



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Nr. 1 / Februar 2010
www.berner-aerzte.ch

Themen dieser Ausgabe:

Rücktritt von Prof. Hans Gerber
als Kantonsarzt 2

Kritische Bemerkungen zur
Teilrevision des Heilmittel-
gesetzes, II. Etappe 2

Jubiläums- Interview Sekretär
Dr. Th. Eichenberger 5

Rückblick auf das 200-Jahr-
Jubiläum der Ärztesgesellschaft
des Kantons Bern:
Von der Geselligkeit zur
Standespolitik 7

Welche Krankenversicherer
braucht es noch? 11

Attraktive Geschäftsmodelle
für Kreditvergaben im Gesund-
heitswesen 12

Als Patient haben Sie Rechte 13

Für die Angst vor der
Rationierung im Gesund-
heitswesen ist es zu spät 15

Kandidierende
für den Regierungs- bzw.
Grossrat 2010 17



Die nahe Zukunft: Kooperation und Konzentration

Auslöser für die aktuellen Konzentrationsprozesse in Spital und Praxis ist der Wettbewerb, der sich zur Zeit vorwiegend in Form von Fallpauschalen und Managed Care manifestiert. Ärzteschaft und Spitäler überdenken ihre strategischen Positionen und passen sich zielgerichtet den neuen Gegebenheiten an. Ärztegruppen und Spitalgruppen werden innert weniger Jahre über verschiedene Versorgungsstufen und zwischen mehreren Gruppen vertraglich zusammenarbeiten.

Kein Autonomieverlust

Dabei werden wir Ärztinnen und Ärzte wenig medizinische Autonomie verlieren. Die Angst vieler Patienten vor Qualitätseinbussen bei der Gesundheitsversorgung – davor, dass ökonomische Auflagen uns Behandlungsverfahren aufzwingen, wird unsere Therapie-Autonomie schützen. Das Gesundheitswesen wird zum Markt, aber dieser Markt bleibt regional. Anreisezeiten werden nur bis zu einer gewissen Verlängerung akzeptiert werden. Die Akutversorgung bleibt damit dezentral, wenn auch anders als heute.

Leistungsverschiebung

Das vom Markt bzw. von Politik und Öffentlichkeit geforderte integrierte medizinische Leistungsangebot über die ganze Behandlungskette stellt Ärzte und Spitäler vor grosse Herausforderungen. Entsprechend kompatible Informationsnetzwerke und die Zusammenlegung von Gebäudeinfrastruktur erfordert einen enormen Kapitalaufwand, den wir – unter Kostendruck stehende Ärzte (und Spitäler) – nicht ohne weiteres aufzubringen bereit und fähig sind. Aus Kostengründen wird in integrierten Versorgungsnetzwerken die heute zentrale Stellung der Spitäler zu Gunsten von grundversorgenden und interdisziplinären Ärztegruppen an Gewicht verlieren werden. Die damit verbundene Leistungsverschiebung vom stationären hin zum ambulanten Sektor wird zu Interessenskonflikten führen. Dabei werden Konflikte nur in zweiter Linie um Spitalärzte entstehen, welche ihre Versorgungsinstitution aufrechterhalten wollen. In erster Linie wird die vertragliche Integration von bis anhin unabhängig praktizierenden Ärzten in die Strukturen von privat organisierten Versorgungssystemen zu Spannungen führen.

Konzentration

Diesen Konzentrationsprozess wird unser Kanton kaum finanzieren können. Er wird sich durchaus daran beteiligen. Realisieren und finanzieren werden diesen integrierten Strukturreubau wahrscheinlich vorwiegend private und institutionelle Investoren, Privatspitäler sowie die praktizierenden Ärzte!

Falls Sie noch keine Kooperationsitzung terminiert haben, dann sollten Sie dies bald tun. Der Markt drückt.

Jürg Schlup,
Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Rücktritt von Prof. Hans Gerber als Kantonsarzt

Professor Hans Gerber tritt auf Ende Februar 2010 von seinem Amt als Berner Kantonsarzt zurück. Er war seit 1. März 2005 insgesamt 5 Jahre als Kantonsarzt tätig.

Jürg Schlup, Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Prof. Hans Gerber blickt auf eine beeindruckende berufliche Karriere zurück: Von 1988 bis 2002 war er am Inselspital angestellt. In dieser Zeit leitete er unter anderem die Abteilung Proteindiagnostik und auswärtige Analysen, war geschäftsführender Co-Direktor des Chemischen Zentrallabors sowie Co-Geschäftsleiter des Departements Hämatologie, Onkologie, Infektiologie, Labor-Medizin und Spitalpharmazie. Später gehörte er als Direktor Lehre und Forschung und als Direktor Medizinische Dienstleistung der Inselspitalleitung an. Nach seinem Rücktritt am Inselspital war er wenige Jahre in der Privatwirtschaft tätig.

Als Kantonsarzt war er Leiter des Kantonsarztamtes und damit zuständig für die medizinischen Belange der Gesundheitsvorsorge und -förderung, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und für medizinische Fragen der stationären und ambulanten Versorgung; daneben für die Aufsicht über die Berufe im Gesundheitsbereich und für die Erteilung diesbezüglicher Bewilligungen und



Zulassungen. In seine Amtszeit fiel die Pandemieplanung, ausgelöst durch SARS und Vogelgrippe, aktuell und vorläufig finalisiert

durch H1N1. Besondere Unterstützung erhielten wir durch ihn in der Reorganisation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes, beim finanziellen Beitrag des Kantons an Medphone und bei der aktuell laufenden Revision des Gesundheitsgesetzes.

Gesundheitspolitisch aktiv war er als langjähriger Vorsitzender der Gesundheitskommission der Kantonalbernerischen SVP. Als Kantonsarzt war er Mitglied des Vorstandes unserer Ärztesgesellschaft, nahm rege an den Vorstandssitzungen teil und nutzte diese für den Meinungsaustausch. Mit Hans Gerber zieht sich eine Persönlichkeit und ein Kollege aus dem ärztlichen Berufsleben zurück, der mit seinem gesundheitspolitischen Engagement das Bernische Gesundheitswesen mitgeprägt hat.

Hans Gerber – im Namen des Vorstandes unserer Ärztesgesellschaft danke ich Dir für Dein Engagement zu Gunsten der Kranken und der Ärzteschaft.

Kritische Bemerkungen zur Teilrevision des Heilmittelgesetzes II. Etappe



Dr. iur. Thomas Eichenberger,
Sekretär der
Ärztesgesellschaft des
Kantons Bern

1. Allgemeine Bemerkungen zur Vorlage

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat im Oktober 2009 einen Vorentwurf für eine 2. Teilrevision des Heil-

mittelgesetzes HMG (Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte) in die Vernehmlassung geschickt. Die Revisionsvorlage ist sehr umfangreich. Alleine der erläuternde Bericht umfasst 113 Seiten. Das Parlament hat beim Heilmittelgesetz, welches am 1. Januar 2002 in Kraft trat, in verschiedenen Punkten Handlungsbedarf geortet. Weil die Schweiz droht, den Vorsprung bezüglich der Qualität des Heilmittelwesens und die Attraktivität als Herstellerstandort einzubüssen, sollen vor allem der Zugang der Bevölkerung zu Arzneimitteln (u.a. Förderung der Selbstmedikation) und die Überwachung des Marktes (vor allem strengere Auflagen für die Firmen vor und nach erfolgter Zulassung) verbessert werden. Die bestehenden Marktzutrittsbestimmungen wurden kritisch über-

prüft. So sollen insbesondere die vereinfachte Zulassung von synthetischen Arzneimitteln sowie von Komplementär- und Phytoarzneimitteln verbessert und neu dringend erforderliche, detaillierte Bestimmungen über die Abgabe von Arzneimitteln und Arzneimitteltherapie in der Kinderheilkunde aufgenommen werden. Soweit es um den reinen Nachvollzug von EG-Recht (z.B. wesentlich strengere Bestimmungen im Bereich der Pharmakovigilanz, elektronisch verfügbare Arzneimittelinformation, etc.) geht, dürfte die Vorlage in wesentlichen Teilen unbestritten sein.

Die Vorlage ist sehr stark etatistisch geprägt. Sie stammt offensichtlich aus der Feder von Bürokraten, welche geneigt zu sein scheinen, den gesamten Heilmittelmarkt als etwas Verwerfliches zu betrachten und permanent vollumfänglich durchleuchten zu müssen, um angebliche Missstände aufdecken zu können. Die Absicht, bisherige Regelungen zu vereinfachen, gelingt mit der Vorlage – wenn überhaupt – höchstens teilweise. Der Drang, zusätzliche Regulie-

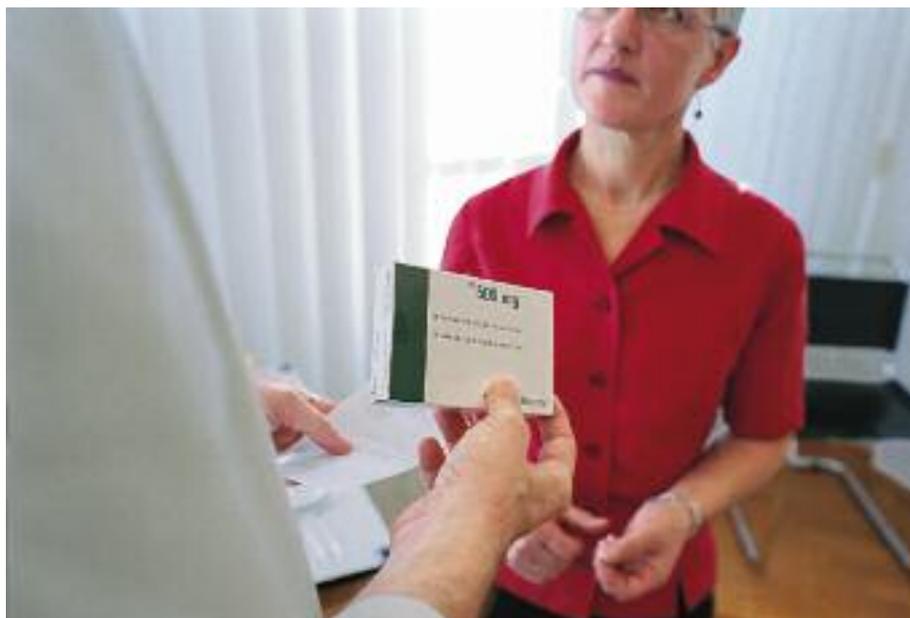
rungen einzuführen, überwiegt gegenüber der eigentlich notwendigen Disziplin, sich auf das Wesentliche zu beschränken.

Dies zeigt sich insbesondere an der vorgeschlagenen Neuregelung der **geldwerten Vorteile** (Art. 57a und 57b HMG), an den **Offenlegungspflichten** (Art. 57b lit. c Ziff. 1 und Art. 57c HMG), am **Whistleblower-Artikel** (Art. 59 Abs. 7), an der Möglichkeit, Referentinnen und wissenschaftliche **Gutachter im Verwaltungsverfahren nur noch mit deren Einverständnis bekannt geben** zu müssen (Art. 84 Abs. 1bis) sowie an der vorgesehenen **Verschärfung der Strafbarkeiten** (Art. 86, 86a, 86b [Verstoss gegen Art. 57a HMG neu als Vergehen] und 87 HMG; siehe insbesondere auch die vorgesehene Verschärfung des Art. 102 Abs. 2 StGB: konkurrierende Unternehmenshaftung). Die vielgepriesene Kohärenz im Rahmen eines funktionierenden Gesamtsystems bleibt insbesondere im Rahmen der auch in dieser Vorlage immer noch **fehlenden Harmonisierung zwischen dem Korruptionstatbestand des HMG und der Weitergabepflicht nach KVG** auf der Strecke. Die Übertragung von Aufgaben im Rahmen des Vollzugs des Korruptionstatbestandes auf das BAG macht bei genauerer Betrachtung keinen Sinn.

Beim Studium der Vorlage fällt insbesondere auf mit wie viel Akribie sich die Behörden gerade mit denjenigen Aufgaben befassen, welche meines Erachtens ganz klar nicht die Kernkompetenz von Swissmedic (nachfolgend: Institut) betreffen. Obwohl der Grund dafür in den parlamentarischen Diskussionen liegen dürfte, ändert dies nichts daran, dass sich der Heilmittelgesetzgeber nicht über den Verfassungsauftrag und den bereits bestehenden Zweckartikel des Heilmittelgesetzes hinwegsetzen darf. Diese Bemerkung bezieht sich zum einen auf die Neuregelung der geldwerten Vorteile (Korruptionstatbestand im HMG; bisher in Art. 33 HMG neu Art. 57a, 57b und 57c HMG) und zum anderen natürlich vor allem auf die Absicht, der Ärzteschaft die Selbstdispensation wegzunehmen.

2. Verbot der Selbstdispensation

Das vorgesehene Verbot der Selbstdispensation erstreckt sich meines Erachtens auch auf die Abgabe im Rahmen der Erstversorgung (Streichung des bisherigen Art. 24 Abs. 1 lit. b HMG, welcher bisher auf die autonome Regelung der Selbstdispensationen in den Kantonen verwies). Eine Ausnahme soll lediglich dann noch möglich sein, wenn der Kanton weitere Medizinalpersonen zur Arzneimittelabgabe zulässt, sofern die nächste öffentliche Apotheke mit



Es ist umstritten, ob die ärztliche Medikamentenabgabe in der Schweiz zu Mehrkosten im Vergleich zum Apothekerkanal führt.

Foto: Keystone

einem öffentlichen Verkehrsmittel nicht mit einem angemessenen zeitlichen Aufwand erreichbar ist (neuer Art. 25a HMG).

Eine sorgfältige Analyse der Begründung im Vortrag zeigt, dass es sich bei dieser Idee um eine Missgeburt handelt, welche mit seriöser Gesetzgebung nichts zu tun hat, und einzig dazu dient, aus welchen Gründen auch immer, wieder einmal politisch gegen die Ärzteschaft vorzugehen. Insbesondere die folgenden Argumente sind nicht stichhaltig:

1. Von erwiesener Fehlregulierung mit falschen Anreizstrukturen zu sprechen, ist verfehlt, weil – auch wissenschaftlich – bestritten ist, ob die Selbstdispensation **in der Schweiz** zu Mehrkosten im Vergleich zum Apothekerkanal führt.
2. Die Schweiz richtet ihre Gesetzgebung in zentralen Fragen der Versorgung der Bevölkerung nie danach aus, welche Regelungen in den umliegenden Ländern oder in einem Land der OECD gelten. Ein Sonderfall im europäischen Kontext zu sein, ist keineswegs fragwürdig, weil die **Bevölkerung** in der Schweiz **selber entscheidet**, welches Versorgungsmodell sie möchte. Die bisherige Regelung auf kantonaler Stufe trägt dieser Tatsache ausreichend Rechnung.
3. Das EDI behauptet, die ärztliche Selbstdispensation könne zu einer Gefährdung der Arzneimittelsicherheit führen. Dies trifft nicht zu. Die ärztliche Tätigkeit unterliegt der strengen Vorschrift des Art. 26 HMG, wonach bei der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln die **anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wis-**

senschaften beachtet werden. Hinzu kommen die strengen Vorschriften über die ärztliche Aufklärung. Wird nicht richtig aufgeklärt, so haftet der Arzt kausal für allenfalls auftretende durch das Arzneimittel verursachte Gesundheitsschäden.

4. Damit ist auch die völlig absurde Behauptung, aus volkswirtschaftlicher Sicht mache es keinen Sinn, **zwei universitäre Ausbildungen** betreffend Umgang mit und Einsatz von Arzneimitteln anzubieten, vollständig entkräftet. Allein für die Verschreibung brauchen die Ärztinnen und Ärzte bereits die Bildungsausgaben, die das EDI einsparen will.

3. Geldwerte Vorteile

Art. 57a (neu) Verbot geldwerter Vorteile
Zu begrüssen ist wohl aus Gründen der Praktikabilität die Präzisierung des Absatzes 1, wonach künftig eine **allgemeine Eignung** bzw. eine abstrakte Gefährdung, **das Verschreibungs-, Abgabe- oder Anwendungsverhalten bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln negativ zu beeinflussen**, bei der Gewährung geldwerter Vorteile für eine Erfüllung des Korruptionstatbestandes ausreichen soll.

Sowohl die Einschränkung auf verschreibungspflichtige Arzneimittel (lit. a) als auch die Ausdehnung der Bestimmung auf die höherschwelligen Medizinprodukte (lit. b) machen vor dem Hintergrund Sinn, dass der Tatbestand vor allem dann greifen soll, wenn eine erhebliche Gesundheitsgefährdung droht. Die erwähnten Arzneimittel und

Medizinprodukte haben erfahrungsgemäss das grössere Gefährdungspotential als nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte der Klasse I. Mit der erwähnten Einschränkung wird dem Verhältnismässigkeitsprinzip Rechnung getragen, welches es rechtfertigt, die für die Verfolgung zuständigen Behörden nicht mit Bagatellfällen zu belasten.

Die Formulierung im Absatz 3, wonach die geldwerten Vorteile bei adäquaten Gegenleistungen zulässig sein sollen, ist aus ökonomischer und betriebswirtschaftlicher Sicht zu begrüssen. Allerdings sollte die Bestimmung noch weiter vereinfacht werden (soweit ihnen diese nicht bereits anderweitig vergütet werden oder von Nutzen sind ist zu streichen).

Art. 57b (neu) Ausnahmen

Die vorgesehene Formulierung der Ausnahmen stellt zweifellos einen Fortschritt im Vergleich zum heutigen Art. 33 HMG dar. Die unbestimmten Rechtsbegriffe «handelsüblich» und «betriebswirtschaftlich gerechtfertigt» haben zu erheblicher Rechtsunsicherheit geführt.

Die in den lit. a, b und c aufgeführten Fallgruppen erscheinen sinnvoll. Die in diesem Zusammenhang neu vorgesehene Verpflichtung sämtlicher Akteure der Arzneimittelvertriebskette, über gewährte **Rabatte und Rückvergütungen** Buch zu führen, geht aber sehr weit.

Die Bestimmungen im Bereich des HMG sollten sich im Sinne eines reinen Korruptionstatbestandes vernünftigerweise auf den Gesundheitsschutz und auf verpönte Verhaltensweisen beschränken, welche im Rahmen der Abgabe von Arzneimitteln eine abstrakte Gesundheitsgefährdung bewirken könnten. Das KVG hat sich dagegen ausschliesslich mit der Zurverfügungstellung bestimmter Arzneimittel zu möglichst günstigen Kosten und in diesem Zusammenhang auch mit der Weitergabepflicht bei Vergünstigungen nach KVG zu befassen.

Die saubere Trennung beider Bereiche setzt voraus, die Erfüllung der Weitergabepflicht als Voraussetzung für die Erfüllung einer ausnahmsweisen Zulässigkeit nach HMG auf Situationen zu beschränken, in denen die Weitergabepflicht bereits nach KVG besteht.

Einzig nicht in der SL figurierende Arzneimittel der Kategorien A und B fallen dabei scheinbar zwischen Stuhl und Bänke. Diesbezüglich erweist sich die Weitergabepflicht indessen bei genauerer Betrachtung als dem HMG fremdes Regulierungselement und als unpraktikabel, weil beispielsweise nicht geregelt wird, an wen in diesem Fall Rückvergütungen auf Gesamt-

umsätzen mit mehreren Arzneimitteln der selben Firma weitergegeben werden sollen. Nach dem Gesagten sollte die **Zulässigkeit bestimmter geldwerter Vorteile** (Rabatte und Rückvergütungen) **von der Einhaltung der Weitergabepflicht nach KVG abhängig** gemacht werden. Offenbar kennt Österreich eine vergleichbare Regelung. Die erwähnte, sehr geringfügige Lücke im Zusammenhang mit Nicht-SL-Produkten der Abgabekategorien A und B kann in Kauf genommen werden.

Art. 57c (neu) Offenlegungspflichten

In der Vorlage werden die **Kostenfolgen** der Umsetzung, insbesondere was die neu vorgesehenen Buchführungs- und Offen-

legungspflichten anbelangt, **nicht thematisiert**. Das berühmte Kosten-Nutzen-Verhältnis bleibt somit bezüglich des Korruptionstatbestandes völlig im Dunkeln, denn auch der vermeintliche Schaden ist – wie das EDI im erläuternden Bericht selber zugeibt – nicht bezifferbar.

Die neuen Bestimmungen könnten in der Vorstellung der zuständigen Behörden womöglich auch nur dazu dienen, mit strengeren Transparenzvorschriften aufwändig zu genauerer Kenntnis der Marktverhältnisse (die sie eigentlich kennen sollten) zu gelangen, um daraus wiederum Handlungsbedarf für noch strengere Vorschriften ableiten zu können.

4. Auflistung der Art. 57a, 57b und 57c des Entwurfs

2a. Abschnitt (neu): Vorteilsverbot und Offenlegungspflicht

Art. 57a (neu) Verbot geldwerter Vorteile

¹ Personen, die Heilmittel verschreiben, abgeben oder anwenden, sowie Organisationen, die solche Personen beschäftigen, dürfen keine geldwerte Vorteile angeboten oder gewährt werden, die geeignet sind, die Verschreibung, Abgabe oder Anwendung folgender Heilmittel zu beeinflussen:

- verschreibungspflichtige Arzneimittel;
- Medizinprodukte, mit Ausnahme bestimmter, vom Bundesrat festgelegter Kategorien.

² Solche Personen und Organisationen dürfen derartige Vorteile weder fordern noch annehmen.

³ Keine geldwerten Vorteile sind Abgeltungen für gleichwertige Gegenleistungen der betreffenden Personen oder Organisationen, soweit ihnen diese nicht bereits anderweitig vergütet werden oder von Nutzen sind.

Art. 57b (neu) Ausnahmen

Vom Verbot nach Artikel 57a ausgenommen sind:

- geldwerte Vorteile von bescheidenem Wert, die den in Artikel 57a Absatz 1 erwähnten Personen gewährt werden, sofern sie für deren medizinische oder pharmazeutische Praxis von Belang sind;
- Unterstützungsbeiträge, namentlich für Forschungstätigkeiten, die den in Artikel 57a Absatz 1 erwähnten Organisationen gewährt werden, sofern bestimmte, vom Bundesrat festgelegte Kriterien erfüllt sind;
- geldwerte Vorteile, die beim Heilmittelleinkauf in Form von Preisrabatten oder Rückvergütungen gewährt werden, sofern sie:
 - in den Belegen und Rechnungen sowie in den Geschäftsbüchern der in Artikel 57a Absatz 1 erwähnten Personen und Organisationen ausgewiesen sind, und
 - an die Konsumentinnen und Konsumenten oder deren Versicherer weiter gegeben werden.
- die zeitlich beschränkte Abgabe unverkäuflicher Musterpackungen in kleiner Anzahl.

Art. 57c (neu) Offenlegungspflichten

¹ Personen, die Heilmittel verschreiben, abgeben oder anwenden, sowie Organisationen, die solche Personen beschäftigen, sind verpflichtet, ihre Kundschaft in geeigneter Weise zu informieren über:

- eigene Beteiligungen an Unternehmen, die Heilmittel herstellen oder in Verkehr bringen;
- Tätigkeiten in Führungs- und Aufsichtsgremien, Beiräten und ähnlichen Gremien solcher Unternehmen sowie Beratungs- oder Expertentätigkeiten für diese;
- Beteiligungen solcher Unternehmen an ihrer eigenen medizinischen oder pharmazeutischen Praxis oder Organisation.

² Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen.

Jubiläums-Interview Eichenberger – Seit 20 Jahren im Dienste der BEKAG

«Das Verbandsleben war gemütlich»

Thomas Eichenberger berät seit zwei Dekaden die Ärztesgesellschaft als juristischer Sekretär. Anlässlich seines Jubiläums sprach doc.be mit ihm über Veränderungen seines Aufgabenfeldes, Anekdoten aus dem Verbandsleben der 1990er Jahre und welche etymologische Bedeutung sich hinter dem Wort «Sekretär» verbirgt.

Interview: Marco Tackenberg und Markus Gubler,
Presse- und Informationsdienst

doc.be: Sie sind seit 20 Jahren Sekretär der BEKAG. Wie hat sich Ihr persönliches Aufgabenfeld im Laufe der Zeit gewandelt?

Thomas Eichenberger: Meine Aufgabe beschränkte sich ursprünglich auf das Erteilen von telefonischen und schriftlichen Rechtsauskünften, auf Besprechungen mit Mitgliedern, auf das Abfassen der wichtigeren Korrespondenz für die Ärztesgesellschaft und den Präsidenten und auf die vereinsrechtliche Organisation der Sitzungen. Wichtige Zusatzaufgaben wie die Organisation der Ständekommission, Verhandlungen mit den Krankenversicherern, etc. bestanden aber auch schon damals.

Heute haben wir mit Oliver Macchi einen zweiten promovierten Juristen im Teilzeitpensum angestellt. Er kümmert sich mehrheitlich um die professionelle Rechtsberatung und ist zu bestimmten Zeiten für die Mitglieder immer erreichbar. Der Sekretär hat heute natürlich mehr und Anderes zu tun als früher. Es sind mehr Sitzungen und mehr Kontakte als früher, die gepflegt werden müssen. Die politische und strategische Beratungsfunktion hat zugenommen. Wir müssen uns von Bern aus vermehrt in die eidgenössische Politik einmischen und tun dies auch. Bei wichtigen gesundheitspolitischen Fragen verlieren wir sonst jegliches Mitspracherecht und jeglichen Einfluss.



«Die politische und strategische Beratungsfunktion hat zugenommen. Wir müssen uns von Bern aus vermehrt in die eidgenössische Politik einmischen und tun dies auch.»

Foto: Marco Tackenberg

Welche Themen dominierten 1990 die gesundheitspolitische Debatte? Was beschäftigte die Ärzte damals?

Damals ging es schwergewichtig um Tariffragen bzw. die Verhandlungen drehten sich regelmässig um Teuerungsanpassungen des Vertragstarifes. Schon damals waren die Verhandlungen schwierig. Wir konnten aber im Gegensatz zu heute ab und zu noch eine teilweise Teuerungsanpassung erreichen. Bei der Ausgestaltung des Blocktarifs und bei der Handhabung hatten wir wesentlich mehr Handlungsspielraum als mit dem heutigen Einzelleistungstarif TARMED, der gesamtschweizerisch festgelegt wird.

Es ging in den 1990er Jahren aber auch um die Einführung des Obligatoriums in der sozialen Krankenversicherung. Die Ärztesgesellschaft hatte sich damals aus grundsätzlichen Überlegungen eher dagegen gestemmt und auch erfolglos versucht, die FMH zu überzeugen. Die Folgen der Einführung des Obligatoriums sind heute noch spürbar. Der Tarifschutz im ambulanten Bereich ist strikt und die Abrechnungsberechtigung aller Ärztinnen und Ärzte (Vertragszwang) wird immer wieder in Frage gestellt. Die Abhängigkeit unserer Mitglieder von der Sozialversicherung hat stark zugenommen.

Erzählen Sie uns bitte Anekdotisches über das Verbandsleben in den 1990er Jahren!

Das Verbandsleben war gemütlich. Man pflegte die Begegnung unter Kolleginnen und Kollegen, wobei das fröhliche Beisammensein bei Speis und Trank eher im Vordergrund stand. Die Mitglieder und Verbandsorgane hatten noch Zeit und nahmen sich Zeit für standespolitische Anlässe, auch für Ausflüge. Bei Delegiertenversammlungen und Vorstandssitzungen hatte man zwar eine Traktandenliste abzuarbeiten. Doch bereits während der Sitzungen wurde geraucht, so dass man den Eindruck gewann, dass die Sitzungen früher viel eher der Vorbereitung des anschließenden gemütlichen Teils dienten.

Sie haben mittlerweile schon drei BEKAG-Präsidenten erlebt. Wie haben sie sich unterschieden?

Walter Flury war die alte Schule in Person. Er hatte einfach Stil, war stets höflich im Auftreten, aber hart in der Sache. Als praktizierender Arzt bewahrte er den liberalen Geist des Unternehmers. Er konnte jeden Verhandlungspartner mit einfachen Aussagen und Beispielen innert Kürze überzeugen.

Reinhold Streit war dagegen mit Herz und Seele Chefarzt. Von daher hatte er weniger Mühe, bestehende Hierarchien und Machtkonstellationen zu akzeptieren. Seine Stärke war es, bei allen Fragestellungen immer zuerst an die Patientinnen und Patienten und an die Auswirkungen auf das Gemeinwohl zu achten. Er hat sich dann seine eigene, wirklich unabhängige Meinung gebildet. Seine Korrektheit und Integrität waren beispielhaft.

Jürg Schlup ist der geborene Politiker. Sein Beziehungsnetz reicht sehr weit. Neue Technologien und innovative Fortschritte sind für ihn kein Problem. Er hat keine Berührungsängste, übernimmt neue Ideen rechtzeitig und setzt diese konsequent um. Seinen Informationsvorsprung nutzt er immer zu Gunsten der Ärzteschaft. In Sachen Kommunikation hat er die Ärztesgesellschaft revolutioniert. Er ist nicht nur Vordenker, sondern auch Realist, der immer weiss, was erreichbar ist und was

nicht. Entsprechend erreicht er auch meistens die Ziele, die er sich gesetzt hat.

Ein Sekretär von der etymologischen Bedeutung des Wortes her, ist ein Geheimschreiber. Was bedeutet das?

Die Funktion klingt verdächtig, passt aber relativ gut zu einem Sekretär, der daneben immer als praktizierender Anwalt tätig geblieben ist. Anwälte sind sich gewohnt, das Anwaltsgeheimnis zu wahren. Entsprechend fällt es uns leichter, gewisse Dinge für uns zu behalten oder innerhalb der Ärztesgesellschaft nicht etwa zu verheimlichen, aber – statutarisch korrekt – immer erst im richtigen Zeitpunkt im richtigen Gremium behandeln zu lassen. So lassen sich viele Missverständnisse und manchmal sogar Katastrophen vermeiden. Damit soll nicht in Frage gestellt werden, dass die Kommunikation mit allen Mitgliedern heute noch viel wichtiger ist als früher. Mit dem doc.be wurde ein wesentlicher Fortschritt erreicht.

Wo liegen die aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen? Auch auf den Kanton Bern bezogen. Wo sehen Sie standespolitischen Handlungsbedarf?

Die aktuellen politischen Herausforderungen liegen mehrheitlich auf eidgenössischer Ebene. Wir sind deshalb vor allem in der Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften und in der Ärztekammer sehr aktiv und führen auch regelmässig Klau-surtagungen nicht nur zu kantonalen Themen durch.

Im Kanton Bern werden uns nebst dem drohenden oder bereits bestehenden Ärztemangel in bestimmten Regionen des Kantons Bern und dem Dauerbrenner der Organisation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes, die Einführung von DRG in den Spitälern und die daraus resultierenden Auswirkungen auf den ambulanten Bereich in den nächsten Jahren am meisten beschäftigten.

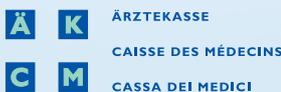


publix.ch

Noch nie war die Praxisadministration so direkt und preiswert

Leistungen erfassen und abrechnen via Internet

Alles, was Sie brauchen, um mit der Ärztekasse abzurechnen, ist ein Passwort. Kostenlos und ohne Software-Installation, dafür inkl. Datensicherung, Medikamenten- und Tarif-Updates, Debitorenmanagement und noch vielem mehr.



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

Gehen Sie sofort online: www.aerztekasse.ch



Anna führt Buch.

Fehler können passieren. Da heisst es: handeln und daraus lernen. Und darum führen wir Buch, genauer, ein Schwarzes Buch. Hier werden alle Vorkommnisse gesammelt, analysiert und gemeinsam mit den Betroffenen Lösungen erarbeitet. Auf höchster Ebene. Schliesslich ist Kritik von Kunden Chefsache – genauso wie ein freundliches «Excusé, das kommt nicht wieder vor». Sagt Anna, unsere Dame vom Kundendienst.

medics labor
professionell und persönlich

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

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44

Das 200-Jahre Jubiläum der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Von der Geselligkeit zur Standespolitik

Am 14. Juli 1808 wurde eine Kommission mit der Vorbereitung der Gründung der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern beauftragt. Am 8. Oktober 1809 fand die Gründung in Burgdorf statt. 200 Jahre später wurden an gleicher Stelle die Jubiläums-Feierlichkeiten eingeläutet. Begeisterte Theateraufführungen, uraufgeführte Musikkompositionen, informative Weiterbildungsveranstaltungen und ein unterhaltender Kindermalwettbewerb rundeten das abwechslungsreiche Programm im Jubiläumsjahr ab.



Prof. Dr. med.
emeritus
Emilio Bossi,
Präsident des
Organisationskomitees
«200-Jahre
Jubiläum»

Der Eröffnungstag widerspiegelte die Haltung der Organisatoren der Jubiläumsfeierlichkeiten: eine Mischung aus Dankbarkeit gegenüber den Kollegen und Kolleginnen, welche die Geschichte der Gesellschaft geprägt hatten, aus historischem Bewusstsein, aus Selbstkritik und mit Blick in die Zukunft, das Ganze ohne tierischen Ernst, möglichst mit einer Prise Humor. Entsprechend dem Motto des Jubiläums: «Medizin für die Zukunft – seit 200 Jahren». Die Eröffnungsfeier fand im

Auditorium der Berner Fachhochschule Burgdorf statt. Sie wurde durch hochwertige musikalische Beiträge von Kolleginnen und Kollegen umrahmt. Die Begrüssung erfolgte durch den Burgdorfer Stadtpräsidenten (und Dr. med.) Franz Haldimann und durch den Gesundheitsdirektor des Kantons Bern, Regierungsrat (und Dr. med.) Philippe Perrenoud. Der Präsident der Ärztesgesellschaft, Dr. Jürg Schlup, begrüsst seinerseits die vielen Anwesenden und erhob den im Jahre 1821 vom 4. Präsidenten David Rudolf Isenschmid gestifteten Silberbecher «auf das Wohl unserer Kantonsregierung, auf die Gesundheit unserer Bevölkerung und darauf, dass es allen Ärztinnen und Ärzten in diesem Kanton gut gehen möge».

Selbstkritik

Die Historie kam in der Ansprache des Medizinhistorikers Prof. Urs Boschung zum Ausdruck, welcher die Entwicklung der Berner Ärztesgesellschaft in ihrem gesellschaftlichen und politischen Umfeld

darstellte. Selbstkritik kam zum Tragen im Vortrag des Gesundheitsökonom Prof. Giancarlo Domenighetti (Universitäten Lausanne und der Italienischen Schweiz), welcher den Titel trug «Médicalisation de la société et durabilité des systèmes de santé». Es gibt schon zu denken, wenn in den USA 50% der vollständig hysterektomierten Frauen nach wie vor einen Papanicolaou-Abstrich erhalten oder wenn in Norwegen im Alter von 40 Jahren 23% der weiblichen und 86% der männlichen Bevölkerung aufgrund der heute geltenden Definitionen ein hohes kardiovaskuläres Risiko aufweisen und damit eine medizinischen Behandlung benötigen...

In ungewohntem Licht

Der Nachmittag war für **öffentliche Veranstaltungen** reserviert, durch welche sich die Ärztinnen und Ärzte der Bevölkerung in einem ungewohnten Licht präsentierten, nämlich als Ausübende von Hobbies auf hohem Niveau. **Musikalische Beiträge aus Klassik und Jazz** sowie eine **Bilder- und Skulpturenausstellung** belegten Kreativität und die Ernsthaftigkeit, mit welcher diese künstlerischen Tätigkeiten von den Kolleginnen und Kollegen gepflegt werden.

Vorstellung dreier Praxen

«Medizin für die Zukunft – seit 200 Jahren». Dieses Motto fand seinen Niederschlag in der Vorstellung dreier Praxen. Die eine aus dem Gründungsjahr 1809 war spärlich ausgerüstet, der Arzt aus der damaligen Zeit (vom Medizinhistoriker Dr. Hubert Steinke gespielt) stellte dem Publikum seinen Alltag vor. Die Praxis aus dem Jahr 1909 widerspiegelte den damaligen Stand der medizinischen Kunst, welche vom ebenfalls zeitgemäss kostümierten Doktor (Prof. Urs Boschung) vorgelebt wurde.



Publikum in der Aula
Bild: Dr.med. J. Janzen, MPhil Praxis für Histopathologie Gümliigen

Das Health Center aus dem Jahr 2109 mit seinem Manager Herrn Reto Lang, dem

Regisseur des Theaterstücks «Knock oder Der Triumph der Medizin» (siehe unten) und dem Arzt Dr. Hans-Werner Leibundgut mit seiner Gattin als Gehilfin betreute die freiwilligen «Patienten» aus dem Publikum auf futuristische Art und mit futuristischen Geräten, die jedoch auf heute bereits aufkeimende Entwicklungen beruhen.

Das Swiss Health and Performance Lab des anatomischen Institutes (Arbeitsgruppe von Prof. Hans Hoppeler) stellte für die Sportinteressierten moderne Möglichkeiten der Messung und Entwicklung der menschlichen Kraft- und Dauerleistungsfähigkeit vor, wobei die Besucherinnen und Besucher ihre eigenen Fähigkeiten prüfen konnten. Schliesslich erläuterte die Orthopädie der Spitäler Burgdorf und Langnau den heutigen Stand von Diagnose und Therapie von Sportverletzungen des OSG und der Schulter.

Gesunde wissen noch nicht, dass sie krank sind...

Am Abend des Eröffnungstages fand im Stadttheater vor geladenen Gästen die Premiere des **Theaterstücks von Jules Romains «Knock oder Der Triumph der Medizin»** in einer eigens hergestellten berndeutschen Fassung statt. Der Inhalt dieses Stücks passt hervorragend zum Vortrag von Prof. Domenighetti und veranschaulicht die im Jubiläumsjahr angestrebte Selbstkritik der Ärzteschaft. Dr. Knocks Credo besteht darin, dass ein Gesunder eine Person ist, die noch nicht weiss, dass sie krank ist...

Das aus Ärztinnen und Ärzten, aus Pflegenden und Praxisassistentinnen zusammengestellte Ensemble erbrachte eine hervorragende schauspielerische Leistung, die sich im Laufe der insgesamt 33 Vorstellungen des Wandertheaters im gan-



Das Laienensemble bestehend aus medizinischen Fachpersonen glänzte mit seinen Schauspielauftritten.

Bild: Hans-Werner Leibundgut



Für die Besucher des Eröffnungstages fanden unter anderem verschiedene musikalische Darbietungen von Ärztinnen und Ärzten statt.

Hier die Jazz-Band von Prof. Ulrich Althaus (am Vibraphon)

Bild: Dr.med. J. Janzen, MPhil Praxis für Histopathologie Gümligen

zen Kanton noch steigerte. Die Dialektfassung des Textes durch Frau Marianne Weber, Pflegefachfrau und Mitdarstellerin, sowie die Regie von Reto Lang, welche die Aussage des Stückes respektierte und für das Ensemble massgeschneidert war, ermöglichten nebst den schauspielerischen und den technischen Leistungen (durch die Kollegen hinter der Bühne!) den sich wiederholenden grossen Erfolg.

Das Medizinerorchester Bern unter seinem Dirigenten Herrn Matthias Kuhn gestaltete im Rahmen des Jubiläums insgesamt sechs Konzerte in Burgdorf, Bern, Interlaken, Thun und Tschugg. Es kamen Werke von Joseph Haydn (Todesjahr 1809) zur



Das Medizinerorchester begeisterte das Publikum mit uraufgeführten Kompositionen.

Bild: zvg

Aufführung, unter anderen die beiden grossen Londoner Symphonien in Es-Dur, zusammen mit Auftragskompositionen an Studierende der Kompositionsklassen der Hochschule der Künste Bern zum Thema „Musik – Medizin – Gesundheit“. Die Konzertabende vermochten die Besucher zu begeistern.

Der Erlös aus den Vorstellungen des Wandertheaters und aus den Konzerten bildete den Benefiz-Beitrag der Ärztesgesellschaft und ging an das Aeschbacherhuus Münsingen (welches unter anderen mehrfach behinderte, aber auch sozial benachteiligte Kinder betreut) und an die Blindenschule Zollikofen. Das Aeschbacherhuus konnte sich damit den Wunsch eines Gartenhauses erfüllen, die Blindenschule erhielt eine seit langem benötigte Pflegebadewanne.

Am 28. Mai 2009 widmete Radio DRS 1 die Hintergrundsendung «Doppelpunkt» unserem Jubiläum. Unter dem Titel «200 Jahre Berner Ärztesgesellschaft; Zwischen Heil-Kunst und Gesundheits-Dienstleistung» wurde die Entwicklung der ärztlichen Tätigkeit und ihres Umfeldes in unserem Kanton dargestellt. Die Medizinhistoriker Dr. Steinke und Prof. Boschung erläuterten den Stand in den Jahren 1809 und 1909. Danach wurden zwei Praktiker (die Kollegen Hans Burgener und Bruno Kissling) über ihre aktuellen Erfahrungen befragt.

Der Untertitel der Sendung wurde dabei verdeutlicht: unter Dienstleistung ist die Behandlung der einzelnen organbezogenen Leiden zu verstehen, unter Heil-Kunst die auf die Einzelperson abgestimmte Begleitung des Patienten. Freuden und Ernüchterungen des ärztlichen Alltages kamen zur Sprache, wobei die Interviews erfreulicherweise in eine optimistische Aussicht auf die Zukunft mündeten. Die Befriedigung in der Ausübung des Arztberufes ist nämlich fest verankert, Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten wird es immer geben, Gesundheitssysteme hingegen wechseln sich immer wieder ab.

Gesundheit und Wohlbefinden

Kinder standen während des Jubiläumsjahres wiederholt im Focus. Ganz speziell im Rahmen des Kinder-Malwettbewerbes. Alle 5. und 6. Schulklassen des Kantons wurden eingeladen, gemeinsam geschaffene Bilder zum Thema «Gesundheit und Wohlbefinden» einzureichen.

Die Jury, präsiert von Herrn Ted Scapa, beurteilte die 41 eingereichte Werke. 8 Bilder wurden nominiert, daraus wurden letztlich die drei Sieger ermittelt. Der erste Preis ging an die Klasse 5a der Schule Tscharnergut für ihre Zusammenstellung von Bildern aus der Medizingeschichte



Mit seinen Zaubertricks erheiterte Clown Billy Jung und Alt.

Bild: Sandra Küttel

(welche aus kindlicher Sicht unerwartete Facetten dazugewinnt!). Den zweiten Preis erhielt die 6. Klasse aus Heimenschwand für das Bild eines vorwärts schreitenden Menschen, der aus lauter gesunden Esswaren, vor allem aus Gemüse und Früchten besteht, den dritten Preis die 6. Klasse der Neuen Mittelschule Bern (verschiedene Sportarten ausübende Strichfiguren mit grafisch originell gestalteten Begleittexten).

Alle 42 Bilder wurden während einer Woche im Zentrum Paul Klee ausgestellt, am 9. Mai 2009 fand dort die Prämierungs-



Die prämierten Schulklassen beim Workshop mit Ted Scapa.

Bild: Emilio Bossi

feier statt, an welcher Herr Scapa die Sieger auszeichnete und Clown Billy alle Anwesenden jeglichen Alters mit Humor und Zaubertricks zu fesseln vermochte. Die drei Klassen durften einen vom OK vorgeschlagenen Preis auswählen: zwei entschieden sich für einen Workshop mit Ted Scapa, eine für eine Führung durch die Kinderklinik am Inselspital.

Von der Geselligkeit zur Standespolitik

Die Berner Tage der Klinik BETAKLI wurden dieses Jahr dem Jubiläum gewidmet. In deren Verlauf fanden eine Aufführung des «Knock» im Auditorium der Kinderklinik statt sowie die Vernissage des Jubiläumsbuches mit dem Titel «Von der Geselligkeit zur Standespolitik». Der Schwerpunkt des Inhaltes liegt auf dem 20. Jahrhundert, in dessen Verlauf sich die ärztliche Tätigkeit und ihr Umfeld grundlegend wandelten. Die von einer Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz des Medizinhistorikers Prof. Urs Boschung herausgegebene und von vielen Autorinnen und Autoren mitgestaltete Schrift ist wohlthuend lebhaft und vielseitig. Fachbeiträge werden durch persönliche Statements ergänzt, in welchen Ärztinnen und Ärzte zu Grundsatzfragen Stellung nehmen. Die beigelegte DVD enthält Dokumente, u.a. die Festschrift und das Liederbuch von 1909 (mit Tonaufnahmen) und eine Porträtgalerie von Berner Ärztinnen und Ärzten, fotografiert von Peter Friedli.



Eine der Siegerklassen vor den drei prämierten Bildern.

Bild: Emilio Bossi

High Noon im Gesundheitswesen

Der Abschluss des Jubiläumsjahres fand am 29. Oktober 2009 statt, in Form des Berner Ärztetages. Das Thema des Nachmittages «High Noon im Gesundheitswesen – wer überlebt?» ist höchst aktuell. Prominente Vertreter und eine Vertreterin von Volkswirtschaft, Krankenkassen, Banken, der Patientenorganisationen und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften legten ihre Vorstellungen zur zukünftigen Entwicklung des Gesundheitswesens dar, und stellten sich unter der Moderation des stellvertretenden Chefredaktors der BZ, Herrn Peter Jost, einem gegenseitigen Schlagabtausch und Fragen aus dem Publikum. Das Modell der reorganisierten medizinischen Betreuung aus Holland wurde als gelungen und zukunftsfruchtig diskutiert. Aus Sicht der Banken haben die aktuellen gesundheitspolitischen Debatten keinen Einfluss auf die Kreditwürdigkeit von Ärzteschaft und von Spitälern, wobei zeitgemässe Strategien und Organisationsformen in Praxis und Spital vorausgesetzt werden. Der Versicherungsvertreter brach eine Lanze für die Unterstützung der Grundversorgung besonders in den ländlichen Regionen. Zudem sollte die Anzahl der Krankenkassen reduziert werden, was mehr Effizienz

ermöglichen würde. Schon heute dämpfen die Schweizerischen Patientenorganisationen übertriebene Forderungen der Patientenschaft ab. Nach wie vor wird die freie Arztwahl hoch geschätzt. Vor allem jüngere Menschen können sich aber bei steigendem Kostendruck vorstellen, in Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Arztwahl zu wechseln. Rationierung ist längst Tatsache. Sie ist aber nicht programmiert, sondern resultiert aus komplexen Wechselwirkungen. Es gilt, die Faktoren, welche zur Rationierung führen, möglichst abzubauen. Investitionen für die Ausbildung und für den Stellenetat von Fachpersonen sind ausreichend sicherzustellen, ein rationalerer Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln ist anzustreben. Eine klare Unterscheidung zwischen Gesundheit, Wellness und Lifestyle tut not, die hoch spezialisierte Medizin muss konzentriert und ihre Wirksamkeit muss noch stärker belegt werden.

War das Jubiläumsjahr ein Erfolg? Es liegt nicht am OK, dies zu beurteilen. Die Geschichte der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern ist es jedenfalls. Wir können nur sagen, dass das Veranstaltungsprogramm vielseitig war, dass es viele Informationen gab, für die Bevölkerung vor allem, aber auch für die Mitglieder der Gesellschaft.

Dass die «andere», kulturelle Seite der Ärzteschaft ihre Vielfalt und ihre Qualität zeigen konnte, dass vielen Kindern Freude gemacht wurde, dass Geschichte gelebt wurde, dass Selbstkritik ihren Platz fand. Der Humor kam nicht zu kurz – eigentlich gute Voraussetzungen für ein weiterhin gesundes Gedeihen der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern und ihrer Mitglieder, auch in turbulenten Zeiten!

Hinweise:

Einige Veranstaltungen sind in verschiedenen doc.be Nummern detaillierter beschrieben worden:

Eröffnungstag: doc.be 6/2008 S. 5
Begrüssung durch Dr. Schlup: doc.be 6/2008 S. 6–7
Festansprache von Prof. Domenighetti (gekürzt): doc.be 6/2008 S. 8–9
Jubiläumsbuch: doc.be 6/2008 S. 7
Knock oder der Triumph der Medizin: doc.be 6/2008, S. 10–11
Benefizkonzerte des Medizinerorchesters Bern: doc.be 6/2008 S. 3
Kindermalwettbewerb: doc.be 3/2009 S. 2–3
Schlussveranstaltung: doc.be 6/2009 S. 8–9



Die Referenten der Schlussveranstaltung:
Moderator Peter Jost (zweiter von links), Prof. Peter Suter (SAMW), Prof. Robert Leu, Leiter Departement VWL Uni Bern, Reto Heiz, Regionaldirektor USB, Margrit Kessler, Präsidentin Schw. Patientenorganisation, Peter Fischer, CEO Visana, Dr. Jürg Schlup, Präsident der Ärztesgesellschaft (stehend).
Bild: Emilio Bossi

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
Redaktion: Marco Tackenberg und Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19, 3000 Bern 8, Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82; E-Mail: tackenberg@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch
Inserate: P. Wolf, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern Tel. 031 330 90 00; Fax 031 330 90 03; E-Mail: pwolf@bekag.ch
Layout: forum | pr, Postgasse 19, 3011 Bern, www.forumpr.ch
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern
Ausgabe Februar 2010

Welche Krankenversicherer braucht es noch?

Welche Krankenversicherer braucht es noch, und welche Leistungserbringer wollen diese? Peter Fischer, CEO der Visana-Gruppe, skizziert mögliche Antworten auf die dringendsten Fragen des Gesundheitswesens.



Peter Fischer,
CEO Visana-
Gruppe

Gegen Ende seiner Amtszeit machte Bundesrat Pascal Couchepin den Vorschlag, die ärztliche Selbstdispensation vollständig zu verbieten. Dagegen nahmen Dr. Jürg Schlup, der Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, und ich gemeinsam Stellung. Dass diese ein derartiges Echo auslösen würde, verwundert mich schon etwas und sagt auch einiges über die Stimmung im Gesundheitswesen aus.

«Mein Ziel sind Lösungen»

Mir lag es nie daran, mit Partnern auf Konfrontation zu gehen. Das widerspricht meinem Naturell. Mein Ziel sind Lösungen. Lösungen, die uns in unserem Gesundheitswesen vorwärts bringen. Darum müs-

sen wir Barrieren überwinden. Dem einen oder anderen Beobachter der gesundheitspolitischen Szene mag ob des Zusammengehens von Ärzten und Visana-Krankenkassen ein mehr oder weniger leiser Aufschrei über die Lippen gegangen sein: zusammen im gleichen Boot. Und das erst noch beim heiklen Thema der ärztlichen Selbstdispensation. Sicher: Aus «Gegnern» werden nicht von einem Tag auf den anderen «Freunde». Aber zumindest Diskussionspartner, die sich respektieren und die Meinung des anderen in die eigenen Erwägungen miteinbeziehen.

Krankenversicherer machen Hausaufgaben nur ungenügend, ...

Die Krankenversicherer, das muss ich leider selber eingestehen, erfüllen heute die vom KVG vorgesehene Rolle nur zum Teil. Sie stehen im Spannungsfeld zwischen Risikoselektion und Kostenkontrolle. Dem Geist des KVG entsprechend müssten sie die Rolle des Treuhänders der Versicherten übernehmen. Die Versicherten haben aber gegensätzliche Erwartungen an ihre Krankenkasse, je nachdem, ob sie Prämienzahler oder Patient sind. Dieser Spagat ist nicht einfach. Der Wettbewerb unter den Kassen sollte den Versicherten die bestmöglichen Leistungen sichern.

... haben dafür aber ökonomische Gründe

Dieser Wettbewerb spielt aber nicht – wie politisch gewollt – über die Servicequalität und innovative Versicherungsmodelle, sondern fast ausschliesslich über die Prämien. Dafür gibt es mehrere Gründe: Erstens ist der Risikoausgleich unter den Kassen auch in seiner neuen, ab 2012 geltenden Form ungenügend. Zweitens ist die Branche heute noch stark verzettelt. Fünf bis sieben national tätige Krankenversicherer sind genug. Der Wettbewerb wird das mit der Zeit von selber regeln, aber ein vorgezogener, geordneter Konzentrationsprozess wäre im Interesse aller Versicherten und auch der Leistungserbringer. Es gäbe grosse Synergiepotentiale, nicht nur bei den Versicherungen selber – z.B. in der IT – sondern auch bei der Rechnungsabwicklung mit den verschiedenen Leistungserbringern. Der Kontrahierungszwang zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern in der OKP ist – drittens – ein Hindernis, welches den Konzentrationsprozess der Branche hemmt. Die Vertragsfreiheit würde den Gestaltungsspielraum der Leistungserbringer und der Krankenversicherer ausweiten. Deren Einführung ist aber leider politisch chancenlos, obwohl gerade die Erfahrungen in Holland zeigen, dass sich Ärzte und Patienten nicht vor der Vertragsfreiheit zu fürchten brauchen.

Grundversorger stärken

Darum fordert Visana schon lange als Alternative zur Vertragsfreiheit die Einführung eines umfassenden Gatekeeper-Systems mit und ohne Managed-Care-Modelle sowie die Förderung der regionalen Grund- und Notfallversorgung (beispielsweise mittels unterschiedlicher Taxpunktwerte). Dreh- und Angelpunkt in diesem System sind die Grundversorger. Die Zukunft gehört den vernetzten Leistungserbringern auf regionaler Ebene mit Einbezug der ganzen Versorgungskette – vom Hausarzt über den Spezialisten, die Spitäler, die Rehabilitation bis zur Spitex. Der Hausarzt als Gatekeeper soll die Rolle des Gesundheitsmanagers übernehmen, der sich, befreit vom finanziellen Anreiz einer möglichst intensiven Behandlung, um die optimale Versorgung der Patienten kümmert. Das hilft allen Bürgern, egal, ob als Patient oder als Prämienzahler, – aber auch den Erbringern ambulanter ärztlicher Leistungen.



Bei der ärztlichen Selbstdispensation sitzen die Berner Ärztesgesellschaft und die Visana-Gruppe ausnahmsweise im gleichen Boot.
Bild: iStockphoto

Attraktive Geschäftsmodelle für Kreditvergaben im Gesundheitswesen

Trotz politischen Reformbestrebungen bleibt die Gesundheitsbranche für Banken ein lukratives Investitionsfeld: Es befriedigt Grundbedürfnisse des Menschen und stellt einen dynamischen Wachstumsmarkt dar. Für den individuellen Kreditentscheid sind aber das eigene Geschäftsmodell, die Einzigartigkeit der Dienstleistung und die Persönlichkeit des Unternehmers massgebend.



Reto Heiz
Regionaldirektor
UBS AG

Bedeutung des Gesundheitswesens

Als Finanzierer des Gesundheitswesens haben wir uns intensiv mit den politischen Herausforderungen auseinandersetzen. Wir sind uns aber bewusst, dass auch das Gesundheitswesen wie jede andere Branche Mittel braucht, um einerseits die Entwicklung und andererseits den Betrieb sicherstellen zu können. Sind Branchen in den Schlagzeilen, Branchen, die grundlegende Probleme haben? Ziehen sich Finanzierer aus diesen Branchen zurück, weil die Risiken zu hoch sind? Häufig wird uns Banken eine solche Haltung unterstellt. Ich erinnere mich an solche Aussagen aus dem Garagen- und dem Gastgewerbe. Müssen also nun Ärzte, Spitäler und Krankenversicherer damit rechnen, dass Banken der Branche den Rücken zuwenden? Nein, denn

1. In der Gesundheitsbranche werden Grundbedürfnisse des Menschen befriedigt. Wir wissen alle, dass Branchen im Bereich der Grundbedürfnisse des Menschen konjunkturunabhängiger und somit weniger zyklisch sind. Das reduziert Risiken im Unterschied zu den zyklischen Branchen wie die Maschinen- und die Finanzindustrie.
2. Die Gesundheitsbranche ist grundsätzlich ein wachsender Markt. Stichworte sind hier Demographie, Forschung und Bevölkerungswachstum.
3. Die politischen Diskussionen betreffen nicht die gesellschaftliche und ökonomische Basis, sondern es sind zuletzt Fragen der Solidarität und der Umverteilung, die die Grundleistungen des

Gesundheitswesens als Industrie gar nicht in Frage stellen. 4. Die Branchenbeurteilung ist nicht der einzige Bestimmungsfaktor für eine Kreditvergabe, denn in jeder Branche gibt es bessere und weniger gute Teilnehmer oder Unternehmungen und Unternehmer.

Grundsätze der UBS beim Kreditentscheid

Der Kreditentscheid ist nicht nur abhängig von der Branche sondern viel mehr und viel bedeutender von den Menschen, von den Unternehmern, die in einem Markt ihre Leistungen anbieten. Daher sind für UBS folgende Grundsätze im Kreditentscheid von Bedeutung:

1. Jedes Kreditgeschäft soll geprägt sein von der Einhaltung hoher ethischer Stan-



Attraktives Geschäftsmodell, Unternehmerpersönlichkeit und ein einzigartiges Produktangebot bestimmen auch im Gesundheitssektor die Kreditvergabe.

Bild: iStockphoto

- dards, um Imagerisiken zu vermeiden. Leider ist uns dies in dramatischer Weise in den letzten zwei Jahren im USA-Geschäft mit verbrieften Hypotheken und im Offshore-Geschäft mit amerikanischen Anlagekunden nicht gelungen. Gier und Hochmut haben unsere Unternehmung an den Rand des Ruins gebracht. Daher gewinnt dieser Grundsatz in Zukunft höchste Bedeutung und wir müssen 2. das Geschäft vollständig verstehen.
3. Jedes Kreditgeschäft muss verhältnismässig sein, das heisst, mit den erwirtschafteten Mitteln sollen die Kredite verzinst und amortisiert werden können.
4. Wir wollen unsere Analyse dem Kreditnehmer transparent machen, nicht nur wir wollen die Transaktion verstehen, sondern auch der Kreditnehmer soll verstehen, wie wir zu unserem Entscheid gekommen sind.
5. Banken sind immer Gläubiger und stellen grundsätzlich Fremdkapital zur Verfügung. Die im Geschäft vorhandenen Risiken sind durch Eigenmittel zu finanzieren.
6. Ein steter, nachhaltiger Dialog soll helfen, gemeinsam die Risiken zu überwachen und die Unternehmung zu entwickeln.

Welches sind nun die Bestimmungsfaktoren für den Kreditentscheid?

Wirtschaftliches Handeln entsteht, wenn es Unternehmer gibt, die mittels einer Lösung, eines Produktes oder einer Dienstleistung, Bedürfnisse von Menschen befriedigen und der Kunde bereit ist, dafür einen Betrag zu zahlen. Die Art und Weise wie der Unternehmer uns seine Dienstleistung oder sein Produkt am Markt verkauft, bildet sein Geschäftsmodell und seine Strategie. Das Resultat der Umsetzung der Strategie beeinflusst die finanzielle Situation des Unternehmers. Somit sind es nicht nur die finanziellen Verhältnisse des Unternehmers, die für den Kreditentscheid wichtig sind, sondern ebenso wichtig, wenn nicht sogar noch wichtiger, sind der Unternehmer mit seiner Persönlichkeit selbst, die Produkte in ihrer Einzigartigkeit und das Geschäftsmodell.

Als Patient haben Sie Rechte

Die hohen Krankenkassenprämien wecken bei den Patienten grosse Begehrlichkeiten. Als Anlaufstelle für Ratsuchende versucht der SPO Patientenschutz durch gezielte Aufklärungsarbeit übertriebene Forderungen einzuschränken und erspart dadurch der behandelnden Ärzteschaft Unannehmlichkeiten.



Margrit Kessler,
Präsidentin der
Stiftung SPO

spo PATIENTEN SCHUTZ

Grundsätzlich melden sich bei der SPO Patientenschutz vorwiegend kritische, unzufriedene oder ratsuchende Patienten und Patientinnen, die mit dem Gesundheitswesen schlechte Erfahrungen gemacht haben. Somit haben wir vorwiegend eine negative Auswahl, da sich zufriedene Patienten bei den SPO nicht melden. Im Jahr 2008 haben wir an den sechs Beratungsstellen der SPO 3800 Ratsuchende beraten. 48% der Fragen wurden rund um die Ärzte gestellt.

Patienten haben oft eine grosse Begehrlichkeit, da die Krankenkassenprämien hoch sind. Man möchte fürs Geld auch etwas erhalten. Die Maximalforderung der Patienten ist keine Seltenheit. Die SPO versucht mittels guter Kommunikation die Begehrlichkeit der Ratsuchenden einzuschränken und so den Ärzten viel Unangenehmes fernzuhalten.

Grundbedürfnisse der Patienten

Die Erhaltung der Gesundheit ist wichtig. Das Seinige aus Patientensicht beizutragen, ist eine andere Sache wie: übermässiger Alkoholenuss, Rauchen, Problem mit dem Übergewicht, Unfälle nach den unmöglichsten Sportarten, die die Allge-

meinheit bezahlen muss. Die Prävention ist zur Erhaltung der Gesundheit sehr wichtig. Wir können nicht verstehen, dass neu die Alkoholwerbung im Schweizer-TV eingeführt wird, weil das in der EU erlaubt ist. Die Zigarettenwerbung in den Kinos gaukelt unseren Jungen eine heile Welt vor, um junge Kunden zu gewinnen. Sie ist völlig fehl am Platz. In den Schulen wurden die Turnstunden abgebaut und durch «wichtigere» Fächer wie Mathematik und Englisch ersetzt, was den übergewichtigen Kindern nicht entgegenkommt.

Qualität der Betreuung

Wird ein Patient krank, möchte er sofort geheilt werden. Wenn eine Heilung nicht möglich ist, wünscht der Patient vom Arzt entsprechende Linderung. Nur das Beste ist gut genug, man bezahlt ja genügend Krankenkassenprämien. Heilung braucht Geduld vom Patienten und vom Arzt. Es

sollte öfters hinterfragt werden, ob ein Antibiotikum bei einer Grippe wirklich notwendig ist oder ob diese auch ohne abklingt. Investiert werden soll weiter in die Verbesserung der Lebensqualität. Die Gelenksprothesen haben den Menschen viel gebracht. Die Betagten bleiben länger mobil und können bis ins hohe Alter in den eigenen vier Wänden leben.

Finanzierung

Es gibt **Patienten**, die finden, dass die Behandlungen möglichst nichts kosten sollen! Wir hören oft, dass die Ärzte für ihre Leistung zu viel verlangen können, weshalb die Krankenkassenprämien so hoch seien. Es sind meistens Ratsuchende, die eine hohe Franchise abgeschlossen haben und das Arzthonorar hinterfragen.

Viele Leute glauben die Arztrechnung nicht bezahlen zu müssen, wenn die Behand-



Auch im Alter haben Patienten hohe Ansprüche und fordern zuweilen die maximale Versorgung. Die meisten haben aber volles Vertrauen zum Arzt und seiner Therapie.
Bild: iStockphoto

lung nicht wirksam war. Der Patientenschutz muss den Ratsuchenden erklären, dass der Arzt nicht auf Erfolgsbasis, sondern im Auftragsrecht arbeitet. Jede Behandlung hat ihren berechtigten Preis. Wenn die Patienten nicht zufrieden sind, teilen wir ihnen mit, dass sie sich an den Arzt wenden und ihre Reklamation vortragen sollen. Völlig deplatziert ist es, wenn Ärzte für eine Reklamation eine zusätzliche Rechnung stellen. Das ist laut OR Art. 400 nicht erlaubt.

Die Heilungskosten wegen Sportunfällen nehmen ständig zu, so dass man sich fragen muss, ob die wirksame Prävention der SUVA am Arbeitsplatz zusätzlich auf den Freizeitsport übertragen werden muss.

Begehrlichkeit und Wünsche

Die Begehrlichkeit von Patienten kann sehr gross sein! Wenn man einmal krank ist, sollten alle Wünsche erfüllt werden. Z.B. bei einer Laktose-Intoleranz soll die Krankenkasse für die Mehrkosten aufkommen, meint eine Ratsuchende. Eine andere Patientin verlangt von der Krankenkasse, dass die Änderungen ihrer Kleider nach einer Brustamputation von der Krankenkasse übernommen werden sollte. Die Bezahlung der Behandlung genügt vielen Ratsuchenden nicht. Die Rehabilitation und die vollständige Hotellerie ist selbstverständlich Sache der Krankenkasse. Die jahrelang bezahlten Krankenkassenbeiträge dürfen doch endlich einmal in Anspruch genommen werden, meinen die Ratsuchenden!

Auch die **SPO** ist der Meinung, dass nur gut begründete Rehabilitationen von den Krankenkassen übernommen werden sollen. Wir können uns aber vorstellen, dass es mit dem DRG-System Probleme geben wird, wenn die Spitäler die Patienten noch früher nach Hause entlassen und gleichzeitig die Krankenkassen eine notwendige Rehabilitation nicht übernehmen wollen. Die menschliche Zuwendung und das Einfühlungsvermögen sind Voraussetzung. Der Arzt steht selbstverständlich immer zur Verfügung. Wochenend-Absenzen oder Ferien, werden nicht gerne gesehen.

Komplikationen oder Sorgfaltspflichtverletzung?

Patienten stellen an Ärzte hohe Anforderungen. Die richtige Diagnose muss sofort gestellt werden. Verzögerungen oder sogar Fehldiagnosen werden nicht toleriert.

Das gleiche gilt für eine Fehlbehandlung, auch wenn dadurch kein Dauerschaden entstanden ist. Komplikationen werden falsch eingeschätzt und nicht akzeptiert, auch wenn eine Aufklärung stattgefunden hatte. Aus Sicht der SPO geht die richtige Diagnose einer adäquaten Behandlung voraus. Bei Unsicherheit soll ein Kollege oder ein Spezialist zugezogen werden. Wichtig ist, dass die Patienten nicht in «die psychische Ecke» gestellt werden. Die meisten Fehldiagnosen passieren, wenn die Patienten nicht ernst genommen werden. Ein Pankreaskarzinom über ein Jahr zu übersehen, darf nicht passieren. Ein Lumbago mit Sensibilitätsstörungen gehört zum Spezialisten. Etwa 1000 Ratsuchende pro Jahr wollen wissen, ob bei ihrer Behandlung Fehler begangen wurden. Davon können etwa 700 Anfragen schon nach einem kurzen Gespräch als Komplikation eingestuft werden. Nur 1/3 werden näher abgeklärt und auch da werden einige Komplikationen herausgefiltert. Wenn wir die Krankengeschichte bei den Ärzten verlangen, wird die SPO-Beraterin für den betroffenen Arzt oft zum roten Tuch. Wir können ihnen aus Datenschutzgründen kein Feedback geben, da es sich um eine Komplikation handelte. Das würden die Patienten nicht akzeptieren, sie haben schon grosse Mühe, unsere Einschätzung anzunehmen. Eine Rückmeldung an den Arzt wäre deshalb eine Datenschutzverletzung. Der Ärzteschaft sollte klar sein, dass der Patientenschutz ihr viele Unannehmlichkeiten erspart, wenn wir unsere Abklärungen durchführen. Wendet sich ein Patient an einen Anwalt, der mit Ärzthaftpflichtfällen nicht vertraut ist, kann der Arzt in einen Rechtsstreit verwickelt werden, der Jahre dauert. Obschon er am Schluss vielleicht Recht bekommt, ist er aber durch den juristischen Streitfall über Jahre blockiert.

Medizin im Alter

Im Alter ist die Sichtweise der betroffenen **Patienten** und ihrer Versorgung sehr verschieden. Es gibt Leute, die sehr am Leben hängen und den Ärzten noch Vorwürfe machen, wenn ihnen mit über 90 Jahren nicht die maximale Therapie zur Verfügung gestellt wird. Die Mehrheit lässt sich aber vom Arzt beraten und hat volles Vertrauen zum Arzt und seiner Therapie. Es gibt aber auch Patienten, die eine Therapie verweigern, und das muss auch akzeptiert werden. Leider wird den Betroffenen von den Ärzten nicht immer die optimale Medizin angeboten. Manchmal stehen auch pekuniäre Interessen, Wissenschaft und die

Machbarkeit der Medizin im Vordergrund. Es ist viel einfacher, die maximal mögliche Therapie anzuwenden, als mit dem Patient, ein entsprechendes Gespräch zu führen. Hier liegt eine grosse Herausforderung bei den Hausärzten. In unserer Kultur haben wir den Tod verdrängt, obwohl wir alle wissen, dass er uns einholt.

Es ist die Aufgabe des Arztes, dem Patienten zu raten eine Patientenverfügung auszufüllen, damit die Situation klar ist, wenn der Patient z.B. wegen einer Hemiplegie oder Hirnmetastasen nicht mehr in der Lage ist, seinen Willen kund zu tun.

Rationierung

Es wird auch heute schon bei **Patienten** rationiert, das wissen wir. Trotzdem haben wir kaum Klagen, dass eine Untersuchung aus Kostengründen nicht durchgeführt wurde. Die Reklamationen überwiegen, wenn unnötige Untersuchungen oder Behandlungen durchgeführt wurden. Das kann sich natürlich schnell ändern, ich denke an die Einführung der DRG. Die Rationierung hat viele Definitionen. So sprechen Ärzte von einer Rationierung, wenn bei einem hochbetagten Menschen kein Schrittmacher mehr implantiert wird, was aus der Sicht der SPO keine Rationierung ist. Wenn hingegen den Allgemeinpatienten die günstigeren Stents und den Privatpatienten die teuren, beschichteten, implantiert werden, weil man sie separat verrechnen kann, dann spricht man aus unserer Sicht von Rationierung.

Freie Arztwahl

Die freie Arztwahl ist für die **Patienten** wichtig, obwohl sie die Qualität des gewählten Arztes kaum einschätzen können. Der Arzt soll die entsprechende Fachkompetenz haben, das Vertrauensverhältnis muss stimmen. Gewünscht wird eine gute, offene Kommunikation, Einfühlungsvermögen, genügend Zeit und Kontinuität. Wenn der Kostendruck weiter steigt, wird vor allem die junge Bevölkerung bereit sein Einschränkungen in Kauf zu nehmen, wenn entsprechend hohe Rabatte von den Krankenversicherungen für Managed-Care Modell gewährt werden. Dies ist bis heute noch nicht der Fall.

BEKAG – High Noon im Gesundheitswesen – 200 Jahre Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Für die Angst vor der Rationierung im Gesundheitswesen ist es zu spät!

Obwohl Politiker dies bestreiten – Rationierung medizinischer Leistungen ist längst Tatsache: Aus Kostengründen verzichten Hausärzte auf gewisse Untersuchungen, ältere Patienten auf Arztbesuche und medizinische Fachpersonen in der Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation stossen wegen Personalmangel an ihre Grenzen. Peter Suter, Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, zeigt auf, wie der Rationierung entgegenwirkt werden könnte.



Prof. Peter Suter
Schweizerische
Akademie der
Medizinischen
Wissenschaften

Die Gesundheitsversorgung der Schweiz zählt weltweit zu den besten, und der gerechte Zugang für alle ist grundsätzlich gewährleistet (Herzlinger RE & Parsa-Parsi R. JAMA 2004; 292: 1213–20). Ebenso unbestritten ist, dass wir ein teures System haben. Nach Schätzungen der OECD liegen die Preise des Schweizer Gesundheitssystems fast 30% über dem Durchschnitt der EU-15. Allerdings sind die globalen Kosten (gemessen als prozentualer Anteil am Bruttosozialprodukt) nicht viel höher als in unseren Nachbarländern Deutschland, Frankreich und Österreich.

Rationierung ist Tatsache

Nicht nur die Kosten per se führen regelmässig zu kritischen Auseinandersetzungen, sondern auch deren regelmässiger Anstieg auf Grund des zunehmenden Bedarfes, z.B. für die Betreuung einer immer grösseren Zahl von chronisch kranken Menschen. Auch die wachsenden Ansprüche der Bevölkerung sind dafür verantwortlich, dass das Thema «Rationierung» seit einiger wiederholt für Diskussionsstoff sorgt. Existiert eine solche in unserer reichen Schweiz, oder steht sie vor der Tür? Von politischer Seite vernimmt

man unterschiedliche Botschaften: Einerseits wird postuliert, dass eine solche Möglichkeit inakzeptabel sei und bleibe, und andererseits wird festgestellt, dass diese Situation schon heute existiere. Was denken andere? Prof. Samia Hurst aus Genf ist dieser Frage mittels einer Umfrage bei Hausärzten nachgegangen und hat festgestellt, dass diese in gewissen Situationen bestimmte Untersuchungen aus Kostengründen unterlassen, obwohl sie diese Interventionen indiziert finden (Hurst S. et al., J. of General Internal Medicine 2006, 21: 1138–43). Von älteren Patienten hören wir, dass sie manchmal ihren Arzt für ein gesundheitliches Problem nicht in Anspruch nehmen, dies in Anbetracht der Kosten, die sie damit für das Gesundheitssystem verursachen könnten. Schliesslich empfinden Pflegende und Ärzte in Spi-

tälern und Heimen, dass immer mehr von ihnen gefordert wird, ohne dass eine entsprechende Erhöhung der personellen Mittel vorgenommen wird. Zu den besonders betroffenen medizinischen Bereichen gehören die Geriatrie, die Psychiatrie und die Rehabilitation (RICH Nursing Study, BAG Bern, 2005; Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen, SAMW 2007, www.samw.ch). Tatsache ist also, dass im Schweizer Gesundheitswesen bereits heute eine Rationierung existiert. Wie in anderen Ländern scheint auch bei uns eine kontinuierliche Zunahme von Leistungen und Kosten unausweichlich. Die Ärzteschaft muss mithelfen, dass diese Entwicklung nicht durch wenig nutzbringende Angebote und Techniken unnötig belastet wird; ebenso muss sie dazu beitragen, dass in der Schweiz die essen-



Uausgeschöpftes Rationalisierungspotenzial: Neue wie etablierte aufwändige diagnostische oder therapeutische Methoden sollten vermehrt nach den WZW-Kriterien überprüft werden.

Bild: iStockphoto

tiellen Werte eines gerechten Gesundheitssystems erhalten bleiben – d.h. eine «nachhaltige», gute Medizin beibehalten werden kann.

Welche praktischen Ansätze (z.B. Rationalisierungsmassnahmen) könnten helfen, die Rationierung von sinnvollen, d.h. indizierten ärztlichen Leistungen, wenn nicht ganz zu verhindern, so doch in gewissen Grenzen zu halten? Dazu möchte ich drei Bereiche vorschlagen, die zwar nicht neu oder revolutionär erscheinen mögen, aber trotzdem etwas Spürbares zur Glaubwürdigkeit des ärztlichen Tuns beitragen können.

WZW-Analyse von ärztlichen und pflegerischen Leistungen

Sowohl neue als auch etablierte aufwändige diagnostische oder therapeutische Methoden sollten nach den Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) überprüft werden. Dabei geht es darum, diese Verfahren mit anderen, weniger kostenintensiven Möglichkeiten zu vergleichen. Diesem Gebiet können zum Beispiel die Arbeiten des vor kurzem in Zürich geschaffenen «Medical Board» zugeordnet werden, das mit solchen vergleichenden Untersuchungen begonnen hat. Dieses Projekt soll aber unbedingt auf landesweite Aktivitäten und Empfehlungen erweitert werden und dazu führen, dass bei gleicher Wirksamkeit kostengünstigeren Techniken der Vorzug gegeben wird; selbstverständlich darf aber eine individuelle Beurteilung der sinnvollsten Variante bei jedem Patienten auch in Zukunft nicht ausgeschlossen sein.

Vermehrte Beachtung der relevanten klinischen, nicht der statistischen Differenzen zwischen verschiedenen aufwändigen Therapiemethoden

In Studien, welche zwei therapeutische Ansätze miteinander vergleichen, werden

häufig geringfügige Unterschiede zwischen den Resultaten in den beiden Behandlungsgruppen aufgrund der grossen Zahl von Versuchspersonen als statistisch signifikant berechnet, während der «klinischen» Relevanz weniger Aufmerksamkeit gewidmet wird. Ein Beispiel dazu: bei einer Patientengruppe mit schwerer Koronarkrankheit wurde gezeigt, dass eine chirurgische Revaskularisierung verglichen mit einer Katheter-Dilatation eine Verbesserung der 18-monatigen Überlebenschancen von 94 auf 95% ergibt. Müssen wir nun daraus schliessen, dass bei all diesen Patienten ein chirurgischer Bypass vorzuziehen ist, mit entsprechend meist deutlich längerer Spitalaufenthalts- und Rehabilitationsdauer?

Ein zweites Beispiel: Soll ein neues, teures Medikament bei Patienten mit einem fortgeschrittenen, spezifischen Krebsleiden eingesetzt werden, wenn dieses eine Lebensverlängerung von durchschnittlich 24 auf 25 Monate, d.h. um einen Monat ermöglicht, aber die Lebensqualität nicht merklich verbessert? Es scheint wichtig, in solchen Situationen mit dem Patienten und seiner Familie Vor- und Nachteile abzuwägen, die Grenzen von Behandlungsstrategien aufzuzeigen, um dann in Kenntnis von Wünschen und Werten der direkt betroffenen Personen und eine Entscheidung zu treffen. Statistische Überlegenheit bedeutet nicht immer ein sinnvoller klinischer Nutzen!

Erhöhung der Zahl und der «professionellen Überlebenszeit» von ausgebildeten Medizinalpersonen

Die heute am deutlichsten verspürte Limitierung in einer optimalen Betreuung von kranken und betagten Mitmenschen am Mangel an qualifiziertem und motiviertem pflegendem und ärztlichem Personal. Mit dem oben erwähnten wachsenden Bedarf wird sich die Situation in naher Zukunft noch zuspitzen. Zudem wird es eher schwieriger werden, qualifizierte Personen

aus dem nahen oder fernen Ausland zu rekrutieren; in vielen Ländern werden sich die Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen verbessern, um so den eigenen Bedarf abdecken zu können. Es braucht mehr Ausbildungsplätze sowie bessere Arbeitsbedingungen für die Medizinalberufe auch in der Schweiz; nur so lässt sich mittel- und langfristig ein noch grösserer Mangel abwenden. Natürlich sind damit gewisse Mehrkosten in Aus- und Weiterbildung verbunden. Diese sind aber gerechtfertigt, um schmerzhaftes Rationierungsmassnahmen in der personellen Betreuung von kranken und von der Pflege abhängigen Menschen zu vermeiden.

Müssen wir Angst vor der Rationierung haben?

Angst vor einer Rationierung ist insbesondere dann angebracht, wenn diese verdeckt und auf nicht-sinnvolle Art und Weise erfolgt – dies würde zu einem deutlichen Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem und die Gesundheitsberufe führen. Allerdings ist schon heute absehbar, dass auch in einem gerechten System gewisse Rationierungsmassnahmen nicht vermeidbar sind. Deshalb ist es angezeigt, dass wir uns darauf vorbereiten. Dazu gehört einerseits die Ausschöpfung des immer noch vorhandenen Rationalisierungspotentials. Gefragt sind andererseits aber auch Transparenz, Offenheit und Mut zu einer realistischen Einschätzung und Kommunikation einer sinnvollen und nachhaltigen Medizin, damit auch morgen noch ein gutes Gesundheitssystem für alle zur Verfügung steht.

Am 28. März 2010 werden die politischen Karten auf dem Kantonsgebiet neu gemischt. Folgende BEKAG-Mitglieder kandidieren für den Regierungs- bzw. Grossrat und stellen im doc.be sich und ihre (gesundheits-)politischen Anliegen vor.

Regierungsrats-Kandidat



Name: Philippe Perrenoud
Arzt, Spezialist FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Vorsteher der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (seit 1.6.2006)

Wohnort: Tramelan

Partei: SP

Website: www.philippe-perrenoud.ch, www.4-gewinnt.ch

Bisherige politische Tätigkeiten:

Abgeordneter im Berner Grossrat (1.8.1999); Mitglied des damaligen Regionalrates (1.8.1999); Mitglied der Interjurassischen Versammlung (2001–2006); Präsident der Delegation des Regierungsrates für die jurassischen Angelegenheiten; Präsident der Westschweizer Regierungskonferenz (1.1.2010).

(Gesundheits-)Politische Themen:

Seit 2006: U.a. Unterstützung Medphone und Praxisassistentenstelle, Gründung Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Stärkung der Hausarztmedizin, Pilotprojekt systematische Screening-Mammografie im Berner Jura, Projekt zur Stärkung des Medizinalstandortes Bern, neue Spitalliste, 4. Gesundheitsbericht.

«Mein Hauptziel: Die wachsenden Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen, ohne die hohe Qualität unserer Gesundheitsversorgung im ganzen Kanton preiszugeben. Meine Methode: Dialog, Konzertierung und Überzeugung im Dienste nachhaltiger Lösungen.»

Grossrats-Kandidaten



Name: Andreas Abplanalp
Innere Medizin FMH

Wohnort: Meiringen

Partei: Grünliberale Partei GLP

Wahlkreis: Oberland

Anliegen:

Meine Hauptmotivation zur Kandidatur ist die Bekämpfung des unerträglichen militärischen Fluglärms, der von den etablierten Parteien und Politikern nur sehr halbherzig und lauwarm geführt wird! Gerade als Arzt sehe ich im Jetlärm auch eine grosse gesundheitliche Gefahr.

(Gesundheits-)Politische Tätigkeiten

Ehemaliges Mitglied der Gesundheitskommission der Gemeinde Meiringen
Ehemaliger kantonaler Delegierter (BV Engeres Oberland)



Name: Heuberger Thomas
Dr. med. FMH, Innere Medizin
Wohnort: Oberhofen am Thunersee
Partei: Grüne Kanton Bern
Wahlkreis: Thun

Vorstösse:

Sicherung und Verbesserung der medizinischen Grundversorgung, Hausarztmedizin; Vorstösse in den Bereichen Spitalversorgung, Gesundheitsgesetzgebung, Tourismusförderung, Wildtierschutz, Kulturpolitik, Pflegeberufe, Rettungswesen, Brustkrebsvorsorge, Krebsregister.

(Gesundheits-)Politische Tätigkeiten

Grossrat seit 2000; Vorsitzender der DV der FMH
Mitglied des Vorstandes der Kantonalen Aerztegesellschaft Kanton Bern
VR-Präsident be-med (Berufsschule medizinische Assistenzberufe Bern)
VR Oberländische Berufsschule Spiez NOSS

«Politik ist für mich immer auch die Politik des Machbaren; dies erfordert Kompromissbereitschaft aber auch Durchhaltevermögen. Unsere Politik soll dahin wirken, dass nachfolgende Generationen noch die Lebensbedingungen und die Umstände antreffen, die eine befriedigende Lebensqualität ermöglichen und eine intakte Umwelt nicht verunmöglichen.»



Name: Hans-Peter Kohler
Prof. Dr. med., Klinikdirektor Innere Medizin Tiefenau Ziegler
Wohnort: Spiegel bei Bern
Partei: FDP.Die Liberalen
Wahlkreis: Mittelland-Süd

Anliegen:

Nebst meinen langjährigen standespolitischen Kenntnissen verfüge ich über eine mehrjährige parteipolitische Erfahrung – nicht nur im Gesundheitswesen. Die Stärkung der medizinischen Grundversorgung ist mir ein Anliegen. Durch meine internationale Tätigkeit als Generalsekretär der Internationalen Gesellschaft für Innere Medizin sind mir andere Gesundheitssysteme nicht fremd. Ich bin für konstruktive Lösungen im Gesundheitswesen gerüstet.

(Gesundheits-)Politische Tätigkeiten

Vorstandsmitglied Ärztlicher Bezirksverein Bern-Regio, Mitglied Stiftungsrat Berner Gesundheit
Generalsekretär der Internationalen Gesellschaft für Innere Medizin
Parlamentarier Gemeinde Köniz
Parteipräsident FDP.Die Liberalen Köniz
Mitglied der Kantonalen FDP.Die Liberalen, Kommission für Gesundheit und Soziales



Name: **Danielle Lemann** bisher
Dr. med. et MME
Gemeinschaftspraxis für Hausarztmedizin Langnau,
Oberärztin Regionalspital Emmental

Wohnort: Langnau

Partei: SP

Wahlkreis: Emmental

Website: www.danielle-lemann.ch

Vorstösse 2006 bis 2010:

Für das Institut für Hausarztmedizin; Spitalplanung mit Weit- und Umsicht (nicht nur Landspitäler schliessen); einfache kantonale Telefonnummer für den ärztlichen Notfalldienst; Prüfung eines Instituts für Palliative Care an der Uni Bern; Prüfung eines Instituts für Komplementärmedizin; menschliches Sterben in Berns Spitälern (Palliative Care trotz DRG); Prüfung einer kantonalen Einheits-Krankenkasse



Name: **Daniela Lutz**
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Wohnort: Bern

Partei: GFL Stadt Bern

Wahlkreis: Bern

Vorstösse:

Interfraktionelle Postulate SP/JUSO, GB/JAI, GFL/EVP (Miriam Schwarz, SP/Cristina Anliker-Mansour, GB/**Daniela Lutz**, GFL): Prävention statt spätere Sozialhilfeabhängigkeit von Jugendlichen 8.6.2008 sowie GB/JAI, GFL/EVP, GLP, BDP/CVP (Christina Anliker-Mansour, GB/**Daniela Lutz**, GFL/Kathrin Bertschy, GLP/Vania Kohli, BDP): Berufsintegrationscoaching für Jugendliche in der Berufswahlphase: Frühintervention schafft Integration 12.2.2009; Postulat Fraktion GFL/EVP (**Daniela Lutz**-Beck, GFL): Brückensuizide – Bern ein trauriger Rekordhalter 13.11.2008; Dringliche Motion Erich J. Hess (SVP)/Henri-Charles Beuchat (CVP)/Tanja Sollberger (GLP)/**Daniela Lutz**-Beck (GFL)/Beat Zobrist (SP)/Aline Trede (GB): Installation von Brückennetzen gegen Suizide in der Stadt Bern 18.6.2009



Name: **Peter Schertenleib**
Ärztlicher Leiter SWICA Gesundheitszentrum in Bern

Wohnort: Busswil

Partei: Grünliberale Partei

Wahlkreis: Seeland

Anliegen:

Ökologie, Bildung, Jugend, Effizienz in den Verwaltungsabläufen, Optimierung der Rahmenbedingungen für Gewerbe, Industrie und Dienstleister unter Berücksichtigung von Nachhaltigkeit und Ressourcenschonung.

Politische Tätigkeit

Vizegemeindepräsident Busswil, Ressort Bildung



Name: Jürg Schlup
Hausarzt, executive MBA Uni St.Gallen
Wohnort: Zollikofen
Partei: FDP.Die Liberalen
Wahlkreis: Mittelland Nord
Website: www.juerg.schlup.be

Anliegen:

Ich setze mich konsequent ein für bessere Rahmenbedingungen in Spital und Praxis. Dabei suche ich nach Lösungen, nicht nach Hindernissen.

(Gesundheits-)Politische Tätigkeiten

- Präsident Ärztesellschaft des Kantons Bern
- Vizepräsident der Spitalversorgungskommission des Kantons Bern
- Beirat Berner Bildungszentrum Pflege
- Mitglied Geschäftsleitung Konferenz Kantonaler Aertztesgesellschaften
- Mitglied Leitender Ausschuss BernerKMU
- Mitglied Bernische Gewerbekammer

Bestellung gesundheitspolitische Zeitung «Politik + Patient»

«Politik + Patient» ist die einzige Publikation, welche die politische Haltung der Ärzteschaft einer interessierten Öffentlichkeit kundtut.

«Politik + Patient» bringt die Sicht der Leistungserbringer in die öffentliche Debatte ein.

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:
Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Presse- und Informationsdienst
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

Fax: 031 310 20 82

