



Themen dieser Ausgabe:

Kindermaalwettbewerb:
And the winner is ... 2

Mitteilung des Sekretärs 3

DRG: Illusionen, Zeitplan und
Empfehlungen zur Schadens-
begrenzung 4

Die Grund- und Notfall-
versorgung in England –
Ein Update 5

Tag der Hausarztmedizin 7

Ein Institut ist nur ein
Mosaikstein – aber ein
unverzichtbarer 8

Hausärztliche Notfallpraxis
ins Spital verlagert 10

Die neue Notfallorganisation
im Oberaargau 11

Spitäler als «Geburtshelfer»
von Hausarztpraxen? 12

Ausbildungssituation Medizini-
sche Praxisassistentinnen 13

datenschutzkonform
elektronisch kommunizieren
mit HIN 15

Auch Patientinnen und Patienten stehen in der Verantwortung



Am 17. Mai 2009 hat das Schweizer Stimmvolk mit überwältigender Mehrheit die Komplementärmedizin in die Verfassung «zurückgeholt». Erstaunlich, denn im Kontext ansteigender Versicherungsprämien und wirtschaftlicher Krise wirkt dieser Schritt befremdend. Und namhafte Politiker unterstützen dies auch noch. Dass damit Kosten gesenkt werden können, glaube ich nicht. Denn eine Mehrleistung hat früher oder später Mehrkosten zur Folge. Klartext: Es geht mir nicht um die Komplementärmedizin, und ich will mich auch nicht an der allgemeinen Polemik beteiligen! Mich beunruhigt aber, dass der Patient als einer der Keyplayer im Gesundheitswesen den Ernst der Lage verkennt. Über den notwendigen Sparwillen scheint er jedenfalls nicht zu verfügen. Wie immer gilt: sparen ist gut und recht, aber bitte schön, die andern sollen. Dass unser System krank, ist offensichtlich, wenn genau ein Drittel der Bevölkerung Prämienverbilligungen in Anspruch nimmt.

Wie weiter nun?

Mir schwebt eine schlanke Grundversicherung vor, die sich jeder leisten kann. Nach eigenem Gutdünken könnten dann verschiedene Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. Ich will die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten ansprechen. Medizinische Leistungen sind in der heutigen Gesellschaft zum Konsumgut verkommen. Wäre es nicht an der Zeit, dass sich auch Ärztinnen und Ärzte diesem Problem annehmen? Wie oft kriegen wir folgende Worte zu hören: «Ich habe 20 Jahre eingezahlt, jetzt will ich auch etwas dafür!» Wir müssen der Patientenschaft klarmachen, dass Sparübungen mit einem Leistungs- und Qualitätsabbau verbunden sind! So müssen wir uns wohl künftig auf längere Wartezeiten für Abklärungsuntersuchungen, Röntgen oder Operationen einstellen. Wir stehen allerdings nicht alleine da. Alle westlichen Industrieländer haben mit steigenden Gesundheitsausgaben zu kämpfen. Die oft als kostengünstig angepriesenen Systeme der Niederlande und Grossbritannien offenbaren schon heute grosse Versorgungsengpässe. So wartet in den Niederlanden eine Patientin mit Hüftproblemen und Früharthrose mehrere Monate auf einen Operationstermin. Und in England werden Notfallstationen von nicht angemessen ausgebildeten Pflegefachleuten bedient. Etliche Patientinnen erleben hier beim Warten auf eine Koronarangiographie den vereinbarten Untersuchungstermin nicht mehr.

So weit muss es bei uns nicht kommen. Vordringliche Aufgabe jedes Arztes muss nun sein, den Patienten auf die Kostenfolgen seines Verhaltens aufmerksam zu machen. Ich verspreche mir davon mehr als von 30 Franken Praxisgebühr.

In diesem Sinne wünsche ich uns ein möglichst kostenbewusstes 2009.

Christian Gubler
Vizepräsident Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Prämierungsfeier des Kinder-Malwettbewerbs zum 200-Jahr-Jubiläum der Berner Ärztegesellschaft

Kinder-Malwettbewerb zum Thema Gesundheit: And the winner is...

Mit ihrer Collage zu den Errungenschaften der Medizin überzeugte die Klasse 5a aus dem Berner Tscharnergut-Schulhaus die Jury.

Die Klasse erhielt den ersten Preis des Kinder-Malwettbewerbs zum 200-Jahr-Jubiläum der Berner Ärztegesellschaft.

Die Prämierungsfeier im Zentrum Paul Klee am 9. Mai 2009 gestaltete sich wie die kleinen Künstler selbst: lebhaft und fröhlich.



Impressionen aus der Prämierungsfeier. Im Uhrzeigersinn: Die Kinder machten engagiert und bisweilen lautstark mit, Clown Billy sorgte für Stimmung, Jury-Präsident Ted Scapa und OK-Präsident Prof. Emilio Bossi erfreuten sich am gelungenen Anlass, die Klasse 5a aus dem Tscharnergut nimmt ihren Preis in Empfang.

Bilder: Sandra Küttel

«Die Herren Kritiker sagen oft, dass meine Bilder Kritzeleien und Schmierereien von Kindern gleichen. Mögen sie ihnen gleich sein! Die Bilder, die mein kleiner Felix gemalt hat, sind bessere Bilder als die Meinen.»

Paul Klee

Auf die ungewöhnliche Kreativität von Kindern war man bereits im 18. und 19. Jahrhundert aufmerksam geworden, aber erst im 20. Jahrhundert begannen sich Künstler ernsthaft mit Kinderzeichnungen zu beschäftigen. Pablo Picasso, welcher bereits in seiner frühen Kindheit gezielt gefördert wurde, hat sich einmal beklagt, dass

er nie wie ein Kind zeichnen durfte, sondern immer wie ein kleiner Erwachsener. Paul Klee hat die freien Zeichnungen seines Sohnes Felix auf Karton aufgezogen und sorgfältig aufbewahrt. Die Auseinandersetzung mit der Kinderkunst beeinflusste seine Motivwahl nachhaltig. In seinem Spätwerk fand er zu seinem ganz charakteristischen Stil, der sich stark an kindhaften Darstellungen orientierte.

So bildete das Zentrum Paul Klee denn auch eine ideale Kulisse für die Prämierungsfeier des Kinder-Malwettbewerbs, welcher die Ärztegesellschaft des Kantons Bern im Rahmen ihres 200-Jahr-Jubiläums ausgeschrieben hatte. Nicht weniger als 42 Schulklassen haben sich dem Thema

«Gesundheit und Wohlbefinden» künstlerisch gewidmet. Der Saal im Forum des ZPK war zum Bersten voll. Eltern, Geschwister und Lehrer fanden sich ein, um die kreativen Schöpfungen der kleinen Künstler zu würdigen.

And the winner is...

Der erste Preis geht an die Klasse 5a der Schule Tscharnergut in Bern. Die Schülerinnen und Schüler dürfen ihre künstlerischen Ambitionen demnächst in einem Workshop mit dem Karikaturisten Ted Scapa weiter entwickeln.

Die Klasse hat sorgfältig recherchiert und eine bemerkenswerte Kreativität an den Tag gelegt – dafür gebührt ihr zu Recht der erste Preis! Das prämierte Bild (siehe Abbildung S. 3 unten) gibt die wichtigsten Errungenschaften der Medizin wieder. Auf der Collage finden sich unter anderem der Hippokratische Eid, die Entwicklung des Hörrohrs und der Brille, die erste Magenspiegelung, die erste Herztransplantation – und mittendrin die Gründung der Ärztegesellschaft des Kantons Bern vor 200 Jahren. Wer diesen Bildausschnitt etwas genauer betrachtet, entdeckt ein hübsches Detail: Eines der Gründungsmitglieder ist weiblichen Geschlechts – das Bild des ärztlichen Berufsstandes hat sich ganz offensichtlich gewandelt...

Grosser Bahnhof für kleine Künstler

Nachdem die prämierten Nachwuchsmaler und ihre Klassenlehrer gebührend gefeiert wurden, sorgte Clown Billy mit allerlei Tricks und Spässen für Heiterkeit. Die Kinder machten engagiert und bisweilen lautstark mit. Der Anlass hinterliess allenthalben glückliche Gesichter. Und auch die Veranstalter erfreuten sich an der Kurzweil. Für einmal lautete die Devise: Von der Standespolitik zur Geselligkeit...

Sandra Küttel,
Presse- und Informationsdienst

Mitteilungen des Sekretärs



Dr. iur. Thomas
Eichenberger,
Sekretär der
Ärztegesellschaft
des Kantons
Bern

Vertraglich festgelegter Abrechnungsmodus «tiers garant» im KVG-Bereich

Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung (Art. 42 Abs. 1 KVG). Eine Direktzahlung vom Versicherer an den Leistungserbringer im sogenannten System des «tiers payant» kann nur unter der Voraussetzung erfolgen, dass eine

Vereinbarung dies auch vorsieht. Art. 10 Abs. 2 des Anschlussvertrages TARMED 2008 sieht einzig vor, dass einzelne Versicherer und einzelne Leistungserbringer in Abweichung vom allgemein gültigen System des „tiers garant“ den «tiers payant» vereinbaren können.

Die Assura teilt uns mit Schreiben vom 15. Mai 2009 mit, dass keine Spezialvereinbarungen mit einzelnen Ärztinnen und Ärzten abgeschlossen wurden und demzufolge die bei Assura-Versicherten anfallenden Behandlungskosten ausnahmslos dem Patienten oder der Patientin im System des «tiers garant» direkt in Rechnung gestellt werden müssen.

Offenbar sind einige Mitglieder unaufgefordert dazu übergegangen, die Rechnungen der Assura zur direkten Vergütung zuzustellen. Dies verursacht beim Krankenversicherer unnötigen administrativen Aufwand. Entsprechend hat die Assura beschlossen, bei ihr direkt eingehende Rechnungen ab 1. Juli 2009 nicht mehr mit dem Hinweis «Rechnungsstellung an den Pa-

tienten oder die Patientin im System des «tiers garant» zu retournieren bzw. die entsprechenden Rechnungen und/oder Mahnungen zu vernichten.

Diese Vorgehensweise ist vertragskonform. Sie erfolgt in Absprache mit der Geschäftsleitung der Berner Ärztegesellschaft. Diese Mitteilung erfolgt im Sinne einer Vorabinformation unserer Mitglieder.

Impressum

doc.be, Organ der Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztegesellschaft des Kantons Bern,
Bolligenstrasse 52, 3006 Bern / erscheint 6 x jährlich
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der
Ärztegesellschaft 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 Juni 2009



Die Kreationen der kleinen Künstler zeugen von gewaltigem Einsatz und grenzenloser Phantasie!
(Ausschnitt aus dem Siegerbild des Kinder-Malwettbewerbs.)

Bild: Sandra Küttel

DRG: Illusionen, Zeitplan und Empfehlungen zur Schadensbegrenzung

DRGs sind politisch populär. Viele erhoffen sich davon eine wirksame Kostenkontrolle im Gesundheitswesen. Im Januar 2012 wird das System der Fallpauschalen in der Schweiz in Kraft treten. Noch stehen wichtige Entscheidungen an: ob Zusatzentgelte, Begleitforschung oder Spitalfinanzierung, klar ist, die Ärzteschaft wird standespolitisch gefordert sein.



Dr. rer. pol. Walter Annasohn, Generalsekretär BBV+

Dr. med. Hans Herren, Vizepräsident BBV+

Politische Illusionen

Parlamentarier sprechen von den Leistungs-Fallpauschalen DRG wie von einem Wundermittel zur Genesung der medizinischen Versorgung und Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Doch – die Erfahrungen bei unserem grossen Nachbarn, der seit 2004 das DRG-System kennt, sprechen eine andere Sprache. Hier sind die Behandlungskosten pro Fall kräftig weiter angestiegen! Denn in Deutschland sind an den Spitälern 8000 professionelle Kodierer und 2000 Medizincontroller und bei den Versicherern 2000 Ärzte zur Kontrolle im Einsatz! Die Bürokratisierung der medizinischen Leistungen geht noch weiter, rechnet man die unzähligen unabhängigen Berater mit ein. So musste bald die Anzahl Fallpauschalen von 642 auf 1147 erhöht werden. Auch die anfänglich verschmähten Zusatzentgelte mussten von Null auf 74 verschiedene Zusatzentgelte hochgefahren werden.

Aus den deutschen Erfahrungen müssen die Lehren gezogen werden, um entsprechende Fehler von vornherein zu vermeiden. So darf die Fallpauschalenzahl nicht zu gering sein. Auch eine nachträgliche Einführung von Zusatzentgelten muss vorgesehen werden. Gemäss ersten Anzeichen könnte dies nach der Startphase ab 2012 der Fall sein.

Kürzlich hat der Verwaltungsratspräsident von SwissDRG, Herr Regierungsrat Dr. Carlo Conti, glaubhaft dargelegt, dass er nie vom Ziel Kosteneinsparungen mittels DRG gesprochen habe. Brisant, betrachten doch unsere Parlamentarier die Einführung von DRG vermeintlich als unabdingbar für die Kosteneindämmung im Gesundheitswesen!

Zeitplan 2009–2012

Die Fachgesellschaften haben im Rahmen des letzten Antragverfahrens 1600 Chopcode-Anträge gestellt, die sich bis Ende Juni 2009 in einem neuen Chopcode-Werk niederschlagen sollen. Danach folgt im Sommer 2009 ein bereits eingeläutetes weiteres Antragsverfahren mit dem Ziel, den neuen Chopcode im Januar 2010 für



DRG: Aus Sicht des Patienten- und Datenschutzes scheinen fundamentale Fragen nach wie vor ungelöst.

alle Spitäler zur Anwendung zu bringen. Der konkrete Fahrplan sieht wie folgt aus: Im April/Mai 2009 werden die Grundregeln definiert und die Abrechnungsregeln festgelegt; im Juni 2009 geht eine erste DRG-Fassung an den Bundesrat, der 9 Monate Zeit zur Beurteilung hat. Im August 2011 folgt die Publikation der DRG-Version 2012 = Version 1.0, die am 1. Januar 2012

mit einer Anpassungsphase von 2-4 Jahren in Kraft tritt.

Die Zusatzentgelte für Zusatzleistungen werden am 1.1.2012 noch nicht bereit sein. Doch die Kantone und die zuständige SwissDRG befürworten diese Zahlungen. Wann allerdings diese Zusatzentgelte festgelegt werden, ist vorläufig noch völlig offen! Auch die Begleitforschung zur Versorgungssicherheit soll noch definiert werden. Die Erfassung der erwarteten Verschiebungen vom stationären zum ambulanten Bereich stellt hier eine weitere Herausforderung dar.

Mit der Festlegung von Pauschalen, die leistungsbezogen sind, auf dem Vollkostenprinzip basieren und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen – das ist SwissDRG – geht die Neugestaltung der Spitalfinanzierung einher. Diese basiert auf dem Vollkostenprinzip unter Einbezug sämtlicher anrechenbaren Kosten inklusive Abschreibungen auf Investitionen und Kapitalzinsen. Sie strebt eine Gleichstellung öffentlicher und privater Leistungserbringer (Spitäler) mit einem Wegfall der Defizitgarantie an. Die Finanzierung wird zu mindestens 55% durch den Wohnsitzkanton und zu höchstens 45% durch die Obligatorische Krankenversicherung OKP erfolgen, wobei nur noch sogenannte Listenspitäler darin eingeschlossen sein werden. Diese werden zur Aufnahme von Grundversicherten verpflichtet sein. Die einzelnen Kantone können auch über Finanzierung zu 55% hinausgehen. Der kantonale Anteil wird die Prämienhöhe der Versicherer direkt beeinflussen. Eine separate Finanzierung ist vorgesehen für sogenannte gemeinwirtschaftliche Leistungen durch den Standortkanton und für Forschung und Lehre durch den Bund und allfällige Kostenanteile der Kantone. Die zeit- und sachgerechte Festlegung dieser Finanzierung wird eine besondere Herausforderung sein.

Empfehlungen zur Schadensbegrenzung

Aus verschiedenen DRG-Veranstaltungen ging hervor, dass die Aus- und Weiterbildung der Ärzte sowie des übrigen akademischen Personals von der Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenversicherung (OKP) ausgeschlossen ist! Es muss deshalb nach anderen Lösungen gesucht werden, was vor allem durch Mitarbeit der Ärzte in entsprechenden Gremien erreicht werden soll. Es ist keine Aufteilung der DRG-Fallpauschale nach Spital und Arzt, sondern eine Gesamtpauschale für das Spital vorgesehen. Das bedeutet vor allem für die nicht angestellten Ärzte, also

Die Grund- und Notfallversorgung in England – Ein Update

Werden in unserem Land neue Ideen zur Verbesserung der ärztlichen Grundversorgung diskutiert, schielen Gesundheitspolitiker, Fachleute und die Medien häufig nach England. Gemeinhin gilt das Gesundheitssystem auf der Insel als Gradmesser für künftige Reformen in der Hausarztmedizin. Aber die jüngsten Entwicklungen zeigen: Es werden falsche Anreize gesetzt – zu Lasten der Patienten.



Prof. Dr. med.
Hans-Peter
Kohler, Direktor
und Chefarzt,
Klinik für Innere
Medizin
Spital Netz Bern

Ein kurzer Rückblick

Im Jahre 2005 berichtete ich im doc.be (Ausgabe Nr. 5) über neue Modelle der Notfallversorgung in England und die möglichen Implikationen für die Schweiz. Damals stand ein neuer Vertrag für die niedergelassenen Grundversorger (General Practitioner, GP) im Vordergrund, welcher insbesondere die «out-of-hour»-Verpflichtungen regelte, also die Notfalldienstpflicht in den Randzeiten. Die «British Medical Association» (BMA) entschied damals, dass der Notfalldienst ab dem 1.1.2005 vollumfänglich vom GP auf sogenannte «primary care organisations» übertragen wird. Anders ausgedrückt: Ein GP war also seit Januar 2005 nicht mehr für die Notfallversorgung seiner Region verantwortlich. Die Gründe für diesen einschneidenden Wechsel kennen wir aus der Schweiz: unattraktive Dienstzeiten, grosse physische wie auch psychische Belastung, dürftige finanzielle Entschädigungen, fehlende finanzielle Beteiligung der öffentlichen Hand und mangelnder Nachwuchs in der Grundversorgung. Gleichzeitig entstanden zahlreiche «walk-in centers» und «primary care centers», welche vor allem durch Pflegefachpersonen (z.B. «primary care nurses») und neuen nicht ärztlichen Berufsgruppen wie der «emergency care practitioner» betrieben werden. Der neue Vertrag hatte das Ziel, durch attraktivere Arbeitsbedingungen mehr Ärzte in die Grundversorgung zu «locken», um dadurch das Patientenvolumen in der Grundversor-

gung zu erhöhen. Finanzielle Anreize waren auch Teil des neuen Vertrages.

Vertrag von 2005 erreichte seine Ziele nicht

Tatsächlich konnten mehr Grundversorger rekrutiert werden, was logischerweise auch das nationale Gesundheitsbudget für diesen Versorgungsbereich belastete. Mehr Ärzte sollte mehr Volumen, d.h. Patientenkontakte bedeuten. Ist dies eingetreten? Interessanterweise hat sich die totale Produktivität in den Grundversorger-Praxen sogar um 2,5% pro Jahr vermindert, was auf die durchschnittliche Arbeitszeitreduktion der GPs von 7 Stunden pro Woche zurückgeführt werden kann. Weiter war eine Abnahme der Verfügbarkeit der GPs insbesondere in den ländlichen Regionen zu verzeichnen. Ein Problem, das durch die neuen Verträge eigentlich hätte verbessert werden sollen. Kritiker sagen, dass der neue Vertrag von 2005 nicht den Erfolg brachte, den man sich erhofft hatte. Man sprach teilweise auch von einer Misskalkulation, da die zusätzlichen Gelder, welche in die Grundversorgung gesteckt wurden, nun an anderen Orten im National Health System (NHS) fehlen. Kurzum, es gibt nun mehr GPs an den falschen Orten (immer noch zu wenige auf dem Lande...) mit verminderter Produktivität, aber deutlich höheren Löhnen. Diese Entwicklung gibt zu denken. Anders sieht es der Chef der GPs, Dr. Hamish Meldrum. Zitat: «I believe UK general practice offers unbeatable value for money and that GP's deserve every penny of their pay.»

«Martini style healthcare» setzte sich nicht durch

Grossspraxen («super surgeries»), in welchen zahlreiche GPs arbeiten und die optional auch Spezialisten anstellen können, wurden prominent diskutiert. Diese

für die Belegärzte, den Aufteilungsmechanismus mit ihren Belegspitälern frühzeitig auszuhandeln, wobei das bisherige Berner OKP-Modell eine geeignete Grundlage sein könnte. Im neuen Spitalfinanzierungsmodell werden nur jene Spitäler berücksichtigt, die auf die Spitalliste gelangen. Dies stellt eine spezielle Herausforderung an die Privatspitäler dar, die bei der GEF auf die Auswahlkriterien für die Listenspitäler Einfluss nehmen müssen, um eine Gleichbehandlung gegenüber den öffentlichen Spitälern sicher zu stellen. Dies erfordert vonseiten der Ärzte eine Zusammenarbeit der Belegärzte mit den Privatspitälern. Aber ohne qualitativ einwandfreie Codierung der medizinischen Leistungen lässt sich keine genügende Abgeltung erzielen. Unverzichtbar ist der Einsatz professioneller Codierer durch die Spitäler oder Spitalgruppen. Diese Spezialisten sind aber auf korrekte und vollständige Krankengeschichten angewiesen, um dann mit guter Codierung die Entschädigungsmöglichkeiten ausschöpfen zu können. Die Ärzte werden deshalb angehalten sein, gut strukturierte und vollständige Berichte über ihre Patienten zu verfassen. In diesem Zusammenhang wird sich ein Klinikinformationssystem «KIS» als äusserst nützlich und unabdingbar erweisen. Mit diesem kann die nötige und zeitgerechte Übermittlung vertraulicher Daten für die Codierer gewährleistet werden. Zudem würden mobile Eingabestationen der Patientendaten die Vorgehensweise sehr erleichtern. Die Belegärzte und die Belegspitäler, also vor allem die Privatspitäler, sollten im Hinblick auf die Aufnahmepflicht grundversicherter Patienten vorzeitig gemeinsam festlegen, wie dieser Pflicht als Listenspital nachzukommen ist. Bei Einführung von DRG am 1. Januar 2012 werden noch keine Zusatzentgelte festgelegt sein. Der Zeitpunkt hierfür darf aber nicht offen bleiben, sondern muss vorher verbindlich zugesagt werden, was wiederum entsprechendes ärzteseitiges Insistieren bedeutet!

Aus Sicht des Patienten- und Datenschutzes scheinen fundamentale Fragen nach wie vor ungelöst: Wer soll die Kontrolle von Codierung, Abrechnung, Vergütung der Fallpauschalen, Komplikationen, Spitaltransfers, Rehospitalisationen etc. personell und finanziell vornehmen? Dies sollte von unabhängiger Stelle aus erfolgen. Als solche können die Versicherer aber nicht bezeichnet werden. Auch hier gilt es, in entsprechenden Gremien Einsitz zu nehmen, um solche Stellen zu definieren. Wichtig ist, dass man die Begleitforschung unbedingt jetzt definiert und organisiert und nicht wie in Deutschland vernachlässigt!

sollten mitunter auch mit komplexen diagnostischen Apparaten wie CT-Scanner ausgestattet werden. Das Ziel ist und war es, solche Zentren insbesondere in den Kommunen aufzubauen, um die Spitäler weiter zu entlasten. Der Widerstand von Seiten der Standespolitik war und ist gross. Durch diese grossen Zentren habe der einzelne Patient keinen festen Ansprechpartner mehr, da in solchen Grosspraxen dem Patienten kein fester Arzt zugeordnet ist. Die Gegner sprechen von der «*Martini style healthcare – any time, anywhere, any doctor*» Dieses Konzept hat sich nicht durchgesetzt. Die traditionelle Hausarzt-Patienten-Beziehung erhielt wieder vermehrt Zuspruch. Die Notfallstationen der Spitäler sind nach wie vor überfüllt, die Gesundheitskosten steigen weiter. Die Politiker setzen wieder alles auf den Grundversorger mit dem Argument, dass ein Hospitalisationstag (Hotellerie, Diagnostik, Medizinalpersonal) oder ein Besuch in einem Notfallzentrum oder Poliklinik teurer sei als eine Betreuung in einer Arztpraxis während eines ganzen Jahres! Es stellt sich die Frage, wie das Interesse am Hausarztberuf gesteigert werden kann? Etwa über finanzielle Anreize?

Künftig noch mehr Geld für Grundversorger

Interessant ist die Tatsache, dass sich im Königreich die Löhne in der Grundversorgung (Ärzte, Pflegende, Praxisassistentinnen) in den letzten vier Jahren bis zu 50% erhöht haben.

Bei den Löhnen der Ärzte sieht es folgendermassen aus: Ein Grundversorger erhielt in den Jahren 2003/2004 durchschnittlich 81'500 Pfund (damals rund 180'000 sFr.). Im Jahr 2005 wurde er mit rund 106'500 Pfund (rund 235'000 sFr) entlohnt, was einer Steigerung von 20–30% entspricht. Das Abgeltungsprinzip in England ist komplex: Für bestimmte Leistungen erhalten Grundversorger spezielle Beiträge, so beispielsweise für das Einhalten von maximalen Wartezeiten (Konsultation muss innerhalb von 48 Stunden erfolgen!), für das Einhalten von Qualitätsstandards wie auch für verlängerte Öffnungszeiten.

Die GPs sollen im 2009–2010 wieder einen neuen Vertrag bekommen, der nicht in erster Linie den Notfalldienst regelt, sondern eine (noch) bessere finanzielle Abgeltung vorsieht. Ziel ist es, die medizinische Versorgungsqualität anzuheben, was die Verfügbarkeit des GP in den Randzeiten mit einschliesst. Damit soll eine möglichst komplette Betreuung der Patienten in ihren

Wohngemeinden gewährleistet werden, um teure Hospitalisationen zu vermeiden. Patienten sollen sich möglichst frühzeitig bei ihrem in der Nähe praktizierenden GP melden, um die Schwelle für Arztbesuche niedrig zu halten. Durch finanzielle Anreize sollte dies nun verbessert werden. Kann dies mit mehr Lohn erreicht werden?

Mit finanziellen Anreizen teure Hospitalisationen vermeiden

Im Herbst 2008 wurde den GPs in der Grafschaft Oxfordshire eine Honorierung angeboten, wenn sie weniger Patienten ins Spital überweisen würden. Eine Grosspraxis mit 10'000 Patienten konnte damit rund 20'000 Pfund sparen. Daraufhin entbrannte eine heftige Debatte darüber, ob durch finanzielle Anreize die Entscheidung des Arztes direkt beeinflusst werde, unabhängig davon, ob eine Hospitalisation aus medizinischen Gründen nötig wäre. Der Präsident der lokalen medizinischen Gesellschaft sagte folgendes: «There is a concern that the target is going to affect decision making. That causes a moral dilemma.» Berechtigt waren auch die Bedenken, dass die Patienten mit dieser Regelung nicht einverstanden sind. Denn jede Nichtüberweisung stellt für den eigenen Hausarzt einen finanziellen Zustupf dar. Tatsache ist, dass durch diesen Anreiz Hospitalisationen reduziert werden konnten. Zum Wohle des Patienten?

«walk-in» Zentren vergrössern Behandlungsangebot und erhöhen Kosten

Studien haben gezeigt, dass die «walk-in» Zentren, welche vor allem durch Pflegefachpersonen betrieben werden, zwar für eine rasche Konsultation zur Verfügung stehen, dass sich jedoch die Wartelisten bei den Grundversorgern nicht verkürzen. Ein Patient muss innert 48 Stunden einen Termin bei einem GP bekommen. Dies ist und war nicht immer der Fall. Die «walk-in» Zentren konnten diese 48-Stunden-Grenze jedoch nicht reduzieren. Oftmals wurde nach einem Besuch in einem «walk-in» Zentrum trotzdem noch ein GP konsultiert. Hier ist eine klare Mengenausweitung erkennbar. Man resümierte, dass «walk-in» Zentren den Bedarf an Arztkonsultationen beim GP kaum senkten. Das erhöhte Behandlungsangebot wirkt kostensteigernd. Eine Konsultation im «walk-in» Zentrum ist teurer als der «traditionelle» Besuch beim Hausarzt. Und dies obwohl die Abklärungsmöglichkeiten und das medizinische

Angebot geringer sind als beim Hausarzt. Wieder einmal zeigt sich, wie komplex das Zusammenspiel zwischen unterschiedlichen medizinischen Angeboten und individuellem Nachfrageverhalten der Patienten funktioniert. Und wie sich solche unvorhergesehenen Verhaltensänderungen negativ auf Gesundheitsausgaben auswirken.

Trotz Kostenanstieg ist das System politisch mehrheitsfähig

Das Gesundheitswesen in England ist ein überreguliertes System mit komplexen Anreizsystemen, auch in der Grundversorgung. In regelmässigen Abständen erhalten Grundversorger neue Regeln. Neue Modelle wurden und werden ausprobiert mit dem Ziel, die Grundversorgung zu stärken, indem das Einkommen der Grundversorger in den letzten Jahren deutlich erhöht wurde. Die Zahl der GPs nahm dadurch in der Tat zu. Jedes Jahr werden zusätzliche Milliarden in das NHS gesteckt, ohne die erwartete Produktionssteigerung auch wirklich erkennen zu können. Dies ist nicht nur in «good old England» ein Dauerthema. Ein verstaatlichtes Gesundheitswesen ist oftmals schwerfällig, schlecht überschaubar, überreguliert und wenig patientenfreundlich. Die Politik wird das NHS weiter finanziell grosszügig unterstützen, da hier eine Rationierung nicht mehrheitsfähig ist. Die Grundversorgung in England hat auf jeden Fall ihren berechtigten, starken Stellenwert und wird weiterhin als die kostengünstigste medizinische Versorgung angeschaut.

Lehren ziehen für die Schweiz?

Gibt es daraus Implikationen für die Schweiz? Dass auch in der Schweiz die Grundversorgung zu stärken ist, steht ausser Debatte. Das «Was?» und «Wie?» sind die entscheidenden Fragen. Sind finanzielle Anreize nötig? Ist die bessere finanzielle Abgeltung die Lösung des Problems auch in der Schweiz? Bringen wir dadurch mehr Kolleginnen und Kollegen in die leeren Praxen auf dem Land, eventuell in Kombination mit dem Wegfall einer Notfalldienstpflicht? Letzteres wird in England übrigens wieder diskutiert! Eine Notfalldienstpflicht sollte in künftigen Verträgen wieder verankert werden, so der Wunsch vieler Politiker. Die traditionelle Arzt/Patienten-Beziehung muss wiederbelebt werden! Zum Wohle des Patienten! Dreht sich die Uhr in England bald wieder rückwärts?

Tag der Hausarztmedizin 2009

Aktualisiertes Motto: Ja zur Hausarztmedizin – Nein zur Gesundheitspolitik von BR Couchepin.



Dr. med. Marcus Grossenbacher, Präsident Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte VBH

Liebe Berner Kolleginnen und Kollegen,
Liebe Praxisassistentinnen,
Liebe Patientinnen und Patienten

Ihnen allen ist der Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte von Herzen dankbar für Ihre Unterstützung am kantonalen Aktionstag, dem 1. April 2009. Die zusätzliche, starke Unterstützung aus der Romanie hellte die Stimmung am Aktionstag spürbar auf und war ein gutes Aushängeschild für den zweisprachigen Kanton Bern. Die von der Polizei auf 3000 geschätzte Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hat die Prognose der Organisatoren um gut 50% übertroffen.

Grosses Medienecho

An der gut besuchten Medienkonferenz gaben je ein Vertreter der Berner Spitalärz-

te und des Kollegiums für Hausarztmedizin sowie zwei Vertreter des Vereins Berner Hausärztinnen und Hausärzte ihre Statements und Forderungen bekannt: Rückzug der für das Praxislabor tödlichen bereits verfügten Revision der Analysenliste. Rücktritt von Bundesrat Couchepin bei vollendetem 67. Altersjahr. Rücktritt des Schreibtischorthopäden Peter Indra. Die Fragerunde wurde rege benutzt. Bereits am 1. April selbst wie am Tag danach berichteten die regionalen, kantonalen und nationalen Printmedien ausführlich über «unseren» Aktionstag, den insgesamt 4. Tag der Hausarztmedizin. Das Regionaljournal von Radio DRS sowie zahlreiche Lokalradios strahlten Interviews von Teilnehmenden am Protestmarsch aus. Zusätzlich waren die (Haus-)Ärzte sowohl in der Tagesschau als auch in der Rundschau am 1. April 2009 Thema Nummer 1.

Dicke Post fürs EDI

Die breit unterstützten Hausärztinnen und Hausärzte trugen gut sichtbar dicke Post vom Rathausplatz an die Inselgasse, Sitz des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI). Vor dem EDI wurden wir von dessen Pressesprecher, Herr Crevoisier, und vom Noch-Direktor des BAG, Prof. Thomas Zeltner, empfangen und wurden unter lautem Pfeifkonzert von Seiten der Teilnehmenden am Protestmarsch ins Innere des EDI geschleust. Den Präsidenten der SGAM, François Héritier, konnten



wir trotz Megafon im langen Protestumzug nicht erreichen. Von Herrn Zeltner bekamen wir zu hören, dass sein Chef (BR Couchepin) die verfügte Revision der Analysenliste fürs Praxislabor nicht revozieren werde. Allerdings sei ein Monitoring geplant. Gleichzeitig teilte er uns auch mit, dass das EDI die Teilnahme an der Arena vom 3. April 2009 bereits abgesagt habe, da weder das BAG noch das EDI vor laufender Kamera mit den Hausärzten streiten möchte. Zu neuen Taten angestachelt traten wir (Dr. med. Marc Müller, Grindelwald, Präsident KHM und der Schreibende) wieder auf die Inselgasse, wo wir sowohl von Fernseh- und Radiojournalisten als auch von den ungeduldig wartenden Protestierenden erwartet wurden.

Volksinitiative zur Hausarztmedizin lancieren

Die Kader der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin haben am 9. Mai 2009 einstimmig beschlossen, für kommenden Herbst eine Volksinitiative mit dem Titel «Ja zur Hausarztmedizin» zu lancieren. Je nach Resultat der Abstimmung über die Volksinitiative zur Komplementärmedizin wird der Initiativtext mit der Bundesverfassungs-Artikelnummer 118a bzw. 118b versehen. Wir Hausärztinnen und Hausärzte rechnen damit, mit der Unterschriftensammlung nach den Schulherbstferien 2009 beginnen zu können und sind überzeugt, dass jede Hausärztin und jeder Hausarzt 50 Unterschriften zum Sammelergebnis beisteuern kann. Wir würden uns freuen, wenn wir erneut auch für dieses Projekt auf die Unterstützung der Berner Ärzte zählen dürften.



Tausende Grundversorger protestierten am 1. April gegen die revidierte Analysenliste ... an vorderster Front BEKAG-Vorstandsmitglied Dr. Hans-Werner Leibundgut.

Bilder: Sandra Küttel, PID

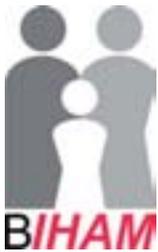
Ein Institut ist nur ein Mosaikstein – aber ein unverzichtbarer

Am 1. April, dem Tag der Hausarztmedizin, wurde das Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) gegründet. Mit dem neuen Namen sollen die bereits bestehenden Strukturen gestärkt und die akademische Stellung der Grundversorger aufgewertet werden. *doc.be* sprach mit dem Leiter, Dr. med. Andreas Rothenbühler, über die Entstehungsgeschichte des Instituts, laufende Forschungsprojekte und die Zukunftsperspektive der Hausarztmedizin.

Interview: Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst

doc.be: Die fakultäre Instanz für Hausarztmedizin (FIHAM) nennt sich neu Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM). Was war der Grund für diese Neustrukturierung?

Dr. A. Rothenbühler: Mehrere Faktoren haben eine Rolle gespielt. Zum einen haben sich zahlreiche Politiker für die Hausarztmedizin eingesetzt und mit verschiedenen Motionen immer wieder auf die kritische Situation in der Grundversorgung hingewiesen. Auch unsere Standesorganisation, die SGAM, plädiert seit langem für eine Stärkung der Hausarztinstitute. Zum anderen haben sich die internen Strukturen der FIHAM stetig professionalisiert. Unser didaktischer Leistungsausweis entspricht seit geraumer Zeit dem eines Instituts. Weil auch das Interesse von Seiten der Studierenden zugenommen hat, war die Neustrukturierung ein konsequenter, logischer Schritt.



Und was ändert konkret?

Bereits vorhandene Strukturen bleiben bestehen. Wie bisher wird das BIHAM von einem fünfköpfigen Gremium geleitet, bestehend aus Grundversorgern. Wir streben aber eine engere Zusammenarbeit mit der Klinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM) an. Der neue, noch nicht ernannte Direktor des KAIM wird bei uns im Rat Einsitz nehmen. Diese personelle Vernetzung soll in eine engere Forschungszusammenarbeit zwischen Internisten und Hausärzten münden. Generell soll die Forschung durch gezielte Nachwuchsförderung aus-

gebaut werden. Wir bieten sogenannte Research Fellowships an. Die eingereichten Bewerbungen werden momentan evaluiert. Zwei bis drei Forschungsstellen möchten wir besetzen.

Andere Schweizer Universitätsstädte haben die Hausarztmedizin schon früher gefördert. Holen die Berner mit dem BIHAM nun Versäumtes nach?

Klar. Allerdings existieren zwischen den verschiedenen Instituten erhebliche Unterschiede. Zürich und Basel haben mit ihren Ordinariaten sicherlich die ausgereiftesten Strukturen. In Lausanne und Bern präsentiert sich die Situation ähnlich. Auch die Universität Lausanne gewährt nun den Hausärzten ein eigenes Institut mit einem Professor als Institutsleiter. Bern kannte zwar bisher kein Institut für Hausarztmedizin, doch inhaltlich sind wir weit fortgeschritten. Die Institutsgründung soll nun der bereits erfolgten Professionalisierung Rechnung tragen.

Die Hausarztmedizin wird durch die Institutsgründung aufgewertet. Welche weiteren Schritte sind geplant, damit die «Anfangseuphorie» nicht verpufft?

Nun gilt es, schrittweise neue Impulse zu geben. Wir wollen Studierenden und interessierten Hausärzten eine akademische Plattform bieten, das Angebot von Lehrveranstaltungen, Tutorien und Kursen gezielt ausbauen. Zudem bestehen Ausbaupläne sowohl im Bereich der Weiterbildung als auch der Fortbildung. Ein Schwergewicht liegt aber sicherlich in der Forschung. Gegen innen sind wir bemüht, unser Institut stärker in die medizinische Fakultät zu integrieren und in wichtigen Gremien Einsitz zu



Dr. med. Andreas Rothenbühler,
Leiter des Berner Instituts für Hausarztmedizin
(BIHAM)

nehmen. Wir wollen ein gleichwertiger Gesprächspartner werden und mitreden. Dies ist uns ansatzweise bereits gelungen. Bis 2010 steuert und evaluiert das BIHAM, wenn alles glattgeht, das vom Kanton finanzierte Hausarztassistentenprojekt.

Wie kann man sich die Forschungstätigkeit am Institut vorstellen? Können Sie Beispiele für laufende oder geplante Projekte nennen?

Für die Administration und Organisation der Forschung ist Peter Frey, unser Leiter Forschung, zuständig. Er unterhält die Kontakte mit Hausarztnetzwerken, Professoren, Spezialkliniken und Gesundheitsstatistikern. Häufig gelangen Netzwerke selber an uns. Auch einzelne Praktiker fragen an. Aus diesen praxisorientierten Fragestellungen leiten wir konkrete Forschungsprojekte ab. So erforscht beispielsweise ein bereits weit fortgeschrittenes Projekt in Kooperation mit dem Institut für Infektiologie des Inselspitals die Therapieoptionen beim Harnwegsinfekt. Wir gelangen an interessierte Grundversorger, die sich an Studien beteiligen wollen und bereit sind, entsprechende Daten zu erarbeiten. Diese vernetzen wir mit den fakultären Institutionen. Weiter werden am Institut Dissertationen vergeben. Und zudem haben alle fünf Hausarztinstitute der Schweiz beim Nationalfonds einen gemeinsamen Antrag für einen Forschungsschwerpunkt zum Thema Versorgungsforschung eingereicht.

Was nützt ein neues Institut, wenn für den Grossteil der Jungärzte der Hausarztberuf nicht mehr attraktiv erscheint?

Im Vergleich zu anderen Ländern ist die akademische Grundversorgung in der Schweiz 10 Jahre im Rückstand. Dort, wo sich die Hausarztmedizin wieder besser etabliert hat, in England oder den Niederlanden, gibt es heute gute Institute mit internationalem Ruf. Ein Institut ist zwar nur ein Mosaikstein, aber für die Stellung des Hausarztes ist der eigene akademische Auftritt unverzichtbar. Nur so wird man gehört und kann eigene Interessen durchsetzen.

Welche Aufgaben nehmen Sie als Vorsitzender des Berner Instituts für Hausarztmedizin wahr?

Vor drei Jahren wurde ich zum Leiter ernannt. Seither hat sich mein Pflichtenheft kontinuierlich vergrössert. Ich bin An-

sprechpartner für die Fakultät sowie für die standespolitischen Hausärztevertreter und kümmere mich um fakultätsinterne und -externe Angelegenheiten. Operativ stehe ich dem fünfköpfigen BIHAM-Gremium vor, organisiere Sitzungen und vertrete das Institut in allen Belangen. Wegen der zunehmenden Arbeitsbelastung habe ich meine praktische Tätigkeit als Hausarzt reduziert.

Wo steht das BIHAM in 10 Jahren?

Das BIHAM wird ein Ordinariat mit Professur und eigenem Lehrstuhl haben. Geplant ist, den künftigen Lehrstuhlinhaber und Leiter des Instituts aus den Reihen des eigenen Nachwuchses zu bestellen. Das Hausarztinstitut ist gut etabliert und politisch und akademisch breit vernetzt. Studierende und interessierte Grundversorger können von einem breit gefächerten Angebot profitieren. Es nimmt wichtige Funktionen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Grundversorgern wahr.

Wie sieht Ihrer Meinung nach die Hausarztmedizin der Zukunft aus?

Sie ist weiblich und teamorientiert. Wir erleben neue Arbeits-, Praxis- und Infrastrukturformen. Es dominieren Gemeinschaftspraxen. Man arbeitet vornehmlich Teilzeit. Traditionelle Praxisinhaber, die selber in ihre Ausstattung investieren, sind zahlenmässig in der Minderheit. Neue Betriebs- und Firmenmodelle wie Aktiengesellschaften oder spezialisierte Betriebsgesellschaften haben sich etabliert. Künftige Grundversorger werden grundsätzlich weniger gewillt sein, unternehmerische Risiken einzugehen. Vieles ist denkbar, der Hausarzt wird aber auf jeden Fall, in der einen oder anderen Form, eine Zukunft haben.

Vielen Dank, Herr Dr. Rothenbühler, für dieses Gespräch!



**Noch nie war die
Praxisadministration
so direkt und preiswert**

Leistungen erfassen und abrechnen via Internet

Alles, was Sie brauchen, um mit der Ärztekasse abzurechnen, ist ein Passwort. Kostenlos und ohne Software-Installation, dafür inkl. Datensicherung, Medikamenten- und Tarif-Updates, Debitorenmanagement und noch vielem mehr.

Gehen Sie sofort online: www.aerztekasse.ch

Ä K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

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



Unser Doktor heisst René.

Eine Frage, ein Anruf, eine Antwort. Und wenn René nicht zu sprechen ist, dann Hélène, Egidio, Ernst oder Hans. Insgesamt sind 5 FAMH-Spezialisten für Sie da und helfen gerne bei der Beurteilung und Interpretation der Ergebnisse. Versteht sich: alle mit über 20-jähriger Laborerfahrung. Aber Freude an der Arbeit wie am ersten Tag. Wie unsere 45 anderen MitarbeiterInnen auch, Doktor hin oder her.

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

Hausärztliche Notfallpraxis ins Spital verlagert

Wie vielerorts klagten die notfalldienstleistenden Grundversorger auch im Emmental über fehlenden Nachwuchs, steigende Arbeitsbelastung und lange Präsenzzeiten. Allen war klar: der regionale Notfalldienst muss reorganisiert werden. Im Februar 2009 präsentierte eine eigens dafür gegründete Arbeitsgruppe die neue Lösung: die hausärztliche Notfallpraxis zieht im Spital ein. Eine erste Zwischenbilanz.



Dr. med. Claudia Anderegg-Rüfli, Präsidentin ärztlicher Bezirksverein Emmental

Im März 2007 gründeten wir Ärztinnen und Ärzte des ABV Emmental unter der Leitung von Dr. Paul Wittwer eine Arbeitsgruppe zur Reorganisation des Notfalldienstes für unsere Region. Den Anstoss gab ein Kollegium von Hausärztinnen und Hausärzten, von denen einige in kurzer Zeit das Rentenalter erreichen werden.

Zudem herrschte eine zunehmende Unzufriedenheit unter den Grundversorgern wegen langer Präsenzzeiten im Notfalldienst bei geringer Auslastung. Es galt, eine Lösung zu finden, die den Patienten in einem grossen, nicht eben homogenen Einzugsgebiet mit einer Regionalspital-AG und zwei Spitalstandorten gerecht wird.

Eigene Arbeitsgruppe gebildet

Von Anfang an signalisierten die Spitalverantwortlichen eine grosse Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit uns Hausärztinnen. Wir waren bestrebt, unsere Praxen für potenzielle Nachfolger möglichst attraktiv zu halten. So galt für uns als Muss, und gilt

natürlich immer noch, die möglichst gute Organisation des Notfalldienstes mit nicht allzu häufigen Einsätzen. In zahlreichen Sitzungen von Kern- und Arbeitsgruppe wurde zuerst recherchiert und beobachtet, wie andere vor uns das Problem angegangen hatten. Dann wurden Lösungen diskutiert, Informationsveranstaltungen organisiert und schliesslich entsprechende Verträge ausgearbeitet.

Hausärztlicher Notfalldienst neu im Spital

Im Februar 2009 konnte der Bezirksverein an einer ausserordentlichen HV die Annahme des ausgereiften Projektes feiern. Die



Seit April 2009 werden im Spital Burgdorf abends zwei Sprechzimmer der Orthopädie mit wenigen Handgriffen in die Hausärztliche Notfallpraxis umgewandelt.

Verträge mit der Regionalspital Emmental AG (RSE-AG), das Projektreglement und die Vereinbarung mit MEDPHONE (einheitliche Notfallnummer für das ganze Emmental) wurden von der Basis akzeptiert. Nun konnte die bereits in Langnau prak-

tizierte Lösung, die Abgabe des Notfalldienstes an das Spital während der Nachtstunden, auf den ganzen oberen Notfalldienstkreis ausgedehnt werden.

Am 1. April 2009 wurde im Spital Burgdorf eine weitere hausärztliche Notfallpraxis (HANP) eröffnet. Hier waren nicht einmal bauliche Massnahmen nötig gewesen: zwei Sprechzimmer der Orthopädie, die in unmittelbarer Nähe zur Notfallstation liegen, werden zwischen 17.00 Uhr und 17.30 Uhr mit wenigen Handgriffen in die HANP umgewandelt. Der diensthabende Hausarzt – es besteht durch Dienstkreiszusammenlegungen nun ein Pool von etwas über 40 Kollegen, die sich in den Dienst teilen – meldet sich bei der Zentrale und dem Notfallteam und empfängt die von MEDPHONE triagierten Patienten. Er kann Röntgen und Laborgeräte der RSE-AG nutzen, nötigenfalls ein EKG von der Notfall-Crew machen lassen und um 22.00 Uhr den Dienst an die Notfallstation übergeben. An Samstagen und Sonntagen sowie an allgemeinen Feiertagen wird tagsüber die HANP in zwei Schichten von je 7 Stunden von 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr resp. von 15.00 Uhr bis 22.00 Uhr betrieben. An Wochentagen versorgen wir wie früher unsere Patienten von den Praxen aus.

Während der Betriebszeiten der HANP und wochentags auch nachts ist zusätzlich ein Kollege auf Pikett und versorgt den sogenannten Hintergrunddienst von zu Hause aus. Er hält sich bereit für FFEs und Bescheinigungen bei Todesfällen oder andere vor Ort zu regelnde Situationen.

Positive Zwischenbilanz

Inzwischen haben wir den ersten Betriebsmonat im neuen Organigramm hinter uns.

Fazit: viele zufriedene Patienten und Grundversorger. Einige Unsicherheiten auf Ärztinnen- wie auf Patientenseite.

Schwachpunkte im System bestehen noch an den Schnittstellen zwischen MEDPHONE, Spital und Notfallpraxis, aber im Grossen und Ganzen überwiegt das Positive. Jedenfalls wir sind topmotiviert, weiterzumachen!

Die neue Notfallorganisation im Oberaargau

Mittlerweile sehen sich viele Bezirksvereine gezwungen, ihre notfallärztlichen Strukturen zu reorganisieren. Beim Aufbau der neuen Notfallorganisation im Oberaargau orientierte man sich an holländischen Versorgungszentren. Noch bestehen einige Startschwierigkeiten, doch die anfängliche Skepsis der dienstleistenden Notfallärztinnen und Notfallärzte ist bereits verflogen.



Dr. med.
Andreas Bieri,
Vorstandsmitglied
Ärztegesellschaft des
Kantons Bern

Holländische «huisartsenpost» als Vorbild

«Von der Idee zur Organisation» war der Titel eines Referates von Harrie van Rooij im Sommer 2005. Er präsentierte die Idee einer Notfallorganisation, die in Holland seit 5 Jahren praktiziert wird, an einer Klausurtagung der Ärztesellschaft des Kantons Bern. Nach diesem Vorbild realisierten wir im Oberaargau unsere neuen Notfallstrukturen bestehend aus 6 Ärztinnen und 27 Ärzten, einer im Notfallzentrum integrierten Praxis in neu gebauten Räumen und mit Medphone als Triage. Als ich dem Initiator des «huisartsenpost» Roermond, Peter van de Ven erklärte, dass wir viel enger mit dem Spital zusammenarbeiten, antwortete dieser: «The advantage of our country is, that we are a flat and crowded country.» Doch auch sie überlegen sich eine engere Vernetzung mit dem lokalen Spital, welches direkt auf der anderen Strassenseite liegt.

Effiziente Koordination

Wer ausserhalb der Praxiszeiten ein dringendes medizinisches Problem hat, ruft den Hausarzt an, dort wird an MEDPHONE verwiesen und bei Indikation auf die Notfallpraxis umgeleitet. Dort bekommt er einen Termin. Wer direkt ins Spital kommt, wird umgehend ans Notfallzentrum verwiesen: Triage, Registrierung, Warteraum. Termine werden so vergeben, dass sie möglichst in die Einsatzzeiten der dienst-

leistenden Hausärzte fallen. Hämatologie, CRP, Urin stehen sofort zur Verfügung. Weitere Laboruntersuchungen brauchen 30 Minuten. Kleine Röntgenuntersuchungen sind in 15 Minuten auf dem Bildschirm.

Hausärzte an Praxisplanung beteiligt

Wir wurden massgeblich in die Praxisplanung miteinbezogen. Anfangs waren die gewöhnlichen Probleme einer Hausarzt-Praxisplanung zu bewältigen. Während die Architekten zu grosszügig und detailliert planten, wollten die Ausstatter zu teures Inventar. Eine fahrbare Notfall-Liege oder ein Blutdruckcomputer kosten je zehnfach mehr als eine normale Praxisliege und ein normales Blutdruckgerät. Da werden die Unterschiede zwischen der Unkostenkultur der Spitäler unter dem Deckmantel Qualität und Sicherheit und den Sparvorgaben einer Hausarztpraxis deutlich sichtbar. Im EDV-Bereich konzipierten wir die KG-Maske und den Bericht an den Hausarzt.

Anfängliche Skepsis rasch verflogen

An einem Einführungsnachmittag und beim ersten Dienstantritt wurde Folgendes

vermittelt: Einloggen, KG-Führung, Kontrolle des automatisch konzipierten Berichtes, Leistungserfassung mit Strichcode. Fast alle kämpften das erste Mal mit dem Neuen: Elektronische KGs, welche Materialien und Medikamente liegen wo, den Umgang mit den MPA und die ungewohnten Wege. Der erste Eindruck von Vielen war: «Ich war nicht effizient.» Zweiter Eindruck: «Eine Abwechslung, super organisiert, das erste Mal, dass ich nach dem Notfalldienst zufrieden bin, ich fahre glücklich und unbelastet nach Hause.»

Kleinere und grössere Anfangsschwierigkeiten

Anfangsprobleme gab es viele, viele kleine, wie die neue Notfallnummer, die «walk-ins», die sofort bedient werden wollten oder Unstimmigkeiten mangels Kenntnis des Betriebsreglements. Allerdings haben wir auch mit grösseren Problemen zu kämpfen. Die elektronische Datenverarbeitung hat Anlaufschwierigkeiten, die andauern. Ferner bekundet MEDPHONE etliche Mühe, die erhöhte Anrufrfrequenz zu bewältigen. Will MEDPHONE seine Dienstleistungen auch künftig auf hohem Qualitätsniveau anbieten, braucht es zusätzliche finanzielle Unterstützung. Wer die Hausarztmedizin fördern will, muss hier mithelfen. In Holland beispielsweise funktionieren Call-Center ausgezeichnet, weil sie pro Anruf entschädigt werden. Und damit zurück zu Harrie van Rooij. Als ich ihm mitteilte, dass wir nun auch einen «huisartsenpost» haben, sagte er seinen Leuten: «Seht ihr, die Schweizer machen es uns nach, also haben wir eine gute Sache.»



Blick vom Standort Anmeldung in die Notfallpraxis anlässlich eines Einführungsnachmittages. Ganz links Markus Frey, Präsident Bezirksverein, am PC Thomas Kinsbergen, Ärztlicher Direktor SRO, ganz rechts Marianne Bürgi, Leitung Pflege Notfallzentrum.

Foto: Berner Zeitung, Th. Peter

Spitäler als «Geburtshelfer» von Hausarztpraxen?

In der Region Thun besteht ein Mangel an Kinderärzten. Davon ist auch das Spital betroffen, da dieses für die Neugeborenen-Betreuung auf Fachärzte angewiesen ist. Die Ursachen für diesen Mangel sind vielschichtig. Ein Grund ist fehlendes Risikokapital für Praxisgründungen. Dieses wird nun vom Spital selber bereitgestellt.



*Beat Straubhaar,
M Sc, Vor-
sitzender der
Geschäftsleitung
Spital STS AG,
Thun*

Die Region Thun/Spiez gilt als beliebte Wohnregion im Kanton Bern. Deshalb haben sich auch viele Familien hier niedergelassen. Die Nachfrage nach einer fachärztlichen Betreuung der Kinder ist ständig gestiegen. Das Angebot an Kinderarztpraxen konnte mit diesem Trend nicht Schritt halten. Das Spital Thun verzeichnet im Kanton Bern die zweitgrösste Geburtenzahl. Da die Neugeborenenstation von den ortsansässigen Kinderärzten betreut wird, ist das Spital direkt betroffen und zum Handeln gezwungen. In einem ersten Schritt platzierte das Spital Inserate, die auf die enge Zusammenarbeit einer zu eröffnenden Praxis und dem Spital hinwiesen. Das Echo auf diese Inserate war recht vielversprechend. Zu Vertragsabschlüssen ist es nicht gekommen, weil die Interessenten eine Anstellung am Spital wollten.

Schwierige Praxisnachfolge

Als Ursache für das Fehlen von Praxisnachfolgern resp. für die ausbleibenden Praxisneugründungen finden sich zwei Gründe. Der eine ist, dass junge Fachärzte ein Angestelltenverhältnis an einem Spital der selbständigen Erwerbstätigkeit in der Privatpraxis vorziehen. Gründe für diese Haltung sind die «geregelte» Arbeitszeit am Spital oder der Wunsch, in einem Team eingebunden zu sein. Letzteres ist ein viel gehörtes Argument, da Ärzte die

ständige berufliche Herausforderung im Spitalalltag, das interdisziplinäre Arbeiten und die Ausbildungstätigkeit besonders schätzen. Der andere Grund für fehlende Praxisübernahmen oder Praxisgründungen hängt mit den finanziellen Risiken zusammen. Auch die seit einiger Zeit andauernden Diskussionen um Bewilligungen, Labortarife und Taxpunktwerte fördern die Attraktivität der freien Praxis nicht. Jeder Unternehmer – und Praxisinhaber sind das – ist darauf angewiesen, dass mindestens mittelfristig stabile Rahmenbedingungen bestehen, die ihn das Unternehmerrisiko abschätzen lassen.

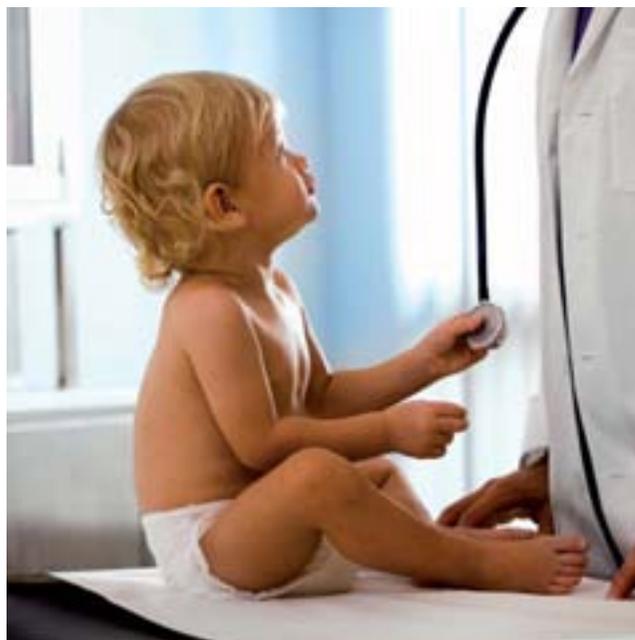
Spital als Risikokapitalgeber

Das Spital Thun sah sich nun mit der Problematik der Schaffung einer Spitalarztstelle oder der Einschränkung des Angebotes konfrontiert. Die strategische Ausrichtung des Spitals, lediglich Facharztstellen zu schaffen, wenn dafür die Spitalinfrastruktur notwendig ist, bzw. wenn der interne Patientenprozess unmittelbar

tangiert wird, lässt es nicht zu, eine Spitalkinderarztpraxis zu bewilligen. Deshalb hat man sich entschlossen, das Spital als «Risikokapitalgeber» gegenüber Interessenten auftreten zu lassen. Konkret: das Spital hat eine Praxis gekauft und wird diese nun einer Fachärztin weitervermieten. Ihr wird vertraglich die Möglichkeit eingeräumt, diese Praxis zu einem späteren Zeitpunkt käuflich zu erwerben. Unterstützt wird dieses Vorhaben durch die Praxisstandortgemeinde, die sich am «Risikokapital» beteiligt. Das Spital darf Privatpraxen selber nicht «subventionieren» – es kann lediglich Starthilfe ermöglichen. Dasselbe gilt übrigens auch für Facharztpraxen im Spital selbst.

Künftig vermehrte Kooperation zwischen Spitälern und Grundversorgern

Welche Schlussfolgerungen werden aus dieser Erfahrung gezogen? Möglicherweise werden die Spitäler in Zukunft vermehrt zu Kooperation, Förderung und Koordination im gesamten Gesundheitsnetzwerk beitragen müssen. Das Hauptgewicht ist dabei auf die Koordination zu legen. Es wäre verfehlt, die Spitäler Grundversorgungsaufgaben übernehmen zu lassen. Aber Spitäler können trotz angespannter gesundheitspolitischer und gesundheitsökonomischer Lage durch solche gezielte Massnahmen zur langfristigen Sicherung der Hausarztmedizin beitragen. Denn Veränderungen bieten auch Chancen. Diese gilt es zu nutzen, um die Zukunft der hausärztlichen Grundversorgung positiv zu beeinflussen.



*Nachwuchssorgen in der
Nachwuchsversorgung:
Zur Verminderung des
Kinderärztemangels in der
Region tritt das Spital
Thun selber als Risikokapi-
talgeber auf.*

Ausbildungssituation Medizinische Praxisassistentinnen

«Wir beraten und unterstützen auch Lehrbetriebe»

Medizinische Praxisassistentinnen (MPA) beanstanden überdurchschnittlich häufig ihre Ausbildungsbedingungen. Warum? Und: Was ist zu tun? Es diskutieren Sabine Tuschling, Ausbildungsberaterin vom Mittelschul- und Berufsbildungsamt und Dr. med. Renato Tognina, Delegierter der Ärztesgesellschaft für die Ausbildung der Medizinischen Praxisassistentinnen.



Sabine Tuschling, Ausbildungsberaterin, Mittelschul- und Berufsbildungsamt

Frau Tuschling: Sind Arztpraxen schlechte Lehrbetriebe?

Tuschling: Nein, die meisten Praxen sind gute Lehrbetriebe. Aber es gibt auch solche, bei denen Handlungsbedarf besteht. Tatsache ist, dass sich bei den MPA verhältnismässig mehr Lernende über ihre Ausbildungssituation beklagen als bei anderen Gesundheitsberufen.

Welches sind die häufigsten Klagen?

Tuschling: Ein Problemfeld ist die hohe Fluktuationsrate bei den ausgebildeten MPA, welche zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin für die Ausbildung der Lernenden zuständig sind. Es kommt oft vor, dass Lernende im Verlauf ihrer Ausbildung verschiedene Berufsbildnerinnen haben. Einen zweiten Problembereich bilden die Arbeitsbedingungen. Die Stichworte dazu:



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

Hektik, wenig Pausen, häufig Überzeit. Weiter führt das Verhalten des Arztes gegenüber den Lernenden zu Klagen – insbesondere die fehlende Gesprächskultur und der forschende Umgangston.

Herr Tognina, Sie bilden in ihrer Praxis zwei Lernende aus. Sind Ihnen solche Klagen bekannt?

Tognina: In meiner Funktion als kantonaler Delegierter habe ich bisher keine Klagen gehört.

Ist die Ausbildungssituation überhaupt ein Thema innerhalb Ihres Berufsverbands?

Tognina: Ehrlich gesagt: Es gibt Themen, die uns mehr beschäftigen. Auch von meinen Kolleginnen und Kollegen höre ich

wenig in dieser Beziehung. Aber vielleicht bin ich auf diesem Ohr zu wenig sensibilisiert.

Sprechen wir über einzelne Kritikpunkte: Welche Folgen hat der häufige Wechsel der Berufsbildnerinnen?

Tuschling: Zu viele Wechsel gefährden den Bildungsauftrag. Die Lernenden werden unsicher, weil ihnen der Stoff unterschiedlich vermittelt wird und sie oftmals die neue Mitarbeiterin einarbeiten müssen. Hinzu kommt, dass die ausgebildeten MPA oft jung sind und nicht über zwei Jahre Berufserfahrung verfügen, wie dies das Berufsbildungsgesetz vorschreibt.

Tognina: Ich stimme zu, dass es zu wenig MPA mit langjähriger Berufserfahrung gibt. Der Grund liegt auch in den fehlenden Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten. MPA, die sich weiterentwickeln wollen, müssen den Beruf wechseln. Ich möchte aber auf etwas Grundsätzliches hinweisen: Als Arzt bin ich Ausbilder in einem Beruf, den ich nicht selber erlernt habe, oder anders ausgedrückt: Ich trage zwar die Ausbildungsverantwortung für Lernende, kann sie aber selber nicht ausbilden. Um auszubilden, bin ich auf eine ausgebildete MPA angewiesen. Das ist eine spezielle Situation, die es in anderen Branchen nicht gibt. In dieser Struktur dürften die Ursachen für einen Teil der Klagen liegen.

Zu den Arbeitsbedingungen: Lassen sich unregelmässige Arbeitszeiten und Überstunden für die Lernenden nicht vermeiden? Fehlt es am Bewusstsein, dass Lernende keine gewöhnlichen Arbeitskräfte sind?

Tognina: Sagen wir es so: Ein Arzt weiss nicht, was «normale» Arbeitszeiten sind. 60 bis 70 Arbeitsstunden pro Woche sind für ihn normal. Hinzu kommt, dass eine Arztpraxis kein normaler Betrieb ist. Wir müssen flexibel sein und haben nicht immer feste Arbeitszeiten. Für 16- oder 17-jährige Jugendliche gibt das zuweilen lange Arbeitstage. Aber klar: Wir dürfen die Lernenden nicht überfordern. Hier besteht Informationsbedarf.

Tuschling: Viele Betriebe sind sich nicht bewusst, dass Jugendliche bis zum 18. Altersjahr einem speziellen arbeitsgesetzlichen Schutz unterstehen. Stimmt aber das Betriebsklima, sind die meisten Lernenden bereit, Überdurchschnittliches zu leisten.

Ausbildungsberatung Mittelschul- und Berufsbildungsamt

Sabine Tuschling, 031 633 87 30, sabine.tuschling@erz.be.ch

QualiCarte

Mit der QualiCarte steht den Lehrbetrieben ein einfaches, praxisorientiertes Hilfsmittel für die Qualitätsentwicklung in der betrieblichen Bildung zur Verfügung. Im Sinne einer Checkliste sind 28 Qualitätsanforderungen aufgelistet, welche die wichtigsten Schritte der gesamten betrieblichen Bildung beschreiben. Die QualiCarte kann auch zur Selbsteinschätzung eingesetzt werden. www.qualicarte.ch

Viele Lernende beklagen auch den Umgangston und die fehlende Gesprächskultur der Ärztinnen und Ärzte. Was sagen Sie dazu?

Tognina: Kommunikation war für die Ärzte der älteren Generation kein Studienfach. Das wirkt sich manchmal auf allen Ebenen aus – gegenüber Patienten, Angestellten und Lernenden. Zum Glück hat die Kommunikation im heutigen Medizinstudium



Tuschling: «Als neutrale Stelle übernehmen wir bei Schwierigkeiten eine Vermittlungsrolle.»

einen höheren Stellenwert. Hinzu kommt: Arztpraxen sind meist Kleinbetriebe. Da spielen die persönlichen Eigenheiten eine weitaus wichtigere Rolle als in einem Grossbetrieb.

Tuschling: Der Umgangston ist eher in Praxen «alter Schule» ein Problem, das ist auch meine Erfahrung. Sie sind sich nicht bewusst, was ein grober Umgangston bei jungen Menschen auslösen kann. Es gibt selbstverständlich auch Jugendliche, die keinen einfachen Umgangston haben. Eine grundsätzliche Schwierigkeit sehe ich in der Schere zwischen Arzt und Lernenden. Letztere getrauen sich häufig nicht, ihr Unbehagen anzusprechen, weil sie zuviel Respekt vor dem Arzt haben.

Unmotivierte Lernende oder Lehrvertragsauflösungen liegen nicht im Interesse der Ausbildungsbetriebe. Was ist zu tun?

Tognina: Ich kenne Ärzte, die schlaflose Nächte haben, weil sie nicht wissen, wie sie sich in einer schwierigen Situation verhalten sollen. Es sollte eine Anlaufstelle geben, an die sie sich wenden können.

Tuschling: Genau dafür sind wir da. Wir beraten und unterstützen nicht nur Lernende, sondern auch Lehrbetriebe. Nur wissen das viele Ärzte nicht.

Haben Sie es versäumt, auf Ihr Angebot hinzuweisen?

Tuschling: Ich stelle unsere Dienstleistungen an den Informationsveranstaltungen der Berufsfachschulen vor, allerdings nehmen daran zu 90 Prozent MPA teil. Über die rechtlichen Grundlagen informiere ich an den Berufsbildnerinnenkurse. Aber sicher könnten wir in Sachen Information mehr tun.

Welche Unterstützung kann das Mittelschul- und Berufsbildungsamt anbieten?

Tuschling: Als neutrale Stelle übernehmen wir bei Schwierigkeiten eine Vermittlungsrolle. Wir analysieren mit den Betroffenen das Problem und helfen, eine gute Lösung zu finden. Ist keine Einigung möglich, begleiten wir die Auflösung des Lehrverhältnisses und unterstützen bei der Suche nach einer Anschlusslösung. Um die Qualität der betrieblichen Bildung zu beurteilen, steht uns die QualiCarte zur Verfügung, welche wir bei Betriebsbesuchen einsetzen können.

Tognina: Coaching und Beratung in heiklen Situationen finde ich hilfreich. Dagegen könnten Qualitätsmessungsinstrumente einen Abwehrreflex auslösen. Wir müssen bereits zahlreiche Qualitätsmessungen durchführen, die viel administrativen Aufwand verursachen.

Tognina: «Coaching und Beratung in heiklen Situationen finde ich hilfreich.»

Tuschling: Der Aufwand für eine Selbsteinschätzung mit der QualiCarte ist vertretbar. Wir machen in allen Branchen sehr gute Erfahrungen mit diesem Instrument.

Was unternimmt die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, um den angesprochenen Problemen zu begegnen?

Tognina: Wir unterstützen die Aktivitäten des Mittelschul- und Berufsbildungsamts. Ich hoffe, dieser Beitrag in doc.be sensibilisiert für die Probleme.

O-Ton Lernende

«Wenn ich einen Fehler mache, reagiert mein Chef ruppig und nörgelt dauernd. Ich wage dann gar nicht mehr zu fragen, wenn ich etwas nicht verstehe.»

«Wir hatten wieder einen Wechsel der MPA. Jetzt muss ich die ganze Einführung übernehmen und ihr zeigen, wie es läuft.»

«Oftmals muss ich auf meine Pause verzichten, da wir so viel zu tun haben. Abends bleibe ich meist länger, da ich alles aufräumen und auffüllen muss.»



Sicher, verschlüsselt und datenschutzkonform elektronisch kommunizieren mit HIN



*Dr. med. Christoph Hug,
Delegierter Ärztesgesellschaft für
den elektronischen Datenaustausch,
Facharzt FMH für innere Medizin*

Fast alle doc.be Leser haben eine HIN-E-Mail Adresse. Damit ist die sichere und verschlüsselte Kommunikation zwischen den HIN-Kunden und mit einigen Spitälern einfach und vor allem auch datenschutzkonform möglich. Leider wird diese Möglichkeit des Datenaustausches nach wie vor zu wenig und wenn, dann oft nicht korrekt, angewendet. Hier noch einmal (s. auch doc.be Nr. 5-2006) eine Anleitung, wie der ASAS-Client korrekt eingestellt werden muss, damit die E-Mails auch verschlüsselt werden:

Im ASAS-Client muss die Option «S/MIME» aktiviert werden – das geht so:

- Doppelklick auf schwarzes Dreieck unten rechts am Bildschirm (in Abb. 1 erscheint: «Eigenschaften von ASAS Client V3»)

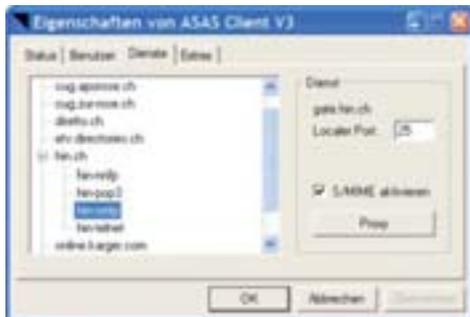


Abb. 1

- oder (Abb. 2): unter Start – alle Programme in der Gruppe «ASAS-Client V3» das Programm «ASAS Client Properties» starten (in Abb. 1 erscheint: «Eigenschaften von ASAS Client V3»)

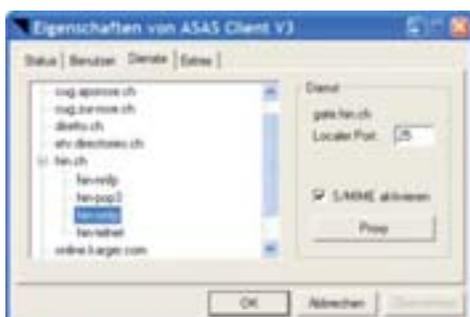


Abb. 2

- Klicken Sie auf das Register «Dienste»
- Klicken Sie auf das Pluszeichen neben «hin.ch»
- Klicken Sie auf «hin-smtp»
- Setzen Sie einen Haken in das Feld «S/MIME aktivieren»
- «OK» anklicken – fertig!

Ab jetzt werden Sie von Ihrem ASAS-Client bei jedem Versand eines E-Mails gefragt, ob Sie dieses normal (Auswahl «Sicherheitsverfahren ASAS V2») versenden oder mit der E2E-Option (End-to-End-Option) verschlüsseln wollen. Wählen Sie für sichere E-Mails mit Patientendaten immer die Option «Sicherheitsverfahren E2E-Verschlüsselung». Diese Funktion funktioniert nur mit ??@sec.xy.ch- und den ??@hin.ch-Adressen, nicht aber mit anderen Adressen (z.B. ??@bluewin.ch)! Für Adressen an andere Provider (z.B. @bluewin.ch, @hotmail.com etc. müssen Sie die Auswahl «Sicherheitsverfahren ASAS V2; wählen)!

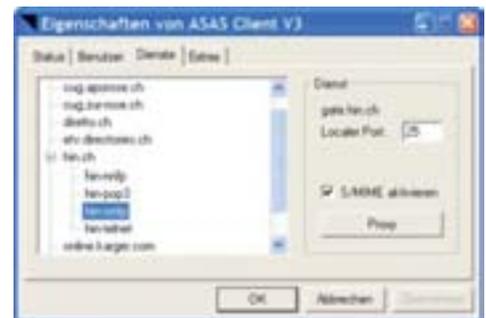


Abb. 3

Wenn Sie ein korrekt verschlüsseltes HIN-E-Mail erhalten haben, wird in einem kleinen Anhang die Bestätigung mitgeliefert, dass das Mail verschlüsselt übermittelt worden ist (Abb. 4). Wurde das Mail nicht verschlüsselt, wird ebenfalls eine entsprechende Mitteilung mitgeliefert («ASAS E2E not checked.log»).

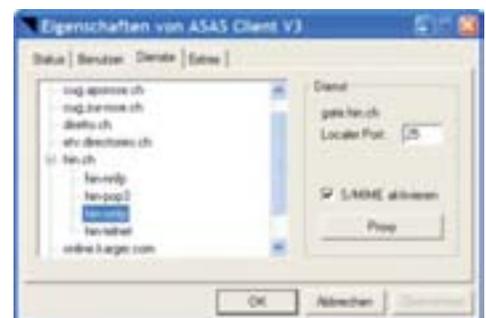


Abb. 4

Mit folgenden Spitälern im Kanton Bern kann über HIN verschlüsselt kommuniziert werden:

- Inselspital > xy@sec.insel.ch
- Spital Thun-Simmmental STS AG > xy@sec.stsag.ch
- Spital Frutigen-Meiringen-Interlaken fmi AG > xy@sec.spitalfmi.ch
- Privat-Klinik Meiringen > xy@sec.pm-klinik.ch
- weitere Adressen finden Sie auf www.hin.ch unter der Rubrik «HIN-Teilnehmer-Verzeichnis»

Schulung zum revidierten Analysetarif

Zum angekündigten neuen Tarif für Laboranalysen in der ärztlichen Praxis führt die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern und die Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn mit Unterstützung der Ärztekasse eine Schulung durch.

Zeit: 2. Juli 2009, 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr.
Ort: Hörsaal Medizin, Sahli-Haus 1, EG 37, Inselspital

Im Anschluss ist ein Apéro vorgesehen.

Weitere Informationen

erhalten Sie beim Sekretariat der BEKAG unter Tel. 031 330 90 00, oder per E-Mail an info@bekag.ch

«high noon» im Gesundheitswesen – und wer überlebt?

An der von der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern durchgeführten Veranstaltung referieren verschiedene Gesundheitsfachleute über brandaktuelle gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Themen. Im Fokus: die künftige Ausgestaltung unseres Gesundheitswesens

Zeit: 29. Oktober 2009, 14.00 Uhr bis 18.00 Uhr,

mit anschliessendem Apéro.

Ort: Aula Die Mobiliar Versicherungen, Hauptsitz Bern, Bundesgasse 35

Weitere Informationen

über das Sekretariat der Ärztesgesellschaft, Tel. 031330 90 00 oder per E-Mail: info@bekag.ch

Bestellung «Politik+Patient»

Dieser Ausgabe von doc.be liegt die neueste Ausgabe der gesundheitspolitischen Zeitschrift «Politik+Patient» bei. Sie bringt die Sicht der Leistungserbringer in die öffentliche Debatte ein.

Ihre politische Wirkung ist um so grösser, je mehr Leserinnen und Leser die Ärzteschaft erreicht.

Bestellung

Ja, ich bestelle kostenlos weitere Exemplare von «Politik+Patient»

20 50 100

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Stempel/Datum/Unterschrift: _____

Bitte Talon ausfüllen und per Fax oder Post schicken an:

Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

Fax: 031 310 20 82

