



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Nr. 3 / Juni 2011
www.berner-aerzte.ch

Themen dieser Ausgabe:

<u>Editorial</u>	1
<u>Geschäftsautos</u>	2
<u>International Nurses Day</u>	3
<u>Medizinische Versorgung Oberaargau</u>	4
<u>Brennpunkt Notfalldienst</u>	6
<u>Wie die EDV zu den Berner Ärzten kam</u>	7
<u>Die Checkliste – Festrede Thomas Zeltner</u>	8
<u>Nationaler Telefon- dolmetschdienst</u>	10
<u>Unbefriedigende Planung</u>	11
<u>Kandidieren Sie für den Nationalrat?</u>	12

Im Sinne von Florence Nightingale



Krimkrieg 1854, Stellungskrieg, Seuchen und Verwundungen, minimale sanitätsdienstliche Mittel. Florence Nightingale nimmt sich dem Heer von Kranken und Verletzten an und wird so zum moralischen Vorbild aller späteren Pflegefachleute. April 2011. Während eines Spitalaufenthaltes kam mir die hohe Kompetenz der interdisziplinär arbeitenden Belegärzte und der gezielte Einsatz moderner Abklärungs- und Therapiemethoden zu Gute. Ich erlebte hautnah die Gleichwertigkeit umfassender Pflege und moderner Medizin. Dabei ist die laufende Akademisierung der Pflegeberufe keine Voraussetzung, um auf gleicher Augenhöhe mit der Ärzteschaft zu wirken. Dem profunden ärztlichen Fachwissen steht eine überdurchschnittliche Sozialkompetenz der Pflegenden zur Seite. Mir wurde bewusst, wie wichtig es im Rahmen der DRG sein wird, Pflegefachleute nicht einfach als Kostenfaktor zu sehen. Der Wert gut ausgebildeter Pflegefachleute mit Einfühlungsvermögen und Menschlichkeit wird in der Diskussion um Wettbewerbsvorteile neben ärztlicher Spezialisierung und Hotellerie unterschätzt.



Frau Daniela Wingeier, eine hervorragende dipl. Pflegefachfrau HF, hier stellvertretend für alle Pflegefachleute genannt, verkörpert die Menschlichkeit und Ideale von Florence Nightingale im besten Sinne. Es versteht sich von selbst, dass ihre anspruchsvolle Arbeit auch entsprechend honoriert werden muss. Der Pflegeberuf darf nicht zur ökonomischen Manövriermasse im Preiswettbewerb werden! Am 12. Mai 2011 haben die Pflegefachleute in Bern im

Rahmen des International Nurses Day auf ihre berechtigten Anliegen aufmerksam gemacht. Sie verdienen unsere volle Unterstützung.

Dr med. Beat Gafner
Präsident der Ärztesgesellschaft
des Kantons Bern

Verschärfte Praxis der Steuerverwaltung bezüglich Geschäftsautos

Erwirbt eine Ärztin, ein Arzt mit eigener Praxis ein Auto nicht privat, sondern verbucht den Kauf über die Praxis, gilt das Fahrzeug als Geschäftsvermögen.

*Rolf Mauerhofer,
dipl. Experte in Rechnungslegung und Controlling, fiduria AG*

Sämtliche Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Fahrzeug (Versicherungen, Motorfahrzeugsteuer, Unterhalt, Reparaturen, Benzin, Abschreibungen) bedeuten somit Praxisaufwand mit entsprechender Auswirkung auf den steuerbaren Gewinn. Für Privatfahrten muss jährlich ein Privatanteil von 9,6 % vom Anschaffungswert als Aufwandsreduktion akzeptiert werden, was den steuerbaren Gewinn wiederum erhöht. Der steuerbare Gewinn dient zudem als Basis für die Berechnung der persönlichen AHV-Beiträge.

Berechnungsbeispiel für den Privatanteil:

Kauf eines Autos im Wert von CHF 70'000.00 inkl. MWST.

Der Privatanteil beträgt in diesem Falle CHF 6'720.00 (9,6% von 70'000.00)

In letzter Zeit hat die Steuerverwaltung vermehrt die geschäftsmässige Notwendigkeit des Fahrzeuges in Frage gestellt – insbesondere bei Fachärzten – und ist von ihrer Praxis des pauschal ermittelten Privat-

anteils von 9,6 % des Anschaffungswertes abgewichen. Eine spürbar strengere Handhabung der Steuerverwaltung ist festzustellen.

Folgende Kriterien werden zur Definition eines Geschäftsfahrzeugs vorausgesetzt:

- Nutzung des Fahrzeugs zu mehr als 50 % geschäftlich
- Sämtliche Unterhaltskosten und Abgaben werden durch die Praxis getragen

Es stellt sich in der Tat die Frage, ob diese Voraussetzungen auch immer erfüllt sind. Andererseits ist für die Ärztin/den Arzt ein Fahrzeug für die Ausübung der Praxistätigkeit unabdingbar.

Auf Nachfragen seitens der Steuerbehörde betreffend die geschäftsmässige Notwendigkeit des Fahrzeugs sind u.a. folgende Begründungen, warum ein Fahrzeug auch bei geringer geschäftsmässiger Beanspruchung trotzdem als Praxisaufwand verbucht werden darf, dienlich:

- Notfallsituationen / Bereitschaftsdienst
- Hausbesuche
- unregelmässige Arbeitszeiten (u. a. Nachtschichten)

- ausschliesslicher Gebrauch für die Praxis (wenn ein zweites, auf die Praxisinhaberin / den Praxisinhaber privat eingelöstes Auto vorhanden ist)

Bei eher teuren Autos empfiehlt sich, die steuerlich maximalen Abschreibungssätze nicht auszuschöpfen. Stattdessen ist es ratsam, eine längere Abschreibungsdauer zu wählen, was einen tieferen jährlichen Abschreibungsaufwand zur Folge hat.

Oft wird die Frage gestellt, ob ein Geschäftsfahrzeug zu einem späteren Zeitpunkt zum Buchwert in das Privatvermögen überführt werden kann. Ist das Fahrzeug vollständig abgeschrieben, würde das Fahrzeug im Extremfall zum Merkfranken privat gekauft. Wichtig ist diesbezüglich, dass nicht der Buchwert, sondern der tatsächliche Wert des Fahrzeuges anlässlich der Überführung vom Geschäfts- ins Privatvermögen massgebend ist. Dieser Übertragungswert kann z.B. via Eurotax (www.eurotaxglass.ch) ermittelt werden. Die Differenz zwischen dem Verkehrswert und dem Buchwert gilt als Gewinn aus Veräusserung von Sachanlagen und stellt steuerbaren Ertrag dar.

Die strengere Handhabung der Steuerverwaltung bei der Berechnung des Privatanteils an den geschäftlichen Autokosten hat wesentliche Auswirkungen auf die Steuerlast der Ärztin / des Arztes mit eigener Praxis. Zukünftig werden viele Betroffene vermehrt mit Aufrechnungen des steuerbaren Gewinnes zu rechnen haben, auch wenn das Fahrzeug in jedem Fall weiterhin Geschäftsvermögen darstellt. Bei Grenzfällen empfiehlt es sich, bereits mit der Einreichung der Steuererklärung eine Begründung der Notwendigkeit und der Höhe der Autokosten beizulegen, um allfällige Einspracheverfahren zu vermeiden. Bei der Verfassung einer Einsprache ist es aufgrund der Komplexität des Verfahrens ratsam, den Treuhänder / Berater beizuziehen.

fiduria

Zieglerstrasse 43 B, 3007 Bern
Telefon: 031 380 69 69, www.fiduria.ch

**Treuhandunternehmung
spezialisiert im
Gesundheitswesen**

Nach dem 12. Mai – der «Tag danach» für die Pflegenden

«Versorgungslücken schliessen.» «Gleiche Pflege für alle.» «Pflegequalität sichern.» Mit diesen Parolen waren am 12. Mai die Sektionen Bern, Zürich/Glarus/Schaffhausen und Aargau/Solothurn auf dem Berner Waisenhausplatz präsent. Anlass: Der Tag der Pflege, der Geburtstag von Florence Nightingale.

Dr. Barbara Dätwyler,
Präsidentin Sektion Bern des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner



Die Begründerin der modernen Pflege,
Florence Nightingale.

Foto: zvg

Wenn Sie, verehrter Leser, diese Zeilen zu Gesicht bekommen, ist aus dem besonderen Tag längst der Tag danach geworden, der Alltag der Pflege. Die Aufforderung der Redaktionskommission der BEKAG ist ein guter Anlass, die Parolen auf ihre Alltagstauglichkeit zu prüfen und sie nüchtern und realistisch einzuordnen.

Eben so, wie Florence Nightingale für die moderne Pflege die Spur gelegt hat. Nightingale wird heute vor allem als milde, barmherzige, aufopfernde Schwester dargestellt. Ein Bild, das gar nicht zur ihr passt. Florence war nicht eine Art Heilige, nicht eine sanfte Schwester-Mutter. Sie war eine messerscharf argumentierende Wissenschaftlerin. Eine Denkerin, Organisatorin und Vorkämpferin. Sie war durchaus politisch. Und sehr im Unterschied zu manchen heutigen Politikern, Ökonomen oder Verwaltungsbeamten, denen das Reden über

Pflegeprobleme so leicht vom Munde geht, kannte sie die Praxis des Pflegens ebenso gut wie den Umgang mit mathematischer Statistik. Sie ging gegen Not- und Missstände in der Pflege dort vor, wo Patientenleiden es nötig machte. Sie führte, schaute, lernte, analysierte, lehrte, und dachte weiter. Florence Nightingale war aufopfernd, aber ganz sicher für manche ihrer Zeitgenossen keine bequeme Gesprächspartnerin. Am 12. Mai auf dem Waisenhausplatz wollten die Pflegefachleute und die Leute aus ihren Verbänden auch nicht bequem sein. Nicht die Person, aber das Denken von Florence ist durchaus präsent gewesen. Der Tag der Pflege wird international begangen, aber die Probleme der Pflegenden sind vorab national, kantonale, lokal. Berner Versorgungslücken und Berner Ungleichheiten in der Pflege sind anders als jene in Neuseeland oder Kasachstan. Universal ist aber die Antwort auf die Frage nach der Pflegequalität: Die jeweils bestmögliche. Fokussieren wir also auf die Berner Verhältnisse.

Waisenhausplatz, ein guter Platz?

Gibt es denn im Staate Bern im Jahr 2011 für die Pflegefachleute überhaupt Gründe, mehr als ein bisschen zu jammern, weil gerade Tag der Pflege ist? Ein Blick auf unsere Medien: Gesundheitswesen, Kostendruck, Personalmangel bei Pflegenden und Ärzten, Sparzwang sind nahezu Synonyme geworden, dauerpräsent in jedem Medium. Kostendruck, Sparzwang: Wer pflegt, oder wer Pflege braucht, spürt das, spürt es zunehmend.

Qualitativ gute Pflege richtet sich nach den Bedürfnissen der Patienten, nicht nach deren finanztechnischer Klassierung. Gute Pflege geht nicht ohne gut ausgebildete, motivierte, am Arbeitsplatz zufriedene Pflegefachleute, sowenig wie gute Medizin ohne zufriedene Ärzte. Soweit stimmen alle Verantwortlichen geflissentlich zu. Zum guten Arbeitsplatz gehört ein angemessener Lohn, das ist von keiner Geiss weg-



BEKAG-Vizepräsident Christian Gubler im Gespräch mit Pflegefachfrauen und Verbandsfunktionärinnen.
In der Mitte Sektionspräsidentin Barbara Dätwyler. Foto: Marco Tackenberg

zuschlecken. Aber da hören schon viele Verantwortliche geflissentlich weg.

Von Zwei-Klassen-Gesellschaft redet man viel, auf dem Waisenhausplatz war die Rede von der Berner 30-Gehaltsklassen-Gesellschaft. Die Pflegefachfrau, der Pflegefachmann: Nach abgeschlossener Höherer Fachausbildung erhalten sie ein schönes Diplom und eine mickrige Gehaltsklasseneinreihung. Gerade einmal Klasse 15. Ihre Funktion «Krankenpflege in konkreten Pflegesituationen mit hoher Anforderung in komplexen Situationen» findet sich gleichklassig mit «Übersetzen von einfachen Texten» oder «Unterküchenchef». «Diplomierter Sozialarbeiter» oder «Leiter einer kleinen Polizeiwache» finden sich zwei Klassen höher.

Eine Einreihung in Klasse 17 war schon 1996 auf Grund einer wissenschaftlichen Analyse für Pflegefachleute angemessen. Die gegenwärtige Einreihung ist zu korrigieren.

Zurück auf den Waisenhausplatz: Es war der richtige Ort. Nicht, weil wir Pflegefachleute uns als die Waisenkinder im Gesundheitswesen hätten profilieren wollen. Aber der Weg von dort zur kantonalen Gesundheitsdirektion ist kürzer als vom Bundesplatz. Auch führt er durch die Nägelgasse, und wir wollen ja Nägel mit Köpfen machen, alle Tage, nicht nur am 12. Mai. Wer weiss, vielleicht schreitet ihn auch einmal mitternachts die «Lady with the lamp» ab, um die eine oder andere zuständige Amtsstube zu erhellen.

Und wir, die Pflegefachleute? Heute ist Alltag der Pflege, aber der nächste Tag der Pflege kommt.



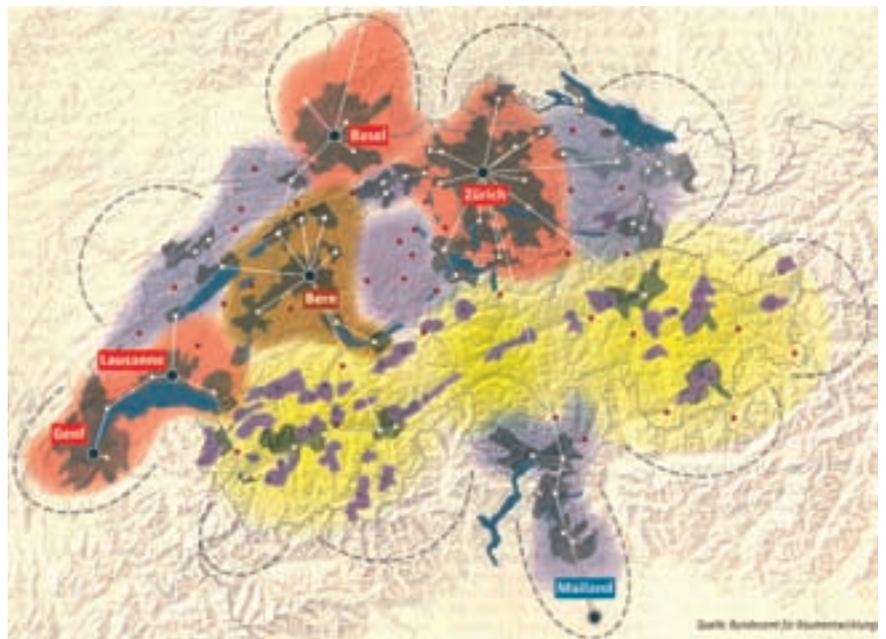
Die Standaktion der SBK lockte zahlreiche Zuhörer auf den Waisenhausplatz. Foto: Marco Tackenberg

Medizinische Versorgung im Oberaargau – ein Update

Der Regierungsrat will den Medizinalstandort Bern stärken und forciert den Zusammenschluss des Inselspitals mit der Spital Netz Bern AG. Dieses Vorhaben steht stellvertretend für die Zentralisierungsabsichten in der kantonalen Gesundheitspolitik.

Wie präsentiert sich derweil die Situation in den peripheren Versorgungsgebieten im Kanton? BEKAG-Vorstandsmitglied Dr. med. Andreas Bieri macht für doc.be eine Bestandesaufnahme der medizinischen Versorgung im Oberaargau.

*Dr. med. Andreas Bieri,
Vorstandsmitglied BEKAG*



Der Oberaargau liegt im klein- und mittelstädtisch geprägten Raum Aareland und Luzern.
Foto: zvg

Region Oberaargau

Gemäss dem Regionenmodell des Bundesamtes für Raumentwicklung liegt der Oberaargau im klein- und mittelstädtisch geprägten Raum Aareland und Luzern. Langenthal und Niederbipp werden mit Olten, Zofingen, Aarau und Brugg zusammengefasst. Die Stadt Bern bildet zusammen mit Biel und Thun eine eigene Region.

Spitäler

Die Bezirksspitäler Herzogenbuchsee, Niederbipp und Huttwil kamen nie über den Status von besseren medizinischen Pflegeanstalten hinaus. Sie wurden inzwischen realistischerweise auf solche Pflegeinsti-

tutionen zurückgestuft. Das Spital Langenthal, das grösste in der Region, verfügt ebenfalls nicht über ein Einzugsgebiet von 100'000 Einwohnern – seine Existenzberechtigung wird deshalb von der Gesundheitspolitik in Frage gestellt. Es ist eine standespolitische Herausforderung: Nur wenn wir lückenlos aufzeigen können, dass kleine, für den lokalen Bedarf konzipierte Spitäler effizienter und kostengünstiger arbeiten als die geplanten vier überregionalen Institutionen, können wir im Kanton Bern das 6-Regionen-Modell durchsetzen. Dann hat auch der Standort Langenthal eine Chance. Wird allerdings das 4-Regionen-Modell realisiert, hat der Kanton vier teure «Inselspitäler», die sich gegenseitig konkurrenzieren.

Spitex

Die Spitex ist in der Region Oberaargau gut aufgestellt. Neuere Konzentrierungsabsichten sind durchdacht. Die Kapazitäten werden durch die Vorgaben der Krankenkassen und die Personalknappheit begrenzt. Diese Limitierungen sind nicht unbedingt negativ zu werten: sie fördern das Streben nach Effizienz.

Spezialärzte

Die aktuelle Umfrage der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern zur medizinischen Versorgung belegt, dass in der Region Oberaargau ausreichend Spezialisten arbeiten. Wesentliche Defizite werden einzig bei der kindermedizinischen Grundversorgung und bei den Augenärzten angegeben.

Hausärzte

Wie in der ganzen Schweiz besteht auch im Oberaargau ein ausgesprochener Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten. Seit zehn Jahren ist diese Entwicklung absehbar, nun wird sie langsam manifest. Der Öffentlichkeit blieb der Mangel an Grundversorgern bis anhin verborgen, weil ältere Ärztinnen und Ärzte über ihr Pensionsalter hinaus praktizieren und viele Grundversorgerpraxen ihre Leistung erhöht haben (siehe Grafik: Ärzte im ambulanten Sektor, FHM Statistik 2009). Mit einer Reorganisation der Notfalldienste und einer Neuorganisation der Hausarztpraxen wird versucht, dem bevorstehenden Ärztemangel entgegenzuwirken. Die fehlende Ausbildung von guten Hausärzten und die inkompetente Bundespolitik entziehen sich aber der regionalen Einflussnahme. Es wird nicht genügen, wenn der Kanton via Spitalorganisationen eingreift. Dazu fehlen ihm ohnehin die finanziellen Mittel. Diese soll er besser für einen



Das Versorgungsgebiet von Eriswil bis Rumisberg, von Seeberg bis Wynau umfasst 78'000 Einwohner.

Foto: Annemarie Kühni

gut aufgestellten Telemedizinanbieter wie Medphone einsetzen. Hier sind zumindest zusätzlich Gemeinden und lokal interessierte Betriebe gefordert. Nur so werden solide Organisationen entstehen können, welche abgekoppelt von der unsicheren Spitalsituation ihre Aufgabe erfüllen können. Denn Erfahrungen aus England, Holland und Dänemark zeigen, dass eine qualitativ hochstehende, gut funktionierende Hausarztmedizin der Bevölkerung die beste und sogar kostengünstigste medizinische Versorgung bringt.

Ausblick

Junge Ärzte bilden sich bevorzugt zu Spezialisten aus. In der stark in Einzeldisziplinen aufgliederten Klinikmedizin ist heute eine breite Ausbildung kaum mehr möglich. Künftige Hausärzte wollen mit Politik und Krankenkassen nichts zu tun haben und lassen sich anstellen. Angesichts der Man-

gelsituation sind sie die Joker. Sobald die Mangelsituation manifest werden wird, werden Regionen und Gemeinden diese Hausärzte umwerben. Die zukünftige Arbeitsform wird die Gruppenpraxis sein.



Offizielle Zahlen zur Grundversorgung	Schweiz	Kanton Bern	Oberaargau	Langenthal
Bedarf Hausärzte 100 % (1 Hausarzt pro 2'000 Einwohner)	3'500	480	39	8
Anzahl Hausärzte 2009 (auch Teilzeit)	5'500	790	40	7
davon 60-jährig und älter	1'000	130	20	4
Anzahl Assistentenstellen Allgemeine Medizin (2009)	119			
Erwerb FMH-Titel Allgemeine Medizin (2009)	124			

Quelle: Institut für Hausarztmedizin Basel (Prof. Tschudin)

Kleinregion	Einwohner	Hausärzte Ist-Zustand	Hausärzte Minimal-Soll	Hausärzte über 60 Jahre
Oberaargau Nord	13'500	10	7	6
Aarwangen/ Roggwil	10'700	7	5	1
Langenthal/ Melchnau	23'300	11	12	6
Herzogenbuchsee	13'500	9	7	3
Mittleres Langental	7'300	2	4	0
Huttwil/ Dürrenroth	9'500	5	5	2

Quelle: Eigene Berechnungen

Brennpunkt Notfalldienst

Ärztenschaft, Spitäler und das medizinische Call-Center MEDPHONE intensivieren im Kanton Bern ihre Zusammenarbeit im Notfalldienst. Damit werden zum einen Kosten im Gesundheitswesen gespart und zum anderen Grundversorger im Notfalldienst entlastet.

Marco Tackenberg,
Presse- und Informationsdienst

Ärztinnen und Ärzte stellen den Notfalldienst für Patienten sicher. Aber viele Menschen haben keine Hausärztin oder keinen Hausarzt mehr. Dies trägt dazu bei, dass immer mehr Patienten direkt die Notfallstation eines Spitals aufsuchen. Dabei benötigen längst nicht alle die teurere Infrastruktur des Spitals. So entstehen unnötige Kosten im Gesundheitswesen. Um auf diese Entwicklung zu reagieren und um die Ärzteschaft beim Notfalldienst zu entlasten, entstanden in der Schweiz in den vergangenen Jahren neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Ärzten im Notfalldienst, Spitalern und medizinischen Call-Centers. Im Kanton Bern wurde 2004 das ärzteigene Call-Center MEDPHONE gegründet, welches eine optimale Koordination der verschiedenen Notfalldienste erlaubt. MEDPHONE entlastet damit auch Ärztinnen und Ärzte im Notfalldienst. Dies ist umso wichtiger, als immer weniger junge Medizinerinnen und Mediziner den belastenden Beruf des Hausarztes ergreifen wollen. Die intensivierte Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Spitalern und MEDPHONE ist damit auch ein Beispiel für eine gelungene integrierte Versorgung im Kanton Bern.

Schlüsselrolle für MEDPHONE

In diesem Prozess kommt dem medizinischen Call-Center MEDPHONE eine Schlüsselrolle zu. Eine professionelle Erstbeurteilung per Telefon ermöglicht die bedürfnisgerechte und unmittelbare Zuweisung des



MEDPHONE-Beraterinnen beantworten heute weit über 80'000 Notfall-Anfragen im Jahr.

Foto: Martin Bichsel

Patienten zur weiteren Abklärung oder Behandlung. Während der Nacht und an Feiertagen werden die Patienten, wenn notwendig, primär an den Dienstarzt des Spitals vermittelt. Dies entlastet die diensttuenden Hausärztinnen und Hausärzte. Rainer Felber, Vizepräsident der BEKAG und verantwortlich für das Ressort Notfalldienst, betont denn auch, dass die Ärzteschaft aus standespolitischen Gründen für die Gewährleistung des Notfalldienstes verantwortlich bleiben muss: «Es ist nach wie vor so, dass die niedergelassenen Ärzte den Hausbesuch machen.»

Entlastung der Ärzteschaft im Notfalldienst

Für Hausärztinnen und Hausärzte stellt diese Dienstübernahme während der Nacht und an Feiertagen eine spürbare Entlastung dar. Solche Verbesserungen tragen wesentlich dazu bei, dass das Interesse am Beruf des Hausarztes nicht weiter sinkt. Auch die Spitalnotfallporten profitieren von der Zusammenarbeit mit MEDPHONE. Medizinische Informationen werden weitergeleitet, Überlastungen der Notfallporten können verhindert werden und nicht zuletzt entlastet die Triage durch ein medizinisches Call-Center den Zustrom auf die Notfallporten. Dabei wird der Bevölkerung weiterhin eine optimale Notfalldienstversorgung geboten.

Die verstärkte Kooperation zwischen privaten und öffentlichen Spitalern im Kanton Bern, mit dem Notfallzentrum am Inselspital, der Ärzteschaft und MEDPHONE, bezeugt den gemeinsamen Willen der Beteiligten, im Kanton Bern zusammenzuarbeiten und gemeinsam den Notfalldienst für die Bevölkerung sicherzustellen.

MEDPHONE

Die ärzteigene Notfallzentrale MEDPHONE hat eine rasante Entwicklung erlebt. 2004 auf Initiative der BEKAG gegründet, gehört sie heute zu den führenden Ärztenotrufzentralen in der Schweiz. In den letzten sechs Jahren haben sich die Anrufrufen verdreifacht. Vierzehn medizinische Beraterinnen bewältigen heute weit über 80'000 Anrufe im Jahr. MEDPHONE ist nebst dem Kanton Bern auch in der Stadt Luzern und weiteren Regionen in der Deutschschweiz tätig. Damit arbeiten schweizweit über 1'500 Ärztinnen und Ärzte mit MEDPHONE zusammen. Neu hat sich der Kanton Zug für eine Zusammenarbeit mit MEDPHONE entschieden. Die Notrufzentrale ist zu 100 Prozent in Ärztehand.

Wie die EDV zu den Berner Ärzten kam

Als ich 1978 meine Praxis eröffnete, brachten Patienten noch Rechnungsformulare der Krankenkasse mit. Wir füllten diese Formulare von Hand aus und schickten sie den Kassen. Elektronische Datenverarbeitung (EDV) kannten damals nur die ETH und die US-Army. Und «Stent» war den wenigsten ein Begriff.

*Dr. med. Andreas Bieri,
Vorstandsmitglied BEKAG*

1979 war das entscheidende Ereignis. Der frühere Berner-Krämer-Tarif (jeder Kanton hatte seinen eigenen Tarif, nach dem Prinzip erste Konsultation: Franken 31) wurde umgebaut in einen Taxpunkt-Tarif. Sämtliche Berner Ärzte sassen mit ihren Mitarbeiterinnen einen Tag lang in einem grossen Saal im Berner Bahnhof und hörten diese Neuigkeit. Irgendeinmal sagte ein Referent, dass dieser Umbau unter anderem auch im Hinblick auf die Einführung von EDV geschehe. Nun war es mit meiner Längeweile vorbei, und am Schluss der Tagung sagte ich meiner Frau: Wir kaufen einen Computer. Diese Maschine startete 1980 ihre Tätigkeit, und drei Abrechnungsfrauen konnten sinnvollere Arbeiten übernehmen. Honeywell Bull / ASA 61 hiess das Baby, war so gross wie zwei Schreibtische (siehe Bild), hatte Disketten wie Tortenplatten und einen Drucker, der wie ein Maschinengewehr ratterte. Alles war im Keller, verkabelt in die Praxis und ist zehn Jahre ohne irgendeine Modifikation gelaufen. Zwar kostete die Maschine stolze 65'000 Franken und das eigens dazu entwickelte Programm immerhin noch 25'000 Franken. Aber ich konnte genau sagen, wie ich es wollte, musste mit jeder Krankenkasse einzeln die Darstellung der Rechnung aushandeln – und alles funktionierte. Die Abrechnungsfrauen bei den Krankenkassen holten jeweils zuerst unsere Rechnungen hervor, «da man diese besser lesen könne». Es hat sich gelohnt, bezüglich Kosten, bezüglich Arbeitsaufwand und bezüglich Ärger. EDV-Verantwortliche von Spitälern und Lieferantenfirmer kamen vorbei. EDV hat damals die Arbeit vereinfacht und nicht verkompliziert wie heute. Die Maschine wurde anschliessend von Honeywell Bull abgeholt und steht heute im Computermuseum!

Sachverständiger und Systemtester

Als meine Maschine in Betrieb genommen wurde, bastelte Jean-Pierre Messerli, der Sohn eines Hausarztes, am ersten PC herum und entwarf ein Abrechnungsprogramm für seinen Vater. Mit der Lancierung von brauchbaren PCs durch IBM witterte Messerli sei-

ne grosse Chance. Er gründete die Firma Praxidata. 1990 waren bereits mehrere Firmen mit Abrechnungslösungen für die Praxis auf dem Markt. Als «Sachverständiger» mussten ich und meine Sekretärin diese Systeme jeweils testen und unsere Kommentare abgeben. Die Systeme wurden bezahlbar und die Krankenkassen stellten um. Wer in den 90er Jahren noch nicht elektronisch abrechnete, war ziemlich im Hintertreffen.

Ab 2000 kam dann die Idee auf, dass man auch die Krankengeschichte elektronisch abwickeln könnte. Furchtbar sei es, wenn der Arzt sich immer hinter dem Bildschirm verstecke, sagten einige, genau gleich, wie wenn er schreibe, sagten andere. Als sich im Jahre 2005 in Holland die «Huisartsenposten» im ganzen Land etablierten, arbeiteten bereits sämtliche Hausärzte im Notfalldienst mit elektronischen KG. Innerhalb weniger Jahre stieg der Anteil elektronischer Software in den Hausarztpraxen von 5% auf 85%. Auch bei uns sieht man heute, dass mit der Ausbreitung von Notfalldiensten der Vorbehalt gegen die elektronische KG in der Praxis sinkt. Heute existieren mehrere gute, bezahlbare Produkte. Leider haben die Ärzte das Heft etwas aus der Hand gegeben und zuwenig Einfluss

auf die Gestaltung dieser Programme genommen. Als Anwender müssten wir wieder viel mehr Einfluss darauf nehmen, wie diese Programme ausgestaltet sein sollten und dies nicht den EDV-Spezialisten überlassen. Eines kann ich aus meiner Erfahrung sagen: Wenn ein EDV-Spezialist sagt, dies oder jenes sei aus technischen Gründen nicht möglich, dann ist Vorsicht geboten!

Die Computertechnik ist heute so ausgefeilt, dass ich froh sein kann, noch die Grundanwendungen zu beherrschen: Ich kann im Notfalldienst mit der elektronischen KG arbeiten, aber nicht viel mehr. Wenn ich vor Jahren an die IFAS ging und mich bei den EDV-Ständen vorstellte, standen alle auf und drückten mir die Hand. «tempora mutantur...»



Fotos:
zvg, Andreas Bieri

Der Honeywell Bull / ASA 61 war so gross wie zwei Schreibtische, hatte Disketten wie Tortenplatten und einen Drucker, der wie ein Maschinengewehr ratterte.

Die Checkliste

In der Vergangenheit hat es genügt, viel von Medizin zu verstehen und ein wissenschaftlich ausgebildeter «Health Professional» zu sein. Heute sind zusätzliche Eigenschaften, die wir eher bei Ingenieuren vermuten würden, gefragt. Es ist die Fähigkeit, sehr komplexe und arbeitsteilige Systeme zu beherrschen, zu steuern und zu verändern, so Prof. em. Thomas Zeltner in seiner Festrede anlässlich der diesjährigen Diplom- und Promotionsfeier der Medizinischen Fakultät der Universität Bern.

*Prof. em. Thomas Zeltner,
ehemaliger Direktor des Bundesamtes für Gesundheit*

Liebe Diplomandinnen und Diplomanden,
Liebe Doktorandinnen und Doktoranden
und schliesslich
Liebe Angehörigen und alle andern,

Auch von meiner Seite die herzlichsten Glückwünsche zum heutigen Tag und zur heutigen Zwischenetappe auf Ihrem beruflichen Lebensweg.

Sie treten in eine grossartige nächste Phase des Berufslebens ein. Diese zeichnet sich vor allen dadurch aus, dass Sie mehr und mehr Verantwortung übernehmen werden: Verantwortung für die Ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten und deren Angehörige; für Ihr Arbeitsteam und schliesslich für sich selbst.

Viel Vertrauen

Sie gehören ab heute zu einer ganz kleinen Gruppe von Menschen, denen der Staat ganz besonders viel Vertrauen schenkt und Ihnen Rechte einräumt, die 99 % der Bevölkerung verschlossen bleiben. Mit dem Ziel anderen zu helfen, dürfen sie ab heute verbotene Substanzen beziehen und verschreiben, Menschen der Wirkung von Röntgenstrahlen aussetzen, Organe von einer Person auf eine andere übertragen, im wörtlichen Sinne ins Herz anderer Menschen hineinschauen. Die Schweizer Regierung (vertreten durch die Medizinische Fakultät) übergibt Ihnen heute ein Diplom im Vertrauen darauf, dass Sie verantwortungsvoll mit diesen Kompetenzen, mit dieser Macht umzugehen gelernt haben und auch umgehen werden. Was vor tausenden von Jahren als einfaches Versprechen zwischen Ärzten begonnen hat, ist heute eine völkerverbindende Regelung. Ähnliche Diplomierungen finden heute fast überall statt: tief in Afrika ebenso, wie in der Mongolei oder in San Francisco. Und überall ist es die gleiche Botschaft: wir, die Gemeinschaft, zeichnen Sie aus und schenken Ihnen ein großes Vertrauen.

Verantwortung ist in der Medizin kein leeres Wort, sondern manchmal auch schmerzlicher Alltag. Wie viele von Ihnen habe ich nach dem Studium meine Lehrzeit als Assistenzarzt in einer Universitätsklinik begonnen.

Es muss ein Wochenende im August 1978 gewesen sein, als ich das erste Mal Wochenenddienst hatte – mit einem Gefühl von Stolz, aber auch etwas Mulmigkeit in mir.

Der zuständige Oberarzt führte mich sorgfältig in alle Fälle der Abteilung, auch in die traurige Geschichte einer 54-jährigen Patientin. Sie war eine alleinstehende Gastarbeiterin, sprach nur serbisch, und litt an einem weit fortgeschrittenen Blasenkrebs. Der Oberarzt meinte, dass sie das Wochenende möglicherweise nicht überleben würde. Sie hatte einen umfassenden Therapieplan, insbesondere in Bezug auf Schmerzmittel. Sollten die verschriebenen Medikamente nicht genügen, sollte ich den diensthabenden Narkosearzt zu Hilfe rufen und nicht selber handeln, denn das Risiko einer Überdosierung wäre zu gross.

Es kam, wie es kommen musste. In der Nacht zum Sonntag um 02.15 Uhr in der Früh holte mich die Stationschwester aus dem knappen Schlaf und sagte, dass die Patientin mit dem Blasenkrebs sehr unruhig sei und weine. Als ich zur Station eilte, hörte ich ihr Weinen schon im Gang. Die nächsten 60 Minuten entwickelten sich zu einem Alptraum. Die zwei diensthabenden Pflegefachpersonen und ich versuchten verzweifelt den Narkosearzt zu erreichen (er wurde im Notfall gebraucht) und suchten nach Wegen, die Patientin zu beruhigen und eine Person serbischer Muttersprache zu finden. Denn in all ihrem Schmerz versuchte die Patientin uns etwas mitzuteilen. Vergeblich. Als der Narkosearzt endlich, endlich kam, war die Patientin in grosser Einsamkeit und Not schon verstorben. Wir waren alle zutiefst erschüttert und beschämt. Hier

waren wir in einem Universitätsspital, das bestens auf alle nur denkbaren Notfälle vorbereitet schien und auf fast jedes medizinische Problem eine Antwort zu haben schien – und dann das. Still und verzweifelt schlichen wir dem Morgengrauen entgegen, gequält vom Gedanken, was wir denn anders und besser hätten machen können. Sie werden sich fragen, weshalb ich Ihnen ausgerechnet heute, ausgerechnet an diesem Feiertag diese traurige Geschichte erzähle.

Systemversagen

Ich erzähle sie Ihnen hier, weil ich möchte, dass Sie diese kurze Begebenheit nie mehr vergessen. Und dass Sie sich bewusst werden, dass es in Ihren Händen liegen wird, das Schweizer Gesundheitswesen so auszugestalten, dass sich das Schicksal der serbischen Patientin nicht wiederholen wird. Es liegt an Ihnen, entsprechende Veränderung zu erwirken.

Heute ist mir klar geworden, dass es nicht menschliches Versagen war, das die Ursache des traurigen Endes der serbischen Patientin war, sondern vielmehr ein Systemversagen. Niemand von uns hat in dieser Nacht einen Fehler gemacht. Das Problem bestand einzig darin, dass niemand zum Voraus an eine solche Eventualität gedacht hatte und niemand die Idee hatte, die Adresse einer Person mit Serbisch-Kenntnissen in der Krankengeschichte zu vermerken. Wäre ja eigentlich einfach und logisch gewesen. Sie werden sicher einwenden, dass man schlechterdings nicht an alle Eventualitäten denken und Massnahmen planen kann. Stimmt.

Aber das ist genau der springende Punkt: Die übersichtliche, wenn auch nur beschränkt wirksame Heilkunst von einst ist zu einem unüberschaubaren, hochkomplexen System mutiert. Die Medizin hat sich in eine riesige Tinguely-Maschine verwandelt.



Thomas Zeltner: «Die Heilkunst von einst ist zu einem hoch komplexen System mutiert.»

Foto: Keystone

Wir kennen heute 13'600 Diagnosen, haben über 6'000 Medikamente und weitere 5'000 therapeutische Möglichkeiten in der Hand. Das medizinische Wissen verdoppelt sich (so die neuesten Schätzungen) alle 3,5 Jahre! Wer will da den Überblick noch behalten? Immer und überall kann etwas schief gehen, Unvorhersehbares gehört zum Alltag und fast jede Situation kann sich rasch in eine lebensbedrohliche Krise verwandeln.

Medizinische Checkliste

Dieser Wandel verlangt nach neuen Kompetenzen: hat es in der Vergangenheit genügt, viel von Medizin zu verstehen und ein wissenschaftlich ausgebildeter «Health Professional» zu sein, sind heute zusätzliche Eigenschaften gefragt, die wir eher bei Ingenieuren vermuten würden. Es ist die Fähigkeit, sehr komplexe und arbeitsteilige Systeme zu beherrschen, zu steuern und zu verändern. Und von dieser Disziplin können wir damit auch viel lernen. Denn Ingenieure sind seit Jahren mit höchst komplexen Systemen vertraut, sei es das Führen eines Flugzeugs oder eines U-Boots oder auch der Bau eines Wolkenkratzers. Ihre Berufserfahrung hat sie robuste und manchmal überraschend einfache Lösungen finden lassen. Zum Beispiel, dass das gemeinsame Durchgehen einer Checkliste vor dem Abheben eines Flugzeugs wesentlich zur Flugsicherheit beiträgt. Zu leicht wird im Stress des Abflugs und erst recht, falls etwas aus dem Ruder läuft, eine Kleinigkeit vergessen oder übersehen, mit vielleicht schwerwiegenden Folgen. Eine Checkliste hätte wohl auch unserer Krebspatientin geholfen. Eine solche Checkliste schreibt vor, an was alles zu denken ist und was vorzubereiten ist in Bezug auf ein mögliches Sterben. Nicht überraschend arbeitet eines

der besten Krebspitäler der Welt, das Dana-Faber Cancer Institute der Harvard-Universität, heute im Hinblick auf ein würdiges Sterben mit einer Checkliste. Checklisten geben, so die Erfahrung, nicht nur Sicherheit in schwierigen und kritischen Situationen, sie verbessern auch ganz wesentlich die Kommunikation mit den Patienten und ihren Angehörigen sowie zwischen den Betreuenden. Sie helfen Kommunikationsbrüche zu vermeiden, wie sie im Schichtbetrieb eines Spitals fast unausweichlich sind. Die Verbesserung der Kommunikation ist vielleicht ihr grösster Mehrwert.

Fürsorge

Das Schicksal der Blasenkrebs-Patientin enthält aber noch eine weitere Geschichte. Nämlich diejenige der beteiligten Betreuungspersonen. Vor lauter Beschäftigung mit den Patientinnen und Patienten vergessen wir nur allzu häufig, dass auch unsere Kollegen und Mitarbeitenden Fürsorge brauchen. Und, dass es nicht selbstverständlich ist, Ereignisse, wie jenes am frühen Sonntagmorgen im August 1978 zu verarbeiten. Bald werden Sie alle Mitglied eines Teams sein und – schneller als Sie denken – werden Sie auch Chef eines Teams werden. Ich wünschte mir, dass Sie sich die Worte von Bob Chapman, eines weisen, erfahrenen und erfolgreichen Spitaldirektors in den USA zu eigen machen. Er schrieb: «In Gesundheitsberufen Tätige brauchen Fürsorge. Damit sie im Stande sind, ihre Patienten mit voller Hingabe zu pflegen und zu betreuen, müssen sie spüren, dass ihre Vorgesetzten die Überzeugung haben, dass ihr Leben und ihre Gesundheit um keine Spur weniger wichtig sind als die ihrer Patienten».

Nicht alles in unserer Hand

Im Sommer 2010 hat ein amerikanischer Kollege (so werden Sie zukünftig ihre Berufskollegen ansprechen), Atul Gawande, bei der Diplomfeier der Mediziner an der Stanford-Universität seine Rede mit folgenden Sätzen beendet:

«Sie werden Teil eines ganz besonderen Berufes. Wir Mediziner und Wissenschaftler sind alle im Geschäft des Überlebens tätig, aber auch in einem Beruf, wo es um Sterben geht. Angesichts der Unausweichlichkeit von Leiden und Tod werden unsere Erfolge stets auf Grenzen stossen, Grenzen des Wissens und Grenzen unserer Fähigkeiten. Sinnhaftigkeit finden wir in unserem Bestreben, Mitmenschen und Gemeinschaften zu helfen und darin, das Beste zu geben und zugleich zu akzeptieren, dass nicht alles in unserer Hand liegt. Das wird viel Wissen erfordern. Viel ärztliche Kunst, auch einiges an Innovation und an Ambition. Und es wird schliesslich viel Bescheidenheit einfordern. Das Grossartige daran aber ist: Das ist genau das, was Sie zukünftig tun werden.»

Ich wünsche Ihnen allen viel Erfolg!
Prof. em. Thomas Zeltner

Nationaler Telefondolmetschdienst

Seit April 2011 ist neu ein nationaler Telefondolmetschdienst für den Gesundheitsbereich in Betrieb. Seine Telefonnummer lautet: 0842 442 442. Er nimmt an allen Wochentagen rund um die Uhr Anrufe aus der ganzen Schweiz entgegen und vermittelt geeignete Dolmetscher/innen. Der Telefondolmetschdienst wird in den Amtssprachen Deutsch, Französisch und Italienisch angeboten, und es werden zwölf Dolmetschsprachen vermittelt. H+ Die Spitäler der Schweiz unterstützt dieses Vorhaben.

*Agathe Blaser, Kommunikationsverantwortliche
Nationales Programm Migration und Gesundheit, BAG*

Wenn es um die Gesundheit geht, ist es entscheidend, zu verstehen und verstanden zu werden. Fremdsprachige brauchen daher bei Beratungsgesprächen oder Konsultationen oft interkulturelles Übersetzen. Während bei heiklen Kommunikationssituationen eine persönlich anwesende Fachkraft nötig ist, hat sich Telefondolmetschen in vielen Fällen als geeignete und effiziente Ergänzung erwiesen.

Der nationale Telefondolmetschdienst ist ein Projekt des Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2008-2013. Er soll insbesondere in Spitälern, Kliniken, Ambulatorien, Hausarztpraxen und Pflegeheimen zum Einsatz kommen. Die neue Dienstleistung ist als Ergänzung zum bestehenden Angebot interkulturelles Übersetzen vor Ort zu verstehen. Sie wird von AOZ Medios angeboten, einem kompetenten Partner, der seinen bisherigen Telefondolmetschdienst national erweitert hat.

Der nationale Telefondolmetschdienst ist für die Kunden kostenpflichtig, und wer seine Dienste in Anspruch nehmen will, muss sich vorgängig registrieren lassen. AOZ Medios wird für den Aufbau des Dienstes und dessen Führung bis Ende 2013 durch das BAG unterstützt. Es werden die folgenden Dolmetschsprachen vermittelt:

Albanisch, Arabisch, Italienisch, Kurdisch, Portugiesisch, Russisch, Serbisch-Kroatisch-Bosnisch, Somalisch, Spanisch, Tamilisch, Tigrinya, Türkisch.

Je nach Entwicklung der Nachfrage wird das Sprachangebot national und regional ergänzt werden.

Zurzeit leben in der Schweiz etwa 200'000 Personen, die weder eine Landessprache noch Englisch verstehen. Zudem gibt es eine nicht zu unterschätzende Anzahl Migranten und Migrantinnen, die zwar ein Alltagsgespräch bewältigen können, aber



*Dank Telefondolmetschen wird die Verständigung möglich.
Foto: Interpret*

bei komplexeren Erläuterungen zu Gesundheitsfragen sprachliche Unterstützung benötigen. Verständigungsschwierigkeiten können sonst die medizinische Betreuung behindern oder gar den therapeutischen Erfolg verunmöglichen.

Wissenschaftliche Studien belegen: Wer keine Landessprache spricht, ist signifikant weniger gesund und psychisch weniger ausgeglichen als der Bevölkerungsdurchschnitt. Ein Teil der in der Schweiz lebenden Migrantinnen und Migranten ist von Verständigungsproblemen, Integrationsschwierigkeiten und schlechtem Gesundheitszustand betroffen. Das interkulturelle Übersetzen (vor Ort oder per Telefon) ist deshalb ein Schwerpunkt des Nationalen Programms Migration und Gesundheit 2008-2013. Unterstützt werden neben dem nationalen Telefondolmetschdienst auch die Ausbildung und Zertifizierung von interkulturellen Übersetzern und Übersetzerinnen sowie das nationale Kompetenzzentrum Interpret, das für Qualitätssicherung und Öffentlich-

keitsarbeit zuständig ist. Zahlreiche Studien beleuchten zudem qualitative, rechtliche und finanzielle Aspekte des interkulturellen Übersetzens.

Ansprechperson:
Michèle Baehler
Projektleiterin interkulturelles Übersetzen
Telefon 031 324 10 39
michele.baehler@bag.admin.ch

Weitere Informationen:
www.miges.admin.ch
www.inter-pret.ch
www.aoz.ch/medios

Unbefriedigende Planung

Berner KMU ist mit dem Stand der Arbeiten bei der Planung der Spitalversorgung nicht zufrieden und hat eine umfangreiche und kritische Stellungnahme abgegeben. Die Rolle privater Anbieter im ambulanten und stationären Bereich ist zu stärken.

*Hubert Wili,
Informationsbeauftragter Berner KMU*

«Der Kanton Bern kommt nicht darum herum, die angedachte Reduktion der Spitalversorgungsregionen von bisher sechs auf künftig vier deutlich rascher zu realisieren, als dies im Vernehmlassungsbericht angedeutet wird», heisst es in der Stellungnahme von Berner KMU. Verlangt wird, dass primär die Frage beantwortet wird, welche Spitäler nach 2020 die Versorgung des Kantons sicherstellen sollen.

Weiter wird bemängelt, dass die Bedeutung der Privatspitäler sowohl im Rahmen der umfassenden Grundversorgung als auch bei den spezialisierten Angeboten unterschätzt wird. So werden beispielsweise die

beabsichtigten Zusatzbedingungen an die Intensivstationen als diskriminierend beurteilt. «Die Privatspitäler auf diese Weise zu einem Zusammenschluss zu zwingen, widerspricht dem Wettbewerbsgedanken», schreibt der Verband, der zusammen mit wichtigen Berufsverbänden und Standesorganisationen auch in gesundheitspolitischen Fragen über eine ausgezeichnete Repräsentanz verfügt. Unterschätzt würden auch die privaten Leistungserbringer im Bereich der stationären Psychiatrie.

Als «ungenügend» taxiert werden die vorgesehenen Massnahmen zur Förderung des hausärztlichen Nachwuchses. Berner

KMU schreibt: «Die Hausärztinnen und Hausärzte sind ein wichtiger Bestandteil einer funktionierenden Grundversorgung. Wir empfehlen Ihnen dringend, diesen Handlungsbedarf anzuerkennen und entsprechende Massnahmen voranzutreiben». Nicht die Anzahl Studierender der Medizin sei primär zu erhöhen. Vielmehr sollten geeignete Anreize geschaffen werden, um die Verweildauer der diplomierten Ärztinnen und Ärzte am Patienten zu verlängern. Weiter ist dafür zu sorgen, dass genügend Fachkräfte in den nicht-universitären Gesundheitsberufen ausgebildet werden.

Abgelehnt wird sodann die Absicht, auf der Spitalliste pro Leistungserbringer eine maximal zulässige Leistungsmenge festzulegen. Es sei nicht erwiesen, dass eine solche Massnahme einen wirtschaftlichen Einsatz der öffentlichen Mittel bewirke. Im Gegenteil: «Vielmehr ist davon auszugehen, dass diese Wachstumsbeschränkung ineffiziente und teure Strukturen zementieren würde», heisst es im Schreiben.



Wir arbeiten auch gerne für ländliche Regionen.

In ländlichen Gebieten fehlt es zunehmend an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten. Deshalb werden nun im Kanton Bern attraktive Ärztezentren gebaut, die verschiedene medizinische Fachgebiete vereinen. Das finden wir gut. Medics Labor unterstützt diese innovativen Projekte mit neuen attraktiven Dienstleistungen.

medics labor
professionell und persönlich

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

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44
info@medics.labor.ch

Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern,
Bolligenstrasse 52, 3006 Bern / erscheint 6 x jährlich
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der
Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Redaktion: Marco Tackenberg und Markus Gubler,
Presse- und Informationsdienst BEKAG, 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 Juni 2011

Kinder-Blockhaus und Pflegebadewanne

Am 4. Mai 2011 wurde das Blockhaus im Kinderheim der Stiftung Aeschbacherhuus in Münsingen feierlich eingeweiht.

Dr. med. Jürg Schlup



Möglich machte den Bau der neuen Kinderattraktion eine Spende der Ärztesgesellschaft aus den Erlösen der 200-Jahr-Jubiläumsveranstaltungen. Mit der Einweihung sind die Unterstützungsprojekte der BEKAG abgeschlossen. Bereits vor Jahresfrist wurde in der Blindenschule Zollikofen die von der Ärztesgesellschaft gespendete Pflegebadewanne in Betrieb genommen.

Das Blockhaus begeistert die Kleinen.
Foto: Emilio Bossi

Aufruf!

Kandidieren Sie für die eidgenössischen Wahlen im Herbst 2011?

Sie streben einen Sitz im National- oder Ständerat an? Dann melden Sie sich! Als Mitglied der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern bieten wir Ihnen die einmalige Gelegenheit, sich im nächsten doc.be über 3'000 Ärztinnen und Ärzten im Kanton persönlich zu präsentieren. Verleihen Sie Ihrer Kandidatur zusätzlichen Schub mit einem Kurzporträt. Das Porträt umfasst Name, Wohnort, Partei und bisherige Vorstösse sowie eine Fotografie. Und falls gewünscht, stellen wir Ihre Angaben auch auf der BEKAG-Webseite online!



Im Herbst werden die Sitze im Nationalratssaal neu besetzt.
Foto: Keystone

Senden Sie Ihre Unterlagen bitte bis Montag, 18. Juli 2011, per Mail an tackenberg@forumpr.ch

oder per Post an
Presse- und Informationsdienst
Ärztesgesellschaft des Kantons Bern,
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8.



Egal wann und wo Sie abrechnen wollen:
Bleiben Sie in Kontakt

Leistungserfassung und Abrechnung via Internet

Alles, was Sie brauchen, ist ein Internetzugang. Unabhängig von Ort und Zeit haben Sie jederzeit Zugriff auf alle Funktionen und Informationen des Programms. Wartungsgebühren und Datensicherung können Sie getrost vergessen. Das übernimmt alles die Ärztekasse für Sie.



ÄRZTEKASSE
Genossenschaft
Steinackerstrasse 25 - 8902 Udorf
Tel. 044 436 17 74 - Fax 044 436 17 60
www.aerztekasse.ch
marketing@aerztekasse.ch

Beratung + Service + Software = Ärztekasse