



Nr. 1 • Februar 2007

doc.be

Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Société des médecins du canton de
Berne

www.berner-aerzte.ch

Kein Dankzettel mit dem Stimmzettel Verantwortung heisst: Die Folgen tragen

Am 11. März 2007 befinden wir für oder gegen eine soziale Einheitskrankenkasse, die über einkommensabhängige Prämien finanziert werden soll. Mit der Stimmfreigabe hat die FMH auf eine Abstimmungs-Empfehlung verzichtet, darum hier meine persönliche Empfehlung.

Zustimmung zur steuerfinanzierten staatlichen Einheitskasse bedeutet: Schluss mit Kopfprämien, Eigenverantwortung und dem Kassenkampf um gute Risiken. Stattdessen optimierte staatliche Absicherung, Zunahme der Reglementierung auf höherem Niveau und vermehrte Einflussnahme dieser Monopolkasse auf die medizinische Behandlung. Finanzierung mittels einkommensabhängiger Prämien heisst: deutlicher Anstieg der Staatssteuern – auch für die meisten von uns Ärztinnen und Ärzte.

Kommt die Einheitskasse, dann bleibt der Kostendruck auf allen Leistungserbringern; denn die Kosten werden weiter steigen. Es bleibt der Ärztekampf um gute Risiken, denn die staatliche Monopolkasse wird die «bewährte» Ärztestatistik weiterführen. Neu und brisant wäre die Vulnerabilität dieser Monopolkasse gegenüber politischen Pressionen.

Wer von der Einheitskasse mit Steuerfinanzierung überzeugt ist, der soll klar zustimmen. Wer mit seinem Stimmzettel lediglich die Kassen abstrafen will, der handelt politisch nicht verantwortungsvoll. Fraglos hätten einzelne Kassen einen Dankzettel verdient – aber nicht mit dem Stimmzettel. Nehmen Sie an der Abstimmung teil! Mit kühlem Kopf und nicht im Zorn. Ich stimme klar nein.

Jürg Schlup, Präsident der Ärztegesellschaft

Pandemieplan für den Kanton Bern 2

Gesundheitsportal. Vorbild Dänemark? 3

Monitoring
Notfalldienst Kanton Bern, Teil 3 4

Brief an die Verantwortlichen des
Fragebogens «Ärztetzwerke» 8

Replik zum Leserbrief 9

Todesfeststellung: Hightech oder
gesunder Menschenverstand? 10

Das Recht des Patienten
auf seine Krankengeschichte 11

Zwischen staatlicher Regulierung
und Wettbewerb 12

Cerny Inuit Collection 13

Das Arztzeugnis 15

Pandemieplan für den Kanton Bern wird im Internet publiziert



Prof. Dr. med.
Hans Gerber,
Kantonsarzt Bern

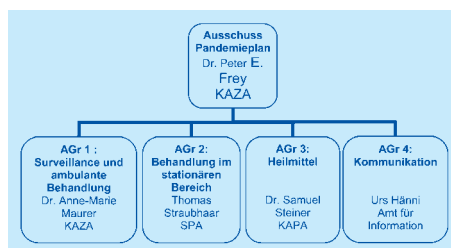
Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion publiziert den «Pandemieplan öffentliches Gesundheitswesen Kanton Bern» im Internet unter der Adresse www.be.ch/pandemie. Unter der Leitung des Kantonsarztes haben rund 50 Fachleute aus der Verwaltung sowie von Institutionen und Dienstleistern des Gesundheitsbereichs an dem rund 250 Seiten umfassenden Vorsorgeplan mitgearbeitet.

Die Kantone sollen auf den Ausbruch einer Influenza-Pandemie vorbereitet sein. Diese Absicht verfolgte die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, als sie Ende 2005 die Kantone aufforderte, im Lauf des Jahres 2006 Massnahmen zum Schutze der Bevölkerung bei einer Influenza-Pandemie vorzubereiten und kantonale Pandemiepläne zu erstellen. Diese Pläne sollten sich auf denjenigen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) stützen und interkantonal koordiniert werden.

Breit abgestützte Organisation

Im Januar 2006 beauftragte der damalige bernische Gesundheits- und Fürsorgedirektor, Regierungsrat Samuel Bhend, das Kantonsarztamt, bis Ende des Jahres einen Pandemieplan für das öffentliche Gesundheitswesen zu erstellen. Sein Nachfolger, Regierungsrat Philippe Perrenoud, hat den in der Zwischenzeit entstandenen Pandemieplan zur Kenntnis genommen und für dessen Publikation grünes Licht gegeben. Rund 50 Fachleute aus der Verwaltung, den Institutionen des bernischen Gesundheitswesens und von Dienstleistern aus dem Gesundheitsbereich haben die in den Zuständigkeitsbereich des Kantons fallenden sowie die vom Bund angeordneten

Massnahmen analysiert und planerisch vorbereitet. Die Arbeiten erfolgten in den vier Arbeitsgruppen «Surveillance und ambulante Behandlung», «Behandlung im stationären Bereich», «Heilmittel» und «Kommunikation». Unter dem Vorsitz von Dr. Peter E. Frey, stellvertretender Kantonsarzt, bildeten die Leiterinnen und Leiter dieser Arbeitsgruppen zusammen mit einem externen Berater den Projektausschuss (siehe Grafik).



Mit der breit zusammengesetzten Projektorganisation verfolgte die Gesundheits- und Fürsorgedirektion zwei Hauptziele: ein partnerschaftliches Vorgehen und die Erarbeitung von praktisch umsetzbaren Massnahmen. Für die Bewältigung einer Pandemie wird das Gesundheitswesen auf die Unterstützung verschiedener Institutionen und Organisationen angewiesen sein und mit Partnern ausserhalb des Gesundheitswesens zusammenarbeiten müssen. Zudem sollten bereits bei der Planung Massnahmen vorbereitet werden, die zweckmässig und praktisch umsetzbar sind und möglichst auf den bewährten und eingespielten Abläufen aufbauen. Mit dem Beizug von Hausärzten, Apothekern und Fachleuten aus externen Bereichen wie den Spitälern, den Spitalapotheken, der Spitex, der Pharmaindustrie, den Gemeinden sowie Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Direktionen der kantonalen Verwaltung konnte den vorgegebenen Zielen am besten Rechnung getragen werden.

Dreiteiliger Plan

Die Grundlage für die Erarbeitung des «Pandemieplans öffentliches Gesundheitswesen Kanton Bern» bildeten insbesondere die Empfehlungen der WHO sowie der vom Bund im August 2006 publizierte «Influenza-Pandemieplan Schweiz 2006». In den interkantonalen Fachgremien wie beispielsweise der Vereinigung der Kantons-

ärztinnen und Kantonsärzte und der Kantonsapotheker der Schweiz fand ein regelmässiger Gedankenaustausch zu den Themen rund um die Pandemie statt. Der Aufbau des nun vorliegenden bernischen Pandemieplans lehnt sich an den Pandemieplan des Bundes an und ist daher ebenfalls in drei Teile gegliedert:

Teil 1 ist eine Einführung in das Thema «Pandemie» und fasst die zum Verständnis erforderlichen, allgemeinen Grundlagen der Pandemie-Entwicklung, den aktuellen Wissensstand sowie die Annahmen über den Verlauf und die Abwehrstrategie zusammen.

Teil 2 widerspiegelt die sechs WHO-Pandemiephasen mit den vom Bund ergänzten Szenarien. In diesem Teil sind die Strategien und Massnahmen in den jeweiligen Phasen sowie die verschiedenen Zuständigkeiten der kantonalen Partner aufgelistet.

Teil 3 stellt die praktischen Massnahmen bezüglich bestimmter Themenbereiche dar. Dieser Teil enthält auch einige praktische Arbeitsvorlagen und konkrete Empfehlungen zur Vorbereitung auf eine Pandemie.

Der «Pandemieplan öffentliches Gesundheitswesen Kanton Bern» enthält auch verschiedene Kapitel und Textabschnitte, die aus dem Pandemieplan des Bundes übernommen worden sind. Dies soll allen Institutionen und Organisationen ermöglichen, bei ihren Vorbereitungen der Massnahmen für den Pandemiefall mit einem einzigen Dokument arbeiten zu können.

Ständig im Wandel

Der nun publizierte «Pandemieplan öffentliches Gesundheitswesen Kanton Bern» gibt den Stand der Arbeiten vom Dezember 2006 wieder.¹ Im Verlauf dieses Jahres soll der Plan in verschiedenen Kapiteln ergänzt werden. So wird unter anderem die Impfkampagne mit dem vom Bund beschafften präpandemischen Impfstoff noch zu regeln sein. Da der Bund seine Vorgaben erst am 5. Dezember 2006 veröffentlicht hat, konnten die kantonalen Vorkehrungen noch nicht detailliert geplant werden.

So oder so: Ein Pandemieplan ist als ein dynamisches Arbeitsinstrument zu verstehen, das regelmässig überarbeitet, ergänzt und den neuesten Erkenntnissen angepasst werden muss.

¹ Der «Pandemieplan öffentliches Gesundheitswesen Kanton Bern» befindet sich voraussichtlich ab März 2007 online auf www.be.ch/pandemie

Gesundheitsportal. Vorbild Dänemark?



Sandra Küttel,
Presse- und
Informations-
dienst

Dänemark verfügt über ein digitales Gesundheitsportal und erzielt damit Einsparungen von 60 Millionen Euro pro Jahr. Auch die Ärzteschaft profitiert: Dank dem Gesundheitsportal spart eine Allgemeinpraxis rund eine Stunde Zeit pro Tag ein. An der **Präsidentenkonferenz BEKAG vom 25. Januar 2007** illustrierte der Ökonom **Philipp Baumann von BlueCare Winterthur** das dänische Gesundheitsportal www.sundhed.dk – ein digitalisiertes Patientendossier.

Dänemark gilt als Vorreiter bei der Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien. Was ist so besonders am dänischen Gesundheitsportal?

Die wichtigsten Grundprinzipien lassen sich am besten anhand eines fiktiven Beispiels veranschaulichen:

Der Patient, nennen wir ihn Pascal, fühlt sich unwohl und benötigt einen Arzt. Pascal geht zu seinem Computer und loggt sich unter www.sundhed.dk in sein intelligentes Gesundheitsportal ein. Er sucht einen Arzt in seiner Nähe. Das Gesundheitsportal gibt ihm die Adressen und Anfahrtspläne einiger Ärzte in seiner Nähe bekannt. Auf dem Gesundheitsportal kann sich Pascal über die in Frage kommenden Ärzte informieren. Pascal hat sich für eine Ärztin entschieden. Er bucht einen Termin – ebenfalls online. Pascal besucht seine Ärztin am vereinbarten Termin. In der Praxis ruft sie Pascals elektronisches Patientendossier über das Internet auf. Sie gibt dazu eine Personnummer ein, die Pascal bei seiner Geburt zugeteilt worden ist. Die Ärztin untersucht den Patienten – hier nicht virtuell – und stellt die Diagnose: mögliche Herzinsuffizienz. Gemeinsam mit der Ärztin sucht

Pascal eine Klinik. Das intelligente Portal gibt Auskunft über spezialisierte Krankenhäuser zur weiteren Untersuchung und Behandlung. Pascal entscheidet sich für die Klinik mit der kürzesten Wartezeit. Der Gesundheitszustand von Pascal verschlechtert sich schon am nächsten Tag. Er geht zur Notfallstation. Dort loggt sich der diensthabende Notarzt auf dem Gesundheitsportal ein und informiert sich über die Vorgeschichte. Pascal hat eine Penicillin-Allergie. Wieder zu Hause geht Pascal für die Nachkontrolle zu seiner Ärztin. Diese erfährt über das Gesundheitsportal, wie Pascal in der Zwischenzeit behandelt wurde (Laborwerte, Medikamente, etc.).

Und der Datenschutz?

An dieser Stelle drängt sich die Frage nach dem Datenschutz auf. Das dänische System verfügt über einen Sicherheitsmechanismus, der dieses Problem zumindest entschärft: Der Portalzugang wird durch eine digitale Signatur gesichert. Jeder Zugriff auf ein Patientendossier kann genau zurückverfolgt werden. Damit ein Arzt auf ein Patientendossier zugreifen kann, bedarf es der Autorisation durch den Patienten.

World Wide Web versus Hermes Baby

Vom Cyberspace zurück in die reale Welt: Was macht Cecil Bødker, dänische Schriftstellerin mit Jahrgang 1927 und wohnhaft in Jütland, wenn sie einen Arzt braucht und keinen Zugang zum Internet hat? Das dänische Gesundheitsportal verfügt über diverse Zugangsmöglichkeiten, das Internet ist die einfachste davon. Unter dem Begriff «Remote Management» bieten sich unterschiedliche Varianten – so zum Beispiel Handys – an. Wer das Gesundheitsportal nicht ausschöpfen kann oder will, behilft sich ganz einfach mit dem Festnetz-Telefon und einer Gesundheitskarte.

Pro ...

Das dänische Gesundheitsportal bietet viele Vorteile: Der Patient ist aktiv an seiner Behandlung beteiligt. Er kann sein Dossier selber bearbeiten und mit Informationen (z.B. Registrierung als Organspender) ergänzen.

Die Interaktion zwischen Patient und Gesundheitservice wird vereinfacht: online buchen, Rezepte erneuern, Überblick über die Medikation – vieles kann direkt über das Gesundheitsportal abgewickelt werden. Der Informationsfluss zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem funktioniert schneller, der «Papierkrieg» entfällt weitgehend. Die Krankengeschichte ist zu jeder Zeit aktualisiert. Das Portal findet eine hohe Akzeptanz im dänischen Gesundheitswesen und führte, so der Ökonom Philipp Baumann (BlueCare), zu signifikanten Einsparungen:

- 50 Minuten Zeitersparnis pro Tag in einer Allgemeinpraxis
- Anrufe bei Krankenhäusern konnten um 66% reduziert werden
- Die dänische Regierung beziffert die Ersparnis im Gesundheitswesen auf 60 Millionen Euro pro Jahr

... und Kontra:

Dänemark benötigte 15 Jahre für die Entwicklung des Gesundheitsportals. Das dänische Gesundheitssystem ist anders strukturiert als das schweizerische. Es ist daher nicht möglich, das dänische Modell ohne Anpassungen auf die Schweiz zu übertragen. In der Schweiz existieren nach Expertenmeinungen bisher keine adäquaten Programme. Potentielle Anbieter müssten also viel Geld und Zeit in die Entwicklung investieren.

Philipp Baumann gibt zu bedenken, dass Gesundheitsversorger sich organisieren sollten, wollen sie nicht riskieren, dass die Strukturen von Behörden und Kostenträgern diktiert werden. So könnten sich zum Beispiel Ärzte und Apotheker an einen Tisch setzen und regionale Lösungen ausarbeiten, die dann – wenn sie sich bewähren – von weiteren Kreisen übernommen werden.

Hinweis:

Die Telematiktage in Bern informieren am Donnerstag, 8. März 2007, über Gesundheitsportale. Informationen unter www.telematiktage.ch

Monitoring Notfalldienst Kanton Bern

3. Teil



Dr. med. Beat Gafner, Projektleiter Monitoring Notfalldienst, Mitglied Kantonalvorstand

«Take Home Messages» aus der Tagung «Stärkung der Grundversorgung» GDK-BAG im November 2006 zum ambulanten Notfalldienst:

- Vereinheitlichung der Notfallnummern als klare Service public-Leistung und Entlastung der Hausarztpraxis durch Call-Center,
- Neue Modelle durch Zusammenarbeit und grössere Notfalldienstkreise,
- Harmonisierung der Notfalldienstregelmente

Geschätzte Kolleginnen und Kollegen

Mit diesem 3. und letzten Teil der Zusammenfassung möchte sich die Autorengruppe noch einmal bei all jenen bedan-

ken, die zur Realisierung dieser Studie mitgeholfen haben. Die detailreiche Originalarbeit kann auf der Homepage der Ärztegesellschaft des Kantons Bern, www.berneraerzte.ch im Closed-User Bereich eingesehen werden.

Facharzttitel im ärztlichen Notfalldienst

85% der Notfalldienstleistenden unter Einbezug der Pädiater sind Grundversorger (Abb. 1). Eine Feststellung, die sich bis in die ND-Kreise wiederholt. Die Grundversorger sind das wichtigste Standbein des ärztlichen Notfalldienstes.

In der Gruppe «andere» sind hauptsächlich die Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie, Gastroenterologie und ORL vertreten. Kantonsweit engagieren sich aber einzelne Ärztinnen und Ärzte aus praktisch allen Facharztgesellschaften am allgemeinen ärztlichen Notfalldienst! Einerseits übernehmen Fachspezialisten ausserhalb der eigentlichen Grundversorgergruppe oft noch bewusst für einen Teil ihrer Kundenschaft Hausarztfunktionen, andererseits könnte der allgemeine ärztliche Notfalldienst in den aktuell bestehenden Strukturen der ND-Kreise ohne Mithilfe von Fachspezialisten vielerorts nicht mehr aufrechterhalten werden.

In den urbanen Agglomerationen bestehen unterschiedlich organisierte spezial-

ärztliche Notfalldienste, v. A. der pädiatrischen und psychiatrischen Fachgesellschaften.

Anteil Ärztinnen und Ärzte im Notfalldienst

11,4% der retournierten Fragebogen aller Notfalldienstleistenden stammen von Ärztinnen (Abb. 2).

Der Verein Berner HausärztInnen führte im Jahr 2005 14,2% Hausärztinnen im Kanton Bern auf. Befreiung vom Notfalldienst und Teilzeittätigkeit mögen Gründe für die Differenz zu den 11,4% in unserer Studie sein. Die FMH-Ärztestatistik 2005 gibt einen Wert von 21% Ärztinnen mit Praxistätigkeit, also nicht nur Hausärztinnen, für den Kanton Bern an. Sowohl im Kt. Bern als auch schweizweit steigt der Anteil Ärztinnen im Kollektiv der Praktizierenden an (1).

Die Studie der FHS St.Gallen «Motivation junger Ärzte, Grundversorger zu werden» aus dem Jahr 2006 kommt unter anderem zum Ergebnis, dass im Kanton St. Gallen der prozentuale Anteil der Ärztinnen in Ausbildung, die sich für die Grundversorgung als späteren Arbeitsbereich entschieden haben, höher ist als jener der Männer (2). Man beachte bei der Beurteilung der Zusammenhänge zwischen der Organisation des Notfalldienstes und der Feminisierung der Hausarztmedizin auch die Stellungnahme und Empfehlungen der «Medical Women Switzerland MWS» (3).

Altersverteilung

Hinsichtlich der Altersstruktur stellen wir keine nennenswerten Unterschiede zu anderen Kantonen oder der ganzen Schweiz fest (Abb. 3, Abb. 1 und Abb. 4). Das Durchschnittsalter der Ärzte mit Praxistätigkeit in der Schweiz ist seit 2001 um 1 Jahr – von 51 Jahren auf 52 Jahre – gestiegen (1).

Das Problem der drohenden Überalterung in 5 bis 10 Jahren wird regelmässig genannt. Gemäss des vorliegenden Berichts wird dies in einzelnen Bezirksvereinen stark zum Thema, in denen der Anteil der über 65-Jährigen kombiniert mit einem tiefen Anteil der Gruppe der unter 45-Jährigen vorkommt (Abb. 4). Diese Konstellation betrifft die BV Engeres Oberland, Oberaargau, Thun und Umgebung, Emmental und Pierre Pertuis. Dort scheint es den Autoren besonders sinnvoll, die Niederlassung jüngerer Kolleginnen und Kollegen durch die bereits erwähnten Massnahmen zu fördern.

Facharztverteilung im Notfalldienst im Kanton Bern

'Allgemeine Medizin' (1136 Nennungen)

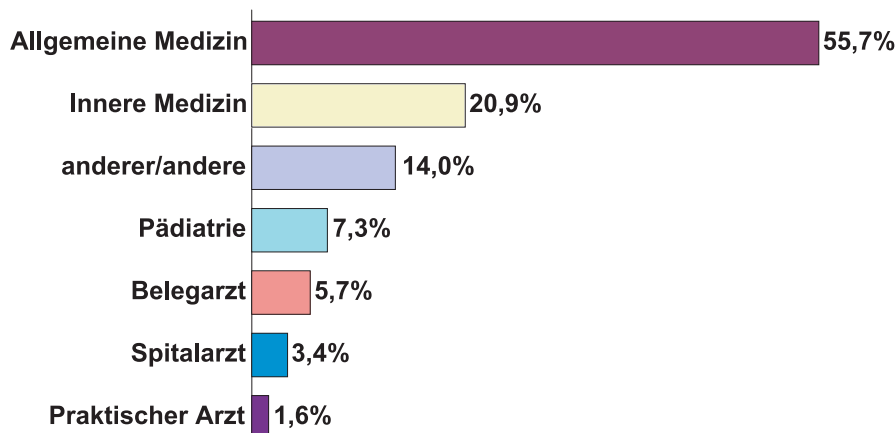


Abb. 1: Facharztverteilung im Notfalldienst Kt. Bern gem. retournierter Fragebogen

Geschlechtsverteilung auf Ebene BV in Prozenten

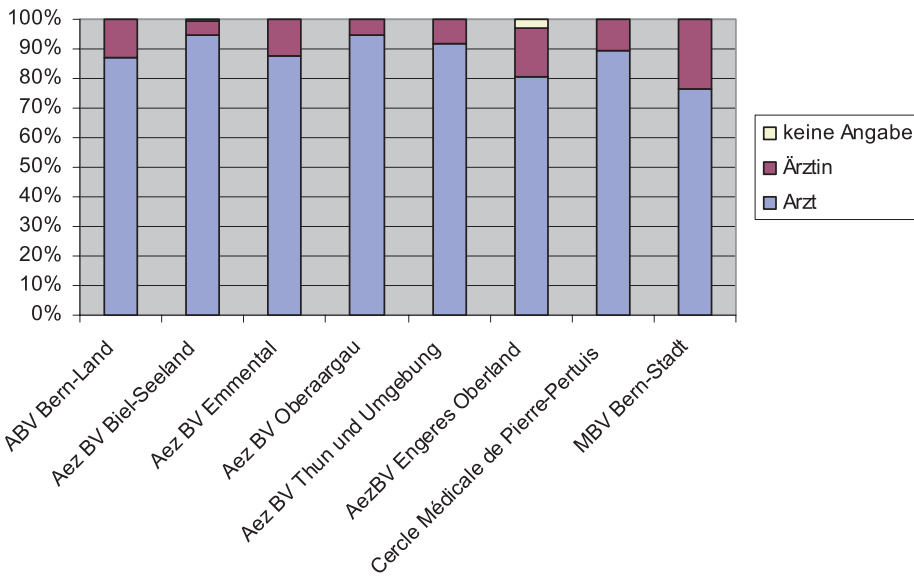


Abbildung 2: Geschlechtsverteilung auf Ebene BV in Prozenten aller Nennungen

Eine Erhöhung der Dienstaltersgrenze im Kanton Bern auf 60 Jahre vollzieht nur eine Regelung nach, wie sie für 86% der ND-Ärzte in der Schweiz gemäss GDK-Studie gilt (4).

Hospitalisationen

Gemeint sind die Hospitalisationen, die aus einer Konsultation, einem Telefonanruf oder einem Hausbesuch heraus erfolgten. Sie sind generell selten, an Feiertagen häufiger als an Wochentagen (Abbildung 5). In der Originalarbeit sind detaillierte Angaben über die Anzahl Hospitalisationen in den ND-Kreisen zu finden.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Der ärztliche ambulante Notfalldienst durchlebt eine Phase des Umbruchs, sowohl in der Einstellung der praktizierenden Ärzteschaft zum bisher als selbstverständlich angesehenen Notfalldienst, als auch in der Inanspruchnahme durch die Bevölkerung. Mit dem Monitoring Notfalldienst Kanton Bern der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern sollte Transparenz über den von den Bezirksvereinen organisierten Notfalldienst und insbesondere über die Häufigkeit notfalldienstlicher Patientenkontakte, die zeitliche Belastung der notfall-

dienstleistenden Ärzteschaft, die Ärztedichten von Grundversorgern und Notfalldienstärzten sowie die Grösse der versorgten Bevölkerung im Kanton, in den Bezirksvereinen und Notfalldienstkreisen geschaffen werden.

Im März und April 2006 wurden im Kanton Bern täglich die Anzahl von Konsultationen in der Arztpraxis, Telefonanrufen und Hausbesuchen im Rahmen des Notfalldienstes gesammelt und ausgewertet. Zusätzlich wurden Daten zu Geschlecht, Alter, Facharztstitel, Zugehörigkeit zu Bezirksverein und Notfalldienstkreis, Anzahl Notfalldiensttage pro Jahr, Dauer der Notfalldienstperioden und Wochentag der Dienstleistung erfasst.

Parallel dazu wurden in allen Notfalldienstkreisen die Anzahl der notfalldienstpflichtigen Ärzte, der Grundversorger, der Ärzte mit Praxis und die Grösse der zu versorgenden Wohnbevölkerung erhoben.

Bei der Erhebungsdauer von 61 Tagen betrug der Rücklauf 64% (2040 Fragebogen). Die Rücklaufquote in den 8 Bezirksvereinen schwankte zwischen 42% und 97%. Aus 2 von insgesamt 52 Notfalldienstkreisen fehlten Rückmeldungen.

Die Einteilung der Notfalldienstkreise ist in Bezug auf die Grösse der versorgten Bevölkerung, der Anzahl Ärzte pro 1000 Einwohner und der geografischen Ausdehnung sehr heterogen. In Agglomerationen umfassen Spezialistennotfalldienste in der Regel mehrere Notfalldienstkreise. 77,5% der notfalldienstleistenden Ärzte praktizieren in Notfalldienstkreisen mit weniger als 20 Notfalldienstärzten. Im gesamten Kanton ist eine Dichte von 0.7 Notfalldienstärzten pro 1000 Einwohner, 1.0 Grundversorger pro 1000 Einwohner und 1.8 Praktizierender aller Fachrichtungen pro 1000 Einwohner festzustellen. Diese Zahlen wurden bis auf das Niveau aller Notfalldienstkreise ermittelt und als Grafiken dargestellt. Unmittelbar neben städtischen Agglomerationen finden sich überraschenderweise sehr tiefe Ärztedichten, wie z.B. in den Notfalldienstkreisen Wohlen, Grossehöchstetten, Fraubrunnen, Kirchberg, Oberes Langental und Bipp.

Kantonale Durchschnittswerte sind vorsichtig zu interpretieren, da sie eine beschränkte Aussagekraft über die individuelle Arbeitsbelastung der Notfalldienst-Ärzte haben.

Der Altersmittelwert der Notfalldienstleistenden beträgt kantonal 52 Jahre und ist vergleichbar mit anderen Kantonen und der

Altersverteilung der Teilnehmer in Prozenten

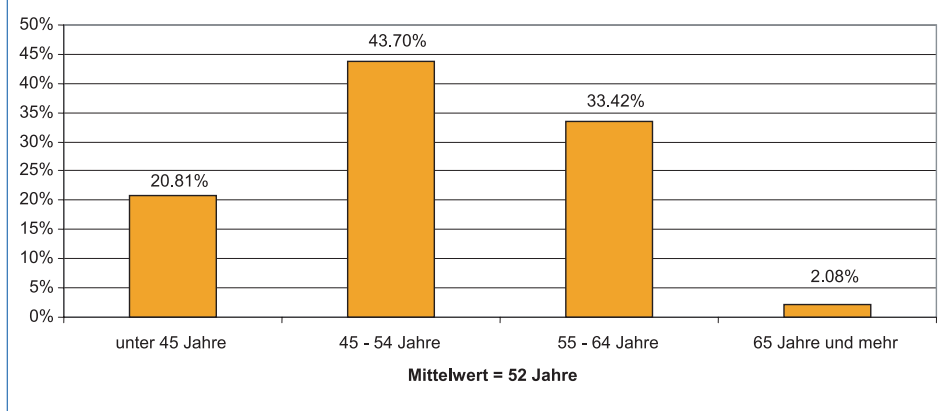


Abbildung 3: Altersverteilung in Prozenten

ganzen Schweiz. Es ist vorzusehen, dass Bezirksvereine mit einem tiefen Anteil an Notfalldienstärzten unter 45 Jahren schon bald Probleme in der Organisation des ärztlichen Notfalldienstes haben werden. Dies wird noch ausgeprägter bei einem zusätzlichen überdurchschnittlichen Anteil an über 65-Jährigen. 11,4% der retournierten Fragebogen stammen von Notfalldienstärztinnen.

Stadt-Land-Unterschiede wurden in dieser Studie kaum gefunden. Keine Unterschiede konnten bezüglich Anzahl Einwohner pro ND-Kreis, Anzahl Notfalldienstärzten und Grundversorger pro 1000 Einwohner in Bezirksvereinen und Notfalldienstkreisen und bezüglich notfalldienstlicher Patientenkontakte und Altersstruktur gezeigt werden.

Die Häufigkeit von Patientenkontakten im Notfalldienst ist eher niedrig. So behandelt in den Notfalldienstkreisen ein **Notfalldienstarzt tagsüber durchschnittlich nur 3,5 Patienten** in seiner Praxis und führt **2,0 notfalldienstliche Telefonate**. Auch die Rate der **Hausbesuche tagsüber** ist mit **0,4** tief. Die Werte für nächtliche notfalldienstliche Patientenkontakte sind noch tiefer. Das Total für alle **notfalldienstlichen Patientenkontakte pro 24 Stunden** in den Notfalldienstkreisen beträgt **8,0**. Dabei ist zu bemerken, dass die Streuung recht gross ist. Im Bericht werden detaillierte Zahlen in allen Notfalldienstkreisen und getrennt nach Konsultationen, Hausbesuchen und Telefonaten dargestellt und nach Möglichkeit in Zusammenhang mit den erhobenen Demografiedaten gebracht. Ein ungünstiges Verhältnis im Sinne von vielen Patientenkontakten bei tiefer Notfalldienst-Ärztichte weisen z.B. die Notfalldienstkreise Bipp, Fraubrunnen und Wohlen auf. Die Anzahl der zu leistenden Notfalldienst-Tage

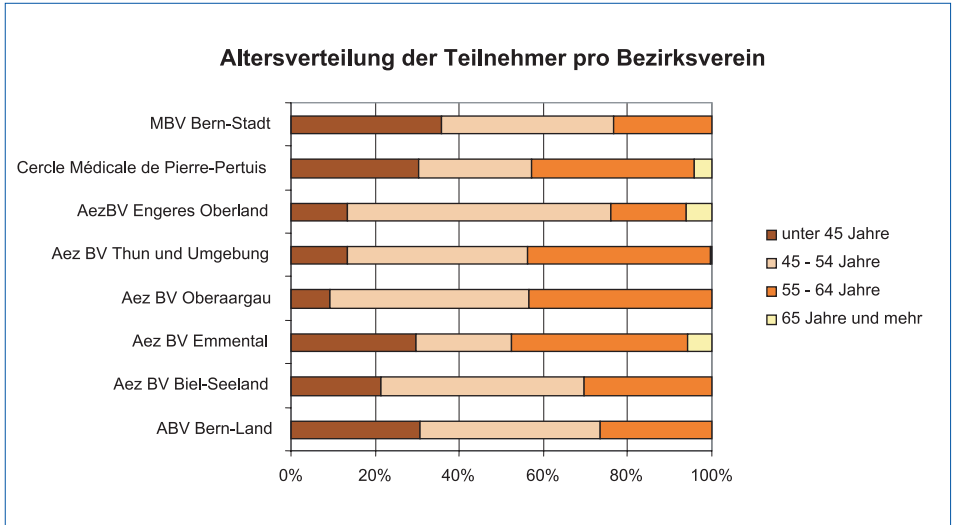


Abbildung 4: Altersverteilung der Teilnehmer pro Bezirksverein

pro Jahr variiert stark. In 21,7% der Rückantworten werden 30 bis 39 Notfalldienst-Tage pro Jahr genannt. Ein Drittel der Antwortenden nennt 50 bis 300 und mehr Tage Notfalldienst pro Jahr. Zu beachten ist, dass in 7% der retournierten Fragebogen 150 bis 300 und mehr Notfalldienst-Tage genannt wurden.

Die Heterogenität in den Notfalldienstkreisen in Bezug auf Anzahl beteiligter Ärzte, Grösse der betreuten Bevölkerung und Ausdehnung der Notfalldienstkreise ist sehr gross. In der Zukunft muss wohl eine Vereinheitlichung angestrebt werden. Die ausgeprägt föderalen Organisationsformen mit Delegation der meisten organisatorischen Aufgaben auf das Niveau der Notfalldienstkreise (Bezirksvereine bestehen aus mehreren ND-Kreisen), ist grossräumigen, (über-)regionalen Änderungen nicht förderlich.

Nach wie vor stellen im ganzen Kanton die Grundversorger den ärztlichen Notfall-

dienst sicher. 85% der retournierten Fragebogen wurden von Grundversorgern geliefert. Sie sind in stark unterschiedlichem Masse durch die sich örtlich ergebende Präsenzzeit belastet. Zusammen mit der eher tiefen Rate an notfalldienstlichen Patientenkontakten (allerdings bei grosser Streuung) wird die Effizienz der notfalldienstlichen Versorgung fraglich. Noch unklar ist nämlich, wie oft Patienten diesen Notfalldienst beanspruchen oder andere Einrichtungen bevorzugen.

Geklärt werden muss, ob die Grundversorger in Zukunft noch bereit sind, den Notfalldienst in der bisherigen Form weiter zu leisten. Möglichkeiten, um den Notfalldienst mit den Grundversorgern weiterhin aufrecht zu erhalten, sehen wir z.B. in den folgenden Massnahmen:

- Zusammenschlüsse von Notfalldienstkreisen
- sinnvolle Änderungen der Grenzziehung
- miteinbeziehen von gegebenen oder neu zu schaffenden Einrichtungen wie Spitalnotfallpforten mit oder ohne vorgelagerte Triageposten
- modifizierte Hausarztposten auf Grundlage der holländischen Modelle
- Erleichterung der Niederlassung in bestimmten Bezirksvereinen
- Erhöhung der Attraktivität des Hausarztberufes
- Förderung der Hausarztmedizin in der Ausbildung etc.

Wir Ärztinnen und Ärzte sind aufgefordert, mögliche Szenarien zu diskutieren und umzusetzen.

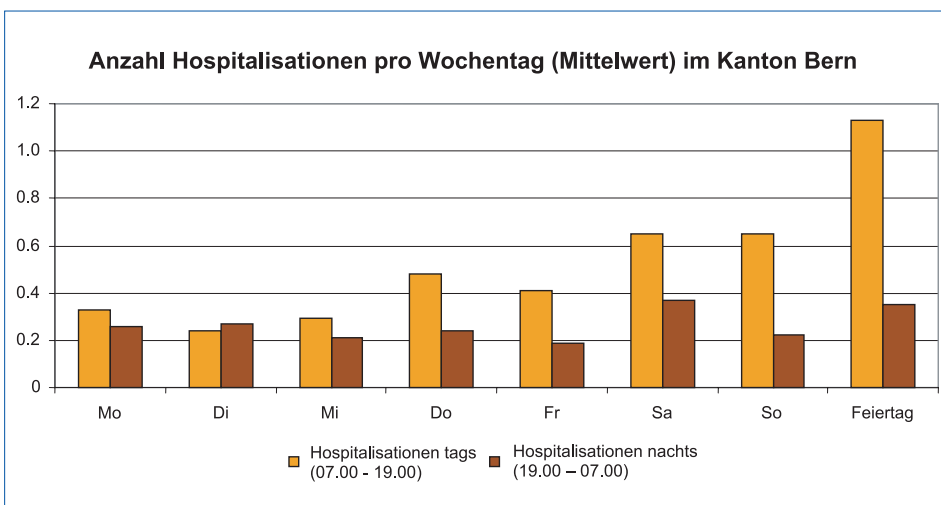


Abbildung 5: Anzahl Hospitalisationen pro Wochentag im Kanton Bern

Quellen

- (1) FMH-Ärztstatistik 2005 in: Schweizerische Ärztezeitung 2006 ;87 ;18 und 21
- (2) Motivation junger Ärzte, Grundversorger zu werden, Jennifer Sutter, Pascal Egli, Bettina Niedermann, Manuel Pernisch, Projektarbeit an der FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachbereich Wirtschaft, 30. Juni 2006
- (3) Stellungnahme und Empfehlung der MWS-Ärztinnen Schweiz zur Organisation des regionalen Notfalldienstes, Gabriele Susanne Merki, Denise Pupato, in: Schweizerische Ärztezeitung 2006 ;87 ;35
- (4) Bericht Notfalldienst. Zur aktuellen Situation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes und Vorschläge zur zukünftigen Organisation. GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 20. Juli 2006

Autoren

Beat Gafner, Vorstand BEKAG, Pastpräsident Ärzte-Bezirksverein Bern-Land

Martina Hersperger, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, Leiterin Abt. Daten, Demographie und Qualität

Heinz Zimmermann, Vorstand BEKAG, Chefarzt Notfallzentrum Inselspital Bern

Korrespondenz:

Dr. med. Beat Gafner, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH
Zur Station 7, 3145 Niederscherli, praxigaf@hin.ch



Die Ärztekasse gehört der Ärzteschaft

Die erfolgreiche Selbsthilfeorganisation
Die Ärztekasse hat keine Aktionäre, sondern Genossenschafter. Sie gehört ausschliesslich den 6'500 freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten der Schweiz. Und weil sich die Zusammenarbeit mit der Ärztekasse auszahlt, ist sie auch mit Abstand das grösste Unternehmen für Praxismanagement und Outsourcing in dieser Branche.

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

Praxismanagement und Outsourcing
Steinackerstrasse 35 · 8902 Urdorf
Telefon 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 60
www.aerztekasse.ch
marketing@aerztekasse.ch

Brief an die Verantwortlichen des Fragebogens «Ärztetzwerke»

Konolfingen, 12. Januar 2007

Betrifft: Fragebogen zur Akzeptanz von Ärzte-Netzwerken

Sehr geehrte Damen und Herren

Ziel des Fragebogens sei es, herauszufinden, wie die Ärzteschaft des Kantons Bern dem Netzwerkgedanken gegenüberstehen würde.

So die Einleitung.

Hiermit teile ich Ihnen mit, dass mich beim Durchlesen der Fragen ein seltsames Gefühl beschlich.

Die Idee, herauszufinden, was die Basis denkt, finde ich sehr wichtig. So hat die Ärztesgesellschaft Fakten in der Hand und kann unsere Anliegen vertreten.

So weit so gut.

Was sollen aber nun z.B. folgende Fragen mit der Akzeptanz von Netzwerken zu tun haben?:

- Fragen nach der Anzahl der Patienten mit über 5 Medikamenten
- Fragen nach der durchschnittlichen Konsultationsdauer
- Fragen nach der Anzahl Patientenkontakte in einem bestimmten Zeitraum
- Fragen nach der Postleitzahl
- Fragen nach dem Alter des Praxisinhabers
- Fragen nach einem um 2%, 7% oder 11% höheren TP Wert bei 'Mitspielen'

Bei der zuletzt erwähnten Frage fehlt mir z.B. das Feld zum Ankreuzen: **Mit keinem der erwähnten Prozentpunkte.**

Dadurch werde ich insofern manipuliert, dass ich einen Wert ankreuzen muss, obwohl ich mit keinem dieser Werte einverstanden bin! Übrigens: was sind schon 3% Belohnung, um den Patienten zu steuern, wenn wir ohnehin schon 14% unter dem ursprünglich anvisierten Taxpunktwert von Fr. 1.– stehen!?

Wieso fehlt zum Beispiel die ganz einfache, für jeden verständliche Frage:

«Haben Sie als Arzt Angst, beim Eintritt in ein Netzwerk einen weiteren Rückgang Ihres Einkommens in Kauf nehmen zu müssen?»

Meines Erachtens handelt es sich bei diesem Fragebogen um eine Mogelpackung. Obwohl ich PonteNet resp. Pontenova und Swissep nichts unterstellen will, scheinen sie da nebenbei noch Daten sammeln zu wollen, die wenig mit dem angestrebten Ziel zu tun haben aber die umso wichtiger für ihre Geschäftsstrategie sind.

So kann z.B. die Postleitzahl mit der Frage nach den Medikamenten verknüpft werden.

Soll da etwa die Selbstdispensation noch mehr untergraben werden?

Auch könnten die Daten der Postleitzahlen mit der durchschnittlichen Sitzungsdauer und den geographisch vorhandenen Patienten verknüpft werden.

Aus diesen Daten könnte dann abgeleitet werden, wie viele Nicht-Netzwerkwillige Ärzte im entsprechenden Postleitzahlgebiet 'kalt' gestellt werden könnten; und wie hoch die Mehrbelastung für die verbleibenden Netzwerkärzte wäre.

Man könnte auch ausrechnen, um wie viel die durchschnittliche Konsultationsdauer dieser Netzwerkärzte reduziert werden müsste, damit sie die durch die 'kaltgestellten Ärzte' frei werdenden Patienten auch noch behandeln könnten.

Sehr interessant wäre auch zu wissen, welche Punkte als Ausschlusskriterien zur statistischen Auswertung definiert werden.

Etwa die fehlende Angabe der Postleitzahl?

Immerhin könnte so die Statistik teilweise von kritisch denkenden Kollegen 'gesäubert' werden.

Damit will ich sagen, dass das Resultat der Statistik nur schon durch das Definieren der Ausschlusskriterien ohne weiteres im Interesse der Netzwerkprofiteure (z.B. PonteNet) manipuliert werden kann.

Da ist doch ein Interessenkonflikt vorhanden. Oder nicht?

Obwohl ausdrücklich steht, dass die Fragen vollständig anonym verarbeitet würden, traue ich der Sache nicht.

In bestimmten ländlichen Gegenden ist es einfach, aufgrund der Postleitzahl auf den Namen des dort tätigen Arztes zu schliessen.

Wie schnell sensible Daten (die natürlich nur so nebenbei erhoben wurden und als Nebenprodukte anfallen) bei «Shareholdervalueteigerern» allgemein doch halt missbraucht werden können, zeigen verschiedene Vorkommnisse aus der Vergangenheit und Gegenwart.

Die aus den Fragebogen gewonnenen Informationen können von PonteNet (und auch swisspep) kommerziell genutzt werden.

Bildlich gesprochen fühle ich, dass da in diesem Fragebogen einige Schlingen ausgelegt worden sind. Das Zuziehen dieser Schlingen könnte zu einem Sauerstoffmangel führen, welcher die Akzeptanz von Netzwerken, insbesondere von solchen mit Budgetverantwortung, doch deutlich erhöhen könnte...

Abschliessend wage ich die Prognose eines schlechten Rücklaufes.
Grund dieser Prognose:

Der Fragebogen erweckt unterschwellig ein Gefühl der Manipulation und des Aushorchens der Praxistätigkeiten à la «santésuisse»...

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Samuel Gut
FMH Allgemeine Medizin
Hünigenstrasse 7, 3510 Konolfingen

Replik zum Leserbrief von Herrn Kollegen Gut



Dr. med. Hans-
Werner Leibund-
gut, VR-Präsident
PonteNova

Ich kann das seltsame Gefühl des Kollegen Gut nachvollziehen. Nach diversen Fragebogen von Kassen, Umfragen für Pharmain-

dustrie, Notfalldienst und Komplementärmedizin wird man zu Recht misstrauisch. Die beanstandeten Fragen dienen aber dazu, die Meinung der Berner Ärzteschaft im letzten Schachen des Emmentals, dem tiefsten Sumpf des Seelandes und auf der hintersten Treppe der Stadt Bern zu erforschen. Die gestellten Fragen sind in anderen nationalen und internationalen Umfragen validiert worden und haben grosse Diskriminationskraft. Wir können so z.B. eruieren, wie die Kollegin mit vielen polymorbiden Patienten denkt.

Sicher, wenn diese Daten in die falschen Hände gelangen, verwirklichen sich die von

Dr. Gut skizzierten Horrorszenarien. Ohne Vertrauen geht es also nicht. Diese Umfrage kann zum Barometer werden, ob die Basis ihrer Führung traut. Die Politik will Managed Care, die FMH befürwortet Managed Care, der VSAO stellt ein eigenes Managed Care-Positivmodell auf. Ohne Ihre Antworten haben wir nur Schulterzucken auf die Frage der Öffentlichkeit, wie sich die Berner Ärzteschaft zu Netzwerken stellt. Wollen Sie das? Mit dieser Umfrage machen wir nichts als unsere Hausaufgaben.

PonteNova ist der ökonomische Flügel der BEKAG. PonteNet ist im Auftrag des Kantonalvorstandes aktiv geworden. Im Jahr 2005 haben wir über 200'000 Franken in den Aufbau von Netzwerken und somit in die Zukunft der Berner Ärzteschaft investiert, ein Gewinn wird frühestens in vier Jahren resultieren – bezahlen werden aber diesmal nicht die Ärztinnen, sondern die Krankenkassen.

Todesfeststellung: Hightech oder gesunder Menschenverstand?



Dr. med. Thomas Heuberger, Vizepräsident Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Während den Beratungen der Revision des Gesundheitsgesetzes hat unsere Grossrätin Danielle Lemann im November 2006 die Frage der Problematik um die ärztliche Todesfeststellung aufgegriffen. Es besteht zur Zeit ein juristisches Vakuum in der täglichen Arbeit der Ärztinnen und Ärzte, und die meisten Betroffenen bemerken es nicht einmal.

Wo liegt das Problem?

Im Kanton Bern war im bisherigen Gesetzesartikel 37, Absatz 1, geregelt: «Der Tod ist durch eine Ärztin oder einen Arzt nach den Regeln der Fachkunde festzustellen.» Neu beschloss der Grosse Rat: «Die Todesfeststellung richtet sich nach dem Transplantationsgesetz des Bundes.» Diese Todes-Definition verlangt nun aber die genaueste, auch apparative Feststellung des Hirntods, nicht nur die uns allbekanntesten klinischen Zeichen des Todes.

Nach Intervention von Danielle Lemann zur Klärung des Widerspruchs befand aber der Grosse Rat, es sei hier nur auf die Bundesgesetzgebung abzustellen, auf Kantons-ebene gelte es nichts zu regeln und auf Bundesebene sei es im Transplantationsgesetz geregelt. Nun ist diese Frage dort eben noch nicht geregelt und die entsprechende Verordnung lässt leider auf sich warten, aus welchen Gründen auch immer.

Zur Diskrepanz zwischen den beiden Möglichkeiten (und Notwendigkeiten), den Tod festzustellen, äussert sich die Jurisprudenz nicht ganz widerspruchsfrei: Das Gesetz definiere nur die Hirntoddiagnostik. Dies sei nötig, damit nicht einem noch Lebenden ein Organ entnommen werde. «Bei einem Sterbenden, dem man nicht sofort nach Eintritt des Hirntodes ein Organ ent-

nehmen will, ist diese aufwendige Diagnostik nicht sinnvoll», sagt der Jurist. Da könne man ruhig warten, bis die untrüglichen Zeichen des Todes eingetreten seien. Dem ist zu entgegnen, dass eben die Diagnostik des Hirntodes nur im Transplantationsgesetz definiert ist, das «Warten auf die untrüglichen Zeichen» Fallstricke bietet.

Danielle Lehmann bleibt hier aber eben skeptisch, und dies nicht ganz unbegründet: Sie befürchtet, dass Ärzten vor diesem gesetzlichen Hintergrund angelastet werden könnte, sie würden «Organe verschwenden», wenn sie nichts unternähmen, um Leute vorübergehend ins Leben zurückzuholen. Es geht ihr nicht gegen die Transplantationsmedizin. «Aber ich will, dass man sich des Problems, das da auf uns Hausärztinnen zukommen könnte, bewusst wird.» Denn: der Bundesrat legt auch fest, welche Anforderungen an die Ausbildung der Ärzte gestellt werden, um hier korrektes Handeln zu garantieren.

Was heisst das nun für die gewöhnliche Hausärztin, *medicus curans communis*?

Es ist ja offensichtlich, dass sich das Transplantationsgesetz mit einer Materie befasst, die nur sehr wenig mit dem ärztlichen Alltag zu tun hat, mit einer absoluten Ausnahmesituation im menschlichen Leben, nämlich mit Organentnahmen im Rahmen der Transplantationsmedizin.

Verschiedene Definitionen des Todeszeitpunkts

Im Bundesgesetz wird bestimmt, wie genau, kompliziert und aufwendig im Transplantationsfall alle Voraussetzungen erfüllt und genauestens dokumentiert sein müssen, damit jemand zur allfälligen Organentnahme für tot erklärt werden kann.

Dies ist so weit weg von der Alltagsrealität, dass man sich zu Recht fragen darf (und muss): Gibt es zwei verschiedene Tode, den des Alltags und den der High-Tech-Transplantationsmedizin?

Jeder vernünftige Mensch wird antworten: Es gibt nur einen Tod, den individuellen Tod, aber er findet unter verschiedenen Voraussetzungen statt, die eine Situation ist mit der anderen nicht vergleichbar. Und beide Vorgänge sind separat zu regeln.

Wie, wo, durch wen und unter welchen juristischen Voraussetzungen dies geregelt wird, ist für uns äusserst wichtig, damit wir in Zukunft verantwortlich und richtig handeln können. Gefordert sind Politiker, SAMW und der gesunde Menschenverstand.

Was vermutlich der richtige Weg wäre: Die **Definition** des Todeszeitpunktes ist im ZGB zu regeln. Die **Verfahren**, wie dieser Zeitpunkt zu bestimmen ist, gehören aber für den Alltag auf die kantonale Ebene (sicher nach Vorgaben des Bundes!) in die Gesundheitsgesetze. Auf Bundesebene wird nur geregelt, was den absoluten Ausnahmezustand darstellt, wo auch interkantonale und gar internationale Zusammenarbeit stattfinden muss und die juristischen Leitplanken sehr hoch liegen (müssen).

Zur weiteren Lektüre sei der Artikel von Danielle Leman-Albonico und Hanspeter Kuhn von der FMH empfohlen (SAeZ 2/07) und auf Meinungsäusserungen der SAMW zu achten.



Die Todesfeststellung richtet sich neu nach dem Transplantationsgesetz des Bundes

Das Recht des Patienten auf seine Krankengeschichte



lic.iur. Urs Reinhard, Fürsprecher, Rechtsauskunftsstelle der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Grundsätzliches

«Die Fachperson hat über die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten fortlaufend Aufzeichnungen zu führen und den Behandlungsverlauf angemessen zu dokumentieren. Die Dokumentation muss insbesondere die Sachverhaltsfeststellungen, die Diagnose, die angeordneten Therapieformen sowie Ablauf und Gegenstand der Aufklärung enthalten.»

Art. 26 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes (GesG) des Kantons Bern verpflichtet jede Ärztin und jeden Arzt, über die betreuten Personen eine Dokumentation anzulegen. Bezüglich der Handhabung dieser Dokumentation für den Fall, dass der Patient Auskunft wünscht, bestehen zahlreiche Unklarheiten, welche mit diesem kurzen Beitrag ausgeräumt werden sollen. Zu den rechtlichen Grundlagen zählen neben dem kantonalen GesG auch das Datenschutzgesetz (DSG) und die Datenschutzverordnung (VDSG) des Bundes¹.

Wie eingangs erwähnt ist die Ärztin zur Führung eines Patientendossiers, auch «Krankengeschichte» oder kurz «KG» genannt, verpflichtet. Sie muss die KG während mindestens zehn Jahren – auch bei Praxisaufgabe! – aufbewahren (Art. 26 Abs. 2 u. 3 GesG).

Auskunftsgesuch des Patienten

Der Patient hat ein umfassendes und weit reichendes Auskunftsrecht (Art. 39a GesG, Art. 8 DSG), das er gegebenenfalls gericht-

lich durchsetzen lassen kann. Grundsätzlich muss der Patient das Auskunftsgesuch schriftlich stellen. Er muss es nicht begründen. Telefonische Auskünfte sind nur zulässig, wenn der Patient zuvor in diese Form der Auskunftserteilung eingewilligt hat und von der Ärztin anhand der Stimme zweifelsfrei identifiziert worden ist. Aus Gründen der Praktikabilität und der Vorsicht empfehlen wir Ihnen, immer ein kurzes schriftliches Gesuch («Zwei-Zeiler») zu verlangen. Die Auskunft muss innert 30 Tagen erfolgen (Art. 1 Abs. 4 VDSG). Die Ärztin ist aber gemäss den Bestimmungen zum Auftrag verpflichtet, «jederzeit (...) Rechenschaft abzulegen» (Art. 400 des Obligationenrechts), womit die Auskunft innert weniger Tage geschuldet ist.

Herausgabe der KG – Kopie oder Original?

Der Patient kann von der Ärztin die Herausgabe aller ihn betreffenden Unterlagen verlangen. Dazu gehören auch Röntgenbilder, EKG, Berichte, Gutachten, Zeugnisse und Korrespondenz.

Im Regelfall wird die Ärztin dem Patienten eine Kopie der Dokumente zustellen. Die Herausgabe der Kopien hat grundsätzlich kostenlos zu erfolgen. Eine Kostenbeteiligung darf nur gefordert werden, wenn der Antrag stellenden Person in den zwölf Monaten vor dem Gesuch die gewünschten Auskünfte bereits mitgeteilt wurden und kein schutzwürdiges Interesse an einer neuen Auskunftserteilung nachgewiesen werden kann (d.h., wenn seither keine Änderung des Datensatzes mehr erfolgte). Die Beteiligung beträgt maximal 300.– Franken (Art. 2 VDSG). Wird eine Kostenbeteiligung verlangt, muss dies dem Patienten begründet und vor der Herausgabe der Unterlagen mitgeteilt werden, damit dieser sein Auskunftsgesuch zurückziehen oder abändern kann.

Auf Verlangen des Patienten muss die Ärztin auch die Originale der KG herausgeben. Sie hat in diesem Fall aber das Recht, sich vom Patienten schriftlich von ihrer gesetzlichen Aufbewahrungspflicht befreien zu lassen (Art. 26 Abs. 4 GesG). Sofern die Ärztin aus Kosten- oder Platzgründen keine

Kopien der herausgegebenen Originale machen will oder der Patient das verbietet, sollte die Ärztin unbedingt verlangen, dass der Patient zudem schriftlich ausdrücklich auf jegliche Ansprüche aus dem Behandlungsverhältnis verzichtet. Ohne eine solche Erklärung des Patienten steht die Ärztin in einem späteren Haftpflichtfall ohne KG und damit ohne jegliche Beweismittel da.

Einsicht in die KG

Bei gegenseitigem Einverständnis kann die Ärztin dem Patienten auch Einsicht in die KG an Ort und Stelle gewähren. Dies kann nützlich sein, wenn die KG sehr umfangreich ist oder Fachausdrücke zu erklären sind. Eine Einsichtnahme ist kostenlos.

Persönliche Notizen, welche die Ärztin ausschliesslich für den Eigengebrauch erstellt, fallen nicht unter das Auskunftsrecht. Gemeint sind z.B. reine Gedächtnisstützen, die es der Ärztin bei einem telefonischen Kontakt erleichtern, sich sofort an den Patienten zu erinnern. Wir empfehlen Ihnen hierzu, wo möglich «Post-it» zu verwenden oder, bei einer umfangreichen KG, mit Einlageblättern zu arbeiten; beides kann schnell und einfach aus der KG entfernt werden.

Dienen persönliche Notizen der Behandlung oder werden sie von Aussenstehenden oder Hilfspersonen eingesehen, gehören sie zur KG und müssen dem Patienten bekannt gemacht werden.

¹ Die Gesetze finden Sie online unter www.be.ch/gesetze für den Kanton und www.admin.ch/ch/d/sr/sr.html für den Bund. Weitere Informationen finden Sie unter www.fmh.ch und www.edoeb.admin.ch/dokumentation.

Zwischen staatlicher Regulierung und Wettbewerb



Felix Adank,
Presse- und
Informations-
dienst

Wenn der Handels- und Industrieverein gemeinsam mit dem Verband Berner Privatspitäler des Kantons Bern zu einer Informationsveranstaltung lädt, darf ein Hauch von wirtschaftlicher Dynamik und innovativem Pioniergeist erwartet werden. Doch die Veranstaltung zum Thema «Spitalversorgung und -finanzierung im Kanton Bern» wiederholte am 25. Januar im Hotel Allegro Kurssaal altbekannte Standpunkte.

Der Berner Wirtschaftsprofessor Robert Leu forderte mehr ökonomische Effizienz und Qualitätskontrollen im Spitalwesen, FDP-Ständerätin Erika Forster-Vannini plauderte über die laufende KVG-Revision und Regierungsrat Phillippe Perrenoud warb für die neue kantonale Versorgungsplanung.

Kein Anreiz zum Sparen

Professor Leu kritisierte zum Auftakt der Veranstaltung die offensichtlichen Schwächen des 1996 eingeführten KVG, wesentliche Rahmenbedingung für die kantonalen Gesundheitspolitiken:

- Wenig effiziente Verknüpfung zwischen staatlicher Regulierung und Wettbewerb
- Falsche Anreize für fast alle Akteure
- Aufspaltung in 26 kantonale Gesundheitswesen

Leu plädierte für einen «regulierten Wettbewerb» und nannte als zentrale Bedingung die Aufhebung des Kontrahierungszwangs – ohne diesen Punkt weiter auszuführen. Er kritisierte die falschen Anreize im Spitalbereich wie folgt: Spitäler und Belegärzte verdienen um so mehr, je mehr Leistungen sie erbringen; die Krankenkassen stecken wesentlich mehr Energie in Risikoselektion statt in Kostenmanagement; und

die Versicherten haben keinen Anreiz zum Sparen, da der Selbstbehalt für Spitalbehandlungen entfällt.

Lob für Spitalversorgungsgesetz

Fast problematischer noch als die Aufspaltung der Gesundheitswesen sei die Doppelrolle der Kantone im Spitalbereich: Einerseits hätten sie als Betreiber und Investoren unternehmerische Funktion, andererseits seien sie zuständig für Planung, Gesetzgebung und Vollzug. Der Interessenkonflikt sei offensichtlich und mitverantwortlich für die wenig erfolgreiche Spitalplanung der vergangenen zehn Jahre: Diese habe zu einer weiteren Zersplitterung und Aufrüstung des Spitalbereichs geführt. Die Schweiz sei dadurch internationaler Spitzenreiter hinsichtlich Spitalkosten, Kostenwachstum, Anteil der Spitalkosten an den Gesundheitsausgaben, Bettendichte sowie Aufenthaltsdauer der Patienten.

Lobende Worte fand Professor Leu für das am 1. Januar 2006 in Kraft getretene bernische Spitalversorgungsgesetz: Die kantonale Planung erfolge nach objektiven Kriterien, basierend auf Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit. Leu vermisst darin lediglich ein vorgegebenes Qualitätsmanagement zur Verbesserung der medizinischen Leistungen. Mit einem Plädoyer für mehr Wettbewerb und gleich langen Spiesen zwischen öffentlichen und Privatspitälern schloss er seine Ausführungen ab.

Neuer Verteilschlüssel für Leistungserbringer

Die St. Galler Ständerätin Erika Forster-Vannini informierte anschliessend über den Stand der KVG-Revision, die im März erneut ins Parlament kommt. Die von ihr präsidierte ständerätliche Gesundheitskommission hat neue Einzelpakete geschnürt und sie mit den Etiketten «Spitalfinanzierung», «Risikosausgleich», «Pflegefiananzierung», «Managed Care» und «Vertragsfreiheit» versehen. Öffentliche und Privatspitäler sollen künftig gleich lange Spiesse erhalten und auf der Basis von Fallpauschalen (DRG) abrechnen. Die Krankenversicherungen sollen nach Vorstellung der Kommission 70 Prozent der Spitalleistungen übernehmen, die Kantone 30 Prozent. Die Beiträge der

Kantone flössen dabei neu via Krankenversicherungen an die Leistungserbringer (monistisches System). Noch weiter will gemäss Forster die Gesundheitskommission des Nationalrats gehen: Es soll künftig keine Vertragsspitäler mehr geben, für Patientinnen und Patienten soll das «Casside-Dijon-Prinzip» gelten (Freiheit in der Spitalwahl).

Mehr Freiraum für Berner Spitäler

Regierungsrat Perrenoud definierte als Kantonsvertreter das oberste Ziel der Spitalversorgung wie folgt: Die gesamte Bevölkerung soll Zugang zu qualitativ hochstehenden medizinischen Leistungen in ihrer Umgebung haben!

Die künftige Versorgungsplanung (zur Zeit in Vernehmlassung) will der Kanton sowohl als Einkäufer medizinischer Leistungen (via Leistungsverträge) wie auch als Versorgungsplaner (via Spitalliste) steuern. Den Spitälern soll dabei mehr unternehmerischer Freiraum gewährt werden. Durch die Einführung von Fallpauschalen werden die Privatspitäler den öffentlichen Spitälern bei der Abgeltung medizinischer Leistungen gleichgestellt. Wo immer möglich sollen Spitäler in Tageskliniken umgewandelt, teure stationäre durch günstigere teilstationäre Angebote ersetzt werden.

Regierungsrat Perrenoud erwartet von der laufenden KVG-Revision mittelfristig eine Regelung der kantonalen Mitfinanzierung von Privatspitälern. Er versprach, diese in die kantonale Versorgungsplanung mit einzubeziehen – aber nicht um jeden Preis und nicht zulasten schwächerer Bevölkerungsgruppen.

Spitäler in Randregionen bedroht

In der abschliessenden Diskussion wehrte sich Adrian Dennler als Vertreter der Privatspitäler gegen den Vorwurf der «Rosinpickerei» – dies sei angesichts von 30% Marktanteil gar nicht möglich. Kostenstruktur und Qualität der medizinischen Leistungen seien künftig existentielle Faktoren für die Daseinsberechtigung der stationären Leistungserbringer. Professor Leu bestätigte die im Publikum geäusserte Befürchtung, dass vielen Spitälern in Randregionen die Schliessung droht, weil sie die nötige medizinische Qualität auf Grund zu kleiner Fallzahlen nicht mehr erbringen könnten.

Cerny Inuit Collection

Sandra Küttel,
Presse- und Informationsdienst

Der Kontrast könnte grösser nicht sein: An der Weyermannstrasse 12 in Bern - gesäumt von Lagerhallen, Güterbahnhof und Industrie – befindet sich ein wahres Kleinod. Die Rede ist von der Cerny Inuit Collection, welche die Mitglieder des BEKAG-Ausschusses mit ihren Partnerinnen im Dezember vergangenen Jahres besuchten.

Inuit: Bewohner der Arktis

Seit mehr als 20 Jahren hegen Dr. med. Peter Cerny (Radiologe Klinik Engeried) und seine Frau Martha Cerny eine grosse Leidenschaft für die Kunst der Inuit. Die Inuit sind Volksgruppen, welche rund um den Polarkreis leben. Ihre Siedlungsgebiete erstrecken sich über Kanada (Nordwest-Territorien, Nord-Québec, Labrador und Nunavut), Alaska, Grönland und Sibirien. Der Begriff «Inuit» bedeutet übrigens ganz einfach «Menschen».

Die Ausstellung

Eine Sammlung arktischer Kunst in Bern – das dürfte Manchem eher ungewöhnlich anmuten. Ein Augenschein lohnt sich unbedingt: Die Ausstellung zeigt faszinierende Objekte aus Walrosshauer und -Knochen, Speckstein, Mammuthauer, Karibu- und Rentierknochen, aber auch Keramik- und Batikarbeiten.



Luba Eines, Seehund Frau

Ziel: Nachhaltigkeit

Das Ehepaar Cerny setzt sich ein für die Weiterverbreitung der arktischen Kunst, sieht sich jedoch explizit nicht als Mäzenen an. Ihr Engagement bezweckt Nachhaltigkeit in mehrfacher Hinsicht: Künstlerinnen und Künstler aus dem Polarkreis sollen Zugang zum Kunstmarkt erhalten und gleichzeitig motiviert werden, selber Netzwerke zu bilden. Hilfe zur Selbsthilfe also. In der künstlerischen Auseinandersetzung mit autochthonen Materialien, Mythen und Überlieferungen finden die Inuit eine sinnstiftende Tätigkeit, aber auch eine Einnah-

mequelle. Das Interesse der Ureinwohner an der eigenen Kultur zu wecken und damit ein Bindeglied zwischen dem Gestern und Heute, zwischen Tradition und Weiterentwicklung herzustellen, ist ein weiteres Anliegen des Ehepaars Cerny.

Wenn die Chemie nicht stimmt

Die Muttermilch von Inuit-Frauen ist stark von Schadstoffen belastet, wie eine amerikanische Studie nachgewiesen hat. Man geht davon aus, dass die schlechte Muttermilch-Qualität mit der Umweltverschmutzung zusammenhängt. Eine fatale Kettenreaktion: Umweltgifte gelangen über den Wasserkreislauf ins Meer und werden dort von Plankton aufgenommen. Das von Schwermetallen belastete Plankton wird von Fischen gefressen, welche wiederum



Axangayuk Shaa: Tanzender Bär

Nahrung für grössere Meerestieren darstellen. Am Schluss dieses Kreislaufs steht: der Mensch.

Besonders die kalten Regionen werden zum Endlager für Dauergifte. Diese Gifte – und das stimmt nachdenklich – werden vor allem in den warmen und gemässigten Regionen der Welt produziert und verbraucht. Was also zum Beispiel in Europa an umweltbelastenden Substanzen emittiert, tragen Wind und Meeresströmungen in kalte Gefilde.

Respekt vor der Natur

Die Inuit zählen bis heute zu den Jäger- und Sammlergesellschaften. Der Respekt vor der Natur ist zentrales Element ihrer Lebensweise. Diese Philosophie manifestiert sich auch in manchen Kunstwerken, die in der Cerny Inuit Collection zu sehen sind.

Die Inuit jagen nur soviel, wie für das Überleben notwendig ist. Diesem Credo hat sich auch die Ausstellung verpflichtet. Die Herkunft jedes Kunstobjektes ist bis ins letzte Detail deklariert: von der Jagdlizenz, die beweist, dass legal gejagt wurde, bis hin zur Exporterlaubnis des Kulturministeriums. Das Bestreben um Nachhaltigkeit zeigt sich auch hier.

Die Ausstellung empfiehlt sich nicht nur in ästhetischer Hinsicht, sondern lohnt sich auch aufgrund ihrer aufklärenden Komponenten: Sie schärft den Blick für globale Zusammenhänge.

Die Cerny Inuit Collection kann nach Terminvereinbarung besichtigt werden, es gibt keine fixen Öffnungszeiten.



David Rubin, *Der Schamane. Bindeglied zwischen dem Gestern und Heute*



Inuit-Mutter mit Kinderwagen

Cerny Inuit Collection
Weyermannstrasse 10 nord
3008 Bern

Telefon: 031 318 28 20
Email cerny.inuit@bluewin.ch

www.cernyinuitcollection.com

Terminplan 2007

1. März 2007
Bezirksvereinsversammlung
kantonsweit

29. März 2007
Delegiertenversammlung



Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern,
Bolligenstrasse 52, 3006 Bern / erscheint 6 x jährlich
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der
Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Redaktor: Marco Tackenberg, Presse- und
Informationsdienst, Postgasse 19, 3000 Bern 8
Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82;
E-Mail: tackenberg@forumpr.ch
Inserate: P. Wolf, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern
Tel. 031 330 90 00; Fax 031 330 90 03;
E-Mail: pwolf@bekag.ch
Layout: Peter Gaffuri AG, Grafisches Zentrum,
Kornhausplatz 7, 3011 Bern, www.gaffuri.ch
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern
Ausgabe Februar 2007

Das Arztzeugnis



Dr. med. Dominik Schorr,
Kantonsarzt BL,
Liestal

Der folgende Artikel wurde bereits in «Synapse», September 2006, publiziert. Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Ärztesgesellschaft Baselland.

Zeugnisse zu schreiben gehört zum ärztlichen Alltag. In der überwiegenden Zahl der Fälle werden die Zeugnisse vom Empfänger widerspruchslos akzeptiert. Ist dies einmal nicht der Fall, wird dies oft als befremdend empfunden. Tatsächlich ist ein Arztzeugnis in der Regel ein parteiisches Zeugnis, denn Arzt oder Ärztin stehen in einem Vertragsverhältnis mit dem Patienten. Sie können dem «Auftraggeber» (Patient) nur etwas bescheinigen, das dieser bescheinigt haben will. Da das Arztgeheimnis eingehalten werden muss, werden Zeugnisse zudem in der Regel offen dem Patienten übergeben. Diese kennen also den Inhalt und geben die Zeugnisse nur

weiter, wenn sie günstig lauten. Trotzdem darf ein Arztzeugnis kein reiner Gefälligkeitsbeweis sein, denn das Strafgesetzbuch verbietet vorsätzliche falsche Aussagen. Als Folge des Konfliktes zwischen Patienteninteresse und dem ärztlichen Bestreben, Unwahrheiten zu vermeiden, enthalten viele Arztzeugnisse nur eine unvollständige Darstellung der medizinischen Situation. Ohnehin kennen auch Ärztinnen und Ärzte nie alle Details der Patientensituation. Es ist deshalb wichtig, Aussagen, welche auf medizinischen Beobachtungen gründen, klar zu kennzeichnen und von solchen zu unterscheiden, welche auf Patienten-Aussagen oder gar solchen von Drittpersonen beruhen. Es lohnt sich also, sich folgende Punkte aus den Empfehlungen der FMH in Erinnerung zu rufen:

- Wird ein Zeugnis ausgestellt, ohne dass der Patient gesehen wurde, so ist dies deutlich zu vermerken. Informationsquellen (Patient, andere Ärzte) müssen aufgezeigt werden.
- Rückdatierte Zeugnisse müssen als solche erkennbar sein. Ggf. Vermerk zur Glaubwürdigkeit der Patientenaussagen.
- Keine Zeugnisse auf unbestimmte Zeit ausstellen.
- Medizinische Angaben und Diagnosen nur an den Vertrauensarzt. Der endgültige Empfänger des Arztzeugnisses seinerseits (Arbeitgeber, Behörde) muss dieses als private Zeugnisurkunde würdigen. Bis zu einem gewissen Grad obliegt es sei-

nem Ermessen, ob er dem Zeugnis Glauben schenken will. Er muss also eine Abwägung vornehmen, ob der Inhalt dem entspricht, was er aufgrund der eigenen Beobachtungen nachvollziehen kann. Kann er die Aussage des Zeugnisses nicht in Einklang mit der eigenen Beurteilung bringen, so muss er weitere Informationen verlangen. Es ist korrekt, wenn der Empfänger eines Arztzeugnisses, z.B. ein Arbeitgeber, eine Krankenkasse, Schule oder Sozialbehörde, das Gespräch mit der ausstellenden Ärztin/dem Arzt sucht, um Unklarheiten im Zeugnis zu bereinigen. Medizinische Details dürfen hier allerdings nicht bekanntgegeben werden, auch wenn der Patient durch die Anforderung des Zeugnisses selbst das Arztgeheimnis schon gelockert hat. Hingegen kann die bezeugte Fähigkeit (Arbeiten, Turnen, Autofahren usw.), respektive deren Einschränkung genauer erläutert werden. Nur in Fällen, in denen auf diesem Weg keine Verständigung erzielt werden kann, wird der endgültige Empfänger eine vertrauensärztliche Untersuchung auf eigene Kosten in Auftrag geben. Es ist üblich und im KVG-Bereich vorgeschrieben, dass der Vertrauensarzt den Kollegen, der das Zeugnis ausgestellt hat, kontaktiert. Für die Aushändigung oder Mitteilung aller medizinischen Details ist eine erneute Befreiung vom Arztgeheimnis erforderlich. Diese ist bei vielen Angestellten schon Teil ihres Arbeitsvertrages. Sie muss dem Arzt oder der Ärztin, welche das primäre Zeugnis ausgestellt haben, vorgelegt werden.

StGB Art 318

1. Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Hebammen, die vorsätzlich ein unwahres Zeugnis ausstellen, das zum Gebrauche bei einer Behörde oder zur Erlangung eines unberechtigten Vorteils bestimmt, oder das geeignet ist, wichtige und berechnete Interessen Dritter zu verletzen, werden mit Gefängnis oder mit Busse bestraft. [...]

StGB Art 321

1. [...], Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen sowie ihre Hilfspersonen, die ein Geheimnis offenbaren, das ihnen infolge ihres Berufes anvertraut worden ist, oder das sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben, werden, auf Antrag, mit Gefängnis oder mit Busse bestraft. [...]

2. Der Täter ist nicht strafbar, wenn er das Geheimnis auf Grund einer Einwilligung des Berechtigten oder einer auf Gesuch des Täters erteilten schriftlichen Bewilligung der vorgesetzten Behörde oder Aufsichtsbehörde offenbart hat.

3. Vorbehalten bleiben die eidgenössischen und kantonalen Bestimmungen über die Zeugnispflicht und über die Auskunftspflicht gegenüber einer Behörde.



Anna führt Buch.

Fehler können passieren. Da heisst es: handeln und daraus lernen. Und darum führen wir Buch, genauer, ein Schwarzes Buch. Hier werden alle Vorkommnisse gesammelt, analysiert und gemeinsam mit den Betroffenen Lösungen erarbeitet. Auf höchster Ebene. Schliesslich ist Kritik von Kunden Chefsache – genauso wie ein freundliches «Excusé, das kommt nicht wieder vor». Sagt Anna, unsere Dame vom Kundendienst.

medics labor

professionell und persönlich

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

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44

Bestellung gesundheitspolitische Zeitung «Politik + Patient»

Die Ärzteschaft ist die einzige grössere Gruppe in der schweizerischen Gesundheitspolitik, die kein Publikationsorgan hat, um ihre politische Haltung einer interessierten Öffentlichkeit mitzuteilen. Die gesundheitspolitische Zeitung «Politik + Patient» soll die Sicht der Leistungserbringer in die öffentliche Debatte einbringen.

Die politische Wirkung einer gesundheitspolitischen Zeitung ist umso grösser, je mehr Leserinnen und Leser die Ärzteschaft damit erreicht.

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

20

50

100

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Stempel/Datum/Unterschrift: _____

Bitte Talon ausfüllen und per Fax oder Post schicken an:

Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Presse- und Informationsdienst
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8, Fax 031 310 20 82

