



August 2005 / 4

doc.be

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

Leistungsvergütung Arzt- Patient-Kasse (Tiers garant) versus Arzt-Kasse-Patient (Tiers payant)

«Welche Leistungsvergütung gilt jetzt eigentlich im Kanton Bern für die Arztpraxen?» fragten Sie sich in den letzten Wochen, nachdem Ihnen verschiedene Versicherer (Helsana, CSS) die Leistungsvergütung Kasse-Arzt gemäss Tiers payant angeboten haben. Tiers payant bedeutet, dass Sie Ihre Rechnungen direkt an die Kassen senden und damit die Kasse als Intermediär zwischen Ihnen und Ihren Patienten steht.

Unser **kantonaler Vertrag** – der vor gut einem Jahr von allen Versicherern mitunterschrieben wurde – hält im Art. 11, Abs. 1 fest: Schuldner gegenüber dem Leistungserbringer im Rahmen des KVG ist der Patient (System des **Tiers garant**). Der Arzt schickt die Rechnung dem Patienten. Gemäss unserem Vertrag gilt also Tiers garant. Einzelne Versicherer jedoch bestreiten dies und treffen mit einigen von uns andere Abmachungen, sie nennen diese Leistungsvergütung individueller Tiers payant. In allen 21 Kantonen mit System Tiers garant haben sich bereits knapp 5% unserer Kolleginnen und Kollegen für diese individuelle Lösung entschieden. Die Gerichte werden entscheiden, wer Recht bekommt – die Versicherer oder die Ärzteschaft!

Warum suchen einige Kassen ein Jahr nach Vertragsabschluss einen Wechsel des Vergütungssystems? Warum forcieren sie diesen Wechsel unmittelbar am Ende der Kostenneutralität? Warum haben einige unserer Kollegen mehr Vertrauen in die Zahlungsmoral weniger Grosskassen als in diejenige all ihrer Patienten?

Und warum hat das eidgenössische Parlament im Art. 42 Abs. 1 des **KVG** das System des **Tiers garant** bevorzugt? Weil die Patientin oder der Patient entscheiden soll, ob die Rechnung an die Kasse geht oder nicht; weil sie/er sensibilisiert werden soll betreffend der verursachten Kosten indem sie/er die Rechnung vor der Bezahlung kontrolliert und weil der Datenschutz im Tiers garant besser gewährleistet ist.

Jürg Schlup, Präsident

Mitteilungen des Sekretärs 2

Hört Ihr den betörenden Gesang
der Sirenen? 3

Die Gute Alte Zeit 4

Wandel und Konstanz in der
ärztlichen Ausbildung 5

Neue Regelungen für
Gesundheitsberufe 8

Rationierung in der Medizin? 9

Bericht aus dem Grossen Rat 11

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

Mitteilungen des Sekretärs



Thomas
Eichenberger,
Sekretär BEKAG

I. Kündigung des TARMED-Anschlussvertrages KVG für den Kanton Bern

Unser Tarifvertragspartner santésuisse hat den Tarmed-Anschlussvertrag, mit welchem die Tarifierung und das Abrechnungswesen für die Ärztinnen und Ärzte zu Lasten der sozialen Krankenversicherung (KVG) im Kanton Bern geregelt wird, fristgerecht per 31. Dezember 2005 gekündigt.

Diese Kündigung erfolgt gemäss Schreiben vom 27. Juni 2005 aus grundsätzlichen Überlegungen. Die Kostenneutralitätsphase ist abgeschlossen. Santésuisse geht davon aus, dass die Vertragsverhandlungen über eine allfällige Anschlusslösung zur Kostensteuerung nicht mehr vor Ende der Kündigungsfrist, d.h. nicht vor Ende 2005 abgeschlossen werden können.

Ob diese Befürchtung berechtigt ist, können wir zur Zeit nicht beurteilen. Die erste Sitzung der Verhandlungsdelegationen der BEKAG und der santésuisse findet bereits im August statt. Sollte indessen bis Ende Jahr kein neuer Vertragsabschluss vorliegen, was wir sicherlich nicht anstreben, käme Art. 47 Abs. 3 KVG zum Tragen. Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein neuer Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.

Pro Memoria: Der gegenwärtige Taxpunktwert beträgt gestützt auf die vertragskonforme Bewertung der Kostenneutralitätsphase 86 Rappen.

Auf den 1. Januar 2006 erfolgt, ebenfalls gestützt auf die heutige tarifvertragliche Regelung, voraussichtlich eine Anpassung des Taxpunkt werts auf 87 Rappen. Falls ein neuer Tarifvertrag zustande kommt, gelten ab 1. Januar 2006 indessen ausschliesslich die neuen Regelungen. Falls kein neuer Tarifvertrag zustande kommt, bleibt der regierungsrätliche Beschluss gestützt auf Art. 47 Abs. 3 KVG vorbehalten.

Über all dies werden wir die Mitglieder rechtzeitig in Kenntnis setzen.

II. Artikel in der Sonntagszeitung

In der Sonntagszeitung vom 10. Juli 2005 erschien unter den Titeln «Ärztegesellschaft macht Geschäft mit Rechnungen» und «Das Wohl des Arztes» eine Sachverhaltsdarstellung, die sich im weitesten Sinne mit der Fragestellung «Tiers garant» oder «Tiers payant» auseinandersetzt.

Bekanntlich sieht der heute noch geltende TARMED-Anschlussvertrag die grundsätzliche Ausschliesslichkeit des «Tiers garant» vor. Wir empfehlen deshalb unseren Mit-

gliedern dringend, sich an die vertraglichen Bestimmungen zu halten. Wenn einzelne Mitglieder hier ausscheren und mit einzelnen Krankenversicherern den «Tiers payant» vereinbaren, so führt dies, wie die jüngsten Erfahrungen zeigen, zu einer erheblichen Verunsicherung bei den Patientinnen und Patienten und zu einer Marktverwirrung bei sämtlichen Akteuren.

Eine einheitliche verbandsvertragliche Regelung macht vor diesem Hintergrund durchaus Sinn. Ich verzichte darauf, die ethischen, standesrechtlichen und wirtschaftlichen Gründe, die einer Bevorzugung des «Tiers garant» zu Grunde liegen, näher zu erläutern.

Im erwähnten Artikel der Sonntagszeitung wurde nun aber behauptet, dass die Ärztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) einen Kollegen ausschliessen wolle, weil er direkt mit der Krankenkasse abrechnet. Richtig ist vielmehr, dass nicht mit dem Ausschluss aus dem Verein gedroht wurde, sondern dass der Kollege auf den Ausschluss vom TARMED-Anschlussvertrag als mögliche Sanktion hingewiesen wurde.

Die Sonntagszeitung musste gestützt auf unsere rechtliche Intervention am 24. Juli 2005 die folgende Gegendarstellung abdrucken:

Gegendarstellung

Die Ärztegesellschaft des Kantons Bern nimmt zu den Vorwürfen im Artikel «Ärztegesellschaft macht Geschäft mit Rechnungen» und dem dazu gehörenden Kommentar «Das Wohl des Arztes» in der Sonntagszeitung vom 10. Juli 2005 wie folgt Stellung:

Die Behauptung, einem Mitglied, welches im System des Tiers payant direkt mit der Krankenkasse abrechnet, sei der Ausschluss aus dem Verein angedroht worden, entspricht nicht den Tatsachen. Das betreffende Mitglied wurde vielmehr auf die möglichen Sanktionen bei einer Verletzung des Tarmed-Tarifvertrages hingewiesen. Art. 18 Abs. 1 des Bernischen Tarmed-Tarifvertrages sieht bei Vertragsverletzungen unter anderem den Ausschluss vom Tarifvertrag vor. Dies darf nicht mit dem Ausschluss aus der Ärztegesellschaft gleichgesetzt werden.

Wir werden uns weiter für die Einhaltung des TARMED-Anschlussvertrages, d.h. für die vertragskonforme Abrechnung nach dem «tiers garant» einsetzen. Die BEKAG behält sich vor, insbesondere auch gegen Krankenversicherer wie die CSS und die Helsana, welche zu Unrecht den «tiers payant» anbieten, rechtliche Schritte einzuleiten.

Hört Ihr den betörenden Gesang der Sirenen?

Sie rauben uns den Verstand!



Jürg Schlup,
Präsident BEKAG

Der süsse Gesang war schon vor der felsigen Küste der Kostenneutralität leise hörbar: «elektronische Rechnungen – gratis». Kaum liegen diese Felsen im Juni hinter dem Horizont, kündigen die **Sirenen** unseren vertraglichen Anschluss und verwirren uns mit zunehmend lautem Singen – die schöne **Himeropa alias MediData**: «*gratis elektronisch über Mediport*»; mit gütigem Gesicht dann **Parthenope, im helvetischen Raum auch CSS genannt**: «*individuelle tiers payant*». Beide ziehen einige von uns in Bann! Im Juli stimmt **Helsana** in Gestalt der verführerischen **Peisone** ein: «*KVG-Rechnungen im Tiers payant elektronisch*», sie raubt einzelnen von uns gar den Verstand. Und ich sage Euch: Ihr werdet weitere Sirenen hören.

Tiers garant/Tiers payant

De quoi s'agit-il? Vor 18 Jahren haben wir uns in diesem Kanton **im ambulanten Praxisbereich den Tiers garant als Vergütungsmodus erkämpft**. Wir fürchteten die zunehmende Abhängigkeit von den Kassen im bis dahin geltenden Tiers payant. Heute sind schweizweit 80% der Einwohner bei nur acht Kassen versichert. Damit stehen 15'000 praktizierende Leistungserbringer acht Leistungsträgern gegenüber. Versicherungstechnisch haben wir praktizierende Ärztinnen und Ärzte damit ein Klumpenrisiko: Wir haben nur acht Schuldner, je nach Region möglicherweise nur vier. Darum gilt heute schweizweit nur mehr in fünf Kantonen der Tiers payant bzw. knapp 90% der praktizierenden ÄrztInnen haben über ihre Organisationen in den letzten Jahrzehnten zum Tiers garant gewechselt. Die Berufskollegen der vorherigen Generation haben die bescheidene Unabhängigkeit mit dem Tiers garant erstritten. Diese droht uns jetzt – ob dem betörenden Gesang der Sirenen – wieder verloren zu gehen. Mehr noch: Verlieren wir den Tiers garant, dann droht uns die eben gewonnene Datenparität wieder zu entgleiten. Und sollte in den kommenden Monaten ein vertragsloser Zustand eintreten, dann wäre dieser für uns – ohne Tiers garant – schwierig durchzustehen.

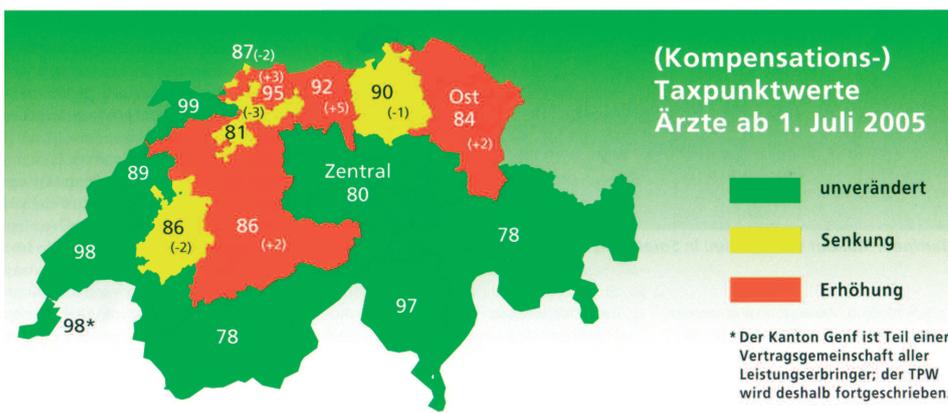
Vergütungsmodus laut KVG

Datenparität zwischen Kassen und Ärzteschaft bedeutet einen Paradigmawechsel in der Diskussion um Kostensteuerung und Wirtschaftlichkeitsverfahren. Einige einflussreiche Kassen (die Sirenen) sehen darin die Gefahr eines Machtverlusts. Für andere kleinere Versicherer steht die Chance einer neuen Partnerschaft mit der Ärzteschaft im Vordergrund: Sie wissen, dass Tiers garant für die Praxisambulanz derjenige Vergütungsmodus ist, welcher für die Patienten **Datenschutz** garantiert und für die Patientenorganisation **Patient Empowerment**. Aus diesen zwei letztgenannten Gründen hat das eidgenössische Parlament im KVG für den Praxisbereich die Leistungsvergütung des **Tiers garant** vorgegeben. **Art. 42, Abs. 1 lautet**: «*Haben Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart, so schulden die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des Tiers garant)*». Santé-suisse hat im Berner Tarmed-Anschlussvertrag – wie in 21 weiteren Kantonen – den Tiers garant mitunterzeichnet. Jedoch fürwahr **Peisone alias Helsana** ist Santé-suisse nicht immer treu.

Die Sirenen werden in den kommenden Monaten weiterhin betörend schön singen, denn sie wollen abhängige Beziehungen und keine Datenparität. Und es wird ihnen wiederum gelingen, einigen von uns den Verstand zu rauben – ich hoffe bei Zeus, dies wird eine Minderheit bleiben!

Taxpunktwerte Ärzte ab 1.7.2005 – Übersicht Kantone

(Quelle: santésuisse)



Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Gutenbergstrasse 9, 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, Gutenbergstrasse 9, 3011 Bern.
Tel. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;
E-Mail: pwolf@hin.ch
Layout: Forum der Wirtschaft, Postgasse 19, 3011 Bern
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern.
Ausgabe August 2005

Die Gute Alte Zeit



H.W. Leibundgut,
Mitglied des
Vorstandes der
Ärztegesellschaft
des Kantons
Bern

Im ersten Jahr meiner Praxistätigkeit, 1986, rechneten wir noch im Tiers payant ab. Wir hatten in unserem Dorf 40% «KKB»-Versicherte. Jeden Monat holte die ortsansässige Kassierin die abgerechneten Krankenscheine in der Praxis ab. Und dann ging das bange Warten los. Bezahlt wohl die Kasse innerhalb der vereinbarten 90 Tagen? Kann ich meine Löhne, Lieferantenrechnungen, Zinsen etc. bezahlen? Bei Verzug sollten die Versicherer eine «Konventionalstrafe» in der Grössenordnung einiger Rappen bezahlen, was natürlich ihren Zinsgewinn und meinen Zinsverlust nie wettmachte – Gute Alte Zeit.

Wie war ich froh, als 1987 der Tiers garant eingeführt wurde. Meine Patienten ertrugen keine unbezahlte Arztrechnung im Haus und zahlten meist innert eines Monats. Seither habe ich keine Liquiditätsprobleme mehr. In meinen 20 Praxisjahren habe ich im Durchschnitt nie mehr als 1000 Franken Debitorenverluste pro Jahr verbuchen müssen – auch das ist «Gute Alte Zeit».

Tiers garant oder Tiers payant?

Nun sollen wir also wieder das Rad der Zeit zurückdrehen und zum Tiers payant zurückkehren. Wieso? Die Argumente der Befürworter sind

- Einfachheit – für Ärzte, Patienten und Kassen
- Liquidität
- Keine Debitorenverluste

Dagegen stelle ich die **Pluspunkte des Tiers garant:**

- Patient Empowerment und Datenschutz
- Datenparität
- Unabhängigkeit – kein Klumpenrisiko

Einfach ist nicht besser, vor allem nicht korrekt. Über die juristischen Hintergründe wurde bereits viel geschrieben, die gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen sind klar, nur Winkeladvokaten versuchen hier noch im Trüben zu fischen.

Heutzutage geht es nicht mehr an, mit dem Argument der «Einfachheit» Medizin zu betreiben. Jede Patientin hat das Recht auf eine Rechnung, damit sie im Sinne der Mündigkeit und Selbstverantwortung 1. sehen kann, was ihr Entschluss, Medizin zu konsumieren, für Folgen hatte und 2. entscheiden kann, ob sie das Honorar selbst bezahlen oder bei ihrer Kasse rückfordern will. Klar, dass es Ärzte mit zweifelhaften Rechnungen gerne «einfacher»

haben möchten... Ebenso klar, dass Versicherer es einfacher hätten, ihren Datenpool zu verbessern, wenn sie alle Rechnungen, und nicht nur diejenigen, welche die Franchise übersteigen, erfassen könnten. Sie hätten es auch einfacher, Kundenprofile zu erstellen, um Risikoselektion zu betreiben...

Die Möglichkeit des elektronischen Datenaustauschs erfordert gemäss dem Eidg. Datenschutzbeauftragten, die Leistungsabwicklung im Tiers garant und über einen Intermediär abzuwickeln. Der Patient muss nämlich den elektronischen Datentransfer auch verweigern können.

Gerade junge Ärzte mit frisch eröffneter Praxis sehen nur die Vorteile des Tiers payant, die «Sofort-Geld-Garantie». Ihnen möchte ich meine persönliche Erfahrung zu Bedenken geben. Die Abhängigkeit von einer Kasse ist viel schlimmer und demütigender, als diejenige von den Patienten. Schliesslich kann man sich seine Kundinnen auch noch etwas aussuchen.

Auch Stadtärztinnen mit häufigem Notfalldienst klagen wegen der schlechten Zahlungsmoral der Notfallpatienten. Diese Überlegungen sind berechtigt. Es wäre zu prüfen, ob diese Verluste durch die Notfallersatzabgabe gedeckt werden könnten.

Bleiben wir also fest. Mit dem Tiers garant bleibt das Dreieck Ärztin-Patient-Kasse kräftemässig ausgewogen. Veränderungen riechen nach reiner Machtpolitik.



Blick zurück in eine
vermeintlich gute alte Zeit.

Bild: Keystone

Wandel und Konstanz in der ärztlichen Ausbildung

Ansprache anlässlich der Diplom- und Promotionsfeier der
Medizinischen Fakultät der Universität Bern, im Kultur Casino
Bern, 22. März 2005



Prof. Dr. med.
Urs Boschung,
Direktor
des Instituts für
Medizin-
geschichte

Herr Dekan, Herr Rektor,
verehrte Angehörige und Ehrengäste,
liebe Diplomandinnen und Diplomanden,
liebe Promovendinnen und
Promovenden,
meine Damen und Herren

Wir sind hier versammelt zur gemeinschaftlichen feierlichen Begehung eines Übergangs von einem Zustand in einen anderen. Sie, meine Damen und Herren vorne im Saal, Sie stehen am Übergang von einem Ende zu einem Anfang. Sie haben diesen Saal als Promovendinnen und Diplomanden betreten, Sie werden ihn als Promovierte und als Diplomierte verlassen. Mit den Urkunden, die Ihnen heute übergeben werden, erhalten Sie die Bestätigung für die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Sie in den letzten Jahren erworben haben und die Sie von nun an in der Praxis, im Spital, in der Wissenschaft anwenden und umsetzen werden. So bedeutet der Aufstieg hier auf die Bühne, wenn Sie nachher Ihr Diplom empfangen, in diesem Ritual des Übergangs, dass Sie aus dem Zuschauer-raum nun auf die Bühne Ihres Berufs treten und vor der Gesellschaft Ihre Rolle und zugleich Ihre Verantwortung übernehmen als Ärztin und Arzt, als Zahnärztin und Zahnarzt.

¹ Prof. Dr. med. Urs Boschung, Institut für Medizingeschichte, Universität Bern, Bülhstrasse 26, Postfach, 3000 Bern 9

Der erste Auftritt auf der Bühne des Welttheaters war nie eine banale Sache, schon gar nicht in einem Beruf wie dem des Arztes. Früh schon in der Geschichte haben die Menschen nach Sicherheit gesucht, dass die Personen, die bei Unfall, Krankheit und in lebensbedrohlichen Zuständen ihre Hilfe anbieten, diese Hilfe auch wirksam erbringen und die gemachten Versprechungen auch wirklich einhalten können. Die Urkunden, die Sie heute erhalten, sind Zeichen, an denen jedermann ablesen wird, dass Sie von jetzt an die Erwartungen, die in Ärztinnen und Ärzte gesetzt werden, auch tatsächlich erfüllen können.

Die beiden Arten Diplome, für die Sie heute Abend hier sind, gehören zu den Konstanten, die mit dem Titel meiner Ansprache «Wandel und Konstanz in der ärztlichen Ausbildung» gemeint sind. Einerseits das Staatsexamensdiplom über die erfolgreich bestandene ärztliche Fachprüfung und verliehen von eidgenössischen Instanzen, und andererseits das Doktordiplom, verliehen von der Medizinischen Fakultät und der Universität.

Das Doktordiplom bestätigt die Promotion, d. h. die Beförderung zu den höchsten Ehren der Heilkunde und ist der Ausweis, in die Wissenschaft eingeführt worden zu sein, diese betreiben und auch weitergeben zu können, Doctor bedeutet ja soviel wie Lehrer. Das Ritual der Promotion hat seinen Ursprung in den Universitäten des Mittelalters, in Bologna, Paris, Oxford und Montpellier vom 13. Jahrhundert an, die Diplome waren traditionellerweise in Latein, der Gelehrtensprache, verfasst und sind stets im Rahmen spezieller Feierlichkeiten übergeben worden.

Die Medizin als eine Kunst, die ihre Ziele zwar genau definieren und anvisieren kann, sie aber nicht immer und jedenfalls nicht mit mathematischer Sicherheit zu erreichen vermag, war stets Gegenstand mehr oder weniger argwöhnischer und misstrauischer Aufmerksamkeit all jener, die sie in Anspruch nehmen mussten (daran hat sich bis heute nichts geändert).

Dass gerade die feierliche Kreierung neuer Medizin-Doktoren aufs Korn genommen wurde, ist darum nicht verwunderlich. Vom Erhabenen zum Lächerlichen ist bekanntlich nur ein Schritt. Molière, der selbst oft krank war und die Ärzte seiner Zeit kannte, lässt 1673 am Ende seines *Malade imaginaire* eine Promotionszene aufführen, in der der Baccalaureus den Doktorhut erhält und der Dekan feierlich erklärt:

«Ego, cum isto boneto / Venerabili et docto, / Dono tibi et concedo / Virtutem et puissanciam / Medicandi, / Purgandi, / Seignandi, / Perçandi, / Taillandi, / Coupandi, / Et occidendi / Impune per totam terram.»

Mit diesem ehrwürdigen Doktorhut / gebe und verleihe ich Dir / Privileg und Vollmacht / zu medizinieren, zu purgieren, zur Ader zu lassen, zu stechen, zuzuschneiden, abzuhaue / und umzubringen / straflos auf der ganzen Erde.

Diese wohl auch damals schon als satirische Übertreibung empfundene Anklage mag immerhin als Indiz und Beispiel für das Misstrauen gegenüber den Ärzten dienen, die sie immer vorwerfen lassen mussten, ihre Therapien seien entweder wirkungslos oder dann schädlich und gefährlich.

Vor diesem Hintergrund, und zur Ehre der Heilkunst, aber auch zum Schutz der Patienten, haben die Medizinischen Fakultäten bis ins 20. Jahrhundert (und an einigen Orten noch heute) mit der Promotion die Leistung eines Eides oder eines Gelöbnisses verbunden. Nur ausnahmsweise war dies der Hippokratische Eid in seiner ursprünglichen Fassung, meist aber war der Text von ihm inspiriert. Im Berner Mediziner-Eid von 1836 versprochen die Promovenden, «treu und gewissenhaft die Pflichten des Arztes in ihrem ganzen Umfange» zu erfüllen «und den Kranken ohne Ansehen der Person und ohne Rück-

TERMINE 2005

20. Oktober

Delegiertenversammlung,
nachmittags

24. November

Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit

sicht auf Belohnung aus reinem Interesse der Kunst und aus Menschenliebe nach bestem Wissen und Gewissen» beizustehen und insbesondere auch «die Wissenschaft und Kunst, welcher sie ihr Leben gewidmet haben, stets nach Kräften» in sich «weiter fortbilden zu wollen». – An den meisten Orten hat man im 20. Jahrhundert den Promotionseid fallen gelassen, da – juristisch gesehen – alle diese Versprechungen im Begriff der «ärztlichen Sorgfaltspflicht» enthalten sind.

Die feierliche Selbstverpflichtung und das universitäre Doktordiplom genügten während Jahrhunderten, um die Medizin irgendwo im Abendland ausüben zu dürfen. Dies änderte sich im Zeitalter der Aufklärung (Ich komme zur zweiten Art von Urkunden, nämlich zu den Staatsexamensdiplomen). Im 18. Jahrhundert übernahm es die Obrigkeit im Interesse der öffentlichen Sicherheit, ihre Untertanen vor unseriösen Heilern zu schützen. Es war der obrigkeitliche Sanitätsrat, der das Patent und die Erlaubnis zur Niederlassung und Ausübung der Praxis erteilte, und er tat dies nur bei jenen Heilpersonen, die bei ihm erfolgreich eine Prüfung – ein Staats-Examen – abgelegt hatten, mochten sie Doktordiplome von auswärts mitbringen oder nicht. Diese Rücksicht auf lokale Masstäbe und Bedürfnisse war insofern nicht neu, als ja die Wundärzte von alters her in ihrer Stadt nach den Regeln der betreffenden Zunft oder Handwerks-gesellschaft ausgebildet wurden. Nach einer drei- oder vierjährigen Lehre bei einem örtlichen Meister wurden der junge Barbierchirurg und Wundarzt sogenannten «ledig gesprochen», d. h. er erhielt den Lehrbrief, mit dem er als Geselle seine Wanderschaft antreten konnte. Hatte er diese erfolgreich absolviert, durfte er sich in der Vaterstadt zur Meisterprüfung stellen und sich – wenn alles gut ging und Bedarf bestand und Platz für einen Jungen war – niederlassen und seinen Beruf ausüben.

Als vor 200 Jahren die Berner Medizinische Fakultät gegründet wurde, war die Zeit der handwerksmässigen Chirurgenausbildung eben zu Ende gegangen. An der 1805 neu eröffneten Fakultät sollten Medizin und Chirurgie gleichermassen gelehrt werden, da die Akademie, zu der die Fakultät gehörte, in erster Linie der bernischen Republik dienen sollte und das Ziel darin bestand, «Grundversorger», wie wir heute sagen würden, auszubilden. Dementsprechend war in der Anfangszeit der Zugang zum Studium in Bern prüfungsfrei und Lateinkenntnisse waren

nicht erforderlich. Man argumentierte, dass allzu hohe Anforderungen zu einer Auswahl an Schülern führen würden, die wenig geneigt seien, sich später auf dem Lande niederzulassen. Als Abschluss des vierjährigen Studiums war ein Doktorat weder vorgesehen noch notwendig, dafür hatte man das bernische Staatsexamen gewissermassen automatisch in der Tasche. Wer allerdings in einem anderen Kanton der Eidgenossenschaft praktizieren wollte, hatte vor dem jeweiligen Sanitätsrat erneut ein kantonales Staatsexamen abzulegen. Dies galt bis zum Abschluss des Konkordats von 1867 und zum Inkrafttreten des Bundesgesetzes von 1877 über die Freizügigkeit der Medizinalpersonen. Auf dieses immer noch geltende Gesetz stützen sich die eidg. Medizinalprüfungen, eben jene Prüfungen, die Sie, meine Damen und Herren Diplomandinnen und Diplomanden, unter der eidg. Aufsicht der Ortspräsidentinnen abgelegt haben und jetzt dafür die Bestätigung Ihres Erfolges erhalten – mit dem Staatsexamensdiplom, das – wenn man es genau nimmt – eigentlich Bundes-examensdiplom heissen müsste.

Von Wandel und Konstanz wollte ich Ihnen berichten, und bisher scheint es, dass es vor allem um eine Konstante geht, nämlich die Notwendigkeit von Diplomen. Aber es ist offensichtlich, dass das Qualitätssiegel, das ja das Diplom darstellt, für einen sich stetig wandelnden Inhalt vergeben wurde. Davon soll jetzt noch die Rede sein.

Eigentlich hätte – rein vom kantonal-ber-nischen Standpunkt aus betrachtet – die Akademie noch lange genügt. Sie sollte nichts anderes als mit dem geringst möglichen Aufwand für das Land «tüchtige Pfarrer, geschickte Ärzte und einsichtsvolle Beamte» ausbilden. Es gab drei Mediziprofessoren, jeder unterrichtete zwei Fächer, Anatomie und Physiologie, Innere Medizin und Therapie, Chirurgie und Geburtshilfe. Der vierte Professor der Fakultät lehrte Veterinärmedizin. Aber dann kam der Liberalismus, der 1834 aus der Akademie eine Hochschule machte (die sich ab 1874 Universität nannte) und die nicht mehr nur gesichertes Wissen an künftige Grundversorger vermittelten, sondern dieses Wissen durch Forschung auch mehren und erweitern wollte und von da an unweigerlich über die Grenzen der bernischen Republik in die Welt hinaus schaute. Hier setzt der tiefgreifende inhaltliche Wandel der Medizin ein. Ein erster wichtiger Schritt bestand darin, Medizin am Krankenbett statt nur aus den

Büchern zu lernen und zu lehren. Dazu mussten Studenten und Professoren das Spital betreten dürfen. Das Berner Inselspital, das seit Jahrhunderten als wohl-tätige Stiftung kranke Arme kostenlos pflegte, tat sich – wie andere Spitäler – nicht leicht mit der neuen Aufgabe. Die Mediziprofessoren, die nun im Spital mitredeten, begnügten sich nicht mit den althergebrachten Zuständen. Medizin und Chirurgie entwickelten neue Spezialgebiete, neue Behandlungsmethoden, die auf neue Infrastruktur, z. B. den Operations-saal, angewiesen waren. Das Spital musste neu gebaut werden und sich vom Armenkrankenhaus zum medizinischen Zentrum wandeln. Mit den Methoden der Naturwissenschaft entwickelten sich die Grundlagenfächer, und zu den Büchern und zur Klinik kam das Laboratorium hinzu. Und man ging nun nicht mehr vom Examen direkt in die Praxis, sondern man bildete sich als Assistent in einer Klinik weiter. Aber nicht nur Mann, sondern auch Frau: Nach 1870 begannen die ersten Frauen mit dem Medizinstudium, um 1900 waren es bereits hunderte, vor allem Russinnen, da sie nur in der Schweiz zum Medizinstudium zugelassen waren. Die wenigsten Russinnen blieben hier, aber sie waren es, die für die Schweizerinnen und die Medizinstudentinnen anderer Nationen den Weg zur Medizin freimachten, einen Weg, den heute mehr Frauen beschreiten als Männer.

Formen und Inhalte der ärztlichen Ausbildungen haben wir auf Wandel und Konstanz geprüft und für beides Belege gefunden, Belege, die sich beinahe beliebig noch vermehren liessen. Eben jetzt ist ein neues Bundesgesetz in der Beratung, das Inhalt und Form der ärztlichen Ausbildung und das künftige Verhältnis von universitärer Lehre und eidgenössischer Qualitätskontrolle regeln soll, – eine alte Problematik, wie wir gesehen haben. Von neuen bzw. alten Titeln ist auch in der Medizin die Rede, vom Baccalaureus und vom Magister. Nicht-akademische Grundversorger auszubilden ist kürzlich von prominenter Seite auch wieder als Möglichkeit aufgegriffen worden – das erinnert mich an die Berner Akademie von 1805. Wandel? Konstanz? Offene Fragen.

Liebe Diplomandinnen und Diplomanden, liebe Promovendinnen und Promovenden

Der Augenblick naht, wo Sie diese Bühne hier betreten. Im feierlichen Promotionsritual des 18. Jahrhunderts war dies der Augenblick, da der Dekan den Kandidaten aufforderte, vom unteren Katheder zu

ihm auf das obere Katheder zu steigen und die Insignien der Doktorwürde in Empfang zu nehmen, den Doktorhut, den goldenen Ring, beides Symbole der Würde und der Freiheit, die nur der Wahrheit Treue schuldig sind. Dann wurde ein Buch geöffnet zum Zeichen des überlieferten Wissens und wieder geschlossen zum Zeichen der erworbenen eigenen Urteilsfähigkeit. Und zum Schluss nahm der Dekan den neuen Doktor mit Umräumung und Kuss in die Gemeinschaft der Kollegen auf mit den Worten: «Lerne daraus, dass Du Liebe und guten Umgang

den anderen Ärzten schuldig bist, jedoch frei von Unterwürfigkeit und allein der Vernunft und der Wahrheit verpflichtet.»

Heute gibt es weder Hut und Ring noch Buch noch Kuss. Alles dieses ersetzt der Handschlag des Dekans der Medizinischen Fakultät und beim Staatsexamen der Handschlag der Ortspräsidentin, der Vertreterin der Eidgenossenschaft. Für alles, was dann folgt, für Tage und Jahre, wünsche ich Ihnen alles Gute, viel Erfolg, viel Befriedigung, viel Glück.

Betakli 2005

**Mittwoch 16. bis
Samstag 19.11.2005**

Inselspital

Anmeldung online unter
www.berner-aerzte.ch
oder per Fax 031 390 25 64

ÄrztEGrossist
zur Rose



Die neue BasisLinie
Mit etwas Konzentration
können Sie viel Geld sparen.

Wie viel, erfahren Sie im Katalog der BasisLinie. Anfordern im Internet unter www.zur-rose.ch/aerztEGrossist oder per Telefon unter 052 724 00 20.

Zur Rose AG | Walzmühlestrasse 60
Postfach | 8500 Frauenfeld
Telefon 052 724 00 20 | Fax 052 724 00 15
www.zur-rose.ch | aerztEGrossist@zur-rose.ch

Neue Regelungen für Gesundheitsberufe



Liliane Zurflüh,
Geschäftsführerin
der Sektion Bern
des Schweizer
Berufsverbandes
der Pflegefach-
frauen

Die Sektion Bern des Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK ist vor dem Hintergrund der Neuen Bildungssystematik vor neue Herausforderungen gestellt. Die Einführung der Fachangestellten Gesundheit und die Positionierung der «Krankenschwester» und des «Krankpflegers» als dipl. Pflegefachmann/dipl. Pflegefachfrau HF auf tertiärer Stufe wird auf die Zusammensetzung der Pflorgeteams, die Kompetenzen und vielleicht auch auf die Qualität Einfluss nehmen. Die Ärzteschaft ist ebenfalls aufgefordert, auf die Entwicklung Einfluss zu nehmen.

Neue Bildungssystematik

Das Projekt Neue Bildungssystematik im Gesundheitswesen passt die kantonale Ausbildung der Gesundheitsberufe an die Vorgaben des Bundes an. Die Regelungskompetenz geht nun an das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) über. Im Kanton Bern wechselt die Zuständigkeit von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion zur Erziehungsdirektion. Die Neue Bildungssystematik bringt folgende Neuerungen:

- **Diplomausbildungen auf der tertiären Stufe**
Die Diplomausbildungen (bisher dipl. Pflegefachfrauen DN II) werden auf der tertiären Stufe angeboten, entweder an Höheren Fachschulen oder an einer Fachhochschule. Die Programme DN I und II werden nur noch bis 2008 durchgeführt.
- **Fachangestellte Gesundheit**
Jüngliche können mit der Berufsleh-

re Fachangestellte/r Gesundheit (FaGe) direkt im Anschluss an die Sekundarstufe I (obligatorische Schulzeit) die berufliche Grundausbildung (Sekundarstufe II) aufnehmen. Damit entsteht ein berufsgestützter Zugang zu den Diplomausbildungen im Gesundheitswesen auf tertiärer Stufe. Die Fachangestellte Gesundheit wird in vier Fachbereichen ausgebildet (Pflegen und Betreuung, Lebensumfeld und Alltagsgestaltung, Administration und Logistik sowie Medizinaltechnik). Die ersten AbsolventInnen haben im Juli 2005 ihre Lehre abgeschlossen.

- **Organisationen der Arbeitswelt Gesundheit Bern**
Das neue Berufsbildungsgesetz spricht nicht mehr von Berufsverbänden, sondern von den Organisationen der Arbeitswelt (OaA). Diese sind zuständig für die Durchführung und Aufsicht der praktischen Ausbildung. Die OaA Gesundheit Bern wurde am 18. November 2004 gegründet. Der Vorstand besteht aus drei Vertretern der Arbeitgeberseite und zwei Vertretern der Arbeitnehmerseite, zwei weitere Sitze werden von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion besetzt. Die Erziehungsdirektion nimmt einen beratenden Sitz ein. Ein Antrag der Ärztesgesellschaft für einen Sitz im Vorstand wurde bisher abgelehnt.

Position der Sektion Bern SBK

Die Zielsetzung der Sektion Bern des SBK Schweiz gründet auf der Definition der professionellen Pflege. Sie entspricht derjenigen des SBK und des Instituts für Pflegewissenschaften der Universität Basel¹. Für die Umsetzung der Neuen Bildungssystematik heisst das:

- Es müssen in allen Bereichen (Akut-, Langzeit-, Spitex- und Psychiatriebereich) genügend diplomierte Pflegefachpersonen eingesetzt werden. Im Langzeitbereich sollten aufgrund der zunehmenden Komplexität der Betreuung mindestens 1/3 des Pflegepersonals aus diplomierten Pflegepersonen,



1/3 aus Personen mit Abschluss Sekundarstufe II (Fachangestellte Gesundheit, HauspflegerInnen, etc.) und 1/3 aus Schwesternhilfen bestehen. Die Sektion Bern des SBK lehnt das Modell ab, bei dem Fachangestellte Gesundheit oder andere AbsolventInnen mit Sekundarstufe II-Abschluss die personelle Leitungen von Pflegeabteilungen im Langzeitbereich übernehmen und die Diplomierten als Stabsfunktion für die pflegerischen Belange zuständig sein sollen.

- Die diplomierten Pflegefachpersonen werden für ihre Kernaufgabe Pflege ausgebildet, d.h. für die Pflege und Betreuung der PatientInnen und nicht primär für Aufgaben im Managementbereich und in der Schulung.
- Die Fachangestellte Gesundheit soll ihren Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden: Sie arbeitet im Bereich Pflege auf Anleitung, Delegation und Kontrolle von diplomierten Pflegefachpersonen.

Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft

Die ÄrztInnen sind die wichtigsten PartnerInnen des Pflegepersonals. Im Kanton Bern finden seit Jahren regelmässige Gespräche zwischen der Bernischen Ärztesgesellschaft und der Sektion Bern des SBK statt. Diese dienen dem Informationsaustausch und, wo möglich, einer gemeinsamen Positionierung in gesundheitspolitischen Fragen.

Wir erachten es als wichtig, dass sich die Ärzteschaft vermehrt mit der Entwicklung der Berufe im Gesundheitswesen – insbesondere der Berufe im Bereich Pflege – auseinandersetzt, damit die Qualität in der gesamten Behandlungskette gewährleistet ist.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)
Sektion Bern
Monbijoustrasse 30
3011 Bern

Weitere Informationen:

www.sbk-be.ch

www.bildung-gesundheit.ch

www.erz.be.ch

www.gef.be.ch/gesundheitsberufe

¹ www.sbk-asi.ch, www.unibas.ch/nursing

Rationierung in der Medizin?



Dr. med. Hedwig
Kurth, Reutigen

Rationierung dient in Zeiten von Verknappung wichtiger Güter oder Ressourcen der gerechten Verteilung. Bei erhöhter Nachfrage ohne echten Versorgungsengpass wird sie gelegentlich zwecks Preiserhöhung eingesetzt, bei stagnierendem Absatz zur Steigerung der Kauflust, nach dem Motto: «nur noch wenige Plätze!»

In der Medizin herrscht weder Angebotsmangel noch soll der Absatz gefördert werden, und weder Anbieter noch Konsumenten wünschen eine Beschränkung im Leistungsangebot. Zur Debatte steht einzig die Finanzierung. Nur ein kleiner Teil wird direkt von den Konsumierenden bestritten. Der Hauptteil stammt aus einer kollektiven Kasse, deren Wiederauffüllung durch Prämienfelder längst nicht mehr gewährleistet ist und die deshalb mit Steuergeldern ergänzt wird. Somit stellt sich nicht die Frage einer echten Rationierung, sondern nach dem geeigneten Einsatz und der Verteilung der knappen finanziellen Mittel.

Umfangreiches Leistungsangebot und Sozialverträglichkeit?

Die breite Palette an medizinischen und paramedizinischen Leistungen kostet nicht nur viel. Sie bietet auch beachtliche Erfolge und vielen Menschen Broterwerb. Nicht mehr nur Erkrankungen werden behandelt, sondern sämtliche unerwünschten physischen und psychischen Zustände. Auch Gesunde schätzen noch etwas zusätzliches Wohlbefinden, und so gibt manches Anlass, sich aus dem kollektiven Gesundheits- und Wohlfühlmarkt das Gewünschte zu holen, ob lebenswichtig, heilend oder einfach nur angenehm. Da der

grösste Teil anonym bezahlt wird, machen sich weder Leistungserbringer noch Konsumenten im konkreten Fall besonders viel Gedanken über die Kosten. Selbst Prämien- und Steuerzahler reagieren recht gelassen, sehen sie sich doch als potentielle Leistungsbezüger, und der Gedanke der kollektiven Versicherung ist in der Schweiz weit verbreitet und auch auf freiwilliger Basis breit genutzt, was ja einst zur Entstehung der Krankenkassen führte. Das Versicherungsobligatorium garantiert derzeit allen Bevölkerungsschichten ein qualitativ gutes und umfangreiches Leistungsangebot. Das Obligatorium und Prämienverbilligungen für Finanzschwache wahren die Sozialverträglichkeit und schützen damit das System vor dem Zusammenbruch. Massnahmen in Form von steigenden Franchisen und Selbstbehalten sind allerdings erste Zeichen für die allmähliche Verdrängung der weniger Zahlungskräfti-

sollen gekürzt werden, wenn die Finanzen nicht mehr reichen? Gibt es Qualitätseinbussen? Welche Leistungen sollen nicht (mehr) durch die kollektive Versicherung gedeckt werden? Sollen Kosten für fahrlässige oder absichtliche Gesundheitsschäden weiterhin durch die Allgemeinheit gedeckt sein? Sind die Krankenkassen noch Solidargemeinschaften oder eine Vereinigung von konsumfreudigen Egoisten? Wird Verzicht verordnet, oder gibt es Auswahlmöglichkeiten? Wenn Beschränkungen aus finanziellen Gründen unumgänglich werden, wer soll die Regeln dafür aufstellen? Was ist ethisch vertretbar?

Wie auch immer die Antworten auf diese Fragen ausfallen, wesentlich dürfte sein, Lösungen erst festzulegen, wenn die grundsätzlichen Fragen gestellt und diskutiert sind. Bisher wurden von Krankenkassen, Ökonomen oder Politikern verschiedene Lösungen einzig unter dem Gesichtspunkt der Kostenersparnis und zumeist undemokratisch angeboten oder auferlegt. Die erwünschte Wirkung blieb weitgehend aus, die Selbstbestimmung



gen aus dem Markt. Fehlen ihnen die Eigenmittel für Franchisen, so verzichten sie teilweise auf den Konsum, während ihre eingebrachten Prämien die noch konsumierenden Finanzkräftigeren in paradoxer Weise subventionieren.

Grundsatzfragen

Ist das Kollektiv der Versicherten und Steuerzahler weiterhin bereit, die hohen und noch weiter steigenden Kosten zu übernehmen? Welche und wessen Leistungen

der Betroffenen (Zahlenden, Leistungserbringer und Kranken) nahm ab, und teilweise führten ungeeignete Steuerungsmechanismen zur Bindung von Geldern am falschen Ort.

Ethische Fragen

Zur Diskussion über Leistungsbeschränkungen gehört die Frage nach der Ethik. In diesen Rahmen würden aber auch Themen wie freiwilliger Verzicht mit Kosteneinsparung und offenen Wahlmöglichkeiten (bei-

spielsweise bei Zuständen mit geringsten Heilungsaussichten), die Pflicht zur Gesundheitserhaltung, fahrlässige oder absichtliche Gesundheitsschädigung und Grenzen der Solidarhaftung gehören. Und die Ethikdiskussion dürfte auch vor Fragen wie der folgenden nicht zurückschrecken: Ist es ethisch richtig, in reichen Ländern sehr viel Geld auszugeben für schwerst- kranke Menschen ohne jede Hoffnung auf Heilung, während in andern Teilen der Erde, wo mit dem gleichen Geld Hunderte gerettet werden könnten, an sich gesunde Menschen verhungern oder an verschmutztem Trinkwasser sterben? Krankheit kann Schicksal sein. Gesundheit bewahren und die Mittel verteilen, um Gesundheit wieder herzustellen aber kann gelenkt werden. Überlassen wir die Steuerung nicht allein dem Fluss des Geldes, sondern stellen wir uns der Aufgabe, ethische, soziale und demokratische Regeln dafür zu schaffen.

Lösungsvorschläge für ein bezahlbares Gesundheitswesen:

- Eine kollektive Rationierung führt zum unzweckmässigen Einsatz der knappen Finanzen und zu Ungerechtigkeiten. Sie ist zu vermeiden.
- Nicht alles muss auf Kosten der Gemeinschaft zu haben sein. Kosten, resultierend aus blossen Befindlichkeitsstörungen, aus Folgen absichtlicher Gesundheitsschädigung oder teuren Behandlungen bei geringsten Erfolgsaussichten könnten in Eigenverantwortung überführt werden.
- Die Solidarhaftung für selbstschädigendes Verhalten muss gelockert werden. Solches Verhalten ist nicht mehr stillschweigend zu billigen.
- Die Solidargemeinschaft kann von Bagatellfällen entlastet werden. Ohne Administrativaufwand ist die Behandlungsart frei wählbar, die Kosten aber selbst zu bezahlen. Ein (relativ hohes) Kostendach schützt vor übermässiger Belastung.
- Die Solidarität für schicksalhafte und chronische Erkrankungen muss bleiben, ebenso für geeignete Vorsorge (z.B. Impfungen).
- Gesundheitserhaltendes Verhalten und Wissen wird besser gefördert. Normwerte, anerkannte Verhaltensempfehlungen und Erkenntnisse der Forschung mit Bedeutung für den Alltag gehören prominent in die Medien (Nachrichten).
- Anreiz für gesundheitsgerechtes Verhalten könnten Prämienreduktionen bei nachweislich guten Gesundheitstests (BMI, einige Laborwerte, simpler Fitnesstest) sein.
- Wer sich gut fühlt, verursacht weniger Kosten. Wer sich schlecht fühlt, dem würde durch Hilfe für nicht-gesundheitliche Probleme (zwischenmenschliche, soziale, finanzielle, Arbeitsplatz-Schwierigkeiten) oft besser geholfen als durch den Gang zum Arzt. Entsprechende Lösungsangebote würden Kosten verursachen, brächten jedoch effizientere Lösungen.
- Akzeptable Lösungen rufen nach Selbstverantwortung, Wahlmöglichkeiten und demokratischer Ausarbeitung durch die betroffenen Zahlenden, Kranken und medizinischen Anbieter. Die Versicherung könnte in Zukunft Pakete von stufenweise kostenrelevanten Wahlmöglichkeiten anbieten von Standard bis Luxus, zusammengesetzt aus Leistungen gemäss allgemeinen Richtlinien und enthalten in einem Katalog von Grundleistungen inklusive ihren Indikationen, ergänzenden Zusatzleistungen sowie luxuriösen «all inclusive»-Angeboten.



Anlässe zur 200 Jahr-Feier der Med. Fakultät Bern

SEPTEMBER

- 5.9. Wissenschaftscafé: Hausärzte – vom Aussterben bedroht?
- 7.9. Vortrag für Schüler: Essstörungen – ein Phänomen unserer Zeit
- 16.9. Vernissage «Kunst im Institut für Anatomie»
- 16.–17.9. Tage der offenen Tür Vorklinik Med. Fakultät

OKTOBER

- 19.10. Vortrag für Schüler: Schizophrenie und Drogen

NOVEMBER

- 1.–30.11. Ausstellung zur Krankheit von Paul Klee im Zentrum Paul Klee (ZPK)
- 2.11. Vortrag für Schüler: Generation XXL. Das Übergewicht – eine Epidemie mit Folgen
- 8.–9.11. Tag der Klinischen Forschung
- 9.11. Veranstaltung für die Bevölkerung im ZPK
- 18.11. 150 Jahre Waldau: Internat. Symposium
- 24.11. Veranstaltung für Ärztinnen und Ärzte im ZPK

Bericht aus dem Grossen Rat



Th. Heuberger,
Grossrat

Junisession 2005

Im Rat gab es nicht viel zu reden, als die Regierung den interkantonalen Vertrag zur Regelung der Spitzenmedizin in der Schweiz zur Beratung vorlegte. Den meisten Parlamentsmitgliedern schien es plausibel, in diesem heiklen, prestige- und finanzträchtigen Gebiet einen interkantonalen Vertrag zum Ausgleich, zur Schonung der Ressourcen und zum Vermeiden von Verteilungskämpfen im Hühnerhof der Universitäten abzuschliessen. Es setzte sich die Meinung durch, es sei besser, dies unter den Kantonen als gleichberechtigten Partnern zu lösen, als wiederum alles (auch die Verantwortung!) dem Bund zu überlassen.

Jedenfalls stimmten wir dem Vertrag als erster Kanton mit grossem Mehr zu, als Vorleistung für eine sinnvolle interkantonale Zusammenarbeit. So weit, so gut! Ende gut, alles gut?? Gemach: die Nachrichten der letzten Tage und Wochen aus Zürich haben das Ganze zum Scheitern gebracht und die diskussionswilligen und kooperationsbereiten Kantone wurden mit den Beiwörtern «überheblich» und «selbstüberschätzend» und «egoistisch» bedacht. Und dies ausgerechnet aus der Ecke, welche die grössten Kuchenstücke für sich abschneiden will.

Dabei müsste doch gerade auf dem Gebiet der hochtechnisierten Medizin nicht auf gegenseitiges Hochrüsten, sondern – über die Egoismen hinweg – auf Kooperation gesetzt werden; auch ungleiche Partner könnten lernen, gemeinsam den (auch für die Gesellschaft) sinnvollsten Weg zu suchen. Es wäre dies auch ein Modell, wie im Kanton Bern die hochtechnisierte medizinische Infrastruktur zu planen und zu realisieren sei, in vertraglich geregelter Kooperation zwischen öffentlichen Anbie-

tern medizinischer Leistungen und privatwirtschaftlich orientierten Trägerschaften und Instituten. Diese Gedanken gingen mir durch den Kopf, als der Rat fast gleichzeitig zum oben erwähnten Projekt einen Ausbau der Infrastruktur im Inselspital mit der Anschaffung der neusten Generation von MRI-Geräten beschloss. Ist der Bedarf ausgewiesen? Werden alle vorhandenen Ressourcen sinnvoll genutzt? Werden nicht Überkapazitäten geschaffen, um im «Konkurrenzkampf» bestehen zu können? Das einfache, vielleicht unbedarfte Parlamentsmitglied stellt sich manchmal solche einfachen, banalen Fragen und lässt sich dann, selbstredend von Fachleuten, eines Besseren belehren. Alle Zweifel ausgeräumt?

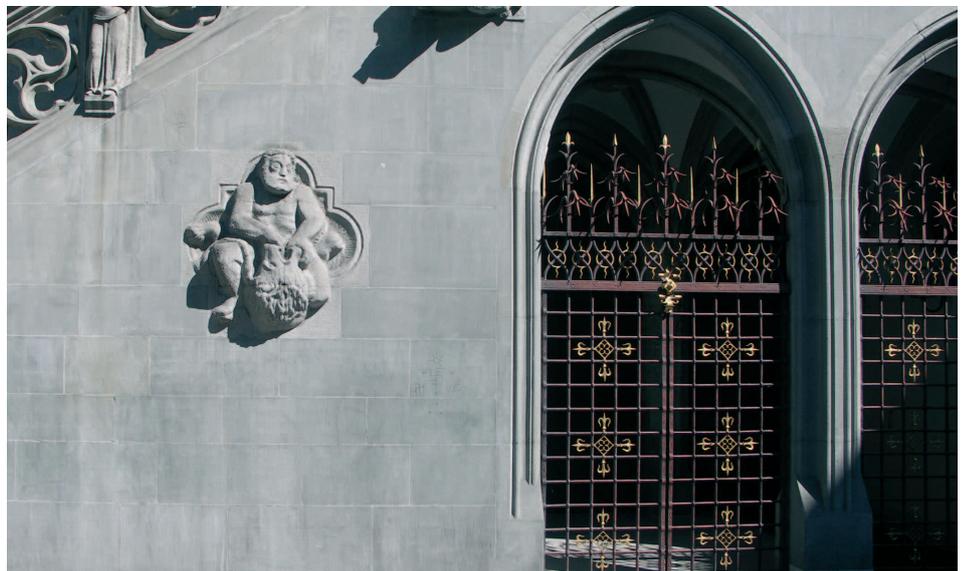
Nur am Rande stand bei einer anderen Debatte die Medizin – und war doch als Präventivmedizin im Vordergrund: soll mit Gesetzen und Rauchverboten in öffentlichen Räumen und dem Gebot von rauchfreien Zonen in Gaststätten Prävention des Rauchens oder Prävention von Passiv-Raucherkrankheiten des Personals betrieben werden? Will man im Interesse der Allgemeinheit handeln oder ist die berühmte Selbstverantwortung wirklich in der Lage, das Problem der Raucherkrankheiten im Griff zu halten? Was wiegt mehr, die Verantwortung, die Verantwortlichkeit oder die Selbstverantwortung? Kann die Prävention halten, was sie verspricht? In der Debatte sprachen meistens nur Fachleute; wirklich? Kürzlich war doch auch die Prävention wegen den Feinstäuben in aller Munde. Und die grosse Mehrheit sah hier den Sinn ein. Allerdings bisher ohne konkrete Ergebnisse. Hat nun die Mehrheit oder doch die Minderheit recht?

Es stehen bildungspolitische Entscheidungen an, die uns in Kürze beschäftigen und zu längeren Diskussionen führen werden und die auch die Ärzteschaft interessieren müssten:

Machte es wirklich Sinn, dass die Ausbildung der Pflegepersonen nun von der Gesundheitsdirektion in die Erziehungsdirektion hinübergewechselt hat? Diese hat sicherlich Interesse an der Ausbildung und verfügt über entsprechendes Fachwissen. Sie kennt aber weniger den spezifischen Anspruch der Gesundheitsberufe und sieht den Grundsatz der Versorgungssicherheit der Bevölkerung im medizinisch-pflegerischen Bereich nicht als oberste Priorität. Macht es Sinn, nur noch eine zentrale Schule für die Diplom-Pflegefachpersonen zu führen und auf das langjährige Know-how der verschiedenen Pflegeschulen im ganzen Kanton zu verzichten?

Eine Motion (Fritschy) wurde eingereicht, die expressis verbis ein Institut für Hausarztmedizin im Rahmen der universitären Ausbildung fordert, um der Grundversorgermedizin im Kanton eine bessere Basis zu geben. Es würde dies einen Mosaikstein bilden im Projekt Hausarztmedizin, um die medizinische Grundversorgung von den aktuell in allen Medien breit dargelegten Problemen etwas zu entlasten. Dieses Projekt könnte die beiden anderen Motionen (Kilcheer und Heuberger) zur Förderung der Hausarztmedizin sinnvoll ergänzen. Über diese Themen wird im September zu beraten und dann zu berichten sein. Bis dahin ist noch viel Informations- und Überzeugungsarbeit zu leisten.

Am Ende einer Session bleiben mir oft mehr offene Fragen als gescheite Antworten im Kopf.



4. November 2005

Nationaler Grippeimpftag der Schweizer HausärztInnen

Die Organisationen der Grundversorger (KHM, SGAM, SGIM, SGP und FMP) planen auch für 2005 einen Grippeimpftag. Ziel ist wiederum, die noch nicht geimpften Risikopersonen für einen besseren Gripeschutz zu motivieren.

An diesem Tag können sich alle erwähnten Risiko- und Kontaktpersonen in den Praxen der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte ohne Voranmeldung und für einen Pauschalbeitrag gegen Grippe impfen lassen.

Kontaktadressen:

Kollegium für Hausarztmedizin KHM

Dr. Ueli Grüninger, Geschäftsstelle, Landhausweg 26, 3007 Bern

Tel. 031 370 06 70/71/72

ueli.grueninger@hin.ch – www.kollegium.ch

Bundesamt für Gesundheit (für Anfragen / Bestellung des BAG-Infomaterials ab Juli 2005)

E-Mail: grippe@bag.admin.ch

Fax: 031 352 14 71

www.grippe.admin.ch bzw. www.influenza.admin.ch

Wo drückt der Schuh?

Nie mehr Druckstellen in der Praxisadministration!

Die Ärztekasse bietet eine Vielzahl wertvoller Instrumente an. Finanzdienstleistungen, Computerhard- und -software, statistische Auswertungen usw. helfen Ihre Arztpraxis auf Erfolgskurs zu steuern.

Ärztekasse – Part of your Team

Ä RZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Steinackerstrasse 35 • 8902 Urdorf
Telefon 044 436 17 74 • Fax 044 436 17 60
www.aerztekasse.ch
marketing@aerztekasse.ch

Bestellung gesundheitspolitische Zeitung «Politik + Patient»

Ja, ich bestelle **kostenlos** weitere Exemplare von «Politik und Patient»

20

50

100

Name:

Vorname:

Adresse:

Stempel/Datum/Unterschrift:

Bitte Talon ausfüllen und per Fax oder Post schicken an:

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

Fax: 031 310 20 82

Politik + Patient
Nummer 105 1. Jahrgang Herausgeber: Verein Politik + Patient Postfach 3000 Bern 8
Veranstaltet von der Ärzteschaft des Kantons Bern

**Revision des Krankenversicherungsgesetzes
Gesetzgeber gegen Patienten?**

**Wartungsfreiheit
heisst Man nimmt dem Patienten die freie Arztwahl und führt eine Bilgmedien ein. Das nützt auf Dauer niemand!**

Bilgmedien als Zahnarzt?
Ein Arzt kann ohne Krankenversicherung nicht arbeiten, da er keine Patienten finden wird, die bezahlt wird. Das ist bedauerlich, denn viele können keine Zahnarztbesuche bezahlen. Deshalb ist die Krankenversicherung ein wichtiger Bestandteil der Gesundheit. Die freie Arztwahl und die freie Arztwahl sind jedoch ein wichtiger Bestandteil der Gesundheit. Die freie Arztwahl ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheit. Die freie Arztwahl ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheit.

Steigende Lebenserwartung
Die Lebenserwartung hat sich in den letzten Jahren deutlich erhöht. Dies ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheit. Die Lebenserwartung ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheit. Die Lebenserwartung ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheit.

Lebenserwartung bei Geburt

Jahr	Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren)
1900	~45
1910	~48
1920	~51
1930	~54
1940	~57
1950	~60
1960	~63
1970	~66
1980	~69
1990	~72
2000	~75
2010	~78

Talons
Bitte Talon ausfüllen und per Fax oder Post schicken an:
Ärzteschaft des Kantons Bern
Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8
Fax: 031 310 20 82