



doc.be

Das Magazin der
Aerztesgesellschaft des
Kantons Bern

Nr. 1
Februar 2018



Themen dieser Ausgabe

**Notfalldienst im Kanton
Bern**

**Mehr Studienplätze für
Humanmedizin**

**Arzt-Patienten-Verhältnis
im digitalen Zeitalter**

Notfalldienst – wie weiter?



War der ambulante ärztliche Notfalldienst vor ein paar Jahren noch ein integraler und selbstverständlicher Bestandteil unserer ärztlichen Arbeit, den wir nicht begeistert, aber überzeugt erfüllt haben, ist er mittlerweile für etliche zu einer lästigen Aufgabe verkommen, welche man mit allen Mitteln zu umgehen versucht.

Selbstverständlich erfordern veränderte Rahmenbedingungen und vor allem ein verändertes Berufs- und Rollenbild der Ärzteschaft strukturelle Anpassungen. Dieses Thema griff denn auch eine Projektgruppe der BEKAG auf, sie berichtet über die Ergebnisse ihrer Arbeit in dieser Ausgabe des doc.be. Es zeigte sich: Einiges wurde bereits getan, etliches gibt es noch anzupacken. Dabei stehen wir vor einer grundlegenden Entscheidung: Behalten wir die Organisation des Notfalldienstes in unseren Händen oder geben wir sie ab, an den Staat oder an private Organisationen? Üben wir eine zentrale Kompetenz unserer ärztlichen Tätigkeit mindestens in einem gewissen Grad weiterhin selbstbestimmt oder denn als Befehlsempfänger aus? Überlegen wir gründlich, ob wir auch in diesem Bereich unsere Autonomie abgeben wollen. Denn eines ist klar: Die Notfalldienstplicht besteht, daran wird sich vorderhand nichts ändern.

Und unsere Patientinnen und Patienten? Sie werden sich sehr wohl daran erinnern, wer ihnen in der Not geholfen hat. Entsprechend werden sie dann auch für uns da sein, wenn wir sie brauchen. Oder eben nicht. Es ist nur eine Frage der Zeit, bis ein Gesetzesreferendum oder eine Volksabstimmung ins Haus stehen, welche uns unmittelbar betreffen.

Dr. med. Rainer Felber
Vizepräsident Aerztegesellschaft des Kantons Bern

Inhalt

- 4 Weiterentwicklung der Organisation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes im Kanton Bern**
Das Ausüben der Notfalldienstpflicht wird nicht mehr von allen Ärztinnen und Ärzten als selbstverständlich angesehen. Eine Analyse der BEKAG zeigt die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung.
- 10 Autonomie heisst auch Verantwortung**
Kommentar des BEKAG-Präsidenten Beat Gafner zur Analyse des Notfalldienstes.
- 11 Plus 100 Studienplätze Humanmedizin – cui bono?**
100 Studienplätze Humanmedizin mehr in Bern, braucht es sie überhaupt? Und wenn ja – cui bono, wem zum Vorteil?
- 14 «Wir als Mediziner müssen uns gemeinsam stark machen»**
doc.be hat bei Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos nachgefragt, wie er sein Amt als wissenschaftlicher Sekretär der BEKAG angehen will.
- 16 Befähigen heisst das Zauberwort**
Medizinische Laien können sich dank Google und Co. schnell und einfach informieren. Wie verändert sich dadurch das Verhältnis zwischen Arzt und Patient?
- 17 AD Swiss – die eHealth-Plattform Ihrer Wahl**
Die Teilnahme am Elektronischen Patientendossier (EPD) ist für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte freiwillig. Dennoch stellt sich ihnen die Frage, was das EPD für sie bedeutet.
- 20 Klassische Philosophie als Wegweiser im Praxisalltag**
Ein CAS-Lehrgang der Universität Luzern vereint Philosophie und Medizin.
- 22 Grossratswahlen 2018: Wahlkampfporträts**
Persönliche Wahlkampfporträts von BEKAG-Mitgliedern.

Jahresbericht 2017 der Ombudsstelle der Aerztegesellschaft des Kantons Bern

Im Jahr 2017 behandelten wir 83 Anfragen. Sie konnten alle bis Ende Dezember abgeschlossen werden. Wie schon im Vorjahr meldeten sich mehr Frauen als Männer: 46 versus 37.

Als Hauptkonfliktpunkte zwischen Arzt und Patient/in sind immer noch Kommunikations-Probleme zu nennen, welche zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen bzw. Unzufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung führten, häufig auch verbunden mit Beanstandungen bzw. Fehlinterpretationen von Arztrechnungen: Streitpunkte hier sind vor allem fehlende Transparenz der Tarmed-Positionen beziehungsweise mangelnde Bereitschaft des Arztes/der Ärztin, Auskunft über die Rechnungspositionen zu erteilen. Zudem sind oft die tarifierten «Notfall-Zuschläge» bzw. die oft aufgeführten «Arbeit in Abwesenheit des Patienten» für den Patienten schwer nachzuvollziehen.

Ein weiterer Problempunkt ist immer noch – wenn auch etwas weniger häufig als 2016 – die Herausgabe der Patienten-Dossiers an die Patienten auf deren Verlangen.

Die zwischenmenschlichen Kommunikationsprobleme konnten wir grossmehrheitlich in Gesprächen zwischen Ombudsfrau/-mann und Patient/in oder mit den betreffenden Arztpraxen klären, begleitet von wechselseitigem Brief- oder Mail-Verkehr und Telefonaten mit den Beteiligten.

Abschliessend möchten wir noch einen grossen Dank an das Sekretariat der BEKAG aussprechen, Frau Müller und Frau Zurkinder, welche uns mit grosser Kompetenz Telefonate abnehmen und bei Rückfragen behilflich sind.

Ombudsstelle Aerztegesellschaft
des Kantons Bern
Dres. med. Helene und Beat Baur

Impressum

doc.be, Organ der Aerztegesellschaft des Kantons Bern; Herausgeber: Aerztegesellschaft des Kantons Bern, Postgasse 19, 3000 Bern 8 / erscheint 6 × jährlich; Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Aerztegesellschaft des Kantons Bern; Redaktion: Marco Tackenberg, Simone Keller und Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst BEKAG, Postgasse 19, 3000 Bern 8, T 031 310 20 99, F 031 310 20 82; tackenberg@forumpr.ch, keller@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch; Inserate: Simone Keller, keller@forumpr.ch; Gestaltung/Layout: Definitiv Design, Bern; Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern; Titelbild: Keystone

Weiterentwicklung der Organisation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes

Das Berufs- und Rollenverständnis von (jungen) Ärztinnen und Ärzten befindet sich im Wandel. Das Ausüben der Notfalldienstplicht wird nicht mehr von allen als selbstverständlich angesehen. Um mögliche Weiterentwicklungen im Notfalldienst aufzuzeigen, hat die BEKAG eine Analyse durchgeführt.

Text: Andreas Bühner, Beat Gafner,
Rainer Felber, Thomas Eichenberger

Die Organisation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes und die Probleme bei deren Umsetzung stellen ein standespolitisches Dauerthema dar. Zwar konnten durch verschiedene Massnahmen strittige Punkte geklärt und auch eine gewisse Entspannung erreicht werden. Zu nennen sind dabei die erfolgreiche Weiterentwicklung des ärztlichen Callcenters MEDPHONE, die Zusammenarbeit etlicher Notfalldienstkreise mit Spitalnotfallportalen oder ähnlichen Einrichtungen wie Walk-in-Kliniken, die Errichtung von Hausarztposten mit Angliederung an Spitalnotfallportale, die Neustrukturierung/Vergrößerung von Notfalldienstkreisen und die Formulierung der Grundsätze der BEKAG zur Regelung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes in den Bezirksvereinen mit dem Anhang «Kriterien zur Anerkennung der fachärztlichen Notfalldienste».

Nichtsdestotrotz ist der ambulante ärztliche Notfalldienst ein Dauerbrenner. Die Strukturverände-

rungen in der medizinischen Versorgung und vor allem die Veränderungen im Berufs- und Rollenverständnis gerade auch der jungen Ärztesgeneration bringen mit sich, dass die bestehenden Strukturen den Anforderungen und Bedürfnissen nicht mehr gerecht werden. Es besteht weiterhin Handlungsbedarf.

Um mögliche Weiterentwicklungen im Notfalldienst aufzuzeigen, hat die BEKAG Ende 2016 eine Projektgruppe ins Leben gerufen, welche ihre Arbeiten in Zusammenarbeit mit dem Experten Dr. sc. nat. et med. Andreas Bühner anging, der über fundierte Kenntnisse in der Medizin und im Gesundheitswesen verfügt. Im vorliegenden Artikel werden die Ergebnisse der Arbeit dieser Projektgruppe und die Schlüsse, welche zusammen mit dem Bezirksvereins- und Fachgesellschaftspräsidenten daraus gezogen wurden, vorgestellt.

Die Befragung

Im März 2017 wurde unter Einbezug der Ärztlichen Bezirksvereine (ABV) eine Umfrage mittels Fragebogen lanciert. Es wurden die 31 Notfalldienstkreise des Kantons Bern und optional die fachärztlichen Notfalldienste befragt.

Die Resultate der Befragung wurden an der erweiterten Präsidentenkonferenz am 8. Juni 2017 in Schönbühl präsentiert und diskutiert. Dort wurde beschlossen, dass bei den säumigen Notfalldienstkreisen noch einmal nachzufragen sei. Mit dieser Massnahme konnte der Rücklauf der 31 an allgemeinärztliche Notfalldienstkreise verschickten Fragebogen von 18 (58 Prozent) auf 23 (74 Prozent) erhöht werden. Von fachärztlichen Notfalldiensten sind nur vereinzelt Fragebogen eingetroffen.

In der Befragung wurden Fragen zu folgenden Themen gestellt:

- A Organisation des Notfalldienstkreises**
- B Notfalldienstpflichtige**
- C Ersatzabgabe**
- D Besetzung des Notfalldienstes**
 - Anzahl der eingesetzten Ärzte
 - Belastung im Notfalldienst
- E Einschätzung der Organisation und der Situation**
 - Handlungsbedarf bezüglich des Notfalldienstes
 - Die Herausforderungen / Probleme
 - Ideen für Weiterentwicklung

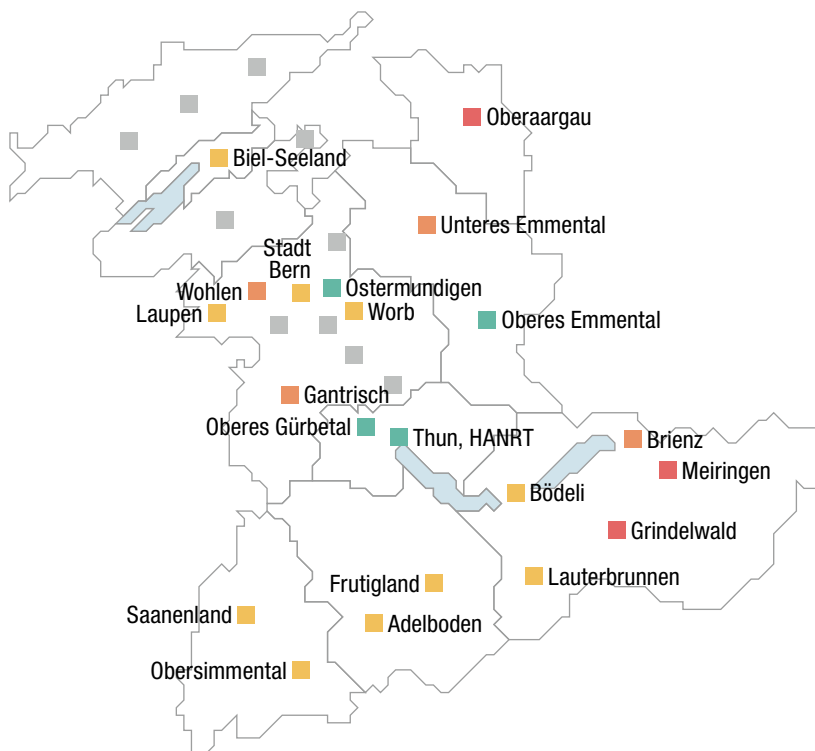
Ausgewählte Resultate

Im Folgenden werden die Resultate einiger ausgewählter Themen präsentiert und diskutiert.

Handlungsbedarf

Rund ein Drittel (33%) der Befragten stufen den Handlungsbedarf als dringend ein. Knapp die Hälfte (48%) sieht einen mittelfristigen und ein Fünftel (19%) überhaupt keinen Handlungsbedarf. Die Aufteilung nach Regionen zeigt die folgende Grafik (n = 31).

- Sofort (3)
- Demnächst (1–2 Jahre) (4)
- Mittelfristig (3–5 Jahre) (10)
- Nein (4)
- Unbekannt (10)



MEDPHONE – das Callcenter im Kanton Bern

78 %

der 23 an der Befragung teilnehmenden Notfalldienstkreise arbeiten mit MEDPHONE als Callcenter zusammen.

Einige wenige Notfalldienstkreise arbeiten bezüglich Notfallnummern mit regionalen Spitälern zusammen. Andere verzichten auf ein Callcenter. Damit verfügt der Kanton Bern bereits heute über ein einziges kantonales Callcenter, welches in ärztlicher Hand ist und grosse Teile des Kantons abdeckt.

Aufgaben im allgemeinen Notfalldienst

In allen Notfalldienstkreisen gehören Notfallkonsultationen in der Arztpraxis oder analoger Struktur, Hausbesuche und die Feststellung des Todes zu den Notfalldienst-Aufgaben.

Fürsorgereisende Unterbringung und lebensbedrohlicher Notfall sind bei

87 %

der Notfalldienstkreise Teil ihrer Aufgabe.

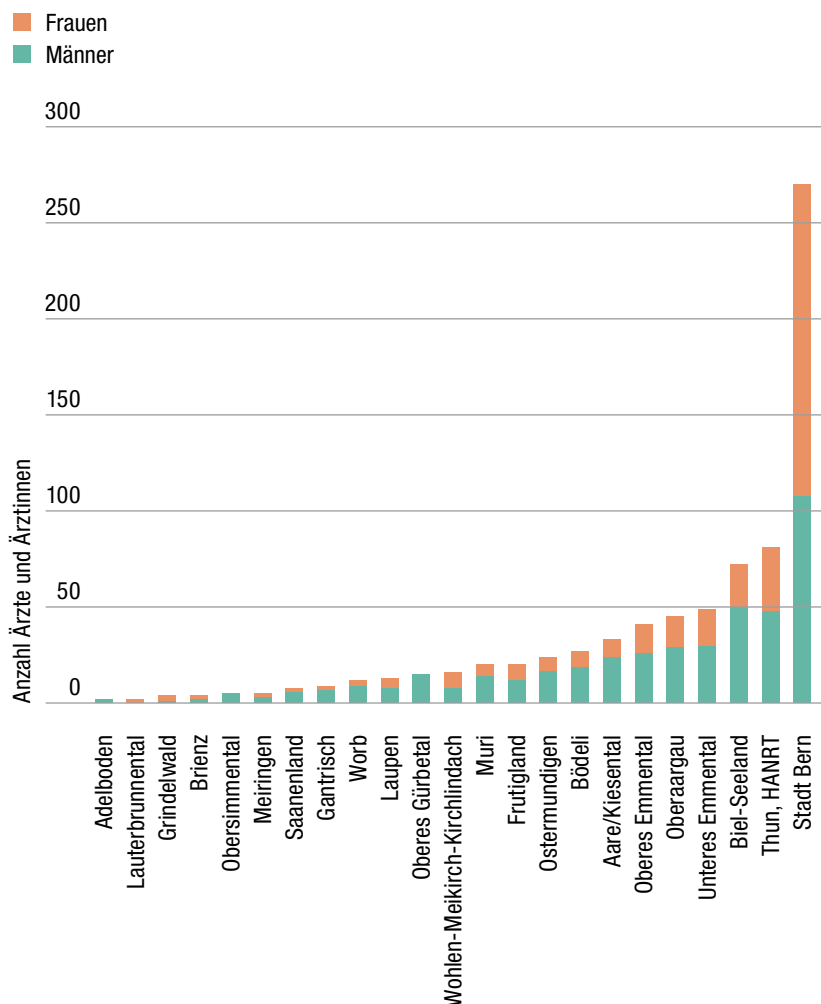
In fünf Notfalldienstkreisen gehört auch die Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit HEF dazu. Die HEF ist derzeit Thema von Gesprächen mit der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (ärztliche Aufgabe im Notfalldienst? Abgeltung? etc.).

Ersatzabgabe

Die erhobenen Ersatzabgaben werden – entsprechend ihrer Zweckbestimmung – für Belange des Notfalldienstes verwendet.

Anzahl Ärzte und Ärztinnen in den Notfalldienstkreisen

Diese Grafik beeindruckt durch die grossen Unterschiede bezüglich der Anzahl diensttuender Ärzte und Ärztinnen in den verschiedenen Notfalldienstkreisen (Min: 2 / Median: 16 / Max: 270 / n=23).



Belastung im Notfalldienst

Die Belastung der Notfalldienstkreise ist heterogen und reicht von «fast keine Arbeit» (vor allem nachts) bis «fast nicht mehr machbar». Neben der Intensität ist auch die Häufigkeit der Notfalldienste pro Person relevant und in einigen Notfalldienstkreisen kritisch.

Herausforderungen

Als Herausforderungen wurden gefunden:

- Strukturwandel in der Gesundheitsversorgung und Wandel in der Gesellschaft. Das bedeutet weniger Einzelunternehmer, mehr Angestellte, mehr Teilzeit, mehr Frauen, Arbeits- nicht gleich Wohnort, zunehmend grössere Unternehmen im ambulanten Bereich;
- die Organisation des Notfalldienstes wird immer aufwändiger. Zudem ist keine Entschädigung vorgesehen, weil kein Leistungsauftrag vorhanden ist. Tarmed entschädigt die Organisation des Notfalldienstes nicht;
- ungleiche Verteilung des Notfalldienstes: Kleine Dienstkreise sind stark durch die Häufigkeit des Dienstes belastet;
- Hausärztemangel, Überalterung, Nachfolgeproblem auf dem Land;
- Notfalldienst als Standortnachteil bei der Suche von Praxisnachfolgern;
- Unzufriedenheit mit Notfalldienstpflicht und sinkende Bereitschaft mitzumachen;
- Spannungsfeld Grundversorger – Spezialisten: Spezialisten wollen sich aus verschiedenen Gründen nicht mehr am allgemeinen Notfalldienst beteiligen.

Weiterentwicklung

Folgende Ideen zur Weiterentwicklung des Notfalldienstes wurden genannt:

- Vergrössern der Dienstkreise;
- Professionalisierung (jedoch: Wer gibt den Auftrag? Wer bezahlt?);
- bessere Zusammenarbeit mit anderen Organisationen (z. B. Zusammenarbeit mit Mobile Ärzte, SOS-Ärzte Turicum AG);
- Finanzierungsmodell erarbeiten, Beteiligung durch Kanton;
- zukunftsorientierten Dienst entwickeln (Struktur- und Gesellschaftswandel berücksichtigen);
- Miteinbezug der Basis;
- gerechtere Aufteilung des Dienstes thematisieren;
- unterschiedliche Herausforderungen in den Regionen: Es sind regionale Lösungen zu suchen;
- Austausch der Notfalldienst-Regionen im Kanton fördern;
- kantonale und nationale Ebene berücksichtigen: Die Gesundheitsversorgung ist kantonal, der Tarif ist national.

Schlussfolgerungen

Die Befragung und die Diskussion der Resultate zeigen:

- Handlungsbedarf besteht, teilweise bereits jetzt, sicher in 3–5 Jahren;
- regionale Lösungen sind gefragt;
- eine zentrale Lösung unter der Federführung der BEKAG ist zurzeit nicht erwünscht.

Als Aufgaben der BEKAG stehen im Vordergrund:

- Überblick über den ganzen Kanton Bern behalten; eventuell erneute Befragung in 3–5 Jahren;
- Austausch zwischen den Regionen fördern;
- punktuelle Unterstützung z. B. bei einem Pilotversuch;
- kantonale und nationale Themen vertreten.

Dr. sc. nat. et med. Andreas Bühler war ursprünglich Arzt, bevor er an der ETH Zürich am Institut für Biomedizinische Technik und medizinische Informatik doktorierte und ein Nachdiplom in angewandter Statistik erwarb. Er ist heute als selbständiger Berater im Bereich der Schnittmengen von Medizin/Gesundheitsversorgung, Informationssystemen, Datenanalyse, Management und deren Spannungsfelder tätig. www.a-b-consulting.ch

Diskussion

Die Arbeiten der Projektgruppe und insbesondere die Umfrage bestätigen, dass im ambulanten ärztlichen Notfalldienst im Kanton Bern weiterhin eine ausgeprägte Heterogenität besteht. Dies betrifft die Organisation des Notfalldienstes, die Belastung durch den Notfalldienst, die Probleme und die Dringlichkeit, Lösungen und neue Wege zu definieren. Ebenso klar hat sich aber auch gezeigt, dass der Strukturwandel und das veränderte Berufs- und Rollenverständnis der Ärzteschaft erfordern, dass mindestens mittelfristig neue Organisationsformen im Notfalldienst erarbeitet werden müssen, beispielsweise in Richtung professionalisierte Angebote. Allerdings ist dieses Problembewusstsein noch nicht bei allen gleich weit gediehen, haben doch trotz wiederholtem Nachhaken nur 74 Prozent der befragten Notfalldienstkreise an der Umfrage teilgenommen.

Getroffene Massnahmen wirken sich positiv aus

Bestätigt hat sich, dass die bereits getroffenen Massnahmen, wie sie in der Einleitung erwähnt wurden, sinnvoll sind und einen positiven Effekt haben. Speziell erwähnt sei in diesem Zusammenhang auch das ärzteigene Callcenter MEDPHONE, mit welchem 78 Prozent der antwortenden Notfalldienstkreise bereits zusammenarbeiten. Aus Analysen in anderen Kantonen wissen wir, dass eine möglichst übergreifende Zusammenarbeit mit einem einzigen Callcenter eine wichtige Basis für die Erarbeitung neuer Organisationsformen im Notfalldienst darstellt. Im Kanton Bern haben wir diesbezüglich also einen wichtigen Schritt bereits getan. Dass es aktuell Notfalldienstkreise gibt, welche die Zusammenarbeit mit MEDPHONE aufkündigen, ist in diesem Kontext als Rückschritt anzusehen und stimmt nachdenklich.

Bezirksvereine wollen ihre Autonomie behalten

In der Diskussion der Umfrage und der sich stellenden Probleme wurde rasch klar, dass regionalisierte Lösungen gefragt sind und die ärztlichen Bezirksvereine ihre aktuell bestehende Autonomie und erstinstanzlich geltende Verantwortung bewahren wollen. Dies wurde von den zuständigen Bezirksvereinsvertretern wiederholt bestätigt. Eine übergreifende, kantonsweite Organisation des Notfalldienstes steht – mindestens zurzeit – nicht im Vordergrund. Somit stehen primär die Bezirksvereine in der Pflicht, die Weiterentwicklung der Organisation des Notfalldienstes aktiv voranzubringen.

Die BEKAG sieht mindestens vorderhand ihre Aufgabe vorwiegend darin, Lösungsvorschläge anzubieten, beratend beizustehen, den Austausch unter den Beteiligten zu fördern, die Ärzteschaft nach aussen zu vertreten (beispielsweise gegenüber den Behörden), Pilotprojekte zu unterstützen und ihre in Statuten und Reglementen definierte Oberaufsichtspflicht wahrzunehmen. Im Weiteren wird die BEKAG sicher auch eine weitere Harmonisierung der Notfalldienstreglemente der Bezirksvereine anstreben, wie sie durch die Definition der Grundsätze im Notfalldienst mit dem Anhang zu den fachärztlichen Notfalldiensten initiiert und in verschiedenen Bezirksvereinen bereits umgesetzt wurde.

Die Notfalldienstpflicht besteht weiterhin!

Eines darf bei all diesen Diskussionen nicht vergessen werden: Gemäss geltenden rechtlichen Grundlagen besteht für alle fachlich eigenverantwortlich tätigen Ärztinnen und Ärzte mit Berufsausübungsbewilligung (also auch für Angestellte in Arztpraxen oder Gesundheitszentren) unverändert und klar die Notfalldienstpflicht, welcher – mit wenigen Ausnahmen – durch Leisten des Notfalldienstes oder Entrichtung einer Ersatzabgabe (gemäss geltenden Reglementen) nachgekommen werden muss.

Weiterhin ist der Notfalldienst im Kanton Bern durch die Berufsverbände organisiert, wobei die erstinstanzliche Verantwortung bei den Bezirksvereinen liegt, was auch weiterhin so gewünscht wird (siehe oben). Dabei verbleibt diese Verantwortung auch bei den Bezirksvereinen bzw. deren Vorständen, wenn im Notfalldienst mit privat organisierten Institutionen zusammengearbeitet wird.

Der Strukturwandel im Notfalldienst wird von der BEKAG sicher weiterhin aufmerksam verfolgt und durch Wiederholung von Umfragen auch objektiviert werden. Wichtig wird auch die Mitarbeit an der voraussichtlich im Jahr 2020 anstehenden Revision des Gesundheitsgesetzes des Kantons Bern sein.

Bei all diesen Veränderungen hat es die Ärzteschaft in der Hand, ob sie die Organisation des Notfalldienstes in ihrer Verantwortung behalten oder – wahrscheinlich unwiederbringlich – abgeben will, an den Staat oder an profitorientierte Private. Dabei geht es nicht mehr und nicht weniger darum, ob wir unsere ärztliche Tätigkeit mindestens in einem gewissen Grad weiterhin selbstbestimmt oder denn als Befehlsempfänger ausüben wollen.

Autonomie heisst auch Verantwortung

«You Can't Always Get What You Want» – The Rolling Stones – Album «Let It Bleed», 1969. Diesen Untertitel wählte ich einst auch einleitend zu meinem «Monitoring Notfalldienst Kanton Bern – 2006». Der Titel kann sich sowohl an Sie als Leser und an mich als Textschreiber richten oder als allgemein gültige Feststellung aufgefasst werden.

Text: Beat Gafner, Präsident der Aerztesgesellschaft des Kantons Bern

In Ausübung meiner Profession als Hausarzt gehört das selbstverständliche Ausüben und Erfüllen der selbstverständlichen Notfalldienstplicht zu den Aufgaben, die mir die Gesellschaft auferlegt, sei es im Eid des Hippokrates im Jahre 460 v. Chr. oder heute 2018 n. Chr. Mit oder ohne kantonale, eidgenössische oder EU-Gesetzgebung. Wem den sonst als dem Arzt vor Ort? Dafür gewährt mir die Gesellschaft Privilegien in der Ausübung meiner Profession, welche anderen Handwerksberufen nicht gewährt werden. So galt das bisher.

Heute verweigern sich Behörden auf allen Ebenen, die Notfalldienstleistung ihrer Wichtigkeit und Belastung entsprechend zu schätzen und zu honorieren. Dafür umso mehr zu regulostrangulieren. Am Wenigsten geschieht dies noch auf kommunaler Ebene bei unmittelbarer Nähe zum Mitmenschen. CHF 5.– pro Bewohner und Bewohnerin sollen zu viel sein? Lieber nur CHF 2.20 oder besser CHF 0.–, wie die Diskussion im Zürcher Kantonsparlament zeigt! Der Kanton Bern gar streicht den Unterstützungsbeitrag von sage und schreibe CHF 200'000.– und zwingt damit die selbstständige MEDPHONE AG zu einer für die Hilfesuchenden satten Erhöhung

des zur Deckung der Kosten notwendigen Selbstbehaltes!

In Ausübung meines Präsidialamtes hingegen habe ich bei der Lektüre von Gesuchen zur Befreiung vom Notfalldienst schon oft zweimal leer schlucken müssen, mit welchen Begründungen und noch gestützt durch kollegiale Arztzeugnisse, Notfalldienstleistungen weit von sich geschoben werden. Und dies weder fachspezifisch, noch genderspezifisch, aber Generations-spezifisch! Hören wir auf mit dem «ausgeglichene work-life-balance-Gesäusel», das nur wir uns in unseren reichen Ländern leisten und momentan noch ausleben können und stehen wieder gerade und ehrenhaft zu Gunsten «Good life means balanced work» ein. Eustress schadet nicht.

Eine Stärkung der Organisation des Notfalldienstes im Sinne der ursprünglichen Projektidee muss sich, als wichtigste Aussage nach Abschliessen der Projektarbeit, leider nur auf eine starke Bestätigung des Status quo beschränken. Diese Bekräftigung der unbedingten Autonomie der Ärztlichen Bezirksvereine (ABV) in der Organisation der ambulanten, allgemeinen und fachärztlichen Notfalldienste ist für den Vorstand der BEKAG klarer Auftrag, kurzfristig keine Zentralisation ins Auge zu fassen. Für die Vorstände in jedem Ärztlichen Bezirksverein gilt dafür im

Gegenzug aber der Dauerauftrag zu einer wesentlich stärkeren Übernahme von notfalldienstlicher Organisationsverantwortung sowohl flächendeckend für den ambulanten, allgemeinen Notfalldienst, als auch in Agglomerationen falls erforderlich für den fachärztlichen Notfalldienst! Das bisherige Engagement der ABV reicht nicht mehr. Wie ich zu dieser Aussage komme? Ein Viertel der angeschriebenen Notfalldienstkreise hat sich auch auf wiederholte Aufforderungen hin nicht an der grundlegenden Umfrage beteiligt.

«You don't always get what you want – But if you try sometimes you might find just.»

Die von allen Bezirksvereinspräsidenten und -präsidentinnen und dem BEKAG-Vorstand 2016 verabschiedeten Konsenspapiere «Grundsätze der BEKAG zur Regelung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes in den Bezirksvereinen» und «Kriterien zur Anerkennung der fachärztlichen Notfalldienste in den ärztlichen Bezirksvereinen (ABV) des Kantons Bern» geben Ihnen die wichtigsten Leitlinien vor (doc.be 4/2016).

Plus 100 Studienplätze Humanmedizin – cui bono?

100 Studienplätze Humanmedizin mehr in Bern, braucht es sie überhaupt? Und wenn ja – cui bono, wem zum Vorteil? Haben wir heute zu viele, genau die richtige Anzahl oder zu wenige Ärztinnen und Ärzte? Und welche Ärztinnen und Ärzte brauchen wir und wie können wir die Wahl ihrer Spezialisierung gegebenenfalls beeinflussen?

Text: Peter Eggli, Dekanat der Medizinischen Fakultät Universität Bern
Bild: Unsplash.com

Darüber, dass heute ein sich in der Zukunft tendenziell weiter verschärfender Mangel an Ärztinnen und Ärzten herrscht, scheint allgemeine Einigkeit zu bestehen und alle wurden aufgerufen, insbesondere auch im Bereich der Ausbildung, aktiv zu werden. Der Bund setzte Kommissionen ein und fordert eine Erhöhung der Studienabschlüsse um 50 Prozent auf 1200 bis 1300 pro Jahr. Politiker forderten ultimativ die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung zum Medizinstudium, ohne auch nur ansatzweise darzulegen, wie dies logistisch möglich sein soll und insbesondere, wie es zu finanzieren wäre. Und die Universitäten mit ihren medizinischen Fakultäten versuchen im Spannungsfeld zwischen immer höheren Anforderungen an die Forschungsexzellenz, einer unter grossem Druck stehenden medizinischen Dienstleistung und dem eigenen Anspruch, ein modernes, exzellentes und praxisnahes Studium anzubieten, welches die «richtigen» Ärztinnen und Ärzte in

hoher Qualität in die Weiterbildung entlässt, dem Druck von allen Seiten gerecht zu werden und die Zahl der Ausbildungsplätze kontinuierlich zu erhöhen. Letzteres in Bern in den letzten zehn Jahren schweizweit am stärksten und zumindest bis 2017 ohne substantielle Unterstützung durch Bund und Kanton.

Unser heutiges Studium der Medizin in Bern geht zurück auf ein seit den 1990er-Jahren in mehreren Schritten stark reformiertes Curriculum: Weniger Vorlesungen ex cathedra, Erarbeiten von Lerninhalten gemeinsam in kleinen Gruppen von sieben bis acht Studierenden unter Leitung eines Tutors (PBL: Problembasiertes Lernen), mehr Selbststudium, Vermitteln sozialer Kompetenzen. Das Studium setzt nicht nur auf Wissen, sondern vermehrt auf Können und Verhalten. Aspekte der Allgemeinmedizin vermehrt ins Studium einfließen zu lassen geht zurück auf eine Motion im Grossrat 1977 und führte 1983 zur Gründung der Fakultären Instanz für Hausarztmedizin (FIHAM), heute Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM). Mit wenigen Ressourcen, dafür



mit umso mehr Engagement wurde immer mehr Hausarztmedizin ins Berner Curriculum eingebaut und aktuell unterstützen uns um die 700 bis 800 Lehrärzte bei der Ausbildung unserer Studierenden in der Hausarzt- und Grundversorgerpraxis. Heute können wir stolz sein auf ein BIHAM, das sich nicht nur erfolgreich in der Aus- und Weiterbildung engagiert, sondern in kurzer Zeit auch eine erfolgreiche Forschungstätigkeit aufgebaut hat. Und trotz dieser guten Voraussetzungen will es nicht so recht gelingen, dass sich genügend der angehenden Ärztinnen und Ärzte für den Hausarztberuf entscheiden: 20 Prozent sind es aktuell, 50 Prozent sollten es sein, um in Hinblick auf die Welle von Pensionierungen bei den Hausärztinnen und Hausärzten die Grundversorgung einigermaßen sicherzustellen.

Ein Problem besteht bereits zu Beginn des Studiums. So bezeichneten fast 50 Prozent der Studienbeginner Humanmedizin als Ziel Spezialärztin oder -arzt zu werden, am liebsten im Spital, Hausarztmedizin wurde nur zu rund 6 Prozent genannt (M. Schaufelberger, 2011). Selektionieren wir beim Eignungstest für das Medizinstudium (EMS) – vulgo Numerus clausus genannt – die Falschen? Der EMS wurde 1998 erstmals durchgeführt. Das Ziel war damals nicht nur dank niedriger Studierendenzahlen ein qualitativ hochstehendes Studium anbieten zu können – mehr Qualität als Quantität –, sondern vor allem aus Sicht der Politik die Zahl der Diplomierungen zu senken, um die Bildung einer Ärztelethora zu verhindern (!) und insbesondere ein weiteres Ansteigen der Gesundheitskosten zu bekämpfen! Müsste der EMS grundsätzlich überarbeitet werden, mit dem Ziel, die Studienrichtung und die mögliche spätere berufliche Ausrichtung als Ärztin oder Arzt bereits anhand des Ergebnisses des EMS vorzubestimmen? Oder ist der Vorschlag von Frau Nationalrätin Ruth Humbel, als vollständiger Ersatz oder teilweise Ergänzung des EMS ein Praxisjahr als Zulassungskriterium einzuführen, zielführender? Allerdings muss man bei letzterem Vorschlag ernsthaft die Frage nach der Machbarkeit stellen.

In der Ausbildung werden wir immer wieder mit der Forderung konfrontiert, der Hausarztmedizin mehr Raum zu geben. Das setzen wir auch gerne so gut und so weit wie möglich um. So werden in Zukunft alle Studierenden der Medizin im Wahlstudienjahr neu obligatorisch einen Monat in einer Hausarztpraxis verbringen. Dies alleine genügt per se jedoch nicht. Entscheidend ist und

bleibt die vorgelebte Begeisterung der beteiligten Lehrärztinnen und -ärzte für ihren Beruf, um die angehenden Kolleginnen und Kollegen entsprechend zu motivieren. Bei all diesen Diskussionen muss man sich andererseits bewusst sein, dass es nicht die Aufgabe der Ausbildung sein kann, ein Studium anzubieten, das sich primär oder ausschliesslich an der möglichen zukünftigen Tätigkeit der Absolventen als Hausärzte und/oder Grundversorger ausrichtet. Ich habe unsere Mission immer darin gesehen, den zukünftigen Medizinerinnen und Mediziner eine breite allgemeine Ausbildung zukommen zu lassen, in der sie alle Aspekte der Medizin kennenlernen sollen und müssen, von der Breite der Hausarztmedizin bis hin zur hochspezialisierten Medizin. Und ich bin damit ein klarer Gegner einer Ausbildung, bei der man sich schon nach zwei Jahren Medizinstudium für eine Spezialisierung festlegen muss. Sonst enden wir in einem medizinischen Turm zu Babylon, wo keiner mehr den anderen versteht.

Die Weiterbildung und vor allem auch Optionen der Berufsausübung sind aus meiner Sicht nach wie vor entscheidend für die finale Entscheidung Hausarzt zu werden. Optimale Weiterbildungskurrikula und ein berufliches Umfeld, das in jeder Hinsicht attraktiv ist, dürften da von grosser Bedeutung sein. Ob die soeben gemachte Aussage so korrekt ist und wie genau «optimal» und «attraktiv» in diesem Zusammenhang auszusehen haben, dazu gibt es leider erst wenig harte Daten. Dies wären sicher Themen, in denen sich die universitäre Forschung vermehrt engagieren müsste.

Die Entscheidung der Universität und der Medizinischen Fakultät Bern, die Zahl der Studienplätze um weitere 100 zu steigern – nachdem sie zwischen 2007 und 2014 bereits von 125 auf 220 erhöht wurden – war nicht wirklich das Resultat sorgfältiger Analysen wie viele Medizinerinnen und Mediziner welcher Art die Schweiz wirklich braucht. Die eingangs gestellten Fragen können im universitären Rahmen nur begrenzt diskutiert und einer Lösung zugeführt werden, hier sind die Politik, die Fachvertreter und insbesondere die ganze Gesellschaft gefordert. Unstrittig ist, dass wir dringend mehr Hausärzte brauchen und die Medizinische Fakultät war und ist – unabhängig von plus 100 Studienplätzen – bereit, das Ihre zur Lösung dieses Problems beizutragen.

Bis 2025 wird die Anzahl Abschlüsse in Humanmedizin schweizweit von derzeit ungefähr 850 Abschlüssen pro Jahr auf 1350 jährliche Abschlüsse erhöht. Auch die Universität Bern schafft rund 100 neue Ausbildungsplätze.

«Wir als Mediziner müssen uns gemeinsam stark machen»

Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos wurde im Oktober 2017 einstimmig zum neuen wissenschaftlichen Sekretär der Aerztegesellschaft des Kantons Bern gewählt. doc.be hat nachgefragt, wie er sein neues Amt angehen will.

Interview: Simone Keller, Presse- und Informationsdienst
Bild: zVg

doc.be: Herr Exadaktylos, Sie arbeiten als Chefarzt und Direktor am universitären Notfallspital und haben ein Extraordinariat für Notfallmedizin an der Universität Bern. Wie steht ihre Arbeit in Verbindung mit der BEKAG?

Aristomenis Exadaktylos: Die Notfallmedizin an sich ist eine sehr breit aufgestellte Fachrichtung. Wir sind wie «Hausärzte», aber an einem Universitätsspital. Damit will ich sagen: Wir haben sehr viel Kontakt mit allen ungefähr 80 Instituten des Inselspitals und stehen auch in engem Austausch mit Zuweisern oder anderen Spitälern. Notfallmedizin ist Service Public und unser Notfallzentrum ist das grösste in der Region Bern. Deswegen ist es meines Erachtens wichtig, dass wir uns politisch engagieren. Und zwar im Sinne der gesamten Ärzteschaft – sowohl in der Grund- wie auch in der Spezialversorgung. Gerade jetzt, in einer Zeit mit grossen Umwälzungen.

«Wir als Mediziner müssen uns gemeinsam stark machen, ohne dabei zu sehr auf die Unterschiede zwischen uns zu fokussieren.»

Worin sehen Sie momentan die grössten Herausforderungen für die Ärzteschaft?

Ein Knackpunkt sind sicherlich die Kosten- und Ertragsentwicklungen sowie die Revisionen im Bereich TARMED und DRG. Besonders herausfordernd ist meines Erachtens die Positionierung und die Wahrnehmung der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit. Meine persönliche Einschätzung ist, dass sich Ärztinnen und Ärzte zu wenig um ihren öffentlichen Auftritt kümmern. Um uns herum sind viele Gruppen mit einer starken Lobby. Wir als Mediziner müssen uns gemeinsam stark machen, ohne dabei zu sehr auf die Unterschiede zwischen uns zu fokussieren. Schliesslich ist die Medizin ein Grundpfeiler einer gut funktionierenden



«Die Ärzteschaft muss eine viel aktivere Rolle tragen in der Öffentlichkeit, auch bei der Verbreitung von Wissen und Erkenntnissen.»

Gesellschaft, da dürfen wir nicht an den Rand gedrängt werden!

«Ähnlich sehe ich meine Rolle bei der BEKAG: Ich stehe an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis.»

Wie interpretieren Sie Ihre Aufgabe als wissenschaftlicher Sekretär bei der BEKAG?

In meiner täglichen Arbeit trage ich zwei Hüte: einerseits den des Praktikers als Direktor des Notfallspitals, andererseits den des Theoretikers als Professor an der Universität Bern. Beide Hüte verschmelzen in meinem Berufsalltag miteinander. Ähnlich sehe ich meine Rolle bei der BEKAG: Ich stehe an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis. Ich bin mitverantwortlich dafür, dass neues Wissen generiert wird und – was mir noch wichtiger erscheint – dass unsere Mitglieder dieses Wissen in ihre Berufspraxis transferieren können. Dabei profitiere ich stark von meiner persönlichen Erfahrung im Notfallzentrum. Nicht nur, weil wir täglich sehr viele unterschiedliche Fälle behandeln, sondern auch, weil wir mit Medizinern aus allen Fachrichtungen zusammenarbeiten.

Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrem Engagement für die BEKAG?

Ich will dazu beitragen, die BEKAG als standespolitisches Organ der Ärzteschaft des Kantons Bern weiter zu stärken, zu unterstützen und insbesondere in wissenschaftlichen Fragen zu beraten. Ich will mir im Nachhinein nicht vorwerfen, ich sei nicht für die Interessen der Ärzteschaft eingetreten. Denn wer sich nicht engagiert, muss sich nicht wundern, wenn sich die Dinge anders entwickeln als gewünscht.

Befähigen heisst das Zauberwort

Die digitale Revolution stellt das Gesundheitswesen auf den Kopf. Medizinische Laien können sich dank Google und Co. schnell und einfach informieren. Wie verändert sich dadurch das Verhältnis zwischen Arzt und Patient?

Text: Simone Keller, Presse- und Informationsdienst

Während Sie diesen Artikel lesen, werden in Lugano möglicherweise gerade Laborproben vom einen Spital ins andere geflogen. Geflogen? Ja richtig, geflogen. Zwischen dem Ospedale Italiano und dem Ospedale Civico erfolgt der Transport von wichtigen Laborproben neu via Postdrohne. Von der Strasse in die Luft, das heisst: schneller und effizienter werden und so die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern. Drohnen im Dienste der Gesundheit sind nur ein möglicher Ausdruck davon, wie die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranschreitet.

Dr. Google weiss Rat

Elektronisches Patientendossier, neuartige Wearables zur permanenten Aufzeichnung von Gesundheitsdaten, Gesundheits-Apps – unzählige technische Neuerungen transformieren das Schweizer Gesundheitssystem, und wir stehen erst am Anfang davon. Doch die Digitalisierung ist weit mehr als technischer Fortschritt. Sie hat Auswirkungen auf das menschliche Handeln und Verhalten. Dank ihm haben Patienten, bis dato medizinische Laien, ganz andere Instrumente zur Hand. Bei Schmerzen und anderen Symptomen steht ihnen Dr. Google mit Rat und Tat zur Seite. Die Patienten informieren sich selbst, nutzen Gesundheits-Apps und kommen mit viel Vorwissen zum Arzt. Wie geht man damit um?

Zuerst einmal ist es wichtig, dass sich Ärztinnen und Ärzte dem Kulturwandel

bewusst sind, den die Digitalisierung mit sich bringt. Marc-André Giger, Leiter Öffentliche Verwaltung bei der Beratungsgesellschaft KPMG und ehemaliger Direktor des Krankenkassenverbandes Santésuisse, weiss: «Ärzte haben es heute mit besser informierten und autonomen Patienten zu tun, sie müssen unbedingt vom Top-Down-Ansatz wegkommen.» Denn der Wissensvorsprung, den sie gegenüber ihren Patienten haben, nimmt ab. Ungefähr 70 Prozent aller Patienten informieren sich im Internet über ihren Gesundheitszustand. Der Vorteil, der ihnen das Internet bietet, ist offensichtlich: Wissen ist jederzeit und von überall her verfügbar. Der Wissensdurst kann 24 Stunden am Tag, sieben Tage in der Woche gestillt werden. In der Konsequenz verändert sich die Asymmetrie in der Entscheidungsfindung. Patienten wollen vermehrt einbezogen werden, partizipatives Entscheiden ist gefragt.

Orientierung bieten im Datenschungel

Während die Rolle als Wissensvermittler in den Hintergrund tritt, gewinnt diejenige des Orientierungshelfers an Bedeutung: Patienten sind der Informationsflut ungefiltert ausgesetzt. Sie benötigen Hilfe, wenn es darum geht, die richtigen von den falschen Informationen oder die guten von den schlechten Internetportalen zu unterscheiden. Ärztinnen und Ärzte müssen aufzeigen, welche Internetseiten konsultiert oder welche Apps genutzt werden sollen. Befähigen, heisst das Zauberwort. Wichtig ist, dass Verweise auf qualitätsvolle Internetseiten per E-Mail gemacht werden.

Einerseits haben Patienten so direkt Zugriff darauf, andererseits geraten mündliche Informationen aus der Sprechstunde oftmals in Vergessenheit.

Sowieso ist die Kommunikation per E-Mail gefragt: Gemäss Felix Schneuwly, Gesundheitsexperte beim Vergleichsdienst Comparis, sind Patienten einen Schritt voraus, wenn es um Digitalisierung geht. Sie wünschen sich die Möglichkeit eines raschen und digitalen Austauschs. Dieses Bedürfnis darf von Ärzten nicht unberücksichtigt bleiben; E-Mail oder Online-Terminanfragen ergänzen die bisherigen Kommunikationsmittel.

Apropos E-Mail, elektronisches Patientendossier und Datenflut: Derzeit produziert das Schweizer Gesundheitswesen jährlich analoge Daten im Umfang von 300 Millionen Blatt Papier. Würde man diese in Bundesordnern ablegen und alle Ordner aneinanderreihen – es entstünde eine 40 Kilometer lange Schlange. Von Zürich nach Luzern. Die 1,5 Millionen GB an digitalen Daten sind vergleichsweise bescheiden.

Dieser Artikel entstand im Anschluss an eine Veranstaltung von Public Health zur Digitalisierung im Gesundheitswesen im Rahmen einer Kooperation des doc.be und dem dentarena SSO.

AD Swiss – die eHealth-Plattform Ihrer Wahl

Mitte April 2017 ist das Gesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) in Kraft getreten. Die ersten Dossiers werden von Patientinnen und Patienten wohl erst ab 2019 eröffnet werden können. Trotzdem stellen sich viele ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte die Frage, was das für sie bedeutet.

Text: Claudia Brenn, VR-Präsidentin
AD Swiss Net AG
Bild: iStockphoto.com

Das EPD wird (langsam) Realität

Die Teilnahme am Elektronischen Patientendossier (EPD) ist für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte – im Gegensatz zu den stationären Leistungserbringern – freiwillig. Es gibt deshalb keinen unmittelbaren Druck, sich heute zu entscheiden. Sie haben ausreichend Zeit, sich mit dem Thema zu befassen und sich eine Meinung zu bilden. Wenn Sie sich für eine Teilnahme am EPD entscheiden, müssen Sie sich organisatorisch einer sogenannten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft (siehe Kasten) anschliessen.

Ärzteigene Organisation

Im Sommer 2016 haben die Ärztekasse Genossenschaft und die Health Info Net AG (HIN) die AD Swiss Net AG gegründet. Diese ärzteigene Gesellschaft betreibt unter dem Namen AD Swiss eine nationale und föderative eHealth-Plattform für den digitalen Austausch medizinischer Daten. Die von AD Swiss betriebene Plattform hat sich in der Praxis für den Datenaustausch zwischen Spitälern und Hausärzten im Kanton St. Gallen bereits gut bewährt und wird stetig weiterentwickelt und verbessert. Über die Plattform können

EPD-Anwendungen sowie weitere nutzstiftende Services im Bereich des gerichteten Datenaustausches (siehe Kasten) von Leistungserbringer zu Leistungserbringer (B2B) genutzt werden. In diesem Jahr wird auch der Verein AD Swiss im Sinne einer nationalen Gemeinschaft gemäss EPDG gegründet.

Einfache und praxisnahe Lösung

Gerade weil das EPD für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte freiwillig ist, muss die Umsetzung einfach und praxisnah sein. Wir wissen, dass Sie sich nur beteiligen, wenn Sie einen echten Nutzen haben und Sie keine grossen finanziellen oder personellen Aufwände betreiben müssen. Wir setzen mit unseren Partnern deshalb alles daran, dass Sie sich einfach, kostengünstig, barrierefrei und ohne grossen Aufwand oder teure Investitionen in die eigene IT-Infrastruktur bzw. zusätzliche Dienstleistungsabonnemente erfüllen können.

Wahlfreiheit

Die Patienten und die Leistungserbringer sind in der Wahl ihrer Gemeinschaft grundsätzlich frei. Der Kanton Bern hat beschlossen, eine gemeinsame Trägerschaft mit der axsana AG zu prüfen und im Ergebnis eine gemeinsame Stammgemeinschaft zu gründen. Für Sie als ambulante Leistungserbringer bedeutet das aber nicht, dass Sie sich



Stift und Papier: Werkzeuge, die mit dem elektronischen Patientendossier immer mehr aus dem Alltag von Ärztinnen und Ärzten verschwinden.

zwingend dieser Stammgemeinschaft anschliessen müssen. Sie können sich am EPD auch beteiligen, wenn Sie sich einer anderen Gemeinschaft wie zum Beispiel der AD Swiss anschliessen. Oder Sie können auch ohne die Teilnahme am EPD bei einzelnen B2B-Prozessen mitmachen. Sie wählen diejenige (Stamm-)Gemeinschaft, welche Ihren Bedürfnissen am besten entspricht.

Gerade weil das EPD für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte freiwillig ist, muss die Umsetzung einfach und praxisnah sein.

Zwei Möglichkeiten sich anzuschliessen

Leistungserbringer können sich über zwei Wege an die AD Swiss Plattform anschliessen:

P) Portallösung

Bereits heute kann AD Swiss über ein Gesundheitsfachpersonen-Portal genutzt werden. Bei dieser Lösung muss der Anwender keine besonderen Installationen vornehmen, sondern kann über einen Webservice die Leistungen beziehen. Diese Lösung ist kostengünstig, aber nicht in die bestehende Praxissoftware integriert.

I) Integrierte Lösung

Mit einer Reihe von Primärsoftwareherstellern wie Ärztekasse, Vitodata, amétiq etc. werden aktuell mit Hilfe von flexiblen Schnittstellen direkte Anschlüsse an die Plattform realisiert. So können Gesundheitsfachpersonen aus ihrer jeweils vertrauten Software und ohne weitere Identifikations-schritte, d. h. mit einem single-sign-on mittels ihrer HIN-Identität, einfach und sicher Patientendaten speichern, versenden und auf solche zugreifen. Diese Lösung ist einfach und benutzerfreundlich. Sie bedingt beim Softwarehersteller aber Entwicklungsaufwände und ist deshalb, je nach Hersteller, mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Zwei Leistungspakete

Die Leistungen von AD Swiss orientieren sich an den fachlichen Bedürfnissen der angeschlossenen Leistungserbringer. Diesem Fokus entsprechend bietet AD Swiss zwei Leistungsmodule mit unterschiedlichen Services an.

Service EPD

Leistungsumfang

Mit diesem Modul können die gesetzlichen Pflichten des EPDG erfüllt und ein Anschluss an das nationale elektronische Patientendossier realisiert werden. In diesem Paket sind die Mitgliedschaft in der Gemeinschaft Verein AD Swiss sowie die Nutzung der Plattform im Rahmen des PPDG enthalten.

Kosten für Ärzte

Nutzungsvariante P

Aufschaltgebühren (initial)	CHF	200
Jahresgebühr Einzel-Mitgliedschaft Verein AD Swiss	CHF	50
Jährliche Nutzungsgebühr		keine

Nutzungsvariante I

Aufschaltgebühren (initial)	CHF	300
Jahresgebühr Einzel-Mitgliedschaft Verein AD Swiss	CHF	50
Jährliche Nutzungsgebühr Plattform	CHF	150*

* am Beispiel Ärztekasse, andere Kosten je Softwareanbieter möglich.

Service B2B

Leistungsumfang

Mit diesem Modul können die Mitglieder der AD Swiss Community elektronische Prozesse mit einem gerichteten Datenaustausch zwischen Leistungserbringern nutzen und so effizienter zusammenarbeiten. Die Services müssen im Rahmen von konkreten Projekten zwischen Leistungserbringern definiert und eingeführt werden. Die bereits heute angebotenen Services sind:

e-Mediplan
e-Zuweisung
e-Bericht
e-Impfausweis
e-Palliativcare
e-Schuluntersuchungskarte

Kosten für Ärzte

Die Kosten für die einzelnen Services orientieren sich an der jeweiligen konkreten Umsetzung des Service und können nicht allgemein beziffert werden.

Weitere Informationen finden Sie auf www.ad-swiss.ch

Erläuterungen zum EPD

Gemeinschaft

Zusammenschluss von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen. Gemeinschaften müssen u. a. sicherstellen, dass Daten über das elektronische Patientendossier jederzeit für Patientinnen und Patienten sowie für die Gesundheitsfachpersonen, die die notwendigen Zugriffsrechte erhalten haben, zugänglich sind. Die Gemeinschaften müssen dazu insbesondere sicherstellen, dass jede Bearbeitung von Daten protokolliert wird. Erst nach einer erfolgreichen Zertifizierung dürfen die Mitglieder einer Gemeinschaft am EPD-Gesamtsystem teilnehmen.

Stammgemeinschaft

Bei der Stammgemeinschaft handelt es sich analog zur Gemeinschaft um einen Zusammenschluss von Gesundheitsfachpersonen und deren Einrichtungen. Im Gegensatz zu einer «normalen» Gemeinschaft bietet die Stammgemeinschaft den Patientinnen und Patienten zusätzlich zu den allgemeinen Aufgaben weitere Dienste an, speziell die Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers, jedoch auch sämtliche mit dem Unterhalt des Dossiers verbundene administrative Aufgaben, etwa die Aufbewahrung der schriftlichen Einverständniserklärung oder die Verwaltung der Zugriffsberechtigungen.

Cross-Community-Communication

Der Gesetzgeber hat bestimmt, dass die verschiedenen (Stamm-)Gemeinschaften für die Umsetzung des EPD schweizweit den Datenaustausch über verbindlich definierte Schnittstellen untereinander gewährleisten müssen. Diese sogenannte «Cross-Community-Communication» ist durch den Gesetzgeber aber nur im Bereich des EPD vorgesehen. Im Rahmen von sogenannten B2B-Prozessen, welche einen gerichteten Datenaustausch ermöglichen, hat der Gesetzgeber keine gesetzgeberische Kompetenz. In diesem Bereich können gemeinschaftsübergreifende Prozesse nur durch die Teilnehmer selber gestaltet und definiert werden.

Ungerichteter Datenaustausch

Von ungerichtetem Datenaustausch oder der ungerichteten Kommunikation wird im Zusammenhang des elektronischen Patientendossiers gesprochen, wenn der Informationsaustausch nicht zwischen zwei definierten, sondern zwischen zum Zeitpunkt der Ablage noch unbekanntenen Parteien (Arzt, Spital, Apotheke, Pflegeheim etc.) erfolgt. Ein Beispiel dafür wäre ein Röntgenbild, das vielleicht in zwei Jahren durch einen anderen Arzt begutachtet werden kann.

Gerichteter Datenaustausch

Erfolgt der Austausch von Daten zwischen zwei Parteien (Punkt zu Punkt, B2B), wird von gerichtetem Datenaustausch/gerichteter Kommunikation gesprochen. Ein Beispiel ist die elektronische Zuweisung eines Patienten oder der Versand von Austrittsberichten zwischen einem Arzt und einem Spital per HIN Mail.

Affinity Domain

Um den sicheren Datenaustausch zu ermöglichen, werden verschiedene technische Komponenten gebraucht bzw. es muss eine Basisinfrastruktur zur Verfügung stehen. Diese technische Infrastruktur wird Affinity Domain (AD) genannt. Mit dieser AD werden die Daten der angeschlossenen Teilnehmer verwaltet, die Datenspeicherung und Datenübertragung gesichert. Zudem wird ein Zugangportal zur Verfügung gestellt. Die verschiedenen dezentralen AD können über verbindlich definierte Schnittstellen miteinander kommunizieren und ermöglichen so den sogenannten «Cross-Community-Datenaustausch».

Klassische Philosophie als Wegweiser im Praxisalltag

Irgendwann trifft wohl jeder Mediziner im Berufsalltag auf ethische Fragen und Probleme. In einem CAS-Lehrgang der Universität Luzern lernen Ärzte die Perspektive der akademischen Philosophie zu nutzen, um eine Neuorientierung zu schaffen.

Interview: Andrea Renggli, Presse- und Informationsdienst

Moderne Medizin ist hochspezialisiert und durch Technologie geprägt. Jedoch werden Ärzte auch immer wieder mit grundlegenden, existenziellen Fragen konfrontiert. Sterblichkeit, Schmerz, das Verhältnis zwischen Arzt und Patient – alles Themen, die im Medizin-Studium kaum oder nur am Rande angesprochen werden. Die Universität Luzern bietet in diesem Spannungsfeld Orientierung mit dem berufsbegleitenden Zertifikatslehrgang CAS Philosophie und Medizin. Zurzeit läuft bereits der sechste Durchgang. Die meisten Teilnehmer sind Ärzte, vereinzelt auch Pflegefachkräfte oder Personen aus dem Versicherungswesen.

Sterblichkeit, Wirtschaftlichkeit, Vertrauen

Dr. Magdalena Hoffmann ist die Studienleiterin des Lehrgangs. «Wir versuchen mit diesem Angebot, drängende Fragen zu beantworten oder sie zumindest anzudiskutieren», erzählt sie. «Dabei bewegen wir uns im Bereich Medizin und Ethik, aber auch im Spannungsfeld von Medizin und Ökonomie oder im Gebiet der Medizin als Wissenschaft.» Insgesamt umfasst der modulartig aufgebaute Lehrgang zwölf Kurstage, verteilt auf ein Jahr.

Drei Themen beschäftigten die Ärzte im Kurs am meisten, weiss Hoffmann: «Erstens die Frage

nach der Verletzlichkeit und Sterblichkeit des Menschen. Zweitens die Frage nach der Wirtschaftlichkeit, nach der gerechten Verteilung von medizinischer Betreuung. Wofür soll die Allgemeinheit aufkommen? Wie viel darf Medizin überhaupt kosten? Als wie wertvoll erachten wir das Gut der Gesundheit? Und drittens Fragen zur individuellen Arzt-Patienten-Beziehung: Ist der Patient autonom? Wenn ja, bis zu welchem Grad?» Die individuellen Vorlieben der Teilnehmer variieren natürlich je nach Spezialisierung.

Medizin als Heilkunst

Ein weiteres Thema, das auch Teilnehmer selber immer wieder in den Lehrgang eingebracht haben, ist die Entmenschlichung des Arztberufs. «Wir wollen die Mediziner wieder stärker als Arzt ansprechen, der sich mit dem Menschen beschäftigt. Er soll die Medizin als Heilkunst wahrnehmen dürfen. Viele Ärzte empfinden die Reduktion der Medizin auf die blossе Auswertung von Laborparametern als unbefriedigend. Denn sie selber erleben die Praxis als komplexer. Vor allem wenn es um den Anspruch der Medizin geht, Leid und Schmerzen zu lindern und Gesundheit zu fördern. Das sind Konzepte, die sehr viel mehr umfassen als die Biologie des Menschen», so Magdalena Hoffmann. Auch Vorgaben der Bürokratisierung und der Qualitätsmessung würden als entfremdend

wahrgenommen, weil sie die Ärzte von ihrer Kernaufgabe ablenken.

Keine klaren Antworten

Der Lehrgang der Universität Luzern will mithilfe der Philosophie drängende Fragen aus dem Praxisalltag angehen. Die behandelten Texte stammen von klassischen Philosophen sowie von zeitgenössischen Autoren. Aber: «Wir vermitteln keine klaren Antworten. Wir sagen nicht, das ist richtig, und das ist falsch», erklärt Magdalena Hoffmann. «Vielmehr sind die Dozierenden dazu angehalten, Gründe für und gegen eine bestimmte Position aufzuführen und so Orientierung anzubieten.»

Andererseits gehe es aber oft auch nur darum, die Frage richtig zu verstehen und Begriffe zu klären, fährt Magdalena Hoffman fort: «Beim Thema Gerechtigkeit zum Beispiel laufen Diskussionen häufig ins Leere, weil die beteiligten Gruppen einen völlig unterschiedlichen Gerechtigkeitsbegriff verwenden. Die Philosophie kann dazu beitragen, eine begriffliche Klärung vorzunehmen», sagt Magdalena Hoffmann. Auch ethische Probleme müsse man häufig erst einmal einordnen, bevor man sich eingehend damit beschäftigen könne. Oder die Begriffe Krankheit und Gesundheit: Deren Definition hätte beispielsweise Einfluss auf den Leistungskatalog einer Krankenversicherung.

Wichtig ist den Verantwortlichen des Lehrgangs der Praxisbezug. Medizinerinnen stellen sich im Praxisalltag häufig herausfordernde Fragen zur individuellen Beziehung zwischen Arzt und Patient. Je nach Fachgebiet können aber auch ganz andere Fragen im Vordergrund stehen. Um den Transfer vom Hörsaal in den Alltag zu realisieren, schreiben die Teilnehmer zum Abschluss des Kurses eine Arbeit. Dort sind sie aufgefordert, ihren ganz konkreten Berufsalltag mit Hilfe der Philosophie zu reflektieren. Ausserdem enthält jedes Modul eine Transfer-Diskussion.

Die Schranken der Naturwissenschaft

Das Bedürfnis nach Beschäftigung mit solchen grundlegenden Fragen sei unter den Medizinerinnen durchaus vorhanden, erzählt Magdalena Hoffmann weiter. Auch wenn dies häufig erst einige Jahre nach dem Berufseinstieg offenkundig werde. «Jüngere Ärzte sind mit ihrer Facharztausbildung beschäftigt. Sie müssen sich erst mal etablieren und setzen andere Prioritäten. Es bedarf einiger Zeit praktischer Tätigkeit, bis diese Fragen als drängend empfunden werden.» Aber früher oder später gelangen die meisten Ärzte in eine Situation, in der ihr naturwissenschaftlich

ausgerichtetes Studium sie an Schranken bringe. Sei dies eine schwierige Diagnose oder wenn in einem Fall die Grenzen der Medizin erreicht sind. Dann merken sie, dass im hektischen Berufsalltag kaum Zeit für Reflexion oder Diskussion bleibt. Viele fühlen sich dann mit ihren Fragen allein gelassen.

Ärzte unter Druck

Magdalena Hoffmann sagt: «Ich habe den Eindruck, dass viele Ärzte sich unter Druck fühlen, weil immer mehr Anspruchsgruppen auf sie einwirken. Nicht nur Patienten, sondern auch Versicherungen, die Allgemeinheit, zum Teil auch Kollegen. Ihre Arbeit ist sicher schwieriger geworden. Dazu kommt, dass sie sich immer stärker in ihrer Expertise in Frage gestellt sehen. Patienten informieren sich im Internet und konfrontieren den Arzt mit einer ausführlichen Frageliste oder lassen ihn rechtfertigen, warum er gerade diese Therapie wählt.» Die Medizin sei im Umbruch, glaubt Magdalena Hoffmann. Um so nützlicher kann es für einen Arzt sein, durch die Philosophie eine neue, übergeordnete Perspektive einnehmen zu können.

Dieser Artikel erschien erstmals im Swiss Dental Journal SSO 11/2017 und wird mit freundlicher Genehmigung der Fachzeitschrift nachgedruckt.

Der Lehrgang wird mit einem Certificate of Advanced Studies in Philosophie und Medizin abgeschlossen. Neben dem CAS bietet die Universität Luzern auch einen MAS Philosophie und Medizin an. Er soll voraussichtlich 2018 wieder angeboten werden; derzeit werden der Inhalt und die Struktur überarbeitet. Ziel der Umstrukturierung ist eine grössere Flexibilität bei der Studienorganisation sowie die inhaltliche Optimierung des Studienangebots.

Weitere Informationen: www.philomedizin.ch

Grossratswahlen 2018

Wahlkampfporträts



Walter Bangerter

Psychiater

Wohnort: Burgdorf

Partei: Grüne Partei

Wahlkreis: Emmental

Politische Anliegen:

Ich bin seit 20 Jahren in eigener Praxis und als Oberarzt in einer Tagesklinik tätig und dadurch immer wieder mit den Schattenseiten von neoliberalen Gedankengut und blindem Fortschrittsglauben konfrontiert. Der Rechtsrutsch bei den letzten eidgenössischen Wahlen hat mich zum Eintritt in die grüne Partei bewogen. Umweltschutz und eine nachhaltige Lebensführung sind mir schon seit jeher ein Anliegen. Ich möchte diesen Ansprüchen in meinem Alltag nachleben, indem ich mit Mobilität bewusst umgehe, erneuerbare Energien fördere, die biologisch und tierschutzgerecht produzierte Landwirtschaft unterstütze und mein Geld nach ethischen Richtlinien anlege.



Denise Bloch

Allgemeine interne Medizin FMH

Wohnort: La Neuveville

Partei: Sozialdemokratische Partei

Wahlkreis: Berner Jura

Politische Anliegen:

«Die Menschen wieder in den Mittelpunkt unserer Bemühungen stellen»

Als Stadträtin meiner Gemeinde interessiere ich mich für kantonale und nationale Politik. Ich träume von einer Welt, in der die Wirtschaft dazu dient, die Bedürfnisse der Menschen zu befriedigen, und nicht umgekehrt.

Ich mache mir Sorgen um die Zukunft der Hausarztmedizin, so wie ich sie in meiner Praxis in La Neuveville ausübe. Die Schädigungen des Ansehens unseres Berufsstands und der administrative Druck, der auf die praktizierenden Ärzte ausgeübt wird, erscheinen mir unannehmbar.

Die Budgetkürzungen in den Bereichen Gesundheit und Sozialwesen müssen aufhören, da sie die Finanzaufwendungen lediglich auf andere Kassen verlagern, insbesondere durch das Auffüllen unserer Arztpraxen, da sie sich gegen die Schwächsten richten.

Unsere Zukunft und die Gesundheit der Bevölkerung hängen von der Ausbildung unserer Jugendlichen, dem Überleben unserer Landwirte und dem Schutz unserer Umwelt ab; wir müssen uns deshalb hierfür einsetzen.



Hans-Peter Kohler

Arzt, Prof. Dr. med., Gemeinderat Köniz, Grossrat

Wohnort: Spiegel, Gemeinde Köniz

Partei: FDP.Die Liberalen

Wahlkreis: Mittelland-Süd

Website: www.hanspeter-kohler.ch

Politische Anliegen:

Nebst meinen langjährigen standespolitischen Kenntnissen verfüge ich über eine langjährige parteipolitische Erfahrung auf kommunaler und kantonalen Ebene. Die Sicherung der medizinischen Grundversorgung und somit der Hausarztmedizin ist mir ein grosses Anliegen. Die kantonal-bernerische Wirtschaft ist auf eine international kompetitive Universität, einen starken Medizinalstandort Bern und auf starke Berufsfachschulen im Sinne des dualen Bildungssystems angewiesen. Ich werde mich für ideale Bedingungen für KMU's einsetzen, welche Arbeitsplätze und Lehrstellen schaffen und sichern.

(Gesundheits-)Politische Tätigkeiten:

- Grossrat seit 2014
- Gemeinderat Köniz seit 01.01.2018 (Direktionsvorsteher Bildung und Soziales)
- Präsident kantonale Gesundheits- und Sozialkommission (GSOK)
- Mitglied Parlament Köniz von 2006–2017
- Fraktionspräsident FDP.Die Liberalen Köniz von 2011–2017
- Vorstandsmitglied Aerztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)



Zeno Supersaxo

Dr. med. Anästhesie FMH, MBA HSG
Belegarzt an den Kliniken Permanence (Bern)
und Hohmad (Thun)

Wohnort: Hünibach

Partei: FDP

Wahlkreis: Thun

Mandate: VR-Präsident MEDPHONE (Bern) und
SIRMED (Nottwil), Präsident FDP Thun

Politische Anliegen:

Wirtschaft, Bildung, Sicherheit und Mobilität sind die Eckpfeiler einer erfolgreichen Gesellschaft – Freiheit, Eigenverantwortung und Respekt sind die Basis einer menschlichen Gesellschaft.



Belinda Nazan Walpoth

Dr. med. Oberärztin, Kardiologie, Inselspital,
Lehrbeauftragte Universität Bern und Berner
Bildungszentrum Pflege

Wohnort: Stadt Bern

Partei: SP Frauen Listennummer 6

Wahlkreis: Stadt Bern

Organisationsmitgliedschaften: VSAO, FMH,
BEKAG, Aerztlicher Bezirksverein Bern Regio

Politische Anliegen:

Die beste Gesundheitspolitik ist die, die Gesundheit körperlich, geistig, sozial fördert und bei allen die Krankheit verhindert. Insbesondere müssen wir die gesundheitliche Vorsorge stärken. Krankheiten sollen gar nicht (sofern vermeidbar) erst entstehen. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens steht nicht nur einer guten Versorgung, sondern auch guten Arbeitsbedingungen der Beschäftigten sei es in der Pflege sei es auf Ärztlicher Ebene entgegen.

Ich arbeite nun seit 25 Jahren am Inselspital davon ein wichtiger Teil als Kaderärztin in der Lehre. Als alleinerziehende Mutter eines Sohnes habe ich es geschafft, meinen privaten Weg, mit Aus- und Weiterbildung und meiner Karriere unter einen Hut zu bringen. Vor diesem Hintergrund ist mir die Gleichstellung zwischen Mann und Frau ein wichtiges Thema, sei es finanziell oder auch in Bezug auf Teilzeitanstellung.

Ämter:

- Ko-Präsidentin SP MigrantInnen
- Gast im Vorstand VSAO
- Präsidentin STAV



TAKE IT EASY

Mit der Praxissoftware der Ärztekasse können alle gängigen Funktionen leicht und mühelos genutzt werden. Wer von Anfang an alle Möglichkeiten voll ausschöpfen und individuell anpassen will, wählt das «Customizing» und die Ärztekasse stimmt alle Softwareelemente genau auf Ihre Praxis ab.

Beratung + Service + Software +
Schulung = Ärztekasse
www.aerztekasse.ch

A K **ÄRZTEKASSE**
C M **CAISSE DES MÉDECINS**
CASSA DEI MEDICI

Ort der Taten: in der Laborzukunft angekommen.

Seien Sie gespannt. Wir sind es auch.

Medics jetzt an der
Südbahnhofstrasse 14c
in Bern.



Medics Labor AG
www.medics.ch

professionell
und persönlich

Terminplan 2018 Aerztesgesellschaft des Kantons Bern

1. März

Bezirksvereins-
versammlungen,
kantonsweit

15. März

Delegiertenversammlung,
nachmittags

24. April, 14.00 Uhr

Berner KMU, ordentliche
Frühjahrs-Delegierten-
versammlung

3. Mai

FMH Ärztekammer,
ganzer Tag in Biel

7. Juni

erw. Präsidenten-
konferenz
(Bezirksvereins-
und Fachgesellschafts-
präsidentInnen),
nachmittags

14. Juni

Bezirksvereins-
versammlungen,
kantonsweit

16. August

Klausurtagung, Vorstand

20. September

erw. Präsidenten-
konferenz
(Bezirksvereins- und
Fachgesellschafts-
präsidentInnen)

17. Oktober, 17.00 Uhr

Berner KMU, ordentliche
Herbstdelegierten-
versammlung

18. Oktober

Delegiertenversammlung,
nachmittags

25. Oktober

FMH Ärztekammer,
ganzer Tag in Biel

15. November

Bezirksvereins-
versammlungen,
kantonsweit