



doc.be

Das Magazin der
Aerztesgesellschaft des
Kantons Bern

Nr. 3
Juni 2017



Themen dieser Ausgabe

**Interview mit dem
Dekan der Medizinischen
Fakultät**

**Umstrittene Koopera-
tionen zwischen Industrie
und Forschung**

Gemeinsam – jetzt!



Tarifeingriff des Bundesrates per 01.01.2018; Vorstösse im eidgenössischen Parlament zur Ausweitung der Ermächtigung des Bundesrates für Tarifeingriffe, zur Einführung des Globalbudgets im ambulanten Bereich und zur Aufhebung des Vertragszwanges; Revision der Analysenliste mit einer Reduktion der Vergütungen für die Analysen; Margensenkung bei den Medikamentenpreisen – die Aufzählung ist bei weitem nicht abschliessend. Jürg Schlup, Präsident der FMH und ehemaliger Präsident der BEKAG, brachte es anlässlich der Ärztekammer der FMH am 4. Mai 2017 auf den Punkt: Kaum einmal sah sich die Ärzteschaft mit derart grossen politischen Herausforderungen konfrontiert wie heute, kaum einmal drohte eine derart massive Verschlechterung der Rahmenbedingungen für unseren Berufsstand.

Und was machen wir? Wir ergehen uns in Abgrenzungsversuchen und Streitereien untereinander, die manchmal sogar zu veritablen Grabenkämpfen ausarten. Der Blick auf das Gesamte geht zunehmend verloren, der kleinste gemeinsame Nenner muss bald einmal mit dem Rasterelektronenmikroskop gesucht werden. Partikularinteressen werden zunehmend über eine gemeinsame, letztendlich aber für alle mit Vorteilen versehene Lösung gestellt.

Wenn wir jetzt nicht begreifen, dass es höchste Zeit ist zusammenzustehen, gehen wir nicht mit fliegenden Fahnen, sondern ganz einfach kläglich unter. Wenn wir aber als Ärzteschaft geschlossen auftreten, sind wir ein Partner im Gesundheitswesen, ohne den nichts geht. Deshalb: gemeinsam – jetzt!

Dr. med. Rainer Felber
Vizepräsident Aergztesgesellschaft des Kantons Bern

Inhalt

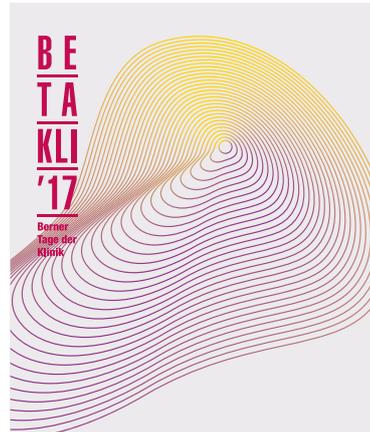
- 4 «Als Dekan bin ich Dienstleister»**
Prof. Hans-Uwe Simon zu gesellschaftlichen Vorstellungen, Dekanatsarbeit und dem Medizinalstandort Bern.
- 7 5 Fragen an Adrian Gödlin**
Ein Praktiker zu seiner Wahl als Teacher of the Year 2017.
- 8 Zwischen gesund und gewinnorientiert**
Wenn Pharmafirmen medizinische Forschung unterstützen, sorgt das oft für Kritik.
- 11 Das Arbeitsgesetz und der Geist der Medizin**
Zeiten ändern sich – und ein ganzer Berufsstand steht in Frage.

Zweiter Tarifeingriff des Bundesrats: Anhörung

Die Aerztegesellschaft des Kantons Bern ist angesichts der jüngsten tariflichen Entwicklungen sehr besorgt. Ihre Bedenken und Gegenvorschläge zum geplanten Tarifeingriff hat sie in der Vernehmlassungsantwort an Bundesrat Alain Berset ausführlich festgehalten. Darin ruft die BEKAG in Sachen Tarif zu mehr Zurückhaltung des Bundes auf.

Das Schreiben finden Sie auf www.berner-aerzte.ch/aerztegesellschaft/standespolitik

BETAKLI: 8. bis 11. November 2017



Das Programm der Berner Tage der Klinik BETAKLI 2017 steht fest. Weitere Informationen und Anmeldung ab sofort unter der Nummer 031 330 90 00 oder online unter www.betakli.ch.

Impressum

doc.be, Organ der Aerztegesellschaft des Kantons Bern; Herausgeber: Aerztegesellschaft des Kantons Bern, Postgasse 19, 3000 Bern 8 / erscheint 6 x jährlich; Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Aerztegesellschaft des Kantons Bern; Redaktion: Marco Tackenberg, Gabriela Troxler und Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst BEKAG, Postgasse 19, 3000 Bern 8, T 031 310 20 99, F 031 310 20 82; tackenberg@forumpr.ch, troxler@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch; Inserate: Gabriela Troxler, troxler@forumpr.ch; Gestaltung / Layout: Definitiv Design, Boll; Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern

Belegarztakademie & Doctor's Talk

Die Berner Belegärzte-Vereinigung BBV+ organisiert folgende Veranstaltung: Belegarztakademie & Doctor's Talk, 14. September 2017, Schulungsgebäude Lindenhofspital, Bern, 15.30 bis 18.30 Uhr.

Es erwarten Sie Referate zu den Themen Digitalisierung, eHealth und elektronisches Patientendossier, sowie eine Podiumsdiskussion mit anschließendem Apéro riche. Die BEKAG ist durch Beat Gafner vertreten. Moderiert wird der Anlass von Gesundheitsökonom Willy Oggier. Belegärz-

te, Grundversorger und andere Ärzte sind eingeladen. Die Veranstaltung ist ebenfalls für Mitarbeitende, welche sich mit dem Thema auseinandersetzen müssen, interessant.

Weitere Informationen und Anmeldung unter www.medicongress.ch.

«Als Dekan bin ich Dienstleister»

Hans-Uwe Simon setzt sich für den Forschungsstandort Bern ein und kämpft dafür, wirksame Mittel gegen den Hausärztemangel zu finden. Dabei sieht er sich selbst als ein Rad von vielen im Getriebe – und findet das noch nicht einmal schlecht.

Interview: Gabriela Troxler, Presse- und Informationsdienst

doc.be: Seit fast einem Jahr sind Sie Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Bern. Ist eingetroffen, was Sie von dem Amt erwartet haben?

Prof. Dr. med. Hans-Uwe Simon: Ja. Ich war zuvor Forschungsdekan und wusste, was auf mich zu kommt: sehr viel Arbeit. Neben dem operativen Tagesgeschäft beschäftigen mich strategische Gesichtspunkte. In welche Richtung wollen wir als Fakultät gehen?

Und welche Richtung ist das?

Zur Strategie gehört zunächst einmal die Stärkung des Medizinalstandortes Bern. Die Lehre stärken wir quantitativ, indem wir mehr Studierende aufnehmen. Nachdem wir in den letzten Jahren viele Ausbildungsplätze geschaffen haben, werden wir ab 2018 nochmals 100 Studierende mehr ausbilden. Pro Studienjahr werden wir 340 Studenten haben. Im Jahr 2000, als ich an die Universität kam, waren es 120 – also etwa ein Drittel davon. Auch qualitativ wollen wir die Studiengänge laufend optimieren.

In der Forschung muss man sich immer wieder Gedanken machen, wie man sich von anderen Universitäten abhebt. Wo liegen unsere Stärken? Was ist medizinisch gesehen wichtig? Gewisse Forschungsschwerpunkte sind uns von der Zahl der Patienten vorgegeben. Wir leben in einer Zeit, in der Herz- und Tumorerkrankungen sowie Krankheiten des Nervensystems eine wichtige Rolle spielen. Herz, Neuro, Krebs – mit der Alterung der Gesell-

schaft werden diese Probleme mehr und mehr Menschen betreffen. Wir bauen ein grosses Comprehensive Cancer Center und ein anderes Gebäude für das Herz- und Gefässzentrum. Es wird äusserlich sichtbar, wo die Schwerpunkte des Universitätsspitals sind. Im Neurobereich sind wir Spitze in der Schlafforschung. Auch die sogenannte Präzisionsmedizin beschäftigt uns. Um sie voranzutreiben, will der Bund 100 Millionen Franken investieren. Von den Fortschritten in den Omics-Technologien – Genomics, Proteomics, Metabolomics usw. – erhoffen wir uns neue diagnostische Möglichkeiten, um die effizienteste Therapie für jeden einzelnen Patienten zu finden. Hier kann Bern für manche Krankheiten den Lead übernehmen.

Sie haben Universitäten in Deutschland, Kanada, Israel und der Schweiz kennen gelernt. In den USA und Italien haben Sie gelehrt. Wie unterscheidet sich die Lehre in diesen Ländern?

Im deutschsprachigen Raum ist die Kultur ähnlich. Wie man ein Medizinstudium gestaltet und die Forschung aufstellt, unterscheidet sich nicht gross. In Toronto war ich Postdoc und hatte keinen Einblick, wie die Universität organisiert ist. Deswegen fehlt mir der Vergleich. Die Forschungskultur aber wird heutzutage genauso gelebt wie vor 20 Jahren. Das gilt auch für Israel. Dort machte ich einen PhD in pharmakologischer Forschung und war nur ausserhalb des Labors einer anderen Kultur ausgesetzt. Ich hatte das Glück, dass die politische Lage zu jener Zeit besser war als heute.



In Jerusalem arbeitete Hans-Uwe Simon an pharmakologischen und immunologischen Forschungsprojekten. Die Forschungskultur unterscheidet sich kaum von der in anderen Ländern, meint er – anders als die Kultur vor der Labortür.

In Ihrem Pflichtenheft steht auch die Planung von Forschungsaufenthalten. Was nützen diese Aufenthalte?

Unsere Studierenden müssen im Rahmen des Masterstudiums eine Forschungsarbeit machen. Diese absolvieren sie in der Regel an der Universität Bern. Wir sind stolz, dass wir das nicht nur fordern, sondern auch selbst realisieren können. Bei 340 Studierenden ist das nicht selbstverständlich und mit viel Aufwand für das Lehrpersonal verbunden. Der internationale Austausch beginnt in der Regel erst nach dem Studium. Interessierte Assistenz- und Oberärzte gehen ein halbes Jahr bis mehrere Jahre an eine Universität in einem anderen Land, um zu forschen. Von unseren Nachwuchswissenschaftlern, die habilitieren wollen, erwarten wir das. Sie sollen über den Tellerrand hinaus schauen und sich einem kompetitiven Umfeld stellen. Gleichzeitig hoffen wir, frischen Wind in unsere eigene Universität zu bringen.

«Für manche Krankheiten kann Bern in der Forschung den Lead übernehmen.»

Wohin zieht es die jungen Ärztinnen und Ärzte?

Die Schweiz ist eine relativ starke Forschungs- nation. Deswegen wählen sie in der Regel noch stärkere Partner aus. Die besten Forschungsmög-

lichkeiten bieten vor allem reiche Länder: die USA, Grossbritannien oder Australien. Die meisten Ärzte wollen auch lernen, sich auf Englisch auszudrücken und zu publizieren. Dann gibt es natürlich Ausnahmen – dass es die Leute nach Schweden zieht zum Beispiel. Asiatische Länder sind immer noch seltene Ziele.

Umgekehrt – wenn man in ein Alter kommt wie ich – sieht man sich eher als Lehrer. Dann reist man zum Beispiel nach Russland oder China, baut dort ein Labor auf und bildet Studierende aus. Diese Länder laden westliche Spitzenforscher zu sich ein. Da geht es teils um Millionenbeträge, mit denen ein Labor aufgebaut und Equipment eingekauft wird. Die Heimuniversitäten erhoffen sich dadurch einen Gewinn an Know-how. Die ausländischen Forscher können die Doktoranden anleiten, selbst wenn sie nicht 365 Tage im Jahr vor Ort sind. Des Weiteren fördert der Schweizerische Nationalfonds Austauschprogramme, damit wir in der Schweiz Doktoranden aus diesen Ländern aufnehmen können.

Ihre Amtszeit endet formal 2020. Was möchten Sie in dieser Zeit noch erreichen?

Die ersten 100 zusätzlichen Studierenden kommen 2018. 2019 kommen 100 weitere hinzu; die ersten 100 sind im zweiten Studienjahr. Alle Studienpläne müssen umgeschrieben werden. Dieser Prozess wird mich bis 2020 voll beschäftigen. Auch die Forschungsstrategie wird ein Kraftakt. Das ist ein demokratischer Prozess, der nicht von heute auf morgen stattfinden kann. Und natürlich gibt es noch viele kleine Projekte, mit der sich die Fakultätsleitung auseinandersetzt. Falls ich gesund und



Nicht nur Arbeitgeber sind gefordert. Eine moderne Gesellschaft muss auch überdenken, wie und von wem Kinder betreut werden können.

motiviert bleibe, kann ich mich 2019 der Neuwahl stellen. Aber auch bei erneuter Wahl bin ich nur ein Glied in der Zeitachse, bis der Nächste übernimmt. Ich sehe mich als jemanden, der der Sache dient, vorausdenkt und koordiniert. Dekan zu sein heisst, Dienstleistung zu betreiben. Man muss schauen, was die Leute wollen, und ist Mediator, um die beste Lösung für die Medizinische Fakultät zu finden. Es kann nicht schaden, ein gewisses diplomatisches Geschick zu besitzen.

«Wir wollen gute Kontakte zu den Ärzten ausserhalb der Universität pflegen.»

Zu all dem engagieren Sie sich noch standespolitisch.

Wir wollen gute Kontakte zu den Ärzten ausserhalb der Universität pflegen. Ich nehme meine Tätigkeit im Vorstand der BEKAG sehr ernst. Mein Stellvertreter oder ich sind bei praktisch allen Vorstandssitzungen anwesend. Momentan geht es vor allem um die Hausarztmedizin. Wir bemühen uns sehr, dem Hausärztemangel entgegenzuwirken. Das können wir nur in Zusammenarbeit mit Partnern wie der BEKAG. Wir sorgen dafür, dass die Studierenden eine gute praktische Ausbildung bekommen. Die Frage ist, was nach dem Studium passiert. Eine Idee wäre, Hausarzt-Ausbildungspakete zu schnüren. Momentan müssen sich die Absolven-

ten ihre Facharztweiterbildung selbst zusammensuchen. Sie müssen sich überall neu bewerben, und nicht immer ist gleich die passende Stelle frei, wenn ein Kandidat sie benötigt. Das ist ineffizient und verlängert die Ausbildungszeit unnötig. Wenn man jetzt gerade Hausärzte braucht, könnte man einen Vorteil schaffen, indem man ein fixfertiges Ausbildungspaket für fünf Jahre anbietet. Ich könnte mir vorstellen, dass das die Berufswahl für einige unserer Absolventen attraktiver machen würde. Da sind die Ärztesellschaften gefordert. Das ist eine standespolitische Aufgabe.

Welche Herausforderungen kommen auf die neue Ärztesgeneration zu?

Sie müssen sich der Frage stellen, wie sie Beruf und Familie vereinbaren. Das war bereits vor 10 oder 20 Jahren so. Aber die Medizin ist weiblicher geworden, es gibt mehr Teilzeitkräfte. Das Problem wird dringlicher. Wir müssen den jungen Ärztinnen und Ärzten helfen, den Spagat zu meistern. Ausbaufähig sind zum Beispiel die Betreuungsangebote für Kinder oder die schon angesprochenen Facharzt-Weiterbildungspakete. Wichtig ist auch das Mentoring der jungen Leute durch uns Professoren. Auf anderes hat der Arbeitgeber wenig bis keinen Einfluss. Was sich anpassen muss, ist die gesellschaftliche Akzeptanz, dass Frauen arbeiten und Kinder fremd betreut werden, sowie die unterstützende Rolle innerhalb der Familien.

5 Fragen an Adrian Göldlin

Interview: Gabriela Troxler, Presse- und Informationsdienst

doc.be: Ein Dozent für Hausarztmedizin wird Teacher of the Year. Hat dies mit einem gestiegenen Stellenwert der Grundversorgung zu tun?

Dr.med. Adrian Göldlin: Ist der Stellenwert der Grundversorgung gestiegen? Ich bin mir da nicht sicher. Die Studierenden achten mehr auf das Engagement in der Lehre. Ich persönlich war eher erstaunt, dass jemand aus der Hausarztmedizin die Auszeichnung erhält. Die Wertschätzung der Studierenden hat mich überwältigt. Dafür möchte ich mich sehr herzlich bedanken, auch bei meinen Mentoren, die das erst ermöglicht haben: dem Geriater Prof. Andreas Stuck und Frau Dr. Mireille Schaufelberger, ehemalige Direktorin des Instituts für Hausarztmedizin.

Was ist das Wichtigste, das Sie den Studierenden zu vermitteln versuchen?

Ich missioniere nicht. Das heisst, ich glaube nicht, dass alle Studierenden Hausärzte werden müssen. Aber ich möchte ihnen zeigen, dass es ein unglaublich vielseitiger Beruf ist, der grosse Freude bereitet und bei dem sich alle möglichen Interessen und Fertigkeiten entfalten können. Das beginnt bei der Kommunikation, geht über das Interesse an menschlichen, psychologischen Zusammenhängen und endet bei knallharten wissenschaftlichen Fakten. Diese Faszination und vor allem der Respekt vor den Menschen sind mir wichtig. Auf der einen Seite sind die Lehrbücher, auf der anderen steht der Patient. Er ist es, der letztlich entscheidet. Dabei müssen wir ihm helfen.

Was schätzen Sie: Welchen Einfluss hat die Lehre auf die Berufswahl der Studierenden?

Im Studium geht es diesbezüglich vor allem darum, ein Fach zu zeigen. Das ist etwas, das die Hausarztmedizin lan-

ge nicht durfte. Jetzt hat sie diese Möglichkeit. Den Kern der Lehre bilden die Hausarztpraktika, die vom ersten bis zum vierten Studienjahr obligatorisch sind. 650 Hausärztinnen und Hausärzten bilden für die Universität Studierende aus. Viele Krankheitsbilder, die von den Spezialisten vermittelt werden, kommen in den Hausarztpraktika tatsächlich vor. Ich glaube, das weckt bei den einen die Begeisterung für die Fachrichtung, bei den anderen zumindest ein Verständnis. Das Feedback der Studierenden ist jedenfalls ausgezeichnet.

Was wünschen Sie sich von der neuen Ärztegeneration?

Es sind Wünsche von, aber auch Wünsche für sie. Ich würde mir wünschen, dass sie ein Engagement für den Beruf entwickeln. Den jüngeren Leuten fehlt oft die Zeit. Die Rollenverteilung mit der Teilzeitarbeit von Männern und Frauen ist anspruchsvoll. Mir wäre wichtig, dass sie zu sich selbst und ihren Angehörigen Sorge tragen. Nur dann gibt es begeisterte, belastbare neue Ärztinnen und Ärzte, die uns dereinst im Alterheim versorgen. Ich habe grosse Hoffnung, wenn ich mir die Medizinstudenten in Bern ansehe. Sie sind motiviert und begeistert. Es ist ein Privileg, hier unterrichten zu dürfen.

Zu guter Letzt: Wem würden Sie einen Preis verleihen?

Mein Preis ginge an die Médecins Sans Frontières – meine persönlichen Helden. Ich glaube, in diesen Teams stecken Freude, ein grosses Engagement und viel Mut. Das bewundere ich sehr.



Adrian Göldlin eröffnete seine erste Praxis 1997 in Bern. 2013 kam er als Dozent für Hausarztmedizin an die Universität Bern und leitete ab Herbst 2014 den Bereich Lehre des BIHAM. Heute praktiziert er in der Gruppenpraxis Sanacare. Die Ausbildung ist für ihn eine Herzensangelegenheit – sei es die von Studierenden, von MPA oder Assistenzärzten in der Praxis. 2017 wählten die Medizinstudierenden der Universität Bern Adrian Göldlin zum Teacher of the Year.

Ausgezeichnet

Alljährlich prämiert die BEKAG die besten Abschlüsse an der Medizinischen Fakultät in Bern mit je 1500 Franken. In der Clinical Skills-Prüfung 2017 brillierte Dorina Manuela Regli. Die beste Multiple Choice-Prüfung legte Moreno Testorelli ab. Herzliche Gratulation zu dieser Leistung!

Zwischen gesund und gewinnorientiert

Die Industrie ist ein wichtiger Geldgeber der medizinischen Forschung. Doch diese Kooperationen stehen seit geraumer Zeit in Verruf. Ist patientenorientierte Forschung eine Illusion?

Text: Gabriela Troxler, Presse- und Informationsdienst

«Pharma ignoriert Kinder mit Krebs» titelte unlängst die Berner Zeitung. Immer öfter prangern Medien die von Pharma- und Bioindustrie geförderte medizinische Forschung an. Von Interessenskonflikten ist die Rede und davon, dass Pharmafirmen zu wenig in seltene Erkrankungen investieren – zu hohe Kosten, zu kleiner Markt. Emotionale Einzelfälle treffen auf kühle Berechnung, ethische Verpflichtungen auf gewinnorientiertes Denken.

Medizinische Forschung am Gängelband der Industrie

Tatsächlich ist das nur die Spitze des Eisbergs. Die Industrie beeinflusst nicht nur die Forschungsagenda in der Medizin, weiss Dr. Matthias Egger. Der Professor für Epidemiologie präsidiert den Forschungsrat des Schweizerischen Nationalfonds. Bei Arthrose beispielsweise, einer durchaus häufigen und gut erforschten Krankheit, betrafen 81 % der Studien die Wirksamkeit von Medikamenten. Ärzte und Patienten dagegen wünschten sich mehr Daten zum Nutzen von Physiotherapie und Chirurgie. Stattdessen geht weitere Forschungskapazität an unzählige «Me too»-Studien verloren – Studien, die Medikamente in der gleichen Substanzklasse untersuchen.

Gegenstimmen werden nicht gehört

Richtig unschön wird es, wenn sich Produktmarketing als Forschung verkleidet. «9 von 10 Patientinnen wollen das Medikament XY gegen Brustkrebs», zitiert Patientenschützerin Erika Ziltener ein Inserat aus der Schweizerischen Ärztezeitung. Dabei seien zu diesem Medikament erst zwei ausländische Studien hängig. Patienten werde vorgegaukelt, sie nähmen an einer Studie teil. Sie stiegen auf ein Medikament um, nur damit sich dieses im Markt etabliert.

Laut Matthias Egger ist auch die Wahl der Studienteilnehmer nicht vor Einflussnahme gefeit. Es werden nur die Probanden ausgewählt, mit denen die Studie wahrscheinlich günstig ausfällt. Nicht zuletzt herrsche eine Verzerrung der Studienlage, auch «Publication bias» genannt. Das heisst, abweichende Ergebnisse würden gar nicht erst publiziert.

Böse, böse Pharmaindustrie?

Die Ausführungen werfen kein gutes Licht auf die industriegeförderte medizinische Forschung. Dem hält André Dahinden, General Manager von Amgen Schweiz, entgegen: Pharmafirmen gebe es nur, um Patientinnen und Patienten zu helfen. Die Industrie frage nach dem Grund für eine Krankheit. Um effektive Therapien ableiten zu können, arbeite sie eng mit der Medizin und den Universitäten zusammen. Aus

dieser Optik gestaltet sich der Forschungsprozess ein wenig anders: Er beginnt nicht mit einem Medikament, sondern endet damit. «Nicht das Medikament begleitet den Patienten, sondern der Arzt», stellt André Dahinden denn auch klar. Die Industrie gebe den Ärzten lediglich Hilfsmittel an die Hand. Der Arzt entscheide gemeinsam mit dem Patienten, welche Therapie angemessen sei. Zudem, so Dahinden, böten klinische Studien eine Chance für Patienten, die sonst keinen Ausweg mehr sehen. Und auch die «Publication bias» sei heute nicht mehr gegeben. Eine gewisse Selbstregulierung verhindere das, aber auch die Existenz von Social Media.

Innovationsland Schweiz – dank der Industrie

Tatsache ist: Ohne die Industrie wäre hochstehende medizinische Forschung, wie sie in der Schweiz betrieben wird, undenkbar. Das sieht auch Matthias Egger ein. Er nennt als Beispiel klinische Studien, die zur wirksamen Bekämpfung von HIV führten. Erst die Tripeltherapie HAART, die drei Medikamente wirksam kombinierte, brachte 1996 den Durchbruch. Heute unterscheidet sich die Lebenserwartung von HIV-Infizierten kaum von der von gesunden Menschen. Ohne die gezielte Zusammenarbeit von Industrie und Wissenschaft und einer Vielzahl von klinischen Studien wäre dieser Erfolg nicht möglich gewesen.



Ob medizinische Forschung von der Industrie finanziell unterstützt wird, sollte keine Rolle spielen – solange die Bedürfnisse der Patienten im Vordergrund bleiben.

Grauzonen umgehen

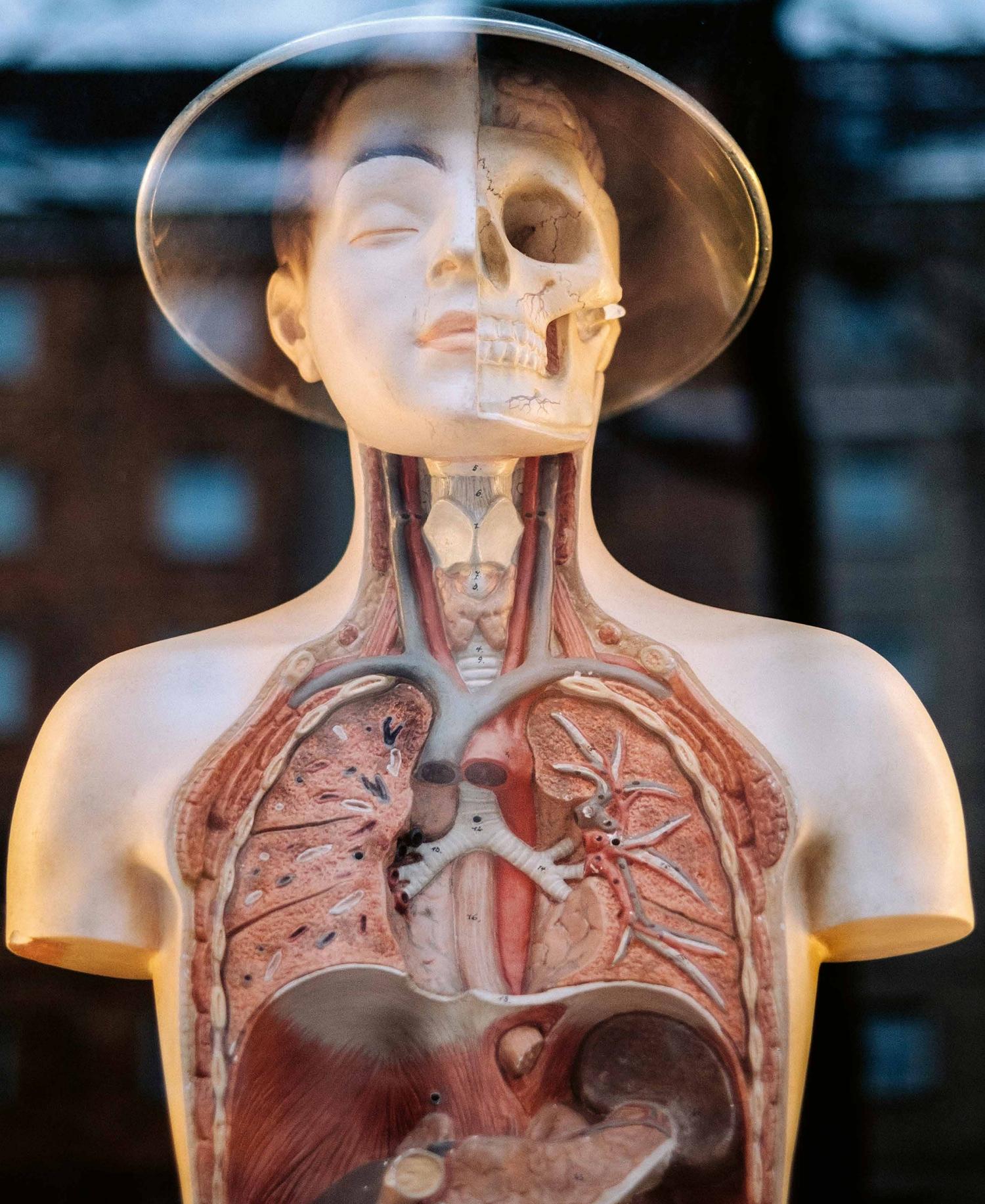
Die von der Industrie unterstützte Forschung ist heute stark reglementiert. Es gibt wenig Raum für Verfehlungen. Industrie und Wissenschaft arbeiten daran, das zwielichtige Image ihrer Zusammenarbeit abzulegen. Zugleich aber investiert die Industrie zunehmend in langfristige Kooperationen, um die Forschung früher in erfolgsversprechende Bahnen lenken zu können. «Eine an sich gute Sache», meint Matthias Egger. «Aber mehr Regulierung wäre wünschenswert».

Wenn es um Patienten gehe, betont Erika Ziltener, sei die medizinische Indikation die einzige Legitimation für eine Therapie. Egger und Ziltener sind sich einig: Was Patientinnen und Patienten brauchen, ist mehr Transparenz. Sie müssen gründlich über Risiken und mögliche Alternativen aufgeklärt werden, damit sie selbst eine mündige Entscheidung treffen können. Das nimmt nicht mehr die Industrie, sondern besonders ihre Ärztinnen und Ärzte in die Pflicht.

Dieser Artikel entstand im Anschluss an die Veranstaltung «Berner Dialog Medizin und Gesellschaft» der Schweizerischen Stiftung für Gefässmedizin vom 02.05.2017. Er gibt die Auffassungen der Exponentinnen und Exponenten wieder, die den Ansichten der BEKAG nicht zu entsprechen brauchen.

Rollende Praxis-Kostenstudie

Die Erhebung der RoKo-Daten für das Jahr 2016 startet in Kürze. Anfang Sommer werden Sie die notwendigen Unterlagen erhalten. Denken Sie daran: Nur dank RoKo können zuverlässige Statistiken über Einkommens- und Kostenverhältnisse von Arztpraxen erstellt werden. Diese liefern wichtige Argumente für die Verhandlungen mit Kostenträgern im Gesundheitswesen. Wir danken Ihnen herzlich, dass Sie teilnehmen und Ihre RoKo-Daten zeitnah erfassen!



Das Arbeitsgesetz und der Geist der Medizin

Das Bild des Mediziners wandelt sich. Die Arztberufung droht zum simplen Beruf zu werden.

Text: Thomas F. Lüscher, Zurich Heart House, Careum Campus, Klinik für Kardiologie, Universitäres Herzzentrum, Universitäts-Spital und Center for Molecular Cardiology, Universität Zürich, Schweiz

Rückblick

Vor Zeiten, so hören die einen und erinnern sich die anderen, war der Arztberuf eine Berufung und kein Job¹. *Work-Life-Balance* war ein unbekanntes Wort, denn die Arbeit war nicht *Work*, sondern Lebensinhalt von Medizinerinnen und Forschern – kurz: Erfüllung und nicht Belastung. Ähnlich empfanden Künstler zu allen Zeiten: Weder hielt sich Arthur Rubinstein an vorgegebene Arbeitszeiten, noch liess sich Franz Kafka nach Arbeitsschluss bei der «Arbeiter-Unfallversicherungs-Anstalt für das Königreich Böhmen in Prag» das Schreiben bis tief in die Nacht hinein verbieten. Auch Picasso warf wohl kaum den Pinsel abends um sechs in den Topf, wie auch Rodin den Tag nicht in *Work* und *Life* zerschnitt. Untersuchungen mit Musikern zeigen, dass, wer weniger als 8 Stunden täglich übt, es nicht weiter als zum Klavierlehrer bringt. Nur wer mehr Hingabe zeigt, kann Konzerte geben².

Für Ärzte gab es Zeiten, als die Berufung Erfüllung versprach, als Hingabe wichtiger war als Vergütung, als man weder Stunden noch Patienten zählte. Gewiss, zuweilen war die Arbeitslast gross,

gelegentlich zu gross, doch zuletzt lernte man gerade während der Randzeiten, wenn die meisten auf dem Weg nach Hause waren, am meisten. Man wusste, dass man gebraucht wurde, die Patienten hatten einen Arzt und nicht eine Schicht, die sich um sie kümmerte. Und dann war da die Achtung der Gesellschaft: Ein Arzt war wer, er konnte der Wertschätzung für seine Verfügbarkeit sicher sein – zu jener Zeit war der Mediziner noch kein «Auslaufmodell»³. Man gedachte seiner Heldentaten im Alltag und der Leistung der Pioniere für den Fortschritt.

Die gemessene Zeit

Nun leben wir in der Moderne, erleben eine Arbeitskontrolle, von der die Schweiz bislang – im Gegensatz zu den Sozialstaaten Europas – verschont geblieben war: Man kommt um 07.32 Uhr, loggt sich im Computer ein und meldet: «*Ich bin hier!*» Was man macht, ist einerlei, Hauptsache man ist im PEP-System, der heutigen Version von *Big Brother is watching you*⁴, angemeldet. Dann geht es an die Arbeit; doch schon bald steht die Mittagspause an. Es stellt sich die Frage, ob ein Seminar mit Sandwiches als Arbeit zu deklarieren sei oder ob man sich bei Essen weiterbilden darf – ist im PEP-System «*Arbeit*» oder «*Pause*» anzuklicken? Das ist hier die Frage. Des Gesetzes Antwort ist klar: Es muss eine Stunde Erholung für das Essen eingesetzt

werden. Ja, wo käme man hin, wenn eine Fortbildung für kauende Zuhörer als Erholung eingestuft würde, schliesslich ist Lernen mit geistiger Arbeit verbunden, wie MRI-Untersuchungen zweifelsfrei belegen. Nicht auszudenken, was für Fehlleistungen aufgrund von Überlastung danach bei der Patientenbetreuung zu befürchten wären. Wie man gar während eines Eingriffs im Katheterlabor oder im Operationsaal damit umgehen könnte, weiss der Himmel. Dann nähert sich der Tag dem Ende zu: 18.09 Uhr – «*Ich gehe nach Hause*». Der Computer berechnet genau die Überzeit: Es sind 37 Minuten. Gut unterwegs – wenn es so weiter geht, winken bald Auszahlungen und Freitage.

Nicht nur die Arbeit im Minutentakt verdammt unseren Berufsstand zur Fließbandarbeit: Das DRG-System hat die Tätigkeit selbst einem hohen Zeitdruck unterworfen. Eintritt und Austritt der Patienten liegen näher und näher beisammen, lange Aufenthaltszeiten sind ökonomisch unerwünscht, Berichte müssen täglich im Stundentakt verfügbar werden, kaum ist ein Patient entlassen, steht schon der nächste vor der Tür – kein Zweifel, die Arbeitszeit hat sich verdichtet.

Ein Infarkt um 17.00 Uhr erhöht ungebührlich die Überstunden.

Die Schuld des Chefs

Überzeiten sind *Bad news* für den Chef: Er ist der Verantwortliche, wenn zu viel gearbeitet, das Arbeitsgesetz nicht eingehalten wird. Ein Infarkt um 17.00 Uhr erhöht ungebührlich die Überstunden. Soll der Patient auf morgen 08.00 Uhr vertröstet werden? Wohl kaum – ein Spital ist keine Konservenfabrik. Das Arbeitsgesetz verlangt dafür Vorhalteleistungen, die enorme Auswirkungen haben – doch davon später.

Dann lassen sich die Überstunden nicht wegzaubern, durch Auszahlung ist die Schuld nicht beboben. Wie in der protestantischen Morallehre gibt es keine Vergebung. Im Gegenteil, der Chefarzt kann persönlich mit Bussen und einem Eintrag ins Strafregister belangt werden. Soweit sind wir gekommen: Was einst Hingabe war, ist heute ein Vergehen.

Gewiss, man könnte den Personalbestand vergrössern, und vieles wurde dafür bereits getan. Doch es gibt Grenzen, würde der gesunde Menschenverstand vermuten: Sollen wir für alles und jedes drei Schichten vorsehen, zur Sicherheit bei Krankheitsausfällen einen Backup bereithalten? Und in der Tat sind Krankheitsausfälle heute die Regel, man könnte eine Schwächung des Immunsystems vermuten, wenn man die Zahlen sieht. Mit der Feminisierung kommen berechtigterweise der Bedarf an Teilzeitstellen und der Schwangerschaftsurlaub dazu. Auch hier hat die Politik, die sich die Frauenförderung auf ihr Banner geschrie-

ben hat, keine Lösung bereit: Das übrige Personal darf diese Ausfälle tragen – selbstverständlich ohne Überstunden zu generieren, die Quadratur des Zirkels.

Science must be fun

Der akademische Geist verdunstet in diesem Umfeld wie Wasser an der Sonne. Vor kurzem fragte ein Kollege – inzwischen glücklicherweise anderswo tätig – ganz auf der Linie des Arbeitsgesetzes: «*Ist Forschung in den 50 Stunden inbegriffen?*» Ich versuchte mich zu fassen und erinnerte mich an meinen Mentor an der Mayo Clinic: «*Science must be fun!*», war da die Devise. Ja – und was einen erhebt und erfüllt, kann nicht in Stunden gemessen werden.

Wie wird der akademische Betrieb, die medizinische Forschung unseres Landes mit einer solchen Haltung überleben? Arbeitsgesetze, die in Universitären Zentren mit Forschungsanspruch und in Regionalspitälern gleich aufgestellt sind, machen keinen Sinn.

Für die Zukunft des Forschungsplatzes Schweiz gilt zu bedenken: Die meisten Forscher, die je tätig waren, arbeiten heute. Die Konkurrenz war noch nie so gross. Das zeigt sich beispielsweise in den «*Acceptance rates*» grosser wissenschaftlicher Zeitschriften: Das «*New England Journal of Medicine*» nimmt 4 %, «*JACC*» 6 % und das «*European Heart Journal*» 8 %⁶ der eingereichten Arbeiten an.

Und es wird wohl noch enger: Die Zahl der Forscher in Asien wächst, und Arbeitsbeschränkungen kennt diese Kultur nur vom Hörensagen. Was für das Klavierspielen gilt, gilt auch für Entdecker des Neuen – Überstunden sind ein Schlüssel-Erfolgsfaktor in der Medizin.

Die Folgen der neuen Haltung zeigen sich – wie in einem früheren Kommentar in dieser Zeitschrift⁶ angekündigt – bereits heute: In den Forschungsabteilungen werden Schweizer Ärzte rar und rarer. Im Zentrum des Schreibenden machen sie inzwischen weniger als 5 % der Mitarbeiter aus. Wer nicht mehr als vorgeschrieben einsetzen will, kann hier nicht mithalten.

Der Geist der Moderne

Will der Mensch die Ordnung, welche die moderne Arbeitszeit verspricht? Wohl ja. Die Generation Y oder die *Me-Generation*, wie sie eine Harvard-Psychologin genannt hat⁷, will anders leben als ihre Vorväter – wer wollte es ihnen vergönnen. Die Folgen konnten wir kürzlich von einem *Consultant*, wie sich Berater heute nennen, in der Klinikdirektorenkonferenz unseres Spitals erfahren: Strategisch sei es für ein universitäres Spital entscheidend, die besten Talente anzuziehen. Dies sei zwingende Priorität – wohl wahr, wer wollte widersprechen. Dazu wurden Hunderte von Schweizer Medizinstudenten nach ihren Erwartungen an ihren zukünftigen Arbeitnehmer befragt: Zuoberst auf der Liste fände sich *Work-Life-Balance*, liess uns der Experte wissen. Ja, wollen wir eine solche Generation oder suchen wir dann nicht besser in anderen Gefilden? Ohne Zweifel, der jüngsten Ge-



Zeit penibel erfassen, auf den Ausgleich von Überstunden pochen – allzu strenge Reglementierungen dürfen nicht der Flexibilität im Wege stehen, fordert Thomas F. Lüscher.

neration droht der Hunger nach Innovation, der Ehrgeiz nach Grossem abhanden zu kommen – denn ohne hohen Einsatz zu Beginn des Berufslebens lässt sich wenig erreichen.

Was Julien Borel, 38, in der «NZZ am Sonntag» vermeldete, gilt auch in der Medizin: Die Schweizer, so meinte der leitende Ingenieur am Hauptsitz von Google in Mountain View, «...möchten die *Champions League* gewinnen, wollen aber keine Ausländer im Team. Und sie hören nach 45 Minuten auf zu spielen»⁸.

Arbeitsgesetze, die in Universitären Zentren und in Regionalspitälern gleich aufgestellt sind, machen keinen Sinn.

Gesetz versus Evidenz

Nach all dem Ärger fragt man sich: Dient das Ganze wenigstens einem höheren Zweck? Gewerkschaften wie der VSAO argumentieren, dass die Arbeitszeitbeschränkung, wie sie heute umgesetzt wird, der Patientensicherheit diene, ja für eine hohe Behandlungsqualität zwingend sei. Überarbeitete Ärzte machten Fehler, deshalb sei das Pensum wie bei Chauffeuren und Piloten zu beschränken. Zunächst will man verständnisvoll nicken. Doch dann stellt sich die Frage: Ist das auch evidenzbasiert? Führt das Arbeitsgesetz wirklich zu besseren medizinischen Ergebnissen? Eine Einschränkung des

Gesetzes ist die Anzahl von Nachtdiensten und die zwingend erforderliche Kompensation am Tag danach. Führt ein Nachteinsatz ohne Kompensation im Katheterlabor oder Operationssaal am nächsten Tag zu einer erhöhten Mortalität? Die Amerikaner haben es an nahezu 40 000 Patienten, die von 1448 Chirurgen operiert wurden, untersucht⁹. Dabei wurde der Outcome von zwei Patientengruppen verglichen: Die einen waren von Chirurgen operiert worden, die in der Nacht zuvor einen Eingriff durchgeführt hatten, die anderen von Chirurgen, die sich im nächtlichen Schlaf erholen konnten. Die Daten waren nicht randomisiert, wurden aber einer *Propensity-Matching-Analyse*¹⁰, also der heute besten verfügbaren Statistik, unterzogen. Und das Ergebnis: Die Mortalität der operierten Patienten war in beiden Gruppen gleich!

Dann gilt es, die Arbeitszeit als solche zu bedenken: Sind lange Arbeitszeiten für Ärzte gefährlich, wie uns das Arbeitsgesetz glauben macht? In den USA wurden 2003 die Arbeitszeiten ebenfalls beschränkt, um Bedenken zur Patientensicherheit zu begegnen. Seither gelten 80 (80 und nicht 50 wie in unseren Breiten!) Stunden pro Woche als Obergrenze. Die Anzahl Nachtdienste wurde ebenfalls beschränkt und die Ruhetage wurden geregelt. Wie in der Schweiz hat dies trotz höheren Arbeitszeiten zu Problemen in der Patientenversorgung und höheren Kosten geführt.

Deshalb wurde eine nationale Cluster-randomisierte Studie an 136 691 Patienten in 117 «*Residency Programmes*» durchgeführt, die die heute gültigen Richtlinien des «*Accreditation Council for Graduate Medical Education*» (ACGME) mit

einer flexibleren Arbeitszeitregelung verglichen. Die Autoren schlossen aus ihren Ergebnissen: «*As compared with standard duty-hour policies, flexible, less-restrictive duty-hour policies of surgical residents were associated with noninferior patient outcomes and no significant difference in residents' satisfaction with overall well-being and education quality*»¹¹. Auch hier halten also rigide Arbeitszeitregelungen den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin nicht stand.

Natürlich gibt es eine Grenze, wie der gesunde Menschenverstand vermuten würde¹²: In einer randomisierten Studie an amerikanischen Assistenten, die auf einer Intensivstation arbeiteten, wurde Nachtarbeit mit «*extended shifts*» (24 Stunden oder länger, jede 3. Nacht Bereitschaft) mit reduzierten «*work shifts*» und kürzeren Arbeitszeiten von 63 Wochenstunden verglichen. Dabei zeigte sich, dass Ärzten mit «*extended work shifts*» etwa ein Drittel mehr Fehler unterlaufen. Allerdings wurde – im Gegensatz zu den oben erwähnten Studien – nicht der Outcome der Patienten, sondern nur die Fehlerquote gemessen. Inwiefern diese Fehler so schwerwiegend waren, dass sie den Patienten-Outcome beeinflussten, bleibt unklar. In der Tat wurde ein Grossteil der Fehler im Team umgehend behoben. Auch überstiegen die verkürzten «*night shifts*» und Arbeitszeiten mit 63 Wochenstunden in der Interventionsgruppe bei weitem das, was das schweizerische Arbeitsgesetz erlaubt.

Eine Gesellschaft, die Freizeit höher wertet als Arbeitszeit, muss die Rechnung begleichen.

Vom Arzt zu Ärzten

Es gibt wohl einen «*sweet spot*», eine Arbeitszeit- und Nachtdienstregelung, die bezüglich Fehlerquoten, Patienten-Outcome und Personalkosten optimal wäre. Auch eine zu rigide Beschränkung beeinträchtigt die Patientensicherheit. Wo früher ein Assistent mehrere Patienten während des Spitalaufenthaltes überblickte, sind heute mehrere, manchmal eine Vielzahl von Ärzten beteiligt. Nicht nur, dass die meisten Patienten vor lauter Wechseln nicht mehr wissen, wer sie betreut; Informationen gehen bei den zahllosen Übergaben verloren.

Der 24-Stunden-Dienst lässt sich nicht mehr mit zwei Assistenten abdecken, sondern es sind heute drei. Sind teilzeitarbeitende Ärzte beteiligt, kann die Zahl auf fünf oder sechs wachsen.

Damit haben sich die Schnittstellen vervielfacht, Schnittstellen, wo Wissen verlorengeht. Je mehr Ärzte für einen einzelnen Patienten tätig sind, desto eher kommt es zu Missverständnissen, werden Verordnungen vergessen oder verwechselt und gehen Informationen verloren.

Unerwartete Kosten

Dann sind die Kosten zu betrachten: Dass das Gesundheitswesen teuer ist und laufend teurer wird, gehört zur «Panik der Woche» unserer Medien¹³. Die Gesundheitskosten scheinen schicksalhaft zu wachsen. Gemeinhin wird die Pharmaindustrie, ein Feindbild der griffigen Art, an den Pranger gestellt. Gewiss, Medikamente sind in der Schweiz teurer als in den meisten Ländern; so aber auch Lebensmittel, Hotels und Restaurants. Medikamente machen nur einen kleinen Teil der Gesundheitskosten aus.

Andere Ursachen sind weniger offensichtlich: In den Spitälern – vielleicht im niedergelassenen Bereich weniger – sind die Personalkosten die Kostentreiber. Krankenhäuser beschäftigen heute ein Mehrfaches an Personal. Ein Teil ist gewiss sachlich bedingt: Wenn mehr zu machen ist, wenn neue Eingriffe möglich sind, braucht es mehr Personal. Dann ist aber ein bedeutender Teil kulturbedingt: Eine Gesellschaft, die Freizeit höher wertet als Arbeitszeit, muss die Rechnung begleichen. Wenn es drei Schichten für die Pflege und nun auch für Ärzte braucht, wenn Teilzeitstellen zur Regel gehören, wenn jeder Dienst kompensiert werden soll, lassen sich Spitäler nicht mehr mit den Budgets von gestern betreiben. Je umfangreicher die Auflagen des Arbeitsgesetzes, desto teurer wird uns die Gesundheit. Und ein Ende ist nicht abzusehen: Nach den Assistenten wurden die Oberärzte (trotz Anrecht auf Privathonorare) reguliert, bald werden es die Leitenden Ärzte und die Chefärzte sein.

Unbedachte Folgen

Wie jeder Wandel bringt auch diese Regulierung unbedachte Folgen: Der Geist der Medizin ändert sich. Wie es sich bereits abzeichnet, droht unserem Berufsstand von einst selbstmotivierten Ärzten, die einen Beruf ausübten und nicht einem Job nachgingen, die Verbeamtung. Die Verbeamtung nicht im arbeitsrechtlichen Sinne, vielmehr in der Grundeinstellung zu Tätigkeit und Beruf. Wer früher bei Bedarf ungefragt einsprang, wenn abends Not am Mann war, pocht heute auf sein Stundenbudget. Eine Besprechung samstags traut sich selbst der Chef nur noch ausländischen Fellows vorzuschlagen – und die kommen ohne zu murren, denn sie wissen, dass sich nur so wirklich etwas erreichen lässt.

In search of the sweet spot

Genug der Klagen: Eine vernünftige Beschränkung des Arbeitens macht durchaus Sinn. Wie liesse sich der «*sweet spot*» finden? Die Rigidität des Arbeitsgesetzes ist gewiss die grösste Behinderung.

Was bei einer Konservenfabrik ohne Nachteile umsetzbar ist, bringt eine Klinik mit Notfällen an den Rand der Funktionstüchtigkeit. Ein Fließband lässt sich abstellen, Notfälle können nicht nach Hause geschickt werden. Notfälle sind auch nicht normal verteilt, es können alle miteinander eintreffen, oder es kann vorübergehend Flaute herrschen.

Ein solcher Betrieb ist nicht wie ein Amt mit Öffnungszeiten planbar, braucht Flexibilität und

nicht starre Regeln, wie die amerikanische Studie überzeugend zeigte. Daher wäre Flexibilität erforderlich, beispielsweise ein wöchentlicher 50–55-Stunden-Bereich. Dann ist auch die Nachtschichtregelung zu rigide: Eine 12-Stunden-Schicht an 7 statt nur an 5 Tagen schadet weder Patient noch Arzt, wie die amerikanischen Studien belegen. Auch hier wäre mehr Flexibilität am Platz.

Auch müssen der Feminisierung der Medizin betriebliche Massnahmen folgen: Bei Teilzeitarbeit braucht es mehr Stellenprozent, die Übergabezeit führt sonst zu Überzeiten.

Dann müssen Mitarbeiterinnen im Schwangerschaftsurlaub ersetzt werden, sonst zahlt der Rest der Mannschaft die Zeche. Wenn eine Klinik (wie die des Schreibenden) zweitweise vier Mitarbeiterinnen in besonderen Umständen weiss, so ist das für die Zukunft der Schweiz erfreulich – das Arbeitsgesetz lässt sich ohne Ersatz aber nicht einhalten.

Schliesslich schiesst die Strenge der Überwachung mit Kontrollen vor Ort, Bussen und Verurteilungen über das Ziel hinaus. Die Verhältnismässigkeit ging hier im Eifer der Beamten verloren – es kann nicht sein, dass Ärzte, die das Beste geben, im Stundentakt kriminalisiert werden. Und leider ist dies nicht übertrieben: Chefs werden – so vernimmt man staunend – persönlich verantwortlich gemacht, nicht allein mit Bussen, sondern mit einem Eintrag im Strafregister! Kurz: Ein Zurück zum gesunden Menschenverstand wäre an der Zeit!

Disclosure statement

Für diesen Artikel bestehen keinerlei finanziellen Interessenskonflikte, noch wurde diese Arbeit in irgendeiner Weise von externen Quellen unterstützt. Im Übrigen hat der Autor im Laufe seiner Karriere mit über 30 Firmen der Pharma-, Ernährungs- und Device-Industrie zusammengearbeitet.

Dieser Artikel erschien erstmals in Cardiovascular Medicine 2016; 19(6): 165–169 und wird mit freundlicher Genehmigung des EMH-Verlags nachgedruckt.

Korrespondenz:

Prof. Thomas F. Lüscher, F.R.C.P.
Zurich Heart House
Moussonstrasse 4
Careum Campus
CH-8091 Zürich
thomas.luescher@usz.ch

Literatur

- 1 Lüscher TF. Wieviel Marketing erträgt die Medizin? Cardiovascular Medicine. 2014;17(1):3–7.
- 2 Meyer M, Elmer S, Jäncke L. Musical expertise induces neuroplasticity of the planum temporale. Ann N Y Acad Sci. 2012;1252:116–23.
- 3 Lüscher TF. Der Arzt – ein Auslaufmodell? Cardiovascular Medicine. 2010;13(6):185–90.
- 4 Orwell G. 1984. Berlin: Ullstein Taschenbuch Verlag; 1994.
- 5 Lüscher TF, Gersh B, Hendricks G, Landmesser U, Ruschitzka F, Wijns W. The best of the European Heart Journal: looking back with pride. Eur. Heart J. 2012;33:1161–71.
- 6 Lüscher TF. Wo sind die Schweizer geblieben? Cardiovascular Medicine. 2010;13(3):77–80.
- 7 Twenge Jean M. Generation Me. New York: Free Press, 2006.
- 8 Borel J. Zürich kommt mir vor wie eine schlecht organisierte Fussballmannschaft. NZZ am Sonntag. 20.12.2015.
- 9 Govindarajan A, Urbach DR, Kumar M, Qi Li, Murray BJ, Juurlink D, et al. Outcomes of daytime procedures performed by attending surgeons after night work. N Engl J Med. 2015;373:845–53.
- 10 Heinze G, Jüni P. An overview of the objectives of and the approaches to propensity score analyses. Eur Heart J. 2011;32(14):1704–8.
- 11 Bilimoria KY, Chung JW, Hedges LV, Dahlke AR, Love R, Cohen ME, et al. National cluster-randomized trial of dutyhour flexibility in surgical training. N Engl J Med. 2016;374:713–27.
- 12 Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al., for the Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. N Engl J Med. 2004;351:1838–48.
- 13 Krämer W. Die Angst der Woche. München: Piper; 2011.

Ort der Taten: der Laborzukunft auf der Spur.

Seien Sie gespannt.
Wir sind es auch.

Ab Herbst 2017 neu
am Südbahnhof Bern.



Medics Labor AG, Bern
www.medics.ch

professionell
und persönlich

HARMONIE IN DER PRAXISADMINISTRATION



Neue Perspektiven: Wie die Praxisadministration effizient
und reibungslos abläuft, erfahren Sie bei der Ärztekasse!

Beratung + Service + Software +
Schulung = Ärztekasse
www.aerztekasse.ch

A **K** **ÄRZTEKASSE**
C **M** **CAISSE DES MÉDECINS**
CASSA DEI MEDICI

Terminplan 2017
Aerztesgesellschaft des
Kantons Bern

15. August
Klausurtagung,
Vorstand

19. September
erw. Präsidenten-
konferenz (Bezirks-
vereins- u. Fachgesell-
schaftspräsidentInnen)
erst ab 17.00 Uhr

17. Oktober
Berner KMU, ordentli-
che Herbstdelegierten-
versammlung

19. Oktober
Delegiertenversamm-
lung, nachmittags

26. Oktober
FMH Ärztekammer,
ganzer Tag in Biel

8.–11. November
BETAKLI 2017

16. November
Bezirksvereins-
versammlungen,
kantonsweit
