



ÄRZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS  
DU CANTON DE BERNE

Nr. 5 / Oktober 2011  
www.berner-aerzte.ch

## Themen dieser Ausgabe:

Ein kritischer Blick auf Managed Care	2
Neuer Impuls für den ärztlichen Notfalldienst	6
Zahnarzthilfe rund um die Uhr – ein Callcenter entlastet	7
Zwischen professioneller Autonomie und Qualitäts- management	9
Tinguely lässt grüssen	12
Darum sind Kostendaten aus Managed-Care-Modellen wichtig	13
«Ärzte sind typische KMU»	14
Die Rechtsberatungsstelle der Ärztesgesellschaft	16

## Plakative Schlagworte



Kürzlich zählte ich auf meinem täglichen Arbeitsweg zwischen Schwarzenburg und Niederscherli zweiundzwanzig (sic!) Wahlkampfplakate im Einzugsgebiet ein und desselben landwirtschaftlichen Betriebes. Und auf den Frontseiten der Tageszeitungen überbieten sich die Kandidierenden mit Slogans wie «Zwei liberale Unternehmer, die sich für umweltverträgliche Lösungen einsetzen», «Ein bezahlbares Gesundheitswesen für alle», «Echt Grün. Echt Fairplay.» «M... wirkt.», «Für die Umwelt zu kämpfen lohnt sich!», «Genossenschaften fördern bezahlbaren Wohnraum.», «Wählen Sie mich nicht...wenn Sie neue AKW bauen wollen.» Umwelt, Finanzplatz, Gewerbe, Armee und Gesundheitswesen sprechen uns Bürger nach Ansicht der Kandidaten am stärksten an. Schlagworte und Wahlversprechen, die sowieso nicht eingehalten werden? «Jawohl!», werden Sie sagen.

Aber wie sieht es in unserer Stube aus? Was da an Polemik zum Thema «Integrierte Versorgung» über Mailkonten und Leserbriefecken gestreut wird, widerspiegelt auch nicht immer die teilnehmende, objektive Art, wie wir als Ärztinnen und Ärzte, die Probleme unserer Patientinnen und Patienten im Alltag anzugehen gewohnt sind.

Warum verspricht keine(r) «Blauer Himmel, viel Sonnenschein»? Klar, weil wir wissen, dass nach Sonnenschein und blauem Himmel grau und nass folgen werden. Genauso wie beispielsweise nach Gesetzesvorlage und Referendum zur Integrierten Versorgung die Diskussion um Veränderungen im Gesundheitswesen nolens volens auch weitergehen wird. Die BEKAG bereitet sich deshalb schon jetzt vor, welche Forderungen aus dem Umfeld der «Integrierten Versorgung» sie in Zukunft weiterhin vertreten will. Um die komplexen Probleme in der Medizin und Gesundheitspolitik zu verstehen, braucht es tiefgreifende Analysen. Was nicht heisst, dass wir die daraus gewonnenen Erkenntnisse nicht vereinfachen und plakativer vortragen können, um ihnen zum Durchbruch zu verhelfen. Mit allzu vornehmer Zurückhaltung gewinnen wir praktizierende Spezialärzte und Grundversorger nichts mehr!

Dr. med. Beat Gafner  
Präsident der Ärztesgesellschaft  
des Kantons Bern

Klausurtagung des Vorstands der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern 2011

## Ein kritischer Blick auf Managed Care

*Warum passt die ökonomische Logik nicht zur ärztlichen Praxis? Welche Gefahren verbergen sich hinter dem Konzept des Managed Care? Diese Fragen erörterten der deutsche Soziologie-Professor Ulrich Oevermann und die Berner Soziologin Dr. Marianne Rychner in ihren Gastreferaten anlässlich der diesjährigen Klausurtagung der BEKAG.*

*Marco Tackenberg,  
Presse- und Informationsdienst*



Marco Tackenberg

Ein intellektueller Leckerbissen wurde dem Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern an seiner Klausurtagung im Schloss Schadau zu Thun geboten: Als Gastreferenten waren der emeritierte Soziologieprofessor Ulrich Oevermann und die Soziologin Dr. Marianne Rychner geladen. In ihren erhellenden Referaten legten die beiden dar, weshalb ökonomische Logik im Arzt-Patienten-Verhältnis fehl am Platz ist und welche Gefahren sich hinter dem Konzept des «Managed Care» verbergen.

In einer kurzen Einleitung nahm die Soziologin Marianne Rychner Bezug auf die Bedeutung der Begrifflichkeit von «Managed Care». Übersetzt bedeutet der Anglizismus «Managed Care» «gelenkte», «geführte» oder «gesteuerte» «Betreuung» oder «Pflege». Doch das entspricht nicht dem Selbstverständnis der Ärztinnen und Ärzte, dem Bestreben nach einer möglichst weitgehenden Heilung im Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient, das auf Vertrauen basieren muss, damit es funktioniert.

Dass dieser wichtige Aspekt ausgeblendet wird, geschieht nicht zufällig. Vielmehr zeigt sich darin eine falsche Vorstellung, auf der das Konzept von «Managed Care» basiert:

Es geht nämlich vom Regelfall eines passiven Patienten aus, der Gesundheitsdienstleistungen nachfragt und dabei geführt werden muss, damit er nicht zu viel davon konsumiert. Diese technokratische Vorstellung (und die damit verbundene Unterstellung, Patienten täten nichts lieber, als zum Arzt zu gehen und Medizin zu sich zu nehmen) hat wenig mit der Wirklichkeit im Sprechzimmer zu tun, wo Patienten unter Leidensdruck stehen, selber auch gesund werden wollen und in der Regel auch aus Eigeninteresse Verantwortung übernehmen – es sei denn, es handle sich um Hypochonder, was seinerseits ein Krankheitsbild ist, mit dem ein

selbst erfüllenden Prophezeiung: Der Patient vertraut der Ärztin nicht mehr, weil er davon ausgehen muss, dass ihr Profit seiner Heilung übergeordnet ist. Unter diesen Umständen wächst die Wahrscheinlichkeit, dass er sich im Gegenzug tatsächlich zunehmend weniger als hilfesuchender Patient denn als anreizgesteuerter Konsument und Profiteur verhält und sich damit der Unterstellung tendenziell angleicht.



*Die Klausurtagung der BEKAG fand in diesem Jahr im Schloss Schadau bei Thun statt.*

*Foto: Marco Tackenberg*

Arzt oder eine Ärztin auf angemessene Weise umgehen muss. Und wenn zusätzlich nicht nur dem Patienten eine passive, konsumierende Haltung unterstellt wird, sondern dem Arzt reines Gewinnstreben, indem das «Managed-Care»-Modell Boni für Gemeinschaftspraxen vorsieht, die besonders billig gearbeitet haben, dann werden die problematischen Implikationen des Begriffs «Managed Care» zur sich



Ulrich Oevermann: «Die medizinische Versorgung ist eine ganz andere Art der sozialen Beziehung als der Verkauf von Produkten. Das wollen ökonomische Modelle nicht wahrhaben.»

Foto: Marco Tackenberg

### «Was führt Sie zu mir?» – Gesprächsanalyse anhand der objektiven Hermeneutik

Den zweiten Teil des Anlasses bestritt der Soziologe Ulrich Oevermann. Der emeritierte Professor spannte einen Bogen von der Entstehung und Funktion der klassischen Professionen zu den aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik. Als Illustration zur Frage, womit sich denn die von ihm entwickelte Methode der objektiven Hermeneutik genau beschäftigt, nahm der Referent Bezug auf eine von ihm durchgeführte Weiterbildungsveranstaltung, an der einige praktizierende Ärzte teilgenommen hatten. Ihr Erkenntnisinteresse richtete sich auf die Frage nach der diagnostischen Relevanz der ersten zwei, drei Minuten des Gesprächs mit Patienten.

Gegenstand dieser Weiterbildung war die Analyse des schriftlich protokollierten Beginns von realen Sprechstunden. Die Eröffnungen der Kommunikation sind im Ansatz der objektiven Hermeneutik darum so bedeutsam, weil sie – wie in der Lebenspraxis selber – Sequenzstellen markieren, an denen sich entscheidet, welche Handlungsoptionen in Zukunft noch möglich sind und welche ausgeschlossen werden. Die objektive Hermeneutik analysiert, durch welches spezifische Muster sich die beginnende Kommunikation auszeichnet und gemäss welcher Logik sie weiter verläuft. So stellte sich heraus, dass die Kommuni-

kation zwischen Arzt und Patient jeweils mit einer Formel begann wie: «Welche Beschwerden haben Sie?» oder: «Was führt Sie zu mir?». Eine solche Eröffnung, die für Ärzte und Ärztinnen selbstverständlich ist, ohne dass sie sich dessen vielleicht bewusst sind, spielt ganz selbstverständlich den Ball dem Patienten zurück: Er hat den Arzt gewählt, damit dieser ihm dabei hilft, ein – oft existentielles – Problem zu lösen, das er nicht aus eigener Kraft bewältigen kann. Eine solche Eröffnung unterscheidet sich fundamental von einem Verkaufsgespräch, das etwa anfängt mit: «Womit kann ich Ihnen dienen?» Würde ein Verkäufer von Waschmaschinen, der übrigens anders als der Arzt Werbung betreiben darf, fragen: «Was führt Sie zu mir?» wäre der potentielle Kunde irritiert und würde wohl denken: "Was ist denn mit dem los? Will der mir etwa keine Waschmaschine verkaufen?». Umgekehrt würde es irritieren, wenn die Ärztin den neuen Patienten fragen würde: «Welches Medikament darf ich Ihnen denn verschreiben?» Oder: «Wir haben gerade einen besonders günstigen Therapieplan im Angebot. Haben Sie sich etwas in der Art vorgestellt?» An solchen Gedankenexperimenten zeigt sich sofort, was ökonomische Modelle in Bezug auf medizinische Versorgung nicht wahrhaben wollen: Dass es sich hier um eine ganz andere Art der sozialen Beziehung handelt als beim Verkauf von Produkten.

Was in der ärztlichen Praxis geschieht, bzw. gesprochen wird, hat mit der Entstehungsgeschichte der Professionen und mit deren gesellschaftlicher Funktion zu tun. Was also charakterisiert die ärztliche Profession?

### Die klassische soziologische Professionalisierungstheorie

Man spricht in der Regel von drei klassischen Professionen, deren Wurzeln aufs Mittelalter zurückgehen: es sind dies die Ärzte, Anwälte und Theologen. Diese klassischen Professionen waren der Motor zur Bildung von Universitäten. Die Forschung wurde zunächst nicht als wesentliche Aufgabe der Universitäten betrachtet. Wichtiger war die Bildung eines Habitus, einer Haltung der Professionellen, welcher der Sache – nämlich der Heilung von Krankheiten – angemessen ist. Die Wissensbasis der Medizin war denn auch bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts aus heutiger naturwissenschaftlich-medizinischer Sicht nicht besonders weit gediehen, aber dennoch blickte die Medizin schon auf eine lange

Geschichte ihrer Profession zurück. Die Professionen mussten zunehmend auf einem methodischen, erfahrungswissenschaftlich fundierten Wissen beruhen. Ab 1850 wurde sozusagen mit jeder neuen guten Dissertation ein neues Fach gegründet.

### Universität als Einrichtung für Forschung und Lehre

Das alles änderte sich erst, als zu Beginn des 19. Jahrhunderts in Europa die eigentliche Universität modernen Zuschnitts als Einrichtung der Einheit von Forschung und Lehre entstand. Demgegenüber haben sich die universitären Ausbildungen zu Professionen primär auf erfahrungswissenschaftliche Basis gestützt. Im Zentrum der Handlungslogik der klassischen Professionen stand seit jeher (und steht im Prinzip noch heute) die klientenbezogene Professionsethik (hypokratischer Eid), deren Kontrolle intern, autonom und mit Hilfe der Standesorganisation gewährleistet wurde. Vor diesem historischen und aktuellen Hintergrund arbeitete die traditionelle soziologische Professionalisierungstheorie vor allem die

### Objektive Hermeneutik

Die objektive Hermeneutik ist eine sozialwissenschaftliche Interpretationsmethode, die Ulrich Oevermann im Zusammenhang der Bildungs- und Sozialisationsforschung der 1970er-Jahre entwickelt hat. Anders als andere Hermeneutiken zielt sie nicht auf die Erschliessung des subjektiv gemeinten Sinns ab, sondern auf die Rekonstruktion objektiver Sinnstrukturen und latenter Bedeutungen sprachlicher Äusserungen. Weil darin auch universale Regeln sozialen Handelns wirksam sind, bezieht sich die Auslegung immer auch auf den sozialen Sinn interpretierter Texte.

institutionellen Merkmale dieser Organisationsform heraus: Hohes Einkommen, hohes gesellschaftliches Ansehen, auf gesellschaftlich zentrale Werte bezogen, autonome Überwachung und Kontrolle der Ausbildung und Berufsausübung, Non-Profit-Praxis, Werbeverbot, Selbständigkeit, Freiberuflichkeit und damit verbundene Standesgerichtsbarkeit.

## Professionen entziehen sich den Marktmechanismen

Dieser Ansatz ist im Wesentlichen auch heute noch gültig: Die Professionen betreiben eine für den Patienten lebenswichtige Tätigkeit, die autonom sein muss, aber gleichzeitig so komplex und sensitiv ist, dass sie de facto weder vom Markt noch von der staatlichen oder irgendeiner ande-

### SUCHE NACH 4 ANTWORTEN AUF DIE 4 FRAGEN

1. Welche Position nimmt der Vorstand der BEKAG ein betreffs der Referendumsfrage an der a. o. Ärztekammer?
2. Muss das vor einem Jahr verabschiedete Positionspapier geändert werden?
3. Welchen Weg schlägt der Vorstand ein falls die Gesetzesvorlage im Parlament scheitert?
4. Welche „ethischen“ oder „soziokulturellen“ Gründe lassen uns die Haltung gegenüber Integrierter Versorgung revidieren?

Die Suche nach Antworten an der diesjährigen Klausurtagung.  
Foto: Marco Tackenberg

ren Bürokratie kontrollierbar ist (auch wenn das inzwischen mit grossem Aufwand versucht wird). Diese Professionen sind etwas Drittes neben Staat und Markt. Der Soziologe Talcott Parsons hat diese Theorie in den 1950er-Jahren als erster systematisch hergeleitet und ausgebaut.

Aufgrund der spezifischen Funktion und Komplexität ihrer Tätigkeit der Organisation sind Professionen bis heute weder von den utilitaristischen, zum Beispiel den neoliberalen, Gesellschaftstheorien mit ihrem Markt-Paradigma, noch von den marxistischen Gesellschaftstheorien, die den Machtaspekt und mit umgekehrten Vorzeichen letztlich ebenfalls die Dynamik des Marktes ins Zentrum rücken, erklärbar. Für diese Gesellschaftstheorien war und ist bis heute die professionalisierte Praxis gleichermassen ein schwer verdaulicher Gegenstand. Das zeigt sich heute auch daran, dass Ärzte sich politisch nicht einfach in ein Links-Rechts-Schema einordnen lassen.

## Der Verdacht der Monopolisierung und seine Widerlegung

Das Problem dieser frühen, klassischen Professionalisierungstheorien war deren

offene Flanke: der Verdacht, sie sei eine Rechtfertigungsideologie der Professionen zur Legitimation von deren Privilegien. Nach 1968 entstand eine ideologiekritische Reaktion auf die Professionalisierungstheorien. Es wurde unterstellt (wie auch heute noch in der gesundheitspolitischen Diskussion), die Professionalisierungstheorie habe die Funktion einer Statusmonopolisierung. Doch das ist bereits eine

beschränkt ist), letztlich immer eine Sonderleistung und im Übrigen auch unangenehm, denn:

1. wird man als hilfsbedürftig stigmatisiert
2. wird man zur Dankbarkeit verpflichtet.

Damit der letztgenannte Punkt etwas entschärft wird, tragen beispielsweise die Mitglieder der Heilsarmee Uniformen: Dadurch entfällt die Notwendigkeit der Dankbar-



Vorstandsmitglied Marcel Stampfli (rechts) und die eingeladene Soziologin Marianne Rychner (links) entwickeln in einem Workshop neue Standpunkte.  
Foto: Marco Tackenberg

unklare Begriffsbildung, denn Monopolisierung setzt voraus, dass es vorab wirksame Konkurrenz gibt, was wiederum unterstellt, dass es Konkurrenz überhaupt gibt, die einen Markt gleichermassen bedienen könnte. Aber ist das überhaupt der Fall? Das Argument leugnet letztlich spezifisches Fachwissen und die Funktion einer spezifischen Habitusbildung, es tut so, als ob Menschen, die zur medizinischen Intervention fähig sind, vom Markt und von Profitstreben dazu gedrängt würden und als ob eine spezifische Ausbildung bzw. Kultivierung der Praxis nicht nötig wäre, damit die hochsensiblen medizinischen Interventionen gelingen können.

## Hilfeleistungen sind abhängig vom sozialen Kontext

Im weitesten Sinne haben es alle Professionen mit dem Helfen zu tun. In so genannten diffusen Sozialbeziehungen wie der Familie oder der Ehe ist das Helfen selbstverständlich, ohne im Detail verrechnet zu werden. Dagegen sind Hilfeleistungen in spezifischen, also rollenförmigen Sozialbeziehungen (z.B. zwischen einem Schalterbeamten und einer Kundin, wo die Beziehung auf die vorgesehenen Rollen be-

ziehungsverpflichtung gegenüber einer fremden Person, indem diese den Hilfebedürftigen als unpersönlicher Diener einer höheren Instanz gegenübertritt und sie damit von der belastenden persönlichen Dankbarkeitsverpflichtung entbindet.

## Hilfeleistungen bergen die Gefahr der Abhängigkeit

Es stellt sich also auch beim ärztlichen Handeln die Grundfrage, wie man ausserhalb von diffusen Sozialbeziehungen helfen kann, ohne diese belastenden Folgen zu bewirken, die autonomiebeschränkend sind. Weil der Patient bzw. der Hilfesuchende sich nicht mehr selbst helfen kann, ist eine spezielle Befähigung, und sei sie auch nur ein angesonnenes Charisma, zur Lösung des Problems mittels Diagnose und Intervention erforderlich. Dabei muss das Paradox gelöst werden, wie die expertenhafte Hilfe wirksam realisiert wird, ohne dass dabei kontraproduktiv der Klient genau durch diese wirksame Hilfe abhängig gemacht wird und dabei an Autonomie wieder in der Masse etwas verliert, was er zuvor durch wirksame Hilfe zurückgewonnen hat.

Diese Quadratur des Kreises kann nur dadurch gelöst werden, indem die Hilfe durch die Mitverantwortung des Patienten zur Selbsthilfe wird und indem der Arzt für seine Tätigkeit auch honoriert wird, einerseits mit einem «Honorar» (das nicht zufällig nicht «Lohn» heisst) und zugleich mit gesellschaftlicher – und damit generalisierten, überindividuellen Anerkennung für seine gemeinwohlorientierte Tätigkeit.

Grund ist der, dass eben der ganz Mensch in die Diagnose einbezogen werden muss und da ist man als Angehöriger zu befangen. Das ärztliche Handeln zeichnet sich nämlich aus durch die Gleichzeitigkeit von spezifischen (rollenförmigen) und diffusen Anteilen.

Unter dem Gesichtspunkt der Expertise und des methodisierten Wissens ist der

einem Leidensdruck sucht den Arzt auf, nicht umgekehrt. Um die Absurdität zu verdeutlichen, stelle man sich vor, dass ein Arzt wie ein Blumenverkäufer von Gaststätte zu Gaststätte zieht, die Leute mustert, sie darauf aufmerksam macht, dass sie etwas blass oder fettleibig seien und doch morgen bei ihm in der Praxis vorbeischauchen mögen, sie möglicherweise gar dazu drängt.



Legende: Angeregte Diskussionen am Mittagstisch: BEKAG-Präsident Beat Gafner (Mitte) im Gespräch mit Marianne Rychner (rechts). Im Vordergrund: Vorstandsmitglied Heinz Zimmermann.

Foto: Marco Tackenberg



Nach der Klausurtagung erzählte Beat Gafner über die bewegte Vergangenheit des Schloss Schadau.

Foto: Marco Tackenberg

## Notwendigkeit und Funktion des Arbeitsbündnisses

Wodurch zeichnet sich die ärztliche Praxis aus? Die Diagnose ist immer eine fallspezifische und damit nicht subsumierbar unter vorgefertigte Kategorien. Sowohl in der Reparaturwerkstatt als auch beim Arzt braucht es Erfahrung und komplexes Expertenwissen. Dass es trotzdem nicht dasselbe ist, zeigt sich zum Beispiel daran, dass ein Automechaniker jederzeit auch das eigene Auto oder das von Familienangehörigen flickt, ja stolz darauf ist, das besonders gut zu erledigen und damit möglicherweise noch Werbung betreibt. Demgegenüber sind Ärztinnen und Ärzte äusserst zurückhaltend bei der Behandlung von Angehörigen und kämen anders als etwa ein Automechaniker nicht im Traum darauf, sich zu brüsten mit der erfolgreichen Wiederherstellung etwa ihres Ehegatten. Abgesehen vom äussersten Notfall, wo keine andere Möglichkeit besteht, etwa alleine mit der Gattin oder dem Gatten am Nordpol bei einem Unfall, tut man das eigentlich nicht, das ist ein ungeschriebenes Gesetz. Der Grund ist nicht etwa der, dass man denkt, man sei fachlich, in Bezug auf die Expertise, zu wenig gut, sondern der

Arzt Rolleninhaber, in der Diagnose tritt ihm die Patientin auch als ganzer Mensch entgegen und in der Interventionspraxis ist der Arzt auch ganzer Mensch.

Es handelt sich also um eine widersprüchliche Einheit von

1. methodisiertem Wissen und Praktiken
2. Praxis in Arbeitsbündnis

Während der erstgenannte Punkt grundsätzlich auf Standardisierung und Routinisierung drängt und auch die Verpflichtung zur permanenten Weiterbildung enthält, ist der zweite Punkt grundsätzlich nicht standardisierbar. Dies aus drei Gründen:

1. Diagnose impliziert immer ein konkretes Fallverstehen.
2. Die Therapie muss immer rückbezogen sein auf die konkrete Lebensgeschichte des Kranken.
3. Im Arbeitsbündnis erzählt der Patient dem Arzt so intime Dinge wie niemandem sonst, selbst nicht in der Familie, dem Modell der diffusen Sozialbeziehung.

Das ärztliche Werbeverbot ist im Übrigen eine wichtige Voraussetzung, dass das notwendige Vertrauen der Patientin zum Arzt gewährleistet werden kann: Der Patient mit

## Falsche Vorstellung von der ärztlichen Tätigkeit als Produkt

Das Arbeitsbündnis charakterisiert sich durch die Gleichzeitigkeit von rollenförmiger und diffuser Sozialbeziehung. Dass selbstverständlich immer der ganze Mensch im Auge des Arztes ist, ohne dass er die rollenförmigen Aspekte dabei missachtet, zeigt sich an unzähligen Beispielen. Dies gilt auch dann, wenn eine Genesung nicht mehr möglich ist, die Patientin nämlich im Sterben begleitet werden muss. Auch daran zeigt sich die radikale Differenz zur falschen Vorstellung von der ärztlichen Tätigkeit als eines Produktes: Auch – und besonders – im Scheitern des eigentlichen Zwecks ist professionelles Handeln auf Vertrauensbasis unabdingbar.

Die Ausführungen Oevermanns machen deutlich: Die Logik der professionalisierten ärztlichen Praxis ist weit entfernt vom bürokratisch-ökonomischen Modell von Controlling und Evaluation, das die aktuelle Gesundheitspolitik dominiert und die funktionalen Grundlagen ärztlicher Praxis konstant erodiert.

## Neuer Impuls für den ärztlichen Notfalldienst

*Von Gesetzes wegen sind kantonale Ärztesellschaften für die Organisation des ärztlichen Notfalldienstes zuständig. Vor allem für Grundversorger in Randregionen ist der Notfalldienst zur grossen Belastung geworden. Im Pays d'Enhaut hat die Waadtländer Ärztesgesellschaft ein ungewöhnliches Modell getestet.*

*Jean-Pierre Pavillon,  
Präsident der Waadtländer Ärztesgesellschaft*



Jean-Pierre Pavillon

Der Notfalldienst in den Randgebieten, besonders in abgelegenen Bergregionen, ist für die Ärztesgesellschaften zu einer grossen Herausforderung geworden. Es gibt dort nur wenige Ärzte und die schwache Besiedlung lässt nicht zu, dass sich weitere Ärzte niederlassen. Sie müssen deshalb oft rund um die Uhr verfügbar sein, leisten bis zehn Tage am Stück Dienst, an 365 Tagen im Jahr. Diese grosse Belastung hält junge Mediziner davon ab, sich in diesen Regionen niederzulassen und verschärft die ohnehin schwierige Nachfolge.

Im Château-d'Œx-Tal finden wir eine ganz typische Situation. Die Hälfte der Ärzte hat die 60 überschritten, ein Alter, ab dem man laut unserer Berufsregelung von Notfalldiensten freigestellt ist. Aus Solidarität gegenüber ihren Kollegen übernehmen sie weiterhin Dienste, die jedoch immer mühsamer für sie werden.

In Lausanne sieht es ganz anders aus. Von 150 Allgemeinmediziner und Internisten, die normalerweise Notfalldienste übernehmen müssten, genügen ca. dreissig, um die Versorgung der Stadt Lausanne sicherzustellen. Fast 120 Ärzte leisten daher keinen Bereitschaftsdienst, obwohl im Kanton

Waadt eine gesetzliche Verpflichtung dazu besteht. Viele Ärzte in den Randgebieten empfinden dies als eine gewisse Ungerechtigkeit.

### Lausanner Ärzte im Pays d'Enhaut

Deshalb hatten die Verantwortlichen für den Bereitschaftsdienst auf kantonaler Ebene die Idee, Lausanner Ärzte zu fragen, ob sie bereit wären, einige Wochenend-Bereitschaftsdienste im Jahr in Château-d'Œx zu übernehmen. Sie empfangen ihre Patienten in den Notaufnahme des Spitals von Château-d'Œx und machen bei Bedarf auch Hausbesuche. Für die Nacht steht ihnen ein Zimmer zur Verfügung. Die Arbeitsbelastung ist im Pays d'Enhaut sehr unterschiedlich und es wäre nicht fair, Ärzte extra aus Lausanne kommen zu lassen, wenn diese nur zwei oder drei Patienten behandeln und daher nur einen sehr schlechten Lohn bekämen. Die Waadtländer Ärztesgesellschaft und der Kanton gaben deshalb eine Einkommensgarantie von CHF 1500.- für 24h Bereitschaftsdienst.

Zwei couragierte Kollegen, ein Allgemeinmediziner im Alter von 55 Jahren und ein 60-jähriger Internist und Endokrinologe, liessen sich auf das Experiment ein. Beide

fanden es aus beruflicher Sicht sehr interessant und bereichernd. Sie waren auch etwas überrascht, mit Krankheiten konfrontiert zu werden, mit denen sie als Stadtärzte nie zu tun haben; dies gilt besonders für die Bereiche Kinderheilkunde und Traumatologie.

### Solidarität unter Ärzten

Wenn wir weiterhin auf dem gesamten Kantonsgebiet einen Bereitschaftsdienst anbieten wollen, müssen die Ärzte, die in abgelegenen Gebieten praktizieren, auf irgendeine Weise entlastet werden. Die Lösung, an Ärzte in grossen Städten zu appellieren, in denen genügend Ärzte vorhanden sind, ist verlockend, stösst jedoch an ihre Grenzen. Die Krankheitsfälle in der Stadt unterscheiden sich stark von denen in den Bergen, und manche Kollegen könnten sich ausserhalb ihrer gewohnten Umgebung verunsichert fühlen. Ausserdem ist es schwierig, Mediziner zu motivieren, die bisher um den Bereitschaftsdienst herumgekommen sind. Es wird sicher Zeit brauchen, um eine Lösung zu erarbeiten, doch wenn diese Lösung in einem grösseren Rahmen realisiert wird, könnte dies ein schönes Beispiel für Solidarität unter Ärzten sein.



*In der Region Château-d'Œx müsste die Hälfte der praktizierenden Ärzte aufgrund ihres Alters nicht mehr Notfalldienst leisten.*

*Foto: Keystone*

## Zahnarzthilfe rund um die Uhr – ein Callcenter entlastet

*Ein gut funktionierender Notfalldienst stellt für jede Sektion eine grosse Herausforderung dar. Das weiss niemand besser als Claudia Güntert und Carla Mosele, Inhaberinnen der Zahnarztpraxis Neustadt in Luzern. Sie beschwerten sich über die Organisation des Notfalldienstes ihrer Sektion. Mit dem Erfolg, dass ihnen die Neuorganisation übertragen wurde. Ihr Vorschlag wurde von der Mitgliederversammlung mit überwältigendem Mehr angenommen. Seither funktioniert der Notfalldienst der Sektion reibungslos. Nicht zuletzt dank der Zusammenarbeit mit dem Callcenter Medphone.*

*Felix Adank,  
Presse- und Informationsdienst*

Claudia Güntert und Carla Mosele erlebten die zwei Wochen Notfalldienst (NFD), die sie jährlich zu leisten hatten, als äusserst belastend: Neben den wirklichen Notfallpatienten gab es zum einen jene Anrufer, die sich mitten in der Nacht auf das zahnärztliche Notfalltelefon direkt beim Zahnarzt meldeten, weil sie gerade jetzt Zeit hatten um ihr lange bestehendes Zahnweh zu behandeln. Diese Patienten erschienen dann oft gar nicht zu ihrem Termin. Dann gab es auch jene Patienten, die nach zwanzig Uhr mit ihrer ganzen Familie in die Praxis kamen, um sich behandeln zu lassen. Sie habe oft ein unangenehmes Gefühl gehabt – und nicht selten ihren Partner mitgenommen oder den Securitas-Dienst gerufen, um nicht auf sich alleine gestellt zu sein, sagt Mosele. Als an Weihnachten 2008 die Patienten vor ihrer Zahnarztpraxis bis ins Treppenhaus Schlange standen, weil niemand sonst erreichbar war, hatten sie genug: Sie schrieben dem Vorstand der Luzerner Zahnärztesgesellschaft einen Brief, es müsse sich etwas ändern.

### Mühsame nächtliche Diskussionen

Der Vorstand habe anfänglich gezögert eine Veränderung des Notfalldienstes anzustreben – es seien mehrere Briefe nötig gewesen, bis sie offene Ohren fanden. Dann ging es plötzlich schnell: Sie erhielten vom Vorstand den offiziellen Auftrag, zuhanden der Mitgliederversammlung einen Vorschlag zu unterbreiten, wie der Notfalldienst für die Patienten professioneller organisiert und gleichzeitig für die Mitglieder besser gestaltet werden könne.

Der Notfalldienst der Luzerner Zahnärztesgesellschaft ist in zwei Regionen unterteilt: NFD Luzern Stadt und NFD Luzern Land, die je via eine Gratisnummer erreicht werden können. Zahnärztinnen und Zahnärzte der Luzerner Zahnärztesgesellschaft leisten (bis zu einem bestimmten Alter) mindestens



*Die Mitarbeitenden von Medphone nehmen sich Zeit und gehen auf die individuellen Probleme der Patienten ein – dieser professionelle Umgang schafft Vertrauen.*

*Foto: Martin Bichsel*

eine Woche Notfalldienst pro Jahr. Der diensthabende Notfallzahnarzt bzw. die Notfallzahnärztin der Stadt Luzern musste vor der Reorganisation während sieben Tagen 24 Stunden erreichbar sein – er oder sie übernahm in der Nacht die Triage für die Patienten aus dem ganzen Kanton. Zuweilen meldeten sich auch Patienten aus benachbarten Kantonen. Carla Mosele und Claudia Güntert mochten den Leuten am Telefon in der Nacht nicht mehr länger erklären, was der Unterschied zwischen einer 24-Stunden Notfallklinik und einem zahnärztlichen Notfalldienst sei – und sanften auf Abhilfe.

### Engagierte Diskussion – und Erdbebensieg

Der entscheidende Tipp kam aus dem Kanton Aargau: «Wieso macht ihr es nicht wie die Aargauer, die arbeiten mit einem Callcenter und haben eine gut funktionierende Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital?»

meinte ein Kollege. Carla Mosele und Claudia Güntert liessen sich das nicht zweimal sagen: Sie verglichen die Angebote verschiedener Notrufzentralen, holten Offerten ein – und unterbreiteten der Mitgliederversammlung schliesslich zwei verschiedene Callcenter-Lösungen. Die Diskussion wogte unter den Mitgliedern hin und her – und nicht wenige Votanten wollten an der «bewährten Organisation» nichts ändern. Als dann aber abgestimmt wurde, hätten sie «einen Erdbebensieg» errungen, freut sich Carla Mosele noch heute. Gewählt wurde eine Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Callcenter Medphone, das unter anderem auch für die SSO-Bern tätig ist.

### Nächtliche Störungen deutlich verringert

Seither ist einiges einfacher geworden für die Luzerner SSO-Zahnärztinnen und –Zahnärzte: Sie leisten zwar nach wie vor einmal im Jahr Notfalldienst – aber nach

18 Uhr und bis acht Uhr morgens übernimmt Medphone die Triage der eingehenden Anrufe – und weckt den diensthabenden Zahnarzt, die diensthabende Zahnärztin nur dann, wenn wirklich ein Notfall vorliegt. Ausserkantonale Notfälle oder Patienten, die in die kieferchirurgische Abteilung des Kantonsspitals Luzern gehören, werden weiterverwiesen. Das habe die Zahl

ihrer nächtlichen Störungen deutlich verringert, meinen Güntert und Mosele. Die Lösung habe aber auch Vorteile für Patientinnen und Patienten: Die Mitarbeitenden des Callcenters nehmen sich mehr Zeit und gehen auf ihre individuellen Probleme ein – der professionelle Umgang gebe vielen Anrufenden Vertrauen. Die Gespräche werden zur Qualitätskontrolle aufgenommen

und so dokumentiert. Wichtig sei eine gute Schulung des Personals: Ein Briefing zu den geltenden Richtlinien des zahnärztlichen Notfalldienstes sei unabdingbar, so Güntert.

Dass die Luzerner Zahnärztesgesellschaft seit Neustem den zahnärztlichen Notfalldienst bewirbt, begrüssen Güntert und Mosele: «Die Zahnarztzentren werben sehr aggressiv mit der 24-Stundenbereitschaft» Dass die behauptete Notfallbereitschaft nicht immer eingehalten wird, haben sie selber erlebt: «Wenn wir Notfalldienst leisten, behandeln wir oft auch Patienten der Zentren.»

Die neue Organisation des offiziellen zahnärztlichen Notfalldienstes habe sich bewährt, zeigen sich Mosele und Güntert überzeugt: Sowohl Patienten wie Mitglieder seien zufrieden. Als persönliche Vision für die Zukunft sehen die beiden Zahnärztinnen die Eingliederung des Notfalldienstes in die kieferchirurgische Abteilung des Kantonsspitals Luzern: Wenn diensthabende Zahnärztinnen und Zahnärzte die Notfälle an einem fest eingerichteten Stuhl im Spital behandeln könnten, sei auch das Sicherheitsproblem gelöst.



Carla Mosele und Claudia Güntert mochten den Leuten am Telefon in der Nacht nicht mehr länger erklären, was der Unterschied zwischen einer 24-Stunden Notfallklinik und einem zahnärztlichen Notfalldienst sei – und sann auf Abhilfe.

Foto: zVg



**0848 582 489**  
**hilft an 365 Tagen im Jahr**  
**gegen Zahnschmerzen.**

Die SSO-Luzern sorgt rund um die Uhr für Ihre Zahngesundheit. Ist Ihr Zahnarzt nicht erreichbar, so hilft Ihnen unsere Notfallnummer für die Stadt Luzern und

Agglomeration **0848 582 489** und den Kanton Luzern **0848 585 263** ab 20 Uhr und an Wochenenden **0848 582 489**.

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft  
Société suisse des médecins-dentistes  
Società svizzera odontoiatri  
Swiss Dental Association  
**SSO** 125 Jahre  
Année  
Unsere Zahnärzte. Seit 125 Jahren.

[www.sso-luzern.ch](http://www.sso-luzern.ch)

Seit Neustem bewirbt die SSO Luzern ihren zahnärztlichen Notfalldienst.

Illustration GGK

## Zwischen professioneller Autonomie und Qualitätsmanagement

Wie erleben in Gruppenpraxen angestellte Grundversorger ihren beruflichen Alltag? Welche Haltung nehmen die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Bern gegenüber Gruppenpraxen ein? Die Soziologiestudentin Isabel Gilgen ging in ihrer Masterarbeit diesen Fragen nach. Doc.be veröffentlicht exklusiv Resultate aus dieser Arbeit.

Isabel Gilgen, M.A. en sociologie & Dr. med. Rainer Felber,  
Vizepräsident Ärztesgesellschaft



Isabel Gilgen



Rainer Felber

Die freiberufliche Tätigkeit war bei Ärzten früher die Norm. Diese erlaubte Ärztinnen und Ärzten, über die Art der medizinischen Behandlung selber zu entscheiden (Freidson 2001: 183-184). Gerade diese Fähigkeit, über ihre klinische Tätigkeit selber zu bestimmen und diese selber beurteilen zu können, ohne normalerweise anderen gegenüber Rechenschaft ablegen zu müssen (Harrison und Dowswell 2002: 209) führte zur ersten Fragestellung: Wie erleben Hausärztinnen und Hausärzte, die in Gruppenpraxen angestellt sind, ihren beruflichen Alltag? Wie wirken sich betriebswirtschaftliche Vorgaben, Richtlinien aufgrund von Evidence Based Medicine (EBM) und Qualitätsstandards auf ihre berufliche Autonomie aus? Wie gehen sie mit der Transparenz ärztlichen Handelns um, welche durch interne Prozesse wie Fallbesprechungen oder die elektronische Krankengeschichte etc. entsteht? Dazu hat die Soziologiestudentin sechs Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten durchgeführt, die – mit der Ausnahme des Inhabers einer Praxis – alle im Angestelltenverhältnis in grösseren Gruppenpraxen standen. Alle Praxen waren qualitätszertifiziert und arbeiteten mit den entsprechenden Instrumenten des Qualitätsmanagements.

### Zustimmung gegenüber Gruppenpraxen

In einem zweiten Schritt sollte untersucht werden, wie gross die Zustimmung gegenüber Gruppenpraxen unter den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten des Kantons Bern ist. Weitere Fragen betrafen die berufliche Situation der Ärzte sowie mögliche Faktoren, die für Qualität im Gesundheitswesen massgebend sind. Dazu wurde in Zusammenarbeit mit der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern zwischen Mitte August und Mitte September 2010 eine Umfrage durchgeführt. Einige zentrale Ergebnisse dieser Umfrage werden in diesem Artikel präsentiert.<sup>1</sup>

Der Fragebogen enthielt insgesamt 65 Fragen zu folgenden Themen: Soziodemographische Angaben, Haltung gegenüber Gruppenpraxen und Ärztenetzwerken, Qualität im Gesundheitswesen und mögliche kostensenkende Massnahmen. Er wurde per E-Mail an insgesamt 1'598 freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte des Kantons Bern verschickt. Teilgenommen an der Umfrage haben 405 Personen, was einer Rücklaufquote von 25.3% entspricht. Der Frauenanteil lag bei 26.5% – womit die Frauen im Vergleich zur Gesamtpopulation

repräsentativ vertreten waren. Gleiches gilt für die Verteilung der Altersgruppen. Die Rücklaufquote war bei den Ärzten mit dem Facharztstitel Allgemeine Medizin und Innere Medizin überdurchschnittlich hoch. Hingegen haben die Spezialistinnen und Spezialisten etwas weniger rege an der Umfrage teilgenommen. Am stärksten vertreten waren Ärztinnen und Ärzte aus der Stadt (rund 60%), gefolgt vom Land (21.2%) und der Agglomeration (21%). Rund 7% der Befragten waren in einer Bergregion des Kantons Bern tätig.

### Gruppenpraktiker fühlten sich besonders angesprochen

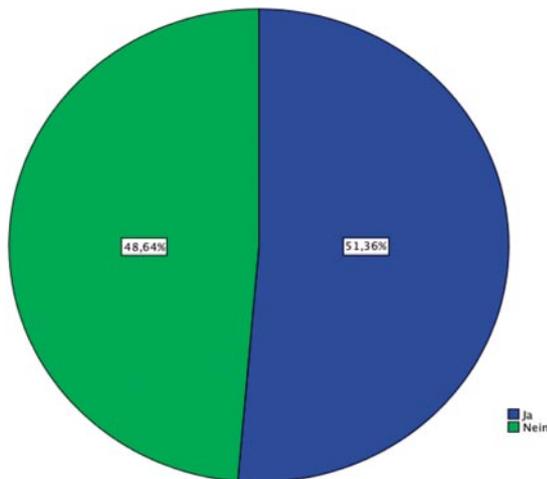
Knapp über die Hälfte (51.4%) der Umfrageteilnehmer war in einer Gruppenpraxis tätig, 48.6% führten eine Einzelpraxis. Da es im Kanton Bern immer noch mehr Einzelpraxen als Gruppenpraxen gibt, liegt die Vermutung nahe, dass sich Ärztinnen und Ärzte in Gruppenpraxen von der Umfrage besonders angesprochen fühlten. Diese Vermutung wird auch durch die Tatsache gestützt, dass sich die Mehrheit der Einzelpraktiker vorstellen konnte, in Zukunft in einer Gruppenpraxis zu arbeiten. Die Interpretation der Ergebnisse wurde deshalb im Allgemeinen sehr deskriptiv gehalten.

### Gruppenpraxen in der Stadt, Ärztenetzwerke auf dem Land

Wie bereits erwähnt, bezeichnete sich eine knappe Mehrheit der Teilnehmer der Umfrage als in einer Gruppenpraxis tätig. In den meisten Fällen handelte es sich um Doppelpraxen (rund 60%) und nur 10% der Fälle waren Gruppenpraxen mit mehr als vier Ärzten. Eine grosse Mehrheit arbeitete auf eigene Rechnung (rund 90%; n=208). Die berufliche Situation der Umfrageteilnehmer ist deshalb nicht vergleichbar mit derjeni-

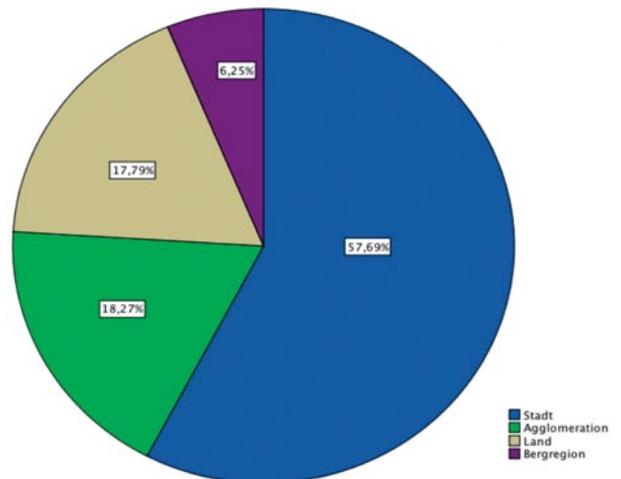
<sup>1</sup> Weitere Ergebnisse und Details zur Struktur des Fragebogens befinden sich in Form einer Synthese auf der Website der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Sind Sie in einer Gruppenpraxis oder  
Gemeinschaftspraxis tätig?



Quelle: Gilgen 2011

Ort der Gruppenpraxis



Quelle: Gilgen 2011

gen der interviewten Ärzte, die allesamt in mittleren bis sehr grossen Gruppenpraxen angestellt waren. 62% der Ärztinnen, die an der Umfrage teilgenommen haben, sind in einer Gruppenpraxis tätig. Demgegenüber führen 52.5% der Ärzte eine Einzelpraxis. Das Durchschnittsalter bei den Ärztinnen und Ärzten in Gruppenpraxen war etwas tiefer (zwischen 46-55 Jahren gegenüber 51-60 Jahren bei den Einzelpraktikern). Die zwischen 30 und 55-jährigen Ärztinnen und Ärzte waren mehrheitlich in einer Gruppenpraxis tätig.

Die meisten Gruppenpraxen befinden sich in einer Stadt (57.7%), lediglich 17.8% auf dem Land. 61% aller Landärzte mit Einzelpraxis sind einem Ärztenetzwerk angeschlossen (Stadt: 33.7%). Wenig überraschend sind Gruppenpraxen also ein eher städtisches Phänomen, während auf dem Land Ärztenetzwerke verbreiteter sind.

### Gruppenpraxen reizen besonders ältere Ärzte

Bei der Umfrage ging es unter anderem darum herauszufinden, wie gross die Akzeptanz gegenüber Gruppenpraxen bei den Einzelpraktikern ist. In den Einzelinterviews mit den erst seit wenigen Jahren praktizierenden Ärztinnen und Ärzten wurde das Modell der Gruppenpraxen als Selbstverständlichkeit bezeichnet. Die Fachliteratur nennt regelmässig die Feminisierung des Arztberufs als Grund für die Popularität, dies unter anderem auch deswegen, weil dieses Praxismodell besonders auf die

Bedürfnisse der Ärztinnen zugeschnitten ist, da es Teilzeitpensen ermöglicht.

Bei der Umfrage kam Überraschendes zu Tage: Besonders grosse Zustimmung fanden Gruppenpraxen bei den über 60-jährigen Ärzten (75% Zustimmung) und den über 65-Jährigen (64% Zustimmung). Die in zwei Interviews gemachte Behauptung, dass Gruppenpraxen für jüngere Ärztinnen und Ärzte mittlerweile eine Selbstverständlichkeit sind, hat sich in dieser Umfrage nicht bestätigen lassen; allerdings liess sie sich auch nicht widerlegen, da bei den 30 bis 40-Jährigen nur wenige Antworten vorlagen.

Ein weiteres überraschendes Ergebnis war die Tatsache, dass sich bei den Einzelpraxen sowohl eine Mehrheit der Frauen als auch der Männer vorstellen konnte, in Zukunft in einer Gruppenpraxis tätig zu sein. Obschon eine Mehrheit der Ärztinnen in dieser Umfrage in einer Gruppenpraxis tätig war, kann man aufgrund der Resultate dieser Studie bei Gruppenpraxen nicht von einer Folge der Feminisierung der Medizin sprechen. Vielmehr liegt die Vermutung nahe, dass Gruppenpraxen auf die grundsätzlich veränderten Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte besser zugeschnitten sind.

### Skeptische Spezialisten

Unterteilt man die Antworten in Gruppen nach Fachgebiet, so stellte sich heraus, dass Gruppenpraxen vor allem bei den in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten auf breite Akzeptanz stiessen (70%

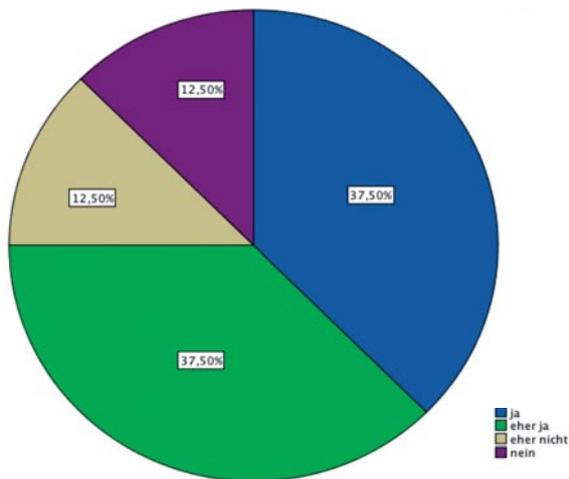
Zustimmung). Unter den nicht in der Grundversorgung tätigen Spezialisten konnten sich im Vergleich lediglich rund 44% vorstellen, in einer Gruppenpraxis zu praktizieren. Ausserdem lag bei den Spezialisten ein beträchtlicher Unterschied zwischen den Antworten der Männer und den Antworten der Frauen vor: 65% der Spezialistinnen konnten sich vorstellen, in Zukunft in einer Gruppenpraxis tätig zu sein, aber nur 34.7% ihrer männlichen Kollegen. Weil bei den Spezialisten jedoch relativ wenige Antworten vorliegen, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu werten.

Interessant waren auch die regionalen Unterschiede. Besonders die auf dem Land tätigen Einzelpraktikerinnen und Einzelpraktiker konnten sich vorstellen, in Zukunft in einer Gruppenpraxis tätig zu sein (knapp 70% Zustimmung). Da sich die meisten Gruppenpraxen in einer Stadt befinden, verwundert es nicht, dass die Nachfrage auf dem Land grösser ist. Es ist anzunehmen, dass die Arbeitsbelastung in peripheren Regionen höher sein wird, da es vergleichsweise weniger Spezialisten hat und die «Nachfrage nach Allgemeinmedizin von relativ wenigen Ärzten» abgedeckt wird (Jaccard Ruedin H. et al. 2007; zit. nach Hänggeli et al. 2010: 65).

### Autonomieverlust befürchtet

Über ein Drittel (36.5%) der Einzelpraktiker konnten sich nicht vorstellen, in einer Gruppenpraxis tätig zu sein. Der Männeranteil war hier mit 82% hoch, über die Hälfte

**Können Sie sich vorstellen, Ihren Beruf in Zukunft in einer Gruppenpraxis / Gemeinschaftspraxis auszuüben?**



Quelle: Gilgen 2011

(52.8%) war in der Stadt tätig. 45.8% waren in der Grundversorgung, 51.4% bezeichneten sich als Spezialisten. Beinahe 90% befürchteten, dass ihre berufliche Autonomie in einer Gruppenpraxis zu stark beeinträchtigt würde.

**Jeder Dritte arbeitet weniger als 40 Stunden**

Unter den 208 in Gruppenpraxen tätigen Ärztinnen und Ärzten befanden sich 53.8% oder 112 Grundversorger, 44.7% oder 93 Spezialisten und 3 Belegärzte. Beinahe ein Drittel arbeitete weniger als 40 Stunden pro Woche (Einzelpraktiker: 15%; n=197). Analysierte man die Zahlen etwas genauer, so zeigte sich, dass rund 64% der Ärztinnen in Gruppenpraxen (n=67) ein Pensum von weniger als 40 Stunden hatten (Männer: 11.3%; n=141).

**Zufriedenere Ärztinnen**

In den Einzelinterviews wurde die berufliche Befriedigung insgesamt positiv eingeschätzt. Man könne sich in einer Gruppenpraxis auf sein «Kerngeschäft» als Arzt konzentrieren und müsse sich weniger um das Administrative kümmern, wurde besonders hervorgehoben. In der quantitativen Umfrage sollte deshalb überprüft werden, ob die in einer Gruppenpraxis tätigen Ärzte ihre berufliche Situation im Vergleich zu den Einzelpraktikern positiver einschätzen. Generell schätzte eine Mehrheit aller Umfrageteilnehmer ihre berufliche Befriedigung als positiv ein (61.5%; n=405). Ärztinnen waren

generell zufriedener mit ihrem Beruf: Über 70% antworteten mit «positiv». Unterteilte man die Antworten nach Grösse der Praxis, so zeigte sich, dass die berufliche Befriedigung stieg, je grösser die Gruppenpraxis war. Das Gleiche galt bei der Einschätzung der beruflichen Perspektiven. Politisch gesehen liegen Gruppenpraxen im Trend, dies könnte ein erklärender Faktor sein. Ausserdem zeigte sich in den Interviews, dass insbesondere grosse Gruppenpraxen den Ärzten z.B. die Möglichkeit bieten, leitende Funktionen zu übernehmen. Dies dürfte sich sicher positiv auf die beruflichen Perspektiven auswirken. Weil die Anzahl der Antworten nicht genügend hoch war, kann allerdings nicht abschliessend beurteilt werden, ob es einen Zusammenhang zwischen Grösse der Praxis und der beruflichen Befriedigung resp. Perspektiven gibt.

**Uneinig über Effekte von Gruppenpraxen**

Deutliche Meinungsunterschiede kamen vor allem bei zwei Themen zum Vorschein: Über 60% der Ärztinnen und Ärzte in Gruppenpraxen waren der Meinung, ihr Modell trage zur Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen bei. Lediglich 21% der in der Einzelpraxis Tätigen teilten diese Ansicht. Auch bei der Qualitätsfrage zeigte sich ein ähnliches Bild: Beinahe 87% der Ärzte in Gruppenpraxen antworteten, diese Praxisform gehe mit besserer medizinischer Qualität einher. Lediglich 35.6% der Einzelpraktiker waren dieser Meinung. Eine Mehrheit aller Befragten war sich allerdings einig,

dass in Gruppenpraxen besonders der fachliche Austausch wertvoll sei und dass sich Familie, Freizeit und Beruf bei diesem Praxismodell besser miteinander vereinbaren lassen.

**Ausblick**

Aufgrund der eher bescheidenen Rücklaufquote müssen die aus den Resultaten gewonnenen Rückschlüsse sicher vorsichtig interpretiert werden. Auch ergibt sich ein gewisser Bias aus der Tatsache, dass über die Hälfte der Teilnehmer in einer Gruppenpraxis tätig war, womit sich diese Ärzte von der Umfrage besonders angesprochen fühlten. Nichtsdestotrotz lassen sich richtungsweisende Trends erkennen. Insgesamt liefert die Studie wichtige und zuweilen überraschende Resultate über die Akzeptanz von Gruppenpraxen. Sie bildet eine wertvolle Grundlage für künftige standespolitische Weichenstellungen. Die BEKAG will zusammen mit Frau Gilgen das umfangreiche Datenmaterial der Studie weiter auswerten. In loser Folge werden wir an dieser Stelle über standespolitisch wichtige Ergebnisse und Aspekte berichten.

GILGEN, Isabel (2011). Zwischen professioneller Autonomie und Qualitätsmanagement. Einblicke in den beruflichen Alltag von Hausärztinnen und Hausärzten in Gruppenpraxen. Masterarbeit. Unter der Leitung von Prof. Dr. Muriel Surdez. Universität Freiburg (CH).

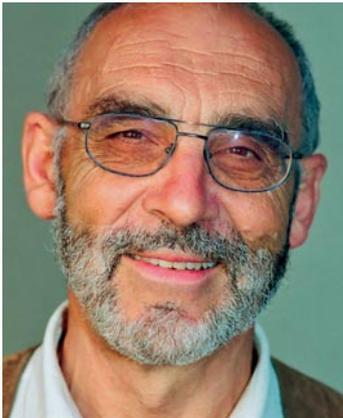
**Literaturverzeichnis:**

- FREIDSON, Eliot (2001). *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge: Polity.
- HÄNGGELI, Christoph, LANG, Gabriela, KRAFT, Esther und BRADKE, Sven (2010). *Freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte*. In: KOCHER, Gerhard und OGGIER, Willy (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2010 – 2012. Eine aktuelle Übersicht (59-71)*. Bern: Huber.
- HARRISON, Stephen und DOWSWELL, George (2002). *Autonomy and bureaucratic accountability in primary care: what English general practitioners say*. In: *Sociology of Health & Illness*. 24, 2, 208-226.

## Tinguely lässt grüssen

*Irrungen und Wirrungen allenthalben: Kolumnist Thomas Heuberger zieht in seinem Kommentar zur aktuellen Gesundheitsdebatte einen verblüffenden Vergleich.*

*Dr. med. Thomas Heuberger,  
Vorstandsmitglied und Grossrat Grüne Kanton Bern*



Thomas Heuberger

Gesundheitspolitik ist schwierig! Die Finanzen sind knapp, die Zuständigkeiten fraglich, die politische Planung unverständlich, was die Planungssicherheit reduziert. Dem nicht genug, missbrauchen viele dieses Wirrwarr zur persönlichen Profilierung.

Seit 20 Jahren befindet sich das Gesundheitswesen in Dauer-Reparatur: Eine Baustelle nach der anderen wird aufgerissen, niemals wird eine Wirkung abgewartet. Jeder selbsternannte Gesundheitspolitiker errichtet bei Unklarheiten sofort eine neue Baustelle. Spätestens auf der dritten Baustellenebene weiss niemand mehr, was Wirkung, Nebenwirkung, Komplikation, neues Problemfeld oder Kollateralschaden ist. Verwirrung total! Stichworte hierzu aus der schweizerischen und bernischen Gesundheitsdebatte gefällig?

- Initiative Hausarztmedizin / Gegenentwurf: Vom Bundesrat nicht begriffen und für eigene Ideen instrumentalisiert.
- Initiative Joder: Die Idee von Herrn Couchepin, vom Nachfolger dankbar aufgenommen.
- Managed-Care-Vorlage / Referendum MC-Vorlage: Grundversorger sind pro, Spezialisten contra. Das hält die FHM trotzdem nicht davon ab, eine verbandsinterne Urabstimmung durchzuführen. Wofür?
- Spitalliste Kanton Bern: Nötig oder schrötig? Die Mengenbegrenzung zur

Qualitätssicherung hat der Grosse Rat kürzlich versenkt.

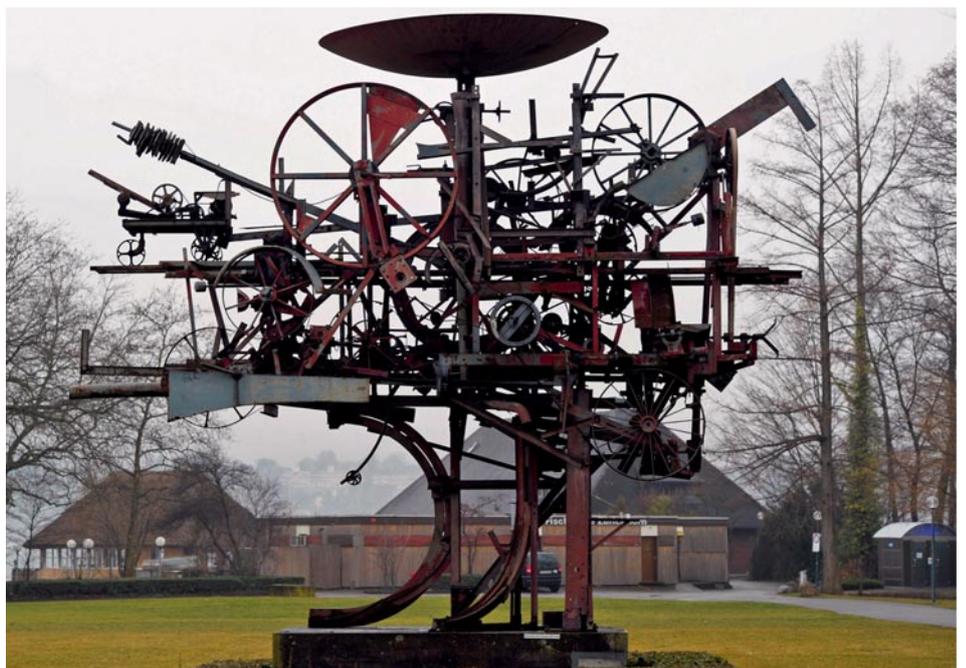
- Ist ein Spital Dienstleister oder gewinnorientierte Unternehmung? Der Grabenkampf zwischen Privatspitälern und öffentlichen Spitälern wird härter.
- Praxisassistenten und ihre Finanzierung: Der Bericht im Grossen Rat wurde positiv und optimistisch zur Kenntnis genommen. Im November folgt der Tragödie zweiter Teil: Nach der Finanzdebatte wird sich möglicherweise – aller Evidenz zum Trotz – nur eine Minimallösung finanzieren lassen, was die Wirkung minimalisieren dürfte.
- Welchen Hut soll der Kanton in der Spitallandschaft tragen? Betreiber? Besitzer? Aufsichtsorgan? Tariffestsetzer oder Rekursinstanz? Für die Bürokraten steht fest: Am liebsten alles!
- DRG als Chance oder Problem: Dogma gegen Dogma, ein Glaubenskrieg bahnt sich an.
- DRG-Moratorium: Die Notbremse bei erkanntem Geburtsfehler eines Systems,

obwohl es rechtlich nichts mehr zu bremsen gibt.

- Hickhack in der KVG-Revision: Ein Trauerspiel à la Macbeth, und der nächste Absturz droht bereits. Referendumsabstimmung, die im besten Fall eine Verzögerung notwendiger KVG-Revisionen bringt, im schlechtesten Fall diese auf Jahre verunmöglicht.

Die gesundheitspolitische Debatte hat bizarre Formen angenommen: Ist das noch Tinguely oder doch schon eher Kafka? Oder doch eher die postmoderne Geschichte des Euro?

Das Gesundheitssystem gleicht mehr und mehr einer Tinguely-Plastik, die zwar läuft und lärmt und bewegt und Bewunderung erregt. Die Übersicht ist längst verloren: Niemand kennt Mechanismus, Ziel und Wirkung, sofern eine vorhanden wäre. Und wehe, sie steht mal still: keiner kann sie reparieren, sie rostet still vor sich hin.



Thomas Heuberger: «Das Gesundheitssystem gleicht mehr und mehr einer Tinguely-Plastik.»  
Foto: Keystone

## Darum sind Kostendaten aus Managed-Care-Modellen wichtig

*Der Tarmed ist ein durchaus umstrittenes Tarifwerk, aber eine Errungenschaft hat er der Freien Ärzteschaft gebracht, eigene und gute Daten. Die Daten bilden allerdings nicht die gesamte Behandlungskette ab – ein Nachteil für künftige Taxpunktwert-Verhandlungen.*

Peter Frutig,  
Geschäftsführer PonteNova



Peter Frutig

Fast 10'000 Ärztinnen und Ärzte beteiligen sich heute schweizweit an der ärztzeigenen Datensammlung über ihr TrustCenter. Bis heute wurden weit über 100 Millionen Tarmed-Rechnungen in den Datenpool eingespeist. Die ärztzeigene Datensammlung hat ihren Wert X-Fach bewiesen. So konnten zum Beispiel mehrmals Taxpunktwert-Abwertungen mit guten Argumenten, welche nota bene der Datenpool der TC's lieferte, verhindert werden. Und noch viel wichtiger, über 300 Freie Berner Ärzte konnten, in sogenannten WZW-Verfahren, erfolgreich verteidigt werden.

### Das Gegenstück bröckelt

Das Gegenstück zur ärztzeigenen Datensammlung, der Datenpool von santésuisse, bröckelt. So ist zum Beispiel die Assura bereits 2009 ausgeschieden, die Sanitas will dies ab 2012 und von grossen Versicherern wie Helsana hört man, dass ähnliche Überlegungen immerhin zur Diskussion stehen. Laut Krankenversicherungsgesetz KVG sind die Versicherer aber verpflichtet die Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern zu prüfen. Was passiert nun wenn der Datenpool von santésuisse, mangels Repräsentativität, dazu nicht mehr in der Lage ist? Dann erst recht werden ärztzeigene Daten noch wichtiger. Aufgrund fehlender Repräsentativität könnte es vermehrt zu Forderungen nach Taxpunktwertberich-

tigungen kommen. Das beste Beispiel dafür findet sich mit dem Kanton Jura bereits in der Vergangenheit. Aufgrund der fehlenden Assura-Kostendaten schienen die Kosten im Jura stark angestiegen zu sein, der Ruf nach einer Taxpunktwert-Senkung seitens santésuisse war unüberhörbar. Was war effektiv geschehen? Die fehlenden Daten der Assura, mit vielen günstigen Risiken, führten zu einer statistischen, nicht effektiven, Kostensteigerung.

### Gesamte Behandlungskette abbilden

Was sind nun aber die Herausforderungen der Zukunft? Ein effektives Kostenmonitoring sowohl auf Ebene Kanton wie auch auf Ebene des einzelnen Leistungserbringers kann nur sinnvoll erfolgen, wenn die Behandlungskosten über die gesamte Behandlungskette abgebildet werden. Nur so können Kostenverschiebungen, zum Beispiel auch aus DRG, aufgezeigt werden. Heute erfolgt die WZW-Prüfung über den Datenpool von santésuisse. Was aber wenn dieser auseinanderbrechen sollte? Die Verpflichtung der Prüfung gemäss KVG wird bleiben, also werden die einzelnen Krankenversicherer dies selbst in die Hand nehmen müssen. Die grossen Versicherer monitorisieren schon heute die Kosten über die gesamte Behandlungskette und berücksichtigen dabei auch Medikamentendaten als Morbiditätsindikator. Kostendaten welche die gesamte Behandlungskette abbilden sind auch ärzteseitig vorhanden, Daten aus Modellen der Integrierten Versorgung (Managed Care). Diese Daten sind für die Freien Ärzte von eminenter Bedeutung, sowohl auf individueller Ebene als auch auf kantonaler Ebene. Nebst den Kostendaten (RoKo) werden diese bei künftigen TP-Wert-Verhandlungen eine gewichtige Rolle spielen. Wie steht es um diese Daten im Kanton Bern? Aktuell leider wenig erfreulich. Zwar gibt es im Kanton Bern mittlerweile einige Ärztenetze, doch nur ein Teil davon stellt den Freien Berner Ärzten auch die entsprechenden Daten zur Verfügung. Durch die Zusammenarbeit mit ausserkantonalen Betriebsgesell-

schaften oder anderer Organisationsformen gehen deren Daten den Freien Berner Ärzten verloren. Diese könnte bei künftigen Taxpunktwert-Verhandlungen ein entscheidender Nachteil sein. Bisher konnten die «Angriffe» von santésuisse jeweils erfolgreich abgewehrt werden. Doch was passiert wenn einzelne Krankenversicherer oder Gruppierungen verschiedener Versicherer, die TPW-Verhandlungen selbst an die Hand nehmen?

### Regionale Vernetzung

PonteNova bietet mit seinem Geschäftsbereich PonteNet allen Netzwerken ein schweizweites Vergleichsnetz, welches sie durch einen Top-MC-Spezialisten durchführen lässt, absolut vergleichbare Kassen-Verträge und überdurchschnittlich günstige weitere Dienstleistungen an. Wir können allen Netzwerken Verträge mit sämtlichen relevanten Versicherern anbieten. Ausserdem ist effektive Integrierte Versorgung ein regionales Thema, welches beste Kenntnisse der lokalen Gegebenheiten und eine gute Vernetzung voraussetzt, dies wiederum setzt lokale Partner voraus. PonteNova kann dies mit ihrem Geschäftsbereich PonteNet bieten. Im Besitz von rund 600 Freien Berner Ärzten ist sie seit jeher bestrebt die Interessen der Freien Ärzteschaft zu vertreten.



*Ein effektives Kostenmonitoring kann nur sinnvoll erfolgen, wenn es die Behandlungskosten über die gesamte Behandlungskette abbildet.*

Foto: Fotolia.com

## «Ärzte sind typische KMU»

*Toni Lenz wurde an der letzten Delegiertenversammlung zum neuen Präsidenten der Berner KMU gewählt. Doc.be sprach mit dem neuen Vorsitzenden über persönliche Beweggründe, verbandspolitische Ziele und den Stellenwert der Ärztesgesellschaft im Gewerbeverband.*

*Markus Gubler,  
Presse- & Informationsdienst*

### **Weshalb engagieren Sie sich für die Berner KMU?**

Lenz: Mich haben die Anliegen der KMU immer interessiert. Seit vielen Jahren setze ich mich in diversen Funktionen für die Belange der KMU ein. Zwischen 1989 und 2004 war ich OK-Präsident der Oberemmentalische Gewerbe- und Landwirtschafts-Ausstellung OGA. Drei Jahre später gehörte ich zum Organisationskomitee der 125-Jahr-Jubiläumsfestivitäten der Berner KMU. Dadurch knüpfte ich Kontakte zu den Verantwortlichen der Berner KMU.

### **Was hat Sie dazu bewogen, sich für den Vorsitz der Berner KMU zur Verfügung zu stellen?**

Mehrere Gründe haben eine Rolle gespielt: Zum einen kann ich auf die professionelle Unterstützung der Geschäftsstelle und des Direktors Christoph Erb zählen. Mir bietet sich die einmalige Gelegenheit zusammen mit den Persönlichkeiten im leitenden Ausschuss etwas zu bewegen. Meine berufliche und politische Nachfolge habe ich schon vor der Wahl aufgegleist und kann meine Zeit schrittweise neu einteilen. Diese möchte ich nun für die Interessen der Berner KMU einsetzen. Und schliesslich ist auch meine Frau damit einverstanden, dass ich aufgrund meines Engagements wiederholt abwesend bin.

### **Welche verbandspolitischen Ziele verfolgt der neue Präsident?**

Für eigene Schwerpunkte ist es noch zu früh. Als Quereinsteiger werde ich mich als erstes in die laufenden Prozesse einarbeiten und zudem versuchen, Bedürfnisse der Basis zu erkennen. Persönlich werde ich gegen die zunehmend einschränkenden Rahmenbedingungen kämpfen. Jeder Schritt eines Unternehmers unterliegt irgendeinem Gesetz oder einer Verordnung und die Vorgaben für die Zwischenschritte sind im Gang.

Ein weiteres Hauptanliegen – das ist jedoch nicht neu – muss in der Attraktivierung der Lehrstellen liegen. Die Jugendlichen (und



«Ärzte haben neben ihren fachspezifischen Anliegen die gleichen Probleme und Herausforderungen wie Bäcker, Schreiner, Treuhänder und Brennstoffhändler», meint der neue Berner KMU-Präsident Toni Lenz.

Foto: zVg

speziell ihre Eltern) müssen zunehmend von den ausgezeichneten Perspektiven einer Berufslehre überzeugt werden.

### **Welchen Stellenwert hat für Sie die Ärztesgesellschaft innerhalb der Berner KMU?**

Die Ärzte sind typische KMU. Neben ihren fachspezifischen Anliegen haben sie die gleichen Probleme und Herausforderungen wie Bäcker, Schreiner, Treuhänder und Brennstoffhändler, um nur einige Beispiele zu nennen. Arbeitsrecht, Bauvorschriften, Steuern und andere Abgaben, administrative Belastungen, Energieversorgung, Infrastruktur, Bildung etc. Berner KMU hat

#### **Zur Person**

Der gelernte Vermessungszeichner und Ingenieur HTL sitzt in der Geschäftsleitung der Flamol-Mineralöl AG, ist verheiratet, hat vier erwachsene Kinder und vier Grosskinder und wohnt in Langnau. Seine Freizeit verbringt er am liebsten am, im und auf dem See.

mit dem Beitritt der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern die Berufsgruppe Gesundheit gebildet. Ihr Vorsitzender, Dr. Jürg Schlup, ist Mitglied des Leitenden Ausschusses von Berner KMU. Inzwischen sind weitere neue Mitglieder zu dieser Gruppe gestossen, die bernischen Tierärztinnen und Tierärzte und die Gesellschaft der Zahnärzte. In die Erarbeitung gesundheitspolitischer Positionen werden auch Verbände der Apotheker und der Drogisten einbezogen. Die Arbeitsteilung ist klar: Die Berufsverbände befassen sich mit den typischen Branchenangelegenheiten. Als Dachverband nimmt sich Berner KMU wichtigen Anliegen an, die Unternehmerinnen und Unternehmer unabhängig von ihrer Branchenzugehörigkeit haben.

### **Nach Aussage des ehemaligen BEKAG-Präsidenten Jürg Schlup seien Sie gegenüber gesundheitspolitischen Anliegen sehr offen. Was meint er damit?**

Berner KMU hat sein Engagement im Bereich der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen deutlich verstärkt. Bei gegensätzlichen Interessen von Mitglied-

sorganisationen halten wir uns zurück, für die eine oder andere Seite Stellung zu nehmen. Wir setzen uns primär dort ein, wo für alle unsere Mitglieder bessere Entwicklungschancen ermöglicht werden können. Für eine bessere und effizientere Spitalversorgung, gegen Tendenzen in Richtung Staatsmedizin, für die Stärkung der Hausarztmedizin.

#### Was erwarten Sie von der Ärztesellschaft als Mitglied der Berner KMU?

Die Zusammenarbeit ist sehr gut, auch Dank dem umsichtigen Engagement von Dr. Jürg Schlup in unserer Verbandsleitung. Ich freue mich, wenn ich diese Zusammenarbeit als Präsident von Berner KMU fortsetzen darf. Für konkrete Maßnahmen ist es noch zu früh. Erste Berührungspunkte wird es bei meiner Vorstellungsrunde im Regierungsrat geben, wo ich bei Gesundheitsdirektor Perrenoud unsere gesundheitspolitische Forderungen einbringen kann.

#### Wo sehen Sie die grössten Herausforderungen für die Berner KMU – mittel- und langfristig?

Die Rahmenbedingungen (Infrastruktur, Vorschriften, Steuern, Energie usw.) für KMU's müssen besser werden. Gerade zum Erreichen solcher Ziele wird sich der Zusammenschluss möglichst aller Branchenorganisationen als wertvoll erweisen. Berner KMU ist ein wichtiger Ansprechpartner für die Politik und zunehmend ein stabiles Rückgrat der Wirtschaft.

### Impressum

doc.be, Organ der Ärztesellschaft des Kantons Bern  
Herausgeber: Ärztesellschaft des Kantons Bern,  
Bolligenstrasse 52, 3006 Bern / erscheint 6 x jährlich  
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der  
Ärztesellschaft 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: Claudia Bernet, Bern  
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern  
Ausgabe Oktober 2011

#### RoKo-Daten

Ihre RoKo-Daten können Sie noch bis am **15. Dezember 2011** wie gewohnt in Papierform oder elektronisch einsenden. Bei Fragen hilft Ihnen das BEKAG-Sekretariat gerne weiter. Telefon 031 330 90 00.



#### Für Sie sind wir am Puls der Zeit.

Damit Sie Ihren Patienten noch mehr bieten können, leihen wir Ihnen unsere neusten Monitoring-Geräte. Und diese können auf verschiedenste Weise die Herzaktivität überwachen. Dass unsere Fachleute auch noch die Ergebnisse auswerten, ist selbstverständlich.

**medics labor**

professionell und persönlich

Medics Labor AG  
Chutzenstrasse 24  
3001 Bern

T 031 372 20 02

F 031 371 40 44

www.medics-labor.ch

info@medics-labor.ch

## Beratung der Ärztekasse: Das Rezept gegen das Chaos



Einfache Gemüter halten Ordnung,  
Genies fragen die Ärztekasse

Die effiziente und konsequente Leistungserfassung und Abrechnung ist mitentscheidend, ob die Buchhaltung am Jahresende rote oder schwarze Zahlen zeigt. Die Ordnung in den Patientendossiers spart Zeit und bringt Sicherheit. Das erfolgreichste Rezept gegen das Chaos im Praxisbüro ist die Ärztekasse.

Beratung + Service + Software = Ärztekasse

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

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

## Die Rechtsberatungsstelle der Ärztesgesellschaft



Dr. iur. Oliver Macchi,  
Rechtsberatungsstelle Ärztesgesellschaft  
des Kantons Bern

«Auf Ende Jahr werde ich meine Allgemeinpraxis aufgeben, leider habe ich keinen Nachfolger gefunden. Wie lange muss ich die Krankengeschichten aufbewahren und wo?»

Dr. iur. Oliver Macchi, Rechtsberatungsstelle Ärztesgesellschaft des Kantons Bern: «Grundsätzlich sind die Behandlungsaufzeichnungen so lange aufzubewahren, als sie für die Gesundheit der Patienten von Interesse sind, für Erwachsene aber mindestens 10 und für Kinder (d.h. Patienten unter 18 Jahren) mindestens während 20 Jahren. Ebenfalls für mindestens 20 Jahre aufzubewahren sind den Geburtsverlauf betreffende Krankengeschichten. Dies ist

geregelt im Gesundheitsgesetz und in der Patientenrechtsverordnung des Kantons Bern. Die Behandlungsdokumentationen müssen so aufbewahrt werden, dass dem Patienten der Zugang ermöglicht werden kann und gleichzeitig das Berufsgeheimnis gewahrt bleibt. Da Ihre Praxis aufgelöst wird und Sie die Akten nicht mehr dort aufbewahren können, wenden Sie sich bitte an unser Sekretariat, welches Ihnen mit einer Adresse behilflich sein wird.

**Für Ihre juristischen Anliegen wenden Sie sich bitte schriftlich an [info@berner-aerzte.ch](mailto:info@berner-aerzte.ch) oder telefonisch 031 330 90 00.**

## BEKAG-Newsletter – das brandaktuelle Informationsmedium

Seit kurzem erhalten Sie von der BEKAG elektronische Post. Der neue BEKAG-Newsletter informiert in unregelmässigen Abständen über wichtige standespolitische Neuerungen, leitet Medienmitteilungen weiter oder macht auf aktuelle Weiter- und Fortbildungsangebote aufmerksam. Für Änderungen Ihrer Angaben oder technische Fragen zum Newsletter:

[info@berner-aerzte.ch](mailto:info@berner-aerzte.ch)  
oder telefonisch 031 310 20 99.



ÄRZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS  
DU CANTON DE BERNE

Bölggenstrasse 52  
CH-3008 Bern  
T 031 330 90 00  
F 031 330 90 03

bekag@hin.ch  
www.berner-aerzte.ch

### Die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin SGNOR sucht InstruktorInnen und Instruktoren für Dienststärkurse

###USER\_title### ##USER\_last\_name###

Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin SGNOR  
Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage SSMUS  
Società Svizzera di Medicina d'Urgenza e di Salvataggio SSMUS

Die SGNOR bietet seit 2005 den Dienststärkurs an, der in 2 x 2 Tagen die niedergelassenen Grundversorgenden befähigen soll, die Zeit bis zum Eintreffen des Spezialteams positiv zu nutzen. Dabei wird vor allem auf die Tatsache geachtet, dass niedergelassene Grundversorgende in aller Regel allein als Fachkraft auf dem Platz sind.

Damit der Dienststärkurs seine Aufgabe erfüllen kann, braucht er InstruktorInnen und Instruktoren, die das spezifische notfallmedizinische Wissen mitbringen, jedoch auch aus eigener Praxiserfahrung wissen, was Grundversorgende wirklich anwenden können. Der Notfallkurs für Grundversorgende ist als notfallmedizinischer Kurs für den Facharzttitel "Allgemeine Innere Medizin" von der Plattform Rettungswesen der FMH im Auftrag des SIVF FMH akkreditiert.

Die **InstruktorInnen** im DAK der SGNOR ist eine hervorragende Möglichkeit, notfallmedizinisch wieder etwas mehr „tun“ zu können – und dabei im Kontakt mit den jungen Kolleginnen und Kollegen auch viel dazu zu lernen.

**Wir appellieren an Sie, das InstruktorInnen-Team des DAK SGNOR zu verstärken.**

Am **22. Oktober 2011** findet der nächste, ganztägige InstruktorInnenkurs DAK in **Olten** statt. Der Kurs ist für die **Teilnehmenden kostenlos**, vergütet werden die Reisespesen Wohnort – Kursort SBB 1. KL Halbtax retour.

**Dienststärkurs DAK der SGNOR:**  
Flyer Dienststärkurs DAK der SGNOR (pdf-Datei, 133 KB)

Falls wir Ihr Interesse wecken konnten, und Sie mehr über eine Tätigkeit als Instruktorin / Instruktor DAK SGNOR wissen möchten, stehen wir gerne für weitere Auskünfte zur Verfügung:

Gabriela Kaufmann-Hostettler  
Geschäftsführerin  
Tel. 031 332 41 10/11  
Mail: [info@gkaufmann.ch](mailto:info@gkaufmann.ch)