



ÄRZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS  
DU CANTON DE BERNE

Nr. 6 / Dezember 2010  
www.berner-aerzte.ch

Themen dieser Ausgabe:

Mitteilungen des Sekretärs 2

Herausforderung für die  
Spitalversorgung 4

Medienkampagne  
VSAO Bern 5

MEDPHONE mit neuer  
Notrufzentrale  
und neuem Standort 7

«Ich bin eine Zwischen-  
lösung»  
Interview mit Dr. M. Schau-  
felberger, BIHAM 9

Nachruf auf die parlamen-  
tarische Vernunft 11

## Vier Prinzipien



Mein PIN-Code 1 – 2 – **4** – 6 – 3 – 5, 1 Motto, 2 Arten von Interessen, 4 Prinzipien, 6 Ziele, 3 Aktionsfelder und 5 Wege zur Umsetzung ist modern... Zu den 4 Prinzipien zähle ich: Qualitätssicherung vor Sparzielen, partnerschaftliche Verbandslösungen, standespolitische Unabhängigkeit und unternehmerische Selbständigkeit. In der Diskussion um die integrierte Versorgung und damit verbunden um Risikoselektion, differenzierte Prämien und Franchisen, Budgetmitverantwortung sowie um Strukturen von Netzwerken rücken die Thesen der amerikanischen Ökonomin Elizabeth Teisberg immer stärker in den Vordergrund: Gesundheitsreformen sollen sich nicht an Sparzielen orientieren, sondern Patientennutzen schaffen. Das kann bedeuten:

- Patientenorientierte Netzwerke
- Wettbewerb unter den Krankenkassen
- Neue Informationstechnologien verbessern Gesundheitsleistungen und schaffen so Patientennutzen
- Begleitforschung, Messung und Publikation der Output-Qualität

Eine ausgewogene Kommunikationskultur, nicht diejenige der Tageszeitung, soll uns weiterhin zu partnerschaftlichen Verbandslösungen führen. Beispiel: die erfolgreiche Lancierung der regional beschränkten Erhöhung des Taxpunktwertes um zwei Rappen im Berner Oberland. Ein gemeinsames Projekt der Ärztesgesellschaft und eines bedeutenden Krankenversicherers im Kanton Bern. Solche Kooperationen, die von einer Wertschätzung unserer Arbeit zeugen, sind leider rar. Unverständlich bleiben auch die Gegenargumente des Bundesrates. Für uns gilt deshalb weiterhin: Wenn schon nicht auf nationaler Ebene möglich, suchen wir doch zumindest auf kantonaler Ebene weiter nach solchen Win-win-Situationen!

Ist unternehmerische Selbständigkeit bei Ärztinnen und Ärzten noch gefragt? Vor 25 Jahren waren unternehmerische Selbständigkeit und standespolitische Unabhängigkeit für mich keine Themen, sondern Selbstverständlichkeiten. So auch die Teilnahme am allgemeinen Notfalldienst. Die Zeiten haben sich geändert: Heute streben die jungen Hausärztinnen und -ärzte andere Praxis- und Arbeitsformen an. Die Gründe sind vielfältig: administrativer Mehraufwand, die Unsicherheit finanzieller Investitionen, fehlender Austausch mit Kolleginnen und Kollegen in der Einzelpraxis und immer weniger unternehmerische Freiheiten durch juristische Restriktionen sowie trübe Lohnaussichten – all dies schreckt vor der Übernahme einer Einzelpraxis ab. Unser Nachwuchs bevorzugt Praxisgemeinschaften, Netzwerke und Ärztehäuser. Er wünscht Möglichkeiten der Teilzeit- und Schichtarbeit, braucht den Austausch mit anderen Kolleginnen, will definierte Arbeiten delegieren und vernetzt sich mit neuen Berufsgruppen wie den «nurse practitioners». Die Ärztesgesellschaft ist – angesichts dieser Trends – gut beraten, sich aktiv für neue Praxisformen und Versorgungsmodelle einzusetzen!

Dr. med. Beat Gafner  
Präsident Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

## Mitteilungen des Sekretärs



Dr. iur. Thomas  
Eichenberger,  
Sekretär der  
BEKAG

### Änderung von Gesundheitsgesetz und -verordnung per 1. Januar 2011

Das Gesundheitsgesetz des Kantons Bern (GesG) musste an das eidgenössische Medizinalberufegesetz (MedBG) angepasst werden. Soweit das MedBG gilt, beschränkt sich der kantonalbernerische Gesetzgeber auf den Hinweis, wonach für die selbständige Berufsausübung seit Inkrafttreten des eidgenössischen Erlasses ausschliesslich die Regelungen des MedBG massgeblich sind.

Pikant ist in diesem Zusammenhang, dass der eidgenössische Gesetzgeber den Anwendungsbereich des MedBG auf die **wirtschaftlich** selbständige Berufsausübung der Ärztinnen und Ärzte beschränkt hat. Das MedBG ist also nur anwendbar, wenn die Praxisinhaberin oder der Praxisinhaber selbständig erwerbstätig, d.h. ohne Lohnausweis in der eigenen Praxis tätig ist. Über unternehmerische Risiken im Sinne des MedBG verfügen aber zum Beispiel auch die beherrschenden Aktionäre der Gemeinschaftspraxis AG, nicht aber die dort ohne Unternehmerrisiko angestellten Ärztinnen und Ärzte.

Für die nicht selbständig im Sinne des MedBG tätigen bleibt das GesG anwendbar. Demzufolge benötigt eine Berufsausübungsbewilligung nach GesG, wer zwar unselbständig, ohne Unternehmerrisiko tätig ist, aber **Patientinnen und Patienten fachlich eigenverantwortlich betreut**. Dies dürfte in den allermeisten Fällen auch für die in Gemeinschaftspraxen lediglich angestellten Ärztinnen und Ärzte zutreffen.

Entsprechend wird sich die BEKAG im 2011 vermehrt erlauben, bei gewissen

ärztlichen Tätigkeiten im Auftrag der Bezirksvereine beim Kantonsarzt nachzufragen, ob bestimmte, bisher nicht erfasste Personen nicht über eine **BAB** verfügen müssten und **Notfalldienst leisten** sollten. Gleiches gilt für abrechnende Ärztinnen und Ärzte, welche weder bei der BEKAG Mitglied sind, noch dem **TARMED** als Nichtverbandsmitglieder **beigetreten** sind. In diesem Fall besteht keine Abrechnungsberechtigung zu Lasten des KVG.

Der kantonalbernerische Gesetzgeber hat im Zusammenhang mit der hängigen Revision von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, die **Pflicht zur Leistung einer Ersatzabgabe** bei Nichtleistung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes noch deutlicher auf Gesetzesstufe zu verankern. Zum einen wird präzisiert, dass die Ersatzabgabe in jedem Fall, d.h. unbesehen des Grundes für der Nichtleistung zu zahlen ist. Zum anderen wird die zu entrichtende Abgabe mit **CHF 500.– pro nicht geleisteten Notfalldienst** (24-Stunden-Dienst) beziffert und auf maximal CHF 15'000.– (30 Dienste pro Jahr) **limitiert**.

Auch die Gesundheitsverordnung (GesV) hat per 1. Januar 2011 einige Anpassungen erfahren. Erwähnenswert erscheint uns einzig ein Punkt. Der Begriff «Refrak-

tionsbestimmung» wird durch «optometrische Messungen» ersetzt. Gemäss einem Urteil des Bundesgerichts muss nicht (mehr) vor jeder Refraktionsbestimmung bei Kindern unter 16 Jahren die Zustimmung des Augenarztes bzw. der Augenärztin eingeholt werden. Wir konnten immerhin durchsetzen, dass auch inskünftig die **erstmalige Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen bei Kindern unter 16 Jahren nur nach vorgängiger augenärztlicher Untersuchung** erfolgen darf.

### Beschlüsse der Delegiertenversammlung vom 28. Oktober 2010

Erwähnenswert sind die folgenden Ergebnisse:

Die Delegiertenversammlung hat die gesundheitspolitischen Positionen des Kantonalvorstandes zu integrierter Versorgung, welche nachfolgend noch einmal im vollen Wortlaut wiedergegeben werden sollen, mit 37:0 Stimmen bei 1 Enthaltung deutlich angenommen (siehe S. 3). Diese Positionen haben jetzt einen hohen Stellenwert, weil wir davon ausgehen können, dass die Stossrichtung auch von einer Mehrheit der Mitglieder unterstützt werden dürfte. Entsprechend erachtet es der Kantonalvorstand als legitim, die Politik der BEKAG im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Teilrevision des KVG auf diese Basis abzustützen. Zu einem späteren Zeitpunkt wird es vielleicht auch darum gehen, wie sich die BEKAG zu ei-



Die gesundheitspolitischen Positionen des BEKAG-Vorstandes sorgten an der DV für Gesprächsstoff.  
Foto: Marco Tackenberg

ner allfälligen Referendumsvorlage stellt. Wir denken zwar, hier wesentliche Vorarbeit geleistet zu haben. Trotzdem bleibt das Geschäft im gegenwärtigen politischen Umfeld schwierig und verlangt von allen Akteuren Flexibilität.

Ähnlich brisant ist die vor kurzem lancierte Volksinitiative für eine eidgenössische Einheitskasse oder Gesundheitskasse. Die anlässlich der DV nach intensiver Diskussion von Pros und Contras durchgeführte Konsultativabstimmung hat für den Vorstand etwas unerwartet ergeben, dass eine deutliche Mehrheit der Delegierten einem solchen Unterfangen gegenüber im Moment positiv eingestellt wäre. Grund dafür ist vor allem die Kritik an einem immer mehr überbordenden Bürokratismus. Bemängelt werden insbesondere auch die jährlichen Wechsel der Versicherten. Die Ärzteschaft hat eine tief verwurzelte Abneigung gegen Pseudowettbewerb bei mangelhaftem Risikoausgleich. Auch zu dieser Vorlage, die wir noch nicht in der gesamten Ausprägung kennen, ist natürlich das letzte Wort noch nicht gesprochen. Falls die Initiative zur Abstimmung kommt, werden weitere Diskussionen – vielleicht auch über einen Gegenvorschlag – folgen müssen, bevor sich die BEKAG definitiv festlegen kann.

## Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern  
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern,  
Bolligenstrasse 52, 3006 Bern / erscheint 6 x jährlich  
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der  
Ärztesgesellschaft des Kantons Bern  
Redaktion: Marco Tackenberg und Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst BEKAG, Postgasse 19,  
3000 Bern 8, Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82;  
E-Mail: tackenberg@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch  
Inserate: Frau P. Wolf, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern  
Tel. 031 330 90 00; Fax 031 330 90 03;  
E-Mail: pwolf@bekag.ch  
Layout: forum | pr, Postgasse 19, 3011 Bern,  
www.forumpr.ch  
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern  
Ausgabe Dezember 2010

## Gesundheitspolitische Positionen des Vorstandes der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern zu Integrierter Versorgung



Die Delegiertenversammlung der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern hat am 28. Oktober 2010 die gesundheitspolitischen Positionen ihres Vorstandes zu Integrierter Versorgung verabschiedet.

Unter einem integrierten Versorgungsnetz verstehen wir eine Gruppe von Leistungserbringern, die sich zum Zweck einer verbesserten Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen. **Der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern akzeptiert die Einführung von Modellen der integrierten Versorgung im Kanton Bern unter folgenden Rahmenbedingungen:**

1. Zentrale Voraussetzungen für die Einführung integrierter Versorgung sind ein **morbiditätsorientierter, verfeinerter Risikoausgleich** und eine wissenschaftliche Begleitevaluation.
2. Es braucht eine ärztliche Patientenführung **über die ganze Behandlungskette des Netzwerks hinweg** und damit eine Optimierung der Behandlungsqualität. Die Netzwerke integrieren Grundversorger, Spezialisten, Spitäler und nachgelagerte Betreuungsstrukturen.
3. Integrierte Versorgung braucht ein **Qualitätsmanagement und eine Qualitätskontrolle**. Die Fokussierung ist **auf Qualität und Patientennutzen** gerichtet und nicht auf direkte Kostenfolgen.
4. Die **freie Arztwahl** innerhalb eines bestehenden Netzwerkes muss gewährleistet sein. Die Patientenführung kann sowohl von einem Grundversorger wie von einem Spezialisten ausgeübt werden.
5. Eine **Budgetverantwortung** – im Sinne eines Globalbudgets – wird abgelehnt.
6. Eine allfällige **Budgetmitverantwortung** der Leistungserbringer muss **freiwillig** sein. Die Regelungen müssen in diesem Fall **ethisch** vertretbar sein. Eine Budgetmitverantwortung kann **nur beim Netzwerk** und darf nicht beim einzelnen Arzt liegen. Eine Kostenkontrolle muss über eine Periode von mehreren Jahren angewendet werden. Wo ein **Bonus oder Malus** zur Geltung kommt, muss der Betrag begrenzt sein. Die Leistungserbringer fordern eine **Mitsprache bei der Prämiengestaltung**.
7. Verschiedene Modelle eines einzelnen Krankenversicherers in der Grundversicherung sind vorerst mit **identischen Prämien** einzuführen. Der Anreiz zum Eintritt in ein integriertes Versicherungsmodell darf nicht über Kostenunterschiede (wie differenzierte Selbstbehalte) gehen. Vielmehr müssen **Qualitätsmerkmale** ausschlaggebend sein.
8. Es gilt **eine eidgenössische Tarifstruktur** mit einem nach unten begrenzten Taxtpunktwert. Die Vergütung der Leistungen wird zwischen Versicherer und Leistungserbringer **vertraglich** geregelt.
9. In Ärztenetzwerken mit integrierter Versorgung regelt das Netzwerk die **Funktion des Vertrauensarztes**.

## Herausforderungen für die Spitalversorgung

### Auswirkungen der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)

*Zusammenfassung des Referats von Annamaria Müller Imboden, Vorsteherin des Spitalamts der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern; gehalten an der Delegiertenversammlung der BEKAG vom 28. Oktober 2010*

Auf den 1. Januar 2012 tritt das revidierte Krankenversicherungsgesetz in Kraft, welches einschneidende Auswirkungen auf die Spitalversorgung haben wird. Einige Spielregeln werden grundlegend geändert. Dies erfordert von den Akteuren der Gesundheitsversorgung, den Spitälern und Gesundheitsfachleuten, der öffentlichen Hand, den Krankenversicherern, aber auch den Patientinnen und Patienten ein Umdenken.

Konkret ändern sich drei Dinge:

Erstens gibt das Krankenversicherungsgesetz vor, wie die Kantone ihre Spitalplanungen vorzunehmen haben. Die Spitalplanung ist die Basis für die Spitalliste, und jene wiederum die Voraussetzung, damit Spitalleistungen – das heisst, Leistungen von Akutspitälern, Rehabilitationskliniken, psychiatrischen Kliniken und Geburtshäusern – von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Bisher waren die Kantone in der Handhabung der Spitalisten relativ frei. Nun macht der Bund klare Vorgaben:

Die Kantone haben ihre Planungen künftig untereinander zu koordinieren. Das macht Sinn, ist jedoch aufgrund des «Kantönliges» nicht immer einfach. Bestimmte hochspezialisierte Leistungen sind nicht bloss zu koordinieren, sondern von den Kantonen gemeinsam zu planen. Dass dies nicht in Minne abläuft, darf niemanden erstaunen. Die Medien berichteten im Frühjahr über Querelen bei der Zuteilung bzw. Nicht-Zuteilung von Herztransplantationen und Protonentherapie. Das Berner Inselspital – und somit der Kanton Bern – war von diesen Entscheiden direkt betroffen.

Für die übrigen Spitalleistungen haben die Kantone eindeutige Planungskriterien anzuwenden: Die Planung muss bedarfsgerecht erfolgen und die soziale und geografische Zugänglichkeit sichergestellt sein. Ferner ist bei der Auswahl der Leistungserbringer auf deren Qualität und Wirtschaftlichkeit zu achten.

Zweitens haben die Patientinnen und Patienten ab 2012 die freie Wahl aus allen Listenspitalern. Dabei spielt es keine Rolle, ob das Spital auf der Liste des Wohnkantons des Patienten oder jener des Standortkantons des Leistungserbringers ist. Der Gesetzgeber wollte damit den interkantonalen Wettbewerb anheizen. Einen Wermutstropfen hat er gelassen: Wenn die Kosten der ausserkantonalen Spitalbehandlung höher sind als jene im Wohnkanton, so hat der Behandelte die Tariffdifferenz selber zu bezahlen. Die Ausnahme ist der Notfall oder die medizinische Notwendigkeit, welche wie gehabt vom Kantonsarzt zu bestätigen ist.

Die Auswirkungen der freien Spitalwahl sind noch niemandem bekannt. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass ab 2012 kein landesweiter Spitaltourismus einsetzen wird, so kontrastiert die freie Spitalwahl der Bürgerinnen und Bürger dennoch klar mit der geforderten Planungsakribie der Kantone.



*Ab 2012 können Patientinnen und Patienten schweizweit auswählen, in welchem Listenspitalern sie sich behandeln lassen wollen.*

*Foto: Marco Tackenberg*

Noch weniger bekannt sind schliesslich die Auswirkungen des dritten Elements: Der neuen Spitalfinanzierung. Die vielen, von Kanton zu Kanton und von Spital zu Spital unterschiedlichen Tarifsysteme werden über Bord gekippt. Ab 2012 gibt es für stationäre Aufenthalte in Listenspitalern nur mehr ein pauschales Abgeltungssystem. Der Gesetzgeber erhofft sich auch hier mehr Transparenz, mehr Wettbewerb und dadurch geringere Kosten. Unterschieden wird nur noch zwischen akutstationären, rehabilitativen und psychiatrischen Aufenthalten. Im Akutbereich kommt das Fallpauschalensystem Swiss DRG zur Anwendung. Die Abrechnungssysteme für die Psychiatrie und die Rehabilitation sind noch nicht festgelegt.

Festgelegt ist hingegen, dass in den Pauschalen der Anteil der Investitionskosten inbegriffen ist, ebenso die Kosten für die Aus- und Weiterbildung des nicht-universitären Gesundheitspersonals. Die Spitäler werden also künftig mit dem Erlös, den sie aus den Tarifen erzielen, ihre gesamte Infrastruktur unterhalten, erneuern und weiterentwickeln müssen. Und sie sehen sich einem enormen Kostendruck ausgesetzt, denn die Versicherer werden alles daran setzen, den «Billigsten» zum Benchmark-König zu krönen. Ohne griffige Ausbildungsverpflichtungen und ohne Bestimmungen zur Einhaltung von Standards droht ein Qualitäts- und Leistungsabbau. Ebenfalls festgelegt ist, dass sich der Wohnkanton zu mindestens 55% an der Finanzierung der Pauschalen beteiligen muss, egal wo die Behandlung stattgefunden hat. Im theoretischen Fall, dass ein Kanton gar kein Spital auf seiner Liste führt, müsste er dennoch sämtliche Spitalbehandlungen seiner Einwohnerinnen und Einwohner mitfinanzieren. Die einzige Bedingung ist, dass das behandelnde Spital «irgendwo» auf einer Liste figuriert. Dieses «Mitfinanzierungselement» beschert dem Kanton Bern ab 2012 jährliche Mehrkosten in dreistelliger Millionenhöhe. Wegplanen lassen sich diese nicht. Ob es der Wettbewerb wohl richten wird?

## Medienkampagne VSAO Bern

*Warum geht der VSAO Bern in diesen unsicheren Zeiten bei doch schon gesetzlich und im Gesamtarbeitsvertrag zugesicherten guten Bedingungen auf die Barrikaden? Und warum hat eine Kampagne, welche die Arbeitssituation von Assistenz- und Oberärztinnen anspricht, beachtlichen Erfolg? Lars Frauchiger, Präsident der VSAO Bern, erklärt die Gründe.*

*Text: Dr. med. Lars Frauchiger, Präsident VSAO Sektion Bern, BEKAG-Vorstandsmitglied*

50-Stunden-Woche, maximal eine Woche am Stück arbeiten, danach 83 Stunden Erholung, maximal 7 Pikettdienste pro Monat und Regelungen für Mutter- und Vaterschaftsurlaub. Dies sind nur einige der wichtigsten arbeitsrechtlichen Bestimmungen der Assistenz- und Oberärzte, wie sie im Arbeitsgesetz und im Gesamtarbeitsvertrag GAV festgehalten sind. Mit der Einführung des Arbeitsgesetzes für Assistenz- und Oberärzte und der Aushandlung des Gesamtarbeitsvertrages konnte in den letzten Jahren die Grundlage für faire Arbeitsbedingungen gelegt werden. Doch die Einhaltung der Vorschriften ist nicht gewährleistet. Verantwortlich dafür sind mehrere Faktoren: Der allgemeine Spar- und Druck im Gesundheitswesen nimmt zu, die Finanzierung der Versorgungsleistungen ist ungewiss. Im Spitalwesen erhöht die Einführung der DRG den Druck auf die Spitäler, zahlreichen Spitälern droht die

Schliessung. Dieser Druck wirkt sich letztlich auf die Arbeitsplätze im Spitalsektor aus. Auch wir Ärztinnen und Ärzte bekommen ihn zu spüren.

### Teufelskreis

Schon jetzt wird in vielen Spitälern und Kliniken die Höchstarbeitszeit von 50 Stunden pro Woche nicht eingehalten, zudem muss im Falle des Wochenenddienstes oft 12 Tage am Stück gearbeitet werden. Bei der Dienstplanung wird meist nicht an Abwesenheiten der Kollegen durch Weiterbildung, Ferien, Krankheit etc. gedacht. Daraus resultierende Mehrarbeit führt fast immer zur Verletzung der gesetzlichen Vorgaben. Der nach wie vor zu tiefe (oder nicht ausgeschöpfte) Stellenetat führt laufend zu Überzeiten. Bei der heutigen knappen Finanzlage werden die Kliniken dazu ge-

zwungen, diese Überzeiten kompensieren zu lassen, was infolge der knappen Stellenetats beim verbleibenden Personal zu erneuten Überzeiten führt. Ein veritabler Teufelskreis droht sich hier zu etablieren. Leider werden die Anstrengungen von Kliniken, die sich um gute Arbeitsbedingungen bemühen, auf politischer Ebene nicht selten untergraben. So können dringende Strukturreformen in der Spitallandschaft aufgrund zögerlicher und verwirrender Spitalplanung bzw. politischer Eigeninteressen einzelner Gruppierungen nicht angegangen werden. Auf der anderen Seite zwingt die Regierung die Spitäler zum Sparen, ohne die nötigen Reformen zuzulassen. Dem zunehmenden Patientenaufkommen wird zu wenig Rechnung getragen.

Mit der Einführung der DRG sollen Transparenz und Effizienz erhöht werden. Die Spitäler stehen hier unter einem hohen

**Sa, 17.52 Uhr. Nach zehn Arbeitstagen bald Wochenende.  
Nur noch eine Chemotherapie überprüfen, drei Röntgenbilder beurteilen, dem Vorgesetzten rapportieren, bei fünf Patienten vorbeigehen und einen Versicherungsbericht schreiben.**

Assistenz- und Oberärzte sind regelmässig zehn Tage am Stück im Einsatz. Das ist ungesund für Ärzte und Patienten.

Wir finden: 7 Arbeitstage am Stück sind genug!  
Petition auf [www.wir-bleiben-dran.ch](http://www.wir-bleiben-dran.ch)  
VSAO Bern – Ihre Ärztinnen und Ärzte der Zukunft

Assistenz- und Oberärzte gehen auf die Strasse: Gratis-Blutdruckmessung und Kurzfilm mit Popcorn – Donnerstag, 16. September, 12 bis 21 Uhr, Waisenhausplatz Bern

Mit solchen und ähnlichen Plattexten macht der VSAO auf die prekären Arbeitsbedingungen in den Spitälern aufmerksam.

Kostendruck, da das günstigste Spital den Takt angeben wird. Somit kann durch Missachtung des Arbeitsgesetzes das Spital besser dastehen. Jedoch sind die negativen Auswirkungen auf die Qualität der Behandlung bei Überarbeitung, fehlender Weiterbildung aus Zeitmangel und nicht zuletzt abnehmender Motivation nicht wegzudiskutieren.

An den Universitäten schliessen mittlerweile mehr als 60% Frauen ihr Medizinstudium mit dem Staatsexamen ab. Der Frauenanteil an den Kliniken steigt, allerdings nicht so wie erwartet. Viele Frauen scheinen sich nach dem Studium für eine andere Berufsrichtung zu entscheiden. Die Gründe liegen nicht zuletzt bei den Arbeitsbedingungen, die ein geordnetes Familienleben neben dem Arztberuf nach wie vor nahezu verunmöglichen. Selbst mit einer konsequenten Umsetzung der 50-Stunden-Woche fehlen alternative Arbeits- und Karrieremodelle. Es braucht mehr Teilzeitstellen, damit den Bedürfnissen unserer Kolleginnen – und zunehmend auch unserer Kollegen – nachgekommen werden kann. Wir können es uns nicht leisten, diese Bedürfnisse zu ignorieren, denn der Ärztemangel ist schon Realität und kann nur knapp mit ausländischen Ärzten ausgeglichen werden.

Alles in allem stehen für die Ärzteschaft (nicht nur für unsere Mitglieder) raue Zeiten an. Die Medienkampagne ist ein erster Schritt, auf Missstände in unseren Arbeitsverhältnissen aufmerksam zu machen. Politische Aktionen (Referenden etc.) oder gar Kampfmassnahmen könnten folgen.

## Kampagne

In einer ersten Phase haben wir mit einer repräsentativen Umfrage die Bevölkerung im Kanton Bern befragt. Eine deutliche



Die VSAO-Standaktionen in ausgewählten Städten, hier in Thun, stiessen auf reges Interesse der Bevölkerung.

Mehrheit war der Meinung, dass die Anzahl Arbeitstage am Stück auf fünf beschränkt werden sollte. Über 90 Prozent zeigten Verständnis für allfällige Arbeitskämpfmassnahmen der Spitalärzte für die Einhaltung der 50-Stunden-Woche. 12 Stunden Arbeit am Stück wurde mit Qualitätsverlust gleichgesetzt und als gefährlich empfunden.

Um den Druck auf die Regierung zu erhöhen, haben wir die Kernforderungen als Petition formuliert: Einhaltung des Arbeitsgesetzes, vernünftige Dienstplanung und Vereinbarkeit von Arztberuf und Familie.

Kernelemente der Kampagne waren die Standaktionen in einigen Städten, die Fake-Inserate, ein Kurzfilm, Plakate, Medienarbeit und Gespräche mit Parlamentariern. Wir haben die Unterstützung der Bevölkerung gesucht und mit 10'000 Petitions-Unterschriften auch gefunden.

Zusammen mit der Bevölkerung des Kantons Bern wollen wir Ärzte für ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen kämpfen, das die Arbeit der Leistungserbringer auch würdigt.



## BEKAG-Mitglieder haben das Wort!

Sind Sie über aktuelle gesundheitspolitische Vorstösse und Entwicklungen besorgt? Haben Sie Mühe mit standespolitischen Entscheiden der BEKAG? Sagen Sie dem Vorstand Ihre Meinung! Schreiben Sie uns!

Ihre Kritik, Empfehlung oder Aufforderung erreicht uns via E-Mail an [info@bekag.ch](mailto:info@bekag.ch) oder per Post an Ärztesellschaft des Kantons Bern, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern. Wir verschaffen Ihrer Stimme Gehör: Die eingegangenen Stellungnahmen werden im doc.be und auf unserer Webseite veröffentlicht.

## MEDPHONE mit neuer Notrufzentrale und neuem Standort

*Neue Versorgungsgebiete und wachsende Anruhzahlen zwingen das medizinische Callcenter MEDPHONE zu Investitionen in seine technische und betriebliche Infrastruktur. Dank neuem IT-System profitieren Kundinnen und Kunden von kürzeren Wartezeiten und Notfallärzte von verbesserter Unterstützung.*

*Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst BEKAG*



Das ärztzeigene Notfall-Callcenter, bietet allen Patienten und Anrufern rund um die Uhr und an 365 Tagen im Jahr eine medizinische Beratung und Anleitung zur Selbsthilfe durch erfahrene Pflegefachpersonen. Im Notfall vermittelt MEDPHONE rasch den regionalen Notfallarzt oder Zahnarzt. MEDPHONE arbeitet mit Rettungsdiensten und regionalen Spitälern zusammen und sorgt so für eine effektive Entlastung der Ärzte bei der Notfalldienstpflicht.

Seit 2007 haben sich die Zahl der Anrufe mehr als verdoppelt und 2009 die Grenze von 70'000 Anrufen pro Jahr überschritten. Viele kantonale Regionen, ja sogar ausserkantonale Landesteile (Stadt Luzern, Malers, Wolhusen und Willisau), haben sich im

letzten Jahr MEDPHONE angeschlossen und zu diesem starken Wachstum beigetragen. Inzwischen wickeln über 1'400 Ärztinnen und Ärzte telefonische Notfälle über das Callcenter ab, was einer Abdeckung des kantonalen Versorgungsgebietes von 80% entspricht. MEDPHONE hat sich als führender Dienstleister für medizinische Beratung und Koordination des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes etabliert.

Die stetige Zunahme der Anrufe brachte es mit sich, dass das bisherige IT-System an seine Leistungsgrenzen stiess und ausgebaut werden musste. Verwaltungsrat und Geschäftsleitung beschlossen, die Einsatzzentrale den heutigen Erfordernissen und technischen Möglichkeiten anzupassen. Dazu gehörte auch die Verbesserung der betrieblichen Infrastruktur – ein Umzug wurde unumgänglich: Mitte September 2010 zügelte MEDPHONE ins Berner Mattenhof-Quartier, an den Brunnhofweg 45. Die neuen Betriebsräume sind geräumig, hell und schaffen ein angenehmes Arbeitsklima. In dieser Umgebung fällt es leichter, auch in hektischen Situationen kühlen Kopf zu bewahren, ist Monika Bütikofer, Geschäftsführerin MEDPHONE, überzeugt.

Neben dem Bezug der neuen Räumlichkeiten hat MEDPHONE durch den Einsatz modernster Computertechnik seine Leistungsfähigkeit erhöht. So kann sie den Notfallärzten noch mehr Funktionalität und Unterstützung bieten: Die Einsatzzentrale kann künftig eingegangene Notfälle automatisch per Fax weiterleiten oder Routenplaner für Einsätze direkt per SMS an den Notfallarzt senden. MEDPHONE-Mitarbeiterinnen haben via elektronische Schnittstelle neu Zugriff auf eine umfassende medizinische Wissensdatenbank. Dadurch können sie Krankheitsbilder genauer erfassen und entsprechende Massnahmen schneller ergreifen. Patienten profitieren so von kürzeren Wartezeiten und schnelleren Verbindungen gerade in Spitzenzeiten, was bei Notfällen entscheidend sein kann.

Zudem vereinfacht die neue Telefonzentrale die Einsatzplanung: Dienstpläne werden zentral verwaltet und laufend aktualisiert. Alle angeschlossenen Notfallärzte können ihre Präsenzzeiten online einsehen, was das Abtauschen von Einsätzen erheblich erleichtert.



Im Kanton Bern haben sich schon über 1'400 Ärztinnen und Ärzte Medphone angeschlossen.

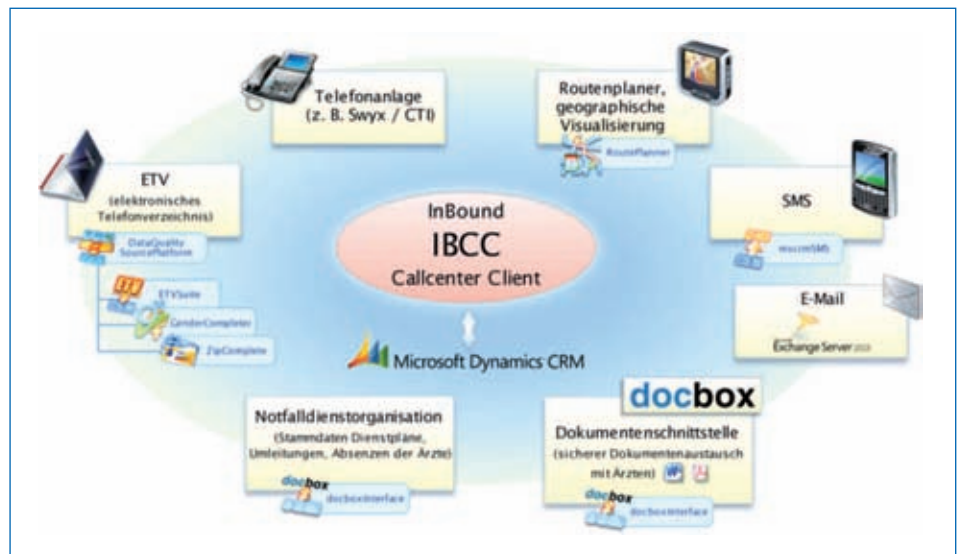
Foto: Martin Bichsel

2009 beantwortete Medphone über 70'000 Notfall-Anfragen.

Foto: Martin Bichsel

Damit diese Entwicklungen auch finanziell verkräftet werden können und langfristig die wirtschaftliche Handlungsfreiheit von MEDPHONE gewährleistet bleibt, hat MEDPHONE die Anrufgebühren seit dem 15. April 2010 auf 88 Rappen pro Minute angepasst. Unverändert trägt jedoch die Hauptlast der Kosten die Berner Ärzteschaft (mehr als 70%). Kundinnen, Kunden und der Kanton Bern steuern zusammen weniger als 30 % an die Betriebskosten bei.

Die Verhandlungen mit der Kantonsregierung um bessere Abgeltung sind am Laufen und von einer guten Gesprächskultur geprägt. Die Leistungen der Ärzteschaft werden von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion positiv gewertet und unterstützt. MEDPHONE ist zuversichtlich, dass eine Verbesserung der Abgeltung erfolgen wird.



Dank neuester Computertechnik kann MEDPHONE den Notfallärzten Unterstützung bieten.

publix.ch

## Noch nie war die Praxisadministration so direkt und preiswert

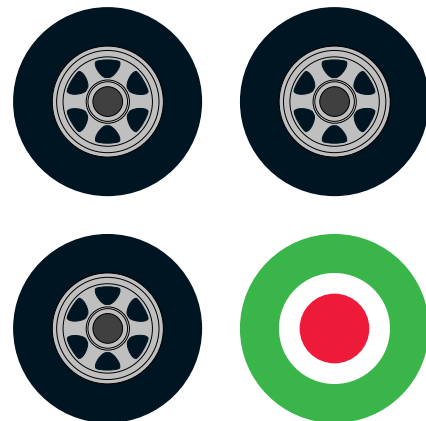
### Leistungen erfassen und abrechnen via Internet

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

Gehen Sie sofort online: [www.aerztekasse.ch](http://www.aerztekasse.ch)

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

**ÄRZTEKASSE**  
Genossenschaft  
Steinackerstrasse 35 · 8902 Urdorf  
Tel. 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 60  
[www.aerztekasse.ch](http://www.aerztekasse.ch)  
[marketing@aerztekasse.ch](mailto:marketing@aerztekasse.ch)



### Mehr als ein Kurier.

Um all Ihre Bedürfnisse zu befriedigen, sind wir auf unsere Kuriere angewiesen. Dabei denken wir nicht nur an Sie, sondern auch an die Umwelt und kommen mit unserem Hybridfahrzeug bei Ihnen vorbei.

**medics labor**

professionell und persönlich

Medics Labor AG  
Chutzenstrasse 24  
3001 Bern

[www.medics-labor.ch](http://www.medics-labor.ch)

T 031 372 20 02  
F 031 371 40 44  
[info@medics.labor.ch](mailto:info@medics.labor.ch)



## «Ich bin eine Zwischenlösung»

Am 1. Juli hat Dr. Mireille Schaufelberger die Leitung des Berner Instituts für Hausarztmedizin BIHAM übernommen. Was sie zu diesem Schritt bewog und was sie von Behörden und Ärztesgesellschaft erwartet, erläuterte sie doc.be im persönlichen Interview.

Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst BEKAG

### Doc.be: Sie haben per 1. Juli 2010 die Leitung des BIHAM übernommen. Ihr erster Eindruck?

Ihre Frage könnte den Eindruck erwecken, dass ich neu zum Institut gestossen bin, was nicht der Fall ist. Ich bin bereits seit sechs Jahren am Institut tätig und seit vier Jahren für die Lehre verantwortlich. Seit dem 1. Juli leite ich nun zusätzlich das Institut. Solche Mehrfachfunktionen sind bei uns nicht ungewöhnlich, wir sind personell nach wie vor dünn besetzt. Ich bin in meiner Funktion als Institutsleiterin eine Zwischenlösung bis der Lehrstuhl besetzt wird. Dies ist ein schwieriger Prozess, denn die Ernennung eines Ordinarius ist auch ein «politischer Entscheid», und es bestehen sehr grosse Erwartungen an diese/n künftige/n Lehrstuhlinhaber/in: sie/er sollte ein/e ambitionierte/r Forscher/in, aber gleichzeitig in der Hausarztmedizin verwurzelt sein und die Verhältnisse in der Grundversorgung in unserem Land gut kennen.

### Was waren Ihre Beweggründe, die Verantwortung eines universitären Instituts zu übernehmen?

Es war kein bewusster Entscheid, vielmehr Folge einer Entwicklung. Dank meiner Funktion als Verantwortliche für die Lehre in Hausarztmedizin durfte ich Einsitz in verschiedenen Kommissionen der Medizinischen Fakultät nehmen und wurde zunehmend zur Ansprechperson für hausarztmedizinische Belange. Daneben habe ich durch meine Tätigkeit auch die Entwicklung von der Fakultären Instanz für Hausarztmedizin zum Berner Institut für Hausarztmedizin miterlebt und mitgestaltet.

### Wie sehen Ihre Aufgabenbereiche aus?

Diese sind sehr vielseitig: Ein Teil meiner Arbeit besteht nach wie vor in der Leitung der Lehre in Hausarztmedizin. Ich bin für die obligatorischen Hausarztpraktika unserer Studierenden verantwortlich, rekrutiere die Lehrärztinnen und Lehrärzte und pflege den Kontakt zu ihnen, was mir sehr am Herzen liegt. Wir können unseren Lehrauftrag in Hausarztmedizin nur gemeinsam mit unseren rund sechshundert Hausärztinnen und Hausärzten erfüllen. Daneben



Dank der Gründung des BIHAM werden wir Hausärzte besser wahrgenommen. Foto: zVg

zeichne ich – ebenfalls mit ein paar Kollegen aus der Praxis – für die Vorlesungen in Hausarztmedizin verantwortlich. Es ist uns auch gelungen neue Lerninhalte ins Medizinstudium einzubringen: wir konnten einen Kommunikationskurs mit Schauspielpatienten und einen praktischen Kurs zu Telefonkonsultationen initiieren und mitentwickeln.

Neben der Ausbildung engagiere ich mich auch in der Weiter- und Fortbildung. Wir organisieren fachspezifische Kurse für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in Weiterbildung zur Hausarztmedizin, vermitteln die kantonalen Praxisassistentenstellen und versuchen bei Fragen und Anliegen der Assistenzärzte Auskunft zu geben. Für die Hausärztinnen und Hausärzte sowie Lehrärztinnen und Lehrärzte organisieren wir den «Hausärzte-Tag» – das aktuelle Programm ist übrigens in dieser Ausgabe abgebildet. Der andere Teil meiner Arbeit besteht nun in der Leitung des Institutes. Neben (zu vielen) administrativen Aufgaben steht hier der Kontakt und Austausch mit anderen medizinischen Institutionen im Vordergrund.

### Welche Ziele verfolgen Sie? Wo orten Sie Verbesserungspotenzial?

Die gute Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät und der Universität ist mir sehr wichtig. Dank ihrer Unterstützung haben wir bereits viel erreicht: alle Medizinstudierenden absolvieren heute obligatorisch über vier Studienjahre hinweg ein Praktikum in einer Hausarztpraxis, es gibt Vorlesungen in Hausarztmedizin und die Hausärzte zeichnen für Kurse wie «Erste Hilfe» und «Kommunikation» verantwortlich. Die Hausarztmedizin wird neu auch geprüft, fakultär und eidgenössisch. Bei all diesen Erfolgen auf universitärer Stufe müssen wir schauen, dass wir den Bezug zur alltäglichen Arbeit in der Arztpraxis nicht verlieren. Der enge Kontakt zu unseren praktizierenden Kollegen hat uns stark gemacht – diesen Austausch müssen wir pflegen und weiter ausbauen. Verbesserungspotenzial sehe ich auch in der Weiterbildung. Wir müssen für angehende Hausärzte Rotationsstellen an verschiedenen Kliniken schaffen und die Praxisassistenten weiter fördern.

### Das BIHAM wurde anfangs April 2009 gegründet. Wie konnte sich das junge Institut in der Zwischenzeit etablieren? Welchen Stellenwert besitzt das BIHAM heute – bei Studierenden und Hausärzten?

Die Gründung des BIHAM war ein wichtiger Schritt in unserer Entwicklung und hat dieser weiteren Auftrieb gegeben. Wir werden besser wahrgenommen, sowohl von Seiten der Studierenden wie von Seiten der Hausärzte. Vor allem die Hausarztpraktika, in welchen 600 Grundversorger als Lehrärzte ihr Wissen und ihre Erfahrungen an den Nachwuchs weitergeben, haben uns einen grossen Schritt vorwärts gebracht – alle Studierenden der Medizin der Universität Bern wissen nun, was Hausarztmedizin bedeutet. Leider kennen aber noch einzelne Grundversorger das BIHAM nicht.

### In doc.be 3/09 sprach der Institutsleiter Andreas Rothenbühler davon, das BIHAM stärker in die medizinische Fakultät zu integrieren. Hat die Institutsleitung dies geschafft?

Ja, wie ich bereits erwähnt habe, sind die Beziehungen zur Fakultät gut. Wir sind in wichtigen Gremien vertreten und dürfen unsere Vorstellungen und Ideen einbringen.

**Das BIHAM hat sich am Modellversuch «Praxisassistenten» des Kantons Bern beteiligt. Wie fällt Ihr Fazit aus? Und wo sehen Sie weitere Möglichkeiten für eine vertiefte Zusammenarbeit mit den Behörden?**

Der kantonale Modellversuch zur Praxisassistenten, bei welchem sechs Praxisassistentenstellen pro Jahr vom Kanton mitfinanziert wurden, war sehr erfolgreich, die Erfahrungen sowohl der Assistenzärzte als auch der Lehrpraktiker waren durchwegs positiv. Glücklicherweise wurde das Projekt, welches Ende 2010 ausläuft, um weitere zwei Jahre verlängert: Der Kanton hat sich bereit erklärt, in den Jahren 2011 bis 2012 neun weitere Praxisassistentenstellen pro Jahr mitzufinanzieren. Laut einer Emp-

fehlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren GDK sollten es jedoch mindestens 23 Praxisassistentenstellen sein. Wir sind mit den kantonalen Behörden diesbezüglich in Kontakt und hoffen auf einen positiven Entscheid.

**Auch im Kanton Bern ist die Situation bei den Hausärzten besorgniserregend: Was versprechen Sie sich von der standespolitischen Vertretung der Ärzteschaft?**

Wir brauchen nun dringend politische Entscheide zugunsten der Hausarztmedizin. Es nützt nichts, die Hausarztmedizin in Aus- und Weiterbildung zu fördern und zu verbessern, wenn die Arbeitsbedingungen in der Praxis immer schlechter werden. Der Staat muss nun – ähnlich wie in Grossbritannien, wo der Hausarzt als Gatekeeper eine zentrale Funktion in der Gesundheitsversorgung einnimmt – dringend Stellung beziehen und konsequent handeln, falls eine qualitativ hochstehende Grundversor-

gung erhalten werden soll. Hier sind wir auch auf die Unterstützung der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern angewiesen, mit welcher wir übrigens seit Jahren überaus konstruktiv zusammenarbeiten.

**Ärztinnen und Ärzten fällt der berufliche Wiedereinstieg schwer. Ein Modell soll Abhilfe schaffen, und ein entsprechendes Postulat wurde bereits überwiesen (doc.be 4/10 berichtete). Welche Rolle könnte das BIHAM hier übernehmen?**

Das Postulat ist mir bekannt. Die Idee, Ärztinnen und Ärzten den beruflichen Wiedereinstieg zu erleichtern, ist gut, obwohl das Problem mit dem mangelnden Nachwuchs damit nur teilweise gelöst wird. Wir sind gerne bereit, uns aktiv an diesem Projekt zu beteiligen, wenn man uns die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung stellt.

**Vielen Dank, Frau Dr. Schaufelberger, für dieses Gespräch.**

**Hausärzte-Tag Bern**

**Donnerstag 10.02.2011 – Inselspital Bern, Kinderklinik**



**Programm**

09:00 – 09:45	Therapieoptionen der Demenz Prof. A. Stuck
09:45 – 10:30	Screening in der Hausarztpraxis Prof. M. Egger, Dr. M. Battaglia
10:30 – 11:00	Pause
11:00 – 11:15	Mitteilungen • Teacher of the Year 2011 • Das neue Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin Frau Dr. med. M. Schaufelberger
11:15 – 11:45	Ekzeme: Was abklären? Wie behandeln? Frau PD Dr. D. Simon
11:45 – 12:30	Angiologische Probleme in der Hausarztpraxis Frau Prof. I. Baumgartner
13:30 – 17:00	Workshops
12:30 – 13:30	Stehlunch
ab 17:00	Letzte Generalversammlung des VBH und Gründungsversammlung des VBHK

**Workshops**

13:30 – 14:10	<b>1 Was muss der Hausarzt von der Zahnmedizin wissen?</b> PD Dr. med. dent. M. Bornstein
	<b>2 Probleme während der Hausarztpraktika aus Sicht der Studierenden</b> Stud. med. M. Schaub / Dr. M. Schaufelberger
	<b>3 Pädiatrie in der Hausarztpraxis</b> Dr. med. R. Grüning
14:15 – 15:00	<b>4 Supplementa, Vitamine: Nutzen und Kosten</b> PD Dr. Z. Stanga, Dr. M. Leuenberger
	<b>5 Wie integriere ich Studierende im 1. SJ in die Praxis</b> Dr. M. Schaufelberger
	<b>6 Lagerungsschwindel von otholitischer Dysfunktion</b> Prof. D. Vibert
15:00 – 15:30	PAUSE
15:30 – 16:10	<b>7 Herpes-Infekte</b> Prof. K. Mühlemann
	<b>8 Forschung in der Hausarztpraxis – Diskussion mitgebrachter Ideen</b> Dr. P. Frey / Prof. D. Aujesky
	<b>9 Urogynäkologie</b> PD Dr. A. Kuhn
16:15 – 17:00	<b>10 Laborwerte interpretieren</b> Prof. D. Aujesky / Dr. M. Perrig
	<b>11 Erhöhtes Kreatinin: Abklärungen und Management bei Niereninsuffizienz</b> Prof. D. Uehlinger
	<b>12 Nierensteine – neu ist nicht immer besser</b> Dr. B. Roth
<b>Workshop 13:</b>	<b>Immobilisationstechnik in der Praxis – praktische Übung</b> D. Bühlmann, Leiter Operationspflege-Equipe, Klinik für orthopädische Chirurgie

**Anmeldung**

Universität Bern, Berner Institut für Hausarztmedizin, Murtenstrasse 11, CH-3010 Bern

Tel: + 41 (0)31 632 89 91 / Fax: + 41 (0)31 632 89 90 / E-Mail: contact@biham.unibe.ch / Webseite: www.biham.unibe.ch

## Nachruf auf die parlamentarische Vernunft

*Kurz vor der Schlussabstimmung über das Sparpaket im Gesundheitswesen taucht ein neuer Antrag auf. Ohne sich im Klaren zu sein, welche Konsequenzen er mit sich bringt, stimmen beide Kammern zu. Thomas Heuberger zeichnet nach, wie unsere Parlamentarier beinahe das Patientengeheimnis preisgegeben hätten.*

*Text: Thomas Heuberger, Delegierter FHM*



*Dr. med.  
Thomas  
Heuberger,  
Vorstandsmit-  
glied BEKAG,  
Grossrat Grüne  
Kanton Bern*

Hippokrates sprach: «Ich schwöre bei Apollo, dem Arzt und bei Asklepios und Hygieia und Panakeia und allen Göttern und Göttinnen als Zeugen, dass ich nach bestem Wissen und Gewissen diesen Eid und diese Verpflichtung erfüllen will: Was ich während der Behandlung sehe oder höre oder auch ausserhalb der Behandlung im Leben des Menschen erfahre, was man nicht ausplaudern darf, darüber werde ich schweigen und es als heiliges Geheimnis bewahren. Wenn ich diesen Schwur nicht halte und wenn ich ihn übertrete, soll mich alles Unheil treffen.»

Fast hätte uns Ärztinnen und Ärzte «alles Unheil» getroffen, weil Parlamentarier den hippokratischen Text nicht kennen oder bewusst ignorieren. Jedenfalls hätten sie die Verantwortung nicht tragen müssen: diese (und das Unheil) wäre an uns, an der Ärzteschaft, hängen geblieben.

«Was ist der Hintergrund?», fragt der geneigte Leser. Die Antwort liegt in einem kryptischen Kürzel: 42. 3 bis. In der Schlussphase der jahrelangen Beratungen über Sparmassnahmen im Gesundheitswesen taucht in der Gesundheitskommission des Ständerates in letzter Minute ein neuer Antrag mit der Bezeichnung 42. 3 bis auf. Noch haben sich Gerüchte nicht bestätigt, dass der Antrag aus dem Verwaltungsrat einer grossen Krankenversicherung stammt. Aber die Interessenlage der Versicherer würde das Gerücht nicht unplausibel machen. Denn der Antrag fordert, dass das Patientengeheimnis auf dem Müllhaufen der Geschichte landet und

obsolet wird. Es ist hinlänglich bekannt, dass den Versicherern das Patientengeheimnis schon lange ein Greuel ist. Sie interessieren sich vor allem für Daten der Krankengeschichten. Und um an diese zu gelangen, nehmen die Kassen auch die Verletzung der Intimsphäre der Patientinnen in Kauf.

### Leistungen auf Rechnungen aufführen

Der geneigte Leser lasse sich diesen unverdaulichen Satz in schönstem Politik-Deutsch bitte genüsslich auf der Zunge zergehen: «Die Leistungserbringer haben auf der Rechnung nach Art. 42, Absatz 3 die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom zuständigen Departement herausgegebenen schweizerischen Fassung codiert aufzuführen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.» «So fühlt man Absicht und man ist verstimmt.» (Goethe, Torquato Tasso, II,1) Der Antrag geht durch, vielleicht kraft des Stimmgewichts der Versicherer in der Gesundheitskommission des Ständerats, und kommt in die Beratung des Nationalrats. Hier, kurz vor der Schlussabstimmung, wird er kaum mehr diskutiert. Fast alle Nationalrätinnen und Nationalräte stimmen dem Antrag zu – vermutlich ohne die Konsequenzen zu kennen oder zu berücksichtigen.

Dass eine solche Gesetzesvorschrift das Patientengeheimnis obsolet macht, ist das eine; dass die Praxisarbeit mit der faktischen Einführung des ICD-10 Codes noch weiter verkompliziert wird, ist das andere: Hier deshalb die Ausdeutung der wunderbaren Passage aus dem Antrag:

Erstens: Jeder (Jeder!) Leistungserbringer der ambulanten Gesundheitsversorgung (auch Spitex, Physiotherapeut, Chiropraktor usw.) muss immer eine genaue, elektronisch lesbare Diagnostik nach internationaler Klassifikation auf der Rechnung angeben! Das Patientengeheimnis wird

damit offiziell und unter Strafandrohung beendet und für obsolet erklärt, für dessen Erhaltung wir immer gegen viele und wiederkehrende Widerstände kämpften; oft genug mussten wir uns deswegen Heuchelei und Eigennutz vorwerfen lassen.

Zweitens: Jeder (Jeder!) Leistungserbringer müsste alle seine Rechnungen gemäss ICD 10 codieren. Sie werden so elektronisch lesbar und können bequem mit allen anderen Daten und Kenn-Nummern der Patienten verknüpft werden: Der gläserne Patient gesellt sich zum gläsernen Bürger.

Drittens: Jeder (Jeder!) Leistungserbringer muss diese komplizierte Codierung durchführen. Das kostet Zeit (und Nerven!): Eine Minute ist sicher das Minimum. Bei 3'000 Rechnungen im Jahr sind das 50 Stunden pro Jahr: Allen wird eine unbezahlte Arbeitswoche zusätzlich per Gesetz aufgebürdet.

Ich sprach 24 Parlamentarier, die ich persönlich kenne, auf diese Problematik an. Ein Drittel antwortete mir, sie hätten diese Konsequenzen nicht realisiert, wurden nicht darauf hingewiesen, kannten den neuen Artikel kaum dem Sinn nach. Dass das betreffende KVG-Paket in der Schlussabstimmung dann ganz abgelehnt wurde, ist vor dem erwähnten Hintergrund sehr gut; dass aber andererseits monatelange Parlaments-Arbeit für die Katz war – das ist beschämend, bedenklich und schlecht, denn das Sparpaket wäre dringend nötig gewesen.

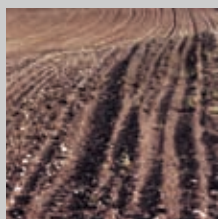
Mein Fazit daraus: Lerne Deine Parlamentarier kennen und beherzige Weisheiten antiker Philosophen: «Quid agis prudenter agas et respice finem.» («Was auch immer du tust, tu es klug und bedenke die Folgen.» (Aesop, Fabel 45), wobei der ursprünglich griechische Text etwas anders lautet (und hier den Nagel auf den Kopf trifft): «Überlege vor der Tat, damit nichts Törichtes daraus entstehe.»

# Erde, Wasser, Luft, Energie oder Feuer – Bei der BEKB | BCBE sind Sie in Ihrem Element.

Ein gutes Anlagekonzept muss verständlich und nachhaltig sein. Mit diesem Rezept baut die BEKB | BCBE ihre Strategien im Private Banking auf. Sie ist damit sehr erfolgreich, wie beispielsweise die diesjährige Auszeichnung für den besten Anlagevorschlag des BILANZ-Ratings Private Banking zeigt. Wir legen grossen Wert darauf, die persönliche Gesamtsituation unserer Kunden zu kennen, um eine indivi-

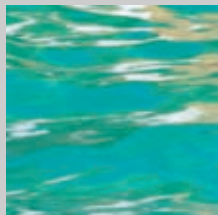
duell passende Lösung zu finden. Die persönliche Beratung und die Zusammenarbeit mit den Spezialisten aus dem Portfoliomanagement sind die Stärken unserer Bank. Seit 1996 bietet die BEKB | BCBE ein Anlagekonzept an, welches auf fünf einfachen Symbolen basiert. Erde, Wasser, Luft, Energie und Feuer versinnbildlichen die Beziehung zwischen Rendite und Risiko.

**Erde** steht für das Beständige und Bodenständige. Ziel ist die langfristige Vermögenserhaltung. Im Anlagemittelpunkt stehen festverzinsliche Anlagen. Die Rendite setzt sich in erster Linie aus den Zinserträgen zusammen.



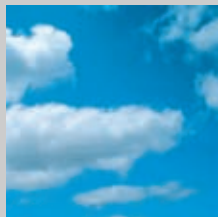
Sicherheitsbestimmt anlegen ohne Aktien

**Wasser** symbolisiert eine Strategie, die mehr Gewinn bei kleinem Risiko verspricht. Laufende Zins- und Dividendenträge, aber auch bescheidene Kapitalgewinne bilden die Gesamrendite.



Gemässigte Anlagestrategie mit 20% Aktien

**Luft** wählen Anleger, die nach höheren Zielen streben. Die Gesamrendite besteht aus Zins- und Dividendenträgen sowie Kapitalgewinnen.



Ausgewogene Strategie mit 40% Aktien

**Energie** verkörpert dynamische Kraft. Ziel ist ein längerfristig deutlicher Kapitalzuwachs.



Wachstumsorientiert anlegen mit 60% Aktien

**Feuer** steht für Leidenschaft und Begeisterung. Ziel ist es, einen längerfristigen signifikanten Kapitalzuwachs zu erreichen. Dividendenträge und Kapitalgewinne erzielen die Rendite.



Gewinnorientierte Anlage mit rund 90% Aktien

## Umfassende Analyse

Eine offene und umfassende Analyse der individuellen Wünsche und Möglichkeiten ist für die Wahl der richtigen Anlagestrategie unabdingbar. Wir machen auf mögliche Zielkonflikte aufmerksam. Wir setzen die Akzente zuerst bei der Risikofähigkeit und der Risikobereitschaft und erst danach bei der Rendite. Uns ist wichtig, dass unsere Kundinnen und Kunden verstehen, wie und wo ihr Vermögen investiert wird und mit welchen Risiken die Anlagen verbunden sind. Dabei verzichten wir auf den Einsatz von komplizierten Produkten und ziehen Direktinvestitionen in Aktien, Obligationen und Anlagefonds vor. So lässt sich die Strategie effizient und kostengünstig umsetzen und das Risiko besser überwachen.

## Mit Gesamtüberblick zum Anlageerfolg

Ein Depotcheck der BEKB | BCBE gibt einen Überblick über das gesamte Anlagevermögen. Die Analyse zeigt dem Kunden nicht nur die Aufteilung seines Gesamtvermögens nach Anlageklassen, sondern bietet auch die Sicht auf der Ebene einzelner Titelpositionen. Dadurch werden etwaige Klumpenrisiken in Bezug auf Währungen, Regionen oder einzelne Unternehmen eruiert. Nutzen Sie den Depotcheck der BEKB | BCBE und die daraus resultierenden Chancen.

## Wir helfen Ihnen gerne bei der Wahl Ihres Elementes.

Welche Anlagestrategie bevorzugen Sie?

Herzlich willkommen  
beim BEKB | BCBE Private Banking.

Private Banking Berner Kantonalbank  
Telefon 031 666 63 02 [www.bekb.ch](http://www.bekb.ch)

Wir beraten Sie gerne.



BEKB

BCBE

Private Banking