



Nr. 6 • Dezember 2006

doc.be

Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Société des médecins du canton de
Berne

www.berner-aerzte.ch

«Big Brother Award» 2006 an CSS

Tagesanzeiger, 16.11.2006: «Schnüffel-Preis»

Am 16. November 2006 wurden im Basler Kulturzentrum Sudhaus die Gewinner der diesjährigen Schweizer «Big Brother Awards» bekanntgegeben. Mit diesen satirischen «Preisen, die keiner will» zeichnet ein Organisationskomitee jedes Jahr die schlimmsten Datenschutzverletzungen in den Kategorien Staat, Business und Arbeitsplatz aus.

Siegerin im Wettbewerb um den Business-Award wurde die Krankenkasse CSS. Sie gewann den formschönen Betonpokal als grösste Datenschutzverletzerin 2006 im Bereich Business: Sie erlaubte mindestens 150 Mitarbeitenden über ein Online-System Zugriff auf sensible Gesundheitsdaten ihrer Versicherten. Die Daten waren für den Vertrauensarzt bestimmt und enthielten ärztliche Diagnosen wie beispielsweise depressive Störung, Alkoholabhängigkeit oder Resultate von HIV-Tests. Im Juni 2006 eröffnete der Eidgenössische Datenschutzbeauftragte eine «Sachverhaltsabklärung in Sachen CSS» und das Bundesamt für Gesundheit BAG reichte gegen die CSS Strafanzeige ein. Letzteres wegen des Verdachts auf Verletzung beruflicher Geheimhaltungspflichten. Im Oktober 2006 schliesslich reichten vier Patienten eine Strafklage gegen die CSS ein: Die Krankenkasse habe «schützenswerte Personendaten einer nicht überschaubaren Personengruppe uneingeschränkt zugänglich gemacht und somit die datenschutz- sowie persönlichkeitsrechtlichen Ansprüche nachhaltig verletzt.»

«Wir haben nicht das Gefühl, wir hätten etwas falsch gemacht», sagte der CSS-Sprecher Stephan Michel im November 2006 der Neuen Luzerner Zeitung. Weiter hielt er fest, dass in Spitälern oder Arztpraxen ein grösserer Personenkreis Zugriff auf heikle Patientendaten habe als bei der CSS...

Die CSS hat mich kürzlich angeschrieben: «Direkte Abrechnung auch in Ihrer Praxis? Die Abrechnung im Tiers payant ist nicht nur für Patienten bequem und vorteilhaft, sondern auch für Sie als Arzt.» – Meine Antwort: Auch aus Gründen des Datenschutzes nein Danke!

Jürg Schlup, Präsident

ROKO Leistungsdaten Praxisinhaber 2007

In der Beilage erhalten Sie die Stichdatenkarte 2007.

Wir bitten Sie, **diese Karte keinesfalls zurückzusenden**, sondern z.B. in die Agenda zu legen, um am aufgeführten Datum während des laufenden Jahres die Angaben ohne grossen Aufwand einzutragen und im nächsten Jahr in den Fragebogen zu übertragen.

Überwältigendes Engagement
der Hausärzte 2

Mitteilungen des Sekretärs 3

SwissDRG 4

Offener Brief an den VSAO 7

Monitoring
Notfalldienst Kanton Bern, Teil 2 8

Hausärzte im Netz 13

Berner Modell für eine konsistente
Medikamentenpolitik 14

Empfehlungen zur Zusammenarbeit
zwischen Ärztin/Arzt und Heim 15

Anna Seiler-Gesundheitspreis 2006 16

www.bekag.ch: Service für BEKAG-Mitglieder

Auf der Website der BEKAG finden Sie im Mitgliederbereich täglich aktualisiert einen Pressespiegel zu gesundheitspolitischen Themen.

Überwältigendes Engagement der Hausärzte

für die Ausbildung von Studierenden der Humanmedizin
in der Hausarztpraxis



Dr. med. Mireille
Schaufelberger,
Stv. Leiterin
Lehre der
FIHAM, Med.
Fakultät,
Universität Bern

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die letzten Wochen waren für uns in der FIHAM überwältigendes Zeugnis für das Engagement und die Solidarität der Hausärzte: Auf unseren Aufruf zur Mithilfe bei der Ausbildung von Studierenden in der Hausarztpraxis meldeten sich bisher 305 Hausärzte! (vgl. Tab. unten). Darunter fanden sich sogar Anmeldungen aus Obwalden, St. Gallen und dem Tessin.

Fazit: Wir können zur Zeit (Stand Ende November 2006) 377 Studierenden einen Praktikumsplatz in einer Hausarztpraxis anbieten, ein Resultat, das wir nicht zu erträumen wagten. Herzlichen Dank!

Wie wir vernommen haben, sind vereinzelte Praxen im Kanton Bern und den umliegenden Kantonen nicht direkt von uns angeschrieben worden. Bei einem Versand dieses Ausmasses sind Fehler leider immer möglich; dafür entschuldigen wir uns. Falls Sie zu den Betroffenen zählen, sind wir Ihnen zu grossem Dank verpflichtet, wenn Sie sich direkt bei der FIHAM melden, damit wir unsere Adressliste entsprechend korrigieren können.

Wir werden Ende Jahr alle zukünftigen Lehrärzte persönlich anschreiben und die Daten für die Einführungskurse 2007 mitteilen. Es sind vier Daten vorgesehen, voraussichtlich jeweils Donnerstagnachmittage und einmal ein Mittwochnachmittag. Zu Beginn des neuen Jahres wird zusammen mit der Medizinischen Fakultät entschieden, mit welchen Jahrgängen und mit welchen Modulen wir im Herbst 2007 beginnen werden. Wir werden Sie darüber umgehend informieren.

Trotz des überwältigenden Engagements fehlen uns immer noch ca. 250 Ausbildungsplätze. Wir möchten daher alle Grundversorger, die sich noch nicht bei uns gemeldet haben, nochmals um Ihre wertvolle Mithilfe bitten! Wir haben an der Universität Bern eine einmalige Chance bekommen, die Hausarztmedizin als Obliga-

torium ins Studium einzubringen – wir sollten diese Chance unbedingt nutzen!

Ihre Anmeldungen nehmen wir immer noch gerne entgegen unter

www.fiham.unibe.ch oder

Sekretariat FIHAM
Murtenstrasse 11, Postfach 14
3010 Bern
Telefon 031 632 89 91

Mit grossem Dank Ihre FIHAM Bern

Mireille Schaufelberger
Bene Horn
Ueli Bodmer
Andreas Rothenbühler

Terminplan 2007

25. Januar 2007
Konferenz Bezirksvereins-
präsidenten

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@hin.ch
Layout: Forum der Wirtschaft, Postgasse 19, 3011 Bern
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern.
Ausgabe Dezember 2006

Kanton	Anzahl Grundversorger*	In % der prakt. Grundversorger	Anzahl Lehrärzte	Anzahl Ausbildungsplätze
BE*	1001**	17.98	180	225
AG	358	9.22	33	38
FR	49	20.41	10	12
LU	251	16.33	41	48
SO	213	12.68	27	36
Div.			14	18
TOTAL	1872	15.54	304	377

* Daten der FMH
**inkl. Pädiater

Mitteilungen des Sekretärs



Dr. iur. Thomas
Eichenberger,
Sekretär BEKAG

1. Kantonaler Anschlussvertrag TarMed inkl. LeikoV

Bekanntlich hat die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern mit *santésuisse* einen neuen Anschlussvertrag abgeschlossen. Dieser trat per 1. Juli 2006 in Kraft. Er beinhaltet keine nennenswerten Änderungen im Vergleich zum ersten Anschlussvertrag. Der Taxpunktwert bleibt demzufolge bis Ende 2006 unverändert.

Die Delegiertenversammlung hat sowohl dem neuen Anschlussvertrag als auch dem Anhang über die Kontrolle und Steuerung von Leistungen und Kosten im Bereich TarMed (nationaler LeikoV) zugestimmt. Damit wird die Kostensteuerung weitergeführt. Eine Anpassung des Taxpunktwertes kann nur noch bzw. höchstens 6-monatlich stattfinden. Zudem wurde vereinbart, dass inskünftig Korrekturfaktoren zu berücksichtigen sind (neue Pflichtleistungen, medizinischer Fortschritt, demographische Entwicklung etc.).

Gerne teilen wir Ihnen in diesem Zusammenhang mit, dass der **Taxpunktwert für den KVG-Bereich ab 1.1.2007 unverändert bei 86 Rappen** bleibt.

2. Kaderarztverträge: Neudefinition des stationären und teilstationären Bereichs

Gemäss Art. 3 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL), welcher am 1.1.2007 in Kraft tritt, gelten unter anderem neu nicht nur Aufenthalte von

mindestens 24 Stunden als **stationär**, sondern auch **Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, wenn während einer Nacht ein Bett belegt wird.**

Damit gelten Aufenthalte, die bisher als teilstationär behandelt wurden, neu teilweise als stationär. Letzteres hat zur Folge, dass die Entschädigung à l'acte des Spitalarztes, d.h. pro Behandlung, dann entfällt, wenn eine Patientin oder ein Patient über Nacht bleibt, obwohl der Aufenthalt nicht 24 Stunden gedauert hat. Bei der Entschädigung à l'acte für teilstationäre Patienten handelt es sich in der Regel um einen variablen Lohnbestandteil, währenddem die Behandlung stationärer Patienten unter das Fixum fällt.

In vertraglicher Hinsicht bedeutet dies Folgendes:

Die bisherige Entschädigung à l'acte entfällt und die Tätigkeit wird mit dem Fixum nicht abgegolten. Bei rein formalistischer Betrachtung kann argumentiert werden, diese Tätigkeit falle neu unter das Fixum und sei bereits abgegolten. Letzteres ergebe sich aus dem KVG bzw. aus der VKL. Diese Argumentation greift indessen zu kurz, denn im stationären Bereich wird effektiv Mehrarbeit geleistet, welche eine Erhöhung des Fixums nach sich ziehen müsste. Die Änderung der VKL zielt zudem nach Sinn und Zweck (*ratio legis*) nicht auf eine Änderung der Einkommensverhältnisse der Kaderärzte ab.

Gemäss Art. 320 Abs. 2 OR, der hier zumindest analog zur Anwendung gelangt, gilt der Arbeitsvertrag auch dann als abgeschlossen, wenn der Arbeitgeber Arbeit in seinem Dienst entgegennimmt, deren Leistung nach den Umständen nur

gegen Lohn zu erwarten ist. Gleiches ergibt sich aus Art. 394 Abs. 3 OR für das Auftragsverhältnis.

Empfehlung:

Entsprechend empfehlen wir den Kaderärzten, deren teilstationäre Tätigkeit à l'acte entschädigt wird, mit dem Arbeitgeber eine **Erhöhung des Fixums per 1.1.2007** auszuhandeln, welche den zu erwartenden Einbussen im teilstationären Bereich Rechnung trägt bzw. diesen entspricht. Als Berechnungsgrundlage kann auf einen Durchschnitt der letzten 5 Jahre abgestellt werden.

3. Der Zeitschrift PrimaryCare 2006;6 Nr. 46 entnommen: «Pseudo-Hausarztmodelle: den Kassen Paroli bieten!»

Der Verein für Hausarztmedizin im Kanton Schaffhausen musste eine gross angelegte, lokale Medienkampagne durchführen, um die Bevölkerung vor Pseudo-Hausarztmodellen zu warnen. Als in der erwähnten Region unkooperativ werden die Krankenkassen **Helsana** und **CSS** bezeichnet. Ihnen wird sinngemäss vorgeworfen, **Hausarztmodelle** anzubieten, **die auf keiner vertraglichen Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherung und Hausärzten beruhen**. So habe zum Beispiel die Helsana nach völlig intransparenten und willkürlichen Kriterien von 73 Vereinsmitgliedern nur deren 28 in die Hausarztliste aufgenommen. Die Schaffhauser Hausärzte gehen so weit, den Patientinnen und Patienten einen Kassenwechsel zu empfehlen.

Sollten sich im Kanton Bern ähnliche Praktiken durchsetzen, so würden wir die Mitglieder informieren und gegebenenfalls ähnliche Empfehlungen herausgeben.

4. Pro memoria: Rechtsauskunftsstelle

Wenden Sie sich bei Rechtsfragen an unsere Rechtsauskunftsstelle!

Sie wird durch Herrn lic. iur. Urs Reinhard, Fürsprecher, betreut. Er steht Ihnen am

**Dienstagmorgen von 08.00 bis 12.00 Uhr und am
Donnerstag ganztags von 08.00 bis 12.00 und von 13.15 bis 17.15 Uhr**

zur Verfügung.

SwissDRG –

gibt es Berührungspunkte mit den Ärzten in der Praxis?



Dr. med. Hans Herren, Vizepräsident Berner Belegärzte-Vereinigung BBV, Mitglied der Arbeitsgruppe SwissDRG der FMH

Im Rahmen der laufenden KVG-Revision haben sich in den letzten Monaten die beiden Schlagworte Ärztenetzwerke und SwissDRG als Heilbringer in den Zeitungen gehalten. Beide Organisationsformen werden sich, wenn einmal eingeführt, auf die Tätigkeit der Ärzteschaft nachhaltig auswirken. Es lohnt sich deshalb, sich rechtzeitig mit den Mechanismen vertraut zu machen.

Geschichte

Seit 1996 gilt in der Schweiz das KVG, welches für die Abgeltung der medizinischen Leistungen in Spitälern «Pauschalen» vorsieht. Da in allen Kantonen unterschiedliche Modelle im Einsatz sind, ist der Vergleich von Leistungen und Kosten praktisch nicht möglich. Im Rahmen der (seit Jahren) laufenden KVG-Revision beschlossen die Gesundheitspolitiker, dass ein neues Entgeltssystem auf der Basis von Leistungen und nicht mehr auf Kostenbasis geschaffen werden müsse. 2004 gründete man dazu einen Verein, mit dem Ziel, innert drei Jahren ein gesamtschweizerisches Entgeltssystem für akut-somatische Spitalaufenthalte zu schaffen.

Die Behandlungsfälle sollen nach Diagnosegruppen DRG (= Diagnosis related groups) als Fall-Pauschalen entschädigt werden.

Gründungsmitglieder resp. Projektpartner sind: die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), die FMH, H+, Santésuisse sowie die Medizinaltarifkommission (MTK).

Ursprünglich in den USA zur Klassierung von «medicare» Patienten (also der Generation der Rentner) entstanden, sind weltweit eine grosse Zahl von DRG etabliert. Zur Abbildung des ganzen Spektrums der Medizin wurden verfeinerte Systeme geschaffen, so genannte «all patients DRG» oder kurz AP-DRG.

Von Anfang an war klar, dass man für die Schweiz ein solches System nicht grundlegend neu erschaffen wollte, klar war jedoch auch, dass eine Anpassung an unser Gesundheitswesen nötig sein würde. Man spricht in diesem Zusammenhang von «Helvetisierung».

Wie funktionieren DRGs

Hauptziel der DRGs ist, Patienten in medizinisch möglichst homogene Gruppen mit vergleichbarem Behandlungsaufwand zusammenzufassen. Als Behandlungsfall gilt der stationäre Aufenthalt in einem Akutspital. Wichtig: die nähere Definition oder Abgrenzung z.B. von stationär und teilstationär ist nicht Bestandteil des DRG.

Zu jedem Patienten im Spital werden nun nebst demographischen Daten möglichst genau die medizinischen Daten wie Eintrittsdiagnose, Austrittsdiagnose, Komorbiditäten, durchgeführte Prozeduren, Verweildauer usw. erhoben. Diese Daten werden in codierter Form in ein Computerprogramm, den sog. «grouper» eingegeben. Mittels eines festgelegten, internen Algorithmus wird der Fall dann einer DRG zugeordnet. Die Gruppierungslogik ist ein komplexes Verfahren («black box»), das im Wesentlichen über die Qualität des ganzen Systems entscheidet. Schwierigkeiten ergeben sich dann, wenn seltene Krankheiten verarbeitet werden oder wenn Prozeduren nicht die Diagnose betreffen, sondern etwa eine Operation wegen Komplikationen usw.



SwissDRG ist ein Instrument zur Erarbeitung und Pflege einer Tarifstruktur.

Technische Grundlagen

Da in der Presse im Zusammenhang mit der Einführung der DRG immer wieder Begriffe wie «case mix», «base rate», «case mix office» erscheinen, ist es wichtig, einige Basisbegriffe zu kennen, um so die Zusammenhänge vom Fall zum Erlös zu verstehen.

Die Patientendaten werden im Spital wie gesagt nach Diagnosen und Prozeduren codiert. Diese Codierung wird von Spezialisten gemacht, die Qualität der Codierung ergibt die entsprechende DRG, ist also direkt erlösrelevant. Um eine sog. Übercodierung zu vermeiden, ist in den Spitälern eine Codierrevision vorgesehen, was indirekt einer Rechnerkontrolle entspricht. Gleichzeitig werden die vom Fall verursachten Kosten nach einer definierten Kostenstellenrechnung erfasst. Die Kostenerfassung über eine Anzahl Spitäler von unterschiedlicher Grösse ergibt, gemittelt über die ganze Schweiz, das Relativgewicht oder Cost-Weight (CW) eines Falles. (Wie viel kostet der Fall im Vergleich zu anderen Diagnosen?) Als zusätzliches Steuerungselement kommt die Verweildauer dazu. Für jede DRG wird auf Grund der statistischen Daten eine mittlere Aufenthaltsdauer berechnet. Davon aus-



Für die Abgeltung medizinischer Leistungen in Spitälern sind heute in allen Kantonen unterschiedliche Modelle im Einsatz.

gehend wird die obere resp. **untere Grenzverweildauer** festgelegt. Für Patienten, die länger oder kürzer liegen, gibt es einen Zu- oder Abschlag. Im deutschen System sind zudem bestimmte kostenintensive Leistungen wie teure Medikamente, Implantate oder spezielle Verfahren über **Zusatzentgelte** finanziert.

Zählt man in einem bestimmten Spital die Relativgewichte aller Fälle eines Jahres zusammen, erhält man den **Case-Mix** dieser Klinik. Dividiert durch die Anzahl Behandlungen erhält man den **Case-Mix-Index**. Der Case-Mix-Index ist also ein Indikator für die Schwere der Fälle, die in einer Klinik behandelt werden. Er sagt jedoch nichts aus über die Wirtschaftlichkeit.

Um nun den effektiven Erlös eines Falles zu kennen, brauchen wir noch den **Basis-Fallwert** oder eben die **Base-Rate**. Die Base-Rate ist im Wesentlichen der Grundbetrag in sFr., der für ein Relativgewicht von 1 bezahlt wird. Die Base-Rate wird einerseits durch die Kostenermittlung bestimmt, ist andererseits aber auch klar eine politisch beeinflusste Grösse. Die Frage, ob Spitälern unterschiedlicher Versorgungsstufen (Unispital, Regionalspital oder auch Privatspital) unterschiedliche Base-Rates zugestanden werden, ist in der Schweiz nicht geklärt.

Hier liegt auch ein wesentlicher Punkt, der immer wieder zu Missverständnissen führt: Mit Hilfe der DRGs wird die Leistung verglichen, nicht aber die **Spitalfinanzierung** geregelt. Vorgesehen ist z.B., dass die Base-Rate jährlich kantonal oder zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Versicherern neu ausgehandelt wird.

Ein Eingriff hat in der ganzen Schweiz daselbe Relativgewicht von z.B. 0,8, je nach Base-Rate des Spitals ist aber der Frankenbetrag nicht gleich.

Mögliche positive und negative Auswirkungen

Bei der Frage nach den Auswirkungen spielt sicher der Standpunkt des Betrachters eine zentrale Rolle. Patient, Spital und Arzt sowie Krankenversicherer vertreten zum Teil gegensätzliche Meinungen. Summarisch eine kurze Zusammenstellung:

Positiv:

- Mehr Transparenz in der Leistungserbringung. Durch eine verbesserte Kostenstellenrechnung mehr Information zu den anfallenden Kosten sowie landesweite Vergleichbarkeit von Spitalleistungen
- Leistungsbezogene Abgeltung, unabhängig von der Liegedauer
- Kosteneinsparungen durch effizienteren Ressourceneinsatz und Reduktion der Verweildauer durch besseres Zusammen-

spiel der vor- und nachgelagerten Einrichtungen

- Verbesserte Zusammenarbeit aller Beteiligten durch Prozessoptimierung

Negativ:

- Verteuerung des Gesundheitswesens durch einen enorm steigenden administrativen Aufwand in den Kliniken. Bereits 2002 verbrachte ein durchschnittlicher Assistenzarzt in Deutschland ca. 2 Stunden täglich mit Administration
- Verlust des Arztgeheimnisses durch die Tatsache, dass die Versicherer in jedem Fall Zugriff auf sämtliche medizinischen Daten verlangen (Problematik der Selektion im Zusatzversicherungsbereich)
- Übermässige Reduktion der Verweildauer («bloody exits»)
- Reduktion der Behandlungsqualität durch Einsatz suboptimaler medizinischer Verfahren, durch Rationierung oder Zersplitterung der Fälle
- Einschränkung der ärztlichen therapeutischen Freiheit, indem das Spital unter dem Kostendruck Prozeduren oder allenfalls zu verwendendes Material vorschreibt
- Auslagerung der Leistungen in den vor- und nachgelagerten Bereich
- Risikoselektion durch gezielte Aufnahme von Patienten mit geringeren Schwierigkeitsgraden. Verweigerung der Aufnahme oder Abschiebung von komplexen Notfallpatienten. Verlegung von «teuren» Patienten in andere Kliniken
- Künstliche Erhöhung der Schweregrade von Behandlungen durch besseres Codieren, aber auch durch absichtliche Übercodierung; evtl. Durchführung von unnötigen, aber DRG-relevanten Prozeduren
- Ausrichtung der Spitäler auf lukrative Gebiete und Verlust von gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie bisheriger «freiwilliger» Zusatzleistungen auf dem Gebiet der Lehre sowie der Ausbildung von Pflegepersonal
- Weitere Entsolidarisierung der Krankenversicherer. Durch die Abgeltung der Kosten nach effektivem Schweregrad der Behandlung geraten Versicherer mit morbidern Patienten gegenüber Versicherern mit gesünderer Patientenstruktur massiv ins Hintertreffen, und es entsteht ein grosser Anreiz zur Risikoselektion

Auch wenn der Schreibende, als Arzt an einer Privatklinik tätig, nicht den Standpunkt des unabhängigen, objektiven Beobachters für sich beanspruchen darf, ist es unbestritten, dass mit der Einführung der DRG der Kostenanstieg nicht gebremst wird und die notwendige Reform der

schweizerischen Spitalfinanzierung nicht erreicht wird.

Weshalb SwissDRG?

Damit steht die Frage im Raum: Weshalb die Einführung von SwissDRG?

Aufgrund der unterschiedlichen Interessenlagen der verschiedenen Akteure im schweizerischen Gesundheitswesen besteht seit langem ein Reformstau. Die dringende Revision des KVG mit einer neuen Basis der Spitalfinanzierung (Stichworte: monistisch, dual-fix, gleich lange Spiesse der Leistungserbringer, Integration der Investitionskosten ...) zieht sich seit Jahren hin, man kommt über Vorschläge der jeweiligen Gesundheitskommissionen oder gar nur von Subkommissionen nicht hinaus. Ein grösserer Wurf gelingt nicht, weshalb sich die politischen Akteure darauf geeinigt haben, zu realisieren, was halt möglich ist ... Übrig geblieben ist dabei nur die leistungsorientierte Abgeltung. Man will mit der Änderung von Art. 49 des KVG versuchen, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen für eine flächendeckende Einführung sowie für die Einsetzung und Finanzierung eines Steuerungsorgans (CMO, siehe unten).

Systementscheid und Operatives Vorgehen

Nach sorgfältiger Evaluation der bestehenden Systeme und nach einer Vernehmlassung bei den Vereinsmitgliedern hat sich der Verein SwissDRG entschieden, aus Deutschland das G-DRG als Basis für die Schweiz zu übernehmen. Die unterschiedlichen Gesundheitswesen Deutschlands und der Schweiz machen jedoch eine umfassende Helvetisierung nötig. In technischer Hinsicht muss der deutsche Prozedurenkatalog OPS auf den schweizerischen CHOP Code angepasst werden. Man spricht von einem sog. "mapping". Im Weiteren muss die Organisationsform an die schweizerische Gesetzgebung angepasst werden. Das Funktionieren der DRGs hängt nicht in erster Linie von der Struktur des gewählten Groupers ab, sondern vielmehr von der Art, wie das System gewartet und weiterentwickelt wird.

Praktisch gleichzeitig mit dem Systementscheid hat die FMH eine Arbeitsgruppe SwissDRG gegründet. In ihr sind Präsidenten / Tarifdelegierte der Fach- und der Kantongesellschaften sowie weitere DRG-Experten in lockerer Art organisiert. Zweck ist die Unterstützung der Verhandlungsdelegation der FMH im Steuerungsausschuss und in der Projektleitung von SwissDRG. Vorgesehen ist auch, dass die Fachgesellschaften und kantonalen Organisationen ihre Anliegen auf diesem Weg einbringen. Umgekehrt möchte die FMH Informationen

zum Projekt auf diese Weise in die Peripherie weitergeben.

An 30–40 Spitälern werden zurzeit bereits Daten zur Kostenerhebung bei DRGs gesammelt, wobei die Beteiligung noch freiwillig ist.

Nach der Systemwahl ist nun geplant, die Vereinsstruktur zu verlassen und eine SwissDRG AG zu gründen. Diese AG würde, über ein **Casemix-Office** (CMO), die weitere Entwicklung der DRGs kontrollieren und nötige Anpassungen laufend vornehmen. Durch Einsitz der Leistungserbringer, Versicherer und der GDK mit je 3 Sitzen und einer geplanten Entscheidungsstruktur mit einfacher Mehrheit soll ein dynamischer Prozess gefördert und ein Verharren in den Schützengräben, wie im Tarmed, verhindert werden.

Hier wird nun das Projekt bereits wieder Spielball der Politik. Das CMO müsste nämlich bis zum realen Einsatz der DRG, bei denen die Finanzierung über einen Betrag pro Fall geregelt wäre, durch die Aktionäre vorfinanziert werden. Santésuisse weigert sich nun, sich an dieser Vorfinanzierung zu beteiligen, wenn nicht einige Forderungen zur Umsetzung der DRG erfüllt werden. Natürlich handelt es sich dabei um die Punkte, die unter den Akteuren am meisten umstritten sind, nämlich: Lieferung sämtlicher medizinischer Daten an die Versicherer, keine Sonderentgelte, keine Ausscheidung der ärztlichen Leistung, einheitliche Base-Rate in der ganzen Schweiz (siehe unten).

Ungelöste Probleme im Zusammenhang mit der Einführung der SwissDRG

- Werden bei einer Prozedur teure Medikamente oder Implantate benötigt, welche den üblichen Rahmen übersteigen, sind sie im «normalen» DRG nicht abgebildet. Im deutschen System wurden dafür sog. Sonderentgelte geschaffen. Der Leiter des deutschen CMO bestätigt, dass die Sonderentgelte nötig sind, weil «sonst eine faire und differenzierte Abgeltung nicht möglich ist». (F. Heimig, Nov 2006) Genau diesen Punkt will aber Santésuisse in der Schweiz nicht zulassen.
- In der Schweiz werden 20% der stationären Behandlungen durch Privatkliniken und dort in der Regel durch Belegärzte erbracht. Die ärztliche Leistung der DRG muss also separat ausgewiesen werden. Die Schwierigkeit besteht hier darin, dass ein linearer Zusammenhang zwischen Höhe der Gesamtvergütung einer DRG und dem ärztlichen Anteil nicht besteht. So gibt es Fälle, wo der Arzt bei grossem Klinikaufwand «billig» arbeitet und umgekehrt. Im Rahmen der Kostenerhebung an den Spitälern kann dieses Pro-

blem nicht gelöst werden, da die ärztlichen Kosten nicht effektiv erfasst, sondern als Tarmed-Positionen hinterlegt werden. Bei der Art, wie der Tarmed heute gewartet wird, ist es klar, dass auf diese Weise bestehende Verzerrungen aus dem Tarmed 1:1 übernommen würden.

Trotz Widerstand von Seiten Santésuisse muss SwissDRG für die Abgeltung der Belegärzte eine Lösung finden, sollen diese nicht auf der Strecke bleiben.

- Unterschiedliche Base-Rates oder Einheitspreis?

Nach dem Willen von Santésuisse soll schweizweit eine einheitliche Base-Rate gelten, d.h. ein Behandlungsfall würde in jedem Spital gleichviel kosten. Nach den Erfahrungen in Deutschland könnten dabei die grösseren Spitäler, die «Allrounder», nicht mit den kleineren, die sich zunehmend spezialisieren, mithalten. Die Vorhalteleistungen zur Abdeckung aller Fachgebiete sind zu gross. Einheitliche Preise bedingen aber eine grundlegende Änderung in der Spitalpolitik oder der Spitalfinanzierung. Die Kantone müssen auf politischer Ebene entweder die zusätzlichen Kosten subventionieren oder die Versorgungsgebiete profitabel gestalten, ohne Rücksicht auf Kantons-grenzen.

Im Weiteren werden hier einmal mehr, bewusst oder unbewusst, die Begriffe und Kompetenzen vermischt. SwissDRG ist ein Instrument zur Erarbeitung und Pflege einer Tarifstruktur. Die Festlegung der Preise oder die Spitalfinanzierung ist eine Aufgabe der Politik, der Tarifpartner oder der Kantone. Das geplante CMO hat damit nichts zu tun.

- Mehrfacheingriffe oder Behandlung von Komplikationen. Patienten, bei denen heute mehrere Eingriffe während derselben Hospitalisation durchgeführt werden, müssten, wegen fehlender sachgerechter Abbildung in den DRGs, mehrmals eintreten. Patienten, bei denen aufwändige Komplikationen auftreten oder die über belastende Komorbiditäten verfügen, müssten damit rechnen, in andere Spitäler abgeschoben zu werden, resp. könnten wegen fehlender Kostendeckung gar keine Aufnahme mehr finden.
- Abgrenzung stationär / teilstationär. DRG statuiert nur, dass es sich um ein Abgeltungssystem für stationäre Patienten handelt. Eine Abgrenzung stationär / teilstationär fehlt jedoch. Die fehlende gesetzliche Grundlage für eine praktische und plausible Abgrenzung ist nötig. Ansätze, wie «länger als 24 h im Spital» oder «Übernachtung» = stationär, wie sie zur-

zeit gelten, sind wenig geeignet, die Probleme der Verschiebungen in oder aus der DRG-Regelung zu verhindern.

Ausblick

Wie geht es nun weiter? Die geplante Einführung per 1.1.2009 ist durch den «Marschhalt» von Santésuisse gefährdet. Dennoch ist der Enthusiasmus im Leitungsgremium SwissDRG und der Politiker in den Gesundheitskommissionen ungebrochen. Die DRG werden kommen.

Auf den ersten Blick scheinen von der Einführung der SwissDRG nicht primär die Ärzte, sondern die Spitäler betroffen zu sein. Die Einführung der DRG wird sich aber nachhaltig auf die Arbeit in der Grundversorgerpraxis auswirken. Die in der Einleitung erwähnten Netzwerke, nach Vorstellung der Krankenkassen alle mit Budgetverantwortung, werden unter Druck geraten.

Warum?

Netzwerke und Managed-Care-Modelle erreichen die grössten Ersparnisse dadurch, dass ihre Patienten später und weniger lang hospitalisiert werden. Wenn in Zukunft aber die Behandlung im Spital «all inclusive» ist, wird der Versicherer versuchen, alle ambulanten Kosten zu vermeiden. Billig im Wirtschaftlichkeitsvergleich ist, wer früh oder gar nicht ins Spital einweist. Das Spital seinerseits will, um Kosten zu sparen, den Patienten möglichst abgeklärt übernehmen. Dies gilt vor allem bei Wahleingriffen. Dort wird sich die Chance für Netzwerke auf tun, durch geeignete Verträge und Strukturen die vor- und nachgelagerte Behandlung mit den regionalen Kliniken oder mit einzelnen ausgewählten Spitälern durch kluge Behandlungspfade zu optimieren.

Ein Augenmerk wird auf die kommende Versicherungskarte zu richten sein. Enthält sie anfänglich nur technische Daten, ist damit zu rechnen, dass in Zukunft ganze Krankengeschichten gespeichert sind. Die vom Hausarzt erfassten Daten könnten direkt zur Codierung übernommen werden, womit gleich die Frage der Verantwortung für deren Korrektheit aufgeworfen wird.

Im heutigen komplexen Umfeld unseres Gesundheitswesens können wir als Ärzte es uns nicht leisten, in einer Frage abseits zu stehen. Die Einführung des KVG und vor allem dessen Revision hat uns eines gelehrt: Alles, was einmal eingeführt ist, kann fast nicht mehr korrigiert werden. Es gilt, sich beizeiten zu informieren und mitzureden. Wir dürfen das Thema Gesundheitswesen nicht nur den Politikern überlassen.

Offener Brief an den VSAO: Wir unterstützen Euch!

Bern, 11. Dezember 2006

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern hat in seiner November-Sitzung das von Euch ausgearbeitete «Positivmodell» behandelt. Ihr versteht es als Alternative zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs und zum Zulassungstopp (siehe Kasten).

Vor welchem politischen Hintergrund wurde das VSAO-Modell ausgearbeitet? Nach wie vor hält der Bundesrat an seinem Vorschlag fest, den Kontrahierungszwang aufzuheben. Netzwerke sollen mit Budgetverantwortung funktionieren. Eine Reform des Risikoausgleichs ist von Bundesrat Couchepin nicht vorgesehen. Der unsägliche «Zulassungstopp» trifft vor allem junge Ärztinnen und Ärzte. Mit ihm bezweckte der Bundesrat, die Ärzteschaft zu spalten. Seine Botschaft an Euch lautet: Bietet Hand zur Aufhebung der freien Arztwahl, dann verzichten wir auf den Zulassungstopp.

Diese Schmalmeienklänge haben bei Euch ihre Wirkung verfehlt. Die freie Arztwahl ist ein zentrales Element Eures «Positivmodells». Das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient ist unabdingbar mit der freien Arztwahl verbunden. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs würde die Arzt-Patienten-Beziehung schädigen und förderte die Risikoselektion durch die Versicherer. Dies verschärfte sich mit dem weiterhin geltenden Risikoausgleich, der bereits heute Anreize für die Selektion von gesunden Versicherten schafft.

Weiter lehnt Euer Modell richtigerweise die obligatorische Zugehörigkeit zu Versorgungsnetzwerken mit Budgetverantwortung ab.

Euer Vertreter im Kantonalvorstand der BEKAG, Christoph Mast, wird Euch auch die eine oder andere Kritik, die wir an Eurem Modell haben, mitteilen. So glauben wir eine gewisse «Steuerungsgläubigkeit» und eine zu grosse Nähe zu Managementansätzen (wie es schon der Begriff des «Care Managers» suggeriert) in Eurem Modell zu erkennen. Wir wissen aber, dass dies jetzt ein Grobmodell ist und dass Ihr ein offenes Ohr für Verbesserungsvorschläge habt. Letztlich geht es ja darum, eine möglichst breite Abstützung innerhalb der Ärzteschaft für Euren Vorschlag zu erreichen.

Insgesamt – und darauf kommt es an – konterkariert das «Positivmodell» des VSAO geschickt den bundesrätlichen Versuch, den Zulassungstopp gegen die freie Arztwahl auszuspielen.

Mit einem Wort: Gerne unterstützen wir Euch, um dem Modell zum politischen Durchbruch zu verhelfen.

Mit herzlichen, kollegialen Grüssen
Der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Das Modell kurz zusammengefasst

1. Patientinnen und Patienten wählen einen «Care Manager» (Behandlungskordinator); in der Regel ist dies der Hausarzt, der die Therapie koordiniert.
2. Der Care Manager hat folgende «Positivkriterien» kumulativ zu erfüllen: Facharztstitel; Nachweis fachlicher Fortbildung; Fortbildung in «Gesundheitsökonomie»; Zugehörigkeit zu einem Versorgernetzwerk (ohne Budgetverantwortung); Anerkennung von Behandlungsrichtlinien der Fachgesellschaften.
3. Ein Wechsel des Care Managers ist jederzeit möglich.
4. Leistungen von «Spezialisten» werden dann übernommen, wenn sie auf Zuweisung durch ihren Care Manager erfolgen.
5. Dasselbe gilt für Leistungen von Spitalern.

Den genauen Text zum VSAO-Modell finden sie unter http://www2.vsao.ch/fileupload/200682411015_pdf

Monitoring Notfalldienst Kanton Bern

2. Teil



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

BlickAktuell, 21. August 2006

«BERN. Notfallmässig müssen Sie zum Hausarzt. Doch den gibt es nicht mehr. Solche tödlichen Engpässe häufen sich in der Schweiz. Jetzt handeln die Kantone. BLICK kennt ihren Geheimplan.»

Die Dramaturgie dieser Schlagzeile ist unübertroffen. Gott sei Dank ist der Plan nicht mehr geheim, handeln die Kantone schnell, gibt es überall Hausärzte und ist der Notfalldienst noch sichergestellt! Der vorliegende zweite Teil des Berichtes über das «Monitoring Notfalldienst Kanton Bern» befasst sich mit der Arbeitsbelastung im Notfalldienst und zwar speziell mit der Häufigkeit von Patientenkontakten. Letztere wird an Hand der notfalldienstlichen Patientenkontakte (Konsultationen, Telefone, Hausbesuche) beschrieben. Die Anzahl der zu leistenden Notfalldiensttage und die Dauer von Not-

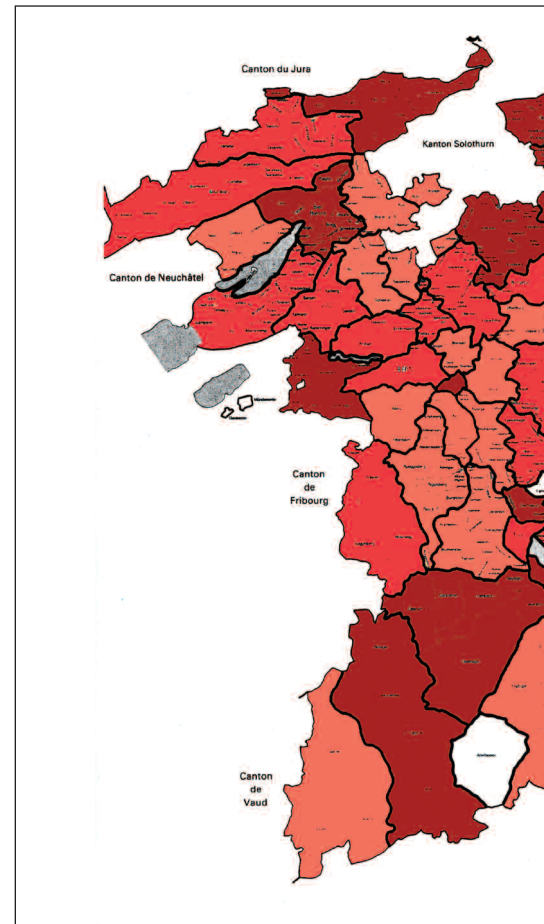
falldienstperioden wurden im ersten Teil bereits untersucht (siehe doc.be 5/06). In die Studie fanden nur Patientenkontakte Eingang, die der ND-Arzt während seines Notfalldienstes zu erledigen hatte. Auswertungen wurden auf Ebene der Kantone, Bezirksvereine und ND-Kreise gemacht. Die hier vorgestellten Auswertungen entsprechen nur einer Auswahl aus den Unterlagen der Originalarbeit.

Der in der Tarmed-Tarifstruktur sehr einschränkend umschriebene Begriff «notfallmässig» spielte im Monitoring keine Rolle. Wichtig zu beachten ist, dass Mittelwerte mit Vorsicht zu interpretieren sind, da Minima und Maxima weit auseinander liegen können.

Aus der Analyse dieser Zahlen wird deutlich, dass die Gesamtheit aller notfalldienstlichen Kontakte pro 24 Stunden und ND-Kreis im Durchschnitt eher niedrig (Abb. 1) ist. Die Konsultation in der Arztpraxis zwischen 07.00 und 19.00 Uhr ist die Regel.

Die hohen Standardabweichungen zeigen, dass die oben genannten Durchschnittswerte mit den effektiv geleisteten notfalldienstlichen Patientenkontakten in den einzelnen ND-Kreisen verglichen werden müssen (Abb. 2). Erst so ist eine Beurteilung möglich. Die Daten zu Konsultationen, Telefonaten und Hausbesuchen aus den einzelnen ND-Kreisen weisen auch eine grosse Streuung auf (Standardabweichung).

Abb. 1: Total Patientenkontakte pro 24h/ND-Kreis



Aus den ND-Kreisen Adelboden und Thuner Ostamt erreichten uns keine Angaben. Jedem ND-Kreis wurde ein «Studienname» zugeordnet, um für die Auswertung eine einheitliche Bezeichnung der ND-Kreise zu gewährleisten.

Patientenkontakte nachts

Die Anzahl der Patientenkontakte zwischen 19.00 Uhr und 07.00 Uhr ist gering, wie die Abb. 3 zeigt. Alle nächtlichen notfalldienstlichen Patientenkontakte fallen mit einer Häufigkeit von durchschnittlich ca. 0,7 an.

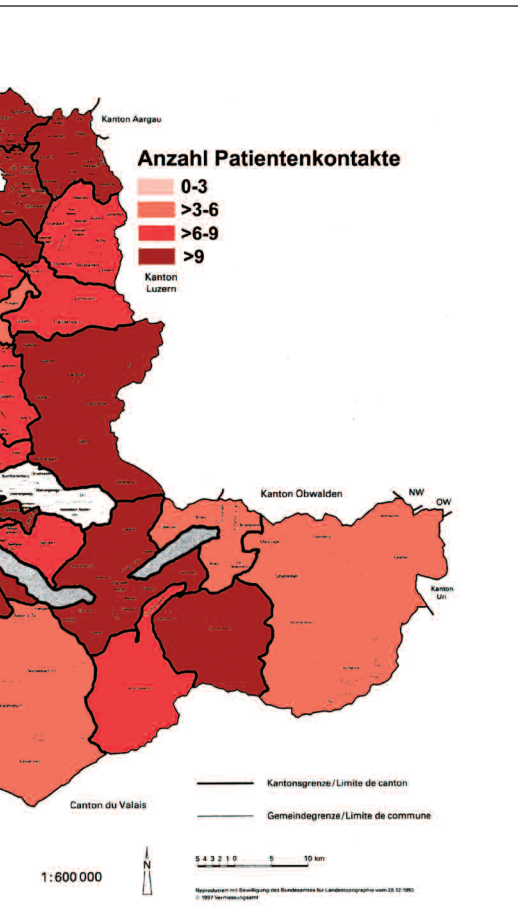
Hausbesuche

Notfalldienstliche Hausbesuche sind tags und besonders nachts selten (Abb. 4). In der Originalarbeit werden detaillierte Zahlen aus allen Notfalldienstkreisen und getrennt nach Art der Konsultation (Praxis, Hausbesuche und Telefonanrufe) aufgeführt.

Durchschnittliche, notfalldienstliche Patientenkontakte/24h/ND-Kreis:

	Mittelwert	Standardabweichung
Konsultation tags 07.00 bis 19.00 Uhr	3.5	3.9
Konsultation nachts 19.00 bis 07.00 Uhr	0.8	1.6
Hausbesuche tags	0.4	0.9
Hausbesuche nachts	0.3	0.6
Telefonanrufe tags	2.0	3.3
Telefonanrufe nachts	1	1.8
Total Konsultationen, Telefone, Hausbesuche, tags u. nachts	8	7,6

4 Stunden in den ND-Kreisen



Patientenkontakte pro Wochentag

Bei Verknüpfung der Patientenkontakte mit den Wochentagen beobachtet man die erwartete Zunahme an Wochenenden, Feiertagen und Donnerstagen. Hausbesuche sind donnerstags, an Wochenenden und an Feiertagen (Karfreitag, Ostern und Ostermontag) anteilmässig häufiger (Abb. 5).

Die Häufigkeit von Patientenkontakten im ärztlichen Notfalldienst (praktizierender Arzt als Dienstarzt) ist eher niedrig, dies besonders bei notfalldienstlichen Hausbesuchen tags- und nachtsüber (Mittelwert 0,7). Diese geringe Häufigkeit lässt kaum mehr zu, dass der Hausbesuch des Notfalldienstarztes (nicht des Hausarztes!) als *conditio sine qua non* zur Aufrechterhaltung des ärztlich organisierten Notfalldienstes betrachtet werden muss. Der Aufwand ist beträchtlich, um eine so eingreifende Organisation für eine so kleine Produktivität an sieben Tagen pro Woche und über 52 Wochen Aufrecht zu erhalten.

Abb. 2: Durchschnittliche Anzahl Patientenkontakte

(total Konsultationen, Hausbesuche, Telefonanrufe)
in den ND-Kreisen pro 24 Stunden

ND-Kreis – Studienname	Mean*	Std Dev**
Aarberg	8.074	6.982
Aaretal	4.943	5.514
Belp	4.943	5.514
Bern (Bern-Stadt, inkl. Bremgarten)	7.063	8.608
Biel	13.727	13.175
Bipp	11.357	11.199
Bödeli	9.753	9.443
Brienz	5.691	4.273
Bucheggberg (Anteil Kt. Bern)	4.714	3.911
Büren	5.962	4.303
Burgdorf	8.631	7.403
Erlach	7.931	6.708
Fraubrunnen	7.750	3.975
Grindelwald	10.283	7.678
Grosshöchstetten	6.755	3.783
Herzogenbuchsee	9.591	6.613
Kandertal	5.500	5.255
Kirchberg	9.071	7.211
Köniz	4.235	2.808
Langenthal	10.634	9.482
Langnau	6.672	7.908
Laupen	11.143	9.040
Lauterbrunnen	8.593	0.495
Lyss	3.067	4.713
Meiringen	5.898	4.883
Moutier	9.800	7.126
Münchenbuchsee	6.902	8.312
Muri	12.714	21.577
Neuveville (L'entre deux lacs – BE)	6.563	6.380
Oberburg oben (oberer Halbkreis)	7.000	2.280
Oberburg unten (unterer Halbkreis)	4.587	7.592
Oberdiessbach	6.250	5.025
Oberes Langetental	7.014	9.526
Oberes Simmental	10.195	5.653
Ostermündigen	4.906	6.192
Psychiatrie Interlaken	2.184	3.638
Thunerseeufer (rechtes)	6.839	4.251
Riggisberg Wochentag (Riggisberg und Umgebung)	5.696	2.835
Saanenland	3.833	2.623
Schwarzenburg Sonntag (Riggisberg-Schwarzenburg)	13.375	5.069
Spiez	10.429	6.534
St. Imier	7.074	4.323
Steffisburg	9.667	6.019
Tavannes	6.846	6.143
Thun	8.867	6.919
Unteres Simmental	12.000	6.229
Wahlern Wochentag (Schwarzenburg)	7.353	6.633
Westamt	4.885	6.179
Wohlen	8.323	4.600
Worb	4.115	3.993

** Mean = Mittelwert

** Std Dev = Standardabweichung

Abb. 3: Patientenkontakte nachts pro 24 Stunden in den ND-Kreisen

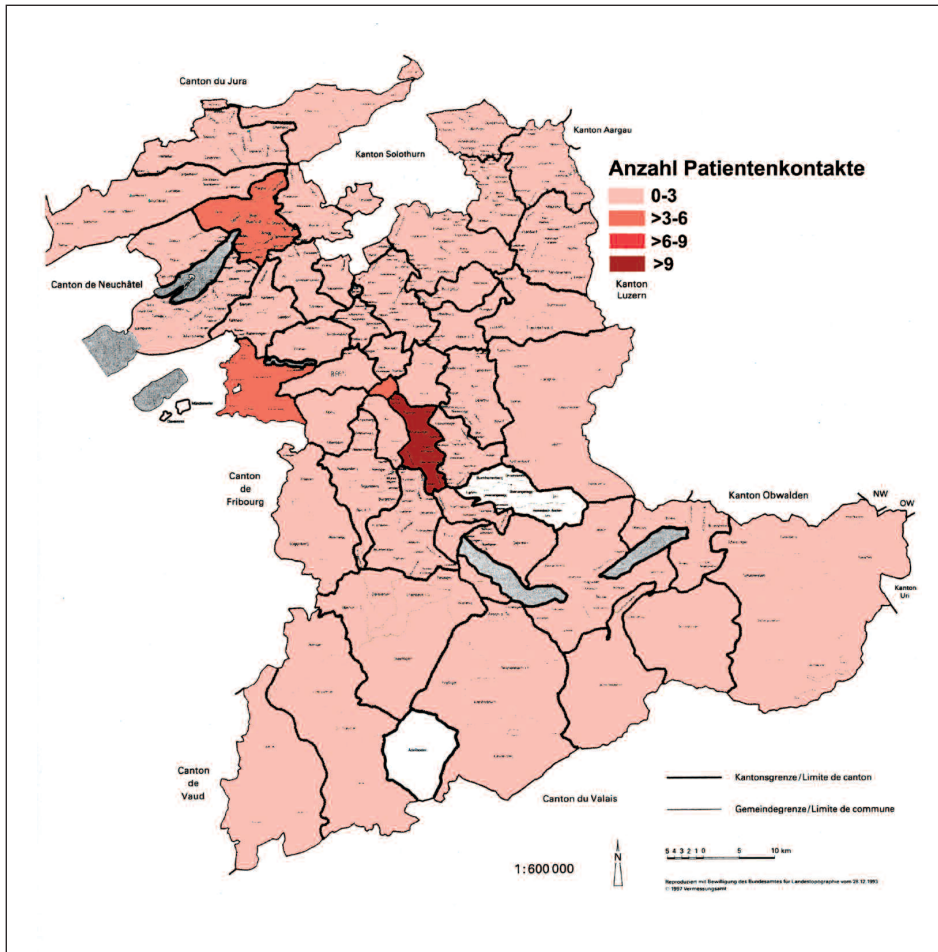
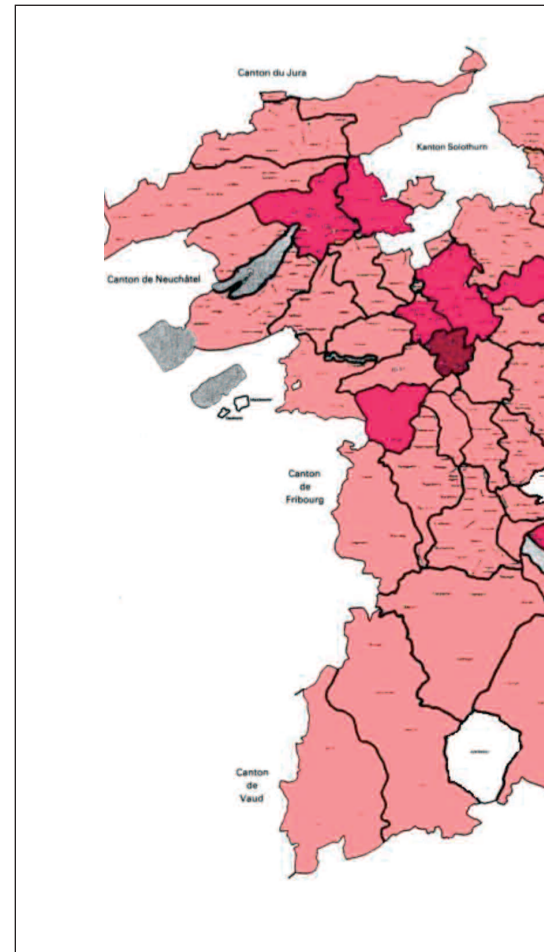


Abbildung 4: Hausbesuche tags und nachts pro 24 Stunden in den ND-Kreisen



Die Schätzung notfalldienstlicher Patientenkontakte/1000 Einwohner/Jahr ergibt mit Vorbehalten bezüglich der Vergleichbarkeit (Statistik, Saisonalität, Tourismus etc.) einen Wert in der Grössenordnung von 126 Kontakten / 1000 Einwohner / Jahr in einem durchschnittlichen ND-Kreis des Kantons Bern. Dieser liegt nur wenig über dem von B. Arnet und G. v. Below errechneten 120 Kontakten pro 1000 Einwohner pro Jahr. Die Unterschiede in der Häufigkeit notfalldienstlicher Patientenkontakte in mehreren Erhebungen sind gross (siehe Quellen 1, 2, 3 und 4). Neben statistischen Gründen liegen den differierenden Zahlen wohl auch unterschiedliche Kriterien dessen zu Grunde, was als «notfalldienstlich» definiert wird. Die Erfahrung aus dem hausärztlichen Alltag zeigt, dass der Hausarzt mehr «Notfälle» absorbiert als der ND-Arzt. Ungünstig ist das Zusammentreffen einer hohen Zahl von Patientenkontakten bei tiefer ND-Ärztendichte. Eine solche Konstellation weisen die ND-Kreise Bipp,

Fraubrunnen und Wohlen auf (Abb. 1 und Abb. 5 in doc.be 5/2006, S. 8/9).

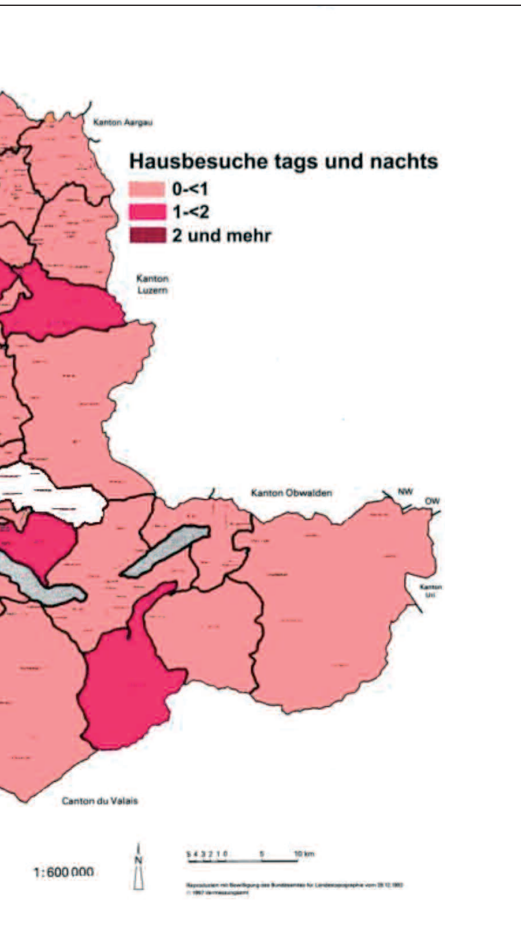
Die Resultate der Erhebung weisen darauf hin, dass bezüglich Effizienz (Anzahl Notfalldienste vs. Häufigkeit von Patientenkontakten) Probleme bestehen. Einen möglichen Ansatz sehen wir in der deutlichen Vergrösserung der bestehenden ND-Kreise. Dafür sollten nicht nur Zusammenschlüsse, sondern auch neue Grenzen und Gruppierungen in Betracht gezogen werden. Die zu versorgende Population und die Anzahl Notfalldienstärzte würden in diesen grösseren Notfalldienstkreisen zunehmen. Solche Veränderungen müssten wohl von der Basis in Zusammenarbeit mit den Vorständen der Bezirksvereine initiiert werden. Mit einer ND-Ärztendichte um 0,7 pro 1000 Einwohnern und einer Bevölkerung von 25- bis 30'000 Einwohnern ergeben sich rechnerisch 18 bis 21 ND-Tage pro Jahr. Diese Anzahl Notfalldiensttage würde wohl von der Mehrzahl der Ärzteschaft akzeptiert.

Eher in Kombination und nicht ausschliesslich als Einzelmassnahmen sehen wir das Miteinbeziehen gegebener oder neu zu schaffender Einrichtungen wie Spitalnotfallporten, Hausarztposten, den Spitalporten vorgelagerte hausärztliche Triagestellen etc.

Beispiele solcher Kooperationsmodelle in der Schweiz: ND-Kreis Lyss – Spital Aarberg, Hausärzte des Bezirkes Zurzach – Spital Leuggern, ab Mitte 2006 der BV Baden mit einer, dem Spital Baden vorgelagerten Triagestelle, betrieben durch notfalldienstleistende Hausärzte. Detaillierte Evaluationen sollen Aufschluss über Nutzen und Risiken geben. Für das Ausland wird auf die funktionierenden, bekannten Modelle in Holland und Dänemark verwiesen.

Der Miteinbezug eines professionellen Call-Centers in die Notfalldienstorganisation macht gerade in solchen ND-Kreisen Sinn, die durch eine hohe Notfalldienst-

achts

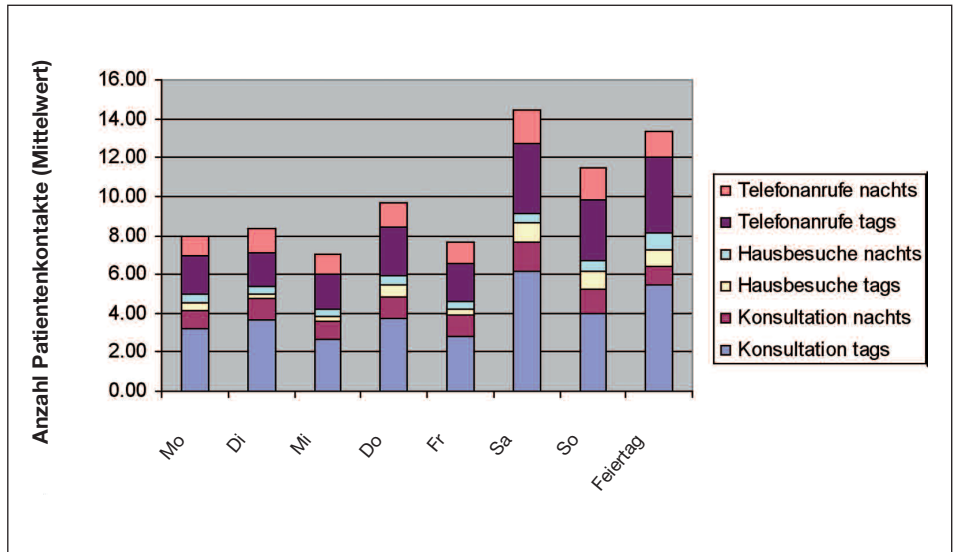


präsenz auffallen. Mehr als 1/3 der ND-Ärzte leisten 50 Tage und mehr Dienst, über 7% sogar 150 bis 300 Tage und mehr! Neben der oben erwähnten Massnahmen kann ein Call-Center – im Kanton Bern MEDPHONE in Zusammenarbeit mit MEDI24 – schnell zu einer spürbaren Reduktion der persönlichen Belastung als ND-Arzt führen (siehe Quellen 5, 6 und 7), während Zusammenarbeitsmodelle und ND-Kreiszusammenlegungen längere Pläne brauchen.

Stadt-Land-Unterschied

Wir konnten keinen Stadt-Land-Unterschied finden in Bezug auf die Einwohnerdichte pro ND-Kreis, die ND-Ärzte- und Grundversorgerdichte pro ND-Kreis, die notfalldienstlichen Patientenkontakte und die Altersstruktur der ND-Ärzte in den Bezirksvereinen. Einzig bei der Betrachtung aller Praktizierenden (siehe Originalarbeit) kann ein Stadt-Mittelland-Bergundtal-

Abb. 5:
Patientenkontakte pro Wochentag Kt. Bern



Muster herausgelesen werden. Die Standardformulierungen «Stadt-Land-Verteilung» und «Randregionen» treffen im Rahmen dieser Studie für den Kanton Bern nicht zu

Korrigendum

Im 1. Teil des Berichtes zum Monitoring Notfalldienst im doc.be 5/2006 hat sich unter dem Titel «Ärztedichten im Kanton Bern» ein Fehler eingeschlichen. Der 2. Abschnitt lautet korrekt: «...Nach unserer Studie beträgt der geschätzte, resp. hochgerechnete Wert der Anzahl Grundversorger/100'000 Einwohnern 100 und liegt damit zwischen der höheren regierungsärztlichen Annahme im Juli 2005 von 146 «Hausärzten/100'000 Einwohnern» und dem tieferen Wert der im gleichen Jahr vom VBH durchgeführten «1-Minuten-Umfrage» von «68 Hausärztlichen Vollzeitpensen/100'000 Einwohnern.»»

Fortsetzung folgt...

Im dritten Teil wird über Anzahl Hospitalisationen und die Alters-, Facharzt- und Geschlechtsverteilung berichtet. Die wichtigsten bisherigen Aussagen und Folgerungen werden noch einmal zusammengefasst.

Quellen

1. Organisation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes in der Schweiz, Beat Arnet, Georg von Below, in Schriftenreihe der SGGP No. 81, ISBN 3-85707-81-1

2. Die Belastung des Hausarztes im regionalen Notfalldienst. Walter Hugentobler, Hausarztverein Effretikon und Umgebung, in PrimaryCare 2006;6: Nr. 26–27
3. Salisbury, C., M. Trivella, and S. Bruster, Demand for and supply of out of hours care from general practitioners in England and Scotland. BMJ, 2000. 320(7235):p. 618–621
4. Urs Dürrenmatt, unveröffentlichte Erhebung des ND-Kreises Thun, 1.7.2000–31.12.2000
5. Medizinische Call Center entlasten den ärztlichen Notfalldienst, A. Meer, A. Wirthner, C. Simonin, in Schweizerische Ärztezeitung 2005;86: Nr. 18
6. Einfluss der medizinischen computerassistierten Telefontriage auf das Patientenverhalten: erste Erfahrungen in der Schweiz, A. Meer, C. Simonin, A. Trapp, S. Niemann, T. Abel, in Schweizerische Ärztezeitung 2003;84: Nr. 41
7. MEDPHONE, jährliche Patientenbefragungen und Statistiken, unveröffentlichte Unterlagen beim Autor

Autoren:

- Beat Gafner
Vorstand BEKAG, Präsident 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

Neue Adresse PonteNova

PonteNova ist Ende August umgezogen.

Die neue Adresse lautet:

PonteNova,
Zentrum 32, Postfach 319
3322 Urtenen-Schönbühl

Telefon 031 951 88 60, Fax 031 951 88 61
E-Mail pontenova@hin.ch, www.pontenova.ch

Neue E-Mail-Adressen des BEKAG Sekretariates:

Hauptadresse: info@bekag.ch

P. Wolf: pwolf@bekag.ch
J. Hellmund: jhellmund@bekag.ch
K. Rieke: krieke@bekag.ch
M.-Th. Zurkinder: mtzurkinder@bekag.ch
U. Reinhard: ureinhard@bekag.ch

Alle E-Mail Adressen @bekag.ch funktionieren auch
@berner-aerzte.ch

Empfehlungen MPA

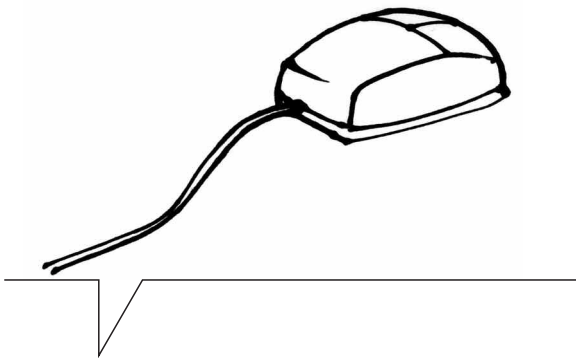
An der Delegiertenversammlung wurden folgende Empfehlungen abgegeben:

1. MPA

100%-Anstellung: 42 statt der bisherigen 43 Wochenstunden als Basis für die Lohnberechnungen; Lohnverhandlungen aufgrund eines strukturierten Mitarbeitergesprächs, leistungsbezogen unter Berücksichtigung des Dienstalters; Berücksichtigung der Teuerung; keine generelle Lohnerhöhung.

2. Lehtöchter

Keine Anpassungen, ausser bei der Stundenzahl.



Duri surft.

Ganz sein Vergnügen. So hat unser IT-Spezialist e-medics konzipiert, die online Abfrage und elektronische KG für Befunde, die alle Daten direkt in die Arztpraxis liefert. Das heisst für Sie: Ansicht und Archiv der aktuellen Berichte, Ausdruck der Kumulativbefunde aller Laborresultate für jeden Patienten und von jedem PC aus, Import in die elektronische Praxis-KG – und mehr Zeit, etwa zum Joggen.

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

medics labor
professionell und persönlich

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44



Ballast bitte abgeben!

Rechnungen ohne Ärztekasse sind teuer

Das Büro in der Praxis bringt Ihnen keinen Ertrag – nur Kosten. Sinnvoller ist es, die administrativen Routineaufgaben an die Ärztekasse auszulagern. Setzen Sie deshalb jetzt zum Befreiungsschlag an und reden Sie mit den Spezialisten der Ärztekasse.

Ä K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

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

Praxismanagement und Outsourcing

Hausärzte im Netz



Dr. med. Thomas Schweizer,
Facharzt FMH für
Allgemeinmedizin, Liebefeld

In einem Fragebogen der Ärztesellschaft des Kantons Bern wurde zur Diskussion gestellt, ob (Haus)Ärzte, die in einem Netzwerk mit Budgetverantwortung mitmachen, mit einem höheren Taxpunktwert belohnt werden sollen. Nach einem Moment der Sprachlosigkeit entstanden folgende Gedanken.

Hausärztinnen und Hausärzte sind, wir nehmen es dankbar zur Kenntnis, im Allgemeinen beliebt. Das liegt nicht daran, dass wir mehr leisten als andere Erbringer, sondern weitgehend an einer Hoffnung. In der Verknüpfung des Hauses mit dem Arzt ist der Wunsch verborgen, dass, wer uns zu Hause besucht, mehr sehe als die messbaren Daten einer Krankheit. Dem Hausarzt sind eine gewisse Nachdenklichkeit und ein Lebenseinblick assoziiert. Was logischer, als mit diesem positiven Begriff eine weitere Hoffnung zu verknüpfen: dass er, der Augenmass hat, auch mässigend einwirke auf unsere Medizin. Pfadfinder im Dschungel medizinischer Möglichkeiten, soll er dem Kranken als persönlicher Berater zur Seite gestellt werden. Er selber soll beraten sein in einem Netz von Gleichen und Spezialisten, das die Bedürfnisse der Versicherten so umfassend wie möglich abdeckt. So werden diesen Umwege und Kosten erspart. Das System wird billiger, und der Patient ist besser betreut.

Der durchschnittliche Hausarzt, ergraut und angeknittert, staunt über diesen faltenlosen Prospekt. Spezialist für die Holprigkeiten dieses Lebens, will er über die Sache noch einmal schlafen. Und da träumt ihm auf einmal der Subtext, der unter dem Ganzen steht: die Medizin ist

unökonomisch, und sein persönliches Netz, tausendfach geprüft, ist es auch. Im Wachzustand ist ihm das Fragezeichen, das hier fehlt, schon gar nicht mehr aufgefallen. Wir wenden pro Krankheit mehr Leistungen an als nötig, heisst der Subtext. Oder ist das mittlerweile schon der Klartext? Dürfen wir wenigstens um den Kontext bitten, in welchem der Nachfragende (Patient) steht? Weil seine Symptome von seinen inneren und äusseren Lebensumständen moduliert werden? Und er auf keinen Rechenschieber passt? Und der Traum wird zum Albtraum des brav Gedienten, wenn er realisiert, dass er in eine Art Zweifrontenkrieg geschickt werden soll. Er müsste Spezialisten und Spitäler auf der einen und Patienten auf der andern Seite «disziplinieren». Erwachend stellt er erleichtert fest, dass er dafür ja entlohnt werde, indem ihm ein Teil des Eingesparten zustehe. Aber er wird, nach dem starken Kaffee, auch darüber nicht so recht froh. Ist denn dieses Budget nicht ein Globalbudget mit der inhärenten Logik der Kostenkontrolle, nur dass mit der undankbaren Rolle des Kontrolleurs nicht ein Aussenstehender, sondern er selbst betraut ist? Er, der Anwalt der Patienten? Der des Öfters aus purem Pragmatismus die teuren Guidelines nicht erfüllt?

«Glücklich, wer noch hoffen kann, aus diesem Meer des Irrtums aufzutauchen», sinniert er hinter seiner Kaffeetasche. Was man bräuchte, wollen sie nicht, und was sie wollen, kann man nicht brauchen.

Stattdessen wird der gute Hausarztwein in ständig neue Schläuche gefüllt. Wo wirkliche Lösungen fehlen, werden des Kaisers neue Kleider gezeigt, eine bei Politikern beliebte Couture, und er soll diese auch noch mit seinem Budget verantworten. Und weil er an den Patienten und an seinem Verstand nicht schuldig werden will, schläft er ein zweites Mal darüber. Vor dem Einnicken tanzt ein X vor den Augen. Im Traum erscheint Frau Eva Segmüller. Sie sitzt an einem Tisch, an welchem vorne ein kleines Plakat mit Aufschrift «Neues KVG» hängt. Vor ihr steht ein Mikrofon. Sie hat strenge Gesichtszüge. «Meine Herren...» Beim Aufwachen erinnert er sich an die Podiumsdiskussion. Fairness, Akzeptanz, Kostentransparenz wollte das neue KVG. Die Hoffnungen waren gross. Viele seinesgleichen waren skeptisch. «Honig für einen Zuckerkranken», hatte einer dazu gemeint.

Das X erinnert ihn an Medi-X, ein Vorzeigemodell für Managed Care. Vielleicht steht X wie bei Rayon X als Chiffre für das Unwägbar, denkt der Zweifler. Vielleicht werden wir nochmals 15 Jahre warten müssen, bis wir sehen, wer welche Rechnungen zu bezahlen hat oder hatte. Oder aber, und ein Ruck geht durch ihn, es bläst plötzlich Mut durch unsere Mauern. Der Mut, zu sagen, dass der Job der Ärzte zuallererst ihre Sorgfalt und ihre Aufmerksamkeit ist, und sie dabei merken sollten, was zu tun und was zu lassen sei. Das ökonomische Interesse aber müsse seinen Kern und Anfang im Patienten selbst haben. Hausärztinnen und Hausärzte würden ihm, diesmal gerne, beistehen in der Kalkulation seines grösseren Risikos.

Konzerthinweis

Medizinerorchester Bern

Eglise du Pasquart, Biel Sonntag, 21. Januar 2007, 17.00 Uhr
Bern, Französische Kirche Dienstag, 23. Januar 2007, 20.00 Uhr



Programm

Éduard Lalo: Symphonie Espagnole
Juan Crisóstomo de Arriaga: Symphonie in D

Solistin: **Noémi Rufer**, Violine
www.medizinerorchester.org/solisten.htm

Wichtige Neuerung auf der BEKAG-Website

Unter der Rubrik E-Kommunikation finden Sie neu Informationen zur sicheren, verschlüsselten Kommunikation zwischen Spital und Praxis.

Weitere Informationen entnehmen Sie der Website www.bekag.ch

Berner Modell für eine konsistente Medikamentenpolitik

Im Kanton Bern fordern Ärztesellschaft, Apothekerverband und der Krankenversicherer Visana gemeinsam eine neue Medikamentenpolitik. Von der Politik erwarten sie eine langfristige Strategie, die sowohl der Kostenpflege wie der Sicherung der Qualität und Versorgung Rechnung trägt.

Darin sind sich die Spitzen der Berner Ärztesellschaft, des Berner Apothekerverbandes und der Krankenversicherung Visana einig: Die durch Bundesrat Couchepin bzw. das Bundesamt für Gesundheit verordneten Massnahmen im Medikamentenbereich brachten wesentliche Einsparungen, Preissenkungen und führten zum Anstieg des Generika-Marktanteils. Diese Entwicklung sei positiv. Ebenso einig ist man sich aber, dass an die Stelle von Sofortmassnahmen nun eine konsistente, langfristig ausgerichtete Medikamentenpolitik treten müsse. Denn würden die Rahmenbedingungen im Medikamentensektor weiter durch kurzfristige Eingriffe der Behörden tangiert, so führe dies zu unvorhersehbaren Entwicklungen und verursache laufend hohe und unnötige Anpassungskosten. Auch werde die Qualität und Sicherheit der Medikamentenversorgung sowie des pharmazeutischen Fortschritts gefährdet.

Vorsichtiger Umgang mit Sofortmassnahmen

Für *Jürg Schlup, Präsident der Ärztesellschaft des Kantons Bern*, geht es darum, der Kostenpflege auch weiterhin Beachtung zu schenken. Er plädiert aber für Ausgewogenheit und mahnt, dass «Konsequenzen von Eingriffen in das sensible Gesundheitssystem» durchdacht sein müssen und mit allen Beteiligten zu entwickeln und umzusetzen sind. «Ärzte und Apotheker handeln mit hohem Verantwortungsbewusstsein, Berufsethos und sie sind gewillt, ihren Beitrag zur Kostenkontrolle im Gesundheitswesen zu leisten. Im Mittelpunkt stehen aber die Qualität, die Sicherheit und der Therapieerfolg einer Leistung. Selbstverständlich bringen wir dabei ein möglichst kostengünstiges Medikament – Originalmedikament oder Generikum – zur Anwendung.» Eine Medi-

kamentenpolitik, die auf kurzfristige Interventionen und ausschliesslich Kostensenkung ausgerichtet sei, führe unausweichlich zu Qualitätseinbussen. «Und diese liegen weder im Interesse der Patienten, der Ärzte, der Apotheker noch der Krankenversicherer.»

Stefan Fritz, Präsident des Apothekerverbandes des Kantons Bern, weist darauf hin, dass die Patienten selber einiges zu einer gesunden Medikamentenpolitik beitragen können und auch wollen: «Der praktische Alltag in Praxis und Apotheke belegt, dass der Patient die fachliche Aufklärung und Information sehr schätzt und durchaus kostenbewusst agiert.» Fritz stellt in Aussicht, dass die Apotheker in diesem Bereich weitere Anstrengungen unternehmen wollen: «Wir werden die persönliche Information des Patienten noch intensivieren.»

Die Forderung: eine berechenbare und konsistente Medikamentenpolitik

In diesem Zusammenhang betonen *Schlup, Fritz* und auch *Albrecht Rychen, Präsident der Krankenversicherung Visana*, die Notwendigkeit eines «mehrjährigen Planungshorizontes und die Berechenbarkeit politischer Massnahmen. Konkret: sie fordern die Schaffung klarer Rahmenbedingungen und politische Massnahmen zur langfristigen Stabilisierung der Medikamentenkosten. *Schlup* betont, es gelte behördliche «Schnellschüsse» zu vermeiden, deren Auswirkungen in der praktischen Umsetzung ungenügend abgeklärt, deshalb Patienten, Ärzte, Apotheker und Versicherer verunsichere, und oft nur mit grossem Aufwand und administrativen Kosten zu bewältigen seien.

Preisvorschriften kontraproduktiv

Staatliche Preisvorschriften im Medikamentenbereich erachten *Fritz, Rychen* und *Schlup* übereinstimmend als kontraproduktiv. Sie würden die Vorteile des Wettbewerbs beseitigen und stillschweigende Absprachen zwischen den Anbietern erleichtern. Sie fordern deshalb, dass die Anbieter von Originalpräparaten und die Versicherer jährlich direkt für jedes

bestehende oder neue Originalpräparat Preisverhandlungen führen. *Rychen*: «Die staatliche Preisfestsetzung soll nur als ultima Ratio zur Anwendung gelangen und nur für diejenigen Medikamente, über die die Verhandlungspartner nicht Preiseinigung erzielen können.»

Lanze für die Medikamentenindustrie

Angesprochen auf den Patentschutz stellt *Rychen* klar, dass dieser nicht gleich zu setzen ist mit Preisschutz: «Auch von der pharmazeutischen Industrie wird erwartet, dass sie ihren Beitrag zur Stabilisierung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen leistet.» Andererseits seien die wirtschaftlichen, rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen in der Schweiz so auszugestalten und zu verbessern, dass für die Erforschung neuer Medikamente ausreichend Anreize bestünden. Denn auch darin sind sich die Spitzen der Berner Ärztesellschaft, des Berner Apothekerverbandes und der Krankenversicherung Visana einig: «Der Gesundheitsbereich – und mit ihm die Medikamentenindustrie – mit zehntausenden qualifizierten Arbeitsplätzen ist für den Wirtschafts-, Forschungs- und Innovationsstandort Schweiz zu bedeutsam, als dass er durch unbedachte oder einseitige Eingriffe in seiner Qualität und Attraktivität tangiert werden darf.» Auch hier seien Verhandlungslösungen gefragt, und dafür wollen sich *Jürg Schlup, Stefan Fritz* und *Albrecht Rychen* nun in ihren Dachorganisationen einsetzen.

Bernhard Kummer (Kürzungen PID)

Bild rechts:
Jürg Schlup, Präsident BEKAG, Albrecht Rychen, Präsident Verwaltungsrat Visana und Ständerätin Simonetta Sommaruga diskutieren an einer Podiumsdiskussion das «Berner Modell für eine konsistente Medikamentenpolitik».

Empfehlungen zur Zusammenarbeit zwischen Ärztin/Arzt und Heim



*Dr. med.
Heinrich Kläui,
Projektleiter
Zusammenarbeit
Ärztin/Arzt –
Heim, Vorstands-
mitglied Verband
Berner Hausärzte*

Nach einer längeren Tragezeit haben die «Empfehlungen zur Zusammenarbeit zwischen Ärztin/Arzt und Heim» das Licht erblickt (siehe Link auf der BEKAG-Website www.berner-aerzte.ch/cms/docs/2438.pdf). Die Empfehlungen wurden gemeinsam mit dem Verband Berner Pflege- & Betreuungszentren vbb/abems erarbeitet, gestützt auf ein mehrstufiges Vernehmlassungsverfahren in heimärztlichen Zirkeln.

In den Empfehlungen wird unterschieden zwischen der hausärztlichen Tätigkeit und den heimärztlichen Aufgaben. Viele Hausärztinnen und Hausärzte betreuen eigene Patientinnen und Patienten im Alters- und Pflegeheim. Mehr als 50% der befragten Grundversorger gaben bei einer Fax-Umfrage im August 2004 an, Patientinnen und Patienten im Heim zu betreuen. Immer häufiger wünschen die Heime, diese Zusammenarbeit (oft mittels einer schriftlichen Vereinbarung) zu regeln. In den Empfehlungen wird auf die gesetzlichen Grundlagen eingegangen, es werden Hinweise zur Zusammenarbeit gegeben, und eine Checkliste erlaubt die Kontrolle aller wichtigen Punkte. Eine Mustervereinbarung im Word-Format ermöglicht die individuelle Gestaltung einer Vereinbarung.

Die Heimverordnung verpflichtet die Alters- und Pflegeheime, eine Heimärztin oder einen Heimarzt zu bezeichnen, die resp. der für medizinische Fragen, die das Heim betreffen, verantwortlich ist. Es han-

delt sich nicht um Patientenbetreuung. Zu den Aufgaben des Heimarztes oder der Heimärztin können die Mitarbeit bei der Erarbeitung von Leitbildern und Konzepten gehören (wie Palliativmedizin, Impfungen, Sturzprävention, freiheitsbeschränkende Massnahmen), die Weiterbildung des Personals, die Aufsicht über Apotheke und Physiotherapie oder die Mitwirkung beim Datenschutz. Auch für diese Funktion liegen konkrete Empfehlungen zur Gestaltung einer persönlichen Vereinbarung und eine Checkliste vor.

Es handelt sich um ein Konsenspapier der Berner Ärztesgesellschaft und des Verbandes Berner Pflege- & Betreuungszentren vbb/abems, das durch beide Organisationen verabschiedet wurde und die Empfehlungen von 1989 ersetzt. Wesentliche Punkte wie die freie Arztwahl sind schriftlich festgehalten. Insbesondere die Rechte und Pflichten der Ärztinnen und Ärzte sind klarer herausgearbeitet worden. Wir wünschen uns, dass die Empfehlungen nützlicher Denkanstoss und verlässliche Checkliste seien!



Anna Seiler-Gesundheitspreis 2006 an das Projekt Medphone – Medi24

Die Insepspital-Stiftung zeichnet das Projekt «Lezano» mit dem diesjährigen Anna Seiler-Preis aus. Hinter dem Gemeinschaftsprojekt stehen Medphone, das Call Center der Ärzteschaft des Kantons Bern und Medi24, das erste Medizinische Call Center der Schweiz. Dank kompetenter und computerunterstützter Telefonberatung wird die Patientin/der Patient im Notfall rasch mit der geeigneten Notfall-Institution verbunden. Die Verbesserung der Notfallversorgung ist Ziel dieser Zusammenarbeit. Mit der Vergabe des Anna Seiler-Gesundheitspreises an das Projekt «Lezano» bekundet die Jury ihre Wertschätzung gegenüber dem schweizweit einzigartigen Kooperationsmodell im Bereiche der Telemedizin.

(pd) Häufig steht der Griff zum Telefon am Anfang der medizinischen Notfallversorgung. Damit der anrufende Patient aber auch rasch die richtige Anlaufstelle für sein gesundheitliches Problem erhält, bedarf es einer professionellen Telefonberatung. Diese umfasst erste medizinische Abklärungen am Telefon, die Kenntnis der Verfügbarkeit medizinischer Anlaufstellen wie Hausarzt, Notarzt, Rettungsdienste, Notfallaufnahme eines Spitals und letztlich die Herstellung einer direkten Verbindung zu diesen Institutionen. Voraussetzung für die Versorgungs- und Patientensicherheit in Notfallsituationen sind definierte Qualitätsvorgaben, gut geschultes Personal sowie eine moderne technische Infrastruktur.

Zwei sich ergänzende Partner

Medi24 als erstes medizinisches Call Center der Schweiz, verfügt über diese Voraussetzungen und bietet die erforderliche Qualität. Medphone als Triage- und Vermittlungsstelle für den ärztlichen Notfall-

dienst ist in der Ärzteschaft breit abgestützt. Getragen wird Medphone von der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern und den lokalen medizinischen Bezirksvereinen. 2005 haben die beiden Partner eine Kooperationsvereinbarung für die Entwicklung und Umsetzung des Projektes «Lezano» (Leadership für eine zeitgerechte ambulante Notfallversorgung) unterzeichnet. Ziel des Projektes ist der Aufbau eines professionellen telefonischen Notfalldienstes.

Umsetzung in drei Phasen

Die erste Projektphase begann mit dem Umzug von Medphone in die Räumlichkeiten von Medi24. Dann erfolgten die Kommunikationsschulung der Mitarbeitenden und die elektronische Dokumentation der Abläufe. Diese Phase wurde im Juli 2006 mit der erfolgreichen Inbetriebnahme der neuen Vermittlungszentrale abgeschlossen. Gegenwärtig wird die verschlüsselte, elektronische Benachrichtigung der Hausärzte über jeden Patienten-

kontakt und die Einführung eines internetbasierten Planungsinstrumentes für den Einsatz der Ärzte im Notfalldienst umgesetzt.

In der dritten Projektphase soll 2008 ein medizinisches Expertensystem eingeführt werden, welches eine qualitativ hoch stehende, computerassistierte Telefontriage ermöglicht. Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, dass damit bis zu 50% der Notfalleinrufe durch die Gesundheitsberaterin am Telefon allein bearbeitet werden können. Auf der anderen Seite führt dieses System den Patienten rasch und sicher zur zuständigen Notfallinstitution. Die computerassistierte medizinische Telefontriage ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass Pflegefachpersonen am Telefon kompetent Entscheidungen bezüglich der Dringlichkeit medizinischer Beschwerden treffen können. Mit diesem System werden medizinische Ressourcen sinnvoll und optimal eingesetzt. Dies erleichtert die Arbeit des Notfallarztes, verbessert die Qualität der Notfallversorgung und spart Kosten.

Ein Projekt auch für andere Kantone

Mit dem Anna Seiler-Gesundheitspreis würdigt die Jury ein einzigartiges Kooperationsmodell im Schweizerischen Gesundheitswesen. «Wir sind natürlich hoch erfreut über die Vergabe dieses wichtigen Preises an unser gemeinsames Projekt», meinen die Ärzte Andreas Meer und Daniel Marth, die Initianten von «Lezano». «Das Projekt ist für die Schweiz völlig neuartig und hat Modellcharakter auch für andere Kantone. Das Preisgeld wollen wir für ein Forschungsprojekt im Bereich der ambulanten Notfallversorgung verwenden.»

Medphone wurde am 3. Juni 2004 als Nachfolgeorganisation der Ärztenotrufzentrale Bern gegründet. Jährlich werden über 30'000 Anrufe bearbeitet. Über 900 Arztpraxen – vornehmlich aus der Region Bern – sind heute der Medphone-Zentrale angeschlossen. Die schrittweise Ausdehnung dieser Notfalldienstleistung auf den ganzen Kanton Bern erleichtert eine zeitgemässe und effiziente Organisation des ärztlichen Notfalldienstes. Hilfesuchende Patienten und Patientinnen erhalten so jederzeit die benötigte medizinische Hilfe oder Auskunft. Notfallportale von Spitälern werden entlastet. Vorhandene medizinische Ressourcen werden optimaler eingesetzt.

Medi24 bietet als erstes medizinisches Call Center der Schweiz seine Dienstleistungen seit Anfang 2000 dreisprachig und rund um die Uhr an. 2005 gingen rund 180'000 Anrufe ein, für 2006 wird mit einem Call-Volumen von über 200'000 Anrufen gerechnet. Täglich erreichen Medi24 bis über 1'000 Anrufe. Via Krankenversicherung sind bereits mehr als 1,8 Mio. Versicherte berechtigt, die Medi24-Dienstleistungen kostenlos in Anspruch zu nehmen. Neue Versicherungsprodukte wie Telmed (Pregate-keeping) tragen zu einem rasanten Wachstum bei. Zu den Kunden und Partnern zählen u.a. Helsana, Groupe Mutuel, Wincare, Progres, Carena sowie Ärztenetzwerke/-praxen wie mediX Zürich, mediX Bern und Wintimed.

Der Anna Seiler-Gesundheitspreis

wird seit 2004 alle zwei Jahre durch die Insepspital-Stiftung Bern vergeben. Er erinnert an Anna Seiler, die mit ihrem Testament 1354 das Insepspital gründete.

Der Preis ist mit 25'000 Franken dotiert und wird für hervorragende und innovative Leistungen zu Gunsten des Schweizerischen Gesundheitswesens ausgeschrieben. Der Wettbewerb 2006, der nun durch Medi24 und Medphone gewonnen wurde, war dem Thema Versorgungssicherheit und Qualität im Bereich der medizinischen Grundversorgung gewidmet.