



Dezember 2004 / 6

Ärztegesellschaft des
Kantons Bern
Société des médecins du
canton de Berne
www.berner-aerzte.ch

Eine Schöne Bescherung...

*... von draussen vom Walde komm ich her,
ich muss Euch sagen, es weihnachtet sehr,
all überall auf den Tannenspitzen, seh ich
goldene (Tax-) Pünktlein blitzen...*

*Ja eben, Knecht Ruprecht hat ja auch eine
Rute – haben wir sie verdient?*

*Ich meine ja – die Strafe folgt auf den Fuss –
der Taxpunktwert saust hinunter und bei
dieser «Stimmung» ist die Talfahrt noch
(lange) nicht zu Ende...*

*Aus Frust wird notiert (nach dem Motto:
man war ja immer dagegen), gewisse Dis-
ziplinen schöpfen den Tarmed voll aus – mit
dem bekannten Resultat.*

*Der Tarmed ist ein Zeittarif, gut, aber da ist
eben noch die Kostenneutralität – für mich
das Globalbudget, das man uns «aufge-
zwungen» hat – und nun: man nimmt die
Taxpunktwerterhöhung wieder einmal hin...
Wir sind schon ein seltsames «Völklein» – ich
meine: keine andere Berufsgemeinschaft
lässt sich so viele Steine in den Weg legen;
dabei hätten wir in der Hand: mehr Inter-
esse an unseren politischen Gremien, mehr
aktive Mitarbeit, mehr Solidarität und dann –
wir hätten ein immenses Potenzial. Aber
eben, so haben wir, glaube ich, die Rute
wahrscheinlich verdient...*

*In diesem Sinne wünsche ich uns einen
guten Jahreswechsel.*

Christian Gubler, Vizepräsident

*PS: Und dann sind noch drei Kantone, in
denen der Taxpunktwert nicht nur nicht
gesenkt werden musste, sondern sogar
erhöht werden konnte. Es ginge also doch,
oder?*

doc.be

Bericht Delegiertenversammlung 2

«Tarifpolitik ist Gesundheitspolitik!» 3

Gesundheitspolitik:
Auf dem Weg zum «Grossen Knall»? 4

«Tag der Berner Ärztinnen und Ärzte»
und Jubiläum
650 Jahre Inselspital 8

Unter der Lupe ...
Gefälligkeitszeugnisse 9

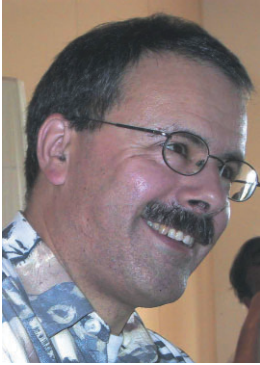
Bericht aus dem Grossen Rat 8

Alumni MedBern 11

Defibrillator für Ersthelfer 12

**Aktuelle interne Mitteilungen finden Sie unter
www.berner-aerzte.ch, «Für Mitglieder»**

Bericht Delegiertenversammlung (DV) vom 28.10.2004



Jürg Schlup,
Präsident BEKAG

Projekt Datensynchronisation

Der Kantonalvorstand beantragt der DV, eine Software erarbeiten zu lassen, welche die Synchronisation ausgewählter Mitgliederdaten zwischen möglichst allen Bezirksvereinen und Fachgesellschaften im Kanton ermöglichen würde. Diese Software müsste folgende wichtigsten Funktionen erfüllen:

- Umfassende Mitgliederverwaltung mit unbeschränkten Gruppierungsmöglichkeiten
- Serienbriefe, Serien E-Mail, kombinierte Mailings
- Serienrechnungen für Mitgliederbeiträge
- Debitorenbuchhaltung
- Datensynchronisation mit der FMH

Das Programm würde per E-Mail an die Sekretäre der angeschlossenen Gesellschaften (Bezirksv./Fachg.) versandt (download) und automatisch installiert. Diese Sekretäre können die Software online an einen Nachfolger übergeben. Synchronisiert werden nur klar gekennzeichnete Mitgliederdaten. Die Daten lagern dezentral bzw. lokal bei der angeschlossenen Gesellschaft.

Die Zustimmung der Präsidentenkonferenz ist bereits erfolgt. Der Kantonalvorstand beantragt der DV:

- Die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern beteiligt sich mit CHF 25'000 an den Gesamtkosten.
- Jede angeschlossene Fachgesellschaft

und jeder angeschlossene Bezirksverein übernimmt eine einmalige Setup-Gebühr von CHF 250.

- Jede angeschlossene Fachgesellschaft und jeder angeschlossene Bezirksverein bezahlt eine monatliche Miete von CHF 25 (light version) oder CHF 50.

Angenommen ohne Gegenstimme bei 2 Enthaltungen.

Kostenneutralität KVG

Die Arbeitsgruppe Economics des Kantonalvorstandes orientiert über den bisherigen Verlauf der Kostenneutralität KVG in der Schweiz und im Vertragsraum Bern. Die Empfehlungen für die Mitglieder werden erläutert und diskutiert. Eines der ursprünglichen Ziele von Tarmed – einen gewissen Ausgleich zwischen den diversen Fachdisziplinen zu erreichen – bleibt vorderhand Illusion.

Fallkostenstabilisierung UVG

Der Vorsitzende der Assessmentkommission der FMH orientiert über den Verlauf der soeben abgelaufenen Phase der Fallkostenstabilisierung UVG. Er erläutert die Korrektur des TPW UVG per 1.11.2004 auf 92 Rp.

Medphone

Der VR-Medphone orientiert betreffend dem Stand des Aufbaus dieser ärztlichen Vermittlungszentrale für Notfalldienst leistende Ärztinnen. Die Überführung der Notfallzentrale der Stadt Bern wird im Frühjahr 2005 abgeschlossen sein. Das Promoting in Notfallarzt-Dienstkreisen ist angelaufen. Eine Verbesserung der Finanzierung mit Drittmitteln wird angestrebt.

Weitere Mitteilungen betreffen die laufende KVG-Revision – dort schwergewichtig die Verlängerung des Zulassungstopps – sowie Entscheide der Paritätischen Interpretationskommission PIK Tarmed. Letztere sind unter www.tarmed.ch/site_tarmed/pdf/PIK-Entscheide.pdf einsehbar.

Kostenneutralität – damit der Taxpunktwert nicht weiter sinkt

Massnahmen

1. **Sitzungsdauer abrunden**
2. **Positionen 00.0140 und 02.0070 einschränken**
3. **Positionen 00.0020, 00.0050, 0.0510 und 00.0520 einschränken**
4. **Kürzen Sie jede Rechnung um 5 Minuten Konsultationszeit**
5. **Rechnen Sie in Ihrem schon vor der Tarmed-Zeit üblichen Rhythmus ab**
6. **Überlegen Sie sich individuell, ob es medizinisch nicht verantwortbar wäre, das Sitzungsintervall bei Nachkontrollen zu verlängern**

Ressort Economics

Interview mit dem Gesundheitsökonom Gerhard Kocher

«Tarifpolitik ist Gesundheitspolitik!»

doc.be: In der Berner Ärztesgesellschaft zirkuliert seit längerer Zeit die Idee für ein Managed Care-Modell, welches keine Anreize zur Risikoselektion enthält. Kern dieser Managed Care-Modelle ist ja der Gedanke des Gatekeepings. Da aber immer die Gefahr droht, dass «teure» Patienten abgeschoben werden, gilt es diese Risikoselektion zu vermeiden. Dafür müsste Managed Care obligatorisch in der Grundversicherung für alle Versicherten eingeführt werden. Als Gatekeeper fungierten dann aber nicht nur die Grundversorger, sondern auch Spezialisten, sofern sie faktisch für den Patienten die Grundversorger-Funktion wahrnehmen. Wie beurteilen Sie dieses Modell?

Gerhard Kocher: Ich schicke voraus, dass die Schweiz stolz sein kann: Sie ist in Europa das Pionierland für Managed Care (s. Daniel Finsterwald: Managed Care-Pionierland Schweiz, SGGP 2004). Das Prinzip des Gatekeepings ist tatsächlich sinnvoll. Es ist auch schon in vielen Ländern wie zum Beispiel England oder Holland realisiert. Gatekeeping ist für viele Ärzte eine nicht gerade attraktive, aber gleichwohl anspruchsvolle Aufgabe, die Zusatzausbildung braucht. Für mich kommen dafür nur die Allgemeinärzte und Internisten in Frage. Andere Spezialisten sehe ich da weniger. Akzeptiert aber die Bevölkerung (in einer Referendumsabstimmung) für den Zutritt zum Spezialisten den Zwangsumweg über einen Gatekeeper?

Aber die Idee, Managed Care obligatorisch in der Grundversicherung einzuführen, wäre für Sie prüfenswert?

Da meiner Meinung nach nur Grundversorger die Gatekeeping-Funktion in der neuen, umfassenden Form wahrnehmen können, hätten wir zu wenig Ärzte, um dieses Modell in der Grundversicherung obligatorisch zu erklären. Wir sollten vielmehr die HMOs fördern.

Wenn ein Spezialist aber eine entsprechende Zusatzausbildung vorweisen würde, so könnte er diese Funktion doch ebenfalls wahrnehmen?

Wenn einer schon zwanzig Jahre lang HNO-Arzt war, dann kann er nicht einfach

eine Schnellbleiche machen. Das würde eine längere und teure Zusatzausbildung bedingen. Ich glaube nicht, dass ein gut ausgelasteter Spezialist zu einem solchen Aufwand bereit wäre, das ist unattraktiv und lohnt sich für ihn nicht. Hingegen sollten wir Managed Care durch tiefere Prämien und andere Vergünstigungen sehr



attraktiv für den Patienten machen. Den Gatekeepern könnte man spezielle Tarifpositionen geben, so dass diese Funktion auch finanziell interessant wird. So könnte man vieles steuern.

«Steuern» ist das Stichwort für die nächste Frage. Seitens der Ärzteschaft, insbesondere des VSAO, wird geltend gemacht, dass wir in einen Ärztemangel hineinlaufen. Wäre das Problem der Überversorgung in der Stadt und der tendenziellen Unterversorgung auf dem Lande zu lösen, indem man den Taxpunktwert auf dem Lande zu Lasten von eher «überversorgten» urbanen Zentren anhebt?

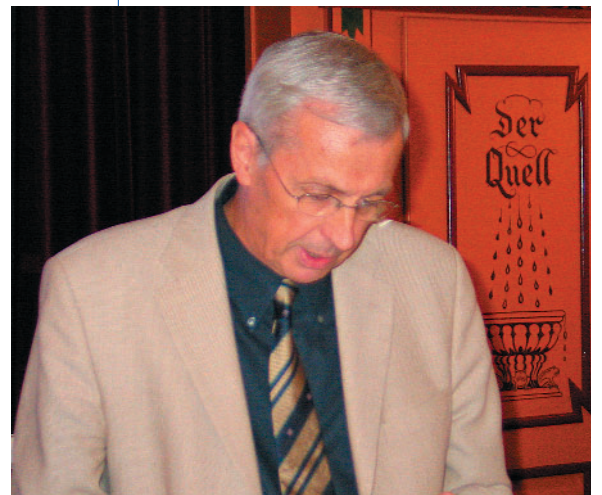
Das hätte man schon lange machen müssen. Es ist ja lächerlich, dass der Taxpunktwert nur kantonal verschieden ist. Man sollte ihn zur Steuerung der Versorgung einsetzen: Wo es zu viele Ärzte hat, setzt man den Taxpunktwert herab und auf dem Lande, wo es zu wenige hat, erhöht man ihn. Tarifpolitik ist Gesundheitspolitik! Diese Chance wird zuwenig genutzt.

Gibt es Vorstösse in dieser Richtung?
Seltsamerweise nicht, man ist immer noch auf die ungeeignete Einheit «Kanton» fixiert. An der Zürcher Bahnhofstrasse gilt der gleiche Taxpunktwert wie irgendwo abgelegen auf dem Land. Der Kanton ist absolut nicht die richtige Grösse, um allein danach den Taxpunktwert zu differenzieren.

Die nächste Frage betrifft eine ganz andere Thematik: die Rationierung im Gesundheitswesen. Sie haben sich ja schon vor Jahren für eine explizite Rationierung ausgesprochen. Wenn ich Ihre Argumentation richtig zusammen fasse, dann sagen Sie, dass in unserem Gesundheitswesen bereits heute verdeckt rationiert wird. Rationierung sollte aber – wenn schon – auf der Grundlage eines gesellschaftlichen Konsenses geschehen. Die Gesellschaft müsse offen festlegen, unter welchen Bedingungen jemandem eine medizinische Leistung vorenthalten wird. Man dürfe den Arzt mit dieser Entscheidung nicht alleine lassen. Ist das aber nicht ein unheimlicher Diskurs, wenn eine Gesellschaft in einer öffentlichen Debatte zu ergründen versucht, ob man – um gerade das Kriterium Alter zu benennen – Menschen ab einem bestimmten Alter eine medizinische Leistung vorenthält?

Um es polemisch auszudrücken: Wollen wir eine öffentliche Diskussion darüber, ob eine junge, dreifache Mutter mehr wert ist als ein 50-jähriger, arbeitsloser Raucher? Ist es da nicht besser, den Arzt am Krankenbett mit seiner Entscheidung alleine zu lassen?

Nein, da bin ich nicht gleicher Meinung. Wir leben in einem Rechtsstaat, man darf es nicht einfach dem Arzt überlassen, wann er einem Patienten sinnvolle Leistungen vorenthält. Das ist eben die ver-



deckte, willkürliche, kriterienlose Rationierung, die wir heute praktizieren, auch wenn die meisten Linken dies noch leugnen. Die Rationierungsdiskussion geht aber auch in die falsche Richtung, wenn man meint, es gehe dabei um Leben und Tod. Ich habe immer schon dezidiert die Meinung vertreten, Rationierung dürfe nichts zu tun haben mit Leben und Tod. Wegen der Rationierung darf niemand früher sterben. Nur ein kleiner Teil der Medizin hat überhaupt mit Tod oder Leben direkt zu tun. Es gibt grosse Behandlungsgebiete, ja ganze Spezialitäten, die mit dem Tod praktisch nie etwas zu tun haben, es sei denn bei Behandlungsfehlern.

Und doch geht es bei der Rationierung um das Vorenthalten von medizinisch sinnvollen Leistungen auf Grund von Kriterien wie zum Beispiel Alter oder Gesundheitsverhalten.

Das Alter ist nur eines von mindestens acht möglichen Kriterien. Es braucht einen Kriterien-Mix, es darf nicht ein Krite-

rium allein entscheiden. Patientenorientierte Kriterien müssen zudem ergänzt werden durch leistungsorientierte, wie etwa im berühmten Oregon-Modell (www.ohppr.state.or.us/hsc/index_hsc.htm).

Können Sie einige weitere patientenorientierte Kriterien benennen?

Ja, zum Beispiel der Nutzen einer Behandlung für den betreffenden Patienten, die medizinische Dringlichkeit einer Behandlung und der objektive und der subjektive Leidensdruck des Kranken.

Der Patient beurteilt den Nutzen einer Behandlung möglicherweise etwas anders als ein Dritter...

Das stimmt, beide Beurteilungen sollten in das Punktsystem einfließen, das über die Rationierung im Einzelfall entscheidet. Aber die Frage ist doch: Was gibt es denn für Alternativen? Sind sie gerechter, sind sie menschlicher? Die Nationalität? Ob jemand Privatpatient ist? Ob er sympathisch ist? Ob er Angehörige hat? Ob er sich wehren kann?

Es ist ja nachvollziehbar, dass man einem sterbenden Patienten eine sehr teure Behandlung, die ihn nur einige Tage länger leben liesse, vorenthält. Aber begibt man sich nicht auf eine gefährlich schiefe Ebene, wenn man überhaupt ein Kriterium wie das Alter für die Rationierung mit einbezieht: Unweigerlich beginnt man damit den Wert des Menschen zu definieren?

Wie gesagt, lebensnotwendige Behandlungen sollte man von der Rationierung ausschliessen. Bei anderen Leistungen besteht genug Rationierungspotenzial. Man muss in einem demokratischen Verfahren einen Katalog oder eine Punkte-liste definieren. Das finde ich viel humaner, als, wie Sie sagen, den Arzt mit dieser Entscheidung allein zu lassen, wie es heute geschieht. Damit ist der Arzt fachlich und menschlich überfordert. Laden wir ihm diese Bürde nicht auch noch auf!

Interview:

Marco Tackenberg, Redaktor doc.be

Gesundheitspolitik: Auf dem Weg zum «Grossen Knall»?

Referat, gehalten von Gerhard Kocher an der Delegiertenversammlung vom 28.10.2004

Ich halte als Gründer und langjähriger Zentralsekretär der Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP (www.sgpp.ch) seit 30 Jahren gesundheitspolitische Referate und habe etwa 90 Tagungen organisiert. Deshalb weiss ich, dass Diskussionen zwischen Medizinern und Ökonomen manchmal etwas lebhaft werden. Oft können aber solche Begegnungen auf beiden Seiten etwas bewirken, und dies ist meine Hoffnung auch für heute.

Seit etwa 1965 befasse ich mit intensiv mit Gesundheitspolitik, und die ersten 25 Jahre war dies höchst frustrierend. Nichts bewegte sich, das Gesundheitssystem war verknöchert und therapieresistent. Reformen redeten gegen Wände und kamen unter schweren Beschuss. Als dann 1990 sogar die DDR in sich zusammenfiel, lösten sich die Dämme auch im Schweizer Gesundheitswesen. Ich war hocheifrig: Nun kommen die Reformen! Vieles war aber nur heisse Luft. Heute ist unser Gesundheitssystem eine einzige, aber chaotische Grossbaustelle.

Die chaotische «Grossbaustelle Gesundheitswesen»

Teile der «Grossbaustelle Gesundheitswesen»

- Vertragszwang
- Fallpauschalen
- Generika
- Spitalschliessungen
- Spitalplanung
- Selbstbeteiligung
- Qualitätsförderung
- Studienreformen
- Datenschutz
- Prävention
- Prämienverbilligung
- Spitalfinanzierung
- Mindestzahl von Eingriffen
- Bekanntgabe der Diagnose
- Abtreibung
- Leistungskatalog
- Ärztteeinkommen
- u. a.
- Tarmed
- Parallelimporte
- Selbstdispensation
- Konzentration Spitzenmedizin
- Über- und Unterversorgung
- Ärztestopp
- Pflegekosten
- Versichertenkarte
- Risikoausgleich
- Einheitskasse
- Qualitätszertifikate
- Gatekeeping
- Komplementärmedizin
- Gentechnologie
- Sterbehilfe
- Behandlungsfehler

An all diesen Gebieten wird herumgewerkelt. Das sind fast alles schwierige und politisch heikle Probleme, die zudem häufig noch interdependent sind. Wir behandeln sie aber leider auf eine enttäuschende Weise. Wir haben hier ein Problem der Gesetzgebungsqualität. KVG-Revisionen sind dafür ein Musterbeispiel.

Machen wir doch einen Vergleich: Wenn der Bund einen Alpentunnel plant oder ein neues Kampfflugzeug beschaffen muss, dann wird dieses Geschäft in einem ausgeglichenen Prozess vorbereitet:

Methoden und Instrumente bei einem (technischen) Grossprojekt

- Ausländische Fachleute
- Besichtigungen
- Computersimulationen
- Einbezug der Betroffenen
- Etappierung
- Experimente
- Fokusgruppen
- Gutachten, Studien
- Ideenwettbewerbe
- Konsultativabstimmungen
- Kosten-Nutzen-Analysen
- Machbarkeitsstudien
- Markt- und Meinungsforschung
- Modelle
- Organisationsentwicklung
- Pilotprojekte
- Projektmanagement
- Szenarien
- Terminpläne
- Variantenvergleiche
- Zieldefinition
- ...

Es ist bei solchen technischen Grossprojekten normal, einige Prozente der Bausumme (also Millionen) für die Vorbereitung auszugeben.

Ganz anders ist es aber, wenn das Grossprojekt nicht technischer Art ist, sondern sozialpolitischer Natur, wie etwa die Revision der Krankenversicherung. Dies ist viel komplexer und heikler als ein Bauprojekt. Ich darf dies behaupten, denn ich habe seinerzeit eine politologische Dissertation über die KUVG-Revision 1964 geschrieben¹.

Bei solchen nichttechnischen Grossprojekten wie der KVG-Revision geht man ganz anders, um nicht zu sagen fahrlässig, vor: Keine umfassenden Planungsunterlagen, praktisch nichts von den erwähnten Instru-

menten und Methoden, sondern nur Sitzungen von überbeschäftigten Milizparlamentariern, d.h. der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit der beiden Kammern (der Vorsitz wechselt erst noch jedes Jahr). Sogar die früheren ausserparlamentarischen Expertenkommissionen wurden abgeschafft, heute gibt es nur noch parlamentarische Kommissionen mit (begrifflicherweise) weniger Fachwissen.

National- und Ständeräte geben unter vier Ohren ohne weiteres zu, dass das Ganze eigentlich viel zu komplex ist, um auf diese Weise geregelt zu werden. Hinter vielen Forderungen und Argumenten steckt wenig an fundiertem Wissen, von Daten ganz zu schweigen. Abgesehen davon ist es reichlich seltsam, praktisch das ganze Gesundheitswesen über ein Versicherungsgesetz zu regeln (das KVG ist ja faktisch das schweizerische Gesundheitsgesetz). Wie wenn wir die Landwirtschaft über die Hagelversicherung steuern wollten...

Besonders störend ist – auch für mich als Gesundheitsökonom – die totale Dominanz finanzieller Gesichtspunkte. Es ist ja bald unerträglich: Gesundheit und Qualität spielen bei solcher Gesetzgebung kaum eine Rolle. Vielleicht bessert sich das etwas, weil die Abteilung Krankenversicherung neu nicht mehr dem BSV, sondern



dem BAG zugeteilt ist. Die übertriebene Ökonomisierung der Medizin ist eine krasse Fehlentwicklung.

Vorbildlich ist hier Kanada mit seinem berühmten Romanow-Bericht von 2002: «Guidé par nos valeurs – L'avenir des soins de santé au Canada»². Neben diesem grundlegenden Schlussbericht wurden über 40 Teilberichte zu einzelnen Themen veröffentlicht. Das ganze Projekt war nicht billig – es kostete 15 Mio kanadische \$. Das ganze Werk lieferte aber erstklassige Entscheidungsgrundlagen für Reformen. Die Schweiz bringt leider nur einen Bruchteil eines solchen Denkprozesses zustande.

Reaktive Politik der Ärzteschaft und anderer Verbände

Wichtige Gesetzgebungen wie die KVG-Reform sind also ungenügend vorbereitet. Hauptschuldige daran sind Parlament und Staat. Aber: Mitverantwortlich sind auch die grossen Verbände, die ja besonders in der Schweiz – dem Verbandsstaat par excellence – einen grossen Einfluss haben, also etwa santésuisse, der Berufsverband der Krankenpflegefachpersonen SBK, die H+ und ... – darf ich das hier schreiben? – auch die FMH.

Mehr Aktion statt Reaktion

Die FMH ist der Archetypus einer Organisation, die immer nur reagiert. Oft sind leider die Interessenverbände der Ärzte die Neinsager vom Dienst, die Apologeten des Status Quo. Herr Schlup hat bei seinem Amtsantritt gesagt: «Mehr sagen, was wir wollen! Weniger, was wir nicht wollen.» Der neue FMH-Präsident hat mir auch aus dem Herzen gesprochen, als er in der NZZ vom 28.6.2004 schrieb: «Die Ärzteschaft muss ihr Neinsager-Image los werden.» Hoffen wirs!

Die reaktive Ärztepolitik ging so lange gut, als der Ärzte-«Stand» (wie man damals noch sagte!) im Gesundheitssystem die Definitionsmacht, die Deutungshoheit und die Lufthoheit hatte. Sie wissen so gut wie ich: Diese Zeiten sind vorbei. Immer mehr Partner regieren in der Gesundheitspolitik mit: Politiker, Ökonomen, Juristen, Krankenversicherer, Medien und andere. Aus diesen Kreisen kommen immer wieder neue Reformvorschläge, welche die Ärzteschaft stark betreffen.

Es wäre doch im Interesse der Ärzteschaft selbst, proaktiv zu wirken und nicht vorwie-

gend reaktiv, wie z.B. mit Referendumsdrohungen. Es geht ja um ihre Zukunft. Die Ärztesgesellschaften sagen aber fast nie, wie sie das künftige Gesundheitswesen haben möchten. Es gibt nur erste kleine Versuche wie je ein Papier der Société médicale de la Suisse romande von 2003 (SAeZ Nr. 21, 2003) und vom Vedag von 2004 (SAeZ Nr. 29/30, 2004).

Ohne Konzept in die Zukunft

Die Mediziner sollten ein Konzept ausarbeiten, wie sie die künftige ambulante Versorgung, die künftige Rolle des Arztes sehen. Sie überlassen dies aber dem politischen Tagesgeschäft, dem Kräftespiel der Interessen, und dieses ist bekanntlich randomisiert und doppelblind. Lange Zeit konnte man sagen: «Die Ärzteschaft blickt vertrauensvoll in die Vergangenheit. Heute blickt sie immer noch in die Vergangenheit – aber nicht mehr vertrauensvoll.»³

Die FMH hat kaum Leitbilder, sie hat keine Forschungsabteilung, keinen Denktank, kaum strategisch-konzeptionelles Denken, kaum externe Beratung. Ich habe diese Fragen seinerzeit in meiner politologischen Dissertation über die FMH und die Krankenkassen untersucht; seither sind etwa 35 Jahre vergangen, und leider hat sich nicht viel geändert.

Ich bedaure sehr, dass die Arztverbände, besonders die FMH, aber auch Fachgesellschaften und kantonale Verbände, die Zukunft ihres Berufes nicht selber gestalten. Ein so grosser, intelligenter und reicher Beruf wie derjenige der Ärzte hätte die Kapazitäten, nicht nur als Tarifpartner aufzutreten, sondern als konstruktiver Partner bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Wohlverstanden: Es geht dabei nicht um mehr Public Relations, sondern um eine Policy für den Ärzteberuf und für das Gesundheitswesen generell. Ich bin gespannt, ob Herr de Haller eine solche konzeptuelle Ärztopolitik einführen wird.

Eine der Grundfragen ist: Mehr Markt oder mehr Staat?

Man kann lange darüber diskutieren, ob mehr Markt im Gesundheitswesen zu Einsparungen führen würde. So oder so entspricht diese Forderung heute einer vorherrschenden allgemeingesellschaftlichen Stimmung, auch bei den meisten Gesundheitsökonomern (nicht aber bei mir). Das Credo dieser Leute lautet: «Im Gesund-



Gesundheitsmarkt als Vision

Zentral ist für mich eine weitere Erkenntnis: Wer von dem Gesundheitsmarkt spricht, ist schon auf dem Holzweg. Der Gesundheitsmarkt ist eine Fiktion. Das Gesundheitswesen besteht nicht aus einem Markt, sondern aus einem Konglomerat von zahlreichen Teilmärkten, die sehr unterschiedlich sind. Es gibt Märkte für Behandlungen, Diagnostik, Prävention, Hotellerie, Beratung, Versicherung, Personal, Medikamente, Forschung, Spitalbauten, technische Geräte, Fortbildung, Information, Begleitung, Coaching, Wartung, Buchführung, Fakturierung, Software u.a.

heitswesen geht es um mehr als nur um Leben und Tod, es geht um Franken und Rappen.»³

Mythische Verklärung der Marktes

Es gibt eine mythische Verklärung des Marktes, einen neoliberalen Gottesdienst: Der Markt wird schon richten! Der Urvater der Ökonomen, Adam Smith, nannte den Wettbewerb die Unsichtbare Hand, the Invisible Hand, die alles regle. Auch die Ärzteschaft sang ja das ganze letzte Jahrhundert hindurch inbrünstig das Hohelied vom FREIEN BERUF, der eine ganz andere Dignität habe als die Berufe der Funktionäre, Bürokraten und Krämerseelen. In den letzten Jahren wurde aber immer klarer, dass «Freier Beruf» für die Ärzteschaft auch heisst: ausländische Ärzte, Konkurrenz, Werbung für Praxen, keine Einkommensgarantie, Einkommensrückgang, Arztkonkurrenz, Zerschlagung der Kartelle, vielleicht Auflösung des Vertragszwangs, usw.

Seitdem dies alles den Mediziner droht, hat die Losung «Mehr Markt!» bei den Ärzten stark an Beliebtheit verloren. Man wünscht sich die Vorteile des Marktes und des sog. Freien Berufes – aber ohne seine Nachteile und Gefahren. Das ist zwar gut verständlich, aber unrealistisch.

Was sind denn die Wirkungen, wenn man auf einem Sektor mehr Markt einführt? Die Vorteile sind: rationellere Produktion; Kundenorientierung (vielleicht); Bedürfnisorientierung (vielleicht).

Die Nachteile: höhere Preise; mehr Umsatz (= mehr Kosten); Schaffung neuer Bedürfnisse und Ansprüche; Dominanz finanzieller Interessen; Kommerzialisierung; Rosinenpicken; Mehrklassenmedizin.

Das sind doch höchst unterschiedliche Märkte; wer hier von einem Gesundheitsmarkt spricht, wirft alles Mögliche in einen Topf und kommt dann zu falschen Schlüssen. Auf einzelnen dieser Teilmärkte können oder müssen wir die freie Marktwirtschaft einführen. Auf anderen braucht es eine Mischung Staat/Markt, und auf anderen Teilmärkten darf man aus sozialen Gründen den Wettbewerb nur sehr beschränkt zulassen.

Wir dürfen also nicht einfach ein Rezept – sei es nun Markt oder Staat – für das ganze Gesundheitswesen propagieren. Für die Zukunft des Gesundheitssystems gibt es kein Patentrezept, sonst würden wir es schon lange anwenden! Wir werden immer ein Mischsystem von staatlichen und von privatwirtschaftlichen Elementen haben. Glücklicherweise werden wir keines der Extreme je einführen. Es geht nur darum, etwas mehr in die eine oder andere Richtung zu gehen.

Ich habe 1970 die Schweiz. Vereinigung für Zukunftsforschung gegründet und war 25 Jahre lang ihr Zentralsekretär. Deshalb wage ich hier eine Prognose: Wir werden noch einige Jahre herum experimentieren nach dem Prinzip «Mehr Markt». Dann werden wir einsehen, dass dieses Prinzip die Probleme auch nicht lösen kann. In meinem Zitatbuch habe ich das hart formuliert: «Der Glaube an den Markt unterscheidet sich vom Glauben an den Staat nur in der Richtung, nicht aber im Ausmass der Dummheit.»³

Wir werden ein sog. Marktversagen konstatieren. Und dann kommt die Frustration, der «Grosse Knall», das Ende der Illusion «Mehr Markt».

Was bedeutet «Mehr Staat»?

Das Pendel wird dann in die andere Richtung schlagen, nämlich Richtung mehr Staat. Man wird erkennen, dass mehr Markt, mehr Wettbewerb die Kosten nicht reduziert und unerwünschte Nebenwirkungen hat. Zudem wird mehr Markt von vielen Leistungserbringern abgelehnt, z.B. von vielen Ärzten, Pflegenden, sozialen Berufen und Patienten. Etwas wird immer deutlicher werden: «Mehr Staat» heisst im Schweizer Gesundheitswesen sicher nicht Verstaatlichung, sondern mehr Koordination, mehr Vereinheitlichung, mehr Planung, mehr Leit- und Richtlinien, mehr staatliche Qualitätsförderung, mehr «Leitplanken», mehr Rechtssicherheit, mehr Demokratie und mehr Partizipation.

Mir scheint, solche Tendenzen seien nicht nur akzeptabel, sondern notwendig. Man wird einsehen, dass die Verteufelung des Staates übertrieben war, vor allem im Zwergstaat Schweiz. Ein gut geführter Staat kann sinnvolle Strukturen schaffen, sinnvoll planen, die Schwachen schützen und die Qualität und generell das Gemeinwohl fördern.

Dies wird mehr der Bund als die Kantone sein, und das ist auch richtig so. Der durchschnittliche Schweizer Kanton hat eine Kantenlänge von gerade mal 40mal 40 Kilometerchen, und davon ist ein Viertel noch unproduktive Fläche. Ruth Dreifuss schrieb dazu: «Die Zersplitterung auf den verschiedenen Ebenen ist das Hauptmerkmal des schweizerischen Gesundheitswesens.»⁴ Ausgerechnet der Zwergstaat Schweiz leistet sich einen geradezu operettenhaften Spätföderalismus⁵ mit 26 Gesundheitswesen, Gesundheitsgesetzen, Gesundheitsdirektoren und Kantonsärzten. Ballenberg lässt grüssen...

Schweizerischer Gesundheitsrat

Eine Kursänderung unserer Gesundheitspolitik bedingt eine neue, intelligente Institution. Seit Jahren propagiere ich deshalb, einen Schweizerischen Gesundheitsrat zu schaffen, ein etwa elfköpfiges hochkarätiges Gremium mit einem Stab⁶. Dieses Gremium würde vom Bundesrat eingesetzt und aus etwa elf angesehenen Personen aus verschiedenen Lagern bestehen. Der Gesundheitsrat hätte einen Stab von vier Wissenschaftlern und ein Jahresbudget von 5 Millionen. 5 Millionen sind nicht einmal ein Zehntel Promille der jährlichen Gesundheitsausgaben. Der Gesundheitsrat würde grundsätzliche, übergeordnete und

langfristige Fragen behandeln. Dies sind die Fragen, die im hektischen Tagesgeschäft nie gründlich behandelt werden. Zu diesen Themen würde der Gesundheitsrat Empfehlungen und Studien veröffentlichen und Veranstaltungen durchführen.

Der Gesundheitsrat würde dazu beitragen, dass das Gesundheitswesen nicht immer nur einseitig aus finanzieller Sicht gesehen wird. Er würde dafür sorgen, dass neben der Wirtschaftlichkeit weitere Ziele des Gesundheitswesens betont werden: Gesundheit, Sicherheit, Qualität, Zufriedenheit der Patienten und der Behandelnden, Solidarität, Fortschritt, Nachhaltigkeit.

Der Gesundheitsrat wäre nur konsultativ, weil er anders wohl nicht verwirklicht werden kann. Er müsste sich aber zu einem so angesehenen Gremium entwickeln, dass er ein grosses Gewicht erhielte.

* * *

Ich möchte zusammenfassen: Das Gesundheitssystem ist eine unkoordinierte Grossbaustelle, ohne Zieldefinition, mit ungenügenden Grundlagen und Instrumenten. Die Verbände im Gesundheitswesen haben kaum Zukunftskonzepte. Wir werden wohl noch einige Jahre «Mehr Markt!» fordern und zum Teil realisieren. Dann wird die grosse Desillusionierung kommen und notwendigerweise die Forderung nach mehr Staat. Deshalb scheint mir ein Schweizerischer Gesundheitsrat notwendig, der nach kanadischem Vorbild Ziele, Grundlagen und Konzepte ausarbeitet und die Abkehr von der rein finanziellen Sicht fördert.

Vielleicht empfinden Sie dieses Referat als zu kritisch. Bedenken Sie aber bitte, dass die künftige Realität für die Ärzte noch kritischer sein wird. Die Goldenen Zeiten sind vorbei, es gibt aber Chancen, die Sie ergreifen könnten. Das bedingt aber Konzepte, interne Reorganisationen und anderes Auftreten nach Aussen. Ich kenne zahllose Ärzte, mit denen ich in Verbänden, Stiftungen, Arbeitsgruppen, Ämtern usw. gut zusammenarbeite und weiss, dass der Ruf nach einen Neuen Ärztopolitik von vielen Medizinern geteilt wird. Ich kann nur hoffen, dass sie Erfolg haben werden, denn ohne die Ärzte läuft im Gesundheitssystem nichts. Und Reformen sind nötig!

Anmerkungen

- 1 Verbandseinfluss auf die Gesetzgebung – Ärzteverbände, Krankenkassenverbände und die Teilrevision 1964 des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG). Francke-Verlag, Bern, 2. Aufl. 1972
- 2 Rapport final 2002, abrufbar unter www.commissionsoinsdesante.ca; englisch «Building on Values: The Future for Health Care in Canada»
- 3 Zitate aus dem Buch «Vorsicht, Medizin! Aphorismen zum Gesundheitswesen und zur Gesundheitspolitik», Gerhard Kocher, Ott-Verlag Thun, 2. Auflage 2000
- 4 Geleitwort zu «Gesundheitswesen Schweiz 2001/2002», santésuisse, 2001
- 5 s. das betreffende Kapitel in «Gesundheitswesen Schweiz 2004–2006», Hans Huber, Bern, 2004
- 6 s. Gerhard Kocher, Der Schweizerische Gesundheitsrat, in: «Zukunft Medizin Schweiz», SAMW, EMH-Verlag Basel, 2002

Autor:

Gerhard Kocher, Dr.rer.pol.
Experte im Gesundheitswesen
Haldenweg 10 A, 3074 Muri
Tel. 031 952 67 07
kocher@spectraweb.ch

Mitgliederversammlungen der Bezirksvereine

23. März 2005
22. Juni 2005
24. November 2005

Die Kolleginnen und Kollegen an den Institutionen (wie Inselspital, Bezirks- und Regionalspitäler, Fortbildungs- sowie Qualitätszirkel) werden gebeten, diese Tage frei zu halten.

Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern / erscheint 6 x jährlich.
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Redaktor: Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19, 3000 Bern 8.
Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82;
E-Mail: tackenberg@forumpr.ch
Inserate: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Bern.
Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;
E-Mail: pwolf@hin.ch
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern.
Ausgabe Dezember 2004

«Tag der Berner Ärztinnen und Ärzte» und Jubiläum 650 Jahre Inselspital

Der «Tag der Berner Ärztinnen und Ärzte» wurde dieses Jahr zusammen mit dem 650-jährigen Jubiläum des Inselspitals begangen. Nicht zufällig stand die Veranstaltung darum unter dem Motto «Medizin im Spannungsfeld zwischen Praxisalltag und Universitätsspital». Die Teilnehmenden setzten sich mit aktuellen und absehbaren Entwicklungen der Medizin auseinander.

Unter dem Titel «Mitten im Wandel» erinnerte Hans-Jakob Peter, Chefarzt am Inselspital, gleich in seinem Einführungsreferat daran, dass Wandel und Wettlauf gegen die Zeit zu den Konstanten in der Geschichte der Medizin gehören. Was die heutige Zeit kennzeichne, sei die immer kürzer werdende Halbwertszeit des Wissens bei einer gleichzeitigen Ausdifferenzierung dieses Wissens. Damit entfernt man sich immer mehr vom gütigen Chefarztes vergangener Tage, der alles wusste und alles richtig entschied und wie ihn Thomas Mann in seinem «Zauberberg» noch beschrieben hatte. So stelle sich heute die Schlüsselfrage, wie man mit einer immer differenzierter werdenden Medizin dahin komme, dem Patienten tatsächlich zu helfen.

Zu Bescheidenheit mahnte das anschließende Referat von Marco Mumenthaler, emeritierter Direktor der Neurologischen Universitätsklinik Bern. «Fortschritte» in der Medizin seien tatsächlich oft Fortschritte, an welchen die Medizin nur partizipiert habe. Angesichts neuer Verfahren wie der pränatalen Diagnostik, welche mit sich bringt, dass Föten zurückgewiesen werden, stelle sich die Frage, was Fortschritt und was Anmassung der Medizin

Urs Birchler und Jürg Schlup begrüßen die Teilnehmenden



Im Vordergrund: Beat Geering

sei. (doc.be wird das Referat von Prof. Mumenthaler in seiner ersten Ausgabe 2005 abdrucken).

«Patienten sind uns zu Datenträgern geworden – und wir sind die Spezialisten, diese zu lesen.» Pointiert brachte der Allgemeinpraktiker Thomas Schweizer eine aktuelle Entwicklung der Medizin auf den Punkt. Er sprach damit präzise das im Motto der Veranstaltung verortete «Spannungsfeld zwischen Praxisalltag und Universitätsspital» an. Diese Arzt-Patienten-Beziehung stand auch im Zentrum der Ausführungen von Jean-Daniel Sauvant. «Nutzen Sie Ihre eigenen Erfahrungen als Patient im Umgang mit Ihren Patienten», legte der Referent den Anwesenden nahe. Zu oft fixiere man sich im Umgang mit Patienten auf die Krankheiten und vergesse dabei den Menschen. Dies fange bereits bei der universitären Ausbildung an.

Die Schwierigkeiten, den Hirntod als massgebliches Todeskriterium zu definieren, wurden einem bewusst beim Vortrag

Hans Jakob Peter und Christian W. Hess im Gespräch



Das Sekretariatsteam: Karin Rieke, Piroshka Wolf, Jenny Hellmund

von Ulrich Tröhler, Leiter des Basler Instituts für Geschichte und Epistemologie der Medizin. Er berichtete über Forschungsergebnisse des NFP 46 Projekts «Die Geschichte einer Innovation – Das Hirntodkonzept in der Schweiz 1960–2000». Dabei geht es um nicht weniger als Fragen nach der Grenze zwischen Leben und Tod, nach der Identität des Menschen und nach der Zumutung, wer dies alles anhand welcher Kriterien entscheiden soll.

Den Einbruch der Ökonomie in ärztliches Handeln, welcher den Kranken zunehmend aus dem Blickfeld des Arztes rückt, bezeichnete der Mediziner Axel W. Bauer einst als «Trilemma» der modernen Medizin: auf dieses Spannungsfeld zwischen Patientenversorgung, Wissenschaftlichkeit und Kostendämpfung ging Ulrich Bürgi, Professor an der Universität Bern, in seinem Fazit ein und gab zu bedenken, dass es Gegenden auf der Welt gibt, wo man nicht über das Spannungsfeld Hausarztmedizin-Uniklinik sprechen müsse.

Marco Tackenberg, Redaktor doc.be

Ein aufmerksamer Zuhörer: Walther Flury



Unter der Lupe ... Gefälligkeitszeugnisse

FMH Verbindung der Schweizer Ärzte und Ärztinnen
Direktion
Elfenstrasse 18, Postfach 293
3000 Bern 16

CH, 8. Dezember 2004

Sehr geehrte Damen und Herren

An der FH-CH gilt bei Klausuren und Prüfungen die Regelung, dass Abwesenheiten nur dann entschuldigt und Nachklausuren bzw. Nachprüfungen gewährt werden, wenn ein für den einschlägigen Zeitpunkt ausgestelltes Arztzeugnis vorliegt oder ein anderer Grund (z.B. Todesfall in der Familie) nachweisbar ist.

Drei Studierende der FH-CH weilten am 22. Juni 2004 gemäss vorgängig gemachten Aussagen gegenüber Dozierenden an der Fussballeuropameisterschaft in Portugal und verpassten dadurch eine für den Diplomjahrgang seit mehr als einem halben Jahr bekannten Termin für eine Klausur im Fach ZZ. Um dennoch eine Nachklausur schreiben zu können, erschlichen sie sich mit falschen Angaben nach ihrer Rückkehr Arztzeugnisse für den Klausurtag.

Für uns ist offensichtlich, dass in allen drei Fällen keinerlei angemessene ärztliche Abklärungen stattgefunden haben können und die Arztzeugnisse lediglich aufgrund von nicht nachgeprüften, ausserdem unwahren Aussagen ausgestellt worden sind. Uns erstaunt, wie wenig verantwortungsvoll die drei Ärzte gehandelt haben und damit die Glaubwürdigkeit und Validität von Arztzeugnissen untergraben. Aus Gründen der Regelkonformität und des Gleichbehandlungsanspruchs der Studierenden bei der Durchführung von Klausuren und Prüfungen kommt dem Arztzeugnis, ähnlich wie bei arbeitsrechtlichen Belangen, ein besonderes Gewicht zu, was die Ärzteschaft zu besonderer Sorgfalt verpflichten müsste.

Die FH-CH sah sich durch dieses Vorkommnis mit einer unerfreulichen Situation konfrontiert. Es ging darum, ähnliche Betrugsversuche in Zukunft zu verhindern und keinesfalls Unredlichkeiten von den Studierenden als probates Mittel erkennen zu lassen, Vorschriften zu umgehen. Die Angelegenheit ist inzwischen geregelt: Die Prüfungskommission hat die Arztzeugnisse wegen der betrügerischen Absicht nicht anerkannt und den drei Studierenden für die nicht erbrachte Leistung die Note 1 erteilt.

Wir nehmen an, dass in den Landesregeln der FMH bezüglich Arztzeugnissen Vorschriften bestehen, und hoffen, dass Sie bei Gelegenheit Ihre Mitglieder an die Sorgfaltspflicht erinnern.

Mit freundlichen Grüssen
FH-CH, Direktor

«1. Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Hebammen, die vorsätzlich ein unwahres Zeugnis ausstellen, das zum Gebrauche bei einer Behörde oder zur Erlangung eines unberechtigten Vorteils bestimmt oder das geeignet ist, wichtige und berechnete Interessen Dritter zu verletzen, werden mit Gefängnis oder mit Busse bestraft.
Hat der Täter dafür eine besondere Belohnung gefordert, angenommen oder sich versprechen lassen, so wird er mit Gefängnis bestraft.

2. Handelt der Täter fahrlässig, so ist die Strafe Busse.»

Obgleich wir uns bewusst sind und auch darauf zählen, dass alle Mitglieder unserer Ärztesellschaft ihre Verantwortung wahrnehmen, wenn es darum geht, einen medizinischen Befund in einem Arztzeugnis und insbesondere auch in einem Arbeitsunfähigkeitszeugnis zum Ausdruck zu bringen, möchten wir doch zwei wesentliche Grundsätze, die in jedem Fall zu beachten sind, in Erinnerung rufen:

1. Auch beim best bekannten Patienten gibt es keine nachträgliche Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, wenn dieser sich – wiederum gesund – bei seinem Arzt mit einem derartigen Anliegen meldet.
2. Ein ärztliches Arbeitsunfähigkeitszeugnis ist im Sinne der STGB-Bestimmung stets geeignet und in der Regel auch verwendet zu werden, sei es gegenüber dem Arbeitgeber, einer Versicherung oder – wie vorliegend – einer Schulleitung. Und ... wie oben zu lesen ist: Auch eine fahrlässige Erstattung eines falschen ärztlichen Zeugnisses ist strafbar.

Urs Hofer, Fürsprecher

Arbeitsunfähigkeitszeugnisse; der Arzt im Dilemma zwischen seiner Berufspflicht und dem Bestreben, seinem Patienten «Gutes zu tun»

Via FMH ist uns obiges Schreiben zugegangen, das wir in anonymisierter Form abdrucken (Brief vom 16.11.2004).

Unser Kommentar: Die am Schluss geäusserte Vermutung des Verfassers dieses Schreibens ist richtig.

Art. 34 der gesamtschweizerisch gültigen Landesordnung FMH lautet wie folgt: «Ärztliche Zeugnisse, Berichte und Gutachten sind Urkunden. Bei deren Ausstellung haben Arzt und Ärztin alle Sorgfalt

anzuwenden und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszudrücken. Der Zweck der Schriftstücke, das Ausstellungsdatum und ihre Empfänger sind anzugeben.

Die Ausstellung von Gefälligkeitszeugnissen ist unzulässig.»

Zusätzlich zu dieser an sich klaren Bestimmung ist es angebracht, noch Art. 318 des Schweizerischen Strafgesetzbuches in Erinnerung zu rufen:

Bericht aus dem Grossen Rat



Thomas
Heuberger,
Grossrat

Unter der Fuchtel der Finanzknappheit hat der Grosse Rat in seiner grossen Weisheit beschlossen, diverse Strassenbauvorhaben, die eigentlich in der langfristigen Planung zurückgestellt waren, möglichst rasch zu realisieren und den Umfang des Strassenbauprogramms auf ca. 425 Mio. Franken zu steigern.

Damit der Kanton nicht ganz pleite geht, sollen dafür die Gelder aus der LSVA eingesetzt werden, (die allerdings – kleine Nebensächlichkeiten kann man beruhigt weglassen – bereits für andere Vorhaben eingesetzt sind und die Gemeinden entlasten sollten). Und da dies auch noch nicht ausreicht, holt man sich zusätzliche Mittel dort, wo sie offenbar noch vorhanden sind: Beim Lärmschutz und bei der Sicherheit im Strassenverkehr! Diese Logik darf auch uns Ärztinnen und Ärzte nicht unberührt lassen, kennen wir doch aus unserem täglichen Berufsleben die Folgen der Lärmbelastung in Wohnquartieren und die Konsequenzen mangelnder Sicherheitsvorkehrungen im Strassenverkehr. Das Vorgehen erinnert schon sehr an die Motion von Nationalrätin Jasmin Hutter für den Aufschub der Russpartikelfilterpflicht auf Baumaschinen, da die Filterung ihr eigenes Geschäft benachteiligen könnte. Dass die krankmachenden Stäube Gesundheitskosten verursachen, scheint eine untergeordnete Rolle zu spielen – das bezahlt ja das Gesundheitswesen und nicht die Baubranche.

Wenn das Geld dann immer noch nicht reicht, könnte der Kanton ja noch die Erbschaftssteuer streichen und der Grosse Rat sich den Spass machen, auf weitere 40 Mio. Franken zu verzichten: *Difficile est, satiram non scribere*: Es ist wirklich

manchmal nicht einfach, keine Satire zu schreiben.

Erstaunliches hört man in der Energie-debatte: Da erstellt die Regierung einen wirklich guten und zukunftsweisenden Strategiebericht zur Energiepolitik. Der Grosse Rat streicht fast alles heraus, was strategisch ist und behält nur das, was kurzfristig gut aussieht. Atomkraft ist weiterhin eine Option, denn das Problem der Abfallentsorgung scheint nach Meinung einiger Berner Politiker gelöst und die Endlagerung machbar. Jetzt kenne ich schon einige Politiker, die dieser Überzeugung sind: Putin, der sich kaum um die Bevölkerung kümmert, Bush, der Visionen von grosser Strahlkraft umsetzen will und ein Endlager im Erdbeben- und Vulkan-Gebiet von Nevada baut und nun eben auch die Berner Politiker, die über die Frage der Endlagerung wie folgt befinden: «Machbar ist es problemlos, wenn doch nur die Bevölkerung mitmachen würde» (Man suche sich als Politiker ein anderes Volk!).

In einer Debatte auf einem Nebenschau- platz wird gefordert, dass das Strassenver- kehrsgesetz die Konsumenten illegaler Drogen gleich sanktioniert wie die Alko- holkonsumenten. Dies ist bemerkenswert: Endlich wird der Alkoholmissbrauch auf die gleiche Ebene gestellt wie die massiv angeprangerte Drogensucht und endlich wird der Alkohol nicht mehr bagatellisiert: Das ist doch ein Fortschritt. Nichtsdesto- trotz schlägt man mit dem Zweihänder von ausschliesslicher Repression um sich – ein Mittel, das sich überall als Fehlschluss erwiesen haben dürfte. Doch scheint dies dem Fuchs gleichgültig oder unbekannt zu sein.

Die Ausbildung der zukünftigen diplo- mierten Pflegefachleute (Tertiärstufe) gab einiges zu reden, nachdem die Erzie- hungsdirektion das Gebiet der Ausbil- dung auch im Gesundheitswesen über- nommen hatte. Es galt zu beurteilen, ob alle diese Leute zentral am Inselspital aus- gebildet werden sollen (über 500 jedes Jahr), oder ob die bisherigen Schulen in der Peripherie Lehraufträge erhalten, um so die Nähe zum Volk und die bereits bestehenden Strukturen zu nutzen (und damit im Zuge der fortschreitenden Zen- tralisierung den peripheren Regionen

doch noch etwas Handfestes zu erhalten). Der Grosse Rat ging hier den Weg der Vernunft und gab etwas Gegensteuer gegen den Zentralismus.

Chiropraktiker, ärztliche Manipulatoren und Physiotherapeutinnen liegen sich in den Haaren bei der Frage, ob speziell aus- gebildete Physiotherapeutinnen und Phy- siotherapeuten «Manipulationen mit Im- puls» durchführen dürfen. Da dies vor allem die Gesetzgebung des Bundes betrifft (Ausbildung zur Diagnostik vor einer Manipulation), wird sich nun der Kanton nach überwiesenem Postulat mit Fachleuten zusammensetzen, die etwas davon verstehen (im Gegensatz zum Grossen Rat!). Ein politischer Entscheid wäre hier wohl nur falsch gewesen.

Praxisübergabe – Praxisbörse: eine neue Dienstleistung des VSAO-Bern und der BEKAG für die Mitglieder

Umfragen der BEKAG im 2003 haben ergeben, dass es insbesondere in ländlichen Regionen immer schwieriger wird, seine Praxis an eine Nach- folgerin oder einen Nachfolger zu übergeben (siehe doc.be vom August 2003). Der VSAO-Bern und die BEKAG haben daher auf ihren Web- sites eine «Praxisbörse» eingerichtet, welche den Mitgliedern die Suche nach einem Nachfolger oder einem Partner für die Praxis erleichtern soll. Nutzen Sie diese Dienstleistung und besuchen sie die Praxisbörse über die Homepage der BEKAG www.berner-aerzte.ch oder des VSAO-Bern www.vsao-bern.ch. Sie finden dort ein Faxformular, welches Sie ausgefüllt ans Sekretariat der Ärztesgesellschaft schicken. Ihre Angaben werden dann anonymisiert im Internet publiziert.

Achtung:

Es können nur Angebote von Mit- gliedern der Ärztesellschaft des Kantons Bern berücksichtigt wer- den.

Alumni MedBern

Nach längerer Vorarbeit einer fakultären Kommission unter der Leitung von Prof. Daniel Buser, wurde vor zwei Jahren, am 18. Dezember 2002, im André Schroeder Auditorium der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern unter dem Namen «Alumni MedBern» die Vereinigung ehemaliger Studierender der Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie und ehemaliger und derzeitiger Dozierender gegründet. «Alumni MedBern» ist ein Verein an der Medizinischen Fakultät der Universität Bern im Sinne von Art. 60ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches.

Alumni Organisationen in den USA und der Schweiz

Als Alumni bezeichneten ursprünglich Klosterschulen ihre Zöglinge, später dann auch Hochschulen ihre ehemaligen Studierenden. An den nordamerikanischen Universitäten spielen die «Alumni-Associations» eine wichtige Rolle: Die materielle und ideelle Unterstützung kommt zunächst der Alma mater, in einem hierarchisch strukturierten und deregulierten Hochschulsystem aber auch den Ehemaligen zu gut, deren Wert auf dem Arbeitsmarkt jederzeit mit davon abhängt, wie sich der Ruf der Alma mater entwickelt (Interview mit Prof. Egon Franck, NZZ 16. Juni 2004). Selbstverständlich lassen sich die nordamerikanischen Verhältnisse nicht 1:1 auf unsere europäischen und eidgenössischen Strukturen und Denkweisen übertragen, und schon gar nicht 1:1 auf unsere ärztliche Tätigkeit im Alltag. Obschon in der Schweiz, wohl abgesehen von der Uni St. Gallen, das Alumni-Wesen noch in den Anfängen steckt, kann es deshalb nicht darum gehen, einfach die amerikanischen Verhältnisse zu kopieren. In der aktuellen bildungs- und universitätspolitischen Landschaft der Schweiz dürfte es aber kein Zufall sein, dass in den letzten Jahren die Universitäten und gerade auch die Medizinischen Fakultäten fast gleichzeitig Alumni-Organisationen gegründet haben und nun ihre Ehemaligen suchen. In Bern fiel die Gründung der «Alumni MedBern» zeitlich mit dem Wandel des «Bernischen Hochschulvereins (BHV)» zur «Berner Universitäts Gesellschaft (BUG)» zusammen, die in ihrem Logo dokumentiert, dass sie in Zukunft die Alumni-Organisation der Universität sein will. «Alumni MedBern» und BUG werden sich gemeinsam und wo immer möglich koordiniert für unsere Alma mater

einsetzen, die BUG dürfte sich zur Dachorganisation aller zukünftigen Ehemaligen-Vereine entwickeln.

Warum das Interesse an den Ehemaligen?

Unter diesem Titel hat der erste Präsident der «Alumni MedBern», Prof. Alfred H. Geering, in einem Bericht über die Gründungsversammlung Folgendes festgehalten: «Die Entwicklung in der bildungspolitischen Landschaft hat nebst der Wünschbarkeit auch die Notwendigkeit zur Etablierung einer Alumni-Organisation der Medizinischen Fakultät aufgezeigt. Denn Bund und Kantone sehen sich ausser Stande, mehr für Forschung und Entwicklung zu tun. Sie fordern die Hochschulen lediglich zu mehr Kooperation und gleichzeitig zu mehr gegenseitiger Konkurrenz auf. Dies im Gegensatz zu mehreren EU-Staaten, welche für die Zukunft ihrer Länder auf Forschung und Entwicklung setzen und die entsprechenden Budgets erhöht haben. – Dass in dieser Situation Ehemalige positive Zeichen setzen und Kräfte mobilisieren können, zeigten die ehemaligen Studierenden der Zahnmedizin an der Universität Bern, die mit ihrem Verein (VEB) nebst der Geselligkeit unter den Ehemaligen auch seit Jahren die einzelnen Kliniken oder die Zahnmedizinischen Kliniken als Ganzes unterstützen. Der Ausbau des André Schroeder Auditoriums konnte mit einem stattlichen Beitrag der VEB, der auch private und industrielle Geldgeber motivierte, und mit dem offiziellen Segen des Kantons realisiert werden. Die Zahnmedizinischen Kliniken revanchieren sich mit regelmässigen Fortbildungsveranstaltungen speziell für die Mitglieder der VEB.»

Alumni MedBern: Zweck und Ziel

Gemäss Artikel 3 der Statuten hat der Verein «Alumni MedBern» folgenden Zweck:

- Förderung von persönlichen Kontakten der gegenwärtigen und ehemaligen Studierenden und Dozierenden der Medizinischen Fakultät der Universität Bern untereinander
- Förderung des gegenseitigen Austauschs von Wissen und Erfahrung, insbesondere von Berufskennntnissen und Lehrinhalten
- Förderung der Öffentlichkeitsarbeit der Medizinischen Fakultät in Lehre, Forschung und Dienstleistung
- Regelmässige Information der Mitglieder über neueste Entwicklungen der medizinischen Forschung und der Lehre im Allgemeinen und an der Medizinischen Fakultät im Besonderen

- Finanzielle Unterstützung bestimmter Projekte der Medizinischen Fakultät der Universität Bern
- Förderung des «Corps-Geistes» («esprit de corps et de fierté») innerhalb des Vereins

Mitgliedschaft

Die «Alumni MedBern» kennen folgende Mitgliederkategorien:

Ordentliche Mitglieder:

- Ehemalige Studierende der Universität Bern in den Fächern Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie
- Aktuelle und ehemalige Dozierende der Medizinischen Fakultät der Universität Bern

Kollektivmitglieder:

- Spitäler und universitäre Institute
- Firmen bzw. Partner der Medizinischen Fakultät der Universität Bern und/oder des Inselspitals
- ärztliche Standesorganisationen wie kantonale Ärztegesellschaften oder medizinische Bezirksvereine

Ehrenmitglieder:

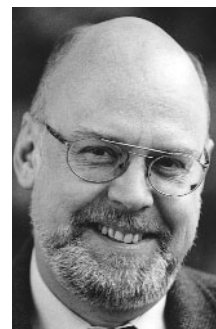
- Personen, die sich verdient gemacht haben um die Medizinische Fakultät der Universität Bern und/oder die «Alumni MedBern».

Der jährliche Mitgliederbeitrag beträgt 50 Fr. für Einzelmitglieder und 500 Fr. für Kollektivmitglieder.

Weitere Informationen und Kontakt

Falls Sie sich angesprochen fühlen und mehr über die «Alumni MedBern» wissen möchten oder Kolleginnen und Kollegen kennen, die sich für die «Alumni MedBern» interessieren könnten, zögern Sie nicht, sich bei unserem Sekretariat zu melden. Wir freuen uns darauf, mit Ihnen gemeinsam die «Alumni MedBern» aufzubauen, damit diese für möglichst viele Alumnae und Alumni zu einem Forum regen Austausches werden kann, zwischen den Ehemaligen unter sich und besonders auch zwischen den Ehemaligen und der Medizinischen Fakultät, zu beiderseitigem Gewinn.

*Hans Gerber und Christian Gubler,
Alumni MedBern*



Defibrillator für Ersthelfer

Gemeinsame Sammelbestellung von BEKAG, Medphone und Berner Zahnärzte- Gesellschaft

Wer jemals zu einem plötzlichen Herzstillstand hinzukommt, muss sofort helfen. Eine HLW reicht nicht aus – die einzig wirksame Behandlung beim plötzlichen Herzstillstand ist Defibrillation. BEKAG, Medphone und Berner Zahnärzte-Gesellschaft haben sich darum entschlossen, eine gemeinsame Sammelbestellung zu organisieren.

BEKAG, Medphone und die Berner Zahnärzte-Gesellschaft haben sich bei dieser Aktion für das Gerät Lifepak CR Plus entschieden, weil dieser Defibrillator kompatibel ist mit den Defis, mit welchen die meisten Ambulanzen ausgerüstet sind (Elektroden müssen nur umgesteckt werden).

Medtronic Schweiz AG gewährt für diese Sammelaktion einen Rabatt von rund 30% (Einzelpreis Fr. 4250.– exkl. MWSt.) und bietet den LIFEPAK CR Plus für Fr. 2950.– (exkl. MWSt.) an:

Set: Halbautomatischer externer Defibrillator für den First Responder. Einsatz der neusten Generation, Tragtasche, 2 Paar Elektroden, Batterien, Ambu-Maske, nützliche Utensilien für den Feldeinsatz, Gebrauchsanweisung, Einführungsvideo.

Garantie: 5 Jahre. Wartungsfrei.

Service: Bei Nichtgebrauch alle zwei Jahre Ersatz der Batterien und Elektroden. Kosten: Fr. 149.–

Auslieferung: Februar 2005

Weitere Informationen:

Medtronic Suisse S.A., case postale 84, 1131 Tolochenaz.
Oder unter www.physiocontrol.com

Bestellungen: werden vom Sekretariat der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern bis 31. Januar 2005 entgegen genommen.

Bitte verwenden Sie das doc.be **beigelegte Faxformular** für Ihre Bestellung oder schicken sie dieses an: Kapellenstrasse 14, Postfach, 3001 Bern.

Fax: 031 390 25 64



**Trohe Festtage
und ein
erfolgreiches
2005!**