



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Nr. 4 / August 2010
www.berner-aerzte.ch

Themen dieser Ausgabe:

Mitteilung des Sekretärs 2

Präsidiale Zielsetzungen:
PIN 1 - 2 - 4 - 6 - 3 - 5 3

Die neue BEKAG-Website 4

Win-win-Situationen pro-
vozieren oder alle Hoffnung
fahren lassen? 5

Die Bewältigung der
pandemischen Grippe (H1N1)
im Kanton Bern 7

Multiresistenz-Probleme
im ambulanten Bereich
des Kantons Bern 11

Von Holländischen Huis-
artsenpost zu
schweizer Notfallpraxen 13

Leserbriefe 15



Gedanken zum Kurzzeitgedächtnis

Nicht nur im EU-Raum, auch in der Schweiz scheinen harte Zeiten angebrochen zu sein. Druck und Geschwindigkeit nehmen zu. Die Spielräume werden enger. Hochs und Tiefs wechseln sich in immer kürzeren Abständen ab. Erfolg ist von kurzer Dauer oder zieht Neid und Missgunst nach sich. Wir beschäftigen uns nur noch mit dem Verhalten anderer. Ist alles mit rechten Dingen zugegangen oder kann ein Boni-Vergehen, ein Steuerdelikt oder gar ein Korruptionstatbestand angerufen werden?

Bewegen wir uns also nur noch in einem sich seitwärts bewegenden Tradingmarkt mit Auf und Abs bei vermeintlich gleichbleibendem Taxpunktwert, ohne zu wissen, wohin die Reise schlussendlich geht?

Hoffentlich nicht.

Vielleicht ist es aber notwendig, die immer kürzere Halbwertszeit unseres Gedächtnisses – woran nicht nur die Medienvertreter und Politiker erkrankt sind – vertieft anzugehen. Der Volksentscheid «gegen die Abschaffung der freien Arztwahl» vom 1. Juni 2008 ist heute bereits überholt. An die Stelle ärztlich abgelehnter Budgetverantwortung ist innert Kürze die Budgetmitverantwortung getreten. Die ärztliche Hauptaufgabe, sich für die Kranken und Alten einzusetzen (Hippokrates), soll mit einer Kostenkontrollpflicht ergänzt werden. Es gibt gute Gründe für und gegen ein solches System. Fragwürdig ist indessen, dass künftig abgestuft nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten zwei unterschiedliche Modelle mit und ohne Einschränkung der freien Arztwahl wählbar sein sollen.

Es wäre also besser, trotz unbestrittener Beschäftigung mit dem Alltagsk(r)ampf und mit der neuen Technik wie iPhone oder iPad (vermehrt) innezuhalten, um sich und andere zu zwingen, sich immer wieder die Grundwerte und die mittel- und langfristigen Ziele der (Gesundheits-)Politik in Erinnerung zu rufen. Dies dürfte dann auch wieder vermehrt neue Ideen und Innovationen fördern. Dies ist allemal besser, als nur noch nach vordergründig einfachen Lösungen zu suchen oder frustriert Alltagsprobleme zu verwalten.

Die Hoffnung stirbt zuletzt!

Thomas Eichenberger
Sekretär Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Mitteilungen des Sekretärs



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

I. Delegiertenversammlung vom 17. Juni 2010

1. «Reason for Encounter»-ABC/Mitgliederempfehlung des Kantonalvorstandes: Zuweisungsgründe neu systematisch erfassen!

Einstimmig angenommen

Begründung:

Die Delegierten haben den Kantonalvorstand bereits anlässlich der Delegiertenversammlung vom 18. März 2010 ermächtigt, ein Konzept zur Umsetzung einer Datensammlung zur Feststellung von Verschiebungen von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich auszuarbeiten. Die Notwendigkeit, die Zuweisungsgründe systematisch zu erfassen, steht im Zusammenhang mit der geplanten Einführung von DRG im stationären Bereich per 1. Januar 2012. Es besteht die Befürchtung, dass damit verbundene Verlagerungen in den ambulanten Bereich den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten zu Lasten des Taxpunktwertes als Mengenausweitung angelastet werden könnten. Werden die RFE-Daten jetzt erfasst, so können auf die Einführung von DRG zurückzuführende Verlagerungen in den ambulanten Bereich später besser verifiziert werden. Der sogenannte RFE-Code kann über eine entsprechende Standardmaske nach jeder Sitzung systematisch erfasst werden. Mit dieser Aufgabe kann auch die MPA betraut werden. Die meisten Software-Anbieter stellen im Rahmen des Praxisadministrationsprogramms in der Regel kostenlos ein RFE-Modul zur Verfügung, welches ohne grossen Aufwand angeschaltet werden kann. Die Mitglieder wurden zwischenzeitlich mittels Mitglieder-Rundschreiben vom 28. Juni 2010 über

alle Details in Kenntnis gesetzt. Es ist ausserordentlich wichtig, dass möglichst viele Mitglieder bei dieser Datensammlung mitmachen. An dieser Stelle sei noch einmal erwähnt, wie bei Schwierigkeiten oder Rückfragen vorgegangen werden sollte: Kontaktieren Sie Ihren Praxissoftwareanbieter, informieren Sie sich auf www.reasonforencounter.ch oder fragen Sie bei PonteNova nach, Tel. 031 951 88 60.

Das «Reason for Encounter» – ABC

A Arzt-Nutzen: Wieso sollten Sie mitmachen?

- Sie haben Daten, die Sie vor dem Vorwurf der Mengenausweitung schützen
- Als Grundversorger wird Ihnen klar, wie sich politische Entscheide (AL-Revision, DRG) und z.B. Überalterung Ihres Patientenstamms auf Sie auswirken
- Als Spezialist wissen Sie, wie viele Zuweisungen Sie haben

B Bedingungen: Was brauchen Sie dazu?

- Keine elektronische Krankengeschichte
- Keine ärztliche Mehrarbeit – die MPA kann es auch erfassen
- Kein Geld – dank dem Entgegenkommen der Praxissoftwareanbieter

C Codieren: Was müssen Sie tun?

1. Vergewissern Sie sich, ob für Ihr Praxisadministrationsprogramm das RFE-Modul verfügbar ist (www.reasonforencounter.ch). Wenn JA, zu Punkt 2, wenn NEIN, führen Sie ein Update durch
2. Aktivieren Sie das RFE-Modul gemäss Anweisung Ihres Programm- beziehungsweise Ihres Praxissoftwareanbieters. Weitere Informationen Ihr Praxisadministrationsprogramm betreffend finden Sie auch unter www.reasonforencounter.ch
3. Geben Sie nach jeder Sitzung nur die Codes (nicht die Bezeichnung) ein
4. Versenden Sie die elektronischen Rechnungskopien wie gewohnt an PonteNova

2. Wahl eines neuen Mitglieds des Kantonalvorstandes

Frau Dr. Esther Hilfiker, Radiologin FMH, wird auf Antrag des Vertreters des Ärzte-Bezirksvereins Bern Regio

einstimmig

in den Kantonalvorstand gewählt. Sie ersetzt Dr. Rainer Felber, welcher seit dem

1. April 2010 die Funktion des Vizepräsidenten ausübt.

II. Information zum TARMED-Taxpunktwert 2011 / Empfehlung Lenkungsbüro LeiKoV

Die Verhandlungsdelegation KKA/santésuisse, welche sich dieses Jahr erst mit Verspätung einigen konnte, hat zu Recht keine Steuerungsempfehlungen für eine Auf- oder Abwertung des Taxpunktwertes im Kanton Bern abgegeben. Damit bleibt der Taxpunktwert im Kanton Bern ab 1. Januar 2011 auf dem Niveau von 2010, d.h. der TARMED-Taxpunktwert beträgt bis auf weiteres unverändert 86 Rappen. Der Ausschuss des Kantonalvorstandes sieht keinen Handlungsbedarf. Das Vertragsverhältnis (kantonaler Anschlussvertrag zum TARMED) läuft ungekündigt weiter.

III. Beraterverträge im Zusammenhang mit dem Einkauf von Produkten oder Leistungen

Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass Beraterverträge heikel sein können. Werden in diesem Zusammenhang geldwerte Vorteile gewährt, so kann entweder ein Verstoß gegen den Korruptionstatbestand des Art. 33 HMG (Heilmittelgesetz) und/oder eine Umgehung des Art. 56 Abs. 3 KVG (Krankenversicherungsgesetz) vorliegen, wenn solche Vergünstigungen nicht weitergegeben werden. Das Thema ist reichlich komplex und kann deshalb an dieser Stelle nicht erschöpfend abgehandelt werden. Wir empfehlen unseren Mitgliedern aber, die folgenden Grundsätze zu beachten:

1. Fordern Sie nicht von sich aus Labors, Arzneimittel- oder Medizinproduktehersteller oder Grossisten auf, Ihnen solche Verträge anzubieten, denn damit könnte bereits ein Straftatbestand erfüllt sein;
2. Legen Sie allfällige Verträge dem Rechtsdienst der BEKAG vorgängig zur Prüfung vor;
3. Berücksichtigen Sie vor allem, dass die von Ihnen erbrachte (Gegen)Leistung adäquat sein muss und vor allem nicht rein fiktiv sein darf (Faustregel).

Präsidiale Zielsetzungen: PIN 1 – 2 – 4 – 6 – 3 – 5

Im Editorial von doc.be 2/2010 habe ich die Zielsetzungen meiner Präsidentschaft in Form meines PIN-CODES aufgelistet. Was verbirgt sich hinter den Zahlen und Schlagworten? Das will ich hier in regelmässigen Abständen entschlüsseln. Diesmal: Kommunikation, integrierte Versorgung und Frauenförderung.



*Beat Gafner,
Präsident der
Ärztegesellschaft
des
Kantons Bern*

Mein PIN-CODE lautet 1 – 2 – 4 – 6 – 3 – 5. Daraus habe ich die Ziele meiner Präsidentschaft abgeleitet: «1 Motto, 2 Arten von Interessen, 4 Prinzipien, 6 Ziele, 3 Aktionsfelder und 5 Wege zur Umsetzung». Von meinen 6 Zielen – Raubbau stoppen, Solidarität erhalten, Frauenförderung im Verein und Verband, Verträgliche integrierte Versorgung, gesicherte medizinische Betreuung in Alltag und Notfall, verbesserte Kommunikation – will ich heute folgende hervorheben: **Kommunikation, Integrierte Versorgung und Frauenförderung.**

Vertikale Schiene stärker befahren

Unter guter Kommunikation verstehe ich das offene Kommunizieren nach aussen wie nach innen. Damit meine ich insbesondere die Kommunikation zur Basis und vice versa. Was ich in der internen Kommunikation etwas vermisse, ist das genügende Informieren der Basis unserer Praktizierenden: Wir befahren die vertikale Schiene von der Delegiertenversammlung über den Bezirksverein bis hin zum Einzelmitglied zu wenig stark. Gleiches gilt natürlich auch für die Retourstrecke. Hier würde ich einen verstärkten Einzug parlamentarischer Gepflogenheiten mit schriftlichen Anfragen, Anregungen und Anträgen an den BEKAG-Vorstand und die Delegiertenversammlung sehr begrüssen. Zudem will ich mich dafür einsetzen, dass die Meinungen aus den Notfalldienstkreisen und Bezirksvereinen an der Verbandsspitze stärker Gehör finden.

Gegen aussen gilt es, die Präsenz der BEKAG an Praxisvermittlungs-Veranstaltungen oder bei Institutionen wie dem Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) zu erhöhen. Weiter müssen wir die Kontakte zum Nachwuchs wie dem Verein Junger Hausärztinnen und -ärzte Schweiz (JHaS) intensivieren. Kommunizieren heisst interagieren, mit Verbündeten und Widersachern gleichermassen. Und dies will gelernt sein: Deshalb absolviert der BEKAG-Ausschuss im November 2010 ein ganztägiges Medientraining. Im Jubiläumsjahr 2009 haben wir die Website der Ärztesellschaft grafisch überarbeitet. Wollen wir den Informationsfluss zwischen Basis und Verbandsspitze verbessern, gilt es nun, auch die digitale Kommunikation auszubauen. Der Vorstand hat deshalb einer technischen Anpassung der Website zugestimmt: Dank neuester Computertechnik können unsere Stabsstellen nicht nur wichtige Informationen schnell und einfach aufschalten, sondern unseren Mitgliedern auch interaktive Nutzungsmöglichkeiten anbieten.

Hohe Wellen

Die Wellen schlagen hoch beim Thema Managed Care und integrierte Versorgungsmodelle. Managed Care ist nun definitiv nicht nur ein Füller des medialen Sommerlochs. Die Berner Ärzteschaft tritt in dieser Frage gespalten auf – ganz besonders in der Frage der Budgetmitverantwortung. Ich bin überzeugt, dass es nicht so schnell zu einer übergreifenden Einigung unter den Parlamentariern kommt. Weitere parteipolitische Schachzüge werden für Bewegung auf dem Spielfeld sorgen. Der Vorstand BEKAG wird im August eine Klausurtagung zu diesem Thema abhalten. Ich halte die Eckwerte, die in der Konferenz der Kantonalen Ärztesellschaften (KKA) unter Berner Mitwirkung erarbeitet wurden als valable Diskussionsgrundlage. Diese gehen viel vertiefter auf grundlegende Fragen ein als die parlamentarische Diskussion. Das interessante Grundlagenpapier betont übrigens die Freiwilligkeit einer Budgetmitverantwor-

tung durch ein Netzwerk. Und jeder Netzwerkarzt, ungeachtet ob Grundversorger oder Facharzt, kann unter diesen Eckwerten erste Anlaufstelle für Patienten sein.

Frauenförderung!

Gemessen am effektiven Anteil der praktizierenden Ärztinnen sind Frauen in unseren Gremien und Vorständen untervertreten und unterrepräsentiert. Frauenförderung mittels Frauenquoten? Nur wenige glauben, dass Kolleginnen dank Frauenquoten vermehrt Kaderpositionen besetzen werden. Es herrscht Handlungsbedarf. Verstärkt will ich mich diesem verbesserungswürdigen Zustand widmen und nach Lösungen suchen. Resultate auswärtiger Studien verwandter Berufe werden im Herbst 2010 erscheinen und uns mögliche Wege aufzeigen. Und bitte, liebe Kolleginnen, lasst uns Männer in dieser unserer Bastion nicht immer alleine!

Impressum

doc.be, Organ der Ärztesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesellschaft des Kantons Bern,
Bolligenstrasse 52, 3006 Bern / erscheint 6 x jährlich
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der
Ärztesellschaft des Kantons Bern
Redaktion: Marco Tackenberg und Markus Gubler,
Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19,
3000 Bern 8, Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82;
E-Mail: tackenberg@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch
Inserate: Frau 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 2010

Vorankündigung

Die neue BEKAG-Website: Digitale Informationsplattform mit Mehrwert

Online-Kommunikation entwickelt sich rasend schnell. Bestehende Angebote müssen laufend angepasst werden – so auch die BEKAG-Website. Anfang Juni beschloss der Vorstand, den Online-Auftritt der BEKAG technisch aufzurüsten. Ein Schritt mit vielen Vorteilen. Die Website wird informativer, aktueller und vor allem zweisprachig sein. Eine digitale Informationsplattform – mit echtem Mehrwert für die Mitglieder. Weil die Stabsstellen darüber hinaus Informationen und Inhalte selber verwalten und aktualisieren können, fallen weniger externe Kosten an.

Ab Mitte September 2010 soll die technisch überarbeitete Website aufgeschaltet sein. Eine neue Einstiegsseite wird die Besucher begrüßen. Ihr Kernstück sind die sechs verschiedenen Newsfelder, die eine flexible Informationsaufbereitung ermöglichen. Künftig können doc.be-Beiträge mit Aktualitäten und Stellungnahmen des Vorstands, Medienmitteilungen und weiteren Nachrichten kombiniert und gezielt beworben werden. Permanent erscheinen wird auf der Startseite eine Agenda, die aktuelle Fachtagungen, Seminare und Vorstandssitzungen auflistet. Und das ist noch längst nicht alles...

Personalisierte Praxis-Website

Interessierte BEKAG-Mitglieder haben neu die Möglichkeit, eine eigene Praxis-Website zu unterhalten. So einfach haben Sie für Ihre Praxis noch nie geworben! Einfach Online-Fomular mit den gewünschten persönlichen Angaben ausfüllen, Bilder hochladen, fertig! Achtung: Jene Mitglieder, die ihre persönlichen Praxisdaten bereits auf der bisherigen Website registriert haben, erhalten automatisch eine neue Praxis-Website. Und für alle registrierten Nutzer gilt: Sämtliche Angaben lassen sich jederzeit individuell aktualisieren.

In welche Richtung sich die Online-Kommunikation auch entwickelt, dank der technischen Überarbeitung ist die BEKAG-Website für neuerliche Innovationsschübe gerüstet: Weitere Zusatzangebote wie elektronische Newsletter für Mitglieder oder Online-Werbung für Kunden lassen sich einfach und rasch in die Website integrieren.

Haben Sie Fragen? Oder interessieren Sie sich für die neuen Web-Angebote?

Dann melden Sie sich entweder beim Sekretariat BEKAG (E-Mail: info@bekag.ch oder Tel. 031 330 90 00) oder beim Presse- und Informationsdienst (E-Mail: gubler@forumpr.ch oder Tel. 031 310 22 99). Wir helfen Ihnen gerne weiter.



Ab Mitte September 2010 begrüsst die neue Einstiegsseite die Besucher. Ihr Kernstück sind sechs verschiedenen Newsfelder.

Win-win-Situationen provozieren oder alle Hoffnung fahren lassen?

Der Wiedereinstieg in den Arztberuf gestaltet sich für die Betroffenen schwierig. Viele haben Bedenken. Ein neues Modell soll Ärztinnen und Ärzte zum beruflichen Wiedereinstieg motivieren. Im Grossen Rat wurde in diesem Frühjahr ein entsprechendes Postulat einstimmig überwiesen.



Dr. med.
Thomas
Heuberger,
Vorstandsmitglied
BEKAG,
Grossrat Grüne
Kanton Bern

Eine junge, hoffnungsvolle Akademikerin schliesst ihr Studium ab: Staatsexamen bestanden, Praktika absolviert; sie beginnt ihr Berufsleben voller Optimismus, Enthusiasmus und tritt ihre erste Stelle als Assistenzärztin an. Der Berufsweg ist geplant, das Ziel als Praxisärztin definiert, Zukunft gesichert, Aussichten voller Hoffnung und Erwartung.

Nach drei Jahren kommt eine Zäsur, obwohl die Ausbildung zur Fachärztin nicht abgeschlossen ist. Heirat, Familienplanung, Babypause für ein, zwei Jahre, dann Wiedereinstieg. Doch aus vielen Gründen verzögert sich das, die Familienpause wird länger und länger, dauert acht bis zehn Jahre zu Gunsten der Kinder, der Familie, vielleicht gar der Karriere des Ehemannes. Und dann, nach zehn Jahren, ist dann Schluss? Ist der Zug abgefahren? Die Wissenslücke zu gross? Bedenken stellen sich ein: Kann ich das noch? Wo sind die Fussangeln? Die Barrieren? Wie viel wiegt die fehlende Erfahrung? Wo steht die Medizin heute? Wie sind die materiellen, organisatorischen, administrativen Randbedingungen einer Praxisarbeit?

Resignation macht sich breit. Der Mut fehlt, die Motivation stellt sich nicht ein – die Angst vor dem Unbekannten; die Angst des Torhüters vor dem Elfmeter! Wissen und Erfahrung gingen verloren, moderne Methoden und Arbeitsweisen sind ungewohnt und das Umfeld oft angsteinflößend, die Zukunft zu ungewiss.

Die Misere verstärkt sich noch

Auf der anderen Seite: Uns fehlen Ärztinnen, Ärzte, Praxisnachfolgerinnen, Grundversorger, das System ist gefährdet und viel guter Wille, viel Hoffnung, viel mögliche Motivation liegt brach. Die Situation der anderen Seite ist schon lange bekannt, in der Presse breitgeschlagen, und sogar von vielen Politikern realisiert: Immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte sind bereit, eine Grundversorgerpraxis zu führen. Die Gründe hierfür sind oft genug aufgelistet, diskutiert, polemisch betrachtet und analysiert worden: Die Demographie, die Berufsbelastung, der Notfalldienst, die Fehler im Tarif, die mangelnde Achtung für



Wie bewegen wir Ärztinnen und Ärzte dazu, wieder in den Beruf einzusteigen? Der Kanton muss sich nun Gedanken machen.

Foto: iStockphoto

diesen Beruf in der Bevölkerung, in der Presse und bei Ärztinnen und Ärzten.

Lösungsansätze wurden diskutiert, zeigen zaghafte Wirkung, lösen das Problem aber nicht rasch genug: Praxisassistenten, Tarifforderungen, neue Notfalldienstregelungen, neue Praxismodelle, Umdenken im Medizinstudium mit besserer Ausrichtung auf die Grundversorgermedizin usw. All diese Schritte und Massnahmen wirken erst mit Verzögerung, die Misere aber geht weiter und verstärkt sich noch: Praxen finden keine Nachfolger, der Notfalldienst kann nur noch mit Schwierigkeiten sichergestellt werden, die Demotivation der verbleibenden Ärzte nimmt zu, viele hören vorzeitig auf, mit Folgen! Auch der Kanton steckt in der Zwickmühle: Die letzte Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung liegt bei ihm, insbesondere für die Notfallversorgung – die er aber nicht selber leisten kann.

Modell für den beruflichen Wiedereinstieg

Neue Ideen, rasche Abhilfe sind gefragt: Im Grossen Rat wurde in diesem Frühjahr mein Postulat einstimmig überwiesen, das den Kanton beauftragt, Mittel und Wege zu finden, wie Ärztinnen und Ärzte motiviert werden können, einen Wiedereinstieg in den Beruf ins Auge zu fassen. Der Vorstoss soll den Weg bahnen, ein Projekt gemeinsam mit dem Institut für Hausarztmedizin aufzugleisen, um Abhilfe schaffen: Ein Ausbildungs-, Erfahrungs- und Motivationsmodell für Personen, die in den Beruf wieder einsteigen möchten und bereit wären, später vielleicht sogar in der Grundversorgung zu arbeiten. Inhalt eines solchen Modells: Das Wissen über die moderne Medizin und die praktische Erfahrung, ein Kennenlernen der heutigen Grundversorgung und ein Motivieren zur Vielseitigkeit dieses Berufs soll Kenntnis vermitteln, Hemmungen abbauen, Techniken erlernen lassen und Selbstvertrauen fördern als Voraussetzung für einen Wiedereinstieg. Die Analogie zum Modell der Praxisassistenten ist sichtbar.

Win-win

Voraussetzung ist, dass wir genügend Personen finden, die sich auf ein solches Abenteuer einlassen wollen, einen Neubeginn zu wagen, ins kalte Wasser zu springen: Für Schwimmhilfen, sprich organisatorische, administrative, allenfalls auch

finanzielle Unterstützung, ist viel Arbeit zu leisten, aber dies ist kein Hinderungsgrund. Vorerst aber müssen wir Kandidatinnen und Kandidaten kennenlernen, das Bedürfnis evaluieren und das Modell gemeinsam mit dem Kanton evaluieren.

Für die eingangs erwähnte Person besteht so vielleicht die Chance zum Wiedereinstieg nach entsprechender Vorbereitung, z.B. in Teilzeitarbeit in einer Grundversorgerpraxis mit der Übernahme einer Grundversorgerpraxis zu zweit oder zu dritt oder mit einem entsprechenden Berufsweg auf anderem Gebiet.

Win-win also für Mutige, für den Kanton, für die Ärzteschaft als Ganzes, die Notfalldienstorganisation, auch für die einzelnen Praxisärzte, die wieder Chancen sehen, ihre Praxis mit gutem Gewissen übergeben zu können.

Wir suchen möglichst viele potenzielle Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteiger, um die ersten wichtigen Planungsschritte angehen und das Modell ausarbeiten zu können.

Wir warten auf Euch, wir warten auf Euer Echo!

**Berner Kantorei
Zürcher Kantorei
zu Predigern**
www.kantorei.ch

**MEDIZINER
-ORCHESTER BERN**
www.kantorei.ch

5.9.2010 18.30h
Predigerkirche Zürich

7.9.2010 19.30h
Berliner Münster, 14. Abendmusik

1. Mendelssohn-Bartholdy
Konzert für Violine und Orchester op. 61

2. Schumann
Konzert für Klavier op. 108

3. Schumann
Konzert für Klavier op. 105

4. Mendelssohn-Bartholdy
Konzert für Violine op. 64

5. Mendelssohn-Bartholdy
Konzert für Klavier op. 48

6. Mendelssohn-Bartholdy
Konzert für Klavier op. 48

7. Mendelssohn-Bartholdy
Konzert für Klavier op. 48

KANTOREI

Ein Fels in der Brandung

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

Die Ärztekasse ist und bleibt eine standeseigene Genossenschaft.
Die Ärztekasse macht seit 1964 eine auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Mitglieder angepasste Arbeit rund um das Büro in der Praxis. Sie offeriert zum Beispiel verschiedene Möglichkeiten zur Leistungserfassung und -abrechnung. Klar und transparent, das ist typisch Ärztekasse.

Adrian macht das schon.

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

medics labor
professionell und persönlich

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

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44

Die Bewältigung der pandemischen Grippe (H1N1) 2009 im Kanton Bern

Wie bewältigten die zuständigen Stellen des Kantons Bern die Krisensituation der pandemischen Grippe (H1N1)? Was lief gut? Wo sind Verbesserungen nötig? Um diese Fragen zu klären, veranstaltete die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) zusammen mit den Partnern des öffentlichen Gesundheitswesens Ende April 2010 ein Debriefing. Doc.be publiziert die offizielle Stellungnahme.

Text: Thomas Schochat, Kantonsarzt und Samuel Steiner, Kantonsapotheker



Dr. Thomas Schochat, Kantonsarzt (links) und Dr. Samuel Steiner, Kantonsapotheker

Einleitung

Am 29. April 2010 veranstaltete die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) mit den Partnern des öffentlichen Gesundheitswesens ein Debriefing betreffend der Bewältigung der pandemischen Grippe (H1N1) 2009 im Kanton Bern. Beteiligt haben sich über 30 Personen aus den fünf Arbeitsgruppen des Pandemieplans des Kts. Bern, Vertreter der Ärztesgesellschaft, der Erziehungsdirektion und der Grossisten. Ziel der Veranstaltung war das Sammeln von Informationen im Zuständigkeitsbereich des Kantons aus der Sicht der Beteiligten, um die Vorbereitung auf kommende Krisen zu optimieren. Als zentrales Element wurden beim Debriefing drei Workshops zu den Themen «Fallmanagement und ambulante Versorgung», «Kommunikation» und «Impfkampagne» durchgeführt. Im Folgenden wollen wir anhand dieser drei Themengebiete Rahmenbedingungen und die Bewältigung der Pandemie sowie das Ergebnis des Debriefings aufzeigen.

Fallmanagement und ambulante Versorgung

Rahmenbedingungen

Am 26. April 2009 hatte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erstmals die Ärztinnen

und Ärzte über Influenza beim Menschen mit einem neuen Influenza A/H1N1-Stamm («Schweinegrippe») informiert. Am 1. Mai 2009 veröffentlichte das BAG Empfehlungen zur Betreuung einer Person mit Verdacht auf Erkrankung mit dem neuen Virus und folgte zunächst der Strategie „Stoppen der Epidemie“ mit Isolation der Verdachtsfälle und Quarantäne der Kontaktpersonen. Aufgrund der epidemiologischen Situation verfolgte das BAG ab dem 13. Juli 2009 die Strategie «Schutz von Risikopersonen, Eingrenzung lokaler Ausbrüche, Reduktion der Morbidität und der Mortalität». Am 14. August 2009 wurden Empfehlungen zum Fallmanagement in Kollektiven (Schulen, Krippen, Ferienlager usw.) und Empfehlungen zu Abklärungen bei gruppierten Fällen und Ausbrüchen vom BAG publik gemacht.

Im Kanton Bern hält der «Pandemieplan öffentliches Gesundheitswesen» (Stand April 2008) das Vorgehen fest: solange die Strategie «Stoppen der Epidemie» gilt, werden Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf einen neuen Influenza-Stamm ins Inselehospital überwiesen. Der Kanton entscheidet, ab wann Patienten auch in peripheren Spitälern betreut werden.

Bewältigung

Somit wurde am 1. Mai 2009 den Spitälern und der Ärzteschaft das Vorgehen bei Verdacht auf den neuen Influenza A/H1N1-Stamm mitgeteilt: jeder Verdachtsfall ist aufgrund der Kriterien der jeweils gültigen Fall-Definition des BAG nach Rücksprache ins Inselehospital zwecks Abklärung, Diagnose und Behandlung sowie Kontaktmanagement zu überweisen. Aufgrund der steigenden Fallzahlen wurde entschieden, ab dem 31. Juli 2009 nicht mehr an der zentralen Zuweisung von Verdachtsfällen festzuhalten, sondern die Abklärung der Verdachtsfälle sowie das Fall- und Kontaktmanagement in den ärztlichen Praxen durchzuführen.

Am 5. August 2009 veröffentlichte der Erziehungsdirektor Informationen und Emp-

fehlungen, dass Schulen und Kindergärten wegen der pandemischen Grippe nur in Ausnahmefällen geschlossen werden sollten. Ab dem 13. November 2009 wurde auf die Schulschliessungen aus epidemiologischen Gründen grundsätzlich verzichtet.

Kommunikation und Information

Rahmenbedingungen

Für die Kommunikation/Information in Sachen Pandemie ist der «Influenza-Pandemieplan Schweiz» des Bundes massgebend. Die Federführung der Kommunikation und der Information vor und während einer Pandemie liegt beim Bund. Gemäss dem «Pandemieplan öffentliches Gesundheitswesen Kanton Bern» richtet der Kanton Bern den Inhalt, die Terminologie und die Tonalität seiner Kommunikation und Information grundsätzlich nach der Kommunikation des Bundes.

Mit einer Medienmitteilung vom 26. April 2009 und einer Medienkonferenz vom 28. April 2009 hatte das BAG seine Medienaktivität über die Pandemie aufgenommen. Rund zehn Monate später beendete das BAG die Medienaktivitäten mit der Medienkonferenz vom 5. Februar 2010 wieder. Die Intensität der Medienaktivitäten richtete sich nach der aktuellen Lage und ging in der Anfangsphase von täglichen Medienbriefings über wöchentliche Medienkonferenzen bis zu Phasen mit sehr wenigen Medienaktivitäten. Das BAG lancierte für die Information der Bevölkerung eine Internetseite und machte die Bevölkerung mit Spots im Fernsehen auf die Pandemie aufmerksam und wies mit Plakaten und Flugblättern auf die Verhaltensmassnahmen hin.

Im Kanton Bern ist die Information der Bevölkerung im Gesetz über die Information der Bevölkerung und im Kantonalen Bevölkerungs- und Zivildschutzgesetz sowie den dazugehörigen Verordnungen geregelt. Für die konkrete Umsetzung vor und während der Pandemie legt der «Pan-



Hohe Medienpräsenz: Zu Pandemiebeginn informierte das BAG täglich über die aktuelle Situation.
Foto: Keystone

demieplan öffentliches Gesundheitswesen Kanton Bern» die Grundsätze fest.

Die nachfolgenden Grundsätze prägten im Kanton Bern die Information der Bevölkerung besonders deutlich: Die Information erfolgt über die Medien, die Kommunikation des Kantons richtet sich in Inhalt und Terminologie grundsätzlich nach der Kommunikation des Bundes, und die Kommunikation ist sachlich, transparent und leicht verständlich.

Bewältigung

Die Information der Bevölkerung des Kantons Bern erfolgte über die Medien und über das Internet. In zwölf speziellen Medienmitteilungen und zweimal in den Informationen aus dem Regierungsrat war die Pandemie ein Thema. Die erste Medienmitteilung wurde am 29. April 2009 versandt und hatte die Abklärung von vier Verdachtsfällen zum Inhalt. Gleichzeitig konnte das Kantonsarztamt seine Praxis bei der Abklärung von Verdachtsfällen bekanntgeben. Die letzte Medienmitteilung erfolgte am 9. Dezember 2009 und hatte die Schliessung der Impfstellen an den Regionalen Spitalzentren zum Thema.

Neben der aktiven Information nahm die Auskunft auf Anfragen sehr viel Zeit in Anspruch. Die Medien informierten sich häufig über die aktuelle Lage und über die speziellen Massnahmen im Kanton Bern beim Kantonsarztamt und beim Kantonsapothekeramt. Zusätzlich gingen auch viele Anfragen bei der Erziehungsdirektion im Zusammenhang mit Schulschliessungen ein. In Absprache mit dem Kantonsarzt beantwortete die Kommunikation Kanton Bern (KomBE) vereinzelt Fragen der Medien-

schaffenden. Zusätzlich war der Kantonsarzt mehrfach von Fernsehen und Radios zu Spezialsendungen im Zusammenhang mit der Pandemie eingeladen worden. Ein Teil der Medienmitteilungen war zur Information jeweils auch den Gemeinden und der Ärztesellschaft des Kantons Bern zur Verteilung an die Ärzteschaft zugestellt worden.

Ab Ende Oktober war die Internetseite www.be.ch/pandemie aufgeschaltet. Diese Seite sollte als Einstiegsportal für alle Informationen zum Thema Pandemie genutzt werden können; daher hatte der Kanton nur seine eigenen Dokumente aufgeschaltet und alle weiteren Informationen mit der Pandemieseite des Bundes verlinkt.

Impfkampagne

Rahmenbedingungen

Der Bund ist zuständig für die Versorgung mit Impfstoffen (BAG), die Zulassung der Impfstoffe (Swissmedic), die Impfempfehlungen (BAG, EKIF), und für die Information der Bevölkerung über die Impfstoffe und die Impfempfehlungen (BAG). Die Kantone sind für die Organisation der öffentlichen Impfkampagne mit dem pandemischen Impfstoff zuständig. Der Bund hatte für die Durchimpfung der ganzen Bevölkerung 13 Millionen Impfstoff-Dosen gegen die pandemische Grippe (H1N1) 2009 bei zwei Impfstoffherstellerinnen (Novartis AG, GlaxoSmithKline AG) eingekauft.

Das neue, sehr ansteckende Grippevirus (H1N1) 2009 hatte sich als weniger aggressiv erwiesen als ursprünglich befürchtet. Es

infiiziert insbesondere Kinder und junge Erwachsene, die keine schützende Immunität aufweisen, und viel seltener Personen von 65 Jahren oder älter. Entgegen der ursprünglichen Befürchtungen hat sich die pandemische Grippe (H1N1) 2009 als nicht gefährlicher erwiesen als die saisonale Grippe. Gestützt auf die ihr zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Daten hat die Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) am 13. August 2009 ihre Empfehlungen für Impfungen gegen die pandemische Grippe (H1N1) 2009 mitgeteilt. Die EKIF empfiehlt die Impfung allen Personen, die sich und ihre Umgebung gegen die Grippe (H1N1) 2009 und ihre Komplikationen schützen wollen, eine bestimmte Durchimpfungsrate wurde dabei nicht angestrebt. Die BAG-Impfempfehlungen zur saisonalen Grippe und H1N1 wurden am 14. September 2009 veröffentlicht. Die gemeinsamen Impfempfehlungen BAG-EKIF wurden am 30. Oktober 2009 publik gemacht und am 24. November 2009, am 2. Dezember 2009 und am 14. Dezember 2009 angepasst.

Swissmedic hatte die Impfstoffe Pandemrix® (GSK) und Focetria® (Novartis) am 27. Oktober 2009 zugelassen. Am 13. November 2009 wurde der Impfstoff Celtura® (Novartis) zugelassen, jedoch wurden danach die Zulassungsentscheide bezüglich Indikation bei gewissen Altersgruppen mehrmals geändert.

Die Kosten der Impfungen werden von Bund (Impfstoff), Kantonen (Logistik und Organisation) und Krankenversicherern (Impfung) gemeinsam übernommen. Es wurde eine Pauschalabgeltung durch die Versicherer von CHF 17.15 pro durchgeführte Impfung vereinbart (Tarifvertrag zwischen der GDK und santésuisse). Für ärztliche Praxen wurde zwischen der GDK und den Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft (Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte und Konferenz der Kantonalen Ärztesellschaften) ein Richtwert von CHF 19.50 vereinbart.

Ende August 2009 waren die Impfempfehlungen der EKIF mit Priorisierung der Impfungen und die Tatsache, dass die kleinste Packung Pandemrix® 500 Impfdosen (GlaxoSmithKline AG) enthält und aus zwei Komponenten besteht, bekannt. Im Weiteren war klar, dass der Impfstoff der Novartis AG in kleiner Originalpackung (10 Dosen) konfektioniert wird, was das Impfen in ärztlichen Praxen ermöglicht. Die Lieferung der Impfstoffe sollte gestaffelt erfolgen. Jedem Kanton sollte ein bestimmtes Kontingent an Impfstoffen zugewiesen werden. Viele Fragen zum Impfstoff waren noch offen (Zeitpunkt der Lieferung, Zeitpunkt der Zulassung, welcher Impfstoff wird wann gelie-

fert) und die ganze Finanzierungsfrage. Man rechnete damit, dass der Impfstoff frühestens ab Mitte Oktober verteilt wird. Aufgrund dieser Ausgangslage und unter der Annahme, dass zwei Impfdosen pro Person notwendig wären, wurde ein erstes Grobkonzept für die öffentliche Impfaktion am 25. August 2009 Vertretern der Spitäler präsentiert.

Bewältigung

Auf Druck der Kantone wurde Pandemrix® in 10er-Packungen in der Armeeapotheke ab Oktober 2009 umgepackt, nachdem der Kanton Bern bereits den Auftrag für die Umverpackung in 10er-Packungen der Firma Alloga erteilt hatte.

Für die Impfung der allgemeinen Bevölkerung wurden bis im Oktober 2009 drei Varianten unter Berücksichtigung einer Vorbereitungszeit von vier Wochen für die Eröffnung der Impfzentren diskutiert: 1) sieben Impfzentren, 2) eine Impfstelle in der Nähe des Bahnhofs Bern für Pendlerinnen und Pendler und 3) ärztliche Praxen. Schlussendlich wurde das Impfkonzert wie folgt festgelegt und entsprechend kommuniziert:

- Erste Phase: ab dem 9. November 2009 wurde das exponierte Gesundheitspersonal in den von den Arbeitgebenden beauftragten Impfstellen geimpft;
- Zweite Phase: ab dem 16. November 2009 wurden die anderen Risikopersonen in ärztlichen Praxen, in Spitälern, in Alters- und Pflegeheimen, usw. geimpft;

- Dritte Phase: ab dem 24. November 2009 wurde die allgemeine Bevölkerung in ärztlichen Praxen geimpft.

Zudem konnten sich die Impfwillingen ab dem 25. November 2009 auch in 12 Impfstellen der Regionalen Spitalzentren und in zwei Hausärztenotfallstellen impfen lassen.

Was hat sich bewährt?

Die Strategie des Kantons Bern, in der ersten Phase der Pandemie die Verdachtsfälle im Insepsital zur Abklärung, Behandlung und Kontaktmanagement zu zentralisieren, wurde als positiv empfunden und sollte beibehalten werden. Die gewählte Praxis, bei einer wenig aggressiven Grippe wie der pandemischen Grippe (H1N1) 2009 die Isolierung von Verdachtsfällen aus rein epidemiologischen Gründen soweit möglich zu Hause durchzuführen, wurde als angemessen empfunden.

Allgemein positiv beurteilt wurde die schlanke Information der Bevölkerung durch den Kanton: Nur so viel wie nötig. Als richtig hat sich erwiesen, dass die vom Bund erarbeiteten Merkblätter zu Verhaltensmassnahmen übernommen wurden. Durch sein regelmässiges Erscheinen in den Medien ist der Kantonsarzt als «Mister Pandemie» wahrgenommen worden. Dadurch ist er von den Medienleuten regelmässig kontaktiert und zu speziellen Sendungen eingeladen worden. Dies ermöglichte ihm, ausführlich zur Situation Stellung zu nehmen und Fragen zu klären.

Die Internetseite stellte sich als äusserst wichtiges Informationsinstrument heraus. Sie ermöglichte den Fachleuten, bei Anfragen auf die Informationen im Internet hinzuweisen, was den Zeitaufwand für Auskünfte verringerte. Bewährt hat sich, dass eine Stelle die gesamte Information und die Kommunikation in Sachen Pandemie koordinierte.

Das Impfkonzert, die frühzeitige, gute und flexible Zusammenarbeit mit den Partnern (Grossisten, Arztpraxen) sowie die Erreichbarkeit und die Auskünfte der Mitarbeitenden der Gesundheits- und Fürsorgedirektion waren gut.

Zentral erscheint uns die Aussage, dass jede Person, die geimpft werden wollte, sich schliesslich auch hat impfen lassen können. Berufsexponierte Risikopersonen (z.B. Spitalpersonal) konnten sogar sehr rasch geimpft werden. Die zur Verfügung stehenden Mengen an Impfstoff haben ausgereicht. Die Entscheidung, grundsätzlich innerhalb der bestehenden Strukturen zu impfen, hat sich als richtig erwiesen. Insgesamt kann die Impfung gegen die pandemische Grippe (H1N1) 2009 damit als gut bezeichnet werden.

Wo sind Verbesserungen angezeigt?

Nach der ersten Phase mit Zentralisierung im Insepsital und der Verschärfung der Situation durch zunehmende Fallzahlen konnten Verdachtsfälle auch in periphere Spitäler überwiesen werden. Diese Strategieänderung soll von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) schneller entschieden und kommuniziert werden. Insbesondere soll die GEF gezielt und rechtzeitig entscheiden, welche peripheren Spitäler diese Aufgabe wahrnehmen sollen, damit sich diese entsprechend vorbereiten können.

Die Kostenübernahme der Behandlungen (z.B. im Insepsital in der ersten Phase und in den ärztlichen Praxen bei Schulkindern), die aus rein epidemiologischen Gründen erfolgen, soll von der GEF geregelt werden und nicht zu Lasten der Krankenversicherung erfolgen. Als problematisch wurde diskutiert, dass Patientinnen und Patienten mit Grippeverdacht durch die ärztlichen Praxen teilweise abgewiesen wurden. Die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern sollte dieses Thema angehen und regeln.

Die Koordination der Information und Kommunikation des Bundes mit den Kantonen, der Kantone untereinander sowie des Kantons zu den Akteuren war mehrmals problematisch. Durch Informationen des Bundes sind zum Beispiel Anfragen in Arztpraxen eingegangen, bevor der Kan-



Problematische Koordination zwischen Bund, Kantonen und Ärzteschaft: Die Impfkampagne kämpfte mit erheblichen Logistik- und Kommunikationsschwierigkeiten. Foto: Keystone

ton seine Ärzteschaft über die Fakten und das Vorgehen informieren konnte. Die Entscheidungskaskade Bund – Kanton müsste daher rascher umgesetzt und kommuniziert werden. Hausärztinnen und Hausärzte und Grossisten waren über wichtige konkrete Details ungenügend informiert. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der verschiedenen Behörden auf kantonaler Ebene und auf Bundesebene waren für Aussenstehende nicht immer klar kommuniziert und wenig verständlich. Daher war auch keine klare Führung während der Impfkampagne spürbar gewesen.

Die von den Kantonen unterschiedlich durchgeführte Umsetzung von Massnahmen (Impfkonzept, Schulschliessungen) führte zu einer Verunsicherung in der Bevölkerung und zu zusätzlichen Anfragen bei den kantonalen Fachstellen. Hier wurde thematisiert, dass der Bund für Schulschliessungen und Veranstaltungsverbote zuständig sein sollte, um einen einheitlichen Vollzug in der Schweiz sicherzustellen.

Nachdem zunächst die Strategie verfolgt wurde, bei den Hausärztinnen und Hausärzten zu impfen und keine Impfstellen zu eröffnen, wurde später von dieser Strategie abgewichen und es wurden Impfstellen an Regionalen Spitalzentren eröffnet. Dieser Wechsel der Strategie konnte der Bevölkerung nicht verständlich und befriedigend vermittelt werden und führte bei den Partnern, speziell bei Hausärztinnen und Hausärzten, zu Unmut.

Es sollte mit verbindlichen Meilensteinen (nicht reaktiv, keine rollende Planung, sondern klares definiertes Konzept) proaktiver gehandelt werden, vor allem bei der Verteilung der Impfstoffe und bei der Durchführung der Impfung, um für die Impfinden eine Planung (Aufgebot oder Anmeldung von Impfwilligen) zu ermöglichen.

Empfehlungen

Die kantonalen Fachstellen (Kantonsarztamt und Kantonsapothekeramt) sollten durch Kommunikationsfachleute für die Bewältigung der Medienanfragen verstärkt werden. Zudem muss die Information des Bundes besser mit den Kantonen koordiniert werden. Der Kanton sollte einen besseren «Draht» zur Informationsstelle des BAG aufbauen.

Im Rahmen der Überarbeitung des Pandemieplanes Kanton Bern sind das «One voice-Prinzip», die Informationskonzepte zu den Schulschliessungen und zum Veranstaltungsverbot zu überprüfen. Gleichzeitig ist die Information der betroffenen Akteure präziser festzulegen.



«Jede Person, die geimpft werden wollte, hat sich schliesslich impfen lassen können.»

Foto: Keystone

Der Bund muss alle für die konkrete Umsetzung in den Kantonen wichtigen Meilensteine betreffend die Versorgung mit Impfstoffen (Lieferung: Zeitpunkt, Menge und Form), die Zulassung der Impfstoffe (nur eine Zulassung pro Impfstoff ohne weitere Änderungen), die Impfpfehlungen (nur einmal Empfehlungen ohne weitere Änderungen), die Information der Bevölkerung über die Impfstoffe und die Impfpfehlungen (keine Kommunikation über Beginn der Impfkampagne ohne Rücksichtnahme auf die notwendigen Vorbereitungsarbeiten in den Kantonen) in der Planung klar festhalten und beim Ereignis kommunizieren. Die GEF hat bereits vor der Impfkampagne (und auch danach) das BAG auf die Schwierigkeit des kantonalen Vollzuges der Impfkampagne aufmerksam gemacht. Zudem wurde dies auch anlässlich des H1N1-Debriefings des BAG mit den Kantonen vom 28. Januar 2010 thematisiert.

Wie geht es weiter?

Auch auf Bundesebene und in anderen Kantonen wurden Debriefings durchgeführt und Erkenntnisse gesammelt. Generell hat man erkannt, dass in zukünftigen Pandemieplänen verstärkt auf mögliche verschiedene Verläufe einer Pandemie eingegangen werden muss, um nicht nur für eine schwere Pandemie, wie sie der gegenwärtige Pandemieplan abbildet, sondern

auch für eine milder verlaufende Pandemie wie etwa die pandemische Grippe (H1N1) 2009 vorbereitet zu sein.

Die Ergebnisse der Evaluationen auf nationaler und kantonaler Ebene sowie einige konkrete Massnahmen des Debriefings vom 29. April 2010 werden in die Überarbeitung des «Influenza-Pandemieplans öffentliches Gesundheitswesen Kanton Bern» einfließen.

Konkrete Massnahmen sind:

- Die GEF ernennt für die Übernahme der Führungsfunktion in allen Kommunikationsbelangen und deren Koordinierung mit allen kantonalen Partnern eine Leitung Kommunikation («one voice»).
- Die GEF erstellt ein klares Impfkonzept und kommuniziert auch, dass es allenfalls im konkreten Fall angepasst werden muss.

Die GEF trifft bereits in der interpandemischen Phase die notwendigen Massnahmen (inklusive Erhöhung der personellen Ressourcen), um bei dringlichen Vollzugsaufgaben die Entscheidung treffen verwaltungsintern zu beschleunigen und diese schneller und effizienter zu kommunizieren. Zudem wird derzeit mit beteiligten Partnern ein Konzept für einen Sonderstab Pandemie erarbeitet mit dem Ziel, eine einheitliche Führungs-, Koordinations- und Kommunikationsstruktur aufzubauen.

Multiresistenz-Probleme im ambulanten Bereich des Kantons Bern

Das Institut für Infektionskrankheiten der Universität Bern hat die Antibiotikaresistenz und die Prävalenz multiresistenter Keime bei Harnwegs- und Hautinfektionen im ambulanten Bereich des Kantons Bern analysiert. Die Ergebnisse entsprechen den Erwartungen.

*A. Kronenberg, S. Koenig, S. Droz, K. Mühlemann,
Institut für Infektionskrankheiten der Universität Bern*

Im Sommer 2008 wurden die Hausärzte und Hausärztinnen des Kantons Bern durch den Kantonsarzt aufgefordert, während sechs Monaten bei allen Patienten und Patientinnen mit Harnwegs- oder Wundinfekt Proben für die mikrobiologische Diagnostik zu entnehmen und zusammen mit klinischen und demographischen Angaben ans Institut für Infektionskrankheiten zu senden.

Die Ziele dieser Erhebung waren:

- 1) Beschreibung der Antibiotikaresistenzlage und der Prävalenz multiresistenter Keime bei Harnwegs- und Hautinfektionen im ambulanten Bereich.
- 2) Vergleich dieser Daten mit der Resistenzdatenbank ANRESIS, welche routinemässig generierte Resistenzdaten von 23 ausgewählten mikrobiologischen Labors der Schweiz sammelt (www.anresis.ch).

Die Erhebung wurde im April 2009 abgeschlossen. Resultate wurden am Europäischen Hausärztekongress WONCA (Basel, September 2009) und am Europäischen Infektiologiekongress ECCMID (Wien, April 2010) präsentiert. Die Publikation der vollständigen Daten ist in Vorbereitung.

Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen Hausärzten und Hausärztinnen bedanken,

welche sich an der Erhebung beteiligt haben. Im Folgenden fassen wir die wichtigsten Resultate zusammen. Bei der Präsentation der Daten unterscheiden wir zwischen Proben, welche auch ausserhalb dieser Studie mit klinischer Fragestellung untersucht worden wären (= Routineproben) und solchen Proben, welche unter üblichen Umständen nicht zur mikrobiologischen Untersuchung eingeschickt worden wären (= Extraproben).

Wundinfektionen und Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)

Insgesamt wurden 213 Wundabstriche analysiert. In 138 (65%) Proben konnte in der Kultur mindestens ein relevanter Keim nachgewiesen werden. Erwartungsgemäss war der häufigste Keim Staphylococcus aureus (56.4%), gefolgt von Gruppe A Streptokokken (5.5%). Enterobacteriaceae fanden sich in 11.5 % der Proben. Routineproben stammten häufiger von Patienten in höherem Alter, von Patienten mit ulzerösen Hautveränderungen und Patienten mit vorgängiger Antibiotikatherapie. Die Verteilung der Mikroorganismen war vergleichbar für Routine- und Extraproben.

Die Empfindlichkeit der S. aureus-Isolate gegen verschiedene Antibiotika unterschied sich nicht wesentlich zwischen Routine- und Extraproben (Tab. 1). Die Daten waren zudem vergleichbar mit den Resistenzdaten, welche innerhalb des nationalen Überwachungssystems ANRESIS erhoben wurden.

2 von 94 (2.1%) Staphylococcus aureus-Isolate waren Methicillin-resistent (MRSA), ein Patient war dem Hausarzt als MRSA-Träger bereits bekannt, beim zweiten Patienten war bekannt, dass ein Familienmitglied mit MRSA besiedelt war.

Harnwegsinfektionen und Extended-spectrum Beta-Laktamase (ESBL) produzierende Enterobacteriaceae

Insgesamt wurden 1018 Urinproben untersucht, wovon 695 (68%) kulturell positiv waren. Der häufigste Keim war wie erwartet Escherichia coli (71%), gefolgt von Enterococcus spp. (17.3%), Klebsiella spp. (5.4%) und Proteus mirabilis. (3.7%). Extraproben stammten häufiger von jungen Frauen ohne antibiotische Vortherapie (im Sinne von unkomplizierten Harnwegsinfekten). Escherichia coli war in diesen Proben signifikant häufiger (76%) als in den Routineproben (67%) oder ANRESIS (66%). Die Häufigkeit der übrigen Erreger unterschied sich nicht signifikant zwischen den Extraproben und den Routineproben.

Die Empfindlichkeit von E. coli-Isolaten gegen verschiedene Antibiotika war zum Teil signifikant unterschiedlich zwischen Extraproben, Routineproben und ANRESIS (Abb. 1, siehe Seite 12). E. coli aus Extraproben waren meist empfindlicher als Routineproben und Proben in ANRESIS. Letztere widerspiegeln die komplizierten Harnwegsinfektionen.

Obwohl die Empfindlichkeitsraten von Norfloxacin zur Zeit noch ca. 10% höher liegen als bei Trimethoprim-Sulfamethoxazole empfehlen wir nach wie vor Letzteres als Antibiotikum der ersten Wahl für den unkomplizierten unteren Harnwegsinfekt. Die zunehmende Verschreibung von Chinolonen hat in den letzten Jahren zu einer raschen Zunahme der Chinolon-resistenten E. coli geführt⁽¹⁾. Durch den häufigen Gebrauch der Chinolone für unkomplizierte Harnwegsinfektionen mit äusserst geringer Komplikationsrate, hoher Selbst-

Tab. 1: Empfindlichkeit (%) von S. aureus-Isolaten bei Wundinfekt

	Extraproben n = 36	Routineproben n = 52	ANRESIS n = 127
Oxacillin ¹⁾	97.2	98.1	98.4
Clindamycin	97.2	98.1	87.4
Erythromycin	91.7	94.2	87.4
Tetracycline	91.7	100.0	96.8
Trimethoprim-sulfamethoxazole	100.0	98.1	99.2
Ciprofloxacin ²⁾	88.2	82.7	96.8
Rifampicin ²⁾	100.0	100.0	99.1
Vancomycin	100.0	100.0	100.0

1) Empfindlichkeitsraten für Oxacillin sind stellvertretend für andere Betalaktamase-feste Penicilline (z.B. Flucloxacillin, Cefuroxime-axetil und Amoxicillin-Clavulansäure).

2) Nicht geeignet für Monotherapie wegen rascher Resistenzentwicklung.

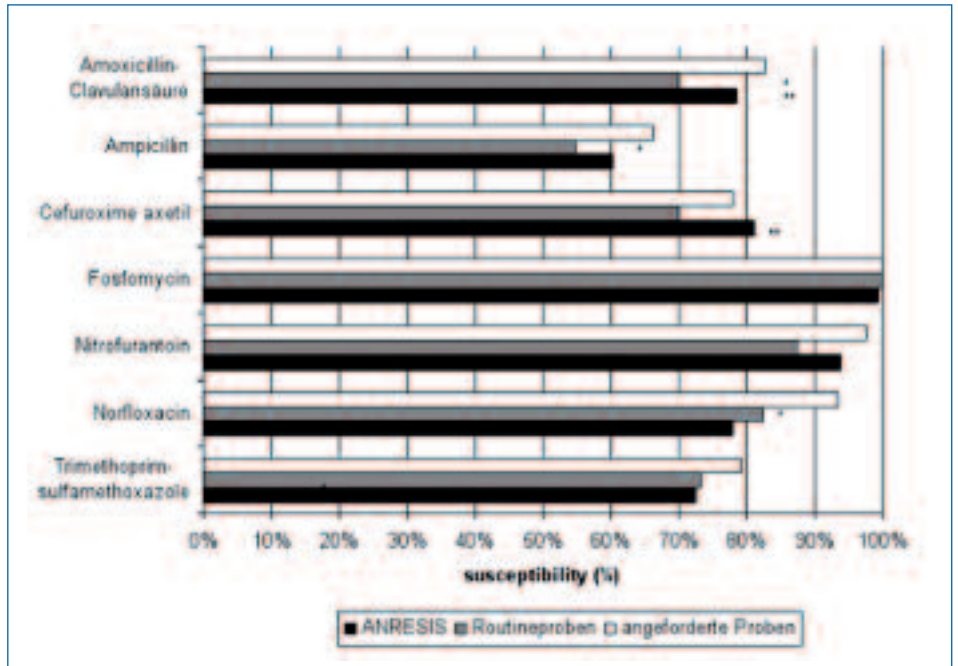
1) Kronenberg A, Zanetti G, Piffaretti JC, Mühlemann K. Antibiotikaresistenzdaten der Schweiz: jetzt online. Schweiz Med Forum 2008; 8(22): 415-18.

heilungstendenz und klinisch gutem Ansprechen auf Trimethoprim-Sulfamethoxazole droht diese wichtige und gute Antibiotikagruppe an Effektivität zu verlieren, was ihren Einsatz für invasive Infektionen (z.B. Pyelonephritis) einschränkt. Bei einer Empfindlichkeitsrate von beinahe 100% ist Fosfomycin zur Zeit sicherlich eine gute Alternative zur Behandlung des unkomplizierten unteren Harnwegsinfektes. Die ANRESIS-Daten waren für die meisten Antibiotika vergleichbar mit den Daten aus Routineproben.

Insgesamt wurden 5 E. coli-Isolate (1.1%) mit Extended-spectrum-Betalactamase-Aktivität identifiziert. ESBL-E. coli sind resistent auf alle Penicilline und alle Cephalosporine, und sie sind häufig multiresistent gegen andere Antibiotikagruppen (Chinolone, Trimethoprim-Sulfamethoxazole). ESBL haben in den letzten Jahren weltweit epidemisch zugenommen. Verantwortlich für diese Zunahme im ambulanten Bereich ist eine spezielle Gruppe von ESBL, der CTX-M-Genotyp. Die ESBL-Rate im Kanton Bern ist mit 1.1% im internationalen Vergleich noch relativ tief. Die Rate ist aber im ambulanten Bereich gleich hoch wie in den Akutspitälern. Im Gegensatz zu den zwei MRSA-Fällen bei Wundinfekten war das ESBL-Trägertum

Abb. 1: Empfindlichkeit (%) von E. coli

* = signifikanter Unterschied zwischen Extra- und Routineproben
** = signifikanter Unterschied zwischen Routineproben und ANRESIS-Daten



dem Hausarzt in keinem der fünf Fälle bekannt. Vier der 5 Fälle wiesen aber typische Risikofaktoren auf wie höheres Alter,

rezidivierende Harnwegsinfekte, antibiotische Vortherapie, vorgängige Hospitalisationen und Diabetes mellitus.

Aufruf

Umfrage zum Thema Gruppenpraxen / Gemeinschaftspraxen

Meinungsumfrage des Departements für Soziologie, Sozialpolitik und Sozialarbeit der Universität Freiburg und der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Im Rahmen ihrer Masterarbeit in Soziologie untersucht Frau Isabel Gilgen unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Muriel Surdez vom Departement für Soziologie, Sozialpolitik und Sozialarbeit der Universität Freiburg den Arztberuf im Spannungsfeld von zunehmender Ökonomisierung der Medizin, beruflicher Autonomie und dem Verhältnis zu den Patientinnen und Patienten. Dazu hat sie in einem ersten Teil Interviews mit Ärztinnen und Ärzten durchgeführt, welche in einer Gruppenpraxis / Gemeinschaftspraxis tätig sind.

In einem zweiten Teil möchte Frau Gilgen der Frage nachgehen, welche Chancen und Herausforderungen Ärztinnen und Ärzte im Kanton Bern in der aktuellen politischen Debatte rund um Gruppenpraxen / Gemeinschaftspraxen und Ärztenetzwerke für ihren Beruf sehen. Dabei möchte sie untersuchen, wie gross die Akzeptanz für diese Praxis- und Zusammenarbeitsmodelle ist und welche Vor- und Nachteile diese in den Augen der Ärzteschaft mit sich bringen.

Da diese Fragen auch aus standespolitischer Sicht äusserst aktuell und von grosser Bedeutung sind, führt die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern die entsprechende Umfrage zusammen mit Frau Gilgen durch (Ansprechpartner innerhalb der Ärztesgesellschaft: Rainer Felber, Vizepäsident, felber.rainer@bluewin.ch). **Mitte August erhalten alle unsere praktizierenden Mitglieder auf dem Mailweg mit der Anfrage zur Teilnahme an der Umfrage einen entsprechenden Link zugesandt, welcher sie direkt zum Fragebogen führt.** Die Beantwortung der Fragen erfolgt online und absolut anonym, der Datenschutz ist vollumfänglich gewährleistet. Die Resultate der Untersuchung werden unter anderem auch im doc.be publiziert werden.

Der Vorstand bittet Sie um Ihre Teilnahme an der Umfrage und dankt Ihnen für Ihre aktive Mithilfe bei der Beantwortung dieser wichtigen Fragen!

Von Holländischen Huisartsenpost zu Schweizer Notfallpraxen

Vor vier Jahren liess ich mir in Holland das System der Huisartsenpost erklären – und erhielt wertvolle Erkenntnisse. Seither haben wir im Mittelland an verschiedenen Orten Notfallpraxen eingerichtet. Wie funktionieren Sie? Und was denken Notfallärzte und Praxispersonal darüber? Für doc.be machte ich eine aktuelle Bestandaufnahme.

Text und Bilder: Dr. Andreas Bieri



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

Im Jahre 2006 führte mich Harrie van Rooij in drei Tagen durch vier Huisartsenpost in Brabant. Am 19. Juni 2010 besuchte ich in einem Nachmittag fünf Notfallpraxen im schweizerischen Mittelland. Im Gegensatz zu Holland sind alle Praxen an ein Spital angegliedert. Aber wie in Holland sind die Strukturen der einzelnen Organisationen verschieden. Der grösste Unterschied zu Holland ist der Telefondienst. Die sehr effiziente Medphone-Zentrale muss von den angeschlossenen Ärzten bezahlt werden, während einige Krankenkassen Telefonberatungen im luftleeren Raum unterhalten. Kommentar einer Baslerin an einem Medgate-Symposium: «Es isch scheen, ween ich am Samschtig z'nacht mit emene Doggter ka plöiderle.» In Holland haben die Call Center der Huisartsenpost Verträge mit den Krankenkassen.

15.20 Uhr Spital Burgdorf: Ab Haupteingang den kleinen Pfeilen entlang die Treppe runter. Hanspeter Käser ist allein. Bei Bedarf kann er Hilfe beim nahen Spitalnotfall holen. «Klappt ausgezeichnet, super Zusammenarbeit! Wenn viel läuft wird es



Die Räumlichkeiten der han-rt in Thun.

so ganz allein eng. Die Werktagsabende sind meist flau und langweilig. Aber alle Kollegen sind zufrieden. Es ist Ad-hoc-Medizin», meint Hanspeter. Das sei eine spannende Abwechslung. Und von Hand füllt er seine Formulare aus, die an den Hausarzt gefaxt werden.

16.50 Uhr Spital Thun: «Die Hausarztpraxis ist im Haus nebenan», sagt die Dame beim Haupteingang. Ich staune, ein Logo wie in Tilburg, nur dass es «Hausarztnotfall» heisst. Wegen des Fotoapparates verbergen sich die Praxisassistentinnen hinter der Empfangstheke, einer perfekt organisierten und kompakt gegliederten Praxis. Die Hausarztpraxis läuft erst seit drei Wochen. Andreas Egli, Präsident des Vereins Hausarztnotfall Region Thun, leistet heute selber Notfalldienst. «Wir sind erst kurz in Betrieb», bemerkt er, «es läuft aber gut», und bittet um Nachsicht, «Auskünfte später!» Das Wartezimmer ist voll besetzt.

18.00 Uhr Aarberg: Folgen Sie den «Pinkpfeilen» mit «Hans». Korridor runter, Treppe rauf und ich stehe vor «hans», dem Hausarztnotfall Seeland. Gut gelaunt kommt er auch schon aus dem Sprechzimmer der Hans, Hans Triaca, Allgemeinmediziner aus Lyss. Er fühlt sich momentan gerade richtig ausgelastet und ist sehr zufrieden mit dieser Art Notfalldienst. Auch der Praxisassistentin Manuela Hegi sieht man an, dass sie mit Freude hier arbeitet. Die Praxis läuft seit über einem Jahr zur Zufriedenheit aller.

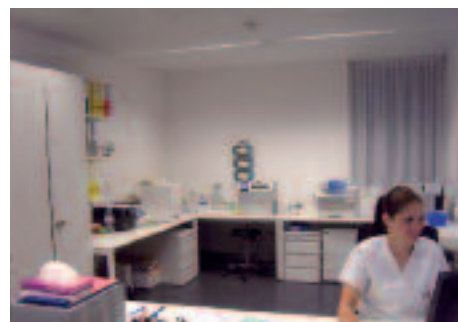
19.00 Uhr Solothurn: Ich kenne den Weg. Unten beim Notfall rein, vorbei an der Tria-

ge und direkt über den Korridor zur «ambulanten Notfallpraxis». Die Solothurner Notfallpraxis läuft gut. An Wochenenden werden bis 50 Patienten täglich behandelt. An Feiertagen musste man bereits einen zweiten Arzt mobilisieren. Dann wird es trotz zwei Untersuchungszimmer und einem gut eingerichteten Labor eng. Dies erzählt mir der diensttuende Arzt Ueli Wicki aus Gerlafingen. Er ist zufrieden mit dieser Art Notfalldienst. «Billiger wird es aber nicht», meint er. Auch die Praxisassistentin Brigitte Bucher arbeitet sehr gerne hier. Insgesamt sind es sechs Mitarbeiterinnen, die teilweise zu zweit arbeiten. Ein Problem sei, dass der Wartebereich so eng und nah bei ihrem Arbeitsplatz sei. Bei langen Wartezeiten höre sie manchmal schon einiges von den Patienten. Nichtsdestotrotz wäre der Solothurner Spitalnotfall ohne Notfallpraxis hoffnungslos überlaufen. Es war auch primär das Spital, das eine Notfallpraxis verlangte.

20.00 Uhr Olten, Kantonsspital: Es wird gebaut. Vom Haupteingang wird man von roten Linien durch lange Korridore und Passagen zum Notfall geführt. Auch hier sind Spitalnotfall und Notfallpraxis bei vorgeschalteter Triage nahe beieinander. Die Notfallpraxis besteht aus einem hellen, modernen Empfangs- und Laborraum und zwei Untersuchungszimmer. Sabine Bieli scheint sich diesem Umfeld wohl zu fühlen. In allen Praxen ist mir diese Zufriedenheit – ja verhaltene Begeisterung der medizinischen Praxisassistentinnen aufgefallen. Und auch Bernhard Hofmeier, Allgemeinarzt in Trimbach, macht seinen Dienst gerne hier. Wie sagte doch Harrie van



Im Seeland leistet «hans» Notfalldienst.



Heller, moderner Empfangsraum in Olten.

Rooij – Alle sind zufrieden und keiner möchte zurück.

Und am nächsten Tag zurück in Langenthal – Heimatgefühle! Eine zufriedene Carmen Bösigler und ein zufriedener Markus Frey, der «Macher» dieser Notfallpraxis, kommen mir entgegen. Es ist reger Betrieb links wie rechts – links Notfallpraxis, rechts Spitalnotfall. An den Abenden werktags ist es manchmal flau, sehr flau.

In Holland habe ich gesehen, wie kleinräumig die Schweizer denken. Ein holländischer Kollege sagte mir, unter 100'000 Einwohner und 50 Ärzten werde es unrentabel. Dank Medikamentenabgabe erträgt in unseren Regionen es etwas mehr. Ob Holländische Huisartsenposten oder Schweizer Notfallpraxen, beide generieren einen wichtigen Nebeneffekt: Die Ärzte rücken näher zusammen und tauschen sich häufiger untereinander aus. Täglich kommen Hausärztinnen oder Hausärzte in die Notfallpraxis, loggen sich ein und arbeiten fortan elektronisch. Viele glauben anfänglich ineffizienter zu sein als zuhause, gewöhnen sich aber rasch an die neue Arbeitsweise, sind insgeheim ein wenig stolz und möchten nicht mehr ins alte System zurückkehren.

Übersicht ...

	Einw.-zahl	Anzahl Ärzte	Telefon KG	Entschädigung CHF/Stunde	Führung
Aarberg Feb. 09	70'000	42	900er Nr. elektronisch	120.– brutto	Verein hans
Burgdorf Feb. 09	65'000	42	Medphone Handbericht	130.– brutto gremium	Leitungs-
Langenthal März 09	65'000	33	Medphone elektronisch	117.– brutto Ärzte/Spital	Kommission
Olten Juni 09	93'000	58	Notfall SO elektronisch	117.– brutto Ärzte/Spital	Kommission
Solothurn Jan. 09	90'000	50 Zentral 45 H'grund	Notfall SO elektronisch	117.– brutto Ärzte/Spital	Kommission
Thun Mai 10	125'000	81	Medphone elektronisch	nach Geschäfts- erfolg	Verein

Dienstzeiten fast überall gleich: Werktage 17.00–13.00 Uhr, Feiertage 08.00–23.00 Uhr
In den nicht abgedeckten Zeiten übernimmt die Spitalorganisation die Notfälle.
Für Hausbesuche ist überall ein Hintergrunddienst organisiert.

Gutes Echo

Seit Anfang Juni ist die Hausärztliche Notfallstation (han-rt) beim Spital Thun in Betrieb. Doc.be zieht mit Dr. Hansruedi Fehr, Vizepräsident Medizinische Notfalldienste Region Thun, ein erstes Fazit.

Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst

Mehr als ein Monat ist nun die han-rt operativ tätig. Was läuft gut...

Fehr: Mein erster Eindruck ist gut. Das Personal ist motiviert und engagiert. Bereits mussten wir neue Mitarbeiter einstellen. Noch sind wir nicht ganz ausgelastet – was auch an der guten Zusammenarbeit mit Medphone liegt. Medphone berät Patienten nicht nur, sondern weist sie auch gezielt weiter.

und wo sehen Sie Verbesserungspotenzial?

Es ist normal, dass viele, aus Gewohnheit, noch immer direkt in die Notfallaufnahme gehen. Es braucht einfach seine Zeit, bis sich die Menschen an Neuerungen gewöhnt haben. Enttäuscht war ich von der medialen Berichterstattung am Tag unserer Eröffnung. Wir haben zusammen mit dem Spital Thun eine Pressekonferenz

organisiert. Lediglich ein Journalist meldete sich an. Wir mussten bei den lokalen Redaktionen selber nachhaken!

Wie waren die bisherigen Rückmeldungen?

Durchwegs positiv. Kolleginnen und Kollegen registrieren, dass sich in der Notfallversorgung was tut. Notfalldienstärzte arbeiten an der stetigen Verbesserung unserer Dienstleistungen aktiv mit. So ist bereits nach wenigen Wochen klargeworden, dass wir das verwendete Einwegmaterial ersetzen müssen. Wir stecken mitten in einem Lernprozess, der sich positiv auf die künftige Notfallversorgung auswirken wird. Angesichts des drohenden Nachwuchsmangels ist es wichtig, dem Nachwuchs neue, flexible Notfallversorgungsmodelle zu präsentieren. Nur so machen wir den Hausarztberuf wieder attraktiver.



Wie wichtig waren die Erfahrungswerte der bereits bestehenden Notfallstationen?

Wir haben uns viele der bestehenden Notfallpraxen angeschaut. Aarberg war quasi unser Vorbild. Die Gespräche mit den Kolleginnen und Kollegen waren wertvoll und aufschlussreich. Man riet uns, einen spezialisierten Treuhänder beizuziehen und nicht alles auf eigene Faust zu machen. So gründeten wir eine eigene Firma. Die Räumlichkeiten stellt uns das Spital zur Verfügung, das auch den Umbau finanzierte. Einen Teil der computertechnischen Infrastruktur beziehen wir vom Spital – Röntgen zum Beispiel. Dagegen erfassen wir die Krankengeschichten selber und rechnen selber ab – inzwischen praktisch ausschliesslich elektronisch.

Brief vom Ballenberg

Guten Tag, Herr Dr. Locher
Ihre Festrede (doc.be 3/2010) anlässlich der Diplomfeier der medizinischen Fakultät Bern hat bei vielen Kolleginnen und Kollegen Kopfschütteln ausgelöst. Da Ihre Rede öffentlich war, erlaube ich mir als Vor-Baby-Boomer offen und kritisch Stellung zu beziehen. Ich bin mir bewusst, dass das eigentliche Zielpublikum, die Diplomanden, diese Zeilen höchstens zufällig lesen. Aus Platzgründen beschränke ich mich auf 4 Punkte:

1. Tramführer. Hier irrt Herr Locher. Natürlich erledigt der Hausarzt viel Routinearbeit. Aber Medizin ist eine absolut faszinierende Herausforderung, da sich hier harte «facts» mit völlig unwissenschaftlichen Aspekten des menschlichen Wesens treffen und durchmischen. Nichts von «Endlosschleife»! Natürlich werden gewisse Weichen gestellt, beispielsweise der Grundsatz von Treu und Redlichkeit als «must» in unserem Beruf. Hervorragende Chefs, weder breit- noch schmalspurig, sondern echte Vorbilder, stellen wichtige Weichen. Den grossen Teil an Entscheidungen (für die Patienten und für uns persönlich) treffen wir selbst. Keine Geleise, sondern Wege, Treppen und «Weichen» wie sie ein Sandro del Prete oder ein M.C. Escher darstellen. Übrigens kommt der Strom (das Geld) nur scheinbar von «oben» (wo es von Politikern mehr oder weniger originell verteilt wird), sondern über Prämien und Steuern von unten, vom Volk.

2. Schreddern «alter» Unterlagen. Sicher haben viele Erkenntnisse der Medizin eine kurze Halbwertszeit. Viele Grundprinzipien, allen voran die sorgfältige Anamnese, haben an Bedeutung nichts eingebüsst. Im Gegenteil: Zur Festlegung der «pretest probability» vor teuren technischen Untersuchungen hat die Anamnese noch an Bedeutung gewonnen. Mediziner, die das kapiert haben und umsetzen, können die Vorlesungen getrost schreddern.

3. Gesundheitszentren: Ob wir uns auch in der Peripherie Zentren mit mindestens sechs Ärztinnen und Ärzten leisten können, wird sich weisen. Kosten werden kaum gespart, sondern höchstens verlagert (z.B. in den Transportsektor). Enge Kooperation mit SPITEX-Diensten ist auch für viele «Ballenberger» längst selbstver-

ständiglich, man ist nicht mehr Teamleader, sondern Teamplayer. Pflegende behandeln viele Krankheiten mindestens so gut (oder besser) wie das Gros der Ärzte (ich denke an Ulcus cruris und Decubitus). Wir müssen uns aber bewusst sein, dass Arbeit im grossen Team an Kooperation und Kommunikation höchste Anforderungen stellt und allein der Personalsektor sehr viel Zeit, Energie, Goodwill und Geduld erfordert. Diese Zentren sollten übrigens nicht um 8, sondern um 7 Uhr ihre Arbeit aufnehmen, am Wochenende auch bis 20 Uhr, da viele Notfälle sich gegen Abend melden, wenn es dunkel wird und Angst sich breitmacht.

4. Gerade aus diesem Grunde ist Ihr Aufruf, in Zukunft müssten Ärzte Biker oder Skicrosser mit ausgefahrenen Ellenbogen (selbstverständlich mit Protektoren) sein, völlig unverständlich. Mit «power» wird in der Medizin selten etwas erreicht. Die Zerstörungskraft oder Gewalt nimmt im Quadrat der Geschwindigkeit zu. Wenn die junge Ärztesgeneration Ihre Empfehlungen ernst nimmt, heisst die Devise für potenzielle Patienten in Zukunft «Arztkontakt meiden und gesund sterben». Was ganz im Sinne des modernen Gesundheits-Unwesens wäre: Der Patient steht im Zentrum, und damit allen im Wege.

*Prof. Dr. Benedikt Horn, Ballenberg,
früher Interlaken*

Neue Bürozeiten der BEKAG-Rechtsberatungsstelle

Sie brauchen juristischen Rat? Ab dem 1. August können Sie die Rechtsberatungsstelle der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern vormittags von Montag bis Mittwoch sowie Freitag von 8.00 Uhr bis 12.00 Uhr telefonisch oder per Fax erreichen. Donnerstags ist die Rechtsberatung geschlossen.

Weiterführende Fragen beantwortet Ihnen gerne:

Dr. iur. Oliver Macchi
Rechtsberatungsstelle
Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Bolligenstrasse 52
3006 Bern
Tel.: 031 330 90 00
Fax: 031 330 90 03

Grotesker Vergleich

Guten Tag, Herr Dr. Locher
Ihre Festrede (doc.be 3/ 2010) anlässlich der Diplomfeier der medizinischen Fakultät hat mich und andere Kolleginnen und Kollegen sehr befremdet. Mit welchen Gefühlen haben Sie wohl die Neudiplomierten ins Berufsleben entlassen?

Sie spotten über ihr neu erarbeitetes Wissen. Ist das nötig? Jeder Universitätsabsolvent weiss, dass sein aktuelles Wissen dem jetzigen Stand des Irrtums entspricht und muss bereit sein, jederzeit sein Wissen kritisch zu hinterfragen. Seine in der Jugend erworbenen Doktrinen durchs ganze Leben zu bewahren, ist kein Zeichen innerer Reife.

Der Vergleich unseres Berufes mit dem eines Tramführers, der immer auf der Schiene fahren muss, ist weit daneben. Gefragt und nötig sind rasche Auffassungsgabe, Entschlusskraft, Wendigkeit, Innovation, Improvisation, Phantasie, Empathie, neben einer konsequent wissenschaftlichen Denkweise und einer breiten Allgemeinbildung. «Treu und Redlichkeit», von Ihnen geschmäht, sind unabdingbare Grundlagen unserer Tätigkeit.

Der zukunftsweisende Vergleich mit einem Mountainbiker ist grotesk. Schon unsere Schulkinder werden zum Leben in der Gruppe, im Kreise der Mitmenschen geschult. Und nun soll der zukünftige Arzt als Mountainbiker, mit krummem Rücken und spitzen Ellenbogen, seine Konkurrenten verjagend, ohne Rücksichtnahme auf Mitmensch oder Natur sein selbstgestecktes Ziel autonom erreichen.

Leidende, freut euch, hier kommt euer Arzt!

Herr Dr. Locher, Sie haben für meine jungen Kolleginnen und Kollegen das Berufsbild des Arztes gründlich demontiert und sinnentleert. Wozu?

Dr. med. M. Ryter

Nur die bezahlten Rechnungen zählen



INKASSOMED

Umfassendes Forderungsmanagement im Gesundheitswesen

Eschenstrasse 12, 8603 Schwerzenbach
Tel. 0844 85 33 57, Fax 044 806 57 70
info@inkassomed.ch, www.inkassomed.ch

Viel Sicherheit für wenig Aufwand

Debitorenverluste durch zahlungsunfähige oder -unwillige Patienten gefährden die Existenz. Das sorgfältig ausgearbeitete System beginnt bereits mit der Bonitätsprüfung. InkassoMed ist Ihre Absicherung gegen Verluste.