



Februar 2005 / 1

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

Leistungs-Kosten- Vereinbarung LKV?

«Bund warnt Ärzte vor unkontrollierter
Kostenexplosion»
NZZ am Sonntag, 16.1.2005

Am 30.6.2005 endet die mit dem Tarmed-Rahmenvertrag Anhang 2 im Jahre 2002 von der Mehrheit der FMH Mitglieder akzeptierte Kostenneutralität KN. Anschliessend folgt bis zum Jahresende die ebenfalls vertraglich festgelegte Kompensationsphase: Während diesem halben Jahr werden wir die am Ende der Kostenneutralität KN verbleibende Differenz zwischen Ist- und Sollkosten ausgleichen müssen. Heute – gut vier Monate vor Ablauf der KN – sind im Vertragsraum Bern zirka 18 Mio CHF Kosten aufgelaufen, welche von uns zu kompensieren sein werden. Wir alle können dazu beitragen, dass diese auszugleichenden Kosten nicht noch ansteigen.

«Alle Leistungserbringer, die denken, nach der Kostenneutralität könnten sie wieder – Bonanza – in den alten Trott wechseln, müssen wissen: das wird nie und nimmer der Fall sein» sagte der Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheit BAG im November 2004 gegenüber Santésuisse SaS. «Wir messen die KN weiterhin und verlangen bei der Kantonsregierung eine TPW-Anpassung, sobald die Kosten ansteigen» liess SaS Ende 2004 in einer Pressemitteilung verlauten.

Ob solch freundlicher Ankündigungen meinte der ZV FMH am Jahresende: «Eine kluge Vertragslösung ist besser als ein hoheitliches Festsetzungsverfahren.» Und zu Jahresbeginn: «Wir sind an einer Fortsetzung des Kostenmonitoring interessiert und bereit, an

doc.be

Beilage zum Herausnehmen: PVK-Reglement (S. 17/18)

| | |
|--|----|
| 200 Jahre Jubiläum der Medizinischen Fakultät | 2 |
| Neuer Kantonsarzt | 3 |
| Neu bei der BEKAG: Philipp Straub | 4 |
| Zwischenbilanz Tarmed | 4 |
| Ärztlicher Notfalldienst | 6 |
| Privatapotheken in Arztpraxen | 6 |
| Kurt Hänni: Rückblick | 8 |
| Wechsel «tiers garant» in «tiers payant» vertragswidrig | 9 |
| Reglement für kantonale pari- tätische Vertrauenskommission | 9 |
| Drogen und Strassenverkehr | 10 |
| Publikumsbeschimpfung | 10 |
| Fortschritte in der Medizin | 12 |
| Das Schweigen der Ärzte | 20 |

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

dessen Weiterentwicklung mitzuarbeiten. Vorschläge zur Kostensteuerung können erarbeitet werden.»

Falls für die Zeit ab 1.1.2006 keine vertragliche Anschlusslösung der Kostenneutralität KN gefunden wird, bleibt der TARMED-Vertrag ohne Kostensteuerung in Kraft. Im Falle einer Kündigung würde nach Ablauf der vertraglichen Kündigungsfrist für ein Jahr Tarmed weiter gelten. Erst nach Ablauf dieses Zeitraumes würde die Kantonsregierung den Tarif festlegen.

Die Vorstellungen, wie eine allfällige Anschlussregelung der KN aussehen soll, gehen unter den Tarifpartnern deutlich auseinander. Für die Kantonalpräsidenten ist klar, dass nicht allein Kosten, sondern auch Leistungen berücksichtigt werden müssen. Zudem ist für eine künftige Vereinbarung unabdingbar, dass der Ärzteschaft ein Wachstumskorridor gewährt wird. Dieser muss neben der Teuerung auch den medizinischen Fortschritt und die Demographie berücksichtigen. Ob eine Leistungs-Kosten-Vereinbarung LKV realisiert wird, ist offen. Für Bern habe ich gegenüber der FMH vorderhand Ablehnung signalisiert – als einziger der anwesenden Präsidenten. Entscheidend wird sein, wie das BAG und SaS auf die von den Spitalambulatorien gepflegte Nicht-Steuerung der KN reagieren. Eines der Ziele von Tarmed war: Gleichlange Spiesse für die ambulante Medizin in Spital und Praxis.

Jürg Schlup, Präsident

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 Februar 2005

2005: 200 Jahre Jubiläum der Medizinischen Fakultät der Universität Bern

Am 4. November 1805 begannen die Lehrveranstaltungen der Medizinischen Fakultät Bern. Diese war aus dem Medizinischen Institut hervorgegangen, welches 1797 von einigen Berner Ärzten, Wundärzten und Apothekern gegründet worden war. Die Fakultät war Teil der Akademie, einer originellen Schöpfung der bernischen Restaurationsepoche. Die Akademie war mit ihren vier Fakultäten die Nachfolgerin der Hohen Schule, die seit der Reformationszeit die Pfarrer ausbildete und auch Lehrstühle für Philosophie, alte Sprachen, Rechtswissenschaft und Mathematik umfasste. Der Medizinischen Fakultät gehörten vier Professoren an, einer davon für Viehheilkunde. Im Durchschnitt waren jährlich 40 bis 60 Studenten eingeschrieben. Das Medizinstudium dauerte vier Jahre. Der Unterricht fand im Anatomiegebäude (an der heutigen Hodlerstrasse), im Inselspital (an der heutigen Kochergasse), nach 1818 in der eben gegründeten Entbindungsanstalt und in den privaten Praxen der Professoren statt. Die heutige Universität wurde erst 29 Jahre später, im Jahre 1834, gegründet.

In der Medizin war dies die Zeit der Rückkehr zur klinischen Beobachtung, die durch Untersuchungen auf dem Sektionstisch kontrolliert wurde, und die Zeit, in welcher physikalische Untersuchungsmethoden eingeführt wurden. Die Pockenimpfung (Vakzination) war 1798 erstmals angewendet worden. Der Begründer der Homöo-

pathie, Samuel Hahnemann, lebte zu jener Zeit. Damals gelangte man in Bern noch prüfungsfrei zum Medizinstudium: man befürchtete, allzu hohe Anforderungen würden zu einer Auswahl von Schülern führen, die zu wenig geeignet und gewillt wären, sich später auf dem Land niederzulassen (sic).

Die erste Medizinstudentin immatrikulierte sich im Jahr 1871. Bis 1914 studierten rund 1600 Frauen in Bern Medizin, davon 92% Russinnen und 3% Schweizerinnen. 28% erwarben den Dokortitel. In den Jahren 1930 bis 1945 studierten zahlreiche jüdische Medizinstudierende aus den USA und aus Deutschland in Bern.

2005, 200 Jahre später: Heute, wie damals, wird man sich zunehmend bewusst, dass die Grundlagenforschung und die klinische Forschung gefördert werden müssen, sollen weitere Fortschritte ermöglicht werden. Die physikalischen Untersuchungsmethoden von damals, wie die Einführung des Stethoskops, haben heute ihre Parallele etwa in der Magnetresonanz und in der Positronen-Emissions-Tomographie. Heute werden Impfungen erforscht, die sich nicht nur gegen Infektionserreger richten, sondern beispielsweise gegen Entstehung und Fortschreiten der Alzheimerschen Krankheit oder Krebs. Die Homöopathie versucht nach wie vor, ihre Wirkungsweise zu verstehen und ihre Wirksamkeit nachzuweisen, dies vermehrt in Zusammenarbeit



«Alte Anatomie»

mit der «Schulmedizin». Die medizinischen Examina, wie der Medizinunterricht auch, werden heute mit wissenschaftlichen Methoden untersucht und modifiziert. Die Ungleichverteilung der Ärzte zwischen Stadt und Land ist auch heute aktuell. Im Grunde genommen beschäftigen wir uns heute also in Vielem mit denselben Problemen wie unsere Vorfahren vor 200 Jahren. Auch die Grundaufgaben sind geblieben, nämlich Krankheit, Schmerz und Leid mit den jeweils besten und wirksamsten Mitteln entgegenzutreten, dort, wo diese nicht genügen, neue Wege zu suchen, und Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten an die nachkommende Generation weiterzugeben.

Heute sind 1561 Studierende an unserer Fakultät immatrikuliert, davon 53% Frauen. Jährlich kommt es zu ca. 150 Studienabschlüssen mit Arztdiplom. Wir zählen 188 Professoren und Professorinnen, 145 Privatdozierende sowie 84 Lektoren und Lektorinnen, die gleichzeitig die Patientenbetreuung am Universitätsspital, an anderen öffentlichen Spitälern und in Praxen tragen. Die Fakultät hat im Jahr 2004 44,6 Millionen Franken an Forschungsbeiträgen eingeworben und durch ihre Dienstleistungsinstitute 30,8 Mio Fr. eingenommen. Der Gesamtaufwand betrug 184,3 Mio Fr., inkl. 95.2 Mio Fr. als Beitrag für Lehre und Forschung an das Inselspital.

Unsere Fakultät ist, wie auch die anderen Medizinischen Fakultäten der Schweiz, zur Zeit verschiedenen staatspolitischen und universitätspolitischen Strömungen ausgesetzt, welche hier bloss aufgezeigt, jedoch nicht diskutiert werden sollen. Eine Arbeitsgruppe unter Staatssekretär Kleiber zielt mit ihren Vorschlägen auf eine Zentralisierung der medizinischen Ausbildung und Forschung in der Schweiz ab. Als wichtige Elemente des Vorschlages soll die Universitäre Medizin nationalen Führungsgremien unterstellt und ihre Finanzierung neu geregelt werden. Zudem soll sich jedes der fünf Zentren für eines von drei vorgeschlagenen Organisationsmodellen der Zusammenarbeit zwischen Medizinischen Fakultäten und Universitätsspitalern entscheiden müssen. Die Verantwortung für die Weiterbildung und deren Finanzierung sollen ebenfalls neu geregelt werden. Die Schweizerische Konferenz der Universitätsrektoren hat mit einem eigenen Vorschlag «Hochschulmedizin 2008» reagiert, welcher sich verständlicherweise gegen eine starke Zentralisierung auf Kosten der universitären Autonomie richtet. Zudem soll gesamtschweizerisch das Bologna-Studienmodell (mit Bachelor- und Master-

abschluss und danach mit Dissertationsmöglichkeit im Sinne eines PhD) für alle Studien eingeführt werden. In der Medizin soll dies in enger Koordination zwischen allen Medizinischen Fakultäten etwas später als in den anderen Fächern geschehen. Schliesslich wird nicht bezweifelt, dass für unsere Berner Fakultät eine engere Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät der Universität Basel von Vorteil sein kann. Die Bereiche und die praktische Umsetzung einer solchen Zusammenarbeit werden zurzeit durch eine Arbeitsgruppe geprüft.

Im Lichte der Parallelen, die zwischen ihrem Wirken vor 200 Jahren und demjenigen von heute bestehen, fühlt die Medizinische Fakultät die Verpflichtung, mit dem Begehen des 200 Jahre Jubiläums denjenigen die Ehre zu erweisen, die sich vor uns in Lehre, Wissenschaft und Praxis für das Wohl unserer Patienten eingesetzt haben. Sie tut dies nicht mit einer eigens dafür vorgesehenen Feier, sondern indem sie sich mit ausgewählten Beiträgen jenen Veranstaltungen anschliesst, welche im Jahr 2005 in Bern stattfinden. Diese Veranstaltungen erstrecken sich über ein weites Spektrum. Sie betreffen unter anderem Vorträge an der Seniorenuniversität, Gespräche im Wissenschaftscafé, eine Diskussion über Ethik und Opportunismus in der Wissenschaft im Zusammenhang mit einer Stadttheater-Aufführung von Dürrenmatts «Mitmacher», gemeinsame Veranstaltungen mit den Universitären Psychiatrischen Diensten Waldau (letztere wird selber 150 Jahre alt), Veranstaltungen zur Krankheit von Paul Klee im neuen Klee-Zentrum, Beiträge von Studierenden für Politiker und für die Bevölkerung, sportmedizinische Demonstrationen bei der Eröffnung des Stade de Suisse Wankdorf.

Eine Programmbroschüre, welche alle Veranstaltungen auflistet, ist soeben erschienen (www.medizin.unibe.ch/200jahre, oder anfordern bei marianne.thormann@meddek.unibe.ch, Tel. 031 632 86 34). Es würde uns freuen, wenn das Programm auf das Interesse unserer praktizierenden Kolleginnen und Kollegen stossen würde und wenn wir einige von Ihnen an der einen oder anderen Veranstaltung begrüßen dürften!

*Prof. Dr. med. Martin Täuber, Dekan,
Prof. Dr. med. Urs Boschung, Ordinarius für
Geschichte der Medizin,
Prof. em. Dr. med. Emilio Bossi, Präsident
des OK 200 Jahre Medizinische Fakultät*

Neuer Kantonsarzt

Professor Hans Gerber wird Nachfolger von Dr. Anton Seiler



Der neue Kantonsarzt heisst Hans Gerber. Der Regierungsrat des Kantons Bern hat den 55-jährigen Mediziner und Professor zum Nachfolger von Dr. Anton Seiler gewählt, der in den Ruhestand treten wird. Hans Gerber war viele Jahre am Inselspital Bern tätig, zuletzt als Mitglied der Spitalleitung.

Hans Gerber hat an der Universität Bern Medizin studiert und im Jahr 1977 promoviert. Anschliessend hat er sich zum Facharzt FMH für Innere Medizin und zum Spezialisten für labormedizinische Analytik FAMH (klinische Chemie) weitergebildet. Mehr als 20 Jahre war er am Inselspital Bern tätig. In dieser Zeit leitete er unter anderem die Abteilung Proteindiagnostik und auswärtige Analysen, war geschäftsführender Co-Direktor des Chemischen Zentrallabors sowie Co-Geschäftsleiter des Departements Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labor-Medizin und Spitalpharmazie. In den Jahren von 2000 bis 2002 war er Mitglied der Insel-Spitalleitung, zuerst als Direktor Lehre und Forschung und dann als Direktor Medizinische Dienstleistungen. 1988 erhielt er einen Lehrauftrag für das Fach Innere Medizin, speziell Endokrinologie, und seit 1995 ist er nebenamtlicher Extraordinarius für dieses Fach an der Universität Bern. Seit 2002 ist Hans Gerber in der Privatwirtschaft tätig.

Hans Gerber tritt die neue Stelle als Kantonsarzt am 1. März 2005 an. Er übernimmt damit die Nachfolge von Anton Seiler, der nach 17 Jahren in den Ruhestand getreten ist.

Neuer Mitarbeiter im Sekretariat der BEKAG



Liebe Mitglieder

Gerne teile ich Ihnen mit, dass unser juristisches Sekretariat per 1. Januar 2005 in der Person des Herrn Philipp Straub, Fürsprecher, eine Verstärkung erfahren hat. Herr Kollege Straub praktiziert seit 1999 als Anwalt. Er ist seit 2001 im Anwaltsbüro Kellerhals Rechtsanwälte beschäftigt.

Philipp Straub ist neu im Teilpensum für die Ärztesgesellschaft tätig und zusammen mit dem Unterzeichnenden für die Rechtsauskünfte zuhanden unserer Mitglieder zuständig. Damit wollen wir die Erreichbarkeit und die Geschwindigkeit unserer Dienstleistungen verbessern.

Philipp Straub hat soeben seine Dissertation im Energierecht abgeschlossen. Er ist unter anderem im Gesundheitsrecht spezialisiert und verfügt über eine mehrjährige Erfahrung als erfolgreicher Anwalt. Also zögern Sie nicht, seine Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen.

Am besten erreichen Sie ihn während der ganzen Woche unter

straub.bekag@bgb.ch.

Thomas Eichenberger, Sekretär

Kostenneutralität schweizweit stabilisiert – Kanton Bern noch knapp ausserhalb des Korridors

Zwischenbilanz Tarmed

Ein Jahr nach Einführung des Tarmed dürfen wir befriedigt feststellen, dass die freipraktizierende Ärzteschaft der Schweiz mit einer gesamtschweizerischen Abweichung von lediglich 1,47% die vertragliche Verpflichtung zur Kostenneutralität eingehalten hat. 9 von 16 KN-Vertragsräumen liegen unter Berücksichtigung der bereits vorgenommenen TPW-Anpassungen im Zielkorridor von +/-2%. Auch unser KN-Raum liegt gemäss dieser Modellrechnung im Zielkorridor.

Ein Blick auf die *Abbildung 1* zeigt aber, dass wir mit unseren Soll-Kosten noch immer 3% über dem Korridor liegen. Eine weitere Taxpunktwert-Abwertung kann deshalb nur bei gleichbleibendem Abrechnungsverhalten vermieden werden. Unser Aufruf bleibt deshalb aktuell: **Brauchen Sie Tarmed nicht zur Kompensation eines in der Prä-Tarmed-Ära zu tief empfundenen TPW.** Eine korrekte Anwendung des Tarmed-Tarifs lohnt sich weiterhin – übrigens auch in der Post-KN-Phase. Wir bleiben deshalb bei unserem 6-Punkte-Appell.

Auch wenn wir die Vorgaben der Kostenneutralität zunehmend erfüllen, darf ein Ziel des Tarmed nicht aus den Augen verloren werden: nämlich die Verringerung der Einkommensunterschiede zwischen den Fachgruppen. Hat uns der bisherige Tarmed-Verlauf diesem Ziel näher gebracht? Die Sitzungsmittel (Umsatz pro Sitzung) haben im Kanton Bern für alle Spezialitäten vom Basisjahr 2001 zum Jahr 2004 um 14,4% zugenommen, wobei der Anstieg allein vom Jahr 2001 zum Jahr 2003 13,6% ausmachte. Das heisst, der grösste Teil des Sitzungsmittelanstiegs erfolgte nicht unter dem Tarmed-Regime. Die bisherigen Taxpunkt-Abwertungen können deshalb auch nicht allein Tarmed angelastet werden. Die Suche nach Tarmed-Sündenböcken ist deshalb verfehlt. Dennoch fragen sich natürlich manche, wer denn bei sinkendem TP-Wert überhaupt von Tarmed profitieren konnte. Hat die Besserstellung der intellektuellen Leistungen stattgefunden? Haben die Grundversorger profitiert?

Abbildung 1:
BE Kumulierte Abweichung Ist-Soll in %

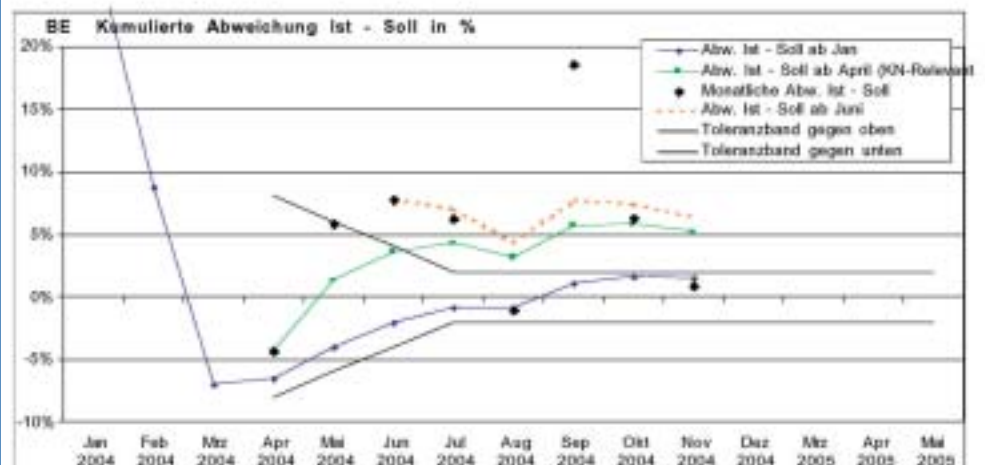


Abbildung 2 zeigt, dass die «technischen Disziplinen» tatsächlich eine Einbusse hinnehmen mussten, insbesondere die Gastroenterologen, die Allgemein-Chirurgen und, etwas weniger ausgeprägt, die Radiologen und die Orthopäden. Profitiert haben auf der andern Seite – und das war ja bis zu einem gewissen Grad erwünscht – die Psychiater und die Pädiater. Eher ungewollt ist wohl die deutliche Zunahme bei den Kardiologen. Bessergestellt hat der Tarmed auch die Rheumatologen, die ORL und die Dermatologen und die Inneren Hausärzte. Am wenigsten haben bisher die Allgemeinmediziner vom Tarifwerk profitieren können. Dies dürfte ein Hinweis darauf sein, dass einzelne Tarifpositionen neu diskutiert werden müssen.

Wie sich Tarmed auf die Sitzungsmittel in Franken ausgewirkt hat, zeigt Ihnen *Abbildung 3*. Im Wesentlichen bestätigt diese Grafik die Aussagen der *Abbildung 2*. Es sei aber davor gewarnt, die Sitzungsmittel zwischen den verschiedenen Fachgruppen direkt zu vergleichen oder mit Praxisumsätzen oder gar Erträgen gleichzusetzen. Entscheidend zur Beurteilung des Tarmed-Erfolges bezüglich einer Umverteilung der Einkommen bleibt der Vergleich der beiden Säulen innerhalb der aufgeführten Fachgruppen.

Abschliessend sei nochmals daran erinnert, dass die Einbussen der Allgemein-Chirurgen und Gastroenterologen auf Grund des geringen Volumens den Verlauf der Kostenneutralität nur wenig zu beeinflussen vermögen. Es sind deshalb die Grundversorger – und selbstverständlich die Psychiater – die mit einer vernünftigen Anwendung des Tarmed eine weitere Taxpunktwert-Absenkung verhindern können.

Kurt Aeschlimann und
Peter Frutig
für das Ressort Economics

Abbildung 2:
Veränderung Sitzungsmittel 2004 im Vergleich zu 2003 in Prozenten

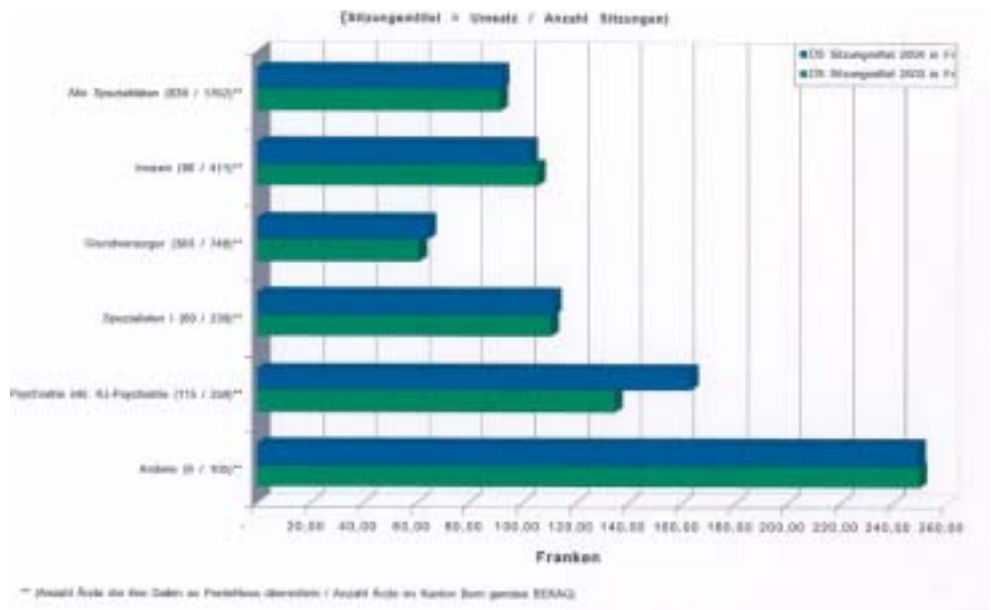
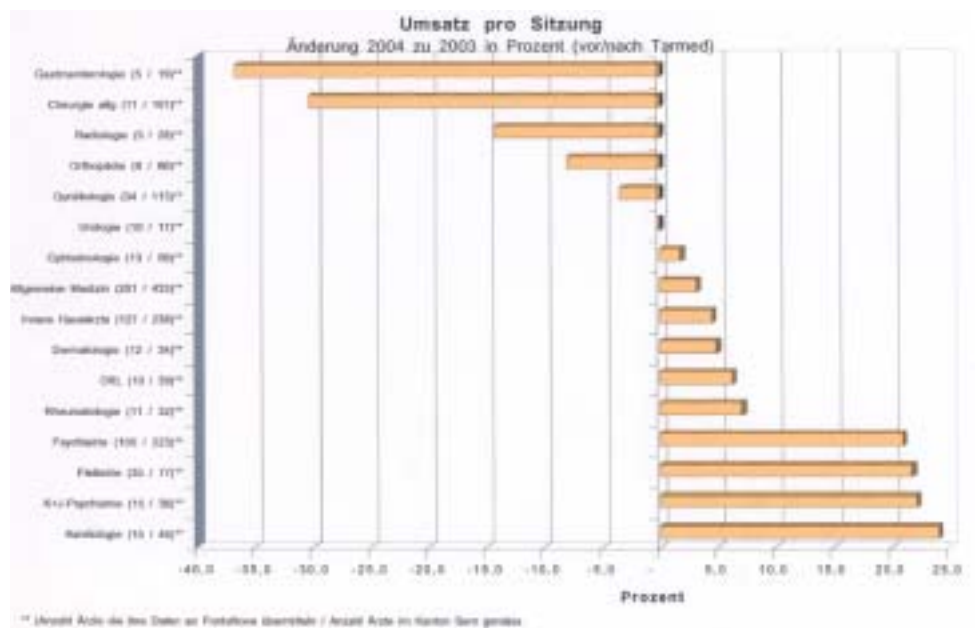


Abbildung 3: Sitzungsmittel in Franken 2003/2004



Appell zum vernünftigen Umgang mit Tarmed

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

Der ärztliche Notfalldienst im Umbruch – Projekt Zauberflöte



Dr. med.
Beat Gafner,
Vorstand BEKAG

Ich zitiere aus dem Gesundheitsgesetz des Kantons Bern, Art. 30a: Notfalldienstpflicht:

«Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Hebammen und Entbindungspfleger mit Berufsausübungsbe-
willigung sind verpflichtet, sich an einem Notfalldienst zu beteiligen. Sie sind für die Organisation des ambulanten Notfalldienstes selbst besorgt oder können dessen Organisation den Berufsverbänden über-
tragen.»

Ouvertüre

Rund um den grundlegenden Artikel öffnet sich eine Baustelle. Ein ehemals unbestritten genutztes Terrain erlebt eine Umgestaltung, ohne dass vorher eine Änderung des Zonenplanes stattgefunden hätte. Die Umgestaltung muss jetzt einsetzen. Sie darf aber gleichzeitig die Ausübung des ärztlichen Notfalldienstes nicht gefährden, sonst droht die Einflussnahme des Kantons, Zitat aus dem gleichen Gesetzesartikel: «... Sie (die zuständige Stelle der Gesundheits- und Fürsorgedirektion, Anm. d. Autors) regelt die Organisation des ambulanten Notfalldienstes, wenn dieser nicht anderweitig sichergestellt ist...».

Die Abnahme der Dienstbereitschaft innerhalb der freipraktizierenden Ärzteschaft bei zunehmender Anspruchshaltung der Kundenschaft, der sich abzeichnende Ärztemangel mit nachfolgender ansteigender Belastung der verbleibenden Praktizierenden und ein unverkennbarer Attraktivitätsbonus von Spital-Notfallpforten sind wichtige Tonfolgen in der Ouvertüre und schweizweit zu beobachten.

Der heilige Tempelbezirk

Der Vorstand der BEKAG hat deshalb das Projekt «Zauberflöte» (nicht «Zaubertüte») unter der Leitung des Schreibenden ins Leben gerufen, um an Hand eines Massnahmenkataloges zu Gunsten der Bezirksvereine und Notfalldienstkreise weiterhin die Kernkompetenzen in Primärversorgung und ärztlichem Notfalldienst sicherzustellen. Ein Projektteam aus Vertreterinnen und Vertretern der Bezirksvereine soll realisierbare Vorschläge erarbeiten. Ein Ideenkatalog als Grundlage liegt vor.

Marsch der Priester

Die auf allen Stufen geleistete notfalldienstliche Arbeit soll quantifiziert werden. Mit der Medphone AG (ehemals Notfallarzt Bern) soll eine dichtere Vernetzung angestrebt werden. Die verschiedenen bunten Vögel (Ideen) zu sammeln, sie der Prüfung durch die Eingeweihten zuzuführen und den Fang in den heil'gen Hallen im Herbst 2005 vorzustellen, soll mein Ziel sein.

Selbstkontrolle von Privatapotheken in Arztpraxen



Dr. pharm.
Samuel Steiner,
Kantons-
apotheker

Im Rundschreiben des Kantonsapothekersamts vom Dezember 2004 wurden die Ärztinnen und Ärzte mit einer Bewilligung zum Führen einer Privatapotheke informiert, dass sich das Vorgehen bei Inspektionen in Privatapotheken ändern wird. Die wesentlichen Punkte sind:

- Die zu inspizierenden Betriebe erhalten vor der Inspektion das Inspektionsprotokoll (Checkliste mit Erläuterungen) zugestellt und werden aufgefordert, dieses Protokoll so weit möglich vor der Inspektion selbst auszufüllen.
- Das Protokoll ist umfassender als bisher.
- Das ausgefüllte Protokoll dient den Inspektorinnen und Inspektoren als Basis für die Inspektion.

Weshalb diese Änderungen?

Das neue Inspektionsprotokoll schafft grössere Transparenz bei den Inspizierten und beim Inspektionsteam, indem Punkt für Punkt aufgelistet ist, was überhaupt inspiziert wird. Durch das umfangreichere Inspektionsprotokoll können sich die Inspizierten optimal vorbereiten. Gewisse Angaben und Informationen müssen nicht

mehr vor Ort gemeinsam erläutert und notiert werden. Im besten Fall können die Mängel bereits vor der Inspektion behoben werden, dies im Sinne von Selbstkontrolle und Selbstverantwortung. Diese Selbstkontrolle führt (hoffentlich) zu kürzeren und damit effizienteren Inspektionen.

Neues Inspektionsprotokoll – Neue Checkliste

Das bisherige Inspektionsprotokoll wurde in Bezug auf Form und Inhalt revidiert. Das Inspektionsprotokoll ist wie bisher als Checkliste gestaltet. Gewisse Teile müssen von den Inspizierten vorgängig ausgefüllt (angekreuzt) werden, andere Teile werden vom Inspektionsteam während der Inspektion überprüft und ausgefüllt (grau markiert). Andere Fragen dienen zur Information des Kantonsapothekersamts (Qualitätssicherungssystem, Selbstinspektion, Arzneimittelmisbrauch). Es besteht auch die Möglichkeit, Bemerkungen und Kommentare anzubringen. Das Protokoll sollte möglichst selbsterklärend sein. Deshalb

befindet sich am Schluss ein Glossar mit Erläuterungen.

Das neue Inspektionsprotokoll ist folgendermassen gegliedert:

- *Angaben zum Betrieb (generell);*
- 1. Qualitätssicherungssystem (informativ);
- 2. Personal (Angaben über Mitarbeitende, Fort- und Weiterbildung);
- 3. Räumlichkeiten und Ausrüstung (allgemein, Abgabeort, Lager, Kühlschrank);
- 4. Dokumentation (Gesetze, Dokumentation Abgabe Arzneimittel, Betäubungsmittelkontrolle);
- 5. Bezug, Lagerung und Abgabe von Heilmitteln;
- 6. Beanstandungen und Retouren (Rückrufe, Retouren, Meldungen an Swiss-med);
- 7. Selbstinspektion (Information über Selbstinspektion und Arzneimittelmissbrauch);
- 8. Gezogene Muster;
- *Bemerkungen der Inspizierten, Bemerkungen des Inspektorenteams, Auflagen mit Frist, Antrag;*
- *Mängelliste (Referenz zu Checkliste, Klassierung der Mängel in kritische, wesentliche, andere).*

Neues Vorgehen bei Inspektionen

Vor der Inspektion wird den zu inspizierenden Betrieben das Inspektionsprotokoll zugestellt, mit der Aufforderung, dieses vorgängig auszufüllen. Anlässlich der Inspektion wird das ausgefüllte Inspektionsprotokoll besprochen und wo nötig ergänzt. Das Inspektorenteam überprüft stichprobenweise die Angaben auf dem ausgefüllten Inspektionsprotokoll. Es liegt im Ermessen des Inspektorenteams, vor Ort zu überprüfen, inwieweit die Selbstdeklarationen mit den tatsächlichen Gegebenheiten übereinstimmen. Festgestellte Abweichungen und Mängel werden vor Ort besprochen und auf der Mängelliste festgehalten.

Das Original des Inspektionsprotokolls inklusive Mängelliste wird an das Kantonsapothekeramt weitergeleitet. Das weitere Vorgehen ist wie bisher. Bei mehreren «kritischen» und «wesentlichen» Mängeln findet, auf Antrag des Inspektorenteams, nach der Behebung dieser Mängel eine kostenpflichtige Nachinspektion statt.

Testjahr 2005

Das Jahr 2005 wird sowohl für die Inspizierten wie auch für die Inspektorinnen und

Inspektoren und das Kantonsapothekeramt ein Testjahr. Ende 2005 wird überprüft werden, ob sich das neue Verfahren und das neue Protokoll bewähren oder nicht. Änderungswünsche, Bemerkungen und Fragen zum neuen Inspektionsprotokoll und zum neuen Vorgehen sind jederzeit willkommen.

Zukunft

Um den Qualitätsstandard zu erhalten und zu verbessern, werden in Zukunft aufgrund der hohen Selbstverantwortung in diesem Bereich generell höhere Anforderungen an das Qualitätssicherungssystem (QS) gestellt. Je besser ein solches Qualitätssicherungssystem, desto effizienter ist auch die Arbeit des Inspektorats. Ein Schritt in Richtung QS im Bereich Privatapotheken ist das Durchführen von regelmässigen Selbstinspektionen. Ein Werkzeug für das Durchführen von solchen Selbstkontrollen ist etwa das jährliche oder zweijährliche Ausfüllen dieser Checkliste. Im Rahmen der behördlichen Kontrollen muss dann nur noch überprüft werden, ob diese Selbstkontrollen regelmässig erfolgen und dokumentiert werden. Die Inspektionen können sich somit vor allem auf die Überprüfung der Selbstkontrollen und kritischen Punkte beschränken.

Weitere Informationen

Die Inspektionsprotokolle stehen Ihnen auch in elektronischer Form auf dem Internet unter www.gef.be.ch (genauer: unter http://www.gef.be.ch/site/index/gef_kapa_kantonsapotheker/gef_kapa_dokumentation.htm) als PDF-Dokument zur Verfügung. Auf Anfrage hin senden wir das Dokument auch im Word-Format.

Gerne sind wir auch bereit, den Betroffenen (Privatapotheken) das neue Vorgehen im Rahmen von Veranstaltungen (Workshops, Schulungen) näher zu erläutern und vorzustellen.

Dr. Samuel Steiner,
Kantonsapotheker
Rathausgasse 1, 3011 Bern
Tel: 031 633 79 26
samuel.steiner@gef.be.ch

TERMINE 2005

31. März
Delegiertenversammlung,
nachmittags

12. Mai
erw. Präsidentenkonferenz,
nachmittags

2. Juni
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit

16. Juni Delegiertenversammlung,
nachmittags

1. September
erw. Präsidentenkonferenz,
nachmittags

20. Oktober
Delegiertenversammlung,
nachmittags

24. November
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit

Mitgliederversammlungen der Bezirksvereine

22. Juni 2005
24. November 2005

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

Rückblick



Dr. med.
Kurt Hänni,
Chefarzt Chirurgie Regionales
Spitalzentrum
Oberaargau,
ehem. Präsident
Spitalärzte
Kanton Bern

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Im Rahmen meiner Verabschiedung im Verband Berner Krankenhäuser habe ich ein paar Gedanken geäussert und Jürg Schlup hat mich gebeten, diese doch schriftlich zu formulieren und hier zu veröffentlichen. Ich bin dem gerne nachgekommen.

Nach 25 Jahren als Leitender und Chefarzt macht man sich nach einer so entwicklungsreichen und intensiven Zeit seine Gedanken, sowohl in medizinischer als auch in spitalpolitischer Hinsicht. Vom Bezirksspital über das Regionalspital bis zur Fusion zum Regionalen Spitalzentrum habe ich alle Stufen des bernischen Spitalwesens durchwandert und durchlitten. Trotz des immensen Wandels und vielleicht sogar deshalb, fällt die Bilanz für mich sehr positiv aus. Es war nie langweilig. Ich habe medizinisch neben vielen Fortschritten den fundamentalen Schritt von der konventionellen zur laparoskopischen Chirurgie mitgemacht und kann es mir nicht ganz verkneifen, trotz allen Segnungen des neuen Verfahrens meine Liebe zur offenen Chirurgie – mit einfachen Mitteln ohne allem technischen Schnick-Schnack und der dadurch unabdingbaren Spezialisierung – zu gestehen.

Es ist das Merkmal des Älteren, Gewesenes mit dem Jetzigen zu vergleichen und dem Vergangenen hie und da eine Träne nachzuweinen. Ich bin mir bewusst, dass gesellschaftliche und politische Entwicklungen nicht aufgehalten werden können. Es ist aber unbedingt nötig, hie und da seinen eigenen Standort zu bestimmen. Auf standespolitischer Ebene scheint mir dies zur Zeit immer wichtiger zu werden. Der Chefarzt im Spital – und insbesondere im öffentlichen – wird je länger je mehr in

eine Ecke gedrängt, die seiner Stellung, Funktion und Wertigkeit überhaupt nicht entspricht. Wir rekrutieren die Patienten für unser Haus, bestimmen den medizinischen Fortschritt und setzen die Qualitätsstandards. Patienten wählen sogar in Notfällen wegen uns ein Spital und erst sekundär aus anderen Kriterien. Somit sind wir die Schlüsselspieler im Spitalwesen. Aus diesen und auch anderen Gründen kann und darf es nicht sein, dass wir uns in eine nur fachspezifische Ecke drängen lassen. Wir müssen auf unseren Führungsaufgaben bestehen und diese verlangen. Wer anders als wir weiss, was ein Patient im Spital braucht und wie er behandelt sein muss. Es ist selbstverständlich, dass wir mit dem Pflege- und Verwaltungsbereich zusammenarbeiten und diese unbedingt nötig haben. Wir verlangen auch nicht die alleinige Führung, wollen aber an derselben direkt beteiligt sein, d.h. sowohl an operationellen als auch an strategischen Aufgaben, Entwicklungen und zukünftigen Ausrichtungen mitarbeiten. Ärzte mit einer administrativen Flut einzudecken, heisst nicht, ihnen Führung zu übergeben, sondern im Gegenteil sie durch artfremdes Arbeiten zum Resignieren, d.h. Schweigen zu bringen. Dass gewisse administrative Aufgaben übernommen werden müssen, ist selbstverständlich. Diese sollten aber

ein sinnvolles Mass nicht überschreiten und nicht eine administrative Alibiübung der Spitalverwaltung und der politischen Gremien sein. Damit der Chefarzt aber diese unbedingt notwendige Doppelrolle des Schlüsselspielers mit Fach- und Führungskompetenz übernehmen kann, muss ihm diese Kompetenz und die dazu nötige Freiheit gegeben werden. Unbeschränkte Arbeitszeiten haben wir schon, Milchkuh im Spitalwesen wollen wir nicht sein, sondern nur die unserer Funktion und Wertigkeit entsprechenden Stellung einnehmen. Ich bin mir voll bewusst, dass diese Forderungen von den Ärzten viel Einsatz und Arbeit verlangen. Wenn man etwas fordert, muss man auch den Gegenwert leisten. Es hat auch keinen Sinn, ärztliche Administratoren, welche die Beziehung zum medizinischen Alltag verloren haben, einzusetzen. Wir Kliniker müssen dies selber tun und das fordert sehr viel Arbeit und Idealismus. Wenn wir zu reinen Angestellten und einseitigen Fachspezialisten mit einem röhrenförmigen Gesichtsfeld degenerieren, verlieren wir unsere eigene Identität und unser berufliches Verständnis. Das Ziel unseres ärztlichen Tuns ist nicht nur, unser Fachwissen so gut wie möglich für den Patienten einzusetzen, sondern vornehmlich auch die dazu notwendigen Vorbedingungen zu erwirken und mit zu bestimmen. Wenn wir dies nur den Ökonomen, Administratoren sowie Politikern überlassen, wird unser Gesundheitswesen Schiffbruch erleiden.



Kurt Hänni: «Hie und da muss man seinen eigenen Standort bestimmen.»

Wechsel «tiers garant» in «tiers payant» vertragswidrig



Urs Hofer,
Fürsprecher, Lei-
ter Verhand-
lungsdelegation
BEKAG

Anlass zu diesen Anmerkungen geben Versuche von Abrechnungsanbietern, Berner Ärzten den Systemwechsel vom «tiers garant» in den «tiers payant» schmackhaft zu machen. So schrieb die Medi Data bereits in einem Rundschreiben vom 23. Oktober 2004 bezüglich ihres Abrechnungssystems:

«Medi Port ermöglicht in den meisten Kantonen den Wechsel vom 'tiers garant' auf das 'tiers payant'-Abrechnungssystem. Profitieren Sie von der schnellen Bezahlung und der Aufhebung der Limitationen durch die Kostenträger.»

Nachstehend wird unseren Mitgliedern die im Kanton Bern geltende Rechtsgrundlage in Erinnerung gerufen:

- Art. 42 Abs. 1 und 2 KVG statuiert, dass die Regel beim Abrechnungssystem der «tiers garant» ist, d.h. dass die Versicherten gegenüber den Leistungserbringern Honorarschuldner sind und gegenüber dem Versicherer einen Rückforderungsanspruch haben.
- Versicherer und Leistungserbringer können den «tiers payant» vereinbaren
- Art. 11 Abs. 1 des vom Bundesrat am 30. September 2002 genehmigten Rahmenvertrags FMH / santésuisse übernimmt sowohl den Grundsatz des «tiers garant» als auch die Möglichkeit, das System des «tiers payant» kantonal zu vereinbaren
- Art. 11 Abs. 1 des kantonalen Anschlussvertrages zum Rahmenvertrag FMH/santésuisse hält am «tiers garant» als einzigem im Kanton Bern zulässigem Zahlungssystem fest

Auf Wunsch von santésuisse wurde einzig der Vorbehalt im Vertrag belassen, dass

Ärzte, die vor Inkrafttreten des Anschlussvertrages, d.h. vor dem 1. Januar 2004 aufgrund individueller Verträge nach dem System des «tiers payant» abrechneten, dies auch weiterhin tun dürfen.

Nach dem 1. Januar 2004 dürfen weder Krankenversicherer mit Ärzten neue «tiers payant»-Regelungen vereinbaren, noch

Ärztinnen und Ärzte – beispielsweise auf Empfehlung einer Abrechnungsstelle – zum Zahlungssystem des «tiers payant» wechseln.

Auch wenn auf dem Abrechnungsmarkt der «tiers payant» im Kanton Bern weiterhin vom einen oder anderen Anbieter beworben werden sollte, ändert dies nichts an der Vertragswidrigkeit im Kanton Bern.

Allen Mitgliedern wird dringend empfohlen, auf derartige Angebote nicht einzutreten.

Reglement für die kantonale paritätische Vertrauenskommission (PVK)

Gestützt auf Art. 19 des Anschlussvertrags zum Rahmenvertrag Tarmed haben santésuisse Bern und die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern gemeinsam eine kantonale paritätische Vertrauenskommission eingerichtet und als Anhang D zum Vertragswerk ein entsprechendes Reglement verabschiedet (siehe S. 17+18).

Wir drucken dieses Reglement als Information unserer Mitglieder erst jetzt ab, weil das Jahr 2004 dazu benutzt wurde, die PVK zu organisieren. Wir stellen sie Ihnen nachstehend vor:

1. Präsidium und Sekretariat

Die Parteien haben sich auf einen neutralen Vorsitzenden (Art. 19 Abs. 3 AV) geeinigt in der Person von Herrn Fürsprecher Jürg Hügli, Bollwerk 21, Postfach 6614, 3001 Bern.

Er stellt gleichzeitig das Sekretariat der PVK sicher, das Anlaufstelle für Beschwerden oder Anträge an die PVK ist (Reglement Art. 10).

2. Die kantonale PVK besteht aus 6 ordentlichen Mitgliedern, wobei 3 von santésuisse Bern und 3 von der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern ernannt werden. Beide Vertragsparteien ernennen zudem mindestens 3 Ersatzmitglieder, die die Ärztesgesellschaft so viele, damit im Bedarfsfall das fachärztliche know how in der Spruchbehörde verfügbar ist.

Auf dieser Grundlage haben die Parteien folgende Mitglieder ernannt:

santésuisse Bern:

- Allemann Helmut (Helsana), Nidau
- Amstutz Roland, Rechtskonsulent santésuisse Bern
- Engel Christoph (Visana), Bern

Ersatzmitglieder:

- Minod Silvia (KPT), Bern
- Sieber Peter (Krankenkasse Steffisburg), Steffisburg
- Wernli Peter (Visana), Bern

Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

die Dres:

- Affolter Christian (Allgemeinmedizin FMH), Langenthal
- Emch David (Gynäkologie und Geburtshilfe FMH), Bern
- Kreuz Helene (innere Medizin FMH, Hämatologie), Thun

Ersatzmitglieder:

die Dres:

- Gubler Christian (Chirurgie FMH), Bern
- Rothen André (innere Medizin FMH), Thun
- Märki Beatrice (Gynäkologie und Geburtshilfe FMH), Bern
- Sauvant Jean-Daniel (Psychiatrie und Psychotherapie FMH), Bern
- Lemann Danielle (Allgemeinmedizin FMH), Langnau

Art. 8 des Reglementes umschreibt die Aufgaben, welche zur Zeit der PVK übertragen sind, Art. 9 sagt aus, wer berechtigt ist, die PVK anzurufen bzw. sich gefallen lassen muss, in ein Verfahren vor die PVK gezogen zu werden.

Ausgeklammert sind Pauschalbeanstandungsverfahren gegen einzelne Ärzte, die sich auf die Rechnungsstellerstatistik von santésuisse abstützen. Hierfür ist weiterhin, wie bisher, das ordentliche kantonale Schiedsgericht zuständig (Art. 19 Abs. 4 des AV).

Urs Hofer

REVISION DES STRASSENVERKEHRSGESETZES:

Nulltoleranz beim Fahren unter Drogeneinfluss ab 1.01.2005



A.J. Seiler,
alt Kantonsarzt

Die Revision des Strassenverkehrsrechts des Bundes sieht per 1. Januar 2005 eine sogenannte «Nulltoleranz bei Drogen» vor.

Wie lassen sich in diesem Zusammenhang die behördlich bewilligten Substitutionsbehandlungen Drogenabhängiger einordnen?

Nach Artikel 2 Absatz 2 der Verkehrsregelnverordnung (VRV; SR 741.11) gilt die Fahrunfähigkeit als erwiesen, wenn im Blut einer Fahrzeughalterin oder eines Fahrzeughalters eine der folgenden Substanzen nachgewiesen wird:

- Tetrahydrocannabinol (Cannabis)
- Freies Morphin (Heroin/Morphin)
- Kokain
- Amphetamin
- Methamphetamin
- MDEA (Methylenedioxyethylamphetamin)
- MDMA (Methylenedioxyamphetamin).

Artikel 2 Absatz 2^{ter} VRV sieht indessen vor, dass für Methadon konsumierende Personen, die nachweisen können, dass sie eine oder mehrere der in Artikel 2 Absatz 2 VRV aufgeführten Substanzen

gemäss ärztlicher Verschreibung einnehmen, die Fahrunfähigkeit nicht bereits beim Nachweis einer Substanz nach Artikel 2 Absatz 2 VRV als erwiesen gilt.

Bei Personen im Methadonprogramm liegt dann keine die Fahreignung herabsetzende Sucht vor, wenn der Nachweis erbracht wird, dass die betreffende Person in einem kontrollierten Methadonprogramm steht, welches mindestens 6 Monate gedauert hat und in diesem Zeitraum durch kurzfristig angeordnete Urinprobenkontrollen erwiesenermassen kein Mischkonsum (u.a. auch kein Konsum von Benzodiazepinen und von Cannabis) stattgefunden hat (vgl. ASTRA-Leifaden «Verdachtsgründe fehlender Fahreignung; Massnahmen; Wiederherstellung der Fahreignung» vom 3. August 2000).

Mit der Inkraftsetzung der Revision des Strassenverkehrsrechts per 1. Januar 2005 soll an dieser Rechtslage für Personen, die in einem Methadonprogramm stehen, nichts geändert werden.

Gesundheits- und Fürsorgedirektion
des Kantons Bern

Publikumsbeschimpfung

1966 rückte ein zorniger, junger Autor mit seiner «Publikumsbeschimpfung» ins Scheinwerferlicht der literarischen Öffentlichkeit. Das beschimpfte Publikum – die Jury bei einem Literaturwettbewerb – zeigte sich ob der Provokation begeistert. Die kalkulierte Raserei wurde zu einem Markenzeichen des jungen Peter Handke. Zu einer regelrechten Publikumsbeschimpfung kam es auch am 13. Januar 2005, am 2. Schweizer Generika-Forum im Lake Side Casino in Zürich.

Marco Tackenberg, PID

«Sie sind noch stärker reglementiert als die Bauern!», donnerte Willy Oggier, Gesundheitsökonom, ins Publikum – mehrheitlich Mitglieder der Zürcher Ärztesellschaft. Da standen die ersten auf und verliessen den Ort der Aufführung. «Sie alle hängen direkt oder indirekt an einem staatlichen Abgabesystem!» Der Saal leerte sich um ein weiteres halbes Dutzend Leute. «Sie hängen am Futtertrog der Grundversicherung!», polterte Oggier mit überschlagender Stimme nochmals ins Publikum. Wieder ungläubiges Kopfschütteln und Stühlerücken. Obwohl geduldig bereits eine Grussbotschaft von Bundesrat Couchepin (Zitat:

«Die Einführung der Vertragsfreiheit wird die Qualität verbessern und eine kostendämpfende Wirkung haben») und Referate in deutscher, französischer und englischer Sprache zur Kenntnis genommen wurden, zeigten sich die noch Anwesenden auf einmal wieder hellwach und staunten, wie Oggier seine Attacken selbst auf die Podiumsteilnehmer ausdehnte.

Kassen haben mehr Macht

Margrit Kessler, Präsidentin der Schweizerischen Patienten- und Versicherten-Orga-

nisation, hatte zuvor unzweideutig gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs Stellung bezogen. Sie bezeichnete die Patientinnen und Patienten als die grossen Verlierer der sogenannten Vertragsfreiheit: «Das Wort Freiheit gilt für die Krankenkassen. Für die Patienten bedeutet die Vertragsfreiheit Abhängigkeit und Fremdbestimmung.» Es werden, so Kessler, damit noch mehr Probleme geschaffen, besonders für die chronisch Kranken und bei Notfällen. Die Qualität werde nicht verbessert. «Dafür bekommen die Krankenkassen mehr Macht», warnte sie. Diese würden künftig sehr viel Zeit brauchen, um mit jedem einzelnen Arzt einen Vertrag abzuschliessen. «Das ganze Sparpotenzial, wenn es überhaupt eines gibt, verschwindet in der Administration der Kassen», so Kessler.

Oggier, den man für seinen Mut bewundern kann, dass er sich durch die Präsenz der Ärztinnen und Ärzte im Saal nicht eine Sekunde von seinen Tiraden abhalten liess, strafte Kessler mit verbaler Raserei: «Frau Kessler sagt dies nur, weil sie mit einem Arzt verheiratet ist und ihre Kinder Medizin studieren», suchte er die Aussagen der Patientenvertreterin zu delegitimieren.

Modische Schlagwörter

Jacques de Haller, FHM-Präsident, der deutschen Sprache durchaus mächtig, debattierte in Zürich befremdlicherweise auf Französisch. Er unterstrich, dass die Ärzteschaft nur dann von der Willkür der Kassen geschützt ist, wenn am Kontrahierungszwang festgehalten wird. Gleichzeitig hob er aber auch hervor, dass sich die Leistungserbringer vermehrt in die politische Debatte einbringen müssten. Gerade was Qualitätskriterien anbelangt, müsse die FHM aktiver werden. Ein Staatsexamen und eine zweijährige Weiterbildung reichten künftig nicht mehr aus, um mit den Sozialversicherungen abrechnen zu können. De Haller warnte aber vor Patentrezepten und modischen Schlagwörtern wie «Netzwerke». Diese werden – ohne sie so zu benennen – formell oder informell von den hiesigen Leistungserbringern sowieso schon betrieben.

Weiterbildungs-Veranstaltung

«Wirtschaftlichkeitskriterien in der Arztpraxis – Gesetz, Gesundheitsökonomie, Krankenversicherung und Arzt»

7. April 2005

18:30 Uhr bis ca. 20:30 Uhr

im Kultur-Casino Bern, Herrengasse

25, 3011 Bern

im Burgerratssaal

Referenten:

Ständerätin **Simonetta Sommaruga**,
Präsidentin der Schweizerischen Stiftung
für Konsumentenschutz

Dr. **Willy Oggier**, Gesundheitsökonom,
Zürich

Roland Amstutz, Leiter Kompetenzzentrum
Wirtschaftlichkeitsverfahren,
santésuisse Bern

Dr. med. **Jürg Schlup**, Präsident der
Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Die Veranstaltung wird unter dem Patronat der Ärztegesellschaft des Kantons Bern und mit Unterstützung der Sandoz Pharmaceuticals AG durchgeführt und ist als Fortbildung anerkannt.

(Teilnahmebestätigung wird vom Veranstaltungssekretariat abgegeben).



Willy Oggier, Gesundheitsökonom und Jacques de Haller, FHM-Präsident

Bild: Beat Müller, Zürich



Fortschritt der Medizin in den letzten 60 Jahren

Abdruck des Referates von Prof. Dr. med., emer. Ordinarius für Neurologie Marco Mumenthaler, gehalten am 11.11.04 am Tag der Berner Ärzte

Liebe Kolleginnen und Kollegen, verehrte Damen und Herren

Wenn Sie jetzt ein profundes medizin-historisches Referat erwarten, dann muss ich Sie enttäuschen. Erstens bin ich nicht Medizinhistoriker und zweitens scheint es mir angemessener über jene 60 Jahre der Entwicklung der Medizin zu berichten, die ich als Student, als Assistent, als forschend und lehrend tätiger Hochschuldozent und heute auch noch als praktizierender Neurologe selber überblicke. Vorwiegend über diese Zeit also möchte ich heute reden. Wenn hie und da auch noch ein Rückblick auf noch viel länger Zurückliegendes eingeflochten wird, so soll dies die Ausnahme bleiben.

Nach diesen Vorbemerkungen nun zu unserem Thema. Wie Sie gesehen haben, lautet der Titel meines Referates: «Fortschritte der Medizin in den letzten 50 Jahren», die ich also auf 60 erweitern möchte. Dieser Titel wurde von den Organisatoren dieser Tagung recht neutral und unverbindlich gewählt. Lassen Sie mich zunächst kritisch auf den Begriff Fortschritt eingehen.

Zunächst sei betont, dass die allfälligen Fortschritte nicht Eigenleistungen der Medizin bzw. der Mediziner sind. Die Medizin entwickelt sich ja nicht unabhängig von den übrigen technischen und sozialen allgemeinen Entwicklungen. Deshalb sollte man eigentlich den Titel ändern und von der

Entwicklung in den vergangenen 60 Jahren und ihre Auswirkungen auf die Medizin sprechen.

Zunächst zur Medizin und dem Rest der Welt. Die Medizin ist Teil der Gesellschaft. Sie kann sich nur gestützt auf die Entwicklung der Wissenschaft und der Technologie als Ganzes parallel dazu und unter Mit-Nutzung von deren Fortschritten entwickeln. Sie ist im Weiteren in ihren ethischen und moralischen Anliegen miteinbezogen in die diesbezüglichen Strömungen und Tendenzen der Gesellschaft. Eine kritische Wertung der Entwicklung der Medizin ist somit nur unter Berücksichtigung der Entwicklung der Technik und der Haltung in der Gesellschaft vorzunehmen.

Gerade bezogen auf die Medizin ist mit dem Begriff Fortschritt Hoffnung verbunden, für die Akteure auch Stolz. Für das Publikum gehen damit auch Skepsis und zunehmend auch offensichtliches Misstrauen einher. Mit dem Begriffe Fortschritt assoziieren wir mit einer gewissen Selbstverständlichkeit auch eine Vorstellung von Verbesserung. Dies ist aber im Begriff als solchem keineswegs enthalten: Fortschritt bedeutet zunächst Fort-Schreiten, also letzten Endes lediglich ein Zurücklassen von Bisherigem und ein sich hinbewegen auf ein Zukünftiges, Schritt um Schritt vom Alten fort. Damit wird automatisch das was Altes ablöst, auch zu einem Fortschritt. Bedeutet dies aber etwa auch automatisch wirklich eine Verbesserung? Eine Veränderung ja, aber dies sagt über die Qualität ja noch nichts aus. Und dann: Qualität in Bezug auf welche Werteskala? Indem die zeitbedingte Unabänderlichkeit des Fort-Schreitens mit positivem Wertzuwachs gleich gesetzt wird, verzichtet man ja eigentlich auf die Wahl eines Massstabes für die Wertigkeit dieses Wandels. Was heute ist, der Schritt, den wir von gestern auf heute gewissermassen machten, trägt dann in sich also schon die Entwertung des Gestrigen dadurch, dass wir morgen gegenüber heute fortgeschrittener sein werden.

Verlieren wir uns aber nicht in philosophische Spekulationen und Wortklaubereien. Versuchen wir es vielmehr mit konkreten, auf die Medizin als Ganzes bezogenen Beispielen.

Infektionskrankheiten waren noch in der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts sehr oft tödlich. Noch im vierten Jahrzehnt des letzten Jahrhunderts – als ich mein Medizinstudium vor nunmehr 60 Jahren begann – starben noch etwa 30% der jüngeren und 50% der älteren an Lungenentzündung erkrankten Patienten. Erst 1939 wurden als **Therapeutica** die Sulfonamide eingeführt. Wer von Ihnen erinnert sich noch an das Cibazol? Die Sulfonamide waren vor allem gegen Kokken, auch gegen die Pneumokokken wirksam. Damit wurde auch die früher so gut wie immer letal endende Hirnhautentzündung heilbar. Es sind zweifellos Fortschritte, die der Anwendung dieses Medikamentes zuzuschreiben sind.

Dass aber auch andere Entwicklungen, welche keineswegs medizinspezifisch sind, zu Unrecht als Fortschritt der Medizin gewertet werden, sei am Beispiel der Tuberkulose beleuchtet. Vor ziemlich genau 100 Jahren verstarben z.B. in der Schweiz noch 9000 Menschen jährlich an Tuberkulose, was etwa 15% aller Todesfälle ausmachte. Heute stirbt kein in unserem Lande geborener Mensch mehr an Tuberkulose. 1812 betrug die Todesrate an Tuberkulose in der Stadt New York 700 Fälle auf 10'000 Einwohner. Robert Koch entdeckte den Tuberkelbazillus 1882. Schon damals aber war die Mortalität in der Stadt New York bereits von 700 auf 370 pro 10'000 zurückgegangen, hatte also um etwa 50% schon abgenommen. Als 1910 das erste Sanatorium eröffnet wurde, betrug sie nur noch 180, also 25%, und bevor gegen Ende des Zweiten Weltkrieges das erste gegen den Tuberkelbazillus wirksame Medikament, die Para-Amino-Salizylsäure (das PAS) eingesetzt wurde, war sie bereits von früher 700 auf nur noch 48 pro 10'000 Menschen gesunken. Der Rückgang der Tuberkulose-Mortalität um mehr als 90% war also keineswegs das Verdienst der Medizin, sondern hatte ganz andere Ursachen: Die verbesserten wirtschaftlichen Bedingungen erlaubten den Menschen einen grösseren Wohnraum für sich zu beanspruchen, und die Familien waren nicht zu Fünft oder gar mehr in einem Zimmer zusammengepfercht. Die besseren hygienischen Bedingungen, die grössere Sauberkeit, die im Winter besser geheizten Räume und andere rein ökonomisch bedingte Veränderungen der Lebensweise waren die Hauptursache der verminderten Mortalität an Tuberkulose! Selbstverständlich trugen später die Tuberkulostatika zur Heilung früher tödlicher Tuberkuloseformen bei, z.B. der Meningitis tuberculosa.

Ich habe mich bisher zur Medizin und ihrem Wandel im Allgemeinen und nicht spezifisch zu meinem Fachgebiet, der Neurologie, geäussert. Lassen Sie mich jetzt zu jenen **diagnostischen Aspekten** übergehen, die mir als Neurologen besonders nahe liegen. Ein Gebiet, mit dem ich mich schon sehr früh abgegeben habe, sind die Läsionen peripherer Nerven. Als ich nach Abschluss meines Medizinstudiums und meinen ersten Assistentenjahren in der Neurologie Patienten mit Läsionen peripherer Nerven untersuchte, standen uns nebst der exakten klinischen Untersuchung als einzige **elektrophysiologische Untersuchungsmethode** nur die Stimulation mit galvanischen oder faradischen Strömen zur Verfügung. Wir beurteilten

den Zuckungscharakter und schlossen daraus auf den Grad der Denervation bzw. der Reinnervation. Die Elektromyographie und die Elektroneurographie wurden als Nadelmyographie in der Schweiz erst in der Mitte der 50er-Jahre eingeführt, die Elektroneurographie sogar etwas später. Ich erinnere mich, wie uns dies erlaubte, eine grosse Sippe, die unser damaliger neurologischer Lehrer als dominant vererbte Beckengürtelform der progressiven Muskeldystrophie beschrieben hatte, nunmehr als spinale Muskelatrophie vom Typ Kugelberg Welander zu identifizieren. An weiteren elektrophysiologischen Untersuchungen wurde die von Hans Berger in Jena entdeckte Elektroenzephalographie erst sehr langsam in die Klinik eingeführt. Rudolf Hess, der Vater von Prof. Christian Hess, führte sie als erster im Universitäts-spital Zürich ebenfalls in den frühen 50er-Jahren ein, als ich gerade meine Facharzt-Ausbildung begann. Es existierte in Zürich, der grössten Stadt der Schweiz, ein einziger Apparat, abgeschirmt in einem Faradayschen Käfig. Bezeichnenderweise stand er in der Neurochirurgischen und nicht in der Neurologischen Klinik. Dies weil damals das EEG vor allem auch ein wichtiges Screening-Instrument bei Verdacht auf organische intrakranielle Prozesse war. Wir suchten damit nach Tumoren, nach einem Subduralhämatom oder nach einer Enzephalitis.

An **bildgebenden Verfahren** für die Diagnostik standen zu Beginn meiner Weiterbildung lediglich konventionelle Röntgenbilder und von Ende der 40er-Jahre an für die spezifische zerebrale Diagnostik das Luftenzephalogramm und die Arteriographie, für die spinale Diagnostik die Kontrastmittel-Myelographie zur Verfügung. Diese Untersuchungen wurden grösstenteils durch den Neurochirurgen durchgeführt und wurden erst allmählich von der Röntgenabteilung übernommen. Die Luftenzephalographien führten wir durch Luft-Insufflation nach Subokzipital-Punktion durch. Die für den Patienten äusserst schmerzhafteste Prozedur wurde im Sitzen vorgenommen, in der Regel bei stationären Patienten. Wenn sie ausnahmsweise einmal aus Platzgründen ambulant durchgeführt wurde, brachte ein Pfleger den Patienten mitsamt der Schale, in welche er sich erbrach, in ein Taxi. Dass die Darstellung des Ventrikelsystemes nur unvollständig möglich war und hierbei zum Beispiel der 4. Ventrikel, der Aquädukt, und oft auch der 3. Ventrikel nicht oder nur unvollständig zur Darstellung gelangten, sei am Rande bemerkt.

Die Arteriographie der zerebralen Gefässe geschah durch direkte Punktion derselben. Während die Punktion der A. carotis communis noch einigermaßen gelang und sogar vom Unterzeichnenden durchgeführt wurde, war es nur den manuell besonders begabten Künstlern unter den Neurochirurgen vorbehalten, auch die A. vertebralis durch direkte Punktion im Bereiche der Halswirbelsäule mit Kontrastmittel darzustellen. Professor Yasargil war beispielsweise ein solcher Künstler. Die Myelographie geschah in meiner Weiterbildungszeit anfänglich noch mittels öligem Kontrastmittel, was später zu schweren Arachnopathien mit entsprechender Verwachsung von kaudalen Nervenwurzeln und zu Paresen führte. Die wasserlöslichen Kontrastmittel wurden Anfang der 50er-Jahre dann angewendet und erlaubten sowohl die Darstellung raumfordernder Prozesse mit Kompression des Rückenmarkes als auch die Darstellung von Diskushernien.

A propos Diskushernie: Während heute der von proximal nach distal ausstrahlende Beinschmerz, der Ischias, jedem von uns als Folge einer lumbalen Bandscheibenhernie vertraut ist, ist dieses Wissen keineswegs alt. Bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts wurde unter dem Begriff Ischias jeder Schmerz im Bereiche der Hüftgegend verstanden, einschliesslich die Gelenksaffektionen. Erst Domenico Cotugno nahm 1764 eine Differenzierung vor, indem er von der Ischialgia antica die Ischialgia postica, unseren heutigen Ischias, abgrenzte. Immer noch wurden aber Gelenkprozesse als dessen Ursache angesehen. Erst 1936 haben die Amerikaner Mixter und Ayer nachgewiesen, dass Herniationen von Bandscheibengewebe im Lendenbereich einseitige Ischialgien verursachen können, und die Neurochirurgen Love und Walsh von der Mayo-Klinik haben dies 1938 aufgrund ihrer Operationsbefunde bestätigt. Erst zu Beginn der 40er-Jahre, als ich mein Medizinstudium begann, wurde bei Ischialgien die Indikation zur operativen Exploration der Bandscheiben gestellt und in Europa dann eingeführt.

Während etwa 90 Jahren war die vom Physiker Wilhelm Conrad Röntgen entdeckte Technik – wofür er 1901 den Nobelpreis erhielt – die einzige, die zur Darstellung des knöchernen Skelettes, der Lungen, dann mit Hilfe von Kontrastmitteln auch anderer innerer Organe zulies. Anfänglich waren die Nebenwirkungen nicht bekannt. Ich habe noch Kollegen betreut, die an einem Röntgenkarzinom verstarben.

Zusätzliche Verbesserungen dieser Technik wie das Röntgen-Tomogramm kamen hinzu, und schliesslich stellte die Einführung der immer noch mit Röntgenstrahlen arbeitenden Computertomographie in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts einen grossen Fortschritt dar. Damit konnten auch Weichteile detailliert dargestellt werden. Einen weiteren entscheidenden Fortschritt brachte dann die nicht mehr auf der Röntgentechnik basierende Kernspintomographie, die Magnetresonanztomographie, das MRT. Hiermit war die detaillierte Darstellung intrakranieller Strukturen, z.B. auch von Hirnnerven und Gefässen möglich. Schliesslich erlaubte das SPECT mit markierten Substanzen auch die Sichtbarmachung von Funktionen im Gehirn.

Aber auch weniger aufwendige und kostspielige Techniken stehen heute zur Verfügung. Die Ultraschalldiagnostik und die Sonographie ermöglichen die detaillierte Darstellung zahlreicher Weichteilstrukturen und zwar ohne Röntgenstrahlen. Die Ultraschall-Diagnostik ermöglicht zum Beispiel die Flussverhältnisse in den Gefässen und deren Struktur zu erkennen, Die Reflexion des Ultraschalls an Gewebeschichten mit unterschiedlichem akustischem Widerstand erlaubte den Aufbau eines zweidimensionalen Schichtbildes. Die Sonographie erlaubt es beispielsweise heute auch Veränderungen von in der Tiefe verlaufenden peripheren Nerven zu zeigen, beispielsweise eine Auftreibung durch ein Schwannom oder eine Einengung im Karpalkanal. Mit Hilfe der von Christian Doppler 1843 beschriebenen Dopplereffektes kann heute die Strömung des Blutes in einem Gefäss, auch in den zerebralen Gefässen, nachgewiesen werden und somit Gefässeinengungen, Strömungsbeschleunigungen, Strömungsumkehr und Kollateralkreisläufe nicht invasiv untersucht werden.

Aber nicht nur diese vor allem in der Diagnostik nützlichen und heute unentbehrlichen Methoden sind im Laufe der von mir überblickten 50 oder 60 Jahre verfügbar geworden. Auch in **therapeutischer Hinsicht** hat die Medizin an den enormen Fortschritten der Pharmakologie und der Biochemie partizipiert. Es ist dies vielleicht der Moment, um darauf hinzuweisen, dass diese Neuentdeckungen und Fortschritte nicht etwa auf Zufall beruhten. Vielmehr hat die analytisch-deduktive Denk- und Vorgehensweise der modernen Wissenschaft dazu geführt, dass man aufgrund erworbener Kenntnisse über die zugrunde liegenden Mechanismen und Defekte

logische Schlüsse auf deren Behebung zog und diese systematisch auswertete. Es war also nicht eine Zufalls- oder Erfahrungsmedizin, sondern es war eine wissenschaftlich begründete Vorgehensweise, welche zu diesen Fortschritten führte. Es seien nur einige aus den zahlreichen Beispielen erwähnt. In meiner Studienzeit war ein Patient mit einer eitrigen Meningitis oder einer anderen schweren bakteriellen Infektion ein Todeskandidat. Es standen damals in der Schweiz um das Jahr 1945 keine Antibiotika zur Verfügung. Sie waren kurz vorher von Sir Alexander Fleming entdeckt und zunächst den alliierten Truppen im Zweiten Weltkrieg zur Verfügung gestellt worden.

Der aufmerksame britische Bakteriologe hatte zufällig bemerkt, dass in einer Petrischale mit einer Bakterienkultur, welche mit Pilzen kontaminiert war, um die Pilzkulturen herum kein Bakterienrasen wuchs. Statt die kontaminierten Petrischalen in den Abfallkübel zu werfen und mit den Achseln zu zucken, zuckten seine Gedankenblitze – ein weiterer Zufall – und Sir Alexander fragte sich, warum wohl um den Pilzbefall keine Bakterien wuchsen. Er ging der Frage nach, entdeckte die bakterizide Wirkung eines Stoffwechselproduktes der Pilzkultur und damit das Penicillin.

Ein ehemaliger Angehöriger der Britischen Sanitätstruppen, der in einem Militärspital in Bangalore in Südindien stationiert war, berichtete kürzlich eindrücklich über seine erste Erfahrung mit dem neuen Medikament im Kriegsjahr 1943, also vor 61 Jahren. Ein Biochemiker hatte im bakteriologischen Laboratorium der Stadt eine Pilzkultur gezüchtet, deren Wirksamkeit gegen Streptokokken er geprüft hatte. Ein junger britischer Offiziersaspirant wurde mit einer Sinus-cavernosus-Thrombose moribund ins Militärspital eingeliefert. Der Arzt injizierte ihm – obwohl keine evidence-based Indikation vorlag – mit einer sehr dicken Nadel die ganze, wie Porridge aussehende Pilzkultur i.m. Eine einzige Dosis genügte, um dem Mann das Leben zu retten (Morris J.N.: *Recalling the miracle that was penicillin: two memorable patients.* J.R.Soc.Med. 97, 189–190 (2004)).

Zu Beginn meiner Studienzeit kannte man die Antibiotika und deren ersten Vertreter, das Penicillin, wie gesagt bei uns noch nicht. Ein Patient mit einer Sepsis oder einer anderen schweren bakteriellen Infektion war meist ein Todeskandidat. Ich erinnere mich, wie Prof.Riva später vom ersten Sepsisfall berichtete, den er in der Hadorn'schen Klinik mit einer heute

lächerlich kleinen Dosis von einigen 100'000 Einheiten erfolgreich behandelte.

Gestatten Sie mir auch ein weiteres Beispiel anzuführen, das ebenfalls das Gesicht einer der häufigsten Neurologischen Krankheiten veränderte, nämlich den Morbus Parkinson. Noch vor 40 Jahren war die Parkinson-Krankheit nicht behandelbar. Zu meiner Assistentenzeit waren diese Kranken sehr rasch der Hilflosigkeit ausgeliefert. Dann stellte ein Biochemiker fest, dass im Gehirn von verstorbenen Parkinson-Kranken in den Stammganglien viel weniger Dopamin vorhanden war, als im Gehirn Verstorbener ohne Parkinson-Symptome. Daraufhin überlegten sich die Österreicher W. Birkmayer als Arzt und O. Hornykiewicz als Biochemiker, wie man dem Gehirn von Parkinson-Kranken diese ihnen offenbar fehlende Substanz zuführen könnte. Der Versuch, den Kranken Dopamin zu verfüttern, war nutzlos, denn das Dopamin war nicht hirngängig. Folgerichtig versuchten sie daraufhin 1962, den Patienten eine Vorstufe des Dopamins, nämlich das L-Dopa zu verabreichen, welches dann im Gehirn selber zu Dopamin abgebaut werden sollte. Dies war zwar erfolgreich. Es wurden aber derart hohe Mengen an L-Dopa benötigt, um im Gehirn die nötige Konzentration zu erreichen, dass die Nebenwirkungen auf den Gesamtorganismus prohibitiv waren. Also gaben die Forscher dem L-Dopa einen den vorzeitigen Abbau des L-Dopa im Organismus verhindernden Decarboxylasehemmer bei, der die Bluthirnschranke nicht überschritt. Nunmehr genügte dann kleine Dosen L-Dopa, die nicht schwerwiegende systemische Effekte hatten und die nicht schon im Organismus abgebaut wurden, um im Gehirn die geforderte Konzentration zu bewirken. Später trug noch ein weiterer Beitrag der rationalen Biochemie zur Optimierung der Parkinson-Therapie bei: Da ein Teil des Dopamins durch die Catechol-O-Methyltransferase abgebaut wird, verstärkte die zusätzliche Gabe eines COMT-Hemmers den therapeutischen Effekt der L-Dopa-Präparate. Obwohl das L-Dopa immer noch das Wichtigste Antiparkinson-Medikament darstellt, sind in den vergangenen 10 Jahren auch die Dopaminagonisten hinzugekommen, die heute einen zunehmend grossen Stellenwert bei der Behandlung dieser schweren Krankheit einnehmen.

Lassen Sie mich noch eine dritte Krankheit erwähnen, die zu Beginn der von mir überblickten 60 Jahre ein Todesurteil darstellte und die wir heute in etwa 90% der Fälle

erfolgreich behandeln können, die Myasthenia gravis. Diese schwere Krankheit war bereits 1672 dem Briten Thomas Willis bekannt. Wilhelm Erb beschrieb 1879 erstmals im Detail die Klinik dieser Krankheit. Er war beeindruckt von den Schluck- und Sprachstörungen und sprach von einem «neuen wahrscheinlich bulbären Lähmungskomplex». Erst als Jolly 1895 die zunehmende Verminderung der Muskelkontraktionen bei direkter galvanischer Reizung beschrieb, gab er der Krankheit den Namen Myasthenia gravis pseudoparalytica. Erst Anfang des 20. Jahrhunderts wurde der Zusammenhang mit einem Thyrom oder einer Thymus-Hyperplasie festgestellt, und erst 1934 entdeckte Mary Walker den positiven Effekt von Physostigmin. Simpson beobachtete 1960 die häufige Assoziation mit anderen Autoimmunkrankheiten und postulierte eine immunologisch bedingte Schädigung der motorischen Endplatte als Ursache der Myasthenie. Bisher hatte man lediglich die Cholinesterasehemmer therapeutisch eingesetzt, ohne vorerst die Erkrankung an ihren Wurzeln anzugehen. Im Hinblick auf die postulierte Beziehung zu Autoimmunprozessen war eine Behandlung zunächst mit Cortison durchaus naheliegend. Daran habe ich eine ganz persönliche Erinnerung: Kurz bevor ich mich 1960 bei Milton Shy am NIH während eines Jahres in Muskelerkrankungen fortbildete, hatte Shy einen Patienten mit Myasthenie aufgrund der oben skizzierten Überlegungen mit Cortison behandelt. Man war auf die anfängliche Verschlechterung nicht gefasst und konnte der rasch zunehmenden Ateminsuffizienz des Patienten nicht angemessen begegnen. Der Patient starb und Shy erklärte, dass ein erneuter Behandlungsversuch eines Myasthenikers mit Cortison «not over my dead body» geschehen könne. Dies verhinderte dann während einigen Jahren erneute Versuche mit dieser wirksamen Therapie. Erst später ging man noch weiter an die Wurzel des Übels und konnte mittels der auf wissenschaftlich logischen Überlegungen basierenden Thymektomie die wirksame Heilbehandlung für die meisten dieser Patienten anwenden.

Als Edward C. Kendall das Cortison zur Behandlung rheumatischer Erkrankungen am Menschen anwendete und hierfür 1950 den Nobelpreis erhielt, veränderte dies das Schicksal sehr zahlreicher Patienten mit akutem und subakutem Gelenkrheumatismus und mit Bronchialasthma. Es rettete das Leben von Kranken mit Nebennierenrindeninsuffizienz oder mit einem akuten anaphylaktischem Schock,

mit Hirnödemen oder mit einer so genannten Kollagen-Krankheit. Auch die Riesenzell-Arteriitis kann damit erfolgreich behandelt werden. Sie alle kennen die Therapieerfolge bei der Polymyalgia rheumatica. Für den Neurologen und für den Ophthalmologen ist die kraniale Lokalisation im Sinne der Arteriitis cranialis deren Hauptmanifestationsform. Die Gefahr der Erblindung bei verspätet einsetzender Cortison-Behandlung ist uns allen heute vertraut. Ich selber erinnere mich an eine Publikation gemeinsam mit meinem kürzlich verstorbenen Freund, dem Internisten Rolf Hoigné Anfang der 60er-Jahre: Wir fanden katamnestic in einer Population von etwa 50 Patienten mit einer durchgemachten Arteriitis cranialis bei 60% Sehstörungen, bei 36% der Patienten gar eine beidseitige Erblindung. Dank der Anwendung des Cortisons – aber auch dank einer besseren Fortbildung der Ärzte – dürfte dies heute nur noch ganz selten einmal vorkommen.

Vergessen wir nicht den wichtigen Beitrag der **operativen Techniken**. Ich habe dies besonders eindrücklich in Zusammenhang mit der Entwicklung der chirurgischen Behandlung von Erkrankungen des Gehirns und peripherer Nervenläsionen erlebt. Der Einsatz des Mikroskopes bei der Behandlung neurochirurgischer Patienten hat Dinge ermöglicht, die seinerzeit, als ich vor 50 Jahren ein Jahr Assistent beim Neurochirurgen Hugo Krayenbühl war, undenkbar waren. Die Mikroneurochirurgie ermöglicht die erfolgreiche operative Behandlung arteriovenöser Angiome, die erfolgreiche Beseitigung von Aneurysmen basaler Arterien, die Ableitung eines Hydrozephalus, die operative erfolgreiche Behandlung sonst nicht mehr therapierbarer Epilepsien, und die Behandlung mancher extrapyramidalen Erkrankungen wie Parkinson oder Tremor. Die periphere Nerven Chirurgie erlaubt es, Nervenläsionen mittels Autotransplantaten zu heilen oder zumindest wesentlich zu bessern. Neurochirurgen zeigten, dass durch stereotaktische Eingriffe und Hirnstimulation sowohl Parkinsonsymptome wie z.B. auch Tremor wesentlich gebessert werden konnten.

Und die **psychiatrischen Erkrankungen?** Ich erinnere mich an meine Assistentenzeit in der psychiatrischen Klinik Münsingen. Die einzigen Therapien zur Behandlung der schweren endogenen Depressionen waren der Elektroschock oder der Cardiazolschock. Nach dem dadurch ausgelösten epileptischen Anfall waren die Patienten während einer begrenzten Zeit

frei von ihrer Depression. Bei erregten Geisteskranken standen uns lediglich grosszügige Gaben von Morphin mit Skopolamin zur Verfügung. Heute hat sich die Szene in psychiatrischen Kliniken und v.a. auch in der Praxis durch die Antidepressiva und die Antipsychotika vollständig gewandelt.

Einer der grössten Fortschritte war allerdings nicht durch die direkte Behandlung von Krankheiten, sondern durch die Vermeidung von deren Entstehung dank den **Impfstoffen** gegeben. Die meisten unter Ihnen dürften in ihrer Praxis keine Kinderlähmung, keine Poliomyelitis mehr gesehen haben. Ich selber sah in meinem Studium noch sehr zahlreiche Fälle von frischer Poliomyelitis, und ich habe später in Auslandsmissionen mit dem Roten Kreuz in Entwicklungsländern vor wenigen Jahren auch wieder Opfer dieser schweren Viruserkrankung erlebt. Durch die Impfung nach Salk und später durch die Schluckimpfung nach Sabin ist diese Krankheit in unserem Lande ausgerottet. In den 60er-Jahren schon waren in der Schweiz lediglich noch 6 Fälle festgestellt worden, übrigens bei – meist aus weltanschaulichen Gründen – nicht geimpften Kindern.

Auch eine weitere Entwicklung hat das Gesicht der Medizin tiefgreifend verändert, nämlich die **Genetik**. Die moderne Genetik hat das Verständnis der Erbleiden von einer generellen auf eine quantifizierbare, vor allem auf eine potentiell beeinflussbare Ebene gerückt. Während wir zum Beispiel vor 50 Jahren nur ganz allgemein wussten, dass die Muskeldystrophie vom Typus Curschmann-Steinert ein autosomal dominant vererbtes Leiden ist, wissen wir jetzt, dass es sich um eine Erkrankung handelt, welche an ein Gen auf dem Chromosom 19 bei 19Q13.3 gebunden ist. Dieses enkodiert die Myotoninproteinkinase. Die Mutation besteht in einer unstablen Expansion von CTG-Trinucleotid-Sequenzen innerhalb des Gens, wobei die übliche Länge von 5-30 Trinucleotid-Repetitionen überschritten wird. Nimmt die Länge der Expansion zu, so wird das Leiden um so früher manifest. Bei der kongenitalen myotonen Dystrophie Steinert sind die Expansionen besonders lang, nämlich über 750 CTG-Repetitionen.

Auch für die häufigste Myopathie, die Duchenne-Muskeldystrophie, wissen wir, dass das Gen auf dem X-Chromosom am Locus XP21.2 sitzt. Es enkodiert die Produktion des Dystrophins, welches Bestandteil der Muskelfasermembran ist. Bei den Kindern mit einer Duchenne-Dystrophie fehlt es ganz, bei der weniger rasch

verlaufenden Becker-Form ist es teilweise noch vorhanden.

Was ich bisher vorgetragen habe, waren vorwiegend Hinweise auf Fortschritte, auf bessere diagnostische Möglichkeiten, auf erfolgreiche medikamentöse und chirurgische Behandlungen.

Wie alles, was auf dieser Welt geschieht, hat auch die Auswirkung des Fortschrittes auf die Medizin verschiedenste Aspekte. Gewiss, der Segen für den einzelnen Kranken oder Verletzten ist evident und kann nicht hoch genug gewertet werden. Wenn ich nunmehr aber auch andere Aspekte anschneide, so nicht etwa aus dem typischen Pessimismus alter Menschen oder aus grossväterlicher Fortschrittskepsis. Ich versuche lediglich, den **Fortschritt im medizinischen Bereich auch in seiner Beziehung zur Entwicklung der Menschheit und unserer Gesellschaft** zu sehen. Nachfolgend also auch hierzu einige Gedanken.

Immer mehr früher tödliche Erkrankungen und Verletzungen können behandelt werden. Viele werden geheilt, andere nur gebessert. Mancher früher Todgeweihte überlebt. Dies hat zwangsläufig eine zunehmende Zahl von Behinderten zur Folge. Entsprechend haben wir folgerichtig für diese zu sorgen, bis hin zur behindertengerechten Anpassung ganzer Städte, der Architektur und der Verkehrsmittel.

Die lebenserhaltenden Massnahmen und besonders auch die Möglichkeiten der Intensivmedizin erhalten Formen des Überlebens, deren Wertigkeit nicht mit den herkömmlichen Kriterien beurteilt werden kann. Es geht also um das «coma dépassé», um das vegetative Überleben ohne eindeutige höhere psychische Funktionen und Kommunikation.

Die im Rahmen der medizinischen Versorgung erzielten Fortschritte umfassen auch den Ersatz kranker Organe durch noch funktionstüchtige Transplantate. Auch dies verlängert die Lebenserwartung des Einzelnen. Noch mehr tragen andere Errungenschaften der kurativen Medizin zur Lebensverlängerung bei. Dies hat unter anderem zur Folge, dass im Jahre 2030 etwa 40% der Bevölkerung unseres Landes über 60-jährig sein wird. Synchron mit dieser Entwicklung geht in den Industrieländern ein Rückgang der Geburten einher. In der Schweiz, mit 1.4 Geburten pro Frau unterschreitet dies die für die Stabilität der Bevölkerungszahl mindestens

nötigen 2,7 Geburten pro Frau sehr deutlich. Bald wird also eine Minderheit an arbeitsfähigen Jungen einer Mehrheit von fürsorgebedürftigen Alten gegenüberstehen. Der längerfristigen Herausforderung, welche sich daraus für unsere Organisation der Altersvorsorge ergibt, stellen sich unsere Politiker nur halbherzig. Noch viel schwieriger werden die sich aus diesem Wandel der Alterspyramide ergebenden psychologischen Beziehungen zwischen den Generationen sein: Die zahlreichen alten Parasiten zehren das Produkt der Arbeit der wenigen Jungen auf. Auch an diesem «Fortschritt» ist die Medizin mit verantwortlich.

Die Rolle der Medizin hat sich für manche Krankheiten auch ganz **am Anfang des Lebens** völlig gewandelt. Lassen Sie mich dies am Beispiel der Spina bifida-Kinder illustrieren. Bis vor 50 Jahren war der Arzt für die Eltern eines mit einer Spina bifida geborenen Kindes lediglich Tröster. Etwa in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts – und später mit zunehmender technischer Perfektion – wurden dann reparative Eingriffe am Neugeborenen möglich und auch ausgedehnt durchgeführt. Die durch diesen Fortschritt ermöglichte «Rettung» der sonst dem Tod geweihten Neugeborenen mit einer Spina bifida aperta hat für ein Kind in der Schweiz Folgekosten von bis zu zwei Millionen Franken, ganz zu schweigen auch von Leid für die Beteiligten.

Allerdings bestand ein weiterer Fortschritt im Entdecken von **Screening-Untersuchungen**: das im Blut und Fruchtwasser der Schwangeren vorhandene Alphafeto-Protein konnte gemessen werden. Zwar kostete die Untersuchung von 2000 Schwangerschaften, von denen dann eine ein positives Ergebnis aufwies, etwa 100'000 Franken. Die damit verbundenen quantitativen und praktisch-organisatorischen Probleme konnten an einem Beispiel aus England ersehen werden (Ferguson-Smith M.A., May H.M., Vince Y.D. et al.: Avoidance of an encephalic and Spina bifida births by maternal serum-alphafeto-protein screening. Lancet I, 1330–1333 [1978]): Das Screenen von 11'585 Schwangeren im Verlauf von zwei Jahren war nötig, um zunächst bei 1,7% derselben pathologisch erhöhte Werte für das Alphafeto-Protein zu finden. Durch Zusatzuntersuchungen wurden aus dieser Gruppe die 75,2% falsch positive ausgeschieden, so dass schlussendlich bei 0,63% der Schwangerschaften, insgesamt bei 73 Frauen eine Amniozentese durchgeführt wurde. Bei 46,6% dieser Amnio-

zentesen ergaben sich dann pathologische Resultate. 34 der insgesamt 11'585 gescreenten Frauen hätten also ein Baby mit einer offenen Missbildung des Nervenrohres geboren. Dass eine solche Aktion allerdings nur dann realistisch ist, wenn bei positivem Ausfall aller Tests eine Schwangerschafts-Unterbrechung, und zwar etwa in der 17. bis 20. Woche durchgeführt würde, sei nur am Rande bemerkt.

Die perfekte **pränatale Diagnostik**, die dank dem Fortschritt der Genetik möglich ist, erlaubt es unter anderem, mit einem Erbleiden behaftete Foeten zu identifizieren und durch einen legalen Abort zurückzuweisen. Auch das ist ein Fortschritt der Medizin. Ich werde aber nie vergessen, wie an einer Tagung von an Myopathien erkrankten Jugendlichen diese ihre Empörung sehr heftig darüber äusserten, dass wir Gesunde uns anmassen zu entscheiden, dass ihr Leben nicht lebenswert sei!

Die Versuche, diese Probleme durch Richtlinien unter Beizug von Philosophen, von Ethikern und von Theologen zu regeln, spiegeln unsere tiefe Hilflosigkeit wider. Nicht minder hilflos ist die Rechtsprechung, die von der Realität, von den Gewohnheiten und deren gesellschaftlicher Akzeptanz wie immer überholt wird und schlussendlich Grenzüberschreitungen legalisieren wird.

Gestatten Sie mir als ehemaliger Hochschullehrer zum Schluss noch einen kurzen Abstecher in die Akademie: Wie hat sich der Fortschritt auf die **Ausbildung und die Weiterbildung unserer jungen Medizinergeneration** ausgewirkt? Unterstützt durch elektronische Medien wird immer wirksamer Wissen vermittelt. Mehr Details in Bezug auf biochemische Vorgänge und auf morphologische Veränderungen werden durch raffinierten Nachweis von Substanzen in den Körpersäften und durch Magnetresonanzbilder der Organe erfasst. Auch das ist Fortschritt. Die Zahl der über einen Kranken – und über den Gesunden, der noch nicht weiss, dass er eigentlich krank ist (Molière sagte ja: «une personne bien portante c'est un malade qui s'ignore» – erhobenen Daten und Normabweichungen hat exponentiell zugenommen. Umso schwerer wird deren kritische Interpretation und integrierte Wertung. Der Sinn für das Wesentliche ist gefragt. Vor lauter Bäumen sieht der junge Mediziner den Wald nicht mehr. Die zahllosen verfügbaren Untersuchungsmethoden verleiten zum kritiklosen Sammeln von Daten. Steigende Gesundheitskosten sind nur eine der Folgen. Gravierender noch ist

aber eine andere: Die differentialdiagnostischen Überlegungen werden immer zahlreicher und schlussendlich Selbstzweck. Dadurch wird auch der Einsatz immer weiterer präzisierender Untersuchungen getriggert. Immer mehr Zufallsbefunde tauchen auf, denen dann nachgegangen wird. Mögliche und einander oft ausschliessende Interpretationen dieser Zufallsbefunde ersetzen dann die aus dem Gesamtbild sonst abzuleitende verbindliche Diagnose. Immer häufiger ersetzen in den Austrittsberichten der Kliniken endlose Diagnoselisten mit diversen differentialdiagnostischen Zusatzunterteilungen und deren pro und contra Argumentationen eine für das Patienten-Management ja immer noch entscheidende Hauptdiagnose, die unser Handeln bestimmen soll. Dadurch wird das logisch-deduktive Denken, das für den Arzt essentiell ist, korrumpiert und macht einer kritiklosen Briefmarkensammler-Mentalität Platz. Das ist entschieden kein Fortschritt.

Ich hoffe, sehr verehrte Damen und Herren, durch meine Ausführungen nicht einen falschen Eindruck geweckt zu haben: Ich bin keineswegs der Ansicht, dass die Wandlungen, welche die Medizin durchgemacht hat, keinen echten Fortschritt darstellen. Vor allem für unsere Patienten hat sich gerade in den letzten 60 Jahren sehr vieles zum Besseren gewandelt. Ich bin jedoch der Ansicht, dass wir nicht unbesehen alles Neue als Fortschritt ansehen und uns dem Wandel kritiklos überlassen sollen. Ich möchte also zum Schluss meine persönlichen Folgerungen bezogen auf den Wandel wie folgt zusammenfassen:

- Versuchen wir, die Auswirkungen des Fortschrittes auf die Medizin kritisch einzusetzen,
- einzusetzen unter Berücksichtigung möglichst vieler Aspekte des Menschseins,
- Menschsein in all seinen Dimensionen, den individuellen, aber auch den politischen und den gesellschaftlichen,
- denn die Gesellschaft, in der jeder von uns eingebettet ist, die Gesellschaft mit ihren psychologischen, ethischen und auch ökonomischen Aspekten, hat auch ihre Ansprüche und ihre Rechte.

So verstanden und mit angemessener Einbettung in das Ganze können wir getrost sagen:

ES LEBE DER FORTSCHRITT!

Marco Mumenthaler, Prof.Dr.med.,
Witikonstr. 326, 8053 Zürich
Tel./Fax 01 381 76 85
E-Mail mumenthaler33@bluewin.ch

Reglement für die kantonale paritätische Vertrauenskommission (PVK) (gemäss Art. 19 AV zum Rahmenvertrag Tarmed)

I. Zusammensetzung und Organisation

Art. 1

Die kantonale paritätische Vertrauenskommission (PVK) besteht aus 6 ordentlichen Mitgliedern. Jede Vertragspartei ernennt je die Hälfte davon.

Jede Vertragspartei ernennt zudem mindestens drei Ersatzmitglieder, die Ärztegesellschaft so viele, damit im Bedarfsfall das fachärztliche know-how in der Spruchbehörde verfügbar ist.

Art. 2

Die Vertragsparteien wählen als Präsidenten eine neutrale unabhängige Persönlichkeit. Sie bezeichnen zudem im Einvernehmen mit dem Präsidenten das Sekretariat der PVK.

Art. 3.

Die PVK tagt unter dem Vorsitz des Präsidenten und im Beisein von je drei Mitgliedern bzw. Ersatzmitgliedern beider Parteien. Präsident und Sekretär haben beratende Stimme.

Art. 4

Ausstand / Ablehnung

Tritt ein Mitglied in den Ausstand oder wird es abgelehnt, so wird es durch die entsprechende Vertragspartei selbst ersetzt.

Tritt der Präsident in den Ausstand oder wird er abgelehnt, so wird er durch den Vizepräsidenten ersetzt.

Der Vizepräsident wird durch die PVK aus der Mitte der ordentlichen PVK-Mitglieder jeweils für ein Jahr gewählt. Das Vizepräsidium wechselt im Jahresturnus unter den beiden Vertragsparteien.

Über ein Ablehnungsbegehren gegen ein PVK-Mitglied oder den Präsidenten entscheidet die PVK selber, wobei die abgelehnte Person in den Ausstand tritt.

Die berufliche Tätigkeit für eine Krankenversicherung oder die Tätigkeit als Arzt oder Ärztin stellen keinen Ablehnungsgrund dar.

Art. 5.

Der Präsident beruft die PVK ein, so oft es die Geschäfte erfordern. Der Sekretär besorgt die schriftlichen Arbeiten, er protokolliert, verschickt die Entscheide der PVK und führt das Archiv.

II. Aufgaben

Art. 6

Die PVK ist kantonale Vermittlungsinstanz in den Fällen gemäss Art. 8 lit. a bis d hienach.

Art. 7

Die PVK ist Entscheidungsinstanz in den Fällen gemäss Art. 8 lit. e und g bis j hienach.

Art. 8

Unter Vorbehalt von Art. 19 Abs. 4 AV werden der PVK folgende Aufgaben übertragen:

- a. Interpretation der kantonalen und allfälligen regionalen Verträge
- b. Schlichten von Streitigkeiten zwischen Ärzten und Versicherern
- c. Überprüfung beanstandeter Arztrechnungen
- d. Überprüfung von ärztlichen Behandlungen gemäss den WZW-Kriterien (Anhang 6 RV)
- e. Verhängen von Sanktionen (Art. 18 AV) gegenüber einzelnen Ärzten oder Versicherern bei Verletzung des KVG, seiner Verordnungen, des RV, seiner Anhänge oder der kantonalen und allenfalls regionalen Verträge
- f. Erteilen von Ratschlägen
- g. Entscheid über den Ausschluss von diesem Vertrag oder die Ablehnung eines Beitrittsgesuches von Ärzten oder Versicherern (Art. 2 und 7 AV)
- h. Entscheid über Streitigkeiten betreffend Zession (Art. 14 AV)
- i. Entscheid über Ablehnung eines Vertrauensarztes gemäss Art. 17 Abs. 4 AV
- j. Entscheid über Streitigkeiten über Beitrittsgebühr und Unkostenbeitrag (Art. 3 AV und Anhang A)

Aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung zwischen den Parteien können der PVK weitere Kompetenzen übertragen werden.

III. Legitimation und Verfahren

Art. 9

Im Verfahren vor der PVK sind aktiv- und passivlegitimiert:

- a. Ärztegesellschaft des Kantons Bern
- b. santésuisse Bern

- c. Mitglieder der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
- d. Ärzte, die dem AV beigetreten sind, ohne Mitglied der Ärztesgesellschaft zu sein
- e. Angeschlossene Krankenkassen
- f. Krankenkassen, die dem AV beigetreten sind, ohne Mitglied bei santésuisse zu sein.

Art. 10

Beschwerden oder Anträge sind dem Sekretär der Kommission schriftlich und begründet unter Beilage der Beweismittel in drei Exemplaren einzureichen.

Art. 11

Die Beschwerde oder der Antrag wird der Gegenpartei unter Fristansetzung zur schriftlichen Stellungnahme zugestellt. Die Frist kann auf begründetes Gesuch hin erstreckt werden.

Der Präsident kann bei Streitigkeiten eine Vermittlungsverhandlung durchführen.

Art. 12

Die Kommission gibt ihre Empfehlung aufgrund der Akten ab. Eine mündliche Anhörung kann angeordnet werden. Sie ist zwingend, wenn Sanktionen gemäss Ziff. 18 Abs. 1 AV in Frage kommen.

Art. 13

Die PVK ist in ihren Beschlüssen nicht an die Parteianträge gebunden.

Art. 14

Die PVK fasst ihre Beschlüsse im Konsens. Sie werden den Parteien schriftlich und begründet eröffnet.

Art. 15

Beschlüsse der PVK werden für die Parteien verbindlich, wenn sie nicht innert 30 Tagen seit der Eröffnung schriftlich gegenüber der PVK abgelehnt werden.

Art. 16

Lehnt eine Partei einen Beschluss der PVK ab, wird dies den Parteien durch die PVK schriftlich eröffnet. In diesem Fall steht den Parteien der Weg an das kantonale Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG offen.

Art. 17

Die Parteien können sich die Akten der PVK zur Einsichtnahme zustellen lassen.

Art. 18

Wird ein Beschluss nicht innerhalb von 4 Monaten nach Eingang der Beschwerde oder des Antrages den Parteien eröffnet, steht diesen ohne Weiteres der Weg an das Kantonale Schiedsgericht gemäss Art. 89 KVG offen.

Art. 19

Das Verfahren vor der PVK ist kostenlos. Jede Vertragspartei entschädigt ihre Vertreter selbst. Die übrigen Kosten (Entschädigung des Präsidenten, Sekretariat, allfällige Expertenonorare und Kanzleiauslagen) werden von den Vertragsparteien je zur Hälfte getragen. Der Sekretär hat über diese Kosten jährlich abzurechnen.

Kosten, die durch Beweisanträge der Parteien verursacht werden, sind durch diese zu übernehmen und werden bei ihnen durch das Sekretariat vorschussweise erhoben.

Art. 20

Kündigung

Dieses Reglement kann erstmals auf das Ende des 18. Monats nach Einführung von Tarmed gekündigt werden. Wird es bis zu diesem Zeitpunkt nicht gekündigt, kann es in den folgenden sechs Monaten auf das Ende eines Kalendermonats gekündigt werden. Erfolgt innert dieser Frist keine Kündigung, ist in den folgenden Jahren eine Kündigung jeweils auf Ende eines Kalenderjahres möglich. Die Kündigungsfrist beträgt in jedem Fall sechs Monate (Art. 18 RV in Verbindung mit Art. 20 AV).

Wird der AV gekündigt, gilt auch dieses Reglement automatisch als gekündigt.

Für Verfahren, die im Falle der Kündigung vor Ablauf der Kündigungsfrist bei der PVK eingeleitet wurden, ist diese weiterhin zuständig.

Art. 21

Schlussbestimmung

Dieses Reglement tritt gleichzeitig mit dem AV in Kraft.

Bern, den

santésuisse Bern:

Ärztesgesellschaft des Kantons Bern:

Bestellung gesundheitspolitische Zeitung «Politik + Patient»

Die Ärzteschaft ist die einzige grössere Gruppe in der schweizerischen Gesundheitspolitik, die kein Publikationsorgan hat, um ihre politische Haltung einer interessierten Öffentlichkeit mitzuteilen. Die gesundheitspolitische Zeitung «Politik + Patient» soll die Sicht der Leistungserbringer in die öffentliche Debatte einbringen (siehe Artikel Seite 20).

Die politische Wirkung einer gesundheitspolitischen Zeitung ist umso grösser, je mehr Leserinnen und Leser die Ärzteschaft damit erreicht.

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

Desinformation im Gesundheitswesen

Was wissen wir vom Schweizerischen Gesundheitswesen? Dass es gut ist. Dass es zu viele Spitalbetten gibt und zu viele Ärzte. Dass es immer kürzer wird. So teuer sogar, dass alle Politiker und alle Medien sagen, man könne die Krankenkassengrößen bald nicht mehr zahlen. Aus Meinungs-

umfragen wissen wir auch, dass wir nicht bereit sind, auf die guten Leistungen dieses Gesundheitswesens zu verzichten. Ist daran etwas falsch? Natürlich nicht. Warum wir uns in Europa umsehen, so sehen wir, dass die Gesundheitsversorgung in allen Ländern im ungefährlichen Masse teuer wird – die Schweiz ist aber da kein Sonderfall. Wenn über die steigenden Krankenkassengrößen geklagt wird, so wird meist verschwie-

gen, dass diese ganz wesentlich auch deshalb steigen, weil der Staat weniger Steuergehalt investiert. Die durchschnittliche Kassengröße liegt heute bei etwa 250 Franken pro Monat oder 3000 Franken pro Jahr. Ver-

schieden wird auch, dass das Gesundheitswesen pro Kopf nicht etwa 3000, sondern über 7000 Franken pro Jahr kostet, wobei diese zusätzlichen gut 4000 Franken aus Steuergehaltern bestreiten werden. Zu viele sagt jeder Gesunde, An Gottes Namen, meint jeder Kranke.

Politik + Patient

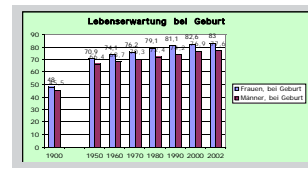
Nummer 1/05 1. Jahrgang Herausgeber: Verein Politik + Patient Postfach 3000 Bern 8
unterstützt von der Ärztesellschaft des Kantons Bern

**Revision des Krankenversicherungsgesetzes
Gesetzgeber gegen Patienten?**

In der Frühlingssession werden National- und Ständerat weitere Teile der Revision des Krankenversicherungsgesetzes beraten. Zunächst steht die Prämienverbilligung an, in weiteren Sessionen dann die Spitalfinanzierung und die Abschaffung des Patientenrechts auf freie Arztwahl. Die bisherigen Diskussionen in den Räten zeigen, dass man meiste etwas tun zu müssen, jedoch nicht weiss, was. In einem so komplexen System wie dem Gesundheitswesen gehen die dann folgenden Schnellschüsse letztlich zu Lasten des Patienten. Dies zeigt sich insbesondere auch bei der freien Arztwahl. Heute müssen die Krankenkassen ihren Versicherten die Behandlung durch einen beliebigen Arzt bezahlen – der Versicherte hat also das Recht, seinen Arzt frei zu wählen. Diese Freiheit soll nun abgeschafft werden. Die Krankenkassen versprechen sich davon die Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzte, die in ihren Augen zu teuer praktizieren, von der Kostenübernahme auszuschliessen, indem sie mit ihnen keinen Vertrag abschliessen.

«Vertragsfreiheit» heisst: Man nimmt dem Patienten die freie Arztwahl und führt eine Billigmedizin ein. Das nutzt auf Dauer niemandem!

Billigmedizin als Zukunftsmodell?
Ein Arzt kann ohne Krankenvertrag nicht existieren, da er kaum Patienten finden wird, die gewillt sind, ihn zu bezahlen, ohne von der Kasse eine Rückerstattung zu bekommen. Deshalb ist die Ärzteschaft ohne die freie Arztwahl auf Gedeih und Verderb den Kassen ausgeliefert. Da die Krankenkassen in ihrem Wettbewerb untereinander möglichst günstige Prämien anbieten müssen, bedeutet das die Einführung einer Billigmedizin. Wollen wir das?



Steigende Lebenserwartung
Wir denken heute noch daran, dass die Menschen in der Schweiz im Jahr 1900 im Durchschnitt keine 50 Jahre alt werden! Heute lebst du ein Jahr für Jahr eine Zunahme der Lebenserwartung feststellen.

Paltenrezepte
Immer häufiger nehmen Politiker Zufuhr zu Paltenrezepten – die Funktionen zwar nicht, aber man kann schon darüber reden.

Hausärztemangel im Kanton Bern
Auch der Kanton Bern stösst auf einen Hausärztemangel. Zu Bern, heute finden viele Betriebe kaum mehr einen Nachfolger.

Warum so teuer?
Dem Gesundheitswesen geht es wie anderen Wirtschaftsbereichen auch. Im Vergleich mit dem Ausland liegt die Grund- die hohen Lohnkosten. Ein Vergleich mit Deutschland.

KVG: genug geschwindigkeit!
Einmal mehr verspricht die Politik ein medizinisches Wunder und end noch zu einem höheren Preis – das ist nicht mehr nur Wunschdenken, sondern schlichter Schwund.

Tiefere Prämien!
Tiefere Prämien im schweizerischen Gesundheitswesen sind denkbar – aber wenn wir gewisse Risiken eingehen und geringe Beiträge selbst bezahlen.

