen Belastung. Unsere Mit-

glieder erfüllen eine hohe Präsenzzeit bei relativ geringer Nachfrage. Wir möchten erreichen, dass unsere Grundversorger weniger Notfalldiensttage pro Monat leisten müssen.

Wie hoch war die Belastung denn bisher?

In der Stadt Biel leisten die Grundversorger an ca. einem Tag pro Monat Notfalldienst, in ländlichen Regionen geht dies bis zu einem Tag pro Woche.

Wie hoch wird die Zahl der Notfalldienst-Tage in Zukunft sein?

Wir streben an, dass unsere Mitglieder jeweils noch an maximal einem Tag pro Monat Notfalldienst leisten. Unsere Mitglieder auf dem Land profitieren also mehr vom neuen System.

Spielt MEDPHONE in der Organisation des Notfalldienstes im Seeland eine Rolle?

Unter Umständen schon. Wir überlegen uns, die Telefonnummern für den Notfalldienst von zwei Nummern auf eine einzige zu reduzieren. Dann könnte MEDPHONE die Praxisumleitung übernehmen.

Welches sind aus Ihrer Sicht heute die wichtigsten Probleme in Zusammenhang mit dem Notfalldienst?

Die zeitliche Belastung bei gleichzeitig geringer Nachfrage ist zweifelsohne das grösste Problem. Dem versuchen wir mit der Umstrukturierung Einhalt zu gebieten. Eine weitere Sorge ist die Motivation unserer Mitglieder für den Notfalldienst. Aber ich bin zuversichtlich, dass sich auch dies im Zuge der Umstrukturierungen verbessern wird.

Welche weiteren Anliegen in Bezug auf den Notfalldienst sind Ihnen wichtig?

Die finanzielle Abgeltung sollte besser sein. Der Tarif ist zu niedrig. Heute ist es teurer, eine Abwaschmaschine flicken zu lassen, als einen Arzt im Notfalldienst zu konsultieren.

Ein weiteres Problem stellen die vielen Bagatellfälle im Notfalldienst dar. Dafür gibt es wohl keine Lösung. Wer zum Notfallarzt-Arzt will, lässt sich nicht davon abhalten. Ich glaube nicht, dass Öffentlichkeitsarbeit in dieser Hinsicht etwas bringt. Das Verhalten der Patienten hat sich gegenüber früher verändert. Alles ist rund um die Uhr möglich, also will man auch sofort medizinische Hilfe – selbst wenn es sich nur um eine Bagatelle handelt.

Interview: Sandra Küttel,
Presse- und Informationsdienst

Terminplan 2008

23. Oktober: Delegiertenversammlung, nachmittags

25. Oktober: Eröffnung 200-Jahr-Jubiläum BEKAG

13. November: Bezirksvereinsversammlungen, kantonsweit

19.–22. November: BETAKLI

**Neue Bürozeiten der
Rechtsberatungsstelle:**

jeweils vormittags
(ohne Dienstag)
08.00–12.00 Uhr

Telefon 031 330 90 00
E-Mail: omacchi@bekag.ch

Dr. iur.
Oliver Macchi



**Neue Mitarbeiterin im
BEKAG-Sekretariat**

Seit dem 1. Juni 2008 arbeitet neu **Frau Jessica Hoag** in unserem Sekretariat.

Frau Hoag hat sich schnell eingearbeitet und sich gut ins BEKAG-Team integriert.

Wir wünschen ihr viel Freude bei der Arbeit.





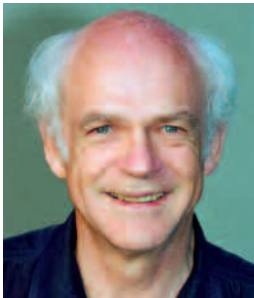
Präsident
Dr. med. **Jürg Schlup**

Bernstrasse 127, 3052 Zollikofen
Telefon 031 911 18 44
Fax 031 911 71 55
E-Mail schlup@hin.ch



Vizepräsident
Dr. med. **Beat Gafner**

Zur Station 7, Postfach,
3145 Niederscherli
Telefon 031 849 20 24
Fax 031 849 20 54
E-Mail praxigaf@hin.ch



Wissenschaftlicher Sekretär
Prof. Dr. med.
Heinz Zimmermann
Chefarzt Notfallzentrum Inselspital
3010 Bern
Telefon 031 632 21 11
Fax 031 632 21 81
E-Mail heinz.zimmermann@insel.ch



Bezirksverein Bern-Stadt
Dr. med. **Daniel Marth**

Zeughausgasse 18, 3011 Bern
Telefon 031 311 12 33
Fax 031 311 12 93
E-Mail dmarth@hin.ch



Bezirksverein Oberaargau
Dr. med. **Andreas Bieri**

Schorenstrasse 3, 4900 Langenthal
Telefon 062 923 15 55
Fax 062 923 15 56
E-Mail birag@hin.ch



Bezirksverein Biel-Seeland
Dr. med. **Marcel Stampfli**

Silbergasse 9, 2502 Biel
Telefon 032 322 26 24
Fax 032 322 27 74
E-Mail marcel.stampfli@hin.ch



Vizepräsident
Dr. med. **Christian Gubler**

Effingerstrasse 45, 3008 Bern
Telefon 031 381 11 10
Fax 031 382 08 84
E-Mail cgubler@hin.ch



Sekretär
Dr. iur. **Thomas Eichenberger**
Fürsprecher

Bolligenstrasse 52, 3006 Bern
Telefon 031 330 90 00
Fax 031 330 90 03
E-Mail bekag@hin.ch



Sekretariatsleitung
Piroshka Wolf

Bolligenstrasse 52, 3006 Bern
Telefon 031 330 90 00
Fax 031 330 90 03
E-Mail pwolf@hin.ch



Bezirksverein Bern-Land
Dr. med. **Rainer Felber**

Bollhölzliweg 14, 3067 Boll
Telefon 031 839 04 44
Fax 031 839 11 11
E-Mail felber.rainer@bluewin.ch



Bezirksverein Pierre-Pertuis
Dr. med. **Roland Brechbühler**

13, Grand-Rue, 2606 Corgémont
Telefon 032 489 11 67
Fax 032 489 25 61
E-Mail r.brechbuehler@hin.ch



Bezirksverein Thun/Umgebung
Dr. med. **André Roten**

Mittlere Strasse 3, 3600 Thun
Telefon 033 225 05 50
Fax 033 223 05 23
E-Mail roten.thun@bluewin.ch



Bezirksverein Emmental
Dr. med. **Peter Baumgartner**

Oberburgstrasse 67, 3400 Burgdorf
Telefon 034 420 70 00
Fax 034 420 70 01
E-Mail praxis-baumgartner@
bluewin.ch



**Vertreter der
Gesundheitsdirektion**
Prof. Dr. med. **Hans Gerber**
Gesundheits- und Fürsorgedir. des
Kts. BE, Rathausgasse 1, 3011 Bern
Telefon 031 633 79 30
Fax 031 633 79 29
E-Mail huegerber@bluewin.ch
prof.gerber@gef.be.ch



Vertreter VR Inselspital
Dr. med. **Beat Geering**

Lempigenstrasse 23, 3457 Wasen i.E.
Telefon 034 437 13 73
Fax 034 437 17 97
E-Mail b.geering@bluewin.ch



**Vertreter des VSAO
Sektion Bern**
Dr. med. **Lars Frauchiger**

Länggasse 100, 3063 Ittigen
Telefon 031 332 77 29
E-Mail lars.frauchiger@spitalthun.ch
frauchigerlh@hotmail.com



Vertreter DV FMH
Dr. med. **Thomas Heuberger**

Seehof
Staatsstrasse 16, 3652 Hilterfingen
Telefon 033 243 33 66
Fax 033 243 33 85
E-Mail tom.m.heuberger@
bluewin.ch



PonteNova
Dr. med.
Hans-Werner Leibundgut

Kerzersstrasse 4, 3225 Müntschemier
Telefon 032 313 20 77
Fax 032 313 14 94
E-Mail hans.w.leibundgut@hin.ch



Bezirksverein Engeres Oberland
Dr. med. **Manfred Studer**

Weissenaustrasse 27, 3800 Unterseen
Telefon 033 826 27 65
Fax 033 826 23 53
E-Mail manfred.studer@spitalfmi.ch



**Vertreter der med. Fakultät
der Uni Bern (ab 1. Sept. 08)**
Prof. Dr. med. **Peter Eggli**
Dekan, Uni BE, med. Fakultät
Murtenstrasse 11, 3010 Bern
Telefon 031 631 84 79
Fax 031 631 38 07
E-Mail peter.eggli@
ana.unibe.ch



Ombudsmann
Dr. med. **Hans-Jörg Rytz**

Bolligenstrasse 52, 3006 Bern
Telefon 031 330 90 00
Fax 031 330 90 03
E-Mail hj.rytz@bluewin.ch



**Presse- und
Informationsdienst**
Marco Tackenberg

forum | pr
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8
Telefon 031 310 20 99
Fax 031 310 20 82
E-Mail tackenberg@forumpr.ch



Gruppenbild mit Dame: Vorstand und Stabsstellen der Ärztegesellschaft des Kantons Bern.