



#20

Inhalt

2_Die Fusion VKBK und VBH zu VBHK

_Einladung und Info zur ao GV vom 27.10.2010

3_DRG und die HausärztInnen

_Kommentar

4_Aufruf zur Teilnahme an RFE

5 _zum Wirtschaftlichkeitsverfahren der Santésuisse

6_Praxisassistent—ein Zwischenbericht

7_Aus der Psychiatrieplanung Bern

8_Ceterum censeo: wieviel Elektronik in der Praxis?

_Wichtiges in Kürze

Liebe Berner Hausärztinnen und Hausärzte,

zunächst möchte ich Ihnen im Namen des Vorstandes von Herzen für Ihre engagierte Arbeit als Hausärztin und Hausarzt, die Sie täglich zu Gunsten unserer Bevölkerung leisten, herzlich danken. Sie behandeln kompetent und abschliessend mehr als 80% aller an Sie herangetragenen Gesundheitsstörungen. Sie, die Mitglieder des VBH, sind es, die den Vorstand motivieren, für die Sache der Hausarztmedizin im Kanton Bern zu kämpfen. Danke für Ihre Treue gegenüber Ihrer Fachgesellschaft.

Den VBH gibt es seit Juli 2003, die nationale Dachorganisation Hausärzte Schweiz (Médecins de Famille et de l'Enfance MFE) seit Oktober 2009. Zur vollständigen kantonalen Filiale von MFE fehlen uns die im Verein Kantonalberner Kinderärzte VKBK organisierten Pädiater. Mit der angestrebten Fusion von VBH und VKBK entsteht per 01.01.2011 der VBHK, der Verein Berner Haus- und KinderärztInnen.

Im Herbst findet beim VKBK eine Urabstimmung mit Vereinsauflösung und beim VBH am **Mittwoch 27.10.2010** bereits die **zweite ausserordentliche Generalversammlung** zur Genehmigung des gemeinsam erstellten Vertrages einer sogenannten Absorptions-Fusion. Schauen Sie also regelmässig in Ihren elektronischen Briefkasten, damit die VBH-Mitglieder die Einladung zur ausserordentlichen Generalversammlung in der Kinderklinik in Bern nicht verpassen.

Gemeinsam sind wir stark und machen zusammen einen Drittel der Mitglieder der BEKAG aus, ganz zum Wohle unserer kleinen und grossen sowie alten und jungen Patienten. Wir freuen uns, Sie zahlreich am 27.10.2010 zum Hausärztetag in Bern begrüssen zu dürfen.

Freundliche Grüsse

Marcus Grossenbacher, Präsident VBH, Ringgenberg

Die Fusion von VBH und VKBK zum V B H K

Petrign Töndury, Bern

Seit der Retraite der Vorstände von VBH und VKBK auf dem Gurten sind sechs Monate vergangen und deren vier seit sich bei der Konsultativabstimmung anlässlich der ausserordentlichen HV des VKBK von den 29 stimmberechtigten Teilnehmern deren 28 für die Fusion ausgesprochen haben, ohne Gegenstimmen, bei einer Enthaltung. Die Entente cordiale des Treffens auf dem Gurten ist unvergessen, aber der damalige Schwung hat etwas darunter gelitten, dass der beigezogene Jurist für Funkstille eine besondere Vorliebe zu haben scheint. So warten wir endlos auf die bereinigten Entwürfe des Fusionsvertrages und der VBHK-Statuten, die demnächst an alle Mitglieder verschickt werden sollten, denn die ao. GV des VBH wird am 27. Oktober 2010 im Hörsaal Ettore Rossi stattfinden, und zentrales Traktandum wird die Fusion von VBH und VKBK sein!

Der VKBK seinerseits muss eine Urabstimmung durchführen, um möglichst alle Mitglieder zu erfassen, und er hat seine Hauptversammlung am 11.11.2010 im Hotel Bern geplant.

Für mich als „past president“ des VKBK und „Auslaufmodell“ als Vorstandmitglied des VBH steht nach wie vor fest, dass die Fusion, die in diesem zweiten Anlauf sorgfältig vorbereitet wurde, ein sehr gute Sache ist, und ich empfehle sie allen Mitgliedern herzlich zur Annahme !

DRG und die HausärztInnen oder: warum sind „Reasons for Encounter“ wichtig?

Leserbrief von Thomas Bangerter, Bern

Lieber Marcus

Das Projekt, reasons for encounter (RFE) festzuhalten, finde ich gut. Wir sind allerdings wieder einmal spät bis sehr spät. Zur Information: Seit 1.4.2010 arbeiten wir für allgemeine Patienten im Lindenhofspital nach APDRG. Vor dem, was der Du erwähnst, habe ich schon seit Monaten immer wieder gewarnt. Leider ist das Echo praktisch Null.

Alles wird ambulant ausgelagert (präoperative Untersuchungen incl. Konsilien der Anästhesisten, postoperative Nachsorge der Chirurgen). Davon betroffen sind natürlich auch die Coronarographien, von denen wir in der Schweiz 1Mio./Jahr machen. Wenn wir dies nur überschlagsmässig berechnen, gibt dies eine exzessive Mengenausweitung im Globalbudget TARMED mit Absinken des TP ins Unermessliche. Zudem drängen neue Leistungen in unser Pflichtenheft, deren Finanzierung nicht geregelt ist und schlussendlich zu unseren Lasten gehen. Die Krebsliga plant z.B. die Screening-Coloscopie in die Liste kassenpflichtiger Leistungen aufnehmen zu lassen. Ich werde Ende Juni 10 an einer Sitzung dieser Arbeitsgruppe Colocarzinom als SGIM-Vertreter teilnehmen.

Zur weiteren Information: Die Santésuisse hat zu einer neuen Runde Rückzahlungen eingeläutet und offensichtlich nichts dazugelernt. Ich berate einige Internistenkollegen, die sich nach einem Gespräch mit SAS im Glauben fühlten, es sei alles belegt und ok. Vor ein paar Wochen erhielten sie einen eingeschriebenen Brief von SAS. Interessanterweise lagen ihre direkten Kosten mindestens 10% unter dem Durchschnitt. Sie wendeten somit den Tarif sehr massvoll an. Im Bereich **verordnete Medikamente** lagen alle mehr als 150'000 CHF über dem Schnitt. SAS fordert nun einen Teil davon zurück. Falls keine Einigung erzielt wird, wird ein Gerichtsverfahren ausgelöst. Offenbar werden in der Praxis 10-20% zurückbezahlt. Erwähnenswert ist, dass diese Kollegen alle eine sehr polymorbide Population behandelten und pro Jahr über 200 Hausbesuche machen. Um in Zukunft ins Lot zu kommen, müssen diese Kollegen nun ihre schlechten Risiken loswerden.

Im Hinblick auf Schaffung von Netzwerken und Budgetverantwortung ist es mir ein **zentrales Anliegen**, dass der **Risikoausgleich endlich sauber definiert** wird. Ich glaube persönlich nicht, dass Budgetmitverantwortung praktikabel ist. Die Ärzteseite wird die **volle Verantwortung** übernehmen müssen.

Schlussendlich haben Krankenkassen, Kantone und Leistungserbringer alle dasselbe Problem. Dieses heisst **Risikoausgleich**. Die SAS ist von Gesetzeswegen zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Damit habe ich überhaupt kein Problem. Die Anova-Praxis ist vom eidgenössischen Versicherungsgericht anerkannt. Kollegen, die vor Gericht gehen werden somit kaum eine Chance haben. Aus meiner Sicht müssen der VBH, die schweizerische Hausarztvereinigung, kantonale Ärztesellschaften und schlussendlich die ewig schlummernde FMH auf allen zur Verfügung stehende Ebenen intervenieren und unsere Politiker gezielt auf diesen krassen Missstand aufmerksam machen. Die Methode muss dringend geändert werden. Wenn nicht, werden wir nie vernünftig managed care praktizieren können.

Standespolitische Auswirkungen von DRG aus der Sicht des Vorstandes

Fridolin Steiner, Bern

Ein neues Tarif-Abenteuer steht ante portas. Es wird ähnlich wichtige Auswirkungen auf unsere Berufsbedingungen haben wie Tarmed. Nur haben wir Hausärzte hier über die Einführung gar nichts mit zu entscheiden. Auf ersten Blick sind die Auswirkungen für die Hausärzte nicht wirklich bedrohlich, ausgenommen sind die Internisten und Pädiater, die als Belegärzte in den Spitälern tätig sind. DRG wird dazu führen, dass sie dort weniger gut bezahlt werden. Aber auch die andern Hausärzte werden betroffen sein: die verkürzten Spitalaufenthalte haben zur Folge, dass ein Teil der Leistungen nicht mehr im Spital, sondern ambulant erbracht werden müssen. Viele Leistungen werden zudem von den Spitälern ausgelagert werden und ambulant durchgeführt werden.

Diesen Mehraufwand wird uns die Santésuisse garantiert als Mengenausweitung vorhalten, und es besteht die Gefahr, dass der Tarmed-Taxpunktwert dadurch ins Rutschen gerät. Dies soll zwar die eiligst von der FMH auf die Beine gestellte Begleitforschung verhindern. Viele von uns sollten die Datenerhebung über „reasons for encounter“ dazu schon begonnen haben. Aber mit der Einführung DRG 2012 kommen wir wahrscheinlich damit zu spät. Wer hier als Praktiker ausserhalb des Spitalbereichs glaubt, das Hin und Her mit dem neuen Spitaltarifsystem DRG sei für ihn nicht wichtig, hat von den Mechanismen der Tarifzusammenhänge definitiv gar nichts begriffen.

Zweiter und letzter Aufruf zur Teilnahme am Projekt RFE

Urs Dürrenmatt, Thun

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Bitte machen Sie beim Projekt RFE (Reason for Encounter) mit, lassen Sie die MPA bei jeder Konsultation einen Code für den Grund der Konsultation eingeben. Diese Daten werden vom TrustCenter automatisch ausgewertet. Sie dienen dazu, uns später vor einer Taxpunktwertabsenkung zu schützen, falls uns wegen der DRG und der Behandlungsverlagerung in den ambulanten Bereich eine Mengenausweitung vorgeworfen werden sollte. Die aktuellen Codes sind:

01 Kontakt auf Wunsch des Patienten (Selbstzuweisung)

02 Notfallkontakt

03 Kontakt durch ärztliche Zuweisung

04 Folgekontakt auf Verordnung des behandelnden Arztes

05 Folgekontakt wegen auswärtiger Hämatologie und Chemie

06 Kontakt im Zusammenhang mit Langzeitpflege

07 Kontakt in kausalem Zusammenhang mit Eingriff/Hospitalisation

99 Kein Arztkontakt

Falls Ihr Praxisadministrationsprogramm diese Eingabe noch nicht zulassen sollte, wenden Sie sich an den Softwarelieferanten.

Wirtschaftlichkeitsverfahren der Santésuisse durch mehrer Studien als ungeeignete Schrottschussmethode entlarvt

Fritz-Georg Fark, Aegerten

Das Gutachten des Vereins Ethik und Medizin Schweiz VEMS (*Beurteilung des Screening-Verfahrens der Krankenversicherer in der Schweiz zur Identifikation von Überarztung*, www.physicianprofiling.ch/gutachtenwasem2010.pdf) und die Pontenova-Studie (Vergleich verschiedener Instrumente (Rechnungsstellerstatistik der santésuisse und Praxisspiegel der Trustcenter) zur Beurteilung der von Schweizer Ärzten in der Grundversorgung verursachten Behandlungskosten, www.physicianprofiling.ch/rsspsstatistikbericht052010.pdf) haben klar gezeigt, was wir eigentlich schon wussten: das durch Santésuisse angewendete Verfahren ist eine zur Wirtschaftlichkeitskontrolle ungeeignete „Schrottschussmethode“.

Explizit wurden folgende Punkte festgehalten:

1. Selbstzahler werden von der Rechnungsstellerstatistik der Santésuisse (RSS) nicht erfasst.
2. Die Referenzkollektive der RSS sind ungenügend.
3. Es bestehen ungeklärte Differenzen beim Vergleich der berechneten Summe der direkten plus der veranlassten Arzt-, Medikamenten oder Gesamtkosten mit deren ausgewiesenem Total.
4. Die Versorgung polymorbider Patienten gerät durch das angewendete Verfahren in Gefahr.
5. Das bestehende Verfahren der Santésuisse ist aufgrund seiner Mängel nicht geeignet, den gesetzlichen Auftrag der Optimierung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu erfüllen.
6. Das bestehende Verfahren der Santésuisse verunsichert Ärztinnen und Ärzte, was dazu führen kann, dass Patienten nicht mehr optimal versorgt werden.
7. Der VEMS fordert aus diesen Gründen einen sofortigen Stopp des laufenden Verfahrens und die
8. Entwicklung eines wissenschaftlich korrekten Verfahrens, entweder durch die Santésuisse in Zusammenarbeit mit einer Drittpartei (z. B. FMH) oder gänzlich durch eine Drittstelle.

Details aus der Pontenova-Studie:

Es wurden 30.8-54.7% der durch die RSS als auffällig beurteilten ÄrztInnen durch die Pontenova-Studie als unauffällig beurteilt. Praxisstandort, Art der Medikamentenabgabe und Selbstzahleranteil beeinflussten die ärztlichen und ärztlich verursachten Kosten. Längerfristig sollten bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung zudem die Morbiditätsstruktur der Patientenkollektive sowie alle veranlassten Kosten (auch die Facharztkosten, Spitalkosten, etc.) berücksichtigt werden. Verbesserungen der Datengrundlage sind für eine faire Beurteilung notwendig.

Ausserdem zeigte sich als Nebenbefund klar, dass Selbstdispensierende niedrigere Medikamentenkosten (229 Fr./Pat), Arztkosten (77 Fr./Pat) und Gesamtkosten generieren als Rezeptierende. Bei einem Verbot der Selbstdispensation wäre also mit einem deutlichen Kostenanstieg zu rechnen.

Fortsetzung des Berner Modellversuches für Praxisassistenten, ein Zwischenbericht

Christoph Käch-Zeyen, Biel; BIHAM-Rat

Im Dezember 2007 beschloss der Regierungsrat des Kantons Bern auf politischen Druck zur Förderung und Aufwertung der Hausarztmedizin den „Berner Modellversuch für Praxisassistenten“ zu lancieren. Dies geschah in Anlehnung an das Programm „Praxisassistenten“ des WHM, ehemals KHM. Die Besonderheit am Modellversuch stellt die Tatsache dar, dass das Bruttogehalt des Assistenzarztes unverändert bleibt während der Praxisassistentenzeit, und dass der Lehrpraktiker seinerseits einen durchaus verkraftbaren Betrag von 2000.- an die Lohnkosten beitragen muss. Es wurden pro Jahr 6 Stellen à 6 Monate bei einem Beschäftigungsgrad von 100% resp. entsprechende Äquivalenzmonate (12 Monate zu 50%) finanziert.

Der Modellversuch, der von Januar 2008 - Dezember 2010 befristet war, stiess nach Ablauf der Anlaufzeit auf grosses Interesse und schon Ende 2009 waren die Stellen auch für 2010 alle vergeben und die finanziellen Mittel per Ende 2010 ausgeschöpft. Die Zwischen- und die bereits eingegangenen Schlussevaluationen fielen sowohl von Seiten der Praxisassistenten wie der Lehrärzte sehr positiv aus.

Um den Schwung und das Knowhow, das in diesen Modellversuch eingeflossen war, nicht erneut zu verlieren, wurde vom BIHAM beim Regierungsrat ein neuer Überbrückungskredit beantragt, bis ein definitiver Entscheid über die Fortführung der Finanzierung durch das Kantonsparlament erfolgen wird. Nach grossem Einsatz des VBH, der Spitalnetz Bern AG und des BIHAM, durch Überzeugungskraft und auf Grund des sehr guten Echos des Modellversuches und der Zuspitzung des Hausärztemangels, genehmigte der Regierungsrat einen Zusatzkredit für 2 weitere Jahre für nun 9 Stellen à 6 Monate. Ab 1.1.2011 müssen die Lehrpraktiker neu aber 3000.- bezahlen, um den administrativen Aufwand des WHM und des BIHAM abzugelten. Nicht beanspruchte Mittel werden zur Finanzierung zusätzlicher Praxisassistentenmonate zurückgestellt.

Wie es nach diesen 2 zusätzlichen Jahren der Modellversuch-Verlängerung weitergehen wird, ist noch nicht absehbar. Es wird ein politischer Entscheid gefällt werden müssen, wie viele finanzielle Mittel in dieses zukunftsweisende Modell der Förderung der Ausbildung zum Hausarzt/zur Hausärztin investiert werden soll. Das BIHAM wird sich weiterhin mit allen Kräften für diese Weiterbildungsform einsetzen.

Interessierte Assistenzärztinnen resp. Lehrpraktiker melden sich beim Sekretariat des Berner Instituts für Hausarztmedizin (contact@biham.unibe.ch) !

Psychiatrieplanung Bern—auch die HausärztInnen sind beteiligt

Heinrich Kläui, Bern

Einige unter Ihnen haben im Jahre 2008 an hearings der GEF zur Psychiatrieversorgung im Kanton Bern teilgenommen. Die GEF hat für die Versorgungsplanung 2011-2014 eine umfassende Analyse des Ist-Zustandes ([link zum Dokument „Ist-Analyse“](#)) erstellt. Mit Freude konnten wir feststellen, dass die HausärztInnen als wichtige Partner in der psychiatrischen Grundversorgung angehört wurden und über ihre Erfahrungen befragt wurden. Als Vertreter des VBH in der planerischen Strategieguppe war ich beeindruckt, wie sehr die Rolle der HausärztInnen geschätzt wird ([link zum Schlussbericht](#)).

Einige Resultate der Analyse der GEF:

- Für die erwachsene Kantonsbevölkerung (18-65 jähig) sind institutionelle Hilfen verfügbar, auch wenn die regionalen Unterschiede gross sind. Gemessen an den seit Jahren postulierten Grundsätzen und Versorgungszielen («ambulant vor stationär», Wohnortnähe usw.; im Sinne des versorgungspolitischen Konsenses) ist die Versorgung geprägt durch einen «stationären Überhang», d. h. durch ein Ungleichgewicht zwischen den stationären und den institutionellen ambulanten und tagesklinischen Angeboten, die heute in vielen Fällen Behandlungsalternativen darstellen.
- Von generellen Mängeln muss bei der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerungsgruppen unter 18 Jahren und über 65 Jahren gesprochen werden. Während bei den Kindern und Jugendlichen insbesondere die regionale ambulante Versorgung unzureichend ist, muss bei den Betagten eine deutliche Unterversorgung konstatiert werden.
- Daneben bestehen in der **historisch gewachsenen Versorgungsstruktur** vielfältige organisatorische und strukturelle Mängel wie beispielsweise unklare Zuständigkeiten. Das Versorgungssystem, zu welchem auch die Bereiche Sucht, Rehabilitation und psychosoziale Dauerbetreuung gehören, ist stark fragmentiert, die Integration der einzelnen Angebote und Leistungserbringer ist ungenügend.
- Gleichzeitig hält der **Trend zu vermehrter Inanspruchnahme** von psychiatrischen Leistungen ungebrochen an. Angesichts der grossen Verbreitung von psychischen Störungen und Krankheiten (20%-30% der Bevölkerung leiden innerhalb des Zeitraumes von 12 Monaten an einer psychischen Störung) und der Tatsache, dass heute ca. 5% der Bevölkerung fachärztliche Unterstützung in Anspruch nehmen, ist dies nicht verwunderlich.
- Bei der **Versorgungsplanung Psychiatrie 2011–2014** geht es - neben den dringend zu behebenden Lücken in der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie von Betagten - in erster Linie um eine umfassende Neuregelung der Zuständig- und Verantwortlichkeiten. Abgestimmt auf bestehende regionale Gliederungen sollen Versorgungsregionen festgelegt werden. Für die regionale Grundversorgung soll pro Region ein psychiatrischer Dienst die integrale Verantwortung übernehmen und so ausgestattet sein, dass er die allgemeine Behandlungspflicht übernehmen kann. Die «zentralen» Kliniken werden dadurch entlastet und können ergänzende Aufgaben übernehmen sowie künftig mehr spezialisierte Leistungen erbringen.

Zusammenfassend steht die Psychiatrieplanung vor entscheidenden Weichenstellungen, die zu einem regional ausgewogeneren, umfassenderen Angebot führen sollen. Wir Hausärztinnen und Hausärzte sind ein wichtiger Teil der psychiatrischen Grundversorgung!

Ceterum censeo: Versichertenkarte, HPC und andere Flops - oder doch nicht?

Urs Dürrenmatt, Thun

Wer stolzer Besitzer der Health Professional Card HPC der FMH ist, kann sie bisher höchstens als Sichtausweis nutzen. Mit den Versichertenkarten der PatientInnen kann man da schon mehr anfangen, vorausgesetzt man hat in der Praxis ein entsprechendes Lesegerät und die Softwareanbindung dazu.

Was braucht es alles:

- Einen Computer mit Internet-Anschluss
- Ein Lesegerät für die Versichertenkarte
- Eine kostenlose Registration für den HIN Covercard Service
- Ein HIN Abonnement, welches den Zugriff auf den geschützten HIN Covercard Service ermöglicht.

Erkundigen Sie sich bei Ihrem Praxissoftwarelieferanten, ob die Covercardanbindung mit Ihrer Software funktioniert. Das Lesegerät kann man für Fr. 169.- bei HIN bestellen. Die Registrierungsunterlagen sind online unter [hin](#) abrufbar. Wenn sich nun im Notfalldienst oder im Alltag eine neue Patientin am Empfang meldet, so reicht es, die Versichertenkarte durch das Lesegerät zu ziehen. Sofort werden Name, Vorname, Adresse und Versichertennummer ins Praxissystem übernommen.

Daten zum Reservieren:

27.10.2010, Mittwoch	Hausärztetag mit anschliessender ausserordentlicher Generalversammlung um 17h15, HS Ettore Rossi UKK, www.biham.unibe.ch
3.2.2011	Hausärztetag der UPD, UPD Waldau
10.2.2011	Hausärztetag BIHAM und 1. Generalversammlung des VBHK
31.3.2011	Initiativ-Demo auf dem Bundesplatz
1.4.2011	Tag der Hausarztmedizin in Arosa
2.4.2011	1. JHaS-Kongress, Solothurn
25.-26.8.2011	Kongress Swiss Family Docs in Basel (ex SGAM), swissfamilydocs.ch

Berner Hausärzte > www.bernerhausarzt.ch + BIHAM > www.biham.unibe.ch

Herausgegeben vom Vorstand des Vereins Berner Hausärztinnen und Hausärzte VBH und der BIHAM Bern

Redaktionsadresse: Dr. med. Heinrich Kläui, Innere Medizin FMH, Bühlstr. 59, 3012 Bern,

Tel. 031 302 63 36, Fax 031 301 34 04, Mail: h.klaeui@hin.ch

Sekretariat des VBHK: VBH-Sekretariat, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern

Tel. 031 330 90 02, Fax 031 330 90 03, Mail: sekretariat@bernerhausarzt.ch