



Nr. 4 • August 2006

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

Der Gesundheitsbazar

Unser Gesundheitswesen gleicht einem orientalischen Bazar. Krankenkassen, Ärzte und Patienten feilschen munter um Produkte und Leistungen. Es herrscht hektisches Treiben: Tarifverhandlungen hier, Initiative für eine soziale Einheitskasse da, Zulassungsbeschränkung oder Aufhebung des Kontrahierungszwangs...

Politische Steuerung und Kontrolle sind längst verloren gegangen. Scheinbar unbeirrt instrumentalisieren Gesundheitspolitiker und -ökonom die Massenmedien. Die Debatte bleibt stets dieselbe: wie viel Markt oder Staat braucht unser Gesundheitswesen? Anhänger marktwirtschaftlicher Lösungen propagieren Effizienz dank Wettbewerb. Dieser kann aber im Gesundheitswesen nur bedingt spielen.

Befürworter staatlicher Steuerungslogik fordern einheitliche Strukturen und eingeschränkten Zugang zu medizinischen Leistungen, obwohl Behörden ineffiziente Ressourcenverwendung tendenziell begünstigen.

Patienten sehen die Gesundheit als Konsumgut, das beliebig oft nachgefragt werden kann und wird. Nachhaltige Reformvorschläge sind trotz intensiv geführter Gesundheitsdebatte kaum mehrheitsfähig. Die Eigeninteressen der Krankenkassen finden in den eidgenössischen Räten überdurchschnittlich Gehör. Die Krankenkassen lobbyieren mit 23 Vertretern in Stände- und Nationalrat für ihre Ziele.

Bescheidener fällt die politische Durchschlagskraft der Ärztevertreter aus. Lediglich ein Abgeordneter engagiert sich explizit für unsere Interessen. Die mangelnde Solidarität aufgrund divergierender Interessen der einzelnen Disziplinen ist der Hauptgrund für die Schwäche unserer Verbände im Politikwettbewerb. Deshalb gilt: Erst wenn wir intern geeint sind, können wir uns gegen aussen besser positionieren. Es ist an der Zeit, unsere Verliererrolle abzulegen.

Dr. Christian Gubler, Vize-Präsident

doc.be

Podiumsdiskussion «Konsistente Medikamentenpolitik»

12. September 2006, 18.00 Uhr,
Stade de Suisse, Bern (siehe Beilage)

Fahreignung im Alter 2

Netzwerke – einmal mehr? 3

Ärztinnen und Ärzte:
Experten oder Professionelle? 4

Medizinische und andere
Erfahrungen
aus dem südlichen Afrika 6

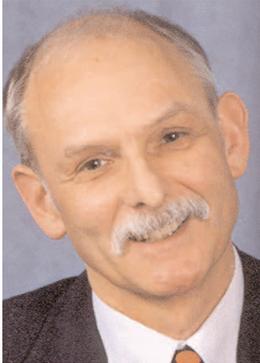
Gründerzentrum 9

Vorstand 10

www.bekag.ch: Service für BEKAG-Mitglieder

Auf der Website der BEKAG finden Sie im Mitgliederbereich täglich aktualisiert einen Pressespiegel zu gesundheitspolitischen Themen.

Fahreignung im Alter



Dr. med.
U. Castelberg,
FMH Allgemeinmedizin,
Aarberg

Die obligatorische periodische Beurteilung der Fahreignung der über 70-jährigen Lenker durch den Hausarzt ist eine Herausforderung, der wir uns fast täglich stellen müssen.

Dr. Rolf Seeger, stellvertretender Leiter der Verkehrsmedizin im Institut für Rechtsmedizin der Uni Zürich, ging in einem Referat anlässlich des KHM-Kongresses 06 in Luzern auf das Thema ein und zeigte Probleme auf, die vielen Hausärzten wenig bewusst sind.

Probleme bei der Beurteilung der Fahreignung

Die Schwierigkeiten beginnen damit, dass sich kein Patient zur Untersuchung anmeldet, der auf seinen Führerausweis verzichten möchte. Der Patient kennt den Hausarzt seit langem und ist überzeugt, dass dieser wohl notfalls ein Auge zudrücken wird.

Die Fahrsicherheit erreicht im mittleren Lebensalter ihr Maximum und fällt danach wieder kontinuierlich ab. Es sind die normalen, altersbedingt physiologischen Probleme wie verlangsamte Wahrnehmung und Verarbeitung, eingeschränktes Sehvermögen und Einschränkungen des Bewegungsapparates, welche die Fahreignung kompromittieren.

Der gesunde Alternde erreicht die Grenzen seiner Fahreignung mit etwa 80–85 Jahren, schränkt sich aber in der Regel selbst zunehmend ein: Wahl der Tageszeit, Verkehrsdichte, Strecke etc. kompensieren seine Leistungsfähigkeit.

Massnahmen drängen sich beim Gesunden daher nur beschränkt auf; Ausschluss einer verkehrtauglich relevanten Erkrankung, Ratschläge durch die Umgebung und ein Refresher, beispielsweise mit

einem Fahrkurs, können die Praxistauglichkeit verbessern. Der weitaus grösste Teil der Untersuchten weist eine Störung der Sehfähigkeit auf, oftmals bedingt durch eine beginnende Katarakt. In der Dämmerung fällt ein bei gutem Tageslicht genügender Visus schnell ab und kann nachts bei Blendung und Regen dramatisch zur praktischen Blindheit anwachsen! Haben Sie einmal die Untersuchungsdistanz ihrer Optotypen nachgemessen? Ein unkorrigierter Visus von bds 2,0 bei einem 70-jährigen ist zumindest eine Nachmessung wert.

Beginnende Demenz erfassen

Bei über 70-jährigen ist mit einer beginnenden Demenz zu rechnen; bereits 10% der Kandidaten weisen eine solche auf! Unser Hauptproblem muss also sein, die beginnende Demenz zu erfassen.

Ein separat geführtes KG-Blatt kann hier weiterhelfen: Es sollte anamnestisch explizit befragt die Punkte Bewusstsein (Synkopen, Schwindel, Bewusstseinsstörungen, Epilepsie), psychiatrische Behandlungen und Erkrankungen, Diabetes mellitus, Einschlafneigung tagsüber und Behandlungen wegen Alkohol- und Medikamentenkonsumentum beinhalten.

Die klinische Untersuchung sollte die folgenden Punkte erfassen: cursorischer Allgemeinzustand, Sehapparat (Sehschärfe, Gesichtsfeld, Augenmotilität, «Kopfdrehen» (auch die Mithilfe der BWS ist zulässig), Stigmata einer Suchterkrankung, psychische Auffälligkeiten und vor allem Zeichen einer beginnenden Demenz.

Bei beginnender Demenz ist eine Kontrolle durch den Fahrlehrer absolut fehl am Platz, da es sich hier um ein medizinisches Problem handelt, das nicht delegiert werden darf.

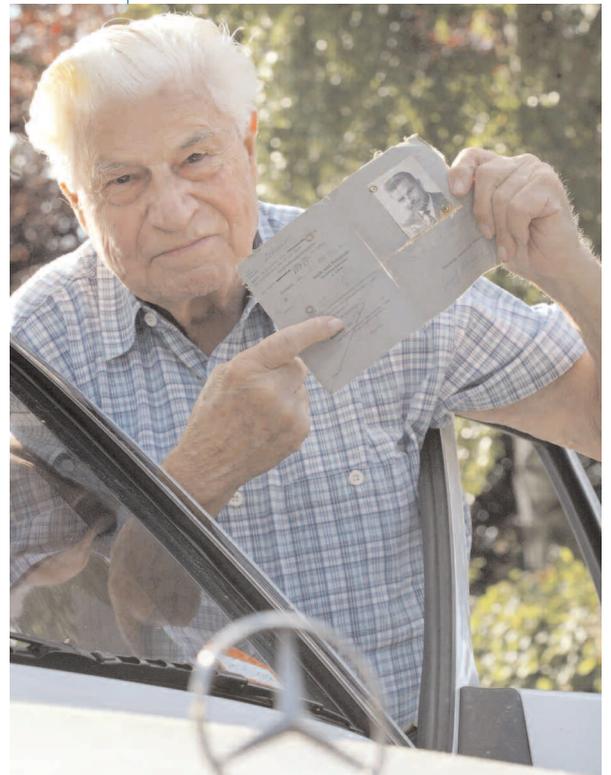
Ein durch den Hausarzt mündlich verhängtes Fahrverbot mit Eintrag in die Krankengeschichte schützt den Arzt vor Regress. Eine entsprechende Mitteilung an die Strassenverkehrsbehörde soll insbesondere erfolgen, wenn die Empfehlung

ausserhalb der periodischen Kontrolle abgegeben wurde. Zu beachten ist, dass die Fahrfähigkeit, d.h. die momentane Fähigkeit, ein Fahrzeug hier und jetzt zu lenken, in der vollen Verantwortung des Fahrers liegt (z.B. Alkohol).

Im Kanton Bern werden heute Demenzabklärungen für das Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt durch die Behörde an die entsprechende Fachstelle gewiesen.

Eine verantwortungsvolle Aufgabe

Ein einfühlsames Vorgehen, falls nötig auch mit Einbezug der Umgebung, wird dem Patienten die Einsicht erleichtern und ihn auch als Kunden weiterhin erhalten. Es soll die verantwortungsvolle Aufgabe des Hausarztes bleiben, diese Kontrollen durchzuführen, es ist aber genau so wünschenswert, dass der Kanton Bern eine spezialisierte Abklärungsstelle schafft, die die Hausärzte unterstützt. Bedenken Sie, dass in zehn Jahren eine Verdoppelung der Anzahl der über 70-jährigen Lenker eintritt! Anstrengungen zur Weiterbildung in diesem Bereich sind dringend angesagt, das Interesse anlässlich der erwähnten Veranstaltung für dieses Thema dokumentiert unser aller Bedürfnis. Entsprechende Schritte sind eingeleitet



Fahrzeuglenker über 70 Jahre unterliegen periodischen medizinischen Kontrolluntersuchungen

Netzwerke – einmal mehr? Einmal anders: Basisorientiert handeln!

Aufruf zur Teilnahme an der unabhängigen und repräsentativen Umfrage



Dr. med. Peter
Baumgartner,
FMH Psychiatrie,
Burgdorf,
Mitglied des
Vorstandes der
Ärztegesellschaft
des Kantons
Bern

Netzwerke verbessern nicht nur die Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bei einer Aufhebung des Vertragszwanges erhöht ein regionales Netzwerk auch entscheidend die Verhandlungsmacht gegenüber den Krankenversicherern, sofern es geografisch und fachlich relevant zusammengesetzt ist.

Der einzelne Arzt hat viel zu wenig Vertragsmacht. Auch der Landarzt, welcher sich als einziger seines Faches im Dorf vielleicht vorerst noch sicher fühlt. Diese Sicherheit ist trügerisch: Moderne Kassenmanager können sich für ihre Kunden mittlerweile sehr gut vorstellen, dass diese im Notfall, erst recht im Regelfall, ins nächste oder übernächste Dorf zum Arzt fahren, wie dies vor 50 Jahren auf dem Land gang und gäbe war...

Netzwerke: Voraussetzungen

Ärztliche Netzwerke sind, falls geografisch und fachlich relevant zusammengesetzt, für die Kassen auch dann ernst zu nehmen, wenn sie sich (noch) nicht der Managed-Care-Medizin (MC) verpflichten. Der MC-Modus sollte erst dann für die Regelversorgung erwogen oder gar übernommen werden, wenn die Rahmenbedingungen dazu erfüllt sind. Kernvoraussetzung ist die Einführung eines anerkannten, verbindlichen und praxisnahen Risikoausgleichs.

Die konkreten Bedürfnisse bezüglich Netzwerkausgestaltung sind regional sehr verschieden. Diese sind aber noch nicht wirk-

lich bekannt. Das meiste Wissen basiert auf nicht repräsentativen Rückmeldungen, Einzelmeinungen oder Erfahrungen aus dem Ausland. Sogenannte «opinion leaders» vertreten längst nicht immer die Meinung der breiten Basis, welche sie zu führen oder gar zu repräsentieren vorgeben (vielleicht ist es auch gar nicht deren Aufgabe).

PonteNova-Umfrage

Die bisherigen Angebote von PonteNova im Bereich Netzwerkbildung wirken auf mich (noch) zu theoretisch und in ihrer starken Ausrichtung auf die MC-Medizin zu basisfremd, jedenfalls aus der Optik eines Verteters aus dem ländlichen Raum.

PonteNova ist zwar ein ärzteigenes Unternehmen, aber doch in erster Linie ein Unternehmen, und daher verpflichtet, zu Gunsten seiner Shareholder Profit zu machen. Die Dienstleistung an Ärzte, Patienten oder Kassen ist also nicht (Selbst)zweck, sondern Mittel zum Zweck. Man kann dies nun bedauern oder auch einfach als gegeben akzeptieren.

PonteNova hat sich aber bereit erklärt, die Bedürfnisse der Ärzteschaft an der kantonalen Basis repräsentativ zu erheben, um aufgrund der Ergebnisse Strategie und Dienstleistungen noch besser danach ausrichten zu können. Dafür gebührt PonteNova zunächst einmal grosser Dank und Anerkennung.

Umverteilung der Verantwortung?

Ich bin überzeugt, dass die praktizierende Ärzteschaft durchaus bereit wäre, neben der bisherigen fachlichen Vollverantwortung mit der Zeit auch wirtschaftliche Mitverantwortung zu übernehmen, wenn nebst dem oben erwähnten Risikoausgleich dereinst eine weitere Hauptbedingung erfüllt sein würde:

In demselben Masse, wie die Kassen der Ärzteschaft laufend wirtschaftliche Verantwortung übertragen wollen, müssten sie endlich auch bereit sein, ihrerseits echte fachlich-medizinische Mitverantwortung zu übernehmen! Diese erschöpft sich aber nicht darin, ärztlich beantragte und medi-

zinisch notwendige Leistungen anzuzweifeln, abzulehnen oder sogar schlechte Risiken aus der Versicherung hinaus zu mobben. Aber: Wollen die Kassen und die Ärzteschaft eine solche Umverteilung der Verantwortung wirklich?

Aktiv Einfluss nehmen

Blieben wir uns immer bewusst: Managed-Care-Medizin soll primär die Kosten begrenzen. Die Qualität der Versorgung (was für ein strapazierter Gummibegriff!) wird also zunächst nur im Sinne einer Effizienzsteigerung erhöht. Eine Steigerung der Effektivität (also der sog. «medizinische Fortschritt») ist kein Primärziel der Managed-Care-Medizin und daher nur im oben erwähnten engen Kostendach möglich, wenn überhaupt. MC-Medizin wird, wenn die Zitrone der Rationalisierung einmal ausgepresst ist, ebenfalls nicht um ein bestimmtes Mass an Rationierung herkommen. Relevante Ärztenetzwerke können in Zukunft als starke Partner (wenn nötig auch als Gegner) der Kassen dafür sorgen, dass deren ökonomischer Würgegriff («Was darf moderne Medizin heute kosten?») sich nur soweit auf die Ebene der Rationierung erstreckt, als dies einem wirklichen gesamtgesellschaftlichen Konsens entspricht. Diesen zu finden resp. überhaupt einmal zu suchen wäre Aufgabe der hohen Politik. Als «opinion leaders» eignen sich hierfür aber die bisher äusserst umtriebigen «Kassenparlamentarier» gerade eben nicht, vertreten sie doch in erster Linie die Interessen ihrer Unternehmen resp. Verbände oder bestenfalls (indirekt) noch ein wenig die Interessen der gesunden PrämienzahlerInnen.

Fazit: Eine Zukunft ohne Ärztenetzwerke wird es, zumindest mittel- bis längerfristig kaum geben. Wir sollten aber endlich damit beginnen, die konkrete Ausgestaltung der Netzwerklandschaft auf breiter Front aktiv zu beeinflussen, bevor uns das kassendominierte Bundesbern verbindlich vorschreibt, wie ein Netzwerkkorsett künftig auszusehen hat.

Eine Teilnahme an der kommenden repräsentativen Netzwerk-Umfrage der PonteNova ist daher ebenso dringend wie ehrenvoll für jedes Mitglied unserer Gesellschaft.

Jede(r) Refüsierende schmälert die Aussagekraft der Resultate. – Herzlichen Dank daher allen Mitwirkenden!

Ärztinnen und Ärzte: Experten oder Professionelle?



Dr. Marianne
Rychner,
Soziologin,
Historikerin

(Fotografie: Alexander Egger)

Ärztinnen und Ärzte werden in gesundheitspolitischen Debatten zunehmend bezeichnet als «Leistungserbringer», «case-manager» oder als «Akteure im Gesundheitswesen», als Verkäufer von Dienstleistungen an ihre Kundschaft. Darüber hinaus werden sie wahrgenommen als Experten für Krankheit und Gesundheit, die gegenüber potentiellen Patienten, im Fernsehen oder im Internet Auskünfte erteilen über ihr Fachwissen. Ein zentraler Aspekt ärztlichen Handelns rückt dabei in den Hintergrund: Die professionalisierte Praxis. Wenn ich als Soziologin jeweils versuche, den Unterschied zwischen Professionellen und Experten zu skizzieren, wie anlässlich eines Kurzreferats, das ich beim Vorstand der Berner Ärztegesellschaft gehalten habe, führt dies regelmässig zu Diskussionen, welche davon zeugen, wie bedeutsam eine Klärung der Frage nach dem Unterschied zwischen Expertenhandeln und professionisierter Praxis ist.

Ambivalenzen gegenüber Ärztinnen und Ärzten

Intuitiv ist den meisten Menschen klar, dass professionalisierte ärztliche Tätigkeit «irgendwie» weitere wichtige Aspekte beinhaltet. Die vagen Vorstellungen darüber orientieren sich am Bild des selbstlos aufopfernden, heldenhaften Retters – eine ambivalente Vorstellung, die jederzeit kippen kann in Enttäuschung oder in die Ablehnung gegenüber der – unterstellten oder tatsächlichen – Anmassung des Arztes, ein «Gott in Weiss» zu sein. Sehr oft wird auch die idealisierte Vorstel-

lung des Arztes, der Ärztin entweder in vergangene, «bessere» Zeiten projiziert oder aber auf die eigene Hausärztin beschränkt, während den Ärzten als anonyme Kategorie unterstellt wird, ihr Einkommen grundsätzlich höher zu gewichten als das Wohl ihrer Patientinnen und Patienten. Um diese Ambivalenzen analysieren zu können, sind einige theoretische Überlegungen erforderlich.

Professionalisierung aus Sicht der Soziologie

Zur Klärung, was den professionellen Arzt, die professionelle Ärztin im Kern ausmacht und was sie von reinen Expertinnen und Experten unterscheidet, bewährt sich aus meiner Sicht die sog. «reformulierte Professionalisierungstheorie» des Soziologen Ulrich Oevermann, der mit seiner Theorie anschliesst an die soziologische Professionalisierungstheorie von Talcott Parsons, welcher in den USA der 50er-Jahre des 20. Jahrhunderts die klassischen freien Berufe der Ärzte und Anwälte analysiert und theoretisch in ein umfassendes Konzept des «Social System» eingeordnet hat. Die Parsons'-

sche Theorie wurde inzwischen vielfach kritisiert und ist bis heute umstritten, weil darin die gesellschaftliche Herausgehobenheit der Professionellen und die Annahme von deren Orientierung am Gemeinwohl, die freilich nicht mit eindimensionalem Altruismus zu verwechseln ist, eine zentrale Rolle spielt. Die zahlreichen Kritikerinnen und Kritiker der Professionalisierungstheorie sehen darin vor allem die ideologische Legitimation für Macht und hohe Einkommen. Diese vereinfachte Kritik teilt Ulrich Oevermann nicht. Er knüpft an die klassische Theorie an und richtet den analytischen Blick auf die typische Logik professionalisierter Praxis als zentralem gesellschaftlichem Anwendungsbereich der Wissenschaft, der – stark verkürzt – folgendermassen charakterisiert werden kann:

Fallspezifische Anwendung wissenschaftlichen Wissens

Wissenschaftliches Wissen wird in der professionalisierten Praxis immer *fallspezifisch* angewendet. Dieser Anwendungsmodus steht im Gegensatz zur *standardisierten Implementation* wissenschaftlichen Wissens, dem ingenieurialen Modus der Wissensanwendung. Würde in ärztlicher Praxis dieser Modus dominieren, dann würde es sich um eine Expertisierung und Deprofessionalisierung ärztlicher Tätigkeit handeln. Das bedeutet nun aber keineswegs, dass die wissenschaftliche Expertise nicht auch ein unab-



Copyright by ANNA Anna Regula Hartmann

Mehr Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen, so der Tenor aktueller gesundheitspolitischer Debatten, soll Transparenz schaffen, Kosten senken, Missbräuche verhindern und die Qualität der Leistungen steigern.

Marianne Rychner zeigt anhand objektiv-hermeneutischer Materialanalysen, in welcher Weise professionalisierte ärztliche Praxis und die Logik des Marktes in einem Widerspruch zueinander stehen. Dies wird deutlich anhand einer detailgetreuen Rekonstruktion zweier ärztlicher Konsultationen. In der Interaktion zwischen Ärztin und Patient entfaltet sich eine komplexe Handlungslogik. Diese konfrontiert die Autorin mit aktuellen Versuchen, der ärztlichen Praxis den Charakter eines marktkonformen Produkts zu geben.

Rychner, Marianne



dingbares Element ärztlicher Tätigkeit ist. So ist beispielsweise die Diagnose zugleich eine Expertise (z.B. Blutentnahme zwecks Abklärungen im Labor, Röntgen usw.) und eine fallspezifische Deutung, welche die Expertise nicht nur ergänzt, sondern möglicherweise erst in ihrer spezifischen Form ermöglicht: Nicht in jedem Fall drängen sich bei einem gegebenen Symptom zwangsläufig die identischen Abklärungen auf. Die Voraussetzung, dies einschätzen zu können, ist ein professioneller Habitus und das auf Erfahrung basierende Verständnis des ganzen Menschen.

Spezialisierung vs. Expertisierung?

Eine Expertisierung im reduktionistischen und damit deprofessionalisierenden Sinn manifestiert sich idealtypisch zugespitzt in der Handlungslogik von Vertrauensärzten der Versicherungen, weil dort typischerweise weniger die Patientin mit ihrem Leiden und in ihrer Einzigartigkeit im Vordergrund steht, sondern die Vergleichbarkeit und damit Standardisierbarkeit mit andern Fällen. Die Problematik zeigt sich auch bei Ratgeberliteratur und Internetportalen, wo das Allgemeine tendenziell Vorrang

hat vor dem Besonderen, dem konkreten Fall. Ob auch die Spezialisierung dazu führt, dass Ärztinnen und Ärzte tendenziell die Expertise stärker gewichten als die umfassendere Professionalisierung, wird in der medizinsoziologischen Literatur seit Jahrzehnten diskutiert, ist aber nicht definitiv geklärt und müsste weiter untersucht werden. Von einer Deprofessionalisierung durch Spezialisierung wird häufig auch in Alltagsdeutungen ausgegangen. Obwohl diese Annahme in mancher Hinsicht durchaus plausibel klingt, habe ich in meiner Arbeit (vgl. Kasten) einen Fall ausführlich dargestellt, bei dem wider Erwarten die Spezialisierung in keiner Weise mit einer deprofessionalisierenden Expertisierung einhergeht. Professionalisierte Praxis als stellvertretende Krisenbewältigung in hoch arbeitsteiligen Gesellschaften ist, so die theoretische Kürzestformel, die ich empirisch zu belegen versucht habe, gesellschaftlich anders zu steuern als der Kauf und Verkauf standardisierbarer Produkte bzw. Dienstleistungen von Experten. Und alles, was dazu beiträgt, dass Ärztinnen und Ärzte als anreizgesteuerte *hominis oeconomici* wahrgenommen werden, beeinträchtigt das für eine erfolgreiche Therapie notwendige Vertrauen des Patienten in die Ärztin.

Terminplan 2006

26. Oktober
Delegiertenversammlung,
nachmittags

23. November
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit



Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Bolligenstrasse 52, 3006 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, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern.
Tel. 031 330 90 00; Fax 031 330 90 03;
E-Mail: pwolf@hin.ch
Layout: Forum der Wirtschaft, Postgasse 19, 3011 Bern
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern.
Ausgabe August 2006

Medizinische und andere Erfahrungen aus dem südlichen Afrika

Ansprache anlässlich der Diplomfeier Medizinische Fakultät Uni Bern 21.3.2006



Prof. Dr. med.
Dr. h.c.
Ruedi Lüthy,
FMH Innere
Medizin
und Infektions-
krankheiten

Seit knapp drei Jahren lebe ich in Zimbabwe, wo ich mit einheimischen Krankenschwestern und Ärzten eine ambulante Klinik für mittellose Aidspatienten aufgebaut habe. Meine medizinischen Erfahrungen aus dem südlichen Afrika datieren allerdings etwas weiter zurück. Ende der 90er Jahre war ich mehrmals in Afrika unterwegs auf «Vorlesungstournee» und habe einheimischen Kolleginnen und Kollegen von den grossartigen Fortschritten erzählt, die wir in der ersten Welt mit der Behandlung von Aidspatienten gemacht hatten. Ein Lazarus-Syndrom hatte ich es genannt. Es dauerte mehrere Jahre, bis mir die Hybris dieser Reisen voll bewusst wurde. Damals konnte ich es nicht fassen, dass keines der Länder, welche ich besuchte, über ein öffentliches Gesundheitssystem verfügte, welches diese Fortschritte hätte umsetzen können.

Klinik in Zimbabwe



Gegen Gleichgültigkeit und Desinteresse

Angesichts der humanitären Katastrophe – schon damals war bekannt, dass mehr als 90% der HIV infizierten Menschen im südlichen Afrika lebten – verspürte ich eine unglaubliche Ohnmacht, weil ich wusste, dass man etwas verändern könnte. Der wesentliche Anstoss für meinen Entscheid, meine Zelte in der Schweiz abzubauen, kam für mich während der Internationalen Aidskonferenz in Durban im Jahr 2000. Einer der höchsten Richter Südafrikas, Edwin Cameron, selbst aidskrank, schockierte die mehr als 4000 Teilnehmer in einer Plenarversammlung mit einem Vergleich, der mir unter die Haut gegangen ist: Er verglich nämlich die Gleichgültigkeit und das Desinteresse der Menschen auf der nördlichen Hemisphäre gegenüber den Aidskranken auf der südlichen Hemisphäre mit der Haltung vieler «unbeteiligter» Deutscher während dem Naziregime oder weisser Südafrikaner während der Apartheid. Der Verantwortung könne sich keiner der Anwesenden entziehen, *«dass in den nächsten Jahren über 30 Millionen Menschen einen frühzeitigen Tod erleiden werden, weil für diese Menschen keine wirksame Therapie zur Verfügung steht»*.

Dieser Aufruf hat mich sehr berührt und ich habe mir überlegt, wie ich persönlich mithelfen könnte, die Folgen dieser Katastrophe zu lindern.

Mehrfache Herausforderungen

Inzwischen, d.h. nach drei Jahren in Zimbabwe ist ein Teil meines Idealismus einer Nüchternheit gewichen. Ich habe inzwischen gelernt, dass man nicht mehr von Problemen, sondern von Herausforderungen spricht und dass wir Europäer im Gegensatz zu den meisten Afrika-

nern zwar Uhren besitzen, aber dafür keine Zeit haben. Und es wurde mir auch bald klar, dass eine Mutter in Zimbabwe genau so leidet, wenn ihr Kind an Aids stirbt, wie es hier der Fall wäre, auch wenn man bei uns in der Schweiz oft meint, dass die tägliche Konfrontation mit dem Tod es leichter machen würde, dieses Leiden zu ertragen. Die grösste psychische Herausforderung, mit der ich täglich zu kämpfen habe, ist jedoch das Ausmass von Armut, Hunger und Krankheit zu sehen, ohne wirklich etwas dagegen tun zu können. Und so bitte ich täglich für *«die Gelassenheit, die Dinge zu ertragen, welche ich nicht ändern kann, den Mut jene Dinge zu ändern, welche ich ändern kann und die Weisheit, die einen von den andern zu unterscheiden»* (Franz von Assisi).

Korruption – Misswirtschaft – Inflation

Die desolante Situation, in der sich Zimbabwe zurzeit befindet, ist ja nur zu einem geringen Teil die Folge von wiederholten Dürren, es sind vor allem Korruption, sowie Miss- und Vetterwirtschaft, die mehr als 80% der Bevölkerung an die Armutsgrenze gebracht haben. Die Inflation ist im März bereits bei 900% angelangt und wird bis Mitte Jahr die Tausendprozent-Grenze überschritten haben. Für diejenigen, die sich darunter nichts vorstellen können – ein Blatt hauchdünnes Toilettenpapier kostet weit über 1000 Zimbabwe Dollar. Dieser Vergleich ist natürlich purer Zynismus, denn in Realität heisst das, dass für viele Familien weder Toilettenpapier noch Grundnahrungsmittel erschwinglich sind. Diese Beobachtungen lassen in mir immer wieder eine unglaubliche Wut aufkommen, die irgendwann einem Ohnmachtgefühl Platz macht.

Lichtblicke und Rückschläge

Vielleicht fragen Sie sich jetzt, wie ich es überhaupt noch aushalte in Zimbabwe. Die Antwort ist ziemlich einfach: Trotz allen Widerwärtigkeiten überwiegt das positive Gefühl, mit einem bescheidenen Budget von weniger als einer halben Million Franken bald einmal 1000 Patientinnen und Patienten vor einem sicheren vorzeitigen Tod zu retten. Das bedeutet unter anderem, dass mehrere tausend Kinder nicht zu Waisen werden, und dass über 100 Waisen mit Hilfe unseres Programms eine Zukunft haben werden. Aber die Ambivalenz ist riesengross, allein in Zimbabwe leben über eine Million Waisen, die meisten von ihnen haben ihre Eltern

an den Folgen von Aids und Tuberkulose verloren. Angesichts dieser enormen Diskrepanzen kommen immer wieder Gefühle der Ohnmacht hoch und wirken sich lähmend auf meine Aktivitäten und meine Stimmung aus. Ich habe deshalb versucht, eine Strategie zu entwickeln, um diese Tiefpunkte zu überwinden.

Persönliche Erfahrungen

Heute stehen Sie an der Schwelle zu einem Beruf, der Ihnen nicht nur viel Freude und Verantwortung bringen wird, sondern auch zahlreiche Momente der Ohnmacht. Ich hätte mir einige Momente der Verzweiflung ersparen können, wenn ich mich früher mit dieser Tatsache auseinandergesetzt hätte, und deshalb möchte ich Ihnen gerne einige ganz persönliche Erfahrungen beschreiben, die ich in meiner beruflichen Entwicklung erlebt habe, und welche durch die Konfrontation mit der Krankheit Aids ganz wesentlich geprägt wurden.

Ohne Macht

Ohnmacht im ärztlichen Beruf beinhaltet ganz unterschiedliche und sehr persönliche Gefühle: Unzulänglichkeiten in der persönlichen Begegnung mit einem schwer kranken oder sterbenden Patienten, die Unmöglichkeit, den Verlauf einer Krankheit zu beeinflussen oder die Angst versagt zu haben. Auf Ihre Situation – als junge Assistenzärztin oder Assistenzarzt übertragen – könnte das heissen, am neuen Arbeitsplatz – sei es auf einer Station oder in einem Op. – nicht zu genügen oder für einen Patienten nicht genügend getan zu haben. Die Ohnmacht, mit ansehen zu müssen, wie in einer Hightech-Atmosphäre die Resultate der Computertomographie höher gewertet werden als die Anliegen der PatientInnen und dass die fest zementierte Hierarchie Sie daran hindert, als junge Assistentin oder Assistent den Mund aufzumachen und eine Empfindung zu äussern anstelle eines MEDLINE Zitates. Das sind nur einige Beispiele für dieses Gefühl **«ohne Macht zu sein»**.

Begleiten statt heilen

Mein Spezialgebiet in der Inneren Medizin sind die Infektionskrankheiten. In diesem Fach gelingt es sehr häufig, eine ursächliche Diagnose zu stellen und eine Therapie einzuleiten, die in den allermeisten



Fällen auch zu einer Heilung führt. In dieser überschaubaren Welt der Fakten, des Wissens und des Machbaren trat vor 25 Jahren eine Krankheit auf, die sich in den ersten Jahren jeder Diagnostik entzog, an der meist junge Menschen an schweren Infektionen und Tumoren erkrankten und nach kurzer Zeit verstarben. Nachdem ich mich während einigen Jahren mit dieser Krankheit Aids beschäftigt hatte, wurde mir immer mehr bewusst, dass ich diese Patienten jeweils nur über eine kurze Zeit begleiten und betreuen würde, und dass sie dann in einer sich steigernden Kadenz von schweren Komplikationen – entweder an der zweiten oder dritten Infektion oder an einem Tumor – sterben würden. Ich konnte und wollte diese Tatsache nicht akzeptieren und erlebte wohl die frustrierendste Zeit in meinem Beruf. Mein Anspruch, bzw. der Anspruch der modernen Medizin, **zu heilen**, war eine Illusion geworden. Im Inneren war ich über meine Ohnmacht tief verletzt und ich glaube heute, dass ich diese Ohnmachtgefühle auch auf meine Patienten übertragen habe. Das Gefühl *«ich kann ihnen ja doch nicht helfen»* wurde zeitweise so stark, dass ich darüber eine der wichtigsten Funktionen vergass, die ein Arzt ausüben kann.

In den Einführungsverlesungen zum Medizinstudium beschrieb Professor Gian Töndury, mein damaliger Anatomielehrer, diese Aufgabe wie folgt: *«Dem Arzt obliegt es, den kranken Menschen in einer schwierigen Lebensphase zu begleiten.»* Er verglich diese Begleitung mit der Aufgabe eines Lotsen auf einem Schiff, der während einer schwierigen Passage dem Steuermann oder dem Kapitän, der mit den örtlichen Gefahren



nicht so vertraut ist, beisteht, und der nach der Passage der schwierigen Strecke wieder aussteigt.

Es geht also darum, die Rolle des Arztes und des Patienten zu definieren. Theoretisch war mir das alles klar, es dauerte aber einige Jahre bis ich dieses Rollenverständnis auch emotional umsetzen konnte. Ich musste lernen, die Grenzen meiner Verantwortung und derjenigen des Patienten zu erkennen. In der Retrospektive hat diese Strategie wesentlich dabei mitgeholfen, meine Ohnmachtgefühle abzubauen.

Empathie

Ein weiteres Element dieser Strategie besteht darin, ein **partnerschaftliches Arzt-Patienten-Verhältnis** zu entwickeln. Es ist eine optimale Voraussetzung, den Einstieg in die emotionale Welt des Patienten zu finden und damit das **Leiden** zu erspüren. Das ist oft nicht einfach und die Frage *«wie geht es Ihnen»* oder noch schlimmer *«wie geht es uns»* hilft in den meisten Fällen auch nicht weiter. Die Antwort ist – ausser beim Hypochonder – vorprogrammiert. Schliesslich will man ja seinen Arzt nicht enttäuschen... Die Frage hingegen *«was hilft Ihnen am besten, mit Ihren Schmerzen umzugehen»* erlaubt

dem Patienten **seine** Erfahrungen einzubringen und nicht pflichtschuldig zu erklären, dass ihm die verschriebenen Schmerztabletten wunderbar geholfen hätten. Die Haltung *«als Arzt weiss ich doch was für Sie gut ist»* verunmöglicht einen Dialog, in dem ich herausfinden möchte, was die Erwartungen des Patienten sind. Das heisst unter anderem, dass ich mir die Zeit nehmen muss, **aktiv zuzuhören**. Freuen Sie sich an der Tatsache, dass Sie als AssistenzärztInnen an Ihrer zukünftigen Stelle wahrscheinlich noch keine TarMed Minuten zählen müssen, und deshalb auch einmal einfach zuhören dürfen. Aktiv zuhören bedeutet, **berührbar bleiben** für die Nöte und Ängste des Patienten. Es bedeutet, die **Trauer, Verzweiflung und Aggressionen des Patienten wahrzunehmen und die eigene Betroffenheit und Verletzbarkeit zu akzeptieren**. Ich glaube, dass das weibliche Geschlecht hier einen eminenten Evolutionsvorsprung hat.

Lotse und Kapitän

Im Versuch, ein partnerschaftliches Verhältnis zum Patienten aufzubauen, erkläre ich dem Patienten auch immer wieder Herrn Töndury's Metapher vom Lotsen und vom Kapitän. Sie hilft mir, meiner Rolle besser bewusst zu werden und ich meine, auch oft erfahren zu haben, dass die meisten Patienten für diese Klärung dankbar sind. Wenn ich als **kundiger Begleiter** auftreten kann, kommt dem Patienten automatisch eine aktivere Rolle zu, denn er hat schliesslich das Steuer in der Hand.

In die gleiche Richtung zielen Versuche, **Entscheidungsprozesse** des Patienten zu fördern. Das setzt aber voraus, dass ich die **Erwartungen des Patienten kenne**, die diagnostischen und therapeutischen **Optionen und deren Konsequenzen erkläre** und vor allem bei schwierigen Entscheidungen **dem Patienten Zeit lasse**, diese abzuwägen und ev. mit seiner Familie zu besprechen. Dem Patienten soll dabei klar sein, dass er auch meinen Vorschlag ablehnen darf, ohne mit einem «Liebesentzug» bestraft zu werden. Solche Erklärungen brauchen jedoch Zeit und diese wird wesentlich schlechter bezahlt als ein chirurgischer Eingriff oder irgendwelche technische Massnahmen. Ich fasse zusammen: Ohnmacht ist ein ständiger Begleiter im ärztlichen Beruf. Sie lähmt uns, solange wir sie nicht anerkennen. Es gibt erprobte Wege, mit ihr umzugehen:

Wir können in erster Linie versuchen, ein vertrauensvolles und **partnerschaftliches**

Arzt-Patienten-Verhältnis aufzubauen in dem **beide Partner ihre Rolle kennen** und ausüben. In meiner Rolle als Arzt will ich **für den Patienten berührbar bleiben, Empathie vermitteln**. Als Lotse kann ich dazu beitragen, **Entscheidungsprozesse** beim **Patienten zu fördern**, indem ich von ihm nicht eine Zustimmung (einen informed consent) verlange, sondern ihm Zeit lasse für eine Abwägung und Entscheidung. Ich bin fest davon überzeugt, dass Sie in der Rolle des kundigen Begleiters unendlich viel Befriedigung in Ihrem Beruf erleben werden.

Spirituelle Ebene

Gestatten Sie mir zum Schluss noch einmal den Bogen nach Zimbabwe zurück zu schlagen?

Im Titel meines Vortrages habe ich Ihnen versprochen, über medizinische und andere Erfahrungen aus dem südlichen Afrika zu berichten.

In der naturwissenschaftlichen Medizin der westlichen Welt verstehen wir Krankheiten als exogene und endogene Schädigungen, die auf Körper und Seele einwirken. Wir versuchen, sie mit naturwissenschaftlichen Methoden nachzuweisen und mit rational begründbaren Verfahren zu diagnostizieren und zu beeinflussen. Dr. Solange Nzimagne-Gölz aus Kamerun, die seit vielen Jahren in Berlin arbeitet, hat in einer für mich sehr gut verständlichen Art die Charakteristik der traditionellen afrikanischen Medizin umschrieben: Danach stützt diese sich auf eine naturreligiöse Vorstellung, dass der einzelne Mensch unlösbar in einem kosmologischen Zusammenhang eingebettet ist. Ein Kontinuum aller Generationen, Geister und Gottheiten spendet dem ein-

zeln seine Lebenskraft. In dieser Deutung ist Krankheit eine **Minderung der Lebenskraft**. Sie resultiert aus gestörten Beziehungen zu den kosmischen Mächten und den Menschen seiner Umgebung. Krankheitsursachen lassen sich nur mit dem Wissen dieser Zusammenhänge erfassen. Sie lassen sich immer auf Handlungen und Gedanken zurückführen, die gegen die geltenden Regeln gerichtet sind. Beispiele dafür sind Verstösse gegen ein Tabu, gegen Forderungen der Ahnen, gegen Regeln der Dorfgemeinschaft, Fehlverhalten gegenüber Angehörigen oder Nachbarn oder Zauberei durch Neid und Hass anderer.

Als naturwissenschaftlich ausgebildeter Arzt war es für mich ausserordentlich schwierig, solche Zusammenhänge zu erfassen, nicht nur weil sie meinem Krankheitsverständnis sehr fremd waren, sondern weil es auch tabu ist, darüber zu sprechen. Auch westlich ausgebildete Afrikaner, die sich in ihrem Lebensstil in einer Grossstadt wie Harare nicht viel von ihren europäischen Altersgenossen unterscheiden, praktizieren diese Dualität westlicher und traditioneller Medizin. Dass dieses Nebeneinander zu emotionalen Konflikten führen kann, ist für jeden einfühlbar. Aber häufig beobachte ich einen Heilungsverlauf, der nach rationalen Gesichtspunkten einfach nicht zu erwarten war. Es gibt eben Dinge zwischen Himmel und Erde, von denen unsere Schulweisheit nur träumen könnte.

Quintessenz dieser Erfahrungen ist für mich, dass es neben **Wissen, Erfahrung und Intuition** noch die **spirituelle Ebene** in der Medizin gibt. Es braucht eine innere Öffnung, um diese Dimension zu sehen. Ich wünsche Ihnen, dass Sie in Ihrem beruflichen und persönlichen Leben von allen vier Ebenen profitieren dürfen.



Prof. Dr. Lüthy mit seinem Team

Gründerzentrum

Planen Sie, eine Praxis zu übernehmen oder neu zu eröffnen? Suchen Sie Antworten auf juristische Fragen oder sind Sie sich über Ihren Businessplan nicht sicher? Das Gründerzentrum Bern bietet kompetente Unterstützung beim Einstieg in die Selbständigkeit.

Die Genossenschaft GründerZentrum ist eine Non-Profit Organisation und arbeitet mit einem Leistungsauftrag der Wirtschaftsförderung des Kantons Bern.

Am **14. September 2006** findet im GründerZentrum Bern der **«Tag des Jungunternehmers»** statt. Der Anlass richtet sich an Interessierte, die sich mit dem Thema **Selbständigkeit** auseinandersetzen.

Weitere Informationen finden sich auf der Website www.grueze.ch.



Kontakt: GründerZentrum Bern
Wankdorffeldstrasse 102, Postfach 261, 3000 Bern 22
Telefon 031 335 62 62
www.grueze.ch



Unser Doktor heisst René.

Eine Frage, ein Anruf, eine Antwort. Und wenn René nicht zu sprechen ist, dann Hélène, Egidio, Ernst oder Hans. Insgesamt sind 5 FAMH-Spezialisten für Sie da und helfen gerne bei der Beurteilung und Interpretation der Ergebnisse. Versteht sich: alle mit über 20-jähriger Laborerfahrung. Aber Freude an der Arbeit wie am ersten Tag. Wie unsere 45 anderen MitarbeiterInnen auch, Doktor hin oder her.

Medics Labor AG
Chutzenstrasse 24
3001 Bern
info@medics-labor.ch
www.medics-labor.ch

medics labor
professionell und persönlich

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44



Genau unsere
Kragenweite!

Die Ärztekasse versteht sich blendend mit Ihrer Software!

Nur weil Sie in Ihrer Praxis nicht mit der Software der Ärztekasse arbeiten, müssen Sie nicht auf deren Fakturierungs- und Finanzdienstleistungen verzichten. Die meisten Computerprogramme produzieren ihre Daten im XML-Format, so dass sie von der Ärztekasse problemlos übernommen und weiterverarbeitet werden können.

Die Ärztekasse ist Partner des MEDISERVICE VSAO-ASMAG

A K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Praxismanagement und Outsourcing

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



Präsident

Dr. med. **Jürg Schlup**
FMH Allgemeinmedizin
Exec. MBA-HSG

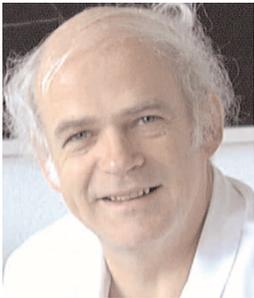
Bernstrasse 127, 3052 Zollikofen
Telefon 031 911 18 44
Fax 031 911 71 55
E-Mail schlup@hin.ch



Vizepräsident

Dr. med. **Christian Gubler**
FMH Chirurgie

Effingerstrasse 45, 3008 Bern
Telefon 031 381 11 10
Fax 031 382 08 84
E-Mail cgubler@hin.ch



Wissenschaftlicher Sekretär

Prof. Dr. med.
Heinz Zimmermann
Chefarzt Notfallzentrum Inselspital
3010 Bern
Telefon 031 632 21 11
Fax 031 632 21 81
E-Mail heinz.zimmermann@insel.ch



Bern-Stadt

Dr. med. **Daniel Marth**
FMH Urologie

Zeughausgasse 18, 3011 Bern
Telefon 031 311 12 33
Fax 031 311 12 93
E-Mail dmarth@hin.ch



Oberaargau

Dr. med. **Andreas Bieri**
FMH Allgemeinmedizin

Schorenstrasse 3, 4900 Langenthal
Telefon 062 923 15 55
Fax 062 923 15 56
E-Mail birag@hin.ch



Biel-Seeland

Dr. med. **Marcel Stampfli**
FMH Hals-, Nasen- und Ohren-
krankheiten

Silbergasse 9, 2502 Biel
Telefon 032 322 26 24
Fax 032 322 27 74
E-Mail marcel.stampfli@hin.ch



Vizepräsident

Dr. med. **Thomas Heuberger**
FMH Innere Medizin
Seehof
Staatsstrasse 16, 3652 Hilterfingen
Telefon 033 243 33 66
Fax 033 243 33 85
E-Mail tom.m.heuberger@bluewin.ch



Sekretär

Dr. iur. **Thomas Eichenberger**
Fürsprecher

Bolligenstrasse 52, 3006 Bern
Telefon 031 330 90 00
Fax 031 330 90 03
E-Mail bekag@hin.ch



Sekretariatsleitung
Piroshka Wolf

Bolligenstrasse 52, 3006 Bern
Telefon 031 330 90 00
Fax 031 330 90 03
E-Mail pwolf@hin.ch



Bern-Land

Dr. med. **Beat Gafner**
FMH Allgemeinmedizin

Zur Station 7, Postfach,
3145 Niederscherli
Telefon 031 849 20 24
Fax 031 849 20 54
E-Mail praxigaf@hin.ch



Pierre-Pertuis

Dr. med. **Roland Brechbühler**
FMH Allgemeinmedizin

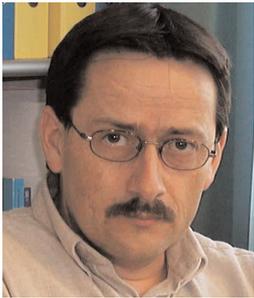
13, Grand-Rue, 2606 Corgémont
Telefon 032 489 11 67
Fax 032 489 25 61
E-Mail r.brechbuehler@hin.ch



Thun/Umgebung

Dr. med. **André Roten**
FMH Innere Medizin und
Gastroenterologie

Mittlere Strasse 3, 3600 Thun
Telefon 033 225 05 50
Fax 033 223 05 23
E-Mail roten.thun@bluewin.ch



Emmental
Dr. med. **Peter Baumgartner**
FMH Psychiatrie/Psychotherapie

Oberburgstrasse 67, 3400 Burgdorf
Telefon 034 420 70 00
Fax 034 420 70 01
E-Mail praxis-baumgartner@bluewin.ch



Vertreter der Gesundheitsdirektion
Prof. Dr. med. **Hans Gerber**
Kramgasse 20
3011 Bern
Telefon 031 633 79 30
Fax 031 633 79 29
E-Mail huegerber@bluewin.ch
prof.gerber@gef.be.ch



Vertreter VR Inselspital
Dr. med. **Beat Geering**

Lempigenstrasse 23, 3457 Wasen i.E.
Telefon 034 437 13 73
Fax 034 437 17 97
E-Mail b.geering@bluewin.ch



Vertreter des VSAO Sektion Bern
Christoph Mast

Psychiatrisches Ambulatorium, SRO
4704 Niederbipp
Telefon 079 757 48 76
E-Mail chmast@swissonline.ch



Leiter Verhandlungsdelegation
Urs Hofer
Fürsprecher

Museumstrasse 10, Postfach 106,
3000 Bern 6
Telefon 031 350 00 30
Fax 031 350 00 31
E-Mail u.hofer@hofer-advokatur.ch



Presse- und Informationsdienst
Peter Jäger

Forum der Wirtschaft
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8
Telefon 031 310 20 99
Fax 031 310 20 82
E-Mail jaeger@forumpr.ch



Engeres Oberland
Dr. med. **Manfred Studer**
FMH Chirurgie

Spital Interlaken
Weissenaustrasse 27, 3800 Unterseen
Telefon 033 826 27 65
Fax 033 826 23 53
E-Mail manfred.studer@spitalfmi.ch



Vertreter der med. Fakultät der Uni Bern
Prof. Dr. med. **Martin Täuber**
Dekan
Murtenstrasse 11, 3010 Bern
Telefon 031 632 35 53
Fax 031 632 49 94
E-Mail martin.taeuber@ifik.unibe.ch



Vertreter Spitaltätige Ärzte
Prof. Dr. med. **Hans-Jakob Peter**

Med. Abt. Anna Seiler,
Inselspital, 3010 Bern
Telefon 031 632 23 66
Fax 031 632 96 89
E-Mail hans-jakob.peter@insel.ch



Vertreter PonteNova
Dr. med.
Hans-Werner Leibundgut

Kerzersstrasse 4, 3225 Müntschemier
Telefon 032 313 20 77
Fax 032 313 14 94
E-Mail hans.w.leibundgut@hin.ch



Ombudsmann
Dr. med. **H.J. Rytz**

Bolligenstrasse 52, 3006 Bern
Telefon 031 330 90 00
Fax 031 330 90 03
E-Mail hj.rytz@bluewin.ch



Presse- und Informationsdienst
Marco Tackenberg

Forum der Wirtschaft
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8
Telefon 031 310 20 99
Fax 031 310 20 82
E-Mail tackenberg@forumpr.ch

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.

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



1. Bundestag Schweizerische Ärzteschaft 2004, 45. Nr. 20/20