



Juni 2005 / 3

doc.be

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

Projekt Zauberflöte – Notfalldienst im Wandel

In der Projektgruppe «Zauberflöte» haben sich die Präsidentinnen und Präsidenten und weitere Verantwortliche der bernischen Bezirksvereine zusammengeschlossen. Ihre Aufgabe ist es, die unterschiedlichsten Anliegen im Zusammenhang mit der Neuorganisation des Notfalldienstes zu sammeln und in realisierbare Vorschläge zu überführen. Diese sollen im Herbst 2005 als Massnahmenkatalog präsentiert werden.

Die Projektgruppe sieht sich mit divergierenden, manchmal pointiert formulierten Voten konfrontiert:

So gibt es Stimmen, die den Rückzug aus dem Notfalldienst fordern und vorschlagen, dass alle Praktizierenden rund um die Uhr für die Kranken erreichbar sein müssten. Allfällige Abwesenheiten sollen selbständig organisiert werden. Andere wiederum ziehen die Aufhebung jeglicher Dienstaltersgrenzen in Betracht und postulieren die Notfalldienstpflicht während der gesamten Praxistätigkeit. Ein weiteres Anliegen stellt die finanzielle Beteiligung der öffentlichen Hand dar, zudem wird der Abschluss einer partnerschaftlichen Leistungsvereinbarung mit dem Kanton gefordert, andernfalls der kantonsweite ärztliche Notfalldienst nicht mehr sicher gestellt werden könnte.

In diesem Zusammenhang interessiert auch die Studie «Selbsteinweisung ins Spital» der Kantons-spitäler Baden und Brugg aus dem Jahre 2002: **80% der Notfallkonsultationen hätten auch durch Grundversorger ambulant durchgeführt werden können!**

Eine zentrale Rolle als Kompetenzzentrum rund um notfalldienstliche Fragen im Kanton Bern wird mit dem geplanten Ausbau auch unsere ärzte-eigene Organisation **Medphone** spielen.

Dreissig bunt gefiederte Vorschläge hat das Projektteam gesammelt und nach drei Kriterien gegliedert:

- Realisation kurz- / langfristig
- Delegation auf Stufe Bezirksverein / Kantonale Ärztegesellschaft
- Geeignet für städtische Agglomerationen / ländliche Gebiete

Nun denn, ohne Zauberflöte und Glockenspiel erreichten weder Prinz Tamino noch der Vogel-mensch Papageno ihr Ziel. Versuchen wir also, den Marsch selber zu komponieren, bevor er uns von anderen geblasen wird!

Beat Gafner, Projektleiter

Beschlüsse der DV vom
16. Juni 2005 2

Dr. med. Anton Seiler,
Kantonsarzt 1988–2005 3

Analyse ROKO 2002 4

Medphone
Die Nachfolgeorganisation der
NotfallarztZentrale Bern 5

Referat Simonetta Sommaruga 6

Der gebetene Gast 8

Bericht aus dem Grossen Rat 9

Hausarzt-Mangel: Alarm 10

Konstante im Wandel?
Die Arzt–Patienten-Beziehung 10

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

Beschlüsse der Delegiertenversammlung vom 16. Juni 2005



Thomas
Eichenberger,
Sekretär BEKAG

1. Wahl des neuen Vorstandsmitgliedes Dr. med. Adreas Bieri, Allgemeine Medizin FMH, Langenthal (auf Vorschlag des Bezirksvereins Oberaargau)
Einstimmig

2. Antrag des Kantonalvorstandes und der erweiterten Präsidentenkonferenz auf Gewährung eines Darlehens der Unterstützungskasse zuhanden des ordentlichen Vereinsvermögens der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern über CHF 250'000.– zum Zweck des allfälligen Erwerbs eines Ärztehauses (vorbehaltener Entschluss)
Einstimmig angenommen

Begründung:

Die Ärztesgesellschaft bezweckt gemäss Art. 4 Ziff. 5 der Statuten unter anderem die Unterhaltung einer Unterstützungskasse für hilfsbedürftige Mitglieder oder Angehörige von solchen. Gemäss dem von der Mitgliederversammlung im Jahre 1898 erlassenen Reglement für die Unterstützungskasse erfolgt die Äufnung durch entsprechende Zuwendungen. Die jährlichen Unterstützungen dürfen die jährlichen Zinserträge des in der Unterstützungskasse vorhandenen Vermögens nicht übersteigen.

Das zweckgebundene Vermögen der Unterstützungskasse beläuft sich zur Zeit auf rund CHF 300'000.–. Wenn nun die Unterstützungskasse der Ärztesgesellschaft ein Darlehen gibt, so wird dieses zu günstigen Konditionen verzinst. Dieser Zins wiederum steht nach wie vor für Unterstützungen im Sinne des Reglements der Unterstützungskasse zur Verfügung. Gleichzeitig muss die Ärztesgesellschaft bei einem allfälligen Erwerb eines Ärztehauses

kein oder nur wenig Vereinsvermögen als Eigenkapital einsetzen.

Im Herbst wird die Delegiertenversammlung über einen Antrag auf Aufhebung der Unterstützungskasse abstimmen. Diesfalls würde der Fonds zugunsten des Vereinsvermögens liquidiert. Die entsprechende Statutenänderung bedarf einer 2/3-Mehrheit der in der Delegiertenversammlung Stimmenden (vgl. Art. 40 der Statuten).

Gemäss Beschluss der Delegiertenversammlung stehen nun die vorgesehenen CHF 250'000.– der Unterstützungskasse unabhängig davon, ob die Unterstützungskasse aufgelöst wird, für den Erwerb eines Ärztehauses zur Verfügung. Der Vorstand wird deshalb eine Projektgruppe einsetzen, welche der Delegiertenversammlung zum gegebenen Zeitpunkt Antrag stellen wird. Es ist vorgesehen, dass sich weitere ärztliche Organisationen am Projekt beteiligen. Die Stiftung Notfallarzt Bern hat das Interesse angemeldet, sich mit einem namhaften Betrag am Projekt zu beteiligen. Die Vorsorgestiftung des Vereins der Leitenden Spitalärzte Schweiz (VLSS) würde eine Hypothek zu günstigen Konditionen gewähren.

3. Antrag des Kantonalvorstandes auf Beitritt zum KMU Bern (Kollektivmitgliedschaft)
Angenommen mit 49 (Ja) zu 3 (Nein) bei 2 Enthaltungen

Begründung:

Die Frühlingsdelegiertenversammlung hat den Kantonalvorstand damit beauftragt, Aufnahmeverhandlungen mit der Geschäftsleitung KMU Bern für einen Beitritt der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern zum KMU Bern zu führen, und das Verhandlungsergebnis der nächsten Delegiertenversammlung zum Beschluss vorzulegen.

Mit der Geschäftsleitung KMU Bern konnte ein gestaffelter Beitrag für die Kollektivmitgliedschaft der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern für die Jahre 2005–2008 wie folgt vereinbart werden:

2005	CHF 7'950.–
2006	CHF 32'500.–
2007	CHF 48'750.–
2008	CHF 65'000.–

Für die Zeit ab 2009 wäre der jährliche Kollektivbeitrag neu zu verhandeln. Dieses Verhandlungsergebnis trägt dem Umstand Rechnung, dass der KMU Bern auf verschiedene Dienstleistungen, welche das Sekretariat der Ärztesgesellschaft erbringt, verzichten kann.

Die Kollektivmitgliedschaft der Ärztesgesellschaft bezweckt, die politische Plattform, das Mitspracherecht bei gesundheitspolitischen Anliegen, die persönlichen Kontakte zu den Grossräten und die Parität zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen des Kantons Bern zu verbessern. KMU Bern hat signalisiert, im Falle eines Beitritts der Ärztesgesellschaft eine neue Mitgliedergruppe Gesundheit zu schaffen, in der wir vertreten wären.

Der Kollektivbeitritt der Ärztesgesellschaft bedeutet nicht, dass nun jedes Mitglied Einzelmitglied des KMU Bern wird. Nur der Verein Ärztesgesellschaft als solcher tritt dem KMU Bern als Kollektivmitglied bei. Es entsteht somit keine Rechtsbeziehung zwischen den einzelnen Mitgliedern und dem KMU Bern.

4. Antrag des Kantonalvorstandes und der erweiterten Präsidentenkonferenz, den Anschlussvertrag TARMED zu erfüllen bzw. nicht zu kündigen und über eine Anschlusslösung im Sinne einer Leistungskostenvereinbarung zu verhandeln
Einstimmig angenommen

Begründung:

Die Vertragstreue und vorsichtig zurückhaltende Handhabung des Tarifs hat sich für die Mitglieder der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern auszahlt!

Entsprechend den gültigen Verträgen wurde der Taxpunktwert im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung für die Zeit der Kompensationsphase angehoben: Vom 1. Juli bis 31. Dezember 2005 beträgt der Taxpunktwert 86 Rappen.

Ab 1. Januar 2006 wird sogar bis auf weiteres ein Taxpunktwert von 87 Rappen gelten.

Dr. med. Anton Seiler, Kantonsarzt 1988–2005

Die Emeritierung eines gesundheitspolitischen Urgesteins

Ende August 2005 geht er in Pension – nachdem er seine angehäuften und nicht-bezogenen Ferien nachgeholt hat, unser langjähriger Kantonsarzt Anton Seiler. Sein Nachfolger hat sein Amt bereits im April dieses Jahres angetreten (Bericht in doc.be Nr. 02 / 2005).

Anton Seiler war Kantonsarzt mit breiter Vernetzung in der Ärzteschaft. Als erfahrener Internist und Nephrologe kannte er seine Ärztinnen und Ärzte und deren Sorgen und Nöte. Als ehemaliger Leitender Arzt der Abteilung Nephrologie und Dialyse am Regionalspital Biel-Bienne sowie Oberarzt in Interlaken, am Inselspital und an einer Pariser Klinik kannte er die kurative Seite der Medizin bestens.

Nicht allein als Mediziner war er für uns ein Insider, auch als politisch gewiefter Gesundheitspolitiker. Die ganze Dekade der Siebzigerjahre war er Präsident VSAO Schweiz. In den Achtzigern war er eine halbe Dekade lang Mitglied des FMH-Zentralvorstandes und des Aufsichtsorgans der Schweizerischen Ärztezeitung sowie Vorsitzender der Permanent Working Group of Junior Hospital Doctors of Europe.

Auch auf kantonaler Ebene war er gesundheitspolitisch aktiv: Unter anderem war er 1981–84 an der Gründung und den ersten Schritten der FIAM beteiligt. In der zweiten Hälfte der 80er Jahre war er Mitglied unseres Kantonalvorstandes und vertrat dort den Bezirksverein Biel-Seeland.

Seine mehrdimensionale medizinisch-ärztliche-ethische-soziale-politische Sicht unseres Gesundheitswesens kam der Ärzteschaft sehr entgegen, führte allerdings zu-



Foto: M. Tackenberg

weilen auch dazu, dass er wohl wusste, dieser seiner Ärzteschaft, bzw. uns, den Spiegel vorzuhalten. Diese vis-à-vis der Ärzteschaft konstruktiv-kritische Haltung schätzte ich persönlich sehr, kannte ich doch den standespolitischen Fundus, auf welchem diese entstanden war.

Mit Toni Seiler geht eine Persönlichkeit, ein Arzt, ein Berufskollege, ein Mitstreiter in Pension, der – vor allem aber nicht allein – mit seinem gesundheitspolitischen Wirken sowohl die Ärzteschaft als auch unser Gesundheitswesen während gut drei Jahrzehnten beeinflusst hat.

Im Namen des Kantonalvorstandes danke ich Dir, Toni Seiler, für Dein Engagement zugunsten der Kranken und der Ärzteschaft.

Jürg Schlup
Präsident der Ärztesgesellschaft
des Kantons Bern

ACHTUNG: TARMED-NEWS!

Ab 1. Juli neue Position für Blutentnahme

Wie bereits bei der Einführung der Position 9710.00 (8 TP zu CHF 1.00 = CHF 8.00) der Analysenliste angekündigt, wird nun die Blutentnahme von der Analysenliste in die Tarmed-Tarifstruktur überführt; und schlechter bezahlt.

Die entsprechenden Positionen heissen:

00.0715: Punktion, venös,
zwecks Blutentnahme, jede Lokalisation durch nichtärztliches Personal, TL 8.19 TP, macht also im Kanton Bern CHF 6.88

00.0716: Blutentnahme kapillär,
jede Lokalisation durch nichtärztliches Personal, TL 4.91 TP, also CHF 4.12

Die Interpretationen beinhalten Einschränkungen wie «nur im Rahmen der Präsenzdiagnostik anwendbar», «1x pro Tag» und «nicht miteinander kumulierbar».

Bitte wenden Sie die «alte» Position 9710.00 nach dem 1. Juli nicht mehr an.

Ressort Economics

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
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern.
Ausgabe Juni 2005

Analyse rollende Kostenstudie – ROKO 2002



Kurt
Aeschlimann,
Mitglied Kantonalvorstand, Vorsitzender Ressort Economics

Zuerst herzlichen Dank an alle Kolleginnen und Kollegen, die an der rollenden Kostenstudie 2002 teilgenommen haben. Die Zahl der verwertbaren Fragebogen nahm 2002 gegenüber 2001 wieder etwas zu: von 1645 ausgegebenen Fragebogen konnten 458 verwendet werden (2001: 271 von 1645). Mit andern Worten: die Qualität der ausgefüllten Fragebogen nahm zu und damit auch die Repräsentanz der Zahlen. Für die rollende Kostenstudie 2002 lieferten 21,8% der im Kanton Bern praktizierenden Kolleginnen und Kollegen verwertbare Zahlen (im Vorjahr 12,9%). Der durchschnittliche Aufwand der praktizierenden Berner Ärztinnen und Ärzte betrug im Jahr 2002 Fr. 371'845.–, der durchschnittliche Ertrag (Praxiseinkünfte und Nebenerträge) Fr. 522'622.–, sodass ein durchschnittliches Ergebnis von Fr. 150'777.– resultierte. Die entsprechenden Minima und Maxima entnehmen Sie bitte Tabelle 1. Vergleiche dieser Zahlen mit dem Vorjahr sind auf Grund des deutlich grösseren Samples und der möglichen Auswirkungen der Steuerlücke nicht zulässig. Immerhin scheint die auch in den letzten Jahren feststellbare Tendenz fallender Betriebsergebnisse anzuhalten. 1991 z.B. ergab die ROKO-Erhebung ein durchschnittliches Ergebnis von Fr. 186'900.–, im Jahr 1990 von Fr. 173'800.– (wobei die Zahlen der verwertbaren Fragebogen bzw. Einsender nicht bekannt sind) und im Jahr 2001 betrug das Resultat Fr. 175'850.–. Die Auswirkungen der Selbstdispensation auf das Betriebsergebnis sind bemerkenswert: 139 Voll-Selbstdispensierende erreichen ein durchschnittliches Ergebnis von Fr. 170'411.–, Kolleginnen und Kollegen, die nicht mehr selbstdispensieren (N=110) Fr. 114'885.–. Vielleicht – und hoffentlich – ein Motivationsschub für junge

Kolleginnen und Kollegen, sich doch für eine Landpraxis zu entscheiden. Vor dem Hintergrund sinkender Betriebsergebnisse interessiert selbstverständlich in erster Linie die Entwicklung des Kostensatzes, berechnet aus mittlerem Aufwand durch 1% des Ertrages. Im Jahr 2002 betrug er im Durchschnitt 71,15% (2001: 69,15%, 1990: 60,1%). Mit einem sehr günstigen Kostensatz von 49,2% können die Kinder- und Jugendpsychiater arbeiten während Grundversorger, Rheumatologen, Dermatologen und Urologen mit Kostensätzen von über 70% arbeiten (Medianwert über alle Fachgruppen 67,93%).

Materialaufwand und Löhne

Von den Aufwandelementen fällt der Materialaufwand (inkl. Medikamente) seit Beginn der ROKO-Studien am stärksten ins Gewicht, an zweiter Stelle liegen ebenfalls unverändert die Löhne. An dritter Stelle finden wir den Aufwand für die Praxisversicherungen sowie die persönliche Versicherung und Vorsorge des Arztes. Die Raumkosten haben sich hingegen seit 1993 nur unwesentlich erhöht.

Wer nahm an der ROKO-Studie teil?

Nebst finanzieller Aspekte liefert uns die ROKO-Studie auch noch andere interessante Zahlen. Das mittlere Alter aller praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Bern lag 2002 bei 54,2 Jahren, im Jahr 2001 bei 53,2 Jahren. Das Durchschnittsalter bei Praxiseröffnung blieb mit 38,0 Jahren konstant. Bei 202 Einsendern arbeitete der Partner in der Praxis mit, im Schnitt während 14,5 Stunden wöchentlich. 140 Einsender hatten noch die Möglichkeit zur vollen Selbstdispensation, 205 Kolleginnen und Kollegen zur eingeschränkten Medikamentenabgabe und 111 Kolleginnen und Kollegen dispensierten nicht mehr selber. Die durchschnittli-

che Tagesarbeitszeit lag bei 7,8 Stunden (6,7 bis 9,8). 33% der Einsender arbeiteten in Gruppenpraxen und 20,5% waren als Belegarzt tätig. Die Grundversorger leisteten zwischen 37,8 und 45,1 Tagen Notfalldienst mit allerdings erheblichen Schwankungen, gibt es doch einzelne Kollegen, die bis 300 Tage pro Jahr für Notfälle zur Verfügung stehen. 19,7% der Einsender haben auch ein alternativ-medizinisches Angebot. In die Fortbildung wurden im Schnitt 14,5 Arbeitstage investiert.

Vergleich zur Auswertung Schweiz

Schweizweit lieferten 1915, d.h. 14,82% der praktizierenden Kolleginnen und Kollegen, verwertbare Fragebogen. Im Kanton Bern stehen wir damit vergleichsweise gut da und wir hoffen, mit dem neuen Anreizsystem unsere Zahlen noch weiter verbessern zu können. Bei gleicher durchschnittlicher Arbeitszeit (7,8 Stunden) sahen die Kennzahlen CH wie folgt aus: mittlerer Aufwand Fr. 398'423.–, mittlerer Ertrag Fr. 563'715.–, mittleres Ergebnis Fr. 165'292.–. Der Berner Arzt bzw. die Berner Ärztin verdient also bei gleicher Arbeitszeit ca. Fr. 14'500.– weniger als die durchschnittliche Schweizer Kollegin bzw. der durchschnittliche Schweizer Kollege. Vielleicht auch ein Hinweis an die Verantwortlichen, den Taxpunktwert schweizweit nicht zu weit streuen zu lassen, damit Praxiseröffnungen in ländlichen Gebieten nicht schon bald ganz unattraktiv werden.

Bedeutung der ROKO

Zur Bedeutung der ROKO-Zahlen habe ich mich im doc.be 2/2004 geäussert. Ich möchte mich hier nicht wiederholen aber doch erneut darauf hinweisen, dass diese Zahlen in den künftigen standespolitischen Diskussionen und Tarifverhandlungen immer wichtiger werden und wir deshalb auf eine bessere Mitarbeit aller praktizierenden Kolleginnen und Kollegen angewiesen sind. Wir hoffen, dass neben dieser standespolitischen Einsicht auch die Erhöhung der Rückvergütung für verwertbare Fragebogen zu einer noch besseren Repräsentanz unserer Zahlen führen wird.

Tabelle 1: Aufwand und Ertrag 2002 in Franken

	Aufwand	Ertrag	Ergebnis
Durchschnitt	371 845.–	522 622.–	150 777.–
Minimum	81 152.–	164 967.–	83 815.–
Maximum	706 288.–	961 657.–	260 398.–

Medphone Die Nachfolgeorganisation der NotfallarztZentrale Bern



Dr. med.
Daniel Marth,
VR-Präsident
Medphone AG

Notfallversorgung reorganisiert und vergrössert

Ab sofort tritt die seit über 30 Jahren erfolgreich operierende telefonische NotfallarztZentrale der Berner Ärzteschaft unter dem Firmennamen Medphone AG auf. Die 24-Stunden-Notfall-Hotline gilt für die Region Bern und kann unter der einheitlichen Nummer 0900 57 67 47 erreicht werden. Medphone übernimmt die Aufgaben der bisherigen Organisation vollumfänglich und baut den Leistungskatalog weiter aus. Für Ärzte, die den Notfalldienst leisten, sowie für Patienten, die eine medizinische Auskunft oder Notfallhilfe suchen, wird Medphone zum noch attraktiveren Versorgungspartner. Ein Ausbau der Dienstleistung auf das ganze Kantonsgebiet zu attraktiven Konditionen ist mittelfristig geplant.

Im Verwaltungsrat der Medphone AG sind alle wichtigen Leistungsgruppen wie Grundversorger, Spezialärzte, Spitäler, Rettungsdienste sowie Stadt und Kanton vertreten. Mit Medphone etabliert sich ein qualitativ hoch stehender, für die gesamte Bevölkerung jederzeit leicht zugänglicher und wirtschaftlich funktionierender Auskunfts- und Vermittlungsdienst.

Mehr Vorteile für alle

Dank Medphone profitieren die Patienten von einer einheitlichen Anlaufstelle, einer zeitgerechten, im Endausbau kantonsweiten Vermittlung der Notfallärzte und

einem kostengünstigen medizinischen Beratungstelefon. Die qualifizierten Gesundheitsfachfrauen in der Notfallzentrale sind in der Lage, diverse Anfragen direkt zu beantworten. Wo nötig, vermitteln sie den zuständigen Rettungsdienst, einen fachspezialisierten Arzt, den Zahnarzt, die Spitex oder die nächst gelegene Apotheke.

Auch die Berner Leistungserbringer kommen mit Medphone auf ihre Rechnung. Die Ärzte werden sowohl in ihren Praxen wie auch bei der Stellvertreterregelung entlastet. Durch die Triage werden ein Teil der nicht dringlichen Fälle durch die Zentrale abgearbeitet, ohne dass die Qualität der Notfallversorgung leidet. Der Praxisbetrieb wird an Notfalltagen weniger strapaziert, was sich nicht zuletzt für alle Beteiligten in allgemeiner Lebensqualität auszahlt. An Medphone angeschlossene Ärztinnen und Ärzte helfen mit, Kapazitätsengpässe an den Notfallportalen in Spitälern und Kliniken zu reduzieren und die Anzahl nicht zwingend notwendiger Hospitalisierungen zu senken.

Weiterentwicklung in Arbeit

Mit der Übertragung der Aufgaben und Pflichten von der ehemaligen Notfallarzt-Zentrale Bern an die Medphone AG beginnt der Ausbau des Unternehmens und die Ausdehnung der Dienstleistungen. Der umgebaute Notfallversorgungsdienst will sich zur kantonalen Institution mit einer einzigen Notfallnummer entwickeln. Deshalb sucht Medphone Synergien, insbesondere mit den Rettungsdiensten im Kanton Bern.

Die Realisierung einer integrierten Technologie-Plattform mit der SNZ 144 bildet dabei ein zentrales Planungsziel, um den Bürgerinnen und Bürgern bei medizinischen Notfällen den Zugang zur erforderlichen Hilfe so rasch, zuverlässig und einfach wie nur möglich zu gestalten.

Schon jetzt unterzieht Medphone seine Dienstleistungen regelmässigen Qualitätskontrollen und präsentiert sich der Öffentlichkeit, den Patienten, Behörden



und nicht zuletzt seinen Mitgliedern – wie der bisherige Notfalldienst auch – als professioneller, handlungsfähiger und kompetenter Partner.

Machen Sie mit?!

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Möchten Sie gerne Mitglied werden? Könnte die Medphone ein attraktiver Partner Ihres Notfallkreises sein?

Melden Sie sich bei Frau Monika Walther, Geschäftsführerin der Medphone AG, Tel. 031 327 66 66 oder via E-Mail, mbvsekretariat@freesurf.ch

TERMINE 2005

1. September
erw. Präsidentenkonferenz,
nachmittags

20. Oktober
Delegiertenversammlung,
nachmittags

24. November
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit

«Wirtschaftlichkeitskriterien in der Arztpraxis – Gesetz, Gesundheitsökono- mie, Krankenversicherung und Arzt»

Tagung vom 7. April 2005 vor der Ärztesgesellschaft
des Kantons Bern



Simonetta Sommaruga, Stände-
rätin, Bern

(Das nachfolgende Referat wird in Absprache mit der
Autorin in einer leicht gekürzten Fassung abgedruckt.)

Man geht allgemein davon aus – und hört das auch immer wieder, auch aus prominentem Mund –, dass die Schweiz eines der besten Gesundheitssysteme habe. Es sei zwar ein bisschen teuer – oder sehr teuer – aber an der Qualität und an der Wirtschaftlichkeit wird allgemein in unserem Land kaum gezweifelt. Dass diese Frage so unbestritten ist, liegt vielleicht daran, dass man sich – eben auch in der Politik – nie wirklich darum gekümmert hat. Meines Erachtens gibt es aber durchaus Tatsachen, welche diese Annahme doch in einem etwas anderen Licht erscheinen lassen.

Kein anderes Land in Europa gibt pro Kopf soviel Geld aus für die Gesundheit wie die Schweiz. Bedeutet dieser Ausgabenrekord nun aber auch einen Gesundheitsrekord? Ich weiss nicht, wie eindeutig man diese Frage beantworten kann. Immerhin gibt es keine Hinweise darauf, dass in der Schweiz die Lebenserwartung generell höher wäre, oder dass sich die Menschen in der Schweiz gesünder fühlen. Schweden, zum Beispiel, gibt ein Drittel weniger aus für Gesundheit, hat aber keine schlechteren «Werte» (in Bezug auf Mortalität, Wohlbefinden, Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem) als die Schweiz.

Natürlich ist der Gesundheitszustand einer Bevölkerung schwierig einzuschätzen:

Immerhin zeigen repräsentative gesamtschweizerische Umfragen der Bundesbehörden vor gut 20 Jahren, dass 84,3% aller SchweizerInnen ihren Gesundheitszustand als «gut» oder sogar «sehr gut» bezeichnen. Die gleiche Umfrage ergab 1997, dass der Anteil jener, die ihren Gesundheitszustand als «gut» oder «Sehr gut» bezeichnen, nicht gestiegen ist, sondern leicht gesunken auf 83,2%. Der grosse Unterschied besteht aber darin, dass die Menschen seither doppelt soviel bezahlen für Gesundheit – mit einem offenbar kleinen Nutzen – und das ist ja eigentlich die zentrale Frage der Wirtschaftlichkeit.

Ich möchte nun noch auf ein paar Details aus der heutigen Zeit zu sprechen kommen. In der Romandie gibt man heute pro Kopf ein Drittel mehr für die Gesundheit aus als in der Deutschschweiz. Die Kosten für die Gesundheit sind bei den BernerInnen 30% und bei den AargauerInnen 40% tiefer als in der Waadt. Dabei fühlen sich die Berner und Aargauer ebenso gesund, sie leben ebenso lang und sie fühlen sich ebenso gut medizinisch betreut wie die Waadtländer. Hier scheint die Tatsache noch offensichtlicher – weil sie sich nicht durch eine zeitliche Distanz auszeichnet: Gesundheit und Lebenserwartung hängen offenbar nicht in jedem Fall und unmittelbar davon ab, wie viel Geld man dafür ausgibt. Wirtschaftlichkeit müsste aber genau dies messen.

Verschiedene Statistiken geben noch konkretere Hinweise. Wo es viele Fachärzte und Akutbetten gibt, wird auch häufiger operiert und es werden mehr Medikamente verabreicht. Das lässt sich statistisch nachweisen. In den Kantonen Basel-Stadt und Genf gibt es besonders viele Hals-Nasen-Ohren-Spezialisten: 40% aller Erwachsenen haben in diesen Kantonen die Mandeln operiert. Im Kanton Graubünden, wo es bedeutend weniger Hals-Nasen-Ohren-Spezialisten gibt, sind es nur 25%.

Im Kanton Freiburg gibt es besonders viele praktizierende Gynäkologen: In Freiburg haben doppelt so viele Frauen keine Gebärmutter mehr als etwa in Graubünden.

Bis jetzt hat aber nie jemand behauptet, die BündnerInnen seien unterversorgt, oder man würde ihnen notwendige Operationen vorenthalten. Noch ein letztes Beispiel, dann lasse ich Sie mit diesen unangenehmen Zahlen in Ruhe: Im Kanton Genf gibt es im Verhältnis zur Bevölkerung doppelt so viele Chirurgen und dreimal mehr Internisten als im Kanton Aargau. Im Kanton Genf wird der Blinddarm 60% häufiger operiert. Und Genfer Ärztinnen und Ärzte verschreiben pro Kopf der Bevölkerung für doppelt so viel Geld Medikamente wie ihre Kollegen im Kanton Zug.

Und nun komme ich zur Frage der Wirtschaftlichkeit: Ich meine, dass sich diese Frage doch sehr eindringlich stellt. Kann ein solches Gesundheitssystem tatsächlich als «wirtschaftlich» bezeichnet werden?

Und wenn hier nun doch gewisse Zweifel aufgekommen sind, dann lautet die nächste Frage: Welches sind denn die Gründe, welche allenfalls zu einem nicht-wirtschaftlichen Verhalten führen?

Es sind meines Erachtens in erster Linie die Anreize, welche in unserem heutigen Gesundheitssystem den wirtschaftlichen Einsatz der Ressourcen wenig begünstigen. Ein System, in welchem Einzelleistungen vergütet werden, bietet wenig, oder eigentlich keine Anreize für einen möglichst zurückhaltenden Einsatz der Mittel. Oder ganz simpel ausgedrückt: Mit dem heutigen Honorarsystem erhöht ein schlechter Arzt, der seine Patienten nicht gesund bekommt, mit zusätzlichen Behandlungen seinen Verdienst. Ich würde keinem Arzt unterstellen, dass er solche Absichten pflegen würde. Hingegen würde ich doch feststellen, dass unser System kaum Anreize dafür bietet, möglichst wenig Leistungen zu verschreiben. Der selbstdispensierende Arzt, der möglichst zurückhaltend Arzneimittel verschreibt – oder wenn immer möglich Generika bevorzugt – schneidet sich mit dem heutigen System finanziell ins eigene Fleisch.

Ein System, welches die Zurückhaltung bestraft und die Verschwendung honoriert, hat mit Wirtschaftlichkeit doch sehr wenig zu tun. Das muss auch die Politik zur Kenntnis nehmen, und sie müsste meines Erachtens diesbezüglich auch dringend ihre Verantwortung wahrnehmen – auch wenn die Aufgabe schwierig und komplex ist!

Die Politik hat sich gerade in den letzten Jahren vor allem darum gekümmert: Wer den Franken, der für das Gesundheitswesen ausgegeben wird, bezahlt und wer

ihn bekommt. Wofür er ausgegeben wird, diese Frage ist auf der Strecke geblieben.

Auf der Grundlage dieser Überlegungen möchte ich Ihnen meine fünf Thesen zur Wirtschaftlichkeit vorstellen:

Die erste These lautet: Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kann nur in Bezug auf einen Behandlungsprozess gemessen werden. Ob eine Einzelleistung wirtschaftlich ist oder nicht, ist nicht messbar, respektive, diese zu messen macht keinen Sinn.

Meine zweite These lautet: Es gibt oft verschiedene Möglichkeiten für eine Behandlung. Nicht jede stimmt für alle. Deshalb muss der Behandlungsprozess zusammen mit dem Patienten geplant, erarbeitet und verfolgt werden. Der Einbezug der Patientin in den Behandlungsprozess ist ein wesentlicher Bestandteil und eine wesentliche Voraussetzung nicht nur für die Erhöhung der Qualität, sondern auch für die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Der Einbezug der Patientin führt dazu, dass sie mehr Eigenverantwortung übernimmt – und Eigenverantwortung halte ich auch im Gesundheitswesen für äusserst wichtig und erstrebenswert. Aber nicht, indem man den PatientInnen immer mehr Kosten und Selbstbehalt aufbrummt, sondern indem man sie in den Behandlungsprozess einbezieht und sie damit auch mitverantwortlich macht.

Ich weiss, dass das nicht so einfach ist, und ich bin mir bewusst, dass diese Forderung sehr hohe Ansprüche an den Leistungserbringer stellt. Er muss nämlich nebst seinem Fachwissen auch die Fähigkeit erwerben, die «Sprache» des jeweiligen Patienten zu sprechen, seine Ausdrucksweise zu verstehen und mit den sehr unterschiedlichen menschlichen Widersprüchen umzugehen.

Doch die Zeiten – und das ist meine dritte These – da das Verhältnis zwischen Arzt und Patient als fast blindes Vertrauen in den Leistungserbringer definiert wird, sind hoffentlich endgültig vorbei. Das neue Berufsverständnis des Arztes – vor allem jenes des Hausarztes, oder der ersten Ansprechperson – besteht in Zukunft vermehrt darin, Informationen so aufzubereiten, dass sie für den Patienten zu verständlichen Entscheidungsgrundlagen werden, Offerten einzuholen und diese mit dem spezifischen Fachwissen zu interpretieren. Dabei muss eine effiziente Betreuung auch finanziell honoriert werden. Dieses Berufsverständnis ergibt sich nicht von heute auf morgen.

Es setzt nämlich – und dies ist meine vierte These – auch eine viel stärkere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern voraus. Sie müssen einen Behandlungsprozess koordinieren, sie müssen sich absprechen, sie müssen sich unterstützen, sie müssen sich auch gegenseitig kontrollieren und kritisieren können. Und wenn ich hier von Leistungserbringern spreche, dann meine ich nicht nur die Ärztinnen und Ärzte, sondern auch die Pflege, welche ja oft einen wesentlichen Bestandteil eines Behandlungsprozesses ausmacht.

Eine solche Verhaltensänderung ist meines Erachtens – und dies ist meine letzte These – aber nur möglich, wenn Leistungserbringer auch eine Budget-Mitverantwortung tragen. Eine Budget-Mitverantwortung ist aber nur unter mehreren Leistungserbringern möglich. Ein einzelner Leistungserbringer allein kann niemals Budget-Verantwortung übernehmen oder mittragen. Bei der Budget-Mitverantwortung soll der einzelne Leistungserbringer nämlich nur indirekt und gemeinsam mit den KollegInnen, mit denen er zusammenarbeitet, profitie-

ren; entsprechend müssen auch Entscheidungen gemeinsam gefällt werden, und ein Qualitätsmonitoring geführt werden, um zum Beispiel unethische Entscheidungen, um Risikoselektion oder allfällige Rationierung zu verhindern.

Meines Erachtens lässt sich Wirtschaftlichkeit nur in dieser Form messen und überprüfen. Persönlich halte ich nämlich nicht viel von nachträglichen Überprüfungen und allfälligen Sanktionen, zum Beispiel durch die Krankenversicherer: Wichtiger sind mir die richtigen Anreize, welche für Qualität und Wirtschaftlichkeit sorgen.

Ich bin überzeugt, dass die Arbeit im Netzwerk (Managed Care) nicht nur für die Qualität und für die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen positive Auswirkungen hat, sondern dass sich der vermehrte Austausch und das gemeinsame Tragen der Verantwortung auch bei den Leistungserbringern positiv auswirkt, ihre Arbeit attraktiver macht. Gerade die Arztpraxis auf dem Land könnte dadurch wieder an Attraktivität gewinnen und dem Problem des Ärztemangels entgegenwirken.



Jürg Schlup, Präsident BEKAG, Simonetta Sommaruga, Ständerätin

Foto: M. Tackenberg

Fünf Thesen zur Wirtschaftlichkeit:

1. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist nur im Rahmen eines Behandlungsprozesses möglich.
2. Der Behandlungsprozess muss zusammen mit dem Patienten geplant, erarbeitet und verfolgt werden.
3. Der Einbezug der betroffenen Person in die Entscheidung über den Behandlungsprozess erfordert vom Hausarzt – oder von der ersten Ansprechperson – zusätzliche Fähigkeiten, welche einem neuen Berufsverständnis entspricht.
4. Die Koordination eines Behandlungsprozesses setzt eine viel stärkere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern voraus.
5. Die gemeinsame Verantwortung im Betreuungsprozess setzt auch eine Budget-Mitverantwortung unter mehreren Leistungserbringenden voraus.

Der gebetene Gast

Nach eineinhalb Stunden war es vorüber. Man sass fasziniert, etwas ungläubig, amüsiert auch. Couchepin était là.

An der Vorstandssitzung vom 3. Mai 2005 wusste niemand, der es nicht unbedingt wissen musste, wer der auf der Traktandenliste angekündigte «special guest» sein würde. Der Innenminister hatte sich perfekte Geheimhaltung ausbedungen, um das Gespräch mit dem Vorstand der BEKAG auch wirklich in Ruhe führen zu können.

«Können Sie es sich vorstellen, auf den Kontrahierungszwang zu verzichten?», war die erste Frage, gestellt von Präsident Jürg Schlup. Er sehe keine andere Möglichkeit, um der Ärztemigration zu begegnen, meinte Bundesrat Pascal Couchepin und wies gleichzeitig darauf hin, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwangs nicht auf die Ärzteschaft begrenzt wäre, sondern alle Leistungserbringer treffen würde. Der gerade erst verlängerte Ärztestopp habe bis heute nicht die erhofften Wirkungen gezeitigt, sollte allerdings mit dem revidierten Erlass wirksamer werden. Vermehrte Kontrollen der Ärzte seien unrealistisch, denn es sei nicht an den Krankenkassen, diese Kontrollen auszuüben, sondern an der Ärzteschaft selbst. Ein Globalbudget sei kaum zu organisieren, es sei denn, der Bund übernehme die Kontrolle.

Laut Couchepin müsste die Vertragsfreiheit auch für die Ärzteschaft attraktiv sein: So wäre es möglich, den Taxtpunktwert individuell oder für ganze Ärztesgruppen, regional oder lokal auszuhandeln. Ein einheitlicher Taxtpunktwert für Stadt und Land, Berg und Tal sei doch nicht gerecht, meinte der Innenminister. Die Aufhebung des Vertragszwangs würde sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Medizin und selbst bei den Versicherern Wettbewerb auslösen, da alle an Patienten bzw. Kunden interessiert sind. Das müsste sich auf Qualität und Preis positiv auswirken. Ohne Ärzte keine Medizin. Die Ärzteschaft habe eine weit grössere Verhandlungsmacht, als sie sich dies heute vorstelle, betonte Couchepin. Für die Vereinbarungen mit den Kassen müssten die Ärzteorganisationen Musterverträge vereinbaren und ihren Mitgliedern zur Verfügung stellen.

Leibundgut hielt fest, dass es unter der Vertragsfreiheit problematisch wäre, teure Patienten zu haben, welche die Praxis-kosten in die Höhe treiben. Was passiert, wenn eine Krankenkasse aus diesem Grund den Vertrag kündigen will? In diesem Punkt war Couchepin knapp und klar: Er würde der betreffenden Krankenkasse die Lizenz entziehen – und im übrigen sei er der Meinung, man müsste die Strafbestimmungen gegen die Versicherer verschärfen, um solchen Missbräuchen begegnen zu können.



Peter Jäger, PID

Als Gründe für die Kostensteigerung nannte Couchepin die Überalterung der Bevölkerung, Verbesserungen bei Technik und Medikamenten sowie die Konsumgewohnheiten der Patienten. Die Kostenzunahme bei den Ärzten habe im Jahr 2003 bei 1,5 Prozent, bei den Spitälern bei 8,2 und bei den Medikamenten bei 4,5 Prozent gelegen. In Zukunft rechne er mit einer jährlichen Kostenzunahme von 2 bis 3 Prozent. Die Ängste, viele

Ärzte würden von der Grundversicherung ausgeschlossen und damit der Existenz beraubt, mag Couchepin nicht teilen. Die Ärzteorganisationen sollten von den politischen Instanzen z.B. fordern, dass in den ersten 10 Jahren nach Einführung der Vertragsfreiheit mindestens 98 Prozent der Ärzte einen Vertrag erhalten müssten; anschliessend könnte man diesen Satz auf z.B. 95 Prozent senken. «Wollen Sie eine Staatsmedizin?» wollte Schlup vom Bundesrat wissen. «Nein, auf keinen Fall!», war die klare Antwort des Magistraten.

Das versprochene einstündige Gespräch dauerte mittlerweile eineinhalb Stunden. Couchepin verabschiedete sich und entschwand mit seinen zwei persönlichen Beratern. Die Hinterbliebenen sassens faszi-

niert, etwas ungläubig, amüsiert auch. Pascal Couchepin ist ein Mann mit Leidenschaft, mit Feuer und deshalb von grosser Überzeugungskraft. Es fällt schwer zu glauben, dass er nicht Recht hat. Pascal Couchepin ist aber auch ein Lausbub, der am See sitzt und Steine ins Wasser wirft. Was wird geschehen? Wer wird wie reagieren? Vielleicht taucht ja auch Nessie auf! Hauptsache, es passiert etwas.

Fotos: P. Jäger



Bericht aus dem Grossen Rat



Th. Heuberger,
Grossrat

Endlich!

Zeiten und Voraussetzungen können sich schnell ändern.

Ich erinnere mich sehr gut an das «Projekt Grossrat», das ich vor ca. 8 Jahren ange-regt hatte, um zu erreichen, dass sich Ärztinnen und Ärzte endlich wieder politisch betätigen und dass wir eine Vertretung im bernischen Grossen Rat haben, die uns echt vertritt und die über die Parteigrenzen hinweg als Fachfrau / Fachmann über standespolitische Anliegen und Gesundheitsfragen Auskunft geben und Standpunkte vertreten kann und will.

Wir wissen alle, dass während vieler Jahre ein Mangel an direkter politischer Einflussnahme herrschte. Wir hatten bei wichtigen Fragen (Selbstdispensation, Gesundheitsgesetz, Spitalplanungen usw.) keine Möglichkeit, unsere Anliegen und Argumente direkt an die Frau, an den Mann in den politischen Gremien und in Entscheidungsinstanzen zu bringen.

Nachdem ich einige Zeit der einzige Vertreter im Grossen Rat war (allerdings ohne «lost feeling!») ist unsere Vertretung auf mittlerweile 5 Personen angewachsen: Wir hätten von der Anzahl her sogar die Möglichkeit, eine eigene Fraktion zu bilden, was höchstens an der parteipolitischen Zusammensetzung scheitern würde. Besonders wichtig und auch ansprechend scheint mir, dass 4 dieser 5 Personen auf eine langjährige Erfahrung in der medizinischen Grundversorgung zurückblicken können, mithin wissen, was an der Basis, bei den Patientinnen und Patienten abläuft. Dass der fünfte Kollege sich beruflich wesentlich mit sozialen und gesellschafts-

ethischen Fragen beschäftigt, dokumentiert, dass unser Berufsstand vielfältige Erfahrungen und ein breites Wissen in die Politik einbringen kann und damit der «Res publica», der öffentlichen Sache, und übergeordneten Interessen dient.

Mit **Franz Haldimann** begleitet uns ein «animal politique», der als ehemaliger langjähriger Vizepräsident der BEKAG und langjähriger Allgemeinmediziner über die Standespolitik und deren Bedürfnisse fundiert Bescheid weiss und der als Stadtpräsident von Burgdorf und Mitglied der SVP über politische Erfahrungen und Verbindungen verfügt.

Daniel Pauli bringt sein Wissen und seine Erfahrung als Präsident des städtischen Spitalverbandes Bern und als langjähriges Exekutivmitglied der Gemeinde Köniz mit ein. Er lässt seine fundierten Argumente zu Spitalfragen in die Diskussion einfließen und beschäftigt sich mit sozialen Fragen – er vermag auch seine eigene SVP-Fraktion (manchmal gegen deren Willen!) von seinen Gesichtspunkten zu überzeugen. Zusätzlich ist sein Engagement in schulischen Bereichen und in Erziehungsfragen von sehr grossem Wert. Sein Einsatz für Waldkindergärten hat mich genauso beeindruckt wie seine Analysen in der Kommission für das Spitalversorgungsgesetz. Auch Daniel Pauli blickt auf eine langjährige praktische Tätigkeit zurück: Er führte 15 Jahre lang eine Grundversorgerpraxis in Köniz.

Peter Eichenberger stiess als FDP-Vertreter erst in dieser Session zu uns. Als ehemaliger Stiftungsratspräsident des Lindenhofs bringt er seine Auffassung über die Rolle von Privatspitalern ein. Seine Erfahrung als ehemaliger Grundversorger in Zollikofen wird ihn in seinen politischen Äusserungen sicher prägen. Viele erinnern sich noch an sein Wirken als Oberfeldarzt, wo er die Schnittstellen zwischen Militärdienst und Zivilleben auf eine neue Basis stellte und auf diese Weise dienstwilligen Ärzten den Spagat zwischen Spitalkarriere und Offiziersrang erleichterte.

Schliesslich entpuppte sich auch ein (Fast-)Sitznachbar in der EVP-Fraktion, **Willfried Gasser**, ebenfalls als Kollege, der allerdings nicht praktiziert hat. Er engagiert sich vornehmlich in sozialen, ethischen und gesellschaftspolitischen Gebieten und besitzt

über diesen Aspekt unseres weit gefächerten Berufsstandes umfassende Kenntnis.

Jetzt aber (und nun werde ich fast anmassend und übertreibe meine Wunschliste sicher, was man mir nachsehen möge) fehlen unserer Ärztervertretung noch zwei wichtige Gesichtspunkte:

Wir sind leider noch nicht mit einer Ärztin im Grossen Rat vertreten, was dringend Not tut, wenn man an die Probleme der GrundversorgerInnen der Zukunft und an die zunehmende Feminisierung der Medizin denkt.

Wenn uns andererseits aus der Ärzteschaft noch eine Vertretung mit SP-Parteibuch zur Seite stünde, würde unser Spektrum derart weit, dass wir zu Recht sagen könnten: Das politische Leben in diesem Kanton wird auch durch die Ärzteschaft beeinflusst und wir nehmen die Verantwortung wahr, im politischen Leben mitzumachen und nicht nur Standesinteressen zu vertreten.

In einem «Nachruf» schrieb ich in der (ehemaligen) Kurzinformation am 18.6.1998 folgende Sätze:

«Es spielt nicht eine wesentliche Rolle, zu welcher Partei ein Ärztervertreter in einer Legislative oder Exekutive oder allenfalls im Grossen Rat gehört: das wichtigste Argument und das wichtigste Auszeichnungsmerkmal müsste sein, dass die entsprechenden Vertreter unseres Standes über den Willen zur Mitarbeit im öffentlichen Leben, über eine fundierte Glaubwürdigkeit und eine seriöse Arbeitstätigkeit verfügen.»

«Alle materiellen Mittel der Welt werden aber nichts nützen, wenn sich nicht Personen finden, die bereit sind, einen guten Teil ihrer Energie und ihrer Freizeit in ein solches Projekt zu stecken, und diese Anforderung geht an alle unsere Mitglieder: es wird nie etwas getan, wenn sich niemand findet, der auch etwas tut.»

Ich masse mir nicht an, diese Entwicklung verursacht zu haben. Aber vielleicht habe ich ein ganz klein wenig dazu beigetragen, dass Politik auch bei uns salonfähig geworden ist und als notwendig erachtet wird.

Deswegen lautet der Titel des heutigen Textes auch:

Endlich!

Hausarzt-Mangel: Alarmruf (Motion)

Der Regierungsrat wird aufgefordert, rasch griffige Massnahmen vorzuschlagen und Grundvoraussetzungen zu schaffen, um der sinkenden Attraktivität der Arzt-Berufe in der medizinischen Grundversorgung im Kanton Bern entgegenwirken können, um damit dem drohenden Ärztemangel in diesem Bereich vorzubeugen.

Begründung:

- Die Entwicklung der Demographie der Bevölkerung in der Schweiz wird in Zukunft nach mehr Ärztinnen und Ärzten mit Spezialisierung Hausarztmedizin und Grundversorgermedizin verlangen als heute.
- Die von der Gesundheitsdirektion (richtigerweise) eingeschlagene Alterspolitik kann nur erfolgversprechend umgesetzt werden, wenn mehr GrundversorgerInnen

als heute bereit und imstande sind, die steigenden Ansprüche und wachsenden Bedürfnisse bei der Spitex-Betreuung der älteren Patientinnen und Patienten zu befriedigen.

- Die Entwicklung der Demographie der Ärzteschaft, besonders der Grundversorgerin-nen und Grundversorger, zeigt in gewissen Regionen einen Überhang von 55–60-jährigen PraktikerInnen, die demnächst ihre Praxis übergeben möchten. Für NachfolgerInnen scheint in steigendem Ausmass die Motivation für diesen Beruf zu fehlen.
- Die im April 2003 (gegen den Willen der Regierung) überwiesene Motion «Grounding der Hausarztmedizin» wurde von der Regierung bisher nicht umgesetzt, ein Effekt ist nicht sichtbar, ein Einsatz von Mitteln zur Ausbildung

im Spezialfach «Hausarztmedizin» ist unklar oder gar inexistent, ein Konzept hierfür wurde nicht vorgelegt. Diese Motion sollte eigentlich die Ausbildung im Spezialgebiet Hausarztmedizin fördern und die Attraktivität des Berufs in der Grundversorgung steigern.

Es wird **Dringlichkeit** verlangt:

Alle Massnahmen, die zur Erreichung des anvisierten Ziels (Steigerung der Attraktivität und der Motivation) getroffen würden, haben eine Anlaufzeit von mehreren Jahren bis zur Wirkung; demzufolge muss dringend und sofort etwas geschehen. Die Zahl der Grundversorger, die den Notfalldienst noch übernehmen wollen und können, nimmt laufend und rasch ab. Es wird sich rasch ein Mangel an Grundversorgerpraxen zeigen und zwar nicht nur in abgelegenen Gebieten, sondern ebenso sehr in Agglomerationen und Städten. Die Grundversorgung und der heutige flächen-deckende Notfalldienst sind gefährdet.

T. Heuberger

Konstante im Wandel? Die Arzt-Patienten-Beziehung¹

Jede Beziehung birgt in sich das Risiko des Unberechenbaren und die Chance des Neuen. Das grosse medizinische Wissen kann die Unmittelbarkeit der Arzt-Patienten-Beziehung empfindlich stören und den Blick auf Wesentliches verstellen.

Der Titel war etwas gar schnell gesetzt. Zwar war allen an der Vorbereitung Beteiligten klar, dass der Ärztetag im Rahmen der 650-Jahr-Feier des Inselspitals nicht zu einer blossen Leistungsschau der viel zitierten Spitzenmedizin werden sollte. Wie aber Bezug nehmen zur Vergangenheit, deren medizinische Bemühungen uns heute etwas fremd, wenn nicht seltsam anmuten, jedenfalls insofern sie vor die Zeiten der so genannten naturwissenschaftlichen Revolution zurückgehen?

Zu sehr sind wir heimisch geworden auf einem Terrain, das diese Medizin erobert und der Macht des Schicksals abgerungen hat. Fast ist uns der Respekt vor den Kollegen in Antike und Mittelalter abhanden gekommen, vielleicht abgesehen von der Legitimation, die uns der hippokratische Eid gibt.

Hilfestellung durch Dichter und Maler?

Es war daher nahe liegend, auf einen Topos zurückzugreifen, nach welchem die Medizin immer greift, wenn sie sich selbst nicht mehr ganz geheuer ist: die Arzt-Patienten-Beziehung.

Die Geschichte dieser Beziehung ist nicht einfach zu erkunden.

Tradiert sind medizin-historische Beschreibungen von Krankheiten und reichlich Überlegungen zu ihren Ursachen; aber das Wesen dessen, was bei der Begegnung von Arzt und Patient passiert, ist in der medizinischen Literatur kaum beschrieben. Mehr erfährt man, wenn man auf Dichter, Schriftsteller und Maler zurückgreift. Es gibt eindrückliche Darstellungen von Arzt-Kranken-Begegnungen; verwiesen sei et-

wa auf unseren Berner Jeremias Gotthelf, der in Annebäbi Jowäger den diesbezüglichen Fragen sehr intensiv nachging. Er schrieb den Roman ursprünglich im Auftrag des Berner Medizinprofessors Fueter, der von Gotthelf eine pädagogische Schrift gegen die Kurpfuscherei erwartete. Gotthelf ging aber bedeutend weiter, befragte auch die Schulmedizin sehr kritisch und definierte als wesentlichen Unterschied zwischen Kurpfuscher und Arzt den Umstand, dass letzterer im Idealfall den Moment des Todes aushält und die Trostlosigkeit der Hinterbliebenen ansieht (oft starben junge Eltern oder Kinder), um dann zusammen mit dem Pfarrer das Loch im Netz wieder knüpfen zu helfen.

Verwiesen sei auch auf die eindrückliche Literaturstudie «Arzt, Tod und Text» von Rudolf Käser (Wilhelm Fink Verlag). Zahlreich sind zudem Bilddarstellungen, die bei näherer Betrachtung die unmittelbare Intimität des Moments zeigen, so etwa «Der Dorfarzt» von David Teniers oder «das kranke Mädchen» von Jan Steen, beide aus dem 17. Jahrhundert.

Die Intimität besteht in der Unaussprechlichkeit der Patientenerwartung. «'Merkt' er mich?», scheint die Frage in Haltung und Ausdruck der Kranken zu sein.

¹ Nachgedanken zu einem Symposium am Tag der Berner Ärztinnen und Ärzte vom 11. November 2004.

Merken?

Die «Merkfähigkeit» des Arztes ist vielleicht das einzige, was als Konstante oder als konstante Erwartung an den Arzt im Wandel der Medizin definiert werden kann. Sie entzieht sich allerdings weitgehend dem wissenschaftlichen Zugriff. «Merken» birgt in sich ein Geheimnis, welches das Schöpferische und Lebendige jeder Beziehung ausmacht. «Merken» meint vorerst einmal das Allergewöhnlichste: wahrnehmen und diese Wahrnehmung auch für wahr halten, also einer Empfindung vertrauen, bevor sie von Verstand, Vor-Wissen oder gar Vor-Urteilen bearbeitet wird. Oft reden wir von einem ersten spontanen Eindruck, dem wir, der Erfahrung gehorchend, einen hohen Stellenwert einräumen. Das kann zum Problem werden für eine Ärzteschaft, die den Erfolg in der Anwendung ihrer Wissenschaft sucht und auch verinnerlicht hat, so dass man dies von ihr erwartet.

Das war wahrscheinlich schon immer so

Die Unmittelbarkeit des Erlebens vis-à-vis eines Kranken weicht den «Mitteln», die sich zwischen Arzt und Patienten schieben. Nebst pathogenetischen Erkenntnissen oder Vorstellungen waren und sind es ideelle oder religiöse gesellschaftliche Vorgaben. Im Mittelalter war Gott selbst Protektor des Kranken («meine Kraft ist in den Schwachen mächtig», «was ihr einem dieser Geringsten getan habt, das habt ihr mir getan»), was dem medizinischen Handeln die Mittelbarkeit der geschuldeten Pflicht gab.

Auch die hippokratischen Schriften lassen vermuten, dass der Arzt mancherlei Vorgaben hatte. Hippokrates bzw. dessen berühmte Schule von Kos haben das medizinische Denken grundlegend umgestaltet, so dass es noch heute für unsere Sichtweise und unser Handeln fundamental ist. Erstmals erklärte man Krankheit aus Naturgesetzen, und erstmals wurde der Nutzen für den Kranken zum obersten Prinzip gemacht. Richtungweisend war auch der heuristische Methodenwechsel zu Kasuistik und Prognostik, wenngleich die damaligen pathogenetischen Vorstellungen heute keine Gültigkeit mehr haben. Die hippokratische Schule kämpfte für ihr Ansehen und grenzte sich von mehr opportunistischen Heilern ab. Sie dachte klar paternalistisch. Es gab ein Gefälle von Arzt zu Patient, welcher durch seine Krankheit in einer Gesellschaft, in der das Gute schön und das Schöne gut war (kalos kai agathos) einen an sich geringen Stellenwert hatte.

Die ärztliche Kunst war auch damals schon das «Niveau», auf welchem sich der Arzt zu bewegen hatte, was sein «Primärerleben» zumindest in die Schranken wies.

Kein neuer Fähigkeitsausweis

Heute sind es wissenschaftliche Erkenntnisse, die uns an der Gültigkeit unseres unmittelbaren Erlebens zweifeln lassen. Sogar das Beziehungsphänomen ist gründlich erforscht und heischt nach Standardisierung. Das wird nie gelingen, denn die Merkfähigkeit des Arztes ist untrennbar verbunden mit seiner Person, mit seiner momentanen existentiellen Wahrheit, seiner emotionalen Gestimmtheit und was der unzulänglichen Begriffe mehr sind. Vielleicht müsste man am ehesten vom Kind in ihm sprechen, welches das Kind im Patienten erkennt (A. Trenkel). Einen Patienten «merken» heisst auch sich selber merken. Solches lässt sich nicht korrekt erfassen, und es kann dafür auch keinen Fähigkeitsausweis geben.

Man darf davon ausgehen, dass Merkfähigkeit uns allen in gleicher Weise zugeeignet ist, manchmal mehr und manchmal weniger. Unsere Angehörigen wissen davon zu berichten.

Missverständnisse

Zwei Missverständnisse müssen allerdings ausgeräumt werden. «Für wahr nehmen» hat nichts zu tun mit einem neugierigen Blick für Persönliches im Patienten. Merken verletzt keine Intimität, im Gegenteil. Ein weiteres, noch viel folgenschwereres Missverständnis möchte ich ebenfalls ausräumen. Es geht um die Dichotomie von Leib und Seele. Immer dann, wenn man als Arzt von unmittelbarem Erleben in der Begegnung erzählt, wird man als «psychosomatisch Interessierter» eingestuft – und es geht nicht lange, bis darauf aufmerksam gemacht wird, dass eine solche Haltung Gefahren in sich berge, insbesondere die Gefahr, etwas zu «verpassen», z.B. Frühsymptome eines Krebses. Merkwürdig, wie da wie von selbst eine innere Front entsteht: hier wissenschaftliche Genauigkeit, dort trügerisches «Verstehen». Als müsste die Naturwissenschaft sich ein Primat erhalten. Das ist gänzlich unnötig. Denn wer (endlich) merkt, erkennt auch somatische Zusammenhänge klarer. (Führende Naturwissenschaftler, v.a. Physiker, beschreiben, wie Erkenntnisdurchbrüche so etwas wie ein Quantensprung von der Exaktheit zur Klarheit seien.)

«Alles wissen, und alles vergessen» hat Michael Balint einmal formuliert. Er meinte damit, dass Wissen und Exaktheit einen unabdingbaren Teil unserer Verantwortung darstellen, aber den Blick nicht verstellen sollen für das scheinbar Zufällige und Bedeutungslose in unserer Arbeit. Das hilft zusammenzufügen, was nicht getrennt sein will: Psyche und Soma.

Möglicherweise fällt uns «Bedeutungsloses» nur wenige Sekunden am Tag zu und will gar nicht zu Worten werden.

Und vielleicht sind die Zufälle stille Begleiter, die unsere anstrengende Medizin etwas leichter machen, auch für die Patienten.

*Dr. med. Thomas Schweizer
Hess-Strasse 47
CH-3097 Liebefeld
famschweizer@bluewin.ch*



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

Anlässe zur 200 Jahr-Feier der Med. Fakultät Bern

JULI

30.7.–1.8. Eröffnung STADE DE SUISSE Wankdorf
Sportmedizinische Methoden

AUGUST

23.8. 150 Jahre Waldau: Vortrag zu Forschung und
Kultur in der Psychiatrie
24.8. Vortrag für Schüler: Epilepsie – Gewitter im
Gehirn

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

Erfolg ist kein Zufall



Die Ärztekasse macht für Sie den nächsten Zug

Mit verschiedenen Finanz- und Administrationsdienstleistungen hält Ihnen die Ärztekasse den Rücken frei. So können Sie sich leichter auf Ihre eigentliche medizinische Berufung konzentrieren. Reden Sie deshalb mit uns, bevor die Reformen des Gesundheitswesens Sie schachmatt setzen.

Ä K ARZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Steinackerstrasse 35 · 8902 Urdorf
Telefon 01 436 16 16 · Fax 01 436 17 60
www.aerztekasse.ch
marketing@aerztekasse.ch

Praxismanagement und Outsourcing