



ÄRZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS  
DU CANTON DE BERNE

Nr. 2 / April 2011  
www.berner-aerzte.ch

## Themen dieser Ausgabe:

Mitteilungen des Sekretärs 2

Einheitskasse:  
kurzsichtige Idee 3

Neue Konzepte für die  
Notfallversorgung! 5

hausärztlich von A bis Z 6

Privatspitäler und Beleg-  
ärzte – ein  
starker Wirtschaftsfaktor 7

Nachruf:  
«Nursing practitioner» 8

Alumni MedBern 9

Jahresbericht des  
Präsidenten 2010 10

## Eigene Datenerhebung unverzichtbar!



Vor kurzem bin ich beim Durchblättern der NZZ auf einen Artikel gestossen, der die Problematik mit den Fallpauschalen veranschaulicht. Katharina Schiessl ist Gynäkologin. Sie hat Deutschland vor fünf Jahren verlassen, weil sich die Arbeitsbedingungen am Spital seit der Einführung der Fallpauschalen verschlechtert haben. Nicht mehr der medizinische Blick auf Patienten und ihre Bedürfnisse, sondern immer mehr wirtschaftliche Überlegungen stehen im Vordergrund, so Schiessl. Es geht gar soweit, dass Patienten als finanzielle Risiken für das Spital angesehen werden, prangert sie die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen an. Eine solche Betrachtung vergiftete das Arzt-Patienten-Verhältnis, ist sie überzeugt. Mit Besorgnis verfolgt Katharina Schiessl deshalb die Entwicklung in unserem Lande – und hofft, dass die Schweiz aus den Fehlern gelernt hat, die in Deutschland begangen wurden.

Ich habe meine Zweifel. Nächstes Jahr führen wir ohne echte Übergangsphase das Fallpauschalensystem SwissDRG ein. Die Verantwortlichen beschwichtigen und verkaufen uns SwissDRG als lernendes System, das fortlaufend angepasst werden soll. Das ist Flickwerk. Doch der Sparzweck heiligt offenbar die gesundheitspolitischen Mittel.

Eins ist sicher: Wir müssen die Einführung der Fallpauschalen kritisch verfolgen. Dazu ist eine eigene Datenerhebung unverzichtbar! Zu diesem Zweck wurde das Projekt Reason For Encounter ins Leben gerufen. Dank einer Software lassen sich Konsultationen in Arztpraxen einfach und rasch codieren. Und wir haben evidenzbasierte Statistiken zur Hand, die mögliche Kostenverlagerungen in den ambulanten Sektor im Zuge der DRG-Einführung lückenlos belegen.

Je mehr Ärztinnen und Ärzte sich also daran beteiligen, umso besser können wir uns mit eigenen Daten in den politischen Prozess einbringen. Nehmen Sie noch heute Kontakt mit Ihrem Softwareanbieter auf!

Dr. med. Christian Gubler  
Vizepräsident  
Ärztegesellschaft des Kantons Bern

## Mitteilungen des Sekretärs

An der Delegiertenversammlung vom 17. März 2011 wurden folgende Beschlüsse gefasst.

### 1. Genehmigung der Jahresrechnung 2010

*Einstimmig*

### 2. Déchargeerteilung an den Kantonalvorstand für das Geschäftsjahr 2010

*Einstimmig*

### 3. Festsetzung der Mitgliederbeiträge 2011 (unverändert)

Reduktion des Kantonalbeitrages für Chefärztinnen und Chefarzte sowie für Leitende Ärztinnen und Leitende Ärzte mit Mitgliedschaft beim VLSS um Fr. 100.–; Rückerstattung von Fr. 300.– bei Teilnahme ROKO bzw. von Fr. 200.– bei Lieferung der Abrechnungsdaten an PonteNova für selbständig tätige Mitglieder.

Der Kantonalbeitrag beträgt 2011 für:  
Kategorie 01 (selbständig tätige Mitglieder) Fr. 965.–

Kategorie 02 (unselbständig tätige Mitglieder in leitender Funktion) Fr. 645.–

Kategorie 02 (bei Nachweis einer Mitgliedschaft beim VLSS) Fr. 545.–

Kategorie 03 (unselbständig, nicht in leitender Funktion) Fr. 300.–

Kategorie 04 (Mitglieder in FMH-Weiterbildung) Fr. 300.–

Kategorie 05 (Wohnsitz und Berufstätigkeit im Ausland) Fr. 150.–

Kategorie 06 (Momentan nicht als Arzt berufstätig) Fr. 150.–

#### *Nota bene:*

Mitglieder der Kategorie 01, welche rechtzeitig einen auswertbaren Fragebogen im Rahmen der Rollenden Kostenstudie (ROKO) einsenden, erhalten eine Rückerstattung von Fr. 300.–.

Mitglieder der Kategorie 01, welche dem Kantonalvorstand die Abrechnungsdaten anonymisiert zur Verfügung stellen (PonteNova), erhalten eine (weitere) Rückerstattung von Fr. 200.–.

*Einstimmig*

### 4. Festsetzung des Budgets 2011

*Einstimmig*

**5. Befugnis des Kantonalvorstandes, für standespolitische Öffentlichkeitsarbeit im Jahre 2011 bei Bedarf einmalig Fr. 100.– (Kategorien 01 und 02) bzw. Fr. 50.– (Kategorien 03, 04, 05 und 06) pro Mitglied einzufordern (Extrabeitrag)**

*Einstimmig bei 1 Enthaltung*

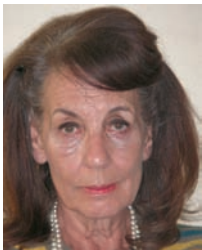
### 6. Wahlen

#### a) Wahl der Kontrollstelle

Die Delegierten wählen die Interrevi AG, Huttwil einstimmig bei 1 Enthaltung für ein weiteres Jahr als Kontrollstelle.

## Helene und Beat Baur – die neuen BEKAG-Ombudsleute

Seit dem 1. April 2011 haben wir neu die Ombudsstelle der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern übernehmen dürfen. Wir – d.h. ein «frisch pensioniertes» Ärztee Paar – freuen uns auf die neue Aufgabe. Gerne stellen wir uns im doc.be kurz vor.



### Helene Baur Wüthrich

Nach meiner Ausbildung und Oberarztstätigkeit am Inselspital Bern war ich 24 Jahre als Belegärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Lindenhofspital Bern tätig. 2004 erfüllte ich mir einen Jugendtraum und begann ein Philosophiestudium an der Universität Bern, welches ich nun 2011 mit einer Masterarbeit abschliessen werde (Schwerpunkt Ethik – speziell Medizin-Ethik). Standespolitisch arbeitete ich während zehn Jahren in der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation als Vorstandsmitglied und Kassiererin, im Ärztekollegium Lindenhof während acht Jahren im Präsidium, in der Funktion als Präsidentin des Kollegiums.



### Beat Baur

32 Jahre lang führte ich eine Spezialarztpraxis für Gynäkologie und Geburtshilfe in der Stadt Bern, mit Belegarztstätigkeit am Lindenhofspital. Neben Aufgaben in der Burgergemeinde Bern war ich standespolitisch während Jahren im Vorstand des Medizinischen Bezirksvereins Bern Stadt und im Vorstand des Ärztekollegiums Lindenhof tätig.

### Familie Baur

Wir haben eine Tochter und einen Sohn, und bereits drei Grosskinder: das Jüngste – und erste Mädchen – ist eben zwei Monate alt geworden. Unsere Grosskin-

der zu betreuen ist für uns eine wichtige, schöne und dankbare Aufgabe!

### Ombudsfrau und Ombudsmann

Wir freuen uns auf eine Fortführung einer doch noch im weitesten Sinne medizinischen Tätigkeit: nämlich mit Geduld und Verständnis auf menschliche Probleme und Anliegen einzugehen und, wo immer möglich, einvernehmliche Lösungswege auszuarbeiten – und dies alles ohne Praxis-Alltagsdruck, ohne Tarif- oder Zeitdruck.

### Ombudsstelle der BEKAG

Wir erhoffen uns eine Fortführung der guten, konstruktiven Zusammenarbeit unseres Vorgängers mit der BEKAG – wir werden uns jedenfalls grösste Mühe geben.

## Einheitskasse: kurzfristige Idee

*Mindestens einmal in jeder Dekade muss das Schweizerische Stimmvolk über die Einführung einer Einheitskasse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung befinden. Der «Trägerverein öffentliche Gesundheitskasse» hat den nächsten Abstimmungskampf mit der Unterschriftensammlung für eine Volksinitiative lanciert.*



Peter Fischer,  
CEO  
Visana-Gruppe

### Gesundheitsausgaben steigen

Die Ausgaben im eidgenössischen Gesundheitswesen steigen kontinuierlich. Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 ist das über die Grundversicherung abgerechnete Leistungsvolumen jährlich um durchschnittlich 4,5 Prozent gestiegen. Das entspricht einer Ausgabensteigerung von über einer Milliarde Franken pro Jahr.

Interessanterweise steigen die Kosten insbesondere im Bereich der obligatorischen Leistungen überproportional. Ein unmissverständlicher Hinweis darauf, dass die Kosten dort am meisten steigen, wo der Staat am stärksten eingreift.

Die Prämien, welche die Krankenversicherungen von ihren Versicherten verlangen, müssen mit diesen Ausgabensteigerungen Schritt halten. Dass die Prämien in der Vergangenheit teils massiv schwächer oder massiv stärker als das abgerechnete Leistungsvolumen anstiegen, war politisch motiviert.

### Krankenversicherer: Falscher Sündenbock

Die Bürgerinnen und Bürger ärgern sich zu Recht über die Jahr für Jahr steigenden Krankenversicherungsprämien. Ihr Groll richtet sich dabei gegen die Krankenversicherer als Überbringer der schlechten Neuigkeiten.

Verantwortlich für die steigenden Prämien sind aber nicht die Krankenversicherer, sondern die stetig steigenden Ausgaben für

medizinische Leistungen. Die Verwaltungskosten der Krankenkassen liegen bei mittlerweile 5 Prozent der Gesamtausgaben. 1996 lag dieser Wert noch bei 8,2 Prozent.

### Falscher Hebel

Die Einführung einer Einheitskasse setzt den Hebel bei den 5 Prozent Verwaltungskosten der Krankenversicherer an. Das Sparpotential ist also begrenzt. Den Initianten geht es auch weniger um die Senkung der Verwaltungskosten als viel mehr um die Ausdehnung der politischen Kontrolle über die soziale Krankenversicherung.

Auch eine Einheitskasse müsste sich des Problems der steigenden Gesundheitsausgaben annehmen. Dass dies der Politik bis heute nicht gelungen ist, kann nicht den Krankenversicherern angelastet werden.

### Sorgfältig austariertes Gleichgewicht statt Monopol

Das geltende System des regulierten Wettbewerbs sorgt dafür, dass kein einzelner

Akteur Entscheide durchsetzen kann. Bund, Kantone, Leistungserbringer und Krankenversicherer müssen alle Hand für Reformen bieten. Dieses System macht zwar die Lösungssuche schwierig, verhindert aber politische Schnellschüsse und Misswirtschaft.

Mit der Einführung eines staatlichen Monopols verlieren die Bürgerinnen und Bürger der Schweiz ihre Wahlfreiheit. Sie sind dem Monopolisten ausgeliefert. Die von technokratischen Beamten gesteuerte Einheitskasse ist keine Wundermittel gegen die steigenden Gesundheitsausgaben. Auch die Leistungserbringer, was ich den Damen und Herren Medizinerinnen gerne in Erinnerung rufe, hätten einen Monopolisten als Partner und wären diesem ohne Alternative ausgeliefert.

### Gesundheitsversorgung durch politische Agenda bestimmt

Für die staatlich gelenkte Einheitskasse würde die Versicherungsmathematik zugunsten der politischen Agenda in den Hintergrund rücken. Die resultierenden Fol-



Auch der Politik ist es bis heute nicht gelungen, die steigenden Gesundheitsausgaben zu bremsen. SP-Nationalrätin Jacqueline Fehr beim Ausfüllen des Initiativbogens. Foto: Keystone

gen kennen wir aus anderen Sozialversicherungen oder dem Ausland. Spätestens wenn die Einheitskasse rote Zahlen schreibt, wird die Diskussion über die Preise der medizinischen Leistungen beginnen, und von dort ist es nur noch ein kurzer Weg bis zu Rationierung und Zweiklassenmedizin. Im politischen Scheinwerferlicht wird es schwierig werden, vernünftige Kompromisse zu finden.

### Reformen statt Experimente

Auch im heutigen System des regulierten Wettbewerbs sind Reformen dringend nötig. Die Managed-Care-Vorlage, die gegenwärtig vom eidgenössischen Parlament beraten wird, droht leider aus parteitaktischem Kalkül zu scheitern. Der Reformstau ist ärgerlich und gibt den Initianten der Einheitskasse zusätzlich Auftrieb. Anstatt das geltende System auf den Kopf

zu stellen, sollten die nötigen Anpassungen an die Hand genommen werden. Dazu gehört neben der Förderung von Managed Care insbesondere die zusätzliche Verfeinerung des Risikoausgleichs.

Zu diesem Schluss kommt auch die von den Ostschweizer Gesundheitsdirektoren in Auftrag gegebene Studie zu kantonalen oder regionalen Krankenkassen. Die Studie rechnet bei einer Einheitskasse mit einem Einsparpotential von 300 Millionen Franken, wenn volkswirtschaftlich sinnlose Krankenkassenwechsel wegfallen. Gleichzeitig kommt die Studie allerdings zum Schluss, dass auch ein wirksamer Risikoausgleich diese Kosten einsparen würde.

### Wettbewerb bringt Wahlfreiheit und tiefe Verwaltungskosten

Heute haben Versicherte die Möglichkeit, ihre Krankenkasse zu wechseln, wenn sie

mit den Leistungen nicht zufrieden sind. Einer Einheitskasse wären sie hilflos ausgeliefert. Der Wettbewerb zwingt die Versicherer zudem, sorgfältig mit den Prämiegeldern umzugehen.

Die Studie der Ostschweizer Gesundheitsdirektoren rechnet denn auch mit einer sinkenden Dienstleistungsqualität bei der Einführung von kantonalen oder regionalen Krankenkassen. Zudem warnt die Studie vor einer Machtkonzentration bei den Kantonen.

Für die Leistungserbringer steht demnach viel auf dem Spiel. Heute können sie im Interesse ihrer Patienten mit den Krankenversicherern die Preise partnerschaftlich aushandeln. Falls keine Einigung zustande kommt, setzt die Politik die Tarife fest.

Ein staatlicher Monopolist ist nicht auf Verhandlungen angewiesen. Er kann die Tarife selber bestimmen. Damit würde das Gesundheitswesen – zumindest im obligatorischen Teil – faktisch verstaatlicht.



MEDIZINERORCHESTER  
BERN

Rea V. ZuhörerIn

<b>Medizinerorchester Bern</b>	<b>Konzert</b>
Leitung: Matthias Kuhn	Dienstag, 21. Juni 2011 20.00 Uhr
Werke:	Französische Kirche Bern
Antonín Dvořák: Slavischer Tanz D-Dur, op. 46/6	Vorverkauf (ab 4.6.2011): Musikhaus Krompholz, Tel. 031 328 52 00
Gustav Mahler: Lieder eines fahrenden Gesellen	Nummeriert 35.– Unnummeriert 25.– Schulpflichtige 5.– Ermässigung Studierende & KulturLegi 10.–
Solist <b>ROBIN ADAMS</b> , Bariton	
Antonín Dvořák: Symphonie Nr. 8 G-Dur, op. 88	

Musik lässt Herzen höher schlagen. [www.medizinerorchester.ch](http://www.medizinerorchester.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)

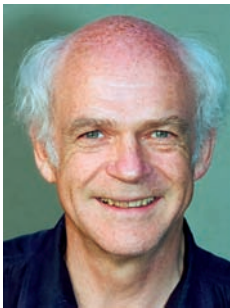


## Neue Konzepte für die Notfallversorgung!

Medizinische Notfallzentren stossen immer mehr an ihre Grenzen. Ein Grund ist die zunehmende Zahl so genannter Walk-in-Patienten, also Patienten, die ohne Anmeldung in die Notfallzentren strömen.

Über diese Patienten hat das Universitäre Notfallzentrum eine Studie verfasst.

Ihr Fazit: Es fehlt an einer übergreifenden Koordinationsstrategie zwischen Hausärzten und Notfallstationen.



Prof. Heinz  
Zimmermann,  
Vorstandsmitglied  
BEKAG  
Direktor Universi-  
täres Notfallzen-  
trum Inselspital  
Bern

Zahlreiche medizinische Notfallzentren im In- und Ausland haben heute mit Kapazitätsengpässen zu kämpfen – mit unliebsamen Folgen. Das Krankenhauspersonal ist frustriert, Patienten klagen über langen Wartezeiten, Rettungswagen müssen umgelenkt werden, höhere Kosten entstehen. Die grössere Arbeitsbelastung für das Notfallpersonal führt auch dazu, dass wichtige Ausbildungs- und Trainingseinheiten für komplexe Eingriffe zu kurz kommen, was die Versorgungssicherheit und Behandlungsqualität gefährdet.

Die Engpässe in den Notfallzentren lassen sich teilweise auf die steigende Zahl von Walk-in-Patienten zurückführen, die sich ohne Voranmeldung im Notfallzentrum einfinden und deren Beschwerden – in vielen Fällen – auch durch Grundversorger zu behandeln wären. Das Problem dabei: Immer mehr Menschen haben heute keinen Hausarzt mehr und wenden sich auch bei kleinen Blessuren direkt ans Notfallzentrum. Über diese Patienten wollten wir mehr erfahren: Woher kommen sie? Aus der Schweiz oder dem Ausland? Wie alt sind sie? Wie sieht die Geschlechterverteilung aus? Und wie viele von ihnen besitzen einen Hausarzt?

### Trotz Hausarzt direkt ins Notfallzentrum

Das Universitäre Notfallzentrum des Inselspitals Bern analysierte die Daten von über 11'000 Walk-in-Patienten. 26 Prozent der Anmeldungen waren ausländische Patienten.

Von diesen gaben 57 Prozent an, einen eigenen Hausarzt zu haben (Abbildung 1). Bei den angemeldeten Schweizer Patienten (74 Prozent) verfügen dagegen fast sieben Achtel (87 Prozent) über einen Hausarzt. Doch im Notfall spielt der Hausarzt oder die Hausärztin bei beiden Bevölkerungsgruppen eine untergeordnete Rolle. Die allermeisten Patienten, ob Ausländer oder Schweizer, melden sich ohne Konsultation des Hausarztes direkt beim Notfallpersonal (87% der Schweizer, 97% der Ausländer). Auffällig ist, dass ausländische Patienten im Vergleich zu schweizerischen Patienten häufiger das Notfallzentrum von 19.00 bis 7.00 Uhr aufsuchen. Die ausländischen Patienten sind auch jünger (Median 35 Jahre) als schweizerische Patienten (Median 45 Jahre).

### Viel Forschungsbedarf

Unsere Studie belegt, dass die Menschen in medizinischen Notfällen lieber das Not-

Abbildung 1: Patienten mit Hausarzt, die sich selber im Notfallzentrum gemeldet haben und Patienten ohne Hausarzt in den 3 Zeitperioden 0:00am-7:00am, 7:00am-7:00pm und 7:00pm-12:00pm an Wochentagen und am Wochenende in Prozent.

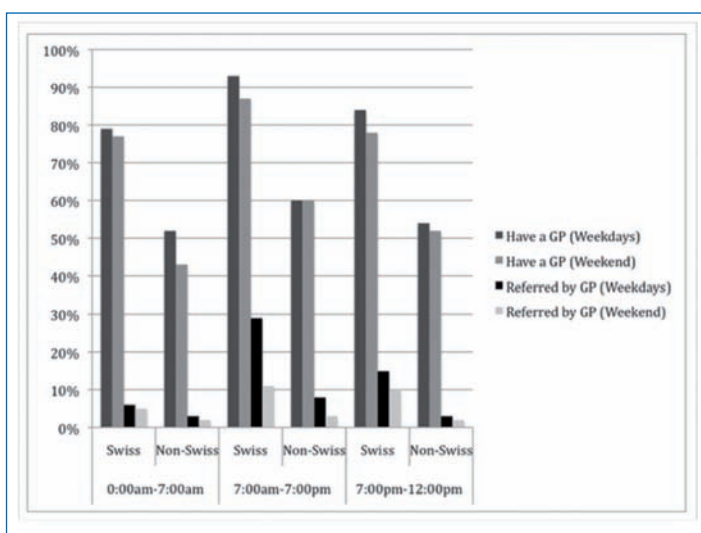
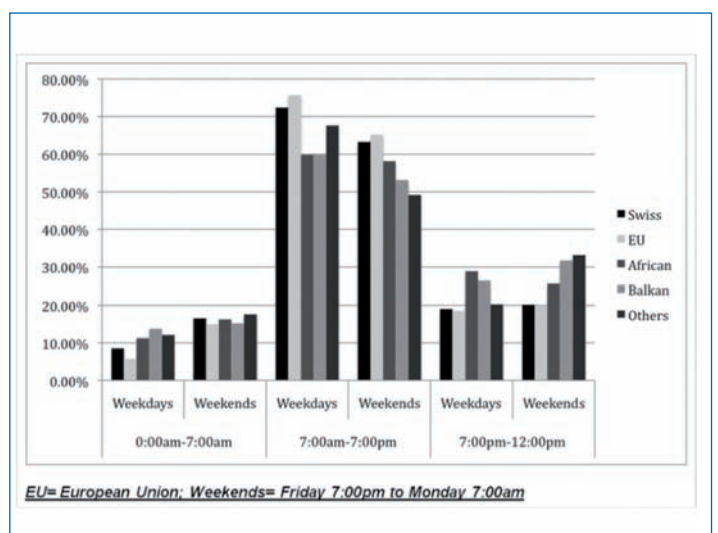


Abbildung 2: Verteilung der Patientenaufnahme auf die 3 Zeitperioden 0:00am-7:00am, 7:00am-7:00pm und 7:00pm-12:00pm an den Wochentagen und am Wochenende in Prozent.



fallzentrum des Inselspitals aufsuchen, als den eigenen Hausarzt oder die Hausärztin zu konsultieren. Und immer mehr Patienten, ob Schweizer oder Ausländer, haben gar keinen Hausarzt mehr. Weshalb dem so ist, darüber lässt sich nur spekulieren. Ebenso unerforscht sind die sozialen Hintergründe, warum ausländische Patienten vor allem abends und am Wochenende sich im Notfall melden und sich im Schweizer Hausarztssystem nicht aufgehoben fühlen.

## Fazit

Sobald man die Probleme im Notfall genauer unter die Lupe nimmt, wird offensichtlich, dass grosser Handlungsbedarf besteht:

Was können die Hausärzte tun? Was kann die Politik veranlassen, dass mehr ausländische Patienten sich bei einem Hausarzt gut versorgt fühlen? Warum sind selbst schweizerische Patienten nicht genügend an den Hausarzt gebunden, so dass sie sich in grosser Zahl auf den Notfallstationen melden? Offenbart sich hier nicht ein immenses Informationsdefizit? Und bestimmt nicht womöglich das Angebot die Nachfrage? Allein in der Stadt Bern existieren acht Notfallstationen. Diese arbeiten nicht zusammen, ein übergreifendes Konzept zwischen den Hausärzten und den Spitälern gibt es nicht. Wir glauben, dass die bestehenden Probleme längerfristig nicht mit Hausarztpraxen in den Spitälern gelöst werden können. Was es braucht, sind übergreifende Konzepte zwischen allen Playern im Bereich der Notfallbetreuung – und keine Einzellösungen.

### Quelle:

Referral practice among Swiss and non-Swiss walk-in patients in an urban surgical emergency department: Are there lessons to be learnt? N. Clément, A. Businger, L. Martinolli, H. Zimmermann, A.K. Exadaktylos. Swiss Med Wkly. 2010;140:w13089

## hausärztlich von A bis Z

*Der Hausärzte-Tag 2011 ist von A bis Z gelungen.*

*Dr. med. Fritz-Georg Fark, Vorstandsmitglied VBHK*



*Der Hausärzte-Tag bot den Teilnehmenden ein breit gefächertes Spektrum an praxisrelevanten Fortbildungsveranstaltungen.*

*Foto: BIHAM*

Warum diese Attraktivität, der wieder mehrere hundert Ärzte auch aus anderen Kantonen erlegen sind? Ich glaube, es liegt an der guten Mischung. Die Ambiance stimmte und mittlerweile ist auch ein gewisses Zusammengehörigkeitsgefühl der verschiedenen hausärztlich Tätigen und Lehrenden entstanden, seien es nun Allgemeinmediziner, Internisten oder Pädiater.

### Beliebte Hausarztpraktika

Das Fortbildungsspektrum war von angiologischen Themen bis hin zur Zahnmedizin breit gefächert und überwiegend interaktiv und praxisrelevant gestaltet. Hier ein paar Beispiele: Vorgehen bei abdominalen Aortenaneurysmen, Antikoagulation nach TVT, Besichtigung der ESWL-Anlage der Urologie und neuere Erkenntnisse der Steinbehandlung, Forschungsideen für die Hausarztmedizin und was für die Durchführung einer Studie beachtet werden muss. Die Hausarztpraktika haben aus Sicht der Studenten wieder an der Spitze aller Blockpraktika gestanden, was mit Freude zur Kenntnis genommen wird.

Welche Kurse waren gut? Welche Veranstaltungen könnten verbessert werden? Und was hat gefehlt? Die Znüni-, Mittags- und Kaffeepausen boten genügend Zeit zum Austausch untereinander und für interessante Gespräche mit den Ausstellern.

Standespolitisches kam ebenfalls zur Sprache, vor allem in der anschliessenden letzten Generalversammlung des VBH und Gründungsversammlung des VBHK mit Themen wie neuer Facharzttitel AIM und die Zukunft der Hausärzte. Abtretende wurden geehrt: Urs Dürrenmatt (unser Link zur Informationstechnologie), Petrig Töndury (unser Link zur Pädiatrie), Andy Rothenbühler (unser Link zum BIHAM) und zukünftige Ehrenmitglieder erkoren: Ueli Bürgi und Andy Rothenbühler.

Zusammenfassend möchte ich sagen, dass Mireille Schaufelberger und ihr Team den Hausärzte-Tag wieder gut hingekriegt haben und man sich bereits jetzt auf den nächsten Anlass im Zweitausendundzwölf freuen darf.

## Privatspitäler und Belegärzte – ein starker Wirtschaftsfaktor

Das Gesundheitswesen ist für den Kanton Bern ein bedeutender Wirtschaftsfaktor und bietet einer Vielzahl von Personen im Kanton Arbeit.



Walter Annasohn,  
Generalsekretär  
BBV+

In den Privatspitälern allein finden sich rund 4500 Beschäftigte, die Steuern und Sozialleistungen bezahlen. Hinzu kommen rund 700 Belegärzte, zumeist mit eigenen Praxen und mehreren Angestellten. Damit bieten diese nicht nur interessante Arbeitsplätze an, sondern sind mit ihrer medizinischen Tätigkeit selbst auch gute Steuerzahler für den Kanton Bern. Die Berner Privatspitäler agieren als eigenständige Unternehmen in einem regulierten Markt.

Sie stehen im Wettbewerb untereinander aber auch gegenüber den öffentlichen Spitälern.

### Privatspitäler investieren

Jährlich generieren die Berner Privatspitäler einen Umsatz von mehr als einer halben Milliarde Franken. Sie investieren jedes Jahr Millionen in ihre Geräte- und Gebäudeinfrastruktur, um technisch stets auf dem neusten Stand zu sein. Im Unterschied zu den öffentlichen Spitälern, werden diese Investitionskosten vollumfänglich von den Privatspitälern getragen. Die Privatspitäler sind somit nicht nur Arbeitgeber, sondern sichern auch Arbeitsplätze ausserhalb ihres Unternehmens und schaffen so wiederum zusätzliches volkswirtschaftliches Einkommen. Die auf den Löhnen und den Betriebsergebnissen dieser Drittunternehmen erhobenen Steu-

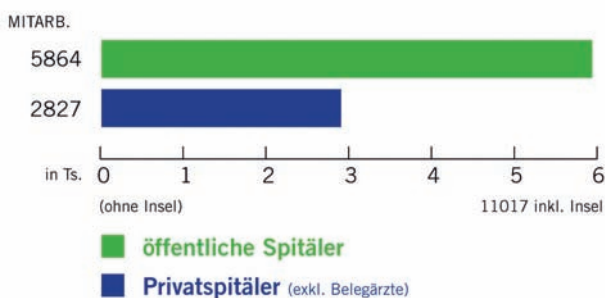
ern kommen wiederum der Kantonskasse zugute.

### Einmalige Chance

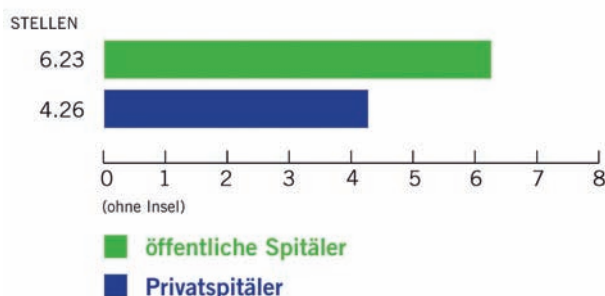
Für den Kanton Bern mit seinen zahlreichen Spitälern – u.a. einem Universitätsspital – und medizinischen Kompetenzen sowie führenden Medizinaltechnik-Unternehmen bietet sich unter diesem Aspekt die einmalige Chance, sich gesamtschweizerisch, aber auch international als ein führender Gesundheitsstandort zu positionieren und eine Spitzenstellung aufzubauen – vergleichbar mit dem Pharmasektor in Basel. Es ist dies eine der wenigen Möglichkeiten, Bern als Wirtschaftsstandort im Standortwettbewerb in einem hochentwickelten Sektor zu positionieren. Dies bedingt jedoch, dass die qualitativ hervorragend arbeitenden Privatspitäler in eine solche Betrachtung gleichberechtigt miteinbezogen werden.



### MITARBEITENDE (VOLLZEITSTELLEN)



### VOLLZEITSTELLEN PRO 100 AUSTRITTE



## 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 April 2011



## Nachruf: «Nursing practitioner»

*Im Herbst 2011 finden eidgenössische Wahlen statt. Politiker kämpfen um ihre Wiederwahl, und Parteien sorgen sich um ihren Wähleranteil. Kann es da erstaunen, wenn Aufgewärmtes, Unausgegorenes und mit falschen Argumenten Aufgepepptes wieder vom Misthaufen der Geschichte geholt und neu verpackt wird?*



*Dr. med. Thomas Heuberger,  
Grossrat und  
FMH-Delegierter  
BEKAG*

In Wahljahren servieren Politiker dem Stimmvolk gerne auch einmal alten Wein in neuen Schläuchen («new bottle old wine»). Doch nicht jeder alte Tropfen ist bekömmlich!

Jüngstes Beispiel: SVP-Nationalrat Rudolf Joder verlangt in einer parlamentarischen Initiative (Titel: «Die Gesundheitsversorgung sichern, den Auftrag der Pflege verankern») eine Änderung des KVG Art. 25, damit Pflegefachpersonen in eigener Verantwortung und ohne Verordnung einer Ärztin oder eines Arztes medizinische Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erbringen dürfen. Er fordert die Einführung von so genannten «Nursing Practitioners». Der Vorschlag ist nicht neu. Joder hat ihn Alt-Bundesrat Couchepin abgekupfert und mit falschen Argumenten angereichert. Er preist Nursing practitioners als Allheilmittel an. Geht es nach ihm, sollen freischaffende Pflegefachpersonen nicht nur die Situation der Hausärzte verbessern und den Ärztemangel in der Peripherie bekämpfen, sondern auch den Pflegeberufen neuen Schub verleihen.

### Was wären die Folgen?

Es droht Mengenausweitung durch einen neuen Berufszweig, der sich gerne ohne medizinisch basierte Verordnung (und Verantwortung!) am Futtertrog der Krankenversicherung nähren würde. Die heute übliche Kommunikation unter Gesundheitsfachpersonen – zugegebenermassen verbesserungswürdig – würde ersetzt durch

Kompetenzgerangel zwischen den neuen Berufen und der Ärzteschaft sowie untereinander.

Die Rolle der Grundversorgerinnen und Grundversorger, die ja nach der Begründung gestärkt werden sollte, würde erneut geschwächt: Sie würden in vielen Belangen zu Erfüllungsgehilfen und Schreibtischtätern degradiert, da ihnen ja ein Teil der Pflegearbeit «eigenverantwortlich» abgenommen werden kann.

### Anti-Aging- und Wellness-Agenturen?

Die Liste der möglichen neuen freiberuflichen Tätigkeiten wird aus Präzedenzgründen nicht bei Pflegefachpersonen enden, sondern mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopädinnen, privaten Spitexorganisationen, Gesundheitsberatungsfirmen und bald einmal auch mit Anti-Aging- und Wellness-Agenturen bereichert werden. Wann erscheinen Irisdiagnostik,

Elektro-Smog-Beratung, Harnscheiden und Gesundheitstelepathie auf die Liste?

### Bedenke die Auswirkungen!

Mein Rat an Nationalrat Joder: Quidquid agis, prudenter agas et respice finem: «Was immer Du tust, mach es vorsichtig und denke an die Auswirkungen und Folgen.»

Oder anders ausgedrückt: Versuchen Sie doch bitte, sich endlich Sachkenntnis zu verschaffen oder auch Erfahrungsberichte einzuholen: England lässt grüssen! Die Einführung von Nursing practitioners hat dort zu einem Koordinationschaos im Notfalldienst geführt. Und führen Sie bitte Ihre ehrlichen Absichten an und nicht vorgeschobene Ideen. Die Idee des ehemaligen Gesundheitsministers war schon nicht ausgegoren. Kein Grund, sie nun wieder aufzuwärmen!



*Beauty- und Wellnessstudios könnten schon bald zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen.*  
Foto: iStockphoto



## Alumni MedBern

*Alumni MedBern will die ehemaligen Studierenden unserer medizinischen Fakultät zu einer Gemeinschaft zusammenschliessen, die einen Nutzen sowohl für die Alumni als auch unsere Fakultät und deren Studierende stiftet.*

*Dr. med. Marco Negri, Präsident Alumni MedBern*

Ursprünglich waren **Alumni** verletzte und ausgediente Soldaten, die das alte römische Reich kostenlos ernährte. Später wurden Zöglinge in einem Alumnat so genannt, also Schüler einer ursprünglichen Klosterschule, wo neben Ausbildung auch Kost und Unterkunft gewährt wurde. Warum hat sich der Begriff «Alumni» bis heute weltweit gehalten? Weshalb spricht man nicht einfach von Ehemaligen?

Alma Mater, die nährenden Mutter, ist der allegorische Begriff für die Universität resp. Fakultät, welche uns mit Bildung und Wissen genährt hat. Als Studenten wurden wir quasi über diese Nabelschnur mit den Studieninhalten versorgt. Als Alumni haben wir die Möglichkeit, auch nach der «Abnabelung» die Verbindung mit der Fakultät aufrechtzuerhalten. Der Begriff Alumni löst im Vergleich zum profanen «Ehemaligen» ein ganz anderes Gefühl von Verbindlichkeit aus und ist deshalb schlecht zu übersetzen resp. zu ersetzen. Ähnlich verhält es sich mit dem Begriff des «Patienten», welcher bisher allen Umtaufversuchen z.B. in Pflegeempfänger, Leistungsempfänger oder Klient standgehalten hat.

Auch der Moderne verpflichtete Hochschulen wie die HSG haben keinen neuen Begriff für Alumni geprägt. Der Begriff Alumni umfasst übrigens «Alumnae» und «Alumni» also die männliche und die weibliche Form. Der Alumni MedBern gehören die ehemaligen Studierenden und die aktiven und ehemaligen Mitarbeiter der medizinischen Fakultät der Universität Bern an.

### **Was will Alumni MedBern?**

Unsere Ziele unterscheiden sich nicht von den Zielen anderer Alumni-Organisationen: Für einmal auf Englisch lassen sie sich unterscheiden in

**Friendraising:** Pflege und Ausbau des Netzwerks der Ehemaligen, z.B. Jahresversammlung verbunden mit Institutsbesichtigungen, Jahreskurstreffen, Vermittlung von Mentoring.

**Fundraising:** Die Ehemaligen geben finanziell ihrer Universität etwas von dem zurück, was sie ihnen für ihre Karriere mitgegeben hat – bisher war dies für uns nur im kleinen



*Alumni MedBern will bei ehemaligen Medizinstudierenden den Alumni-Gedanken wecken.*

*Foto: iStockphoto*

Rahmen möglich – Alumni-Preis am Tag der klinischen Forschung, Unterstützung des Staatsjahrbuchs.

2010 haben die **Alumni MedBern** erstmals zwei grössere Sponsoringprojekte beschlossen und mit je 20'000 Fr. einerseits die Ausstattung eines Seminarraums im Neubau des klinischen Forschungszentrums und andererseits die Einrichtung eines Skillszentrums zum Training und zur Überprüfung ärztlicher Fertigkeiten durch das Institut für Medizinische Lehre unterstützt.

**Brainraising:** Die Ehemaligen lassen die Universität an ihrem Wissen und ihrer Erfahrung, die sie in der Praxis erwerben konnten, teilhaben – z.B. Organisation von eigenen Tagungen, Alumni-Aktivität an der Betakli-Fortbildung.

### **Noch keine Tradition**

Im Gegensatz zur vorher erwähnten HSG resp. zu Universitäten im englischsprachigen Raum haben die Alumni bei uns noch keine verwurzelte Tradition. Wir können aber die vorgängig erwähnten Ziele nur erreichen, wenn es für alle Ehemaligen selbstverständlich wird, nach dem Stu-

dium unserer Organisation anzugehören. Seit mehreren Jahren stellen wir deshalb die Alumni MedBern an der Diplomfeier der Medizinischen Fakultät den Studienabgängern vor, welche für ein Jahr ohne Mitgliederbeitrag automatisch Mitglied der Alumni MedBern sind.

Diese kurze Vorstellung im doc.be hat natürlich zum Ziel, bei „Altgedienten“, hoffentlich nicht wie eingangs erwähnt Verletzten und Ausgedienten, sondern immer noch motivierten ehemaligen Studierenden, den Alumni-Gedanken zu wecken. Informationen zu den Alumni MedBern insbesondere auch Näheres zu den beiden erwähnten Sponsoring-Projekten sind auf der Alumni-Homepage ([www.alumni-medbern.unibe.ch](http://www.alumni-medbern.unibe.ch)) abrufbar.

Es würde mich freuen, Sie an der diesjährigen Generalversammlung im Sommer 2011 begrüssen zu dürfen. Der Zeitpunkt ist noch nicht bekannt. Sie wird voraussichtlich im Forschungszentrum an der Murtenstrasse in «unserem» Seminarraum stattfinden, und sicher wird auch das Skillslab vorgestellt werden.

## Jahresbericht des Präsidenten 2010



Dr. med.  
Beat Gafner,  
Präsident  
BEKAG

### PIN-Code

1 Motto – 2 Arten von Interessen – 4 Prinzipien – 6 Ziele – 3 Aktionsfelder – 5 Wege zur Umsetzung

### 1 Motto

«Es sei keines Andern Knecht, wer sein eigener Meister sein kann.»

Paracelsus 1538

### 2 Arten von Interessen

«Immaterielle und materielle»

Die materiellen Interessen sind einfacher zu beschreiben, glaubhafter zu vertreten und stehen vordergründig an erster Stelle. Als Beispiel eines immateriellen Wertes verstehe ich den grossen Einsatz von Jürg Schlup als Präsident der Ärztesgesellschaft

des Kantons Bern in den vergangenen Jahren. So wie jede Führungsarbeit stark subjektiv gefärbt ist, so werde ich als nicht junger, aber neuer Präsident ihn auch nicht ersetzen können. Sein Beitrag an der Führung der BEKAG weist ein sehr hohes Mass an immateriellen Werten aus. «Jürg, herzlichen Dank für Deine Hochhaltung hochgesteckter, immaterieller Interessen, die uns auch weiterhin ermöglicht, die materiellen klar zu vertreten.» Dank seiner vorausschauenden Vorbereitung konnte das Leitungsgremium ohne Zeit- und Wissensverlusten in die Zukunft starten. Zu Ehrenmitgliedern der Ärztesgesellschaft wurden im März 2010 gewählt die Herren Prof. Dr. med. Urs Boschung, Prof. Dr. med. emer. Emilio Bossi, Dr. med. Hans-Werner Leibundgut und Dr. med. Jürg Schlup. Die neuen Ehrenmitglieder haben sich langjährig und in vielfältiger Weise, besonders im Rahmen des 200-Jahre-Jubiläums, für die BEKAG eingesetzt.

Nachdem bereits Dr. iur. Thomas Eichenberger sein 20. Jubiläum als juristischer Sekretär im Dienste der BEKAG feiern durfte, freute ich mich als neuer Präsident sehr, Piroshka Wolf, Leiterin des Sekretariats und Seele unseres Verbandes, für ihre 25 Jahre in der BEKAG herzlich zu gratulieren. Gefeierte wurde ihr Jubiläum mit einem gemütlichen Ausflug in die Berner Voralpen.

### 4 Prinzipien

«Qualitätssicherung vor Sparzielen»

Mit diesem sich selbst erklärenden Prinzip nehme ich eine zentrale Forderung von Elizabeth Olmsted Teisberg auf. 2008 untersuchte die amerikanische Gesundheitsökonomin das schweizerische Gesundheitswesen im Auftrag von economie-suisse, Hirslanden, Interpharma, Swisscom und des Schweizerischen Versicherungsverbandes. Die Qualitätssicherung in der Betreuung und Therapie kranker Mitmenschen muss prioritäres Ziel vor allen Massnahmen zur Stabilisierung der Gesundheitskosten bleiben. Der Hauptfokus soll auf den generierten Patientennutzen gerichtet sein. Die Anreize zum Beitritt in integrierte Versorgungsmodelle müssen in erster Linie Qualitätsmerkmale liefern und nicht finanzielle Aspekte. Die weitere Verfeinerung von morbiditätsorientierten Risikofaktoren begrüsst der Vorstand ausdrücklich.

Er bekräftigte diese Ziele in seinem Positionspapier zur Integrierten Versorgung mit mehreren Positionen. Mit kurzfristigen Einsparungen, auch bei grossflächigem Einführen Integrierter Versorgung, ist sowieso nicht zu rechnen.

«Partnerschaftliche Verbandslösungen»

Die BEKAG ist mit dem TARMED-Rahmenvertrag, dem TARMED-Anschlussvertrag und der Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV) mit den Krankenversicherern im KVG-Bereich als Verband in einem vertraglich geregelten Zustand. Es bestehen verschiedene Kündigungsmöglichkeiten, angefangen beim Anhang über den Taxpunktwert bis hin zur Aufkündigung aller Vertragswerke. In einem solchen Verfahren genehmigt die kantonale Behörde die Vereinbarungen oder setzt bei Vertragskündigungen in einem Festsetzungsverfahren erstinstanzlich die Taxpunktwerte fest. Der Preisüberwacher ist von der Kantonsregierung anzuhören. Letztinstanzlich entscheiden das Bundesverwaltungsgericht und/oder der Bundesrat über die Höhe des Taxpunktvalues, wobei auf dieser Stufe bisher in allen Verfahren die Empfehlungen des Preisüberwachers übernommen worden sind. Daraus resultierte nach jahrelanger Überprüfung bestenfalls eine Beibehal-



Die Qualitätssicherung in der Betreuung und Therapie kranker Mitmenschen muss prioritäres Ziel bleiben.

Foto: Fotolia.com



tung des Taxpunktwertes oder schlimmstenfalls eine Herabsetzung. Auf Grund der (LeiKoV) dürfen nicht nur die reinen Kosten zur Berechnung der Taxpunktwerte berücksichtigt und in der Folge evtl. als «Mengenausweitung» der Ärzteschaft angeprangert werden, sondern es müssen auch Faktoren wie die demografische Entwicklung, medizinischer Fortschritt, behördlich angeordnete und empfohlene Massnahmen (z.B. Labortarife, Margenregelung, Impfungen), Anspruchsverhalten der Patienten und der Landesindex der Konsumentenpreise in Betracht gezogen werden. Der Preisüberwacher und Bundesrat berücksichtigten bisher in ihrer Beurteilung nach Vertragskündigungen immer nur den LIKP! Handfester Grund genug, die genannten Verträge nicht zu kündigen.

Die entsprechenden Kostendaten, gesammelt von unserem Trustcenter und regelmässig analysiert durch die Mitglieder des Vorstandsressorts «Economics», lagen im 2010 innerhalb der vertragsmässig definierten Toleranzen, so dass der Taxpunktwert auf dem mehrjährigen Niveau gehalten und Abwertungen, manchmal knapp, abgewehrt werden konnten. Die Kolleginnen und Kollegen, die sich in Leserbriefen über mangelnde Aktivität ihrer Standesvertreter bezüglich Einkommenssicherung beklagen, fordere ich auf, sich vertieft in den Gremien diesen arbeitsaufwändigen Analysen und Entscheidungsprozessen zu stellen! «Verträge sind einzuhalten» ist eine Maxime, die unbestritten seit der römischen Rechtssetzung bis heute gilt und nach der sich die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern auch richtet. In den zwei letzten Jahren bekundete die Dachorganisation Santésuisse zunehmend Mühe, die vertraglich festgelegten Zahlen bereitzustellen und die vereinbarten Fristen einzuhalten. Verschärft wurde dieser Umstand durch den Austritt eines Krankenversicherers aus der Dachorganisation und einer Dreiergruppe von Krankenversicherern aus der «Tarifsuisse AG», einer neugegründeten Organisation der Santésuisse, die sich um Tarifabschlüsse kümmert. Der aktuelle Abdeckungsgrad des massgebenden SaS-Datenpools liegt nur noch bei ca. 65% und ist somit ungenügend. Zusammen mit der Konferenz der Kantonalen AertzteGesellschaften (KKA) wartet die BEKAG aktiv die unmittelbare Entwicklung ab. «Verträge sind einzuhalten», aber nicht um jeden Preis, umso mehr, wenn der Vertragspartner nicht gewillt oder nicht im Stande ist, seine Verpflichtungen zu erfüllen...



*Selbstdispensation: Die nicht erwünschten von Ärzteseite prognostizierten Auswirkungen sind eingetreten.*

Foto: Keystone

#### «Standespolitische Unabhängigkeit»

Parallel zur Desintegrationstendenz im Dachverband Santésuisse stelle ich eine Intensivierung der Suche nach partnerschaftlichen Lösungen mit einzelnen Krankenversicherern fest. Das Modell mit einem 2 Rappen höheren Taxpunktwert, zu Gunsten der Grundversorger in einer Gruppe peripherer Notfalldienstkreise im Berner Oberland, wurde weitherum als guter und fortschrittlicher Ansatz gewürdigt und hat sich zur Zufriedenheit beider Partner (BEKAG / VISANA) bewährt. Erstmals wurde ein immer wieder repetiertes Lippenbekenntnis, die Attraktivitätssteigerung unserer hausärztlichen Grundversorgung, in handfeste Massnahmen umgewandelt. Eine nicht zu unterschätzende Anerkennung der gebeutelten Hausarztmedizin. Nach einer negativen Beurteilung durch den Preisüberwacher hat sich die Kantonsregierung zu Gunsten des Modellversuches ausgesprochen. Mit dem vorgenannten Krankenversicherer diskutieren wir im laufenden Jahr die Aufgleisung anderer zukunftsreicher Projekte.

Die Diskussion um eine nationale Einheitskasse wird uns im 2011 intensiv beschäftigen – falls die Initiative zur Abstimmung kommt. Die anfänglich dieser Idee gegenüber sehr positiv eingestellten kantonalen Gesundheitsdirektoren sehen jetzt grossenteils zumindest von einer gesamt eidgenössischen Lösung ab. Eine von den

Ostschweizer Gesundheitsdirektoren in Auftrag gegebene Studie soll im Frühling 2011 veröffentlicht werden. Heute entscheiden Bundes- und kantonale Behörden über Tarife im ambulanten und Base-rates im stationären Bereich. Und nun sollen die gleichen Behörden auch noch die Krankenkassenprämien festlegen, auf kantonaler Ebene im Tarnanzug von tripartiten Kommissionen (Vertreter der Krankenversicherer, Leistungserbringer und, wen wundert's, noch einmal der Regierung)! Dies ist – neben anderen handfesten Argumenten gegen Einheitskassen – zu viel der Einflussmöglichkeiten für Staat und Regierung! So lautet die Meinung des Kantonalvorstandes. Die Meinungen der Delegierten waren in dieser Frage im Oktober 2010 geteilt, wobei vor allem das Argument des angeblich deutlich reduzierten administrativen Aufwandes bei Einführung einer Einheitskasse bei der Basis Anklang fand. Meine bisherige Erfahrung lässt mich an dieser Hoffnung zweifeln.

#### «Unternehmerische Selbständigkeit»

Neben den bisher genannten kantonalen und eidgenössischen Baustellen gehört auch die Medikamentendistribution durch die praktizierende Ärzteschaft zu einem Streitthema, das mich an das üble Fehdewesen in der alten Eidgenossenschaft gemahnt. Die nicht erwünschten, von Ärzteseite prognostizierten Auswirkungen sind eingetreten. Die verantwortlichen



Stellen, allen voran das BAG, bekunden Mühe, diese Realität anzuerkennen und klare Folgerungen daraus zu ziehen. Eine praktikable, vernünftige und ohne realen materiellen Verlust einhergehende Lösungsmöglichkeit in der Dispensationsfrage wird zur Zeit unter den Partnern diskutiert. Ernst Gähler und sein Ressort Tarife im ZV der FMH bemühen sich intensiv und nicht erfolglos um das Thema. Ziel ist es, erstens aus dem Schussfeld des gebetsmühlenartig vorgetragenen Vorwurfes, die praktizierende Ärzteschaft würde an der Abgabe von Medikamenten unredlich verdienen, herauszukommen und zweitens der fortgesetzten Absenkung der Marge eine wirksame, einkommensstabilisierende Umlegung auf einen Tarifposten im TARMED-Vertragswerk entgegenzusetzen. Was nützt uns die freie Medikamentenabgabe in der Arztpraxis, wenn mit einem Federstrich des Bundesrates die Marge bis auf ein Nichts reduziert werden kann?

«Reason 4 Encounter», neun einfache Zahlengruppen, die jeder Konsultation in der Arztpraxis zugeordnet werden, dient auch der Einkommenssicherung aller praktizierenden Ärzte im Kanton Bern. Warum beteiligt sich nicht jede und jeder von Ihnen an dieser einfachen und rasch durchzuführenden Massnahme? Die DRG-Einführung 2012 wird sicher eine Verlagerung der Kosten vom stationären in den ambulanten Sektor nach sich ziehen. Wir werden also mehr Arbeit haben, mehr verrechnen und eine Kostensteigerung im ambulanten Sektor generieren. Damit uns dies nicht als Mengenausweitung mit der Folge einer drohenden Taxpunktverwertung angelastet werden kann, haben wir erstens die LeiKoV und zweitens den Datenpool Reason 4 Encounter, der klar und unmissverständlich aufzeigt, warum und in welchem Ausmass diese Verlagerung auftritt. Wir können die Veränderung vor und nach DRG-Einführung miteinander vergleichen. Die Delegiertenversammlung hat 2010 die Beteiligung an der Datenerhebung in Zusammenarbeit mit PonteNova und dem Luzerner Trustcenter medkey beschlossen. Sie als Mitglieder sind mit Nachdruck zur Teilnahme aufgefordert!

## 6 Ziele

«Frauen- und Kaderförderung jüngerer Ärzte realisieren»

Nur 2,5% der praktizierenden Ärztinnen innerhalb der BEKAG sind Mitglieder im Vorstand eines Notfalldienstkreises, Be-

zirksvereins, einer Fachgesellschaft oder der BEKAG. Dies bei einem Mitgliederanteil von 33%. Gründe dafür sind mehrere zu nennen, nicht zuletzt die Mehrfachbelastung durch Familie und Praxis. Der Anteil der Ärztinnen wird in allen Fachrichtungen zunehmen, insbesondere in der Hausarztmedizin. Um eine adäquate, vernünftige Vertretung in den Gremien herbeizuführen, hat der Vorstand das Projekt «Frauenpower und Kaderförderung» initiiert, mit der Idee, nicht nur Frauen, sondern auch praktizierende, jüngere Ärzte für die Zukunftsgestaltung zu gewinnen. Mittels Mail an jedes Mitglied, Aufruf an der Präsidentenkonferenz und Artikel im doc.be wurden Interessierte aufgefordert, sich zur Mitarbeit in einer autonomen vom Vorstand agierenden Arbeitsgruppe zu melden. Meldungen und Anregungen nehmen Sekretariat und Präsident gerne entgegen. Mit diesem Projekt erfüllt der Vorstand eine Forderung, die an verschiedenen Versammlungen von der Basis wiederholt gestellt worden war.

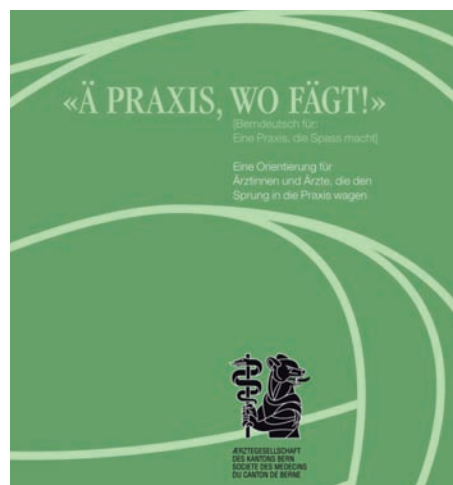
«Verträgliche integrierte Versorgungsmodelle»

Medizinische ambulante Grundversorgung im Sinne von Managed Care, variantenreich wie die Schweiz selber, existiert seit nunmehr zwanzig Jahren. Ein überbordender Erfolg auf der Kostenseite und bezüglich der Mitgliederzahl konnte bisher nicht verzeichnet werden. Die Politik setzt fast verzweifelt grosse Hoffnung in die Integrierte Versorgung als kostenkontrollierendes Allheilmittel. Bundesrat und Parlament hoffen auf einen radikalen Umschwung zu Gunsten Integrierter Versorgung. Die gesetzlichen, parlamentarischen

Rahmenbedingungen sind grösstenteils festgelegt. Befürworter und Gegner schärfen ihre Waffen, um im bevorstehenden Referendumskampf das Heil zu erlangen. Der Vorstand der BEKAG hat nach einer intensiven Klausursitzung mit Vertretern aus Politik, Wirtschaft, BAG und VSAO und nach mehreren Folgesitzungen Eckwerte definiert und diese als Positionspapier der BEKAG durch die Delegiertenversammlung ohne Gegenstimme verabschiedet lassen. Das Positionspapier wurde an alle Mitglieder vermailt, im doc.be publiziert, an die Mitglieder der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften, VEDAG und an bernische Politiker im Grosse Rat, National- und Ständerat versandt. Es fand innerwie auch ausserkantonale Beachtung.

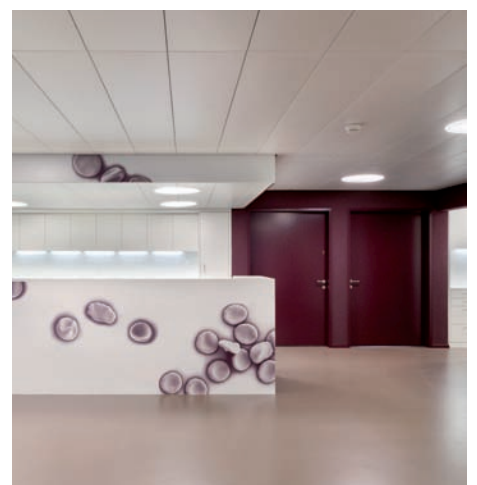
«Medizinische Betreuung im Alltag...»

Die flächendeckende, ambulante Grundversorgung steht nicht mehr auf so sicheren Füßen, wie uns hochrangige Experten in den vergangenen Jahren immer wieder glaubhaft zu machen versuchten. Die Versorgungsstudie der BEKAG weist in der Umfrage 2010 auf nun auch in Agglomerationen sich anbahnende Versorgungsschwierigkeiten in der Hausarztmedizin hin, ebenso in den Spezialitäten Psychiatrie, Pädiatrie und Ophthalmologie. Die Ärztegesellschaft unterstützt demzufolge auch neue Praxismodelle wie Praxisgemeinschaften, Ärztezentren etc., die in ihrer Vielfältigkeit unterschiedlich aufgebaut sein können. Ebenso kann sich die Finanzierung solcher Praxisgemeinschaften durchaus auch auf eine teilweise externe Mitbeteiligung abstützen, wobei ein direkter Bezug und ein direktes Interesse am Bestehen solcher Gemeinschaften vor-



Praktischer Ratgeber für den Nachwuchs.

Illustration: Atelier Bundi



Ärztezentrum Oberhasli: Geschäftsmodell mit Vorbildcharakter. Foto: A. Gempeler

handen sein muss. Solche neuen Praxisformen dürfen nicht zu Spekulationsobjekten werden. Ein pionierhaft gelungenes Beispiel ist das im Januar 2011 eröffnete Gesundheitszentrum in Meiringen. Weitere werden folgen. Der Vorstand hat eine neue Broschüre «Ä Praxis, wo fägt!» zusammengestellt, die jungen Ärztinnen und Ärzten wertvolle Tipps rund um die Praxiseröffnung geben soll. Die Beziehungen zum Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) wurden intensiviert und Treffen zwischen Vertretern beider Vorstände institutionalisiert. Ferner plant der Vorstand die Einrichtung einer Anlaufstelle für Jungärztinnen und -ärzte sowie Treffpunkte mit erfahrenen Praktizierenden.

...und im Notfall sichern»

Viele unter uns hören und lesen es nicht gerne: Ein funktionierender ambulanter Notfalldienst über 24 Stunden ist eine **unserer** Kernkompetenzen! Dies ist auch immer wieder gegenüber den Behörden zu betonen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind abgesteckt, die Pflicht zur Leistung einer Ersatzabgabe in jedem Fall bei Nichtleisten des ambulanten Notfalldienstes ist im revidierten Kantonalen Gesundheitsgesetz nach Anpassung an

das eidgenössischen Medizinalberufegesetz noch deutlicher verankert. Zudem ist die geschuldete Ersatzabgabe auf Fr. 500.– pro 24-Stunden-Notfalldienst, unabhängig, ob Wochen- oder Feiertag, festgelegt worden – bei einer maximalen jährlichen Limite von Fr. 15'000.–, entsprechend 30 Notfalldiensttagen. Ärztinnen und Ärzte, die einer unselbständigen Tätigkeit nachgehen und dabei Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich betreuen, z.B. in einer Gemeinschaftspraxis, benötigen eine Berufsausübungs bewilligung und sind demzufolge auch notfalldienstpflichtig. Dies ist auch für abrechnende Ärztinnen und Ärzte bindend, welche weder bei der BEKAG Mitglied noch dem TARMED als Nichtverbandsmitglieder beigetreten sind. Weithin bewährt und auf erfolgreichem Wachstumskurs läuft das ärztzeigene Call Center MEDPHONE, das im vergangenen Jahr den Kundenkreis inner- und ausserhalb des Kantons Bern stark erweitern konnte. MEDPHONE erleichtert die Zusammenarbeit von Notfalldienstkreisen mit Spitalnotfallportalen wesentlich. Dies sowohl ohne als auch mit integrierten Hausarztposten (HANP Spital Burgdorf, Notallpraxis Spital Langenthal, HANS+ Spital Aarberg, han-rt Spital Thun). Diese Formen der Zusammenarbeit etablieren sich zur Zufriedenheit aller Betei-

ligten und führen zu merkbarer Entlastung im ambulanten Notfalldienst. Die Organisation und Bewältigung des allgemeinen ambulanten Notfalldienstes war zu jeder Zeit und wird auch in Zukunft eine «Baustelle» bleiben. Unsere Aufgabe dabei ist immer die gleiche, nämlich dafür zu sorgen, dass der Verkehr rund um die Baustelle nicht stockt. Der Artikel von Heinz Zimmermann in dieser Ausgabe zeigt auf, dass die Abläufe rund um den Notfalldienst vermehrt grossräumig unter Einbezug der öffentlichen und privaten Spitäler, der GEF und der praktizierenden Ärzteschaft angegangen werden müssen.

«Kommunikation weiter verbessern»

Die Homepage der BEKAG wurde im Jubiläumsjahr technisch aufgerüstet und im 2010 in ihrer Erscheinungsform modernisiert. Damit wurde eine deutliche Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit der Webseite erreicht (vgl. dazu doc.be 2/2010). Änderungen auf der Homepage können jetzt einfacher direkt vom Sekretariat durchgeführt werden.

Unser Organ «doc.be» wird nicht nur im Kanton Bern gelesen, sondern dank der Übersetzung ins Französische auch in der Romandie. Das belegen mehrere Kommentare aus der Welschschweiz. Der Kanton Bern nahm immer schon eine Brückenfunktion zwischen Deutsch- und Welschschweiz wahr. Diesen Aspekt sollten wir in Zukunft vermehrt beachten. Es ist ein Anliegen des Präsidenten, auch innerhalb der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern mit den Ärztinnen und Ärzten einen basisnahen Kontakt aufrechtzuerhalten. Dieses Angebot soll speziell dem Cercle Médical de Pierre Pertuis gelten.

«Erhalt der Solidarität innerhalb der Ärzteschaft»

Den Solidaritätsgedanken innerhalb der verschiedenen Fachgruppen aufrechtzuerhalten, ist in der täglichen Praxisarbeit als Fachspezialist oder Grundversorger nahezu problemlos. Dieser Konsens führt auch in der Vorstandsarbeit auf kantonalem Niveau zu einem durchwegs einvernehmlichen Handeln, wie beispielsweise unlängst in der Ausgestaltung der Vernehmlassungsantwort zur Vorsorgeplanung der Bernischen Spitallandschaft von BEKAG und verschiedenen Fachgesellschaften zuhanden der GEF zum Ausdruck kam.



Aerztegesellschaft des Kantons Bern deutsch  
Société des Médecins du Canton de Berne français

Suchen

Arztegesellschaft	Für Ärzte	Für Patienten	Presseinformationen	Publikationen
-------------------	-----------	---------------	---------------------	---------------

Ihre Notfallnummern  
Geben Sie Ihren Standort ein

suchen

BEKAG-Ärztesuche  
Geben Sie den Nachnamen, Dr., Facharzttitel oder eine Kombination ein

suchen



**Versorgungsplanung 2011-2014**  
Vor Kurzem stellte die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern an einer Medienkonferenz ihre Versorgungsplanung für die nächsten Jahre vor.  
[mehr >>](#)



**Eine Konzentration zum Wohle des Gesundheitswesens im Dienste der Bevölkerung**  
Gesundheitsdirektor Philippe Perrenoud nimmt zur geplanten Stärkung des Medizinalstandortes Bern Stellung.  
[mehr >>](#)



**Frauenpower und Kaderförderung**  
Eveline, Micheline, Doris und Simonetta, ein farbenfrohes Kleeblatt, können im Februar 2011 vierzig Jahre Frauenstimmrecht feiern. Wie sieht es in der Ärztesgesellschaft aus?  
[mehr >>](#)



PRO MEDICO STIFTUNG  
VERBANDSVORSTAND DER 2 KANTONE

POLITIK PATIENT



**Ware Gesundheit**  
Erstmals in der Geschichte hat Krankheit – rein ökonomisch betrachtet – positive Auswirkungen für die Entwicklung der Volkswirtschaft. Wer die jüngeren Entwicklungen im Gesundheitswesen verstehen will, dem empfiehlt sich das neue Buch von Paul U.



**«Ä Praxis, wo fägt!»**  
Welche Praxisformen gibt es? Was gilt es bei einer Praxiser ffnung zu beachten? Die neue BEKAG-Broschüre unterstützt junge Ärztinnen und Ärzte beim Sprung in die eigene Praxis.  
[mehr >>](#)

**BEKAG-Agenda 2011**

- 03. März Bezirksvereine
- 17. März DV
- 09. Juni Bezirksvereine
- 23. Juni DV
- 17. Aug. Klausurtagung
- 27. Okt. DV
- 16.-19. Nov. BETAKLI 2011
- 24. Nov. Bezirksvereine

**News**

- MPA-Lohnempfehlungen 2011

PonteNova





Solidarität unter den Generationen soll uns auch dazu führen, andere Arbeitsmodelle bei frisch in die Praxis übertretenden Kolleginnen und Kollegen ernst zu nehmen. «Alteingesessene» und «Jungeinsitzende» sollen gemeinsam auf eine Realisierung hinwirken.

### 3 Aktionsfelder und 5 Wege zur Umsetzung

«Hauptgewichtig Kanton Bern» und «Interne Strukturen anpassen»

Als Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern wird man von einer Informationsmenge überflutet, die zur Bewältigung einer Verteilung auf mehrere Köpfe bedarf. Der Vorstand und sein Ausschuss bemühen sich deshalb um eine Änderung des Organisationsreglementes des Vorstandsausschusses, um der Themenvielfalt gerecht zu werden. Diese Arbeiten dauern noch an.

Oftmals werden die Einflussmöglichkeiten eines Präsidenten einer kantonalen Ärztesgesellschaft überschätzt, nicht zuletzt durch fehlende Kenntnisse der unumgänglichen Instanzenwege. Und dies nicht nur bei jüngeren Kolleginnen und Kollegen! Mit einer attraktiv gestalteten Homepage, dem zügig lesbaren doc.be und dem Besuch der wenigen Mitgliederversammlungen muss ein verbesserter Informationsstand gelingen.

«Hausgemachtes Eingemachtes»

Seit dem letzten Quartal des vergangenen Jahres nimmt die BEKAG an den Sitzungen über das Projekt des Regierungsrates und der Gesundheits-, Erziehungs- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern zur «Stärkung des Medizinalstandortes Bern» teil. Sie bringt dort die Interessen der praktizierenden Ärzteschaft ein. Das langfristig angelegte, ambitionöse Projekt wird sich noch über mehrere Jahre hinziehen. Die Interessenslage aller direkt und indirekt Beteiligten (GEF, Insepspital, Spital Netz Bern AG, Universität Bern, Erziehungsdirektion, Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Grosser Rat) ist vielschichtig. Die Diskussionen und die Sitzungsarbeit sind interessant. Mit diesem Projekt verknüpft ist auch die Frage nach dem Standort des neu zu bauenden Stadtsitals der Spital Netz Bern AG.

Weiter beschäftigte sich der Vorstand über den Jahreswechsel 2010/11 mit der



Neues Versorgungsmodell: Ab nächstem Jahr können Patientinnen und Patienten schweizweit unter allen Listenspitälern frei auswählen.

Foto: Keystone

voluminösen «Spitalversorgungsplanung 2011–2014» der GEF und dem Abfassen einer möglichst alle Facetten abdeckenden Vernehmlassungsantwort.

Drei Prinzipien werden sich ab 1. Januar 2012 mit dem revidierten Krankenversicherungsgesetz ändern: 1. Das KVG gibt nun Vorgaben zur Erstellung der kantonalen Spitallisten vor, 2. freie Wahl für Patientinnen und Patienten unter allen Listenspitälern inner- und ausserhalb des Wohnortkantons und 3. Vorgaben zur neuen Spitalfinanzierung einerseits mit Einführung der DRG und ein neuer fester Verteilungsschlüssel von 55% Wohnkanton / 45% Krankenversicherern andererseits.

«Spitzengespräche» zwischen der GEF und dem Geschäftsleitenden Ausschuss der BEKAG finden mehrmals jährlich statt und dienen der direkten und unkomplizierten Besprechung hängiger Sachfragen aus dem gesundheitspolitischen Umfeld.

Innerhalb des Kantons Bern halten der Verein Bernischer Tierärztinnen und Tierärzte, die Zahnärzte-Gesellschaft des Kantons Bern und die BEKAG enge Bindungen aufrecht. Alle drei Verbände zusammen sind organisatorisch und finanziell verantwortlich für die Durchführung von sogenannten «überbetrieblichen Kursen» ihrer Praxisassistentinnen in Ausbildung, an der vom

Kanton geführten Schule «be-med». Das Zusammengehen der drei Verbände sichert so eine Einflussmöglichkeit in der Ausbildung der Praxisassistentinnen. Die finanzielle Belastung durch dieses Engagement ist für alle beträchtlich und bedarf immer wieder der kontrollierenden und korrigierenden Einflussnahme. Die Vertreter der BEKAG übernehmen hier eine wichtige Aufgabe für die Aufrechterhaltung einer vernünftigen Praxisführung mit ausgebildeten MPA. Weiter arbeiten die drei Verbände in der Gruppe „Gesundheit“ der Berner KMU zusammen. Die Einflussmöglichkeiten der BEKAG als grosser Verband der Berner KMU sind, z.B. betreffend die Referendumsfähigkeit, nicht zu unterschätzen.

«Interkantonale Handlungsfelder» und «Koordination mit anderen KÄG»

Bereits mehrere Male zitiert wurde die Konferenz Kantonalen AertzteGesellschaften (KKA), in welcher der Kanton Bern mit seinem Präsidenten im Vorstand vertreten ist. In der KKA werden schwergewichtig die ökonomischen Geschäfte der KÄG diskutiert und mit den Krankenversicherern verhandelt. Dies verhindert ein Auseinanderdividieren von einzelnen KÄG durch die Versicherer. Die KKA befasst sich ausserdem mit praktisch allen in diesem



Jahresbericht erwähnten Themen und wirkt so koordinierend, ohne die kantonale Autonomie zu beeinträchtigen. Die BEKAG ist ferner vertreten im Verband deutsch-schweizerischer Ärztesellschaften (VE-DAG), in der Ärztekammer und in der Delegiertenversammlung der FMH. Die Ärztekammer als «nationales Parlament» der praktizierenden Ärzteschaft stellt Antrag an die Delegiertenversammlung der FMH, in der die BEKAG ein Mitglied und den Vorsitzenden stellt. Dank der beherzten Aktion des Berner DV-Vorsitzenden Dr. Thomas Heuberger konnte 2010 in letzter Minute eine Inkraftsetzung eines unsinnigen Antrages in beiden Parlamentskammern verhindert werden, betreffend die elektronische Offenlegung der genauen Patientendiagnose entsprechend dem ICD-10-Code. Bei 3000 Rechnungen pro Jahr und Praxis hätte ein Aufwand von etwa 50 Stunden für jeden Praktizierenden resultiert!

Nicht weiter vorzustellen brauche ich die NewIndex AG als Dachorganisation der Trustcenter mit Dr. iur. Thomas Eichenber-

ger als Mitglied des Vorstandes und die aus der BEKAG hervorgegangenen Gesellschaften PonteNova und MEDPHONE.

*«Interessenvertretung in politischen Gremien»*

Aus all den angeschnittenen Themen geht eines klar hervor: Damit ein Verband wie die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern seine Interessen so erfolgreich wie möglich wahren kann, bedarf es eines weitgestrickten Netzwerkes, in dem immer wieder neue Verbindungen geknüpft werden müssen. Die Liste der freiwilligen Mitarbeiter, Delegierten, Vorstands- und Kommissionsmitglieder ist sehr lang. Viele sind neben ihrer Praxisarbeit auch noch in Fachgesellschaften aktiv tätig. Allen möchte ich meinen Dank aussprechen.

Erst als Vorstandsmitglied wurde mir klar, wie wichtig auch die ärztliche Vertretung unserer Anliegen im Grossen Rat des Kantons Bern ist. Man vergleiche dazu die Diskussionen um das Projekt «Stärkung des

Medizinalstandortes Bern». Die Präsenz ist hier wichtiger als die Parteizugehörigkeit. Darum ermuntere ich alle an Politik Interessierte und in politischen Gremien aktive Kolleginnen und Kollegen, den Link zum Vorstand der BEKAG zu suchen und Kontakt aufzunehmen. Mindestens zeitweise und themenorientiert kann man immer an einem Strick ziehen.

**Ausblick 2011**

Lassen Sie mich zum Schluss auf lebendige BETAKLI-Tage vom 16. bis 19. November 2011 hinweisen. Der Anlass, um über Gott und die Welt und vergangene und zukünftige Zeiten zu reden. 2011 werden wir uns weiterhin mit den besprochenen Themen zu beschäftigen haben, aber auch mit den Stichworten «e-Health», «Medical Board», «Health Technology Assessment» und «Futuro+». Ich bin gespannt, wie diese Stichworte mit Leben gefüllt werden können. Sie auch?

- Praxisbuchhaltungen
- Jahresabschluss
- Steuererklärung
- Finanzplanungen



**Christian Flury**

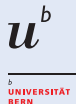
Dipl. Wirtschaftsprüfer

Blaser Treuhand AG  
Weissenbühlweg 26  
3007 Bern

Telefon 031 370 11 20  
christian.flury@fmhtreuhand.ch



**INSELSPITAL**  
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN  
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE  
BERN UNIVERSITY HOSPITAL



**Berner Tage der Klinik  
BETAKLI 2011 – die praxisrelevante  
Fortbildung**

Das Gemeinschaftsprojekt der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, der Medizinischen Fakultät der Universität Bern und des Inselspitals Bern findet vom **16. bis 19. November 2011** auf dem Areal des Inselspitals statt.

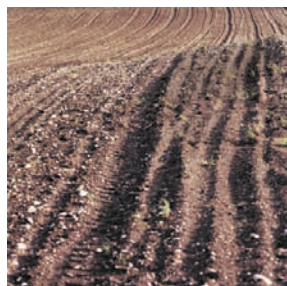
**Ab dem 1. September 2011** können sich Interessierte auf der Webseite der Ärztesgesellschaft anmelden und ihr ganz individuelles Veranstaltungsprogramm online zusammenstellen. Mehr über Kurse und Workshops erfahren Sie im Vorprogramm, das diesem doc.be beiliegt.

# 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 Auszeichnung für den besten Anlagevorschlag des BILANZ-Ratings Private Banking 2010 zeigt. Wir legen grossen Wert darauf, die persönliche Gesamtsituation unserer Kunden zu kennen, um eine individuell

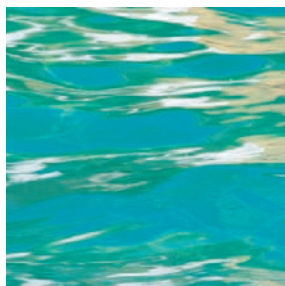
passende Lösung zu finden. Die persönliche Beratung und die Zusammenarbeit mit den Spezialisten aus dem Portfoliomanagement sind die Stärken unserer Bank. Seit 1996 bietet die BEKB | BCBE ein Anlagekonzept an, welches auf fünf einfachen Symbolen basiert. Erde, Wasser, Luft, Energie und Feuer versinnbildlichen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

## Welche Anlagestrategie bevorzugen Sie?



**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 Dividenden erträge, aber auch bescheidene Kapitalgewinne bilden die Gesamtrendite.

Gemässigte Anlagestrategie mit 20% Aktien



**Luft** wählen Anleger, die nach höheren Zielen streben. Die Gesamtrendite besteht aus Zins- und Dividenden erträgen 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. Dividenden erträge und Kapitalgewinne erzielen die Rendite.

Gewinnorientierte Anlage mit rund 90% Aktien

## Früchte einer guten Beratung

Zum dritten Mal in Folge haben die Vermögensberater der BEKB | BCBE im Private-Banking-Rating 2011 des Wirtschaftsmagazins BILANZ ein Spitzenergebnis erreicht. Damit gehört die BEKB | BCBE im Mehrjahresvergleich zu den am besten bewerteten Banken der Schweiz.

**Vereinbaren Sie jetzt einen Beratungstermin:**  
031 666 63 02  
[www.bekb.ch](http://www.bekb.ch)



2009



2010



2011



**BEKB | BCBE**