

Editorial

Eidgenössische Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»



Liebe Patientinnen
und Patienten

Am 1. Oktober 2009 wird die Eidgenössische Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» lanciert. Sie sind nun aufgerufen, zusammen mit Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt diese Initiative zu unterschreiben,

denn Sie haben einen direkten Nutzen davon.

Worum geht es bei dieser Initiative und warum braucht es sie?

Die Initiative will die Hausarztmedizin in der ganzen Schweiz sicherstellen. Denn uns droht in 15 Jahren ein gravierender Hausärztemangel. Die Initiative verpflichtet Bund und Kantone, die Hausarztmedizin zu fördern.

Es braucht diese Initiative ferner, um optimale Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu garantieren.

Hausärztinnen und Hausärzte brauchen eine moderne Praxisinfrastruktur mit einem funktionsfähigen Labor. Die Initiative schafft die Voraussetzungen dazu.

Und ausserdem will die Initiative den Hausärzte-Nachwuchs fördern.

Immer weniger junge Menschen wählen den Beruf des Hausarztes. Die Initiative steigert die Attraktivität der Hausarztmedizin.

Bernhard Stricker

Ärzt Netzwerk **Grauholz**

Ihr Partner im Gesundheitswesen

Patientenausgabe

Sondernummer für alle Praxen der Kantone Bern und Solothurn.
Weitere Exemplare können nachbestellt werden.

Vom Nutzen der Hausärztin

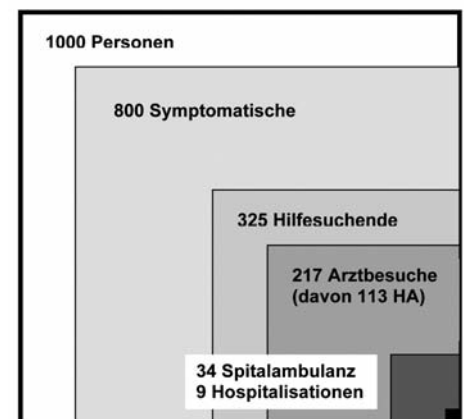
Für uns Hausärztinnen ist es ein Nivolum, dass wir unsere Daseinsberechtigung nachweisen müssen. Seit aber die BAG-Spitze in Erwägung zieht, uns aus Kostengründen durch Nurse Practitioners zu ersetzen, müssen wir in die Offensive gehen. Die Hausarztmedizin verfügt über folgende drei Kernkompetenzen:

1. Triage und abschliessende Behandlung von 80 Prozent der Probleme
2. Fähigkeit, mit unselektierten, unklaren und komplexen Situationen umzugehen
3. Langzeitbetreuung von Chronischkranken

Die Kostenfrage steht nicht im Mittelpunkt, sondern die Qualität. Die Hausarztmedizin sollte theoretisch günstiger sein, wenn sie Irrwege und Wiederholungen verhindern kann. Zudem sind die Hausarztpraxen näher bei den Patientinnen, sodass sich auch die volkswirtschaftlichen Kosten (Arbeitsausfälle, Verkehr) reduzieren. Bei den Behandlungskosten selbst dürfte kein Unterschied auftreten. Eines aber ist sonnenklar: Ohne den Filter der Hausärztin würden die Spezialistenpraxen und Institutionen

hoffnungslos überlastet werden – und das wird dann sicher nicht billiger. Eine bekannte britische Untersuchung aus dem Jahr 2001 zeigt (Grafik unten):

- Von 1000 Personen
- haben 800 irgendwelche Beschwerden;
 - denken 325 daran, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen;
 - 217 gehen deswegen zur Ärztin, die Hälfte davon zur Hausärztin;
 - 34 suchen eine Poliklinik oder eine Spital-Notfallstation auf;
 - 9 werden hospitalisiert, davon eine in einer Uniklinik.



«Green et al. NEJM 2001»

Unterschreiben Sie jetzt (auf dem beigelegten Unterschriftenbogen),

- damit Sie und Ihre Familie auch in 15 Jahren noch einen Hausarzt oder eine Hausärztin haben;
- damit auch in Zukunft optimale Abklärungen und Behandlungen bei Ihrem Hausarzt oder Ihrer Hausärztin möglich sind;
- damit junge Menschen wieder den Beruf des Hausarztes wählen.

In Tabelle 1 sind die Vor- und Nachteile von Hausärztin und Spezialistin bei der Bewältigung obiger drei Kernkompetenzen quizartig aufgelistet. Dabei erhält die Hausarztmedizin drei Pluspunkte und einen Minuspunkt (+2 Punkte). Die Spezialistenmedizin zwei Plus- und zwei Minuspunkte (0 Punkte). Die Gewinnerin dieses Quiz ist aber eigentlich die Patientin.

Gerade weil die Stärke der Hausarztmedizin beim Mittragen von Unsicherheiten liegt, fällt es schwer, Nachwuchs zu finden. Die grösste Unsicherheit besteht aber in der Unsicherheit der Zukunft der Hausarztmedizin. Und hier gilt es, einen Pflock einzuschlagen. Ein Verfassungsartikel ist ein solcher Anker. In der Politik fragt jeder nach der gesetzlichen Grundlage. Schaffen wir die Voraussetzungen dazu!

Kompetenz	Hausärztin		Spezialistin	
	Vorteil	Nachteil	Vorteil	Nachteil
Triage und Endbehandlung	Rasch, einfach	Braucht viel Erfahrung	Meist bessere Qualität, falls richtig vortriagiert	Meist umständlicher und kann zu Irrweg führen, falls falsch vortriagiert
Unsicherheit Komplexität	Spezielle Ausbildung und Interesse	Kann zu Resignation und Laissez-faire führen	Kann ein Gebiet abdecken und Hausarzt entlasten	Rasch überfordert, führt dann zur Odyssee von Spezialist zu Spezialist
Langzeitbetreuung	Kennt den Verlauf und das psychosoziale Umfeld	Kann zu Routine und Vertrauensverlust führen	Bessere Qualität, wenn auf ein Gebiet beschränkt und Hausarzt so entlastet wird	Informationsdefizit, weniger interessiert

Tabelle 1:

Legende:  Pluspunkt  Minuspunkt  neutral

Hans-Werner Leibundgut,
VR-Präsident Pontenova und
Hausarzt, Müntschemier

In dieser Sondernummer äussern sich nachfolgend zwei Spezialisten (ein Hals-Nasen-Ohren- und ein Lungenarzt) zur Rolle der Hausärztin, bzw. des Hausarztes.

Fragen an Dr. med. Marcel Stampfli zur Situation der Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz

«Es ist unabdingbar, dass der Grundversorgung mehr Geld zur Verfügung gestellt wird»

Wie beurteilen Sie heute generell das Verhältnis zwischen Spezialisten und Hausärzten in der Schweiz?

Dr. Marcel Stampfli: Das Verhältnis zwischen Spezialisten und Hausärzten, die sich kennen und zusammenarbeiten, ist generell gut. Ansonsten ist das Verhältnis wegen der vielen Missverständnisse, gezielten politischen Massnahmen und der Einkommensdifferenzen etwas angespannt.

Welchen Stellenwert hat die Hausarztmedizin Ihrer Meinung nach heute im schweizerischen Gesundheitswesen? Den ihr zustehenden?

Nein, die Hausarztmedizin hat nicht den Stellenwert, der ihr gebührt. Einerseits sind die Hausärzte die «Prügelknaben» der Politik und der Krankenkassen, da sie dank ihrer Zahl den Grossteil der ambulanten Arztkosten ausmachen. Andererseits sollen Hausärzte die zentrale Rolle zur Kos-

teneinsparung im Gesundheitswesen übernehmen. Gleichzeitig wird ihnen jedoch das notwendige Einkommen (direkte Medikamentenabgabe, Labor) weggenommen.

Der Stellenwert der Hausarztmedizin wird wohl in der nächsten Zeit steigen, vor allem wegen der Hoffnung auf Kosteneinsparungen (Managed Care). Die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt werden die Kosten weiter ansteigen lassen.

Gemäss FMH-Statistik ist das Einkommen der Spezialistinnen und Spezialisten in der Regel um ein Mehrfaches höher als das der Hausärztinnen und Hausärzte. Wie beurteilen Sie diese Situation? Ist der Einkommensunterschied gerechtfertigt?

Die Einkommensunterschiede sind zum Teil massiv. Diese Zahlen beruhen auf dem AHV-pflichtigen Einkommen (Umsatz minus Praxisunkosten). Im Allgemeinen liegt der Umsatz pro Patient in der Hausarztpraxis wesentlich höher als in der Spezialistenpraxis. Die Praxisunkosten sind bei Spezialisten eher kleiner.

Der Hauptunterschied im Einkommen besteht in der Möglichkeit der Spezialisten, den Privattarif anzuwenden. Im Gegensatz zum Sozialtarif können die Prämien für den Privattarif problemlos kostendeckend angepasst werden. Zur Freude der Versicherungen und der Ärzte.

Ob die Einkommensunterschiede gerechtfertigt sind, ist eine recht schwierige Frage.

Wir vergleichen hier Äpfel mit Birnen. Einige arbeiten effizienter als andere, betreuen mehr Patienten. Die Praxisunkosten im Griff zu haben ist wohl der Schlüssel zum Erfolg.

Eine Landarztpraxis im Kanton Bern mit voller Selbstdispensation generiert ein ähnliches Einkommen wie eine Spezialistenpraxis in der Stadt.

Forderungen der Hausärztinnen und Hausärzte nach einer finanziellen Besserstellung werden von vielen Gesundheitspolitikern und Gesundheitspolitikerinnen in dem Sinne beantwortet, dass sie – mit Verweis auf die Kostenneutralität – eine entsprechende Umverteilung von den Spezialisten zu den Hausärzten fordern. Was halten Sie davon? Und was halten Sie vom Prinzip der Kostenneutralität?



Dr. med. Marcel Stampfli (55) ist seit 1990 selbstständiger Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Hals- und Gesichtschirurgie mit eigener Praxis in Biel. Er ist u. a. seit 2006 Vorstandsmitglied der Berner Ärztesgesellschaft und Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer, Vertreter der VEDAG. Er ist verheiratet und Vater von drei Kindern.

Die Kostenneutralität ist tot. Wir reden heute von der Kostenstabilisierung und diese ist durch die Leistungs- und Kostenvereinbarung geregelt. Die LeiKoV hat es ermöglicht, den Taxpunktwert im Kanton Bern zu halten und den ständigen Anschuldigungen der Krankenkassen (der Mengenausweitung) mit Fakten aus Ponte Nova entgegenzutreten.

Wie schon bei der oberen Frage erwähnt, ist eine Umverteilung sinnlos, da die zusätzlichen Einkommen der Spezialisten vor allem durch die Privatversicherung generiert werden.

Von mir aus gesehen ist es unabdingbar, dass der Grundversorgung mehr Geld zur Verfügung gestellt wird. Sonst ist eine Kostenstabilisierung nicht möglich.

Schon zu Beginn des Tarmed war das Verhältnis technische Leistung zu ärztlicher Leistung 50%:50%, obschon der Unkostensatz in der Hausarztpraxis 70 Prozent betrug. Hier besteht beispielsweise Nachholbedarf. Auch sind die Zeiten des Einzelkämpfers vorbei. Dieses deutliche Signal der Politik zur Gruppenpraxis, und somit zur Reduktion der Unkosten resp. zur Einkommenssteigerung, wird viel zu wenig umgesetzt.

Das Wirtschaftswachstum hinkt schon seit Jahren dem Wachstum des Gesundheitswesens hinterher. Das Gesundheitswesen ist so kaum mehr finanzierbar.

Was bedeutet für Sie Qualität in der Hausarztmedizin?

Exakte Diagnosen, zufriedene Patienten, gezielte Abklärungen, gute Zusammenarbeit unter Ärzten. Gemeinsam ausgearbeitete Behandlungspfade, die dem individuellen Können des Grundversorgers angepasst sind. Möglichst effiziente Rehabilitation bis zum Erreichen der Arbeitsfähigkeit, resp. eines «normalen» Lebens.

Können Sie sich ein Gesundheitswesen ohne ärztliche Grundversorgung vorstellen (z.B. speziell ausgebildete Krankenschwestern, die eine direkte Triage zu den Spezialisten vornehmen)?

Nein. Die vorgesehene Funktion übersteigt bei weitem die Fähigkeiten einer Pflegefachperson. Die ständige Triage bleibt weiterhin die anspruchsvollste Tätigkeit im Gesundheitswesen.

Was halten Sie von Managed Care? Und was von Gatekeeping durch die Hausärzte und Hausärztinnen?

Managed Care ist für mich die grosse Hoffnung und der Lichtblick im Gesundheitswesen. Eine optimale Betreuung der Patienten in einem Team, eine Diagnose innerhalb von drei Tagen, eine gezielte Behandlung, welche nicht nur die Arzt- und Spalkosten, sondern auch die gesamten Gesund-

heitskosten (inklusive Rekonvaleszenz, Rehabilitation) einschliesst, könnte die Teuerung ohne zusätzliche Ressourcen vielleicht etwas dämpfen.

Dazu müssten jedoch die Krankenkassen wie die Suva nicht nur die Arzt- und Behandlungskosten, sondern auch die Kosten für den Arbeitsausfall voll übernehmen. Nur dann ist garantiert, dass sich ein qualitativ gutes Gesundheitswesen installieren kann. Vom Gatekeeping halte ich weniger. Für mich ist das nur eine bessere Positionierung des Grundversorgers im Gesundheitsmarkt, um die «teuren» Spezialisten auszuschalten. Dies führt zu keiner Verbesserung der Qualität und wegen der Prämienrabatte zur

Selektion der guten Risiken und zur Entsolidarisierung der Prämienzahler. Aber das Gatekeeping haben wir ja in der Zwischenzeit überstanden.

Welchen Weg erachten Sie in Zukunft für sinnvoller: Mehr Staat oder mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen?

Habe ich mir oft überlegt. Ich denke, im Rahmen des KVG ist mehr Staat sinnvoller. Mir scheint das System der Suva hat sich besser bewährt als das System der sich um gute Risiken streitenden Krankenkassen. Auch sind beim System der Suva die Taggeldkosten mit eingeschlossen. Da-

durch ist das Interesse der Versicherung nicht primär auf die Reduktion der Arzt- und Spalkosten fokussiert. Bei mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen müsste ich als Arzt die Freiheit haben, den Patienten zu überprüfen, das Risiko abzuschätzen und ihn wenn nötig, wenn er nicht «rentiert», abzulehnen resp. eine zusätzliche Risikoprämie mit dem Kostenträger aushandeln. Mir bereitet ein solches Vorgehen Bauchschmerzen. Sollten sich mal gut funktionierende Managed-Care-Gruppen gebildet haben, werde ich eine Neubeurteilung vornehmen.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker.

Essay

Vom Turmbau zu Babel

Kennen sie das berühmte Bild vom Turmbau zu Babel? Nein? Sie kennen es nicht? Das Bild, das der grosse Bruegel, Pieter Bruegel de Oude, 1573 als Allegorie auf das menschliche Leben gemalt hat: Spitzenleistung oder Gotteslästerung, oder einfach das Scheitern des Menschen?

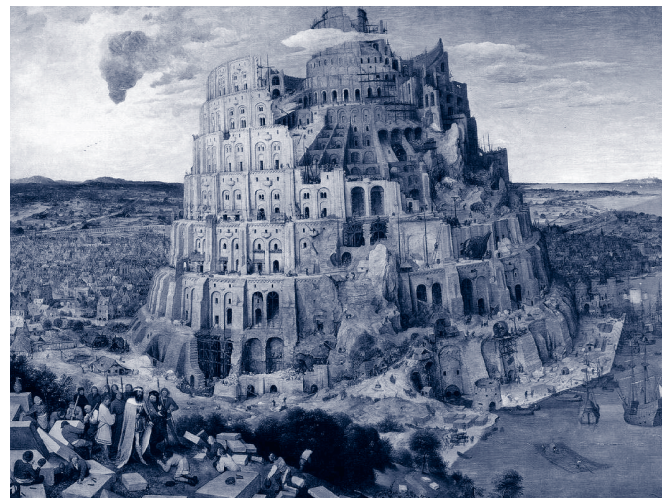
Eine riesige Baustelle erhebt sich in den Himmel, ein irrwitziger Turm, eine unvollendete Pyramide, der oberste Teil, noch im Bau, durchbricht die Wolkendecke, so dass jene, die oben am Bauen sind, die Erde nicht mehr sehen können und jene, die weiter unten bauen, nicht mehr wissen, was oben geschieht.

Wer sind diese Leute? Es sind Handwerker, Steinhauer, Metzger, ein Heer von Lastenträgern und Gehilfen, Maurer, Schlosser und Schreiner, Spezialisten für Statik und kühne Konstruktionen, aber auch Künstler, manche von ihnen mit zwei goldenen Händen und einem feinen Gespür für Form und Stein. Daneben gibt es aber auch

Planer und Organisatoren, Aufseher und Oberaufseher, Wesire, Muftis und Mogule. Wo aber gebaut wird, fliesst Geld. Also gibt es auch Schatzmeister, Oberschatzmeister, Säckelmeister und Obersäckelmeister, Verwalter der Kassen und Tresore, Schatzkämmerer, Berater, Buchhalter und wieder Berater sowie ein Heer von Zulieferern aller Art. Oberster Aufseher aber war der Grossmogul, der nicht nur durch seinen angeblich planerischen Weitblick und enormen Ideenreichtum, sondern auch durch seine grosse Nase auffiel, so dass später, als der Turmbau ins Stocken geriet, beim Sprichwort «An der Nase herumgeführt werden» jeder sofort an den Grossmogul dachte.

Indes, alle verdienten ihr Brot am Turmbau zu Babel und waren glücklich

und zufrieden, wenn weitergebaut wurde, höher und höher. Je höher aber der Turm in den Himmel wuchs, desto mehr wuchs auch die Zahl der Steinmetzen und Bauspezialisten. Die Zahl der Berater und Zulieferer schwoll aber noch mehr an, überproportional schwoll sie an, so dass sie zunächst nur unter vorgehaltener Hand, dann immer unverhohlener spöttisch als Trittbrettfahrer bezeichnet wurden. Wer wollte sich schon die Hände schmutzig machen. Wenn einem Steinmetz ein Fehler passierte, hiess es sogleich: «Seht her, sie ma-





Dr. Werner Graf.

Dr. med. Werner Graf ist Facharzt FMH für Pneumologie und Innere Medizin in Bern. Er studierte Medizin in Basel, arbeitete beruflich in New York, Göttingen und Basel und liess sich dann definitiv in Bern nieder, wo er eine Praxis eröffnete. Er ist verheiratet und Vater von zwei erwachsenen Söhnen. Werner Graf hat eine

kreative Ader und einen starken Bezug zur Kultur. So spielte er früher viel Geige, heute stehen v.a. Malen und Zeichnen im Vordergrund. Er war jahrelang Mitarbeiter bei einem Lokalblatt als Cartoonist und zeigte sein Können auch in einigen Ausstellungen, zuletzt im Habermus in Köniz.

chen nichts als Fehler, man sollte ihnen besser auf die Finger schauen oder den Lohn kürzen.» So wurde es immer schwieriger, junge Steinmetze zu finden, die noch bereit waren, den Hammer in die Hand zu nehmen. Ihr Beruf galt als unattraktiv. Planungsfehler dagegen konnten immer auf die nächst höhere Instanz abgeschoben werden, bis zuletzt keiner mehr verantwortlich war. «Der Grossmogul hat es so angeordnet», hiess es dann, und er schwebte über den Wolken, ihm konnte keiner etwas anhaben. L'Etat, c'est moi.

Aber auch unter den Planern und Architekten gab es Zwietracht. Sagte der eine «Hüsch», so sagte der andere «Hott». Wollt ein Säckelmeister hier mehr investieren, wollte der andere lieber dort. Jeder hatte seine eigenen

Vorstellungen, wie weitergebaut werden sollte, wo wie gespart werden und wo mehr investiert werden sollte. Jeder wusste es besser und dachte dabei nur an sich. Auf die Idee, man könnte vielleicht die Steinmetzen und Künstler mit in die Planung einbeziehen, kam keiner. Der Bau geriet ins Stocken.

Wieso erzähle ich diese Geschichte? Ich erzähle sie, weil sie mich an die heutige Medizin erinnert: Immer höher und besser, immer gesünder und immer schneller gesünder, immer mehr und immer noch mehr. Jeder bereichert sich auf seine Weise, profitiert wo er kann und fordert gleichzeitig, dass zwar die Menge, nicht aber deren Kosten ausgeweitet werden. Dazu kommt, wie beim Turmbau zu Babel, eine weitere Verwirrung: Die

Frage nach Sinn und Unsinn des «Immer mehr». Wer bestimmt denn eigentlich, dass immer höher gebaut werden muss? Sind es wirklich die Steinmetze, die mit dem Hammer in der Hand, oder sind am Ende die Trittbrettfahrer die sekundären Nutznießer?

Ich denke, dass es höchste Zeit ist, über eine zentrale Figur nachzudenken, welche befähigt ist, einen vernünftigen Weg aus dem ins Stocken geratenen Turmbau zu Babel zu finden. Diese Person müsste ein gewichtiges politisches Mitspracherecht haben, der Grossmogul müsste sie nicht nur anhören, sondern auch zur Kenntnis nehmen, was sie ihm sagt, sie muss eine Ärztin oder ein Arzt sein (und nicht ein Jurist wie im BAG!), die oder der neben Fachkenntnissen auch über den so genannten gesunden Menschenverstand verfügt, eine Eigenschaft, die nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Wer kommt in Frage? Ich denke, am ehesten ein erfahrener praktizierender Arzt oder eine Ärztin. Und wenn der Begriff Hausarzt nicht mehr up to date ist, können wir ihn ja GP nennen. Die Frage wird nur sein, ob unsere Politiker nicht nur mit der Zunge, sondern auch mit dem Verstand zu einem solchen Schritt fähig sind.

Dr. Werner Graf, Bern

Qualität und Fortbildung im Ärztenetz Grauholz

Letzthin haben Gesundheitspolitikerinnen, Journalisten, Beamte des BAG, Kassenfunktionäre, Patientenschützerinnen die Qualität entdeckt. Nicht die eigene, die wird stillschweigend vorausgesetzt und muss demnach auch nicht gemessen werden, sondern diejenige von uns Ärztinnen und Ärzten.

Die einen wollen Qualität daran messen, ob bei all unseren Patientinnen

und Patienten mit Bluthochdruck oder Diabetes die Zielwerte von Blutdruck oder Blutzucker erreicht werden. Andere wollen uns Labels verpassen. Einige meinen, uns dazu bringen zu müssen, uns endlich fortzubilden, ohne zu wissen, dass 80 Stunden Fortbildung pro Jahr ohnehin auszuweisen sind, wollen wir unseren Facharztstitel behalten. Einfach «vergessen» wird oft genauso, dass in vielen Bereichen, z.B. bei Röntgen, Labor

und Patientenapotheke, die Qualitätssicherung ohnehin gesetzlich festgeschrieben und etabliert ist.

Statt über Sinn und Unsinn von Labels und Zertifikaten zu polemisieren, soll hier am Beispiel des Ärztenetzes Grauholz (AeNG) gezeigt werden, wie sich als wesentlicher Qualitätsfaktor unsere gemeinsame Fortbildung in der Realität abspielt. Jede und jeder von uns bildet sich ausserdem nach seinen Bedürfnissen und Anforderun-

gen auch ausserhalb des Netzes regelmässig fort.

Jedes Mitglied des AeNG hat sich zur Arbeit in so genannten Qualitätszirkeln verpflichtet. Das sind Gruppen von etwa 5 bis 12 Ärztinnen und Ärzten, die sich unter der Leitung eines Mitglieds, das die Gespräche als Gesprächsleiter moderiert, rund achtmal pro Jahr treffen, um ein für sie wichtiges Thema unter sich oder zusammen mit einem Fachspezialisten zu erörtern. Das waren in diesem Jahr Themen wie: Welche Antibiotika sollen und können effizient und kostengünstig wann eingesetzt werden? Oder: Was beachten wir bei Verdacht und Diagnose einer Venenthrombose, was ist sinnvoll und hilfreich, was nicht? Was ist bei der dann oft eingeleiteten Antikoagulation (so genannte Blutverdünnung) zu beachten? Oder: Osteoporose – Abklärung und Behandlung, so dass möglichst viele Frakturen (Knochenbrüche) verhindert werden können? Manchmal sprechen wir auch über Dinge, die nicht optimal verliefen, und wie wir es besser machen könnten.

Fortbildungsnachmittage

Zweimal jährlich findet ausserdem ein grösserer interner Fortbildungsnachmittag statt, an dem in der Regel alle Mitglieder teilnehmen. Am Donnerstag 11. Juni 2009 fand wieder ein solcher Nachmittag statt, von dem ich berichten möchte.

Wir trafen uns um 14 Uhr in den Kursräumen des Tierparks Dählhölzli. Vorerst diskutierten wir eine Stunde zusammen mit einem Spezialisten aus dem Inselspital über Risikofaktoren

für schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Behandlung: Wie schätzen wir ein solches Risiko ein? Wann und wie stark sollen oder müssen Cholesterinwerte gesenkt werden, was ist genug und was zuviel? Stellenwert von Bluthochdruck und Diabetes und Ziele bei deren Behandlung? Rauchen, Bewegungsarmut und Übergewicht ... Es wurde lebhaft und manchmal auch kontrovers diskutiert. Ziel solcher Diskussionen ist es, auf eine möglichst kostengünstige Art möglichst viele Herz-Kreislauf-Katastrophen wie Herzinfarkte und Hirnschläge und damit verbundenes Leid zu verhindern, Abklärungs- und Behandlungskriterien kritisch zu hinterfragen und Erfahrungen auszutauschen. Eine einzige richtige Meinung wird es nie geben. Deshalb ist es auch nicht sinnvoll, Qualität einzig mit einem Messwert zu definieren.

Das zweite Thema war der Qualitätsfrage gewidmet: «Qualitätsmanagement für Arztpraxen, Sinn, Unsinn, Chancen, Risiken, Vor- und Nachteile für die einzelne Praxis und für das Netzwerk». Wohl unnötig zu sagen, das dieses Thema heiss diskutiert wurde. Es zeigte, dass man sich im AeNG durchaus um messbare Qualität kümmern will. In einem Punkt herrschte aber weitgehende Einigkeit: Man wird sehr aufpassen müssen, dass nicht geschäftstüchtige «Dienstleister» riesige Zusatzkosten und ebenso riesigen Administrationsaufwand verursachen mit letztlich eben doch zweifelhaftem Gewinn an Qualität, die in ihrer Gesamtheit so schlecht zu messen ist.

Das letzte Thema war dann wieder handfest im Sinn des Wortes: Unter

dem Titel «Handchirurgie in der Hausarztpraxis» diskutierte eine Handchirurgin mit uns über das Vorgehen beim Skidaumen (einer Bandverletzung am Daumen), über Sehnenverletzungen an den Fingern und über Diagnose und Behandlung von Knochenbrüchen an Vorderarm und Handwurzel inklusive optimaler Röntgendiagnostik. Hier waren sich dann wieder alle einig: Das können wir im Alltag brauchen, das bringt einen Gewinn auch für unsere Patientinnen und Patienten.






Nach gut drei Stunden intensiver fachlicher Arbeit genossen wir eine Führung durch das Vivarium des Tierparks inklusive Besichtigung der neuen Papegeientaucheranlage und ein gemeinsames Aperero. Denn: Die Zusammenarbeit im Netzwerk lebt stark von der menschlichen Komponente des persönlichen Austauschs, des Sich-Kennens und damit auch Sich-Vertrauens.

*Samuel Kohler, Hausarzt
Münchenbuchsee*

Die Männer sind mitgemeint!

Wir verwenden in allen Punktuell-Ausgaben möglichst die weiblichen Substantivformen. Die Männer sind immer mitgemeint. Damit kehren wir ein ungeschriebenes terminologisches «Dogma» um, das bis heute meist umgekehrt verwendet wurde, in dem die Frauen mitgemeint sind.

Damit setzen wir ganz bewusst ein Zeichen, nicht zuletzt, um die Innovationsbereitschaft von PonteNova zu unterstreichen, vor allem aber, weil die Medizin der Zukunft weiblich ist. Bereits heute sind mehr als 50 Prozent der Studienabgängerinnen Frauen. (BS)

Unsere Partner		
		ÄRZTEKASSE
INKASSOMED		CAISSE DES MÉDECINS
<small>Das standesnahe Inkasso-Unternehmen für das Schweizer Gesundheitswesen</small>		CASSA DEI MEDICI

Impressum
Auflage: 2500 Exemplare
Redaktion: Geschäftsleitung PonteNova, Hans-Werner Leibundgut (HWL), Peter Frutig (PF), Bernhard Stricker (BS)
Adresse: PonteNova Zentrum 32, 3322 Urtenen-Schönbühl
 Tel. 031 951 88 60, Fax 031 951 88 61
 E-Mail pontenova@hin.ch, www.pontenova.ch
Druck: R.Graf AG, 3280 Murten
 Gratisversand an alle Mitglieder der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern und der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kt. Solothurn, sowie an interessierte Kreise