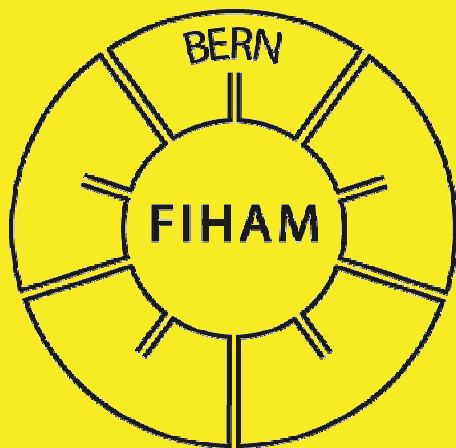


#6



Inhalt

- 2_Generalversammlung in Magglingen
- 3_Medizinisch- ethnologisches Symposium
- 4_Pontenet; Die Visana erkundigt sich ...
- 5_Hirtenbrief zum tiers garant
- 6_Treffen mit SAS; 1-Minuten-Umfrage
- 7_Tarmed und Akupunkturbehandlungen

- 8_FIHAM Lux
- 10_Communiqué FIHAM und med. Fakultät Uni Bern
- 11_Vision und Realität der FIHAM
- 12_Berner Hausärzte erobern das erste Studienjahr
- 13_Kontakte zu FIHAM
- 14_BEKAG und Medphone



In eigener Sache

Dr. med. R. Tognina, Steffisburg

Bundesrat Couchepin hat den Ärzten den (Tarif)krieg erklärt.

Mit magistraler Arroganz kürzt der Bundesrat die Labortarife per Dekret ab 1. Januar 2006 um 10 %. Eine Ohrfeige für all jene, die sich um die Einhaltung der Kostenneutralität bemüht haben. Wollen wir dies einfach so hinnehmen? Wenn eine Laboruntersuchung aus technischen Gründen zweimal gemacht werden muss, ist sie bereits heute nicht mehr kostendeckend. Wir sind aber um Qualität bemüht.

Der VBH plant für Februar 2006 die Aktion: „**Europäische Verhältnisse im Labor des Hausarztes**“. Diese dient verschiedenen Zielen: dem Bundesrat soll über die öffentliche Presse, über individuelle Information unserer Patientinnen und Patienten und über die für die Krankenkassen entstehenden Kosten aufgezeigt werden, dass das Präsenzlabor in der Praxis kostengünstig und effizient ist. Bei der Aktion soll der Aufwand in Grenzen gehalten werden, für die Kundschaft wie auch für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte. Die Senkung der Tarife ist nur der erste Schritt zur Abschaffung des Praxislabor. Für Ideen und Anregungen wenden Sie sich an ein Vorstandmitglied, den Präsidenten Marcus Grossenbacher oder an das Sekretariat (Adressen auf der Homepage, siehe Impressum).

Internes

Anlässlich der letzten Generalversammlung des VBH in Magglingen wurde der Vorstand ergänzt. Eingetreten sind Ueli Bodmer, der als Geschäftsführer der FIHAM eine enge Verbindung zur medizinischen Fakultät garantiert und Petrign Töndury, Präsident der Berner Pädiater. Die Pädiater fühlen sich vom VBH zu wenig vertreten und wollen darum (noch?) nicht fusionieren. Das gegenseitige Klima ist aber durch offenen und konstruktiven Dialog geprägt, so dass auch bei nicht getätigter Fusion die Zusammenarbeit besiegelt ist.

Zusammenfassung 3. Generalversammlung des VBH, 08.09.2004 in Magglingen

Dr. med. Urs Dürrenmatt, Protokollführer

DMA-Rechtsgutachten

Das vom VBH in Auftrag gegebene Rechtsgutachten für die direkte Medikamentenabgabe DMA wurde vom Büro Bratschi, Emch und Partner, Bern, erstellt. Aus der Entwicklung im Kanton Zürich kann kaum Gutes für die Berner Ärzteschaft abgeleitet werden. Eine Änderung der DMA wäre nur auf dem Gesetzesweg möglich, die Aussichten dazu sind schlecht. Am 15.03.05 wurde das Bundesgerichtsurteil zur Beschwerde des Apothekerverbandes in Zürich kommentiert. Eine räumliche Aufteilung zwischen Orten mit und ohne DMA findet sich auch im Kt. Bern. Eine Änderung müsste via Parlament oder Volksabstimmung (Initiative) erfolgen. Eine Initiative wäre evtl. via KMU möglich.

KMU-Beitritt

Die letztjährige GV des VBH beschloss, einen Antrag für einen Beitritt zu den KMU bei der BEKAG zu stellen. Die-

ser Antrag war erfolgreich. Die Berner Ärzteschaft ist nun Mitglied bei den KMU.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Kriterien WZW (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) müssen gemäss KVG durch die Ärzteschaft erfüllt sein. Die Santésuisse kontrolliert dies, aber nur anhand von arithmetischen Mittelwerten. Bisher nicht erfasst oder ausgewertet wurden Alter, Geschlecht, Diagnose, Morbidität, Urbanität, ambulante/stationäre, andere Therapien, bildgebende Verfahren, Notfalldienst. Der VBH verlangt faire Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Qualitätssicherung ist unumgänglich. Das Vorgehen der SAS ist ungerecht und schwierig im Hinblick auf die Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Korrekturen erfolgen durch Abschieben von schlechten Risiken, was problematisch ist. Wir streben Kooperation statt Konfrontation an und wollen eine Sensibilisierung von BEKAG, SGAM, SGIM, FMH, Politikern und Bevölkerung bewirken. Ein Gespräch mit einer SAS-Delegation Kt. Bern fand am 18.05.2005 statt. Dabei wurde ein Pilotprojekt mit Morbiditätsindikatoren durch Auswertung



der Daten unserer TrustCenter vorgeschlagen. Im Herbst findet ein erneutes Treffen mit der SAS statt.

City Notfall AG

Der Vorstand des VBH entschied sich gegen eine finanzielle Beteiligung an der City Notfall AG, nachdem der Einsitz in den VR nicht erwünscht war. Der VBH, der MBV Bern Stadt und der ABV Bern Land werden je einen Delegierten in das Advisory Board (ohne Entscheidungskompetenz) der CityNotfall entsenden.

Berner Pädiater und VBH

P. Töndury als neuer Präsident der Berner Pädiater sah die Argumente für einen Schulterschluss mit dem VBH ein. Eine schriftliche Urabstimmung unter den Pädiatern ergab ein deutliches Mehr für einen Beitritt zum VBH. Die Auflösung des VKBK stiess jedoch auf Widerstand und es formierte sich ein neuer Vorstand. Die Kinderärzte legen Wert auf soziale Kontakte untereinander und auf eigene Qualitätslabel. P. Töndury ist wegen der neu geknüpften guten Kontakte zu uns nun als Einzelmitglied dem VBH beigetreten und lässt sich in den VBH-Vorstand wählen.

Ehrungen

Grossenbacher schlägt M. Maritz als erstes (weibliches) Ehrenmitglied des VBH vor. M. Maritz war Präsidentin der BEGAM und aktives Vorstandsmitglied während Jahren, aktuell ist sie Leiterin der Arbeitsgruppe Fortbildung der SGAM. M. Grossenbacher dankt ihr für ihren Einsatz und die vielen z.T. ehrenamtlich geleisteten Stunden. M. Maritz wird einstimmig als Ehrenmitglied gewählt.

Wahlen

P. Töndury und U. Bodmer werden in den VBH-Vorstand gewählt. U. Bodmer als neuer Geschäftsführer der FIHAM seit 01.07.05 hat die operative Leitung der FIHAM mit integrativen Funktionen gegenüber VBH, Politik/Grossem Rat und WONCA. Th. Bangerter und U. Dürrenmatt werden als neue BEKAG-Delegierte des VBH gewählt. Paul Brütsch tritt als FIHAM-Mitglied zurück. F. Steiner wird vorgeschlagen als neues FIHAM-Ratsmitglied.

Finanzen

Der VBH steht dank Kongressgewinn gut da. Die Rechnung wird genehmigt. VBH und BEKAG basieren auf demselben Sekretariat. Nach mehreren Umzügen sucht die BEKAG ein Ärztehaus als fixes Domizil. Dem VBH-Vorstand wird die Kompetenz erteilt, der BEKAG für diesen Hauskauf ein verzinsliches Darlehen in der Höhe

von CHF 100'000.- zu geben. Eine abschliessende Anschubfinanzierung 2005/2006 für die FIHAM Bern von einmaligen CHF 15'000.- wird einstimmig genehmigt. Der Mitgliederbeitrag 2005/06 bleibt bei CHF 100.00. Das Budget 2005/06 wird genehmigt.

Hausarzt-Motionen im Grossen Rat des Kantons Bern

Eine Motion von Th. Heuberger fordert eine Analyse, warum es zu wenig Hausärzte gibt. Eine zweite Motion Kilchherr, SVP Thun, fordert Anreize für Grundversorgerpraxen und Grundversorger, dies mit 1.4 Mio. für das Berner Modell. Franziska Fritschi, FDP, fordert, dass aus der FIHAM ein Ordinariat geschaffen wird und 2% des Budgets der ED an die Fakultät gehen. Alle drei Motionen wurden mit grossem Mehr überwiesen. Th. Heuberger hat zudem eine dringliche Motion eingereicht, dass die unselige Situation mit den Zulassungsnummern verbessert wird. Diese Motion wird erst im November behandelt. Heuberger wünscht, dass sich die Ärzte mehr politisch engagieren.

Varia

Ein Antrag für den Verzicht auf die Position 00.0030 oder Aufwertung auf volle 5 Minuten blieb aus den entsprechenden Gremien ohne Antwort. U. Dürrenmatt stellt die 1-Minuten-Umfrage des VBH vor. Sie zeigt, dass die Sprechstundentätigkeit im Durchschnitt bei nur 87.6% liegt. Die kantonalen Zahlen für die Ärztedichte müssten deshalb um 12.4% nach unten korrigiert werden. Kollegen, die über 100% Sprechstundenarbeit angegeben haben, heben die Durchschnitts-Prozentzahl Sprechstundentätigkeit. Die Zahlen müssten also eher noch mehr nach unten korrigiert werden. Der Frauenanteil ist bei den jüngeren Jahrgängen prozentual deutlich höher, damit wird die durchschnittliche Präsenz in % und in h in den nächsten Jahren weiter abnehmen. In den nächsten 10 Jahren werden 201 Ärztinnen und Ärzte, die an der Umfrage teilgenommen haben, ihre Praxis aufgegeben haben. Bruno Kissling wirbt für den WONCA-Europe-Kongress 2009 mit dem Thema „Die Faszination der Komplexität“, der in der Schweiz stattfinden wird.

Narratives

*Ein medizinethnologisches Symposium
Freitag 20.1. und Samstag 21.1.06 Uni Bern*

Narratives ist Forschung über Erzählen, Erzähltraditionen, Erzählformen und – inhalte. Narratives ist ein wichtiges Forschungsgebiet in den Sozialwissenschaften, besonders der Ethnologie, geworden. Die interdisziplinäre

Weiter Seite 14



Datenparität in Hausarztmodellen / Netzwerken durch PonteNet

Donat Gensch, Medizinischer Leiter PonteNet, donat.gensch@hin.ch

Wer von santésuisse und Herrn Amstutz wegen Überarztung vorgeladen wird, hat es nicht leicht, das Gegenteil zu beweisen. Denn die Umsatzzahlen und andere Parameter einer Praxis helfen wenig und sind gerichtlich nicht anerkannt. Hier fehlt die Parität in den Daten. Das Berner TrustCenter PonteNova hat sich dank der Tarmed-Rechnungsdaten der Berner Ärzteschaft erfolgreich gegen santésuisse durchgesetzt und den neuen Taxpunktwert halten können. Erstmals hatten die Ärzte eigene, ebenbürtige Daten. Wenn sich nun Ärzte in Netzwerken zusammenschliessen, brauchen sie die gleiche Professionalisierung der Daten.

Im wesentlichen gibt es zwei Gründe für Ärztenetzwerke:

1. Wenn der Kontrahierungszwang fällt, haben Nicht-Netzwerkärztinnen schlechtere Karten um in der Grundversicherung abrechnen zu können. Die bessere Organisation im Verbund bringt Vorteile für alle. In der KVG-Revision (Botschaft 2B - MC) ist die Verankerung der „Versicherungsmodelle mit integrierten Versorgungsnetzen“ vorgesehen.
2. Ein Engagement in Ärztenetzen ist sinnvoll, weil wir eine Verantwortung für die Entwicklung der Gesundheitskosten und die Gestaltung des kantonalen Gesundheitssystems übernehmen können und müssen.

In den Kantonen Aargau, Thurgau und Zürich bestehen schon seit längerer Zeit ärzteigene Betriebsgesellschaften für Netzwerke. Auch im Kt. Bern gibt es von Ärzten aufgebaute Hausarzt-Netzwerke. z.B. mednetbern (Bern-West), beodoc (Oberland), Igomed Thun, HAV Hausärzteverein Biel Seeland, Grauholz und oberes Emmental, ärztlicher Bezirksverein Oberaargau und Bern-Land. Diese unterscheiden sich in deren Organisationsgrad, Zielsetzung und Verträgen mit Kassen. Doch allen gemeinsam ist das Milizsystem: die Arbeit bleibt als Frondienst an wenigen Leaderpersonen hängen, deren Kapazitäten begrenzt sind.

PonteNova hat am 23.8.2005 nach sechsmonatiger Projektarbeit durch die Ärzte Daniel Flach, Biel, Christoph Hug, Madiswil und Donat Gensch, Bern, unter der Führung von Peter Frutig, operativer Leiter der PonteNova und der Assistenz von Karl Metzger, BlueCare, einen neuen Geschäftszweig namens **PonteNet** eröffnet.

PonteNet ist eine Betriebsgesellschaft, die die Ärzte von administrativen und organisatorischen Aufgaben eines Netzwerkes entlastet: z.B. Aufbau, Organisation, Administration, Promotion und Kommunikation des Netzes, Beratung und Verhandlungssupport mit Kassen, Datenmanagement, gemeinsamer Leistungseinkauf. Nicht zuletzt können die Netzwerke auch im Betrieb von Qualitätszirkeln, bei der Einführung von Qualitätsindikatoren oder MC-Instrumenten unterstützt werden. Die Qualitätsentwicklung und deren Sicherung ist ein Hauptmerkmal von Ärztenetzwerken und gleichzeitig ein entscheidender Erfolgsfaktor für deren langfristige Existenz. Der Datenaustausch in einheitlicher Form und die Qualität der Statistiken wird durch eine bewährte Software garantiert. Der Arzt meldet die Überweisungen seiner Patienten elektronisch und einheitlich für alle angeschlossenen Kassen. Beim Anklicken des Patienten werden gleichzeitig die bisherigen Kosten (Physiotherapie, Spitäler, Spezialisten, etc) sichtbar. Der Datenschutz ist gewährt. Daten können nur im Einverständnis mit den betroffenen Ärzten und anonymisiert für definierte Kreise herangezogen werden.

Die Kassen sind bereit, Steuerbeiträge zu entrichten, welche eine Betriebsgesellschaft ausreichend finanzieren. Somit entsteht keine finanzielle Belastung für die Ärzte. Im Gegenzug verlangen die Versicherer aber eine Professionalität in den Netzen. Für weitere Auskünfte steht PonteNet gerne zur Verfügung.

Die Visana erkundigt sich

Dr. med. F. Steiner Vizepräsident VBH

Mitglieder unseres Vereins haben von der Visana Post erhalten. Darin werden sie aufgefordert, Stellung zu nehmen, weshalb sie die Positionen für Konsultation erste, weitere und letzte 5 Minuten (Tarmed Positionen 00.0010/20/30) sehr häufig verwenden. Anhand von Rechnungskopien werden sie zudem zur Stellungnahme (detaillierte Begründung der Verrechnung) aufgefordert.

Diese „Wirtschaftlichkeitskontrolle“ ist nun so ziemlich die seltsamste Art von Druckversuch, um es sehr nett auszudrücken. Man könnte als geneigter Kommentator annehmen, dass die beanstandete Konsultationsdauer (durchschnittlich 12,5 Minuten) irgendwie zu teuer und völlig überhöht sein müsse, um bei der Visana eine Nachfrage auszulösen. Angesichts der Trust-Center Zahlen (Durchschnitt aktuell 14.7 Min.) ist aber genau



das Gegenteil der Fall. Möchten die Damen und Herren von der Visana etwa, dass die angeschriebenen Kollegen ihre Verrechnung auf den Durchschnitt gemäss Trust-Center erhöhen? Dies kann ja nicht ernsthaft der Fall sein.

Wir raten allen Empfängern solcher Schreiben, auf die verlangte Begründung zu verzichten. Grundsätzlich sind neben der codierten Diagnose Angaben nur an den Vertrauensarzt zu machen. Ein freundliches Antwortschreiben an die Versicherung, was eigentlich das Ziel solcher abstruser Anmahnungen sein soll, könnte vielleicht auch bei diesen Leuten den Gedanken wecken, dass man sich unnötige Arbeit zugunsten sinnvollerer Aktivitäten ersparen könnte.

Zudem fordern wir alle unsere Mitglieder auf, solche Briefe (falls erwünscht anonymisiert) unserem Vorstand zukommen zu lassen. Nur so sind Stellungnahmen von Seiten des VBH möglich.

Hirtenbrief zum Thema tiers garant

Dr. med. M. Grossenbacher, Präsident VBH

Ich möchte auch denjenigen, die nicht nach Magglingen kommen konnten, Informationen und Überlegungen zur aktuellen Diskussion über den von den Krankenkassen mit grosser PR-Aktion beworbenen tiers payant geben.

1. Rechtliche Überlegungen

Im noch laufenden Vertrag sind wir an den tiers garant gebunden. Für einen Systemwechsel muss der kantonale Anschlussvertrag zum Rahmenvertrag Tarmed gekündigt werden. Die dann nötige Einzelabmachung mit einer Krankenkasse muss von der Kantonsbehörde individuell bewilligt werden (Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86: Nr.8).

Auch wenn der Vertrag per 31.12.2005 durch die Krankenkassen gekündigt ist, gilt nach Gesetz wieder tiers garant (vergleiche KVG).

Datenschützerisch ist der tiers payant, den der Gesetzgeber (KVG) ausdrücklich nicht wollte, höchst problematisch. Bei einem individuellen Systemwechsel zum tiers payant muss der Patient bei jeder Rechnung darüber informiert werden, dass seine Daten an den Versicherer gelangen, ob er nun eine Rückforderung wünscht oder nicht.

2. Wirtschaftliche Überlegungen

Die Versicherungen finanzieren mit den Prämiegeldern ihren Intermediär Medidata und sind deshalb (mit Ausnahmen) zurückhaltend bezüglich der Zusammenarbeit mit den Trustcentern, welche von den Ärzten bezahlt werden. Die Trustcenter haben während der Kostenneutralitätsphase ein weiteres Absinken des Taxpunktwertes verhindert und damit unsere Existenz sichern geholfen.

Die Regenerierung und Analyse unserer eigenen Daten sind eminent wichtig und wertvoller als ein eventueller Payback durch elektronischen Datenaustausch mit Krankenkassen.

Lieber viele Debitoren als lediglich fünf bis acht (cave Klumpenrisiko).

3. Standespolitische Überlegungen

Datenparität

Dank den Trustcentern hat die Schweizer Ärzteschaft in den ersten 18 Monaten des Tarmed die Datenparität gegenüber santésuisse erreicht und dank den eigenen Zahlen sowie zähen Verhandlungen einen kostenneutralen finalen Taxpunktwert vereinbart.

Elektronischer Datenaustausch

Gemäss FMH-Position gelten alle Leistungserbringer, welche einem Trustcenter angeschlossen sind, als elektronisch abrechnend und können die Aufhebung der Limitationen geltend machen (Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86 Nr. 19). Die diesbezüglichen Verhandlungen mit den Krankenkassen sind im Gange.

4. Schlussfolgerung

Wenn Sie sich in die Rolle von santésuisse hineinversetzen, können Sie den Wunsch, die Trustcenter auszuschalten, durchaus nachvollziehen.

Mit Ihrer Mitgliedschaft bei einem Trustcenter (z.B. Ponte Nova) erfüllen sie die Pflicht gegenüber den Versicherern, nehmen Ihre Verantwortung gegenüber ihren Patientinnen und Patienten wahr und zeigen Solidarität gegenüber den vom Tarmed nicht verwöhnten Grundversorgern. Sie handeln somit **vertragskonform** und standespolitisch **klug**.

Ich bitte Sie, im Sinne unserer Patientinnen und Patienten dem tiers garant treu zu bleiben. Noch ist es nicht zu spät, sich einem Trustcenter anzuschliessen.



Zweites Treffen der Berner Delegation VBH mit der SAS Bern

Am 18.10.2005 traf sich eine Delegation des VBH (Grossenbacher, Bangerter, Tognina) mit den Herren Amstutz, Linder und Baumgartner der SAS in deren Geschäftsstelle in Bern. Wie immer herrschten angenehme Umgangsformen und die Bereitschaft zur Kooperation. Es wurden die Modelle zur Berechnung von Morbiditätsindikatoren TMI (Thurcare) und Beck (CSS, aus Holland stammend) vorgestellt.

Die SAS ihrerseits betonte, dass für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ein erprobtes, validiertes, gerichtlich abgezeichnetes und bestens funktionierendes Modell zur Verfügung steht. Sie stehe nicht unter dem Zwang, dieses zu verändern. Trotzdem würden laufend Verbesserungen angebracht, damit das Instrument feiner und gerechter werde. Das letzte, auch schon in der Ärztezeitung vorgestellte Modell, heisst Anova und ist eine verbesserte Varianzanalyse. Damit werde den Ärzten schon viel Arbeit abgenommen. (*sprich: es werden die Biases selektioniert und ausgeschaltet, die keinen Erfolg versprechen*).

Das Modell Thurcare, in der Ostschweiz in einem Ärztenetzwerk entwickelt und angewendet, beruht auf einer Selbstdeklaration der teilnehmenden Ärzte und teilt die Patienten in wenige Kategorien der Morbidität ein. Dieses Modell wurde kategorisch abgelehnt, weil die Manipulierbarkeit der Daten in der Selbstdeklaration genau bestimmten Kollegen die Möglichkeit in die Hand spielt, ihre so genannte Wirtschaftlichkeit zu verbessern.

Das Modell Beck, aus Holland importiert und von der CSS angewendet, ist durch eine vorerst komplizierte Formel abschreckend. Die Morbidität wird an Hand von Hospitalisationen, Kosten im Vorjahr, Medikamentenkategorien oder Tracer-Medikamenten berechnet. Die Daten werden unabhängig von Leistungserbringern und Kostenstellen berechnet, z.B. aus dem Datenpool der New Index oder der santésuisse.

Wie auch an der kantonalen Delegiertenversammlung bestätigt, ist die santésuisse eine extrem zentralistisch regierte Institution. Die Möglichkeiten der Geschäftsstelle Bern sind in Bezug auf Mitarbeit und vor allem Kostenbeteiligung an Projektarbeiten sehr beschränkt. Trotz signalisierter Offenheit musste sich die Geschäftsstelle Bern ausser Stand erklären, sich zu einem Engagement in diese Richtung zu verpflichten.

Der nächste Schritt ist eingeleitet worden. Der VBH hat der santésuisse einen Brief geschrieben und sie um Klärung der folgenden Fragen aufgefordert.

- ▶ Ist die SAS bereit, so genannte *Morbiditätsindikatoren* in die statistische Auswertung zur Wirtschaftlichkeitsprüfungen einzubauen?
- ▶ Wäre die SAS bereit, mit der notwendigen Expertenbegleitung ein Pilotprojekt zu initiieren und mitzufinanzieren und Verfahren zu entwickeln, die juristisch stichhaltig sind?

Im Vorstand VBH wurden die Ziele des Vorgehens diskutiert. Eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsverfahren, die die korrekt abrechnenden Kollegen entlastet, damit sie nicht mehr belangt werden, ist dringlich. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung entspricht einem gesetzlichen Auftrag (vgl. dazu auch das Positionspapier) und die vorhandenen (wenigen) "schwarzen Schafe" in unseren Reihen sollen nicht gedeckt werden. Zu vermeiden sind zudem neue Kosten und die zusätzliche Bürokratisierung des Alltages durch Erstellung von unnötigen Statistiken. Morbiditätsindikatoren sind politisch an der Tagesordnung und würden auch den Risikoausgleich zwischen den Kassen verbessern. Auf die Antwort der SAS warten wir gespannt.

Die 1-Minuten-Umfrage des VBH

Dr. med. U. Dürrenmatt, Sekretär VBH

Allgemeine Daten:

515 Personen (Ø 52 Jahre), 62 Frauen (Ø 48.6 Jahre) und 453 Männer (Ø 52.5 Jahre) beantworteten die Mail-Umfrage. Von gesamt 785 VBH-Mitgliedern entspricht dies einer Teilnahmequote von 65.6%, von den vom Mail Erreichten sogar 92,7%.

Die Sprechstundentätigkeit beträgt im Gesamtdurchschnitt 87.6% (wenn die Kolleginnen und Kollegen, die >100% angegeben haben, aus der Analyse ausgeschlossen werden, beträgt der Wert 86.6%).

Frauen: Durchschnittsalter 48.6, Sprechstundentätigkeit 67.3%, Arbeitsbelastung in h 41.6

Männer: Durchschnittsalter 52.5, Sprechstundentätigkeit 90.3%, Arbeitsbelastung in h 54.2

Einzelpraxen: 334 (4 ohne Angabe). Durchschnittsalter 53.1 Jahre, Arbeitsbelastung 55.8 h und Sprechstundentätigkeit 93.5%.

Gruppenpraxen: 176, Durchschnittsalter 49.9 Arbeitsbelastung h 46.4 und Sprechstundentätigkeit 77.4%.



Praxisverteilung

Bezirk	Praxen	Ø Alter	h/Woche	Stellen %
Bern-Stadt	88	53.1	51.4	82.2
Thun Umgeb	114	51.4	52.5	86.9
Engeres OL	32	53.5	56	94.2
Bern-Land	98	50.6	51.0	87.6
Biel Seeland	77	51.6	50.9	88.7
Pierre-Pertuis	4	52.3		71.3
Emmental	53	53.6	57.1	88.3
Oberaargau	34	53.7	60.4	99.4

Wieviele Ärzte sind wann pensioniert?

Pensionierungsjahr	Total	Frauen
2005	11	1
2006-2010	79	6
2011-2015	111	6
2016-2020	99	11
2021-2025	41	3

Altersverteilung

Alter	Total	Frauen	Männer
< 35	1		1
36 – 40	36	9	27
41 – 45	58	12	46
46 – 50	114	17	97
51 – 55	134	16	118
56 – 60	108	4	104
61 – 63	53	4	49
66 – 70	8		8
> 70	1		1

Schlussfolgerungen

Die Umfrage des VBH zeigt auf, dass die Sprechstundenarbeit gesamthaft nur bei 87.6% liegt. Die kantonalen Zahlen der Ärztedichte müssten deshalb um 12.4% nach unten korrigiert werden, bzw. eher mehr, weil einige Kollegen z.B. 140% Sprechstundenarbeit angegeben haben, was die Durchschnitts-Prozentzahl anhebt.

Der Frauenanteil ist bei den jüngeren Jahrgängen prozentual deutlich höher, damit wird die durchschnittliche Präsenz in % und in h in den nächsten Jahren weiter abnehmen.

In den nächsten 10 Jahren werden 201 Ärztinnen und Ärzte, die an der Umfrage teilgenommen haben, ihre Praxis aufgegeben haben. 131 haben sich für das Jahr der Praxisaufgabe nicht festlegen können; diese sind im Schnitt 2.7 Jahre jünger als das Gesamtkollektiv.

Tarmed und Akupunkturbehandlung

Sehr geehrte Frau Dr. B.
Für Ihre Anfrage vom 20. und 21. September 2005 danke ich Ihnen bestens.

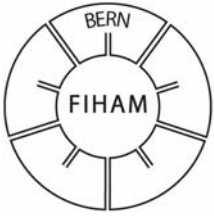
Ihrer Sachverhaltsschilderung entnehme ich, dass Sie in Ihrer internistischen Praxis seit Jahren Akupunkturbehandlungen durchführen. Ihr Angestellter ist Therapeut für Naturheilkunde mit Fähigkeitsausweis Akupunktur und führt gelegentlich für Sie und unter Ihrer Aufsicht die Behandlungen durch.

Sie fragen nun, ob Sie Ihre Akupunkturbehandlung nach dem 1.10. noch abrechnen können. Gleichzeitig fragen Sie, ob Sie die durch Ihren Angestellten vorgenommenen Behandlungen bei Patienten ohne Zusatzversicherung abrechnen können und wenn ja, unter welchem Tarif. Daneben möchten Sie wissen, ob die Krankenversicherer verpflichtet sind, einem Patienten eine Zusatzversicherung komplementär zu gewähren. Offensichtlich kennen Sie einen Fall, wo diese Zusatzversicherung einer bisherigen Patientin verwehrt wird, da sie bereits in Behandlung ist.

Ich kann mich dazu wie folgt äussern:
Im Gegensatz zur anthroposophischen Medizin, chinesischen Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie und Phytotherapie gehört die Akupunktur weiterhin zu den Pflichtleistungen nach KVG. Sie kann aber nur verrechnet werden, wenn sie durch Ärzte oder Ärztinnen erbracht wird, deren Weiterbildung in dieser Disziplin durch die FMH anerkannt ist (vgl. Ziff. 10 Anhang 1 Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]). Dies bedeutet,
- dass sich an der Verrechenbarkeit Ihrer Akupunktur-Leistungen nichts geändert hat;
- dass die von Ihrem Angestellten vorgenommenen Akupunktur-Behandlungen - wie bisher - nicht über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden können.

Betreffend Zusatzversicherungen ist mir keine gesetzliche Bestimmung bekannt, welche die Versicherer verpflichten würde, eine Zusatzversicherung betreffend Komplementärversicherungen anzubieten.
Mit freundlichen Grüßen

Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Dr. Philipp Straub
Fürsprecher



FIHAM Lux...

... und es wurde Licht!

Klausur vom 28./29. Oktober 2005 – Ein erster Schritt der Strukturreform der FIHAM ist getan

Der neue FIHAM-Rat – Andreas Rothenbühler (Vorsitz, Lehre), Martin Isler (Forschung), Michael Deppeler (Öffentlichkeitsarbeit) und Fridolin Steiner (Beisitzer, Nachfolger von Paul Brütsch ab 1.1.2006) - hat an seiner 2. Klausur vom 28./29. Oktober 2005 zusammen mit der **Geschäftsleitung** – Ueli Bodmer (Geschäftsführer), Benedikt Horn (Leiter Lehre) und Mireille Schaufelberger (Stv. Leiter Lehre ab 1.1.2006), Doris Hunn und Lis Tomaschett (Sekretariat) - , mit **externen Mitarbeitern**¹ aus der Praxis - Jacqueline Revaz, Thomas Schweizer, Bruno Kissling und Peter Schläppi - mit wichtigen **Vertretern der Fakultät** – Prof. Martin Täuber (Dekan), Prof. Vinzenz Im Hof (Vizedekan), Roland von Känel (Chefarzt Psychosomatik), André Busato (Klinische Epidemiologie am MEM), Christine Beyeler (Abteilungsleiterin AAE), Beat Gloor (Leit. Arzt, Viszeralchirurgische Klinik), Daniel Pewsner (Diagn. Methodologie am ISPM) und Dominik Uehlinger (Chefarzt Abt. Nephrologie und Hypertonie) sowie mit Vertretern der **Spitalleitung des Inselspitals** – Prof. Vinzenz Im Hof (Lehre und Forschung) und Prof. Andreas Tobler (Ärztlicher Direktor) - die strategischen Eckwerte für die Umsetzung der neuen Strukturen disku-

tiert und festgelegt.

Das aus dem von der Fakultät genehmigten neuen FIHAM-Reglement abgeleitete Organigramm mit Trennung von strategischer Ebene (FIHAM-Rat) und operativer Ebene (FIHAM-Geschäftsleitung) wurde erläutert (Abb. 1) und die vom FIHAM-Rat beschlossene Stellenbesetzung per 1. Januar 2006 aufgezeigt (Abb. 2).

Organigramm 2006 gemäss Beschluss des FIHAM-Rates vom 18. Oktober 2005

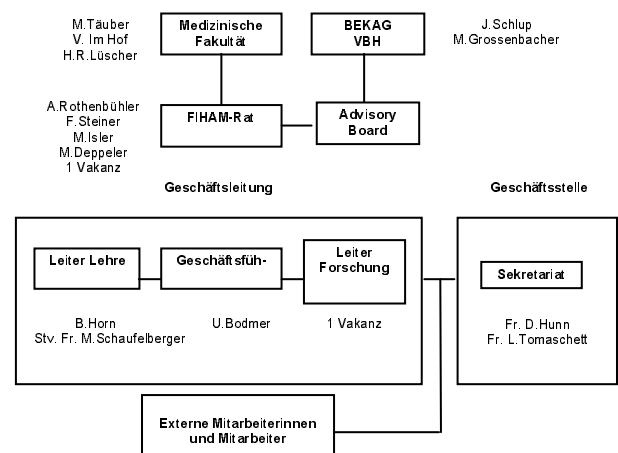


Abb. 2

Organigramm gemäss FIHAM-Reglement

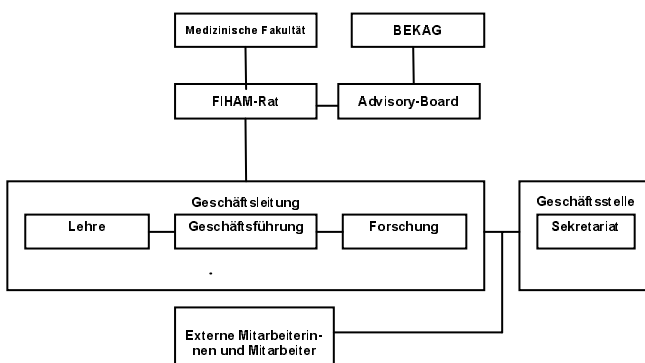


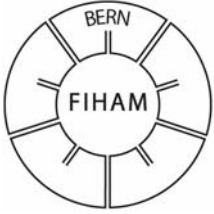
Abb. 1

¹ Es gilt die Gleichberechtigung zwischen Mann und Frau. Der besseren Lesbarkeit halber wird nur die männliche Form verwendet

Zielsetzungen der Klausur für die Teilnehmer:

- Die Vision ist formuliert und verständlich kommuniziert
- Die Trennung der strategischen und operativen Führung in der neuen Struktur ist klar
- Die beiden strategischen Geschäftsfelder Lehre und Forschung sind inhaltlich klar
- Die strategischen Eckpunkte für das Jahr 2006 sind diskutiert und mit der Fakultät abgestimmt

Im Zentrum des Interesses stand die Arbeit in gemischten Gruppen mit Vertretern verschiedener Institute und Kliniken, in welchen der Zweck der beiden Geschäftsfelder Lehre und Forschung und deren Ziele



BERNER HAUSÄRZTE

in Anbetracht der in der FIHAM gemeinsam formulierten Vision abgesteckt wurden.

Die Gruppe Lehre hat unter Leitung von Mireille Schaufelberger zunächst die Vorstellungen für die künftige Lehre in Hausarztmedizin zusammengetragen. Nach einer spannenden Diskussion zusammen mit dem Leiter Lehre und Forschung der Fakultät und dem ärztlichen Direktor am Inselspital wurden schliesslich die im Konzeptpapier des Dekanats bereits formulierten Ziele der Lehre in Hausarztmedizin präzisiert:

Zweck und Zielsetzungen der Klausur für den Geschäftsbereich Lehre:

- Vermittlung der für alle Medizinstudierenden wichtigen Aspekte der Hausarztmedizin.
- Förderung des Verständnisses der Studierenden für den Beruf des Hausarztes und Wecken/Fördern des Interesses an diesem Beruf in der Aus- und Weiterbildung als Kontinuum.
- Konsolidierung des Berufziels "Hausarztmedizin" bei einem Teil der Medizinstudierenden.

Die Gruppe Forschung hat unter Leitung von Martin Isler Vorstellungen zur künftigen Forschung in Hausarztmedizin erarbeitet. Diese soll interdisziplinär die bereits bewährten Forschungsinstitute, nämlich die KAIM, das Institut für Sozial- und Präventivmedizin, das Maurice E. Müller-Institut und andere einbeziehen.

Zweck und Zielsetzungen der Klausur für den Geschäftsbereich Forschung:

- Forschung soll Fragestellungen aus der Hausarztpraxis beantworten.
- Forschung soll die Kommunikation zwischen Universität und Hausarztpraxis bereichern.
- Methodisch soll die Forschung der Komplexität der Hausarztmedizin gerecht werden.
- Forschung soll das Bewusstsein schaffen, dass Lehre, Dienstleistung und Forschung eine Einheit sind.

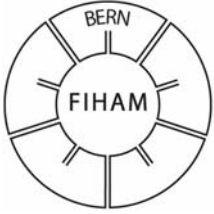
- Forschung soll die Grundversorger in ihrem rationalen Denken und Handeln unterstützen.
- Bestimmung und Verbesserung der Qualität der Hausarztmedizin.
- Forschung soll die Wirksamkeit der Lehre in Hausarztmedizin aufzeigen.
- Forschung in Hausarztmedizin soll akademisch verankert sein.

Noch etwas weniger klar liess sich die Rolle und die Funktion des künftigen Leiters Forschung der FIHAM darstellen. Es wurden erste Ideen und Vorschläge gesammelt, welche in einer aus den Teilnehmern spontan gebildeten Arbeitsgruppe weiterverfolgt werden sollen.

Konsequenzen aus der Klausur der FIHAM

- Allen Teilnehmern wurde klar, dass die Vision der FIHAM in die Zukunft ausgerichtet ist und als Basis für die weitere Organisationsentwicklung dient. Die langfristigen Ziele sollen und können nur über einzelne Meilensteine auf einem längeren Weg erreicht werden. Aufgrund der knappen personellen und finanziellen Ressourcen konnte dahingehend ein allgemeiner Konsens gefunden werden, dass es in einem ersten Schritt darum geht, den Geschäftsbereich Forschung vorderhand zugunsten der Lehre in den Hintergrund zu stellen. Dies umso mehr, als bislang die Funktion eines Leiters Forschung noch nicht besetzt ist.
- Demnach wurde die neu definierte Rollenverteilung im FIHAM-Rat und in der Geschäftsleitung verständlich kommuniziert und erklärt. Das aus dem FIHAM-Reglement abgeleitete Organigramm (Abb. 1) wird also per 1. Januar 2006 noch einige Vakanzen aufweisen (Abb. 2).
- Als erster Meilenstein wird das „Berner Modell“ durch eine Projektgruppe unter Aufsicht und im Namen der Fakultät schrittweise realisiert und in den Studienplan eingeführt werden. Die dazu nötigen Mittel sind aus dem Budget Lehre

Die FIHAM dankt allen Teilnehmern der Klausur für ihre engagierte Mitarbeit!



Die Medizinische Fakultät der Universität Bern und die Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin (FIHAM) Bern machen zusammen einen wegweisenden Sprung nach vorne!

Prof. Dr. med. Benedikt Horn, Leiter Lehre FIHAM Bern

Prof. Dr. med. Vinzenz Im Hof, Vizedekan Lehre und Forschung Fachstudium, Direktor Lehre und Forschung am Inselspital

An ihrer Klausurtagung vom 28./29. Oktober 2005 kam die FIHAM Bern ihrem seit Jahren gehegten grossen Anliegen, die Ausbildung der Studierenden in Hausarztmedizin zu intensivieren, nicht bloss einen Schritt, sondern gleich einen grossen Sprung näher. Auf Basis des von Mireille Schaufelberger und Andreas Rothenbühler in Zusammenarbeit mit der FIHAM erarbeiteten „Berner Modells“ haben der Dekan, Prof. M. Täuber, und der Vizedekan Lehre/Forschung Fachstudium, Prof. V. Im Hof, ein Konzeptpapier entworfen, das den Vorstellungen der Hausärzte weitgehend Rechnung trägt.

Neue Kernelemente der Ausbildung beim Hausarzt (also in der Praxis) sind:

- Ein „eins zu eins“ Mentoring aller Studierenden der Medizin während 5 Studienjahren. Vorgehen sind 20 Stunden pro Jahr, resp. insgesamt 100 Stunden; d.h. jeder Medizinstudent soll während seines gesamten Studiums kontinuierlich von einem Arzt aus der freien Praxis begleitet werden (sog. „Göttisystem“).
- Ein vierwöchiges Praktikum in der Hausarztpraxis mit einem „eins zu eins“ Unterricht im Blockunterricht.

Die bereits bestehenden hausärztlichen Ausbildungselemente werden weiter geführt:

- Schnupperlehrtag in der Hausarztpraxis im ersten Studienjahr,
- Gruppenunterricht für Clinical Skills in Kommunikation im 3. Studienjahr,

Bedeutend ist die Tatsache, dass auch die „Insel“ als Zentrums- und Universitätsspital, vertreten durch die

beiden Direktoren Prof. V. Im Hof (Lehre und Forschung) und Prof. A. Tobler (Ärztlicher Direktor), das Konzept unterstützen.

Im Verlauf der nächsten Monate werden wir die Modalitäten festlegen, mit welchen wir dieses Konzept innert der nächsten ein bis zwei Jahre realisieren können. Es gilt auch, die nötigen Kompetenzen abzugrenzen, die Aufgaben zu verteilen und FIHAM-intern ein Pflichtenheft für die „harte Knochenarbeit“ zu erstellen. Allein für den „eins zu eins“ - Unterricht in der Praxis muss die FIHAM 120, demnächst 160 lehrbegeisterte und motivierte Hausärztinnen und Hausärzte für die Lehre zur Verfügung stellen. Die Suche nach Lehrärzten und deren Teaching wird Angelegenheit der FIHAM sein. Bei der Implementierung des „eins zu eins“ - Mentorings für alle Studierenden während fünf Jahren gilt es - bei bald 160 Studierenden pro Jahrgang - 800 Lehrärzte (!) zu mobilisieren, selbst für Optimisten keine leichte Aufgabe.

Es sei hier aber festgehalten, dass das persönliche Engagement des Hausarztes in der Lehre, insbesondere im Umfeld seiner Hausarztpraxis, wohl eine der besten Möglichkeiten ist, einen Nachfolger „aufzubauen“. Die positiven Erfahrungen der bereits in der alten FIAM als externe Mitarbeiter und Lehrärzte Tätigen stimmen uns optimistisch, denn der persönliche Kontakt zwischen Lehrmeister und Studierenden erweist sich als gute Burnout-Prophylaxe. Dies wiederum führt zu einer besseren Zufriedenheit des Hausarztes und damit indirekt zu einer qualitativen Verbesserung der ärztlichen Grundversorgung unserer Bevölkerung.

Fazit aus der Klausur

Die FIHAM wird nun aus den Konsequenzen der Klausur die nötigen strategischen und operative Schlüsse für das nächste Jahr ziehen.

Wir freuen uns, dass wir an der Klausur unserer Vision einen grossen Schritt näher gekommen sind. Durch die Tatsache, dass engagierte Hausärzte aus der Praxis und wichtige Vertreter aus der Fakultät und der Direktion des Inselspitals ihre Meinung konstruktiv eingebracht haben, fühlen wir uns in unseren Bestrebungen um eine gute Zusammenarbeit bestätigt. Als Schlüsselpersonen haben sie wesentlich dazu beigetragen, dass der Grundstein für die weitere Entwicklung der FIHAM zu einer interdisziplinären akademischen Institution im Dienste der Hausarztmedizin gemeinsam gelegt werden konnte.

Vision und Realität – Zwischenbilanz des Geschäftsführers im Strukturwandel der FIHAM

Ueli Bodmer, Geschäftsführer der FIHAM, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin – Medical Manager FH

1. Einführung - die unternehmerische Sicht

Strukturwandel im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Unternehmens beginnt mit einer sorgfältigen Planung der personellen und finanziellen Ressourcen und steht im Spannungsfeld zwischen einer Vision der Zukunft und der Realität von heute (vgl. Abb.3²).

Von der Realität zur Vision

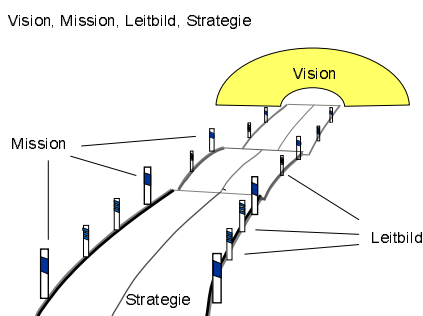


Abb. 3

Anhand eines strategischen Dreieckes lassen sich die Unternehmensziele ableiten (Abb.4.²).

Integrierte Unternehmensentwicklung: Das strategische Dreieck

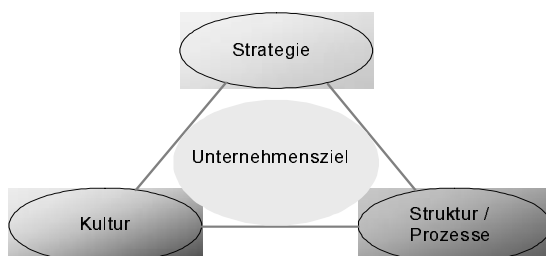


Abb. 4

2 Quelle der Abbildungen (mit freundlicher Genehmigung des Autors): „Überblick Strategieentwicklung“; Skript von M.Tomaschett, Dozent an der Berner Fachhochschule und Unternehmensberater, Management Operations GmbH

Diese wiederum bestimmen den Weg von der Realität zur Vision.

Eine Vision soll sinnstiftend sein, um Hoffnung zu geben und Kräfte zu mobilisieren. Sie soll Energie erzeugen und Begeisterung wecken. Damit wirkt sie handlungsanleitend und bündelt die Handlung einzelner zu einem kollektiven Ganzen und erzeugt Sicherheit und Stabilität mit einer langfristigen Ausrichtung.

2. Die Vision der FIHAM ist...

- die auf die Zukunft gerichtete unternehmerische Leitidee über die langfristige Entwicklung des Unternehmens
- richtungsweisend
- eine organisatorische, kanalisierende Kraft
- eine normative Vorstellung eines zentralen Zieles
- realistisch und realisierbar, d.h. sie ist realistisch genug, dass sie in einem absehbaren Zeitraum erreicht werden kann.

3. Die Realität in der FIHAM der letzten Monate

Mit grosser Freude und klaren persönlichen Vorstellungen habe ich am 1. Juli 2005 die von der Medizinischen Fakultät in Zusammenarbeit mit der alten FIAM geschaffene neue Funktion des Geschäftsführers der FIHAM angetreten.

Dank der tatkräftigen Unterstützung der alten FIAM-Crew und der im neuen FIHAM-Reglement festgelegten Organisation wurde mir der Einstieg in meine neue Tätigkeit wesentlich erleichtert und ich kann nach vier Monaten eine durchwegs positive Bilanz ziehen.

Als ehemaliger Hausarzt und erfahrener Standespolitiker bin ich zusammen mit meinen Zusatzausbildungen auf meine vielfältigen neuen Aufgaben vorbereitet. In den ersten Monaten galt es, in der Medizinischen Fakultät und ihren vielfältigen Verbindungen vor lauter Bäumen den Wald nicht zu übersehen. So schlug ich – mit einem sicheren Gang der kleinen Schritte und mit einem zunehmenden Arbeitspensum von anfänglich 20% - einen mir vertrauten Weg ein, um die wichtigen Institutionen und ihre der FIHAM vertrauten Mitarbeitern kennen zu lernen.

Erwähnenswert ist die bedauernswerte Tatsache, dass der Vorsitzende des FIHAM-Rates und damit mein Verbindungsmann zur Fakultät ausgefallen ist; und dass die ohnehin knappen personellen Ressourcen der FIHAM durch die direkte Betroffenheit durch das grosse Unwetter während Wochen zusätzlich geschmälert wurden.

Somit mussten die meisten Aufgaben aus dem provisorischen Pflichtenheft des Geschäftsführers noch aufgeschoben werden, denn die Realisierung der neuen Organisations-Struktur und deren personelle Besetzung mit klarer Trennung von strategischer und operativer Ebene hatte absolute Priorität.

In einem für alle spannenden Entwicklungsprozess wurden die ursprünglich vorgesehenen Doppelbesetzungen aufgehoben. Der FIHAM-Rat und die Geschäftsleitung wurden neu konstituiert und das Schwergewicht auf das Geschäftsfeld Lehre gelegt (vgl. Abb. 2).

Es wurde gemeinsam eine klare Vision der neuen FIHAM formuliert, um die künftige Organisationsentwicklung mit der weiteren Umsetzung und den Aufbau der neuen Strukturen von Anfang an allen Beteiligten verständlich zu machen (Abb.5).

Organisationsentwicklung von heute auf morgen

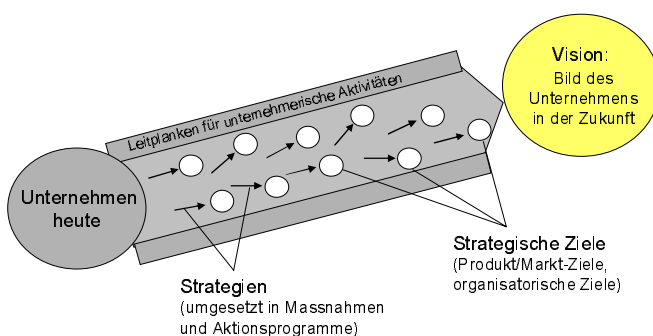


Abb. 5

An der Klausur wurden schliesslich mit grossem Engagement von wichtigen Schlüsselpersonen gemeinsam die nötigen Konsequenzen und die nächsten Schritte erarbeitet (siehe Bericht von B. Horn und V. Im Hof, Seite 10). Nun können die Aufgaben verteilt werden, und ich werde mich nach und nach auf mein Kerngeschäft, nämlich die Führung und Organisation der Geschäftsstelle konzentrieren können.

4. Persönlicher Rückblick und Ausblick

Vor mehr als 25 Jahren bin ich mit dem Ziel den schönen Beruf des Hausarztes zu ergreifen von meiner Mutterstadt Bern weggezogen, heute bin ich an meine Studienstätte zurückgekehrt, um als leitender Arzt in einem Teilzeitpensum der Hausarztmedizin und damit der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung weiterhin meine Dienste zu erweisen.

Der aufstrebende Weg der FIHAM wird im nächsten Jahr nicht mehr mangels fehlender finanzieller Mittel mit Stolpersteinen belegt werden können; das Tempo des Entwicklungsprozesses wird vielmehr durch die Akquisition von genügend Lehrpraxen bestimmt werden.

Aus potentiellen Frühaussteigern aus der Hausarztpraxis werden neue Lehrärzte und aus bisherigen Lehrärzten werden Lehrbeauftragte der Fakultät im Dienste der FIHAM werden.

Ich danke allen Beteiligten, die mich in meinen Bestrebungen bereits heute tatkräftig unterstützen oder welche künftig für die neue FIHAM tätig sein werden und - ich freue mich auf den Boom einer neuen Begeisterung für die Hausarztmedizin!

Berner Hausärzte erobern das erste Studienjahr! – Die Kommunikationswoche 2005 war ein voller Erfolg

Michael Deppeler, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, FIAHM Rat

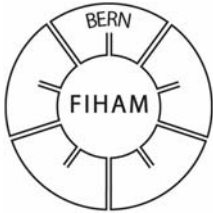
Viele kleine Leute, die in vielen kleinen Orten, viele kleine Dinge tun, können das Gesicht der Welt verändern.

aus Nordafrika

Gilt das auch für uns „kleine“ Hausärzte?

Ja, dank der Mitarbeit von möglichst vielen Hausärzten in ihrer Praxis gilt diese Weisheit auch für die praxisnahe Ausbildung der Studenten in Hausarztmedizin. Wenn ich mich an die erste Kurswoche „Kommunikation“ unter der Leitung von Prof. Roland von Känel, Psychosoziale Medizin, vom Frühjahr 2005 zurück erinnere, dann kann ich bescheiden und selbstsicher zustimmen!

Wir haben einen weiteren grossen Schritt oder einen



kleinen Sprung getan. Anfang 2005 ist es der FIHAM Bern gemeinsam mit Ihnen, den Berner Hausärztinnen und Hausärzten, in einer bisher beispiellosen und einmaligen Aktion gelungen, innerhalb von wenigen Wochen über 50 Praxen für die Kommunikationswoche zu gewinnen. Jede dieser Praxen hat sich spontan bereit erklärt, an einem Nachmittag drei Studentinnen hautnah und unverfälscht den Praxisalltag erfahren zu lassen. Ohne Ihr engagiertes und flexibles Mitmachen wäre uns diese ganz wichtige Etappe in der Hausarztzubereitung niemals gelungen. Mit der Präsenz von Hausärzten für jeden Studenten bereits im ersten Studienjahr ist so etwas wie der Anfang eines roten Ausbildungsfadens in Hausarztmedizin festgeknüpft worden. Möge daraus ein ganz besonderes und starkes Seil werden – zwischen Berg und Tal, zwischen Halten, Sichern und Ziehen!

Wir werden bei der Planung der nächsten Kommunikationswoche die Evaluation der Studenten und der beteiligten Hausärzte berücksichtigen. Das grosse Echo bestärkt uns in unsren Bestrebungen.

Evaluation durch die Studenten:

Die Rückmeldungen lauteten von genial, sehr gut, willkommene Abwechslung, guter Einblick zu letztendlich auch „arztabhängig“. Die Idee sei in jedem Fall super. Auf dem gilt es nun aufzubauen.

Feedback der Kollegen aus der Praxis:

Von 56 verschickten Fragebogen sind 45 beantwortet worden. Angesichts der unzähligen administrativen Aufgaben eine sehr stolze Zahl. Herzlichen Dank. Zu jeder Frage war die Skala zwischen 1 = überhaupt nicht wichtig bis 5 = sehr wichtig.

Der persönliche Kontakt mit den Studierenden erhielt dabei die Note 4.2.

Die Möglichkeit, dass Studierende bereits während dem Studium in die Praxis kommen wurde mit 4.0 taxiert (= wichtig).

Fast am meisten freute uns natürlich, dass 43/ 45 Kollegen auch 2006 wieder mitmachen möchten. Wenn das nicht ein toller Anfang ist!

Die bereits bestehenden und im Rahmen der Implementierung des „Berner Modells“ in den nächsten Jahren geplanten neuen Ausbildungsmodule wurden von den beteiligten Kollegen wie folgt priorisiert:

1. 1:1 Tutoriat (4.15)
2. Clinical Skills Training (Gruppenunterricht; 4.1)
3. Wahlstudienjahr (3.9)
4. Block Kommunikation (3.7).

Es folgen noch einige persönliche Kommentare aus Ihren Reihen. Diese sollen möglichst viele Kolleginnen und Kollegen motivieren, sich ebenfalls in der Ausbildung zu engagieren:

Je mehr Kontakt zu/mit Hausärzten während des Studiums desto besser!

Bei dem sich abzeichnenden Hausärzte-Mangel scheint mir ein Kontakt zwischen Studierenden und aktiven Hausärzten zunehmend wichtig zu sein. Warum nicht auch die Spitex mit einbeziehen.

Studenten die Möglichkeit geben, einen Patienten zu Vor- und Nachteilen des HA-Systems zu befragen.

Die nächste Kommunikationswoche findet in der Woche vom 20. – 25. März 2006 statt.

Im Namen von Prof. von Känel und seinem Team sowie der FIHAM Bern möchte ich Ihnen an dieser Stelle für Ihr ausserordentliches Engagement danken und hoffe, dass wir immer mehr „Lehrärztinnen und Lehrärzte“ finden werden.

Kontakte zur FIHAM:

Besuchen Sie unsere Website mit aktuellen News:

www.fiham.unibe.ch

oder schreiben Sie an:

Geschäftsstelle: fiham@fiham.unibe.ch

Geschäftsführer: ueli.bodmer@fiham.unibe.ch

FIHAM-Rat:

Andreas Rothenbühler arothenb@hin.ch

Martin Isler praxis.isler@bluewin.ch

M. Deppeler michael.deppeler@hausarzt-bern.ch

Bene Horn dr.horn@tcnet.ch



BEKAG, Medphone und die Peripherie

Dr. med. R. Tognina, Vorstandsmitglied

An der letzten kantonalen Delegiertenversammlung stand eine Statutenänderung auf der Traktandenliste, die umstritten war. Die BEKAG braucht eine Basis, damit mit dem Kanton ein Leistungsauftrag zur Unterstützung und Organisation des Notfalldienstes abgeschlossen werden kann. Der Schreiber reichte einen Gegenantrag ein, der zuletzt durchdrang. So *unterstützt* die BEKAG den Aufbau einer Vermittlungsstelle des Notfalldienstes, hat aber nicht einen *Auftrag zum Betrieb* derselben. Gemäss der politischen Erfahrung des Kantonsarztes sind zum Erhalt eines Leistungsauftrages des Kantons die Geschlossenheit der Ärzte, eine hohe Qualität und Eigenleistungen unausweichliche Voraussetzungen. Durch den Aufbau und (flächendeckenden) Ausbau von Medphone wären die Voraussetzungen erfüllt. Der Vorstand sucht einen Weg, den Anschluss an Medphone so zu verbilligen, dass er attraktiv wird. Kollegen aus verschiedenen Notfallkreisen sind aber daran nicht interessiert, weil der Einkauf von Leistungen, die gar keine Entlastung bringen, absurd ist. Nun sucht eine Arbeitsgruppe einen gangbaren Weg. Der Schreiber wurde als Repräsentant der Opposition zur konstruktiven Mitarbeit eingeladen. Ziel bleibt die Einbindung der Medphone in die BEKAG ohne Belastung der uninteressierten Kreise.

Weiter von Seite 3

näre Arbeitsgruppe MAS (Medical Anthropology Switzerland) der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft veranstaltet am 20/21.1.06 ein Symposium zum Thema Narratives in Bern. Es verspricht, spannend zu werden:

Prof. **Trisha Greenhalgh**: Health education as performative narrative: the diabetes sharing stories project in East London.

Prof. **Victoria Rowe Holbrook**, Literaturwissenschaftlerin aus Columbus Ohio: Modernism, Adultery and Sweat, eine Gratwanderung moderner türkischer Poesie zwischen Tradition und Moderne .

Prof. **Cheryl Mattingly**, Occupational Science and Anthropology Los Angeles: Pocahontas goes to the Clinic: Race, Health and Mass Media in a Cultural Borderland. Die Welt der Pocahontas als lingua franca, in der sich Kinder und Erwachsene ausdrücken und Geschichten konstruieren können.

Prof. **Vieda Skultans**, Soziologin aus Bristol: Narrative Strategies for Transforming Psychiatric and Market Domains in post-Soviet Latvia.

Corina Salis Gross, Marzio Sabbioni: Discursive Patterns in the context of Migration

Prof. **Vincent Barras**, Medizinhistoriker aus Lausanne: La médecine narrative, une perspective historique.

Weitere Auskünfte sind erhältlich unter www.medical-anthropology.ch (SEG → Kommissionen → MAS) oder bei Heinrich Kläui, h.klaeui@bluewin.ch

> Daten zum Reservieren:

20. +21. Januar 2006

Narratives, ein medizin-ethnologisches Symposium. Info: siehe S. 3

30. März bis 1. April 2006

Winterseminar in Adelboden: Praxismanagement. www.winterseminare.ch

7. September 2006

Fortbildungs- und Versammlungstag VBH-FIHAM in Magglingen

Protest ist angesagt: wehret euch gegen die Senkung des Taxpunktwertes im Praxislabor!

Berner Hausärzte

> www.bernerhausarzt.ch

Auflage 1000 Expl.

Eine gemeinsame Publikation des Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte VBH und von der Fakultären Instanz für Allgemeinmedizin FIHAM Bern

Redaktionsadresse: Dr. med. Renato Tognina, Grabenweg 3, 3612 Steffisburg
rtog@tinet.ch, Tel. 033 437 05 20

Sekretariat des VBH: VBH Sekretariat, c/o Ärztesgesellschaft des Kantons Bern,
Gutenbergstrasse 9, 3001 Bern
Tel. 031 390 25 67, Fax 031 390 25 68, Mail: sekretariat@bernerhausarzt.ch