



doc.be

Das Magazin der
Aerztesellschaft des
Kantons Bern

Nr. 5
Oktober 2017



Themen dieser Ausgabe

**Esther Hilfiker wird neue
Präsidentin der BEKAG**

eHealth ante portas

**Interprofessionelle
Gesundheitsversorgung
im 15. Jahrhundert**

Präsidiumswechsel in Sicht!



Ich freue mich über die Wahl von Frau Dr. med. Esther Hilfiker, Radiologin, zur designierten Präsidentin der BEKAG! Mit einem nachdenklichen und einem leuchtenden Auge werde ich die Amtsgeschäfte an der Delegiertenversammlung der BEKAG im März 2018 an Esther Hilfiker übergeben, unserer sehr agilen und ausgeglichenen Vizepräsidentin, die dieses Amt seit März 2016 bekleidet und seit Juni 2010 im Vorstand aktiv ist.

«Wurde auch langsam Zeit» sagen die einen zu meinem Rücktritt, «schade» die andern. Wie dem auch sei, 26 Jahre kantonale und interkantonale Standespolitik mit exponentiell ansteigender Belastung muss zuerst geleistet werden. «Machs na», liess der Münsterbaumeister Erhart Küng ca. 1500 auf der Nordseite unseres Berner Münster in Stein setzen. «Mach's lieber besser», gebe ich, bescheidener, meiner Nachfolgerin auf den Weg, überzeugt davon, dass sie als erste, initiative und jüngere Präsidentin der über 200-jährigen BEKAG zu Antrieb verhilft.

Um wieder Fahrt in eine Richtung aufzunehmen, reicht das alleinige präzise Kommando der Kapitänin nicht! Es muss der ganzen Besatzung klar werden, dass alle gemeinsam die Segel zur gleichen Zeit setzen müssen, damit der Kurs direkt in eine einzige Richtung führt, mit der Option auf ein frühzeitiges Überdenken, falls ein Abseits droht.

Noch eine Reminiszenz aus der Vergangenheit mit einem aktuellen Bezug auf heute: Jedermann kennt den Anna-Seiler-Brunnen in der Marktgasse in Bern. Anna Seiler, Stifterin des gleichnamigen Spitals 1354, schenkt Wein aus. Zu Gunsten der Kranken? Die Wirklichkeit ist eine völlig andere: Die Figur aus dem 16. Jahrhundert, die auf einer römischen Säule aus dem 1. Jahrhundert in einem Kalksteinbecken aus dem 18. Jahrhundert steht, stellt symbolisch die «Tugend der Mässigung» oder lateinisch «Temperantia» dar. Sie giesst Wasser in eine Weinschale und wirkt so mässigend auf ihre Mitmenschen. Zur Anna Seiler wurde Temperantia erst 1889 anlässlich der Inbetriebnahme des hochmodernen Inselspitals.

In diesem Sinne, liebe Esther, wünsche ich Dir eine gute und ruhige Hand mit mässigendem Einfluss auf widersprüchliche Kurswünsche, aber mit festem Griff am Steuerrad. Anker lichten und Leinen los im März 2018. Du wirst den Kurs gut halten.

Dr. med. Beat Gafner
Präsident Aerztegesellschaft des Kantons Bern

Inhalt

4 Geradlinig, präsent, sichtbar
Mit Glanzresultaten besetzten die Delegierten zwei wichtige Positionen der BEKAG neu.

7 eHealth ante portas
eHealth steht vor der Tür – was es mit sich bringt, ist oft noch unklar.

9 «Wir müssen die Systemfehler beheben»
Pius Zängerle vom Kassenverband curafutura verteidigt im Interview unter anderem den Tarifeingriff des Bundesrats.

12 Interprofessionelle Gesundheitsversorgung im 15. Jahrhundert
Beat Gafner wagt einen Blick auf Leprakranke, Aussätzige, Quacksalber und die Organisation des Gesundheitswesens im späten Mittelalter.

18 Erfolgreicher Auftritt
Die be-med ist zum wiederholten Male an der Berufs- und Ausbildungsmesse BAM präsent und buhlt um künftige Lernende.

Impressum

doc.be, Organ der Aerztegesellschaft des Kantons Bern; Herausgeber: Aerztegesellschaft des Kantons Bern, Postgasse 19, 3000 Bern 8 / erscheint 6 × jährlich; Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Aerztegesellschaft des Kantons Bern; Redaktion: Marco Tackenberg, Gabriela Troxler, Simone Keller 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, keller@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch; Inserate: Gabriela Troxler, info@forumpr.ch; Gestaltung/Layout: Definitiv Design, Boll; Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern; Titelbild: Marco Zanoni

Beschlüsse der Delegiertenversammlung

Text: Thomas Eichenberger, Sekretär

An der Delegiertenversammlung vom 19. Oktober 2017 wurde Dr. med. Esther Hilfiker einstimmig zur neuen Präsidentin gewählt. Sie wird ihr Amt voraussichtlich im März 2018 antreten. Als wissenschaftlicher Sekretär wurde Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos ebenfalls einstimmig gewählt.

1. Ersatzwahl des Präsidenten (Amtsübergabe geplant per DV BEKAG vom 15.3.2018)
Dr. med. Esther Hilfiker, Bern

Einstimmig, mit 0 Enthaltungen, 0 Gegenstimmen

2. Ersatzwahl des wissenschaftlichen Sekretärs
Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos, Bern

Einstimmig, mit 0 Enthaltungen, 0 Gegenstimmen

Lohnempfehlungen MPA 2018

Einstiegslohn

Fr. 4'050.– × 13 bei einer Wochenarbeitszeit von 42 Stunden und 4 Wochen Ferien.

Dienstalterszulage

Fr. 100.– pro Monat Erhöhung (je Dienstjahr) für die dem ersten folgenden Dienstjahre. Die Dienstalterszulage soll ein Thema des jährlichen Qualifikationsgesprächs bilden.

Funktionszulage

Es wird empfohlen, Medizinischen Praxisassistentinnen mit abgeschlossenem Lehrmeisterkurs und Ausbildungsfunktion in der Praxis eine Funktionszulage auszurichten.

Lehrlingslöhne

1. Lehrjahr Fr. 350.–
2. Lehrjahr Fr. 900.–
3. Lehrjahr Fr. 1'300.–

Ein 13. Monatslohn wird ausgerichtet.

Geradlinig, präsent, sichtbar

Mit Glanzresultaten besetzten die Delegierten zwei wichtige Positionen der Aerztesgesellschaft des Kantons Bern neu. Sie wählten Esther Hilfiker zur Präsidentin und Professor Aristomenis Exadaktylos zum neuen wissenschaftlichen Sekretär.

Text: Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst
Bild: Marco Zanoni

Erstmals in der über 200-jährigen Geschichte der Standesorganisation wird ab März 2018 eine Frau an der Verbandsspitze stehen. Die Delegierten der BEKAG wählten am 20. Oktober 2017 im Landgasthof Schönbühl die Radiologin Esther Hilfiker einstimmig zur Nachfolgerin von Beat Gafner. Hilfiker erklärte es zu ihrem Ziel, den Zusammenhalt innerhalb der Berner Ärzteschaft zu stärken. Sie sieht sich selber als Brückenbauerin, die den Dialog suchen und fördern will: zwischen Grundversorgern und Spezialisten ebenso wie zwischen jungen Medizinerinnen am Anfang ihrer Laufbahn und älteren Ärztinnen und Ärzten, die jetzt noch die ganze Bürde dieses anspruchsvollen Berufes tragen. «Leitlinie für unser Handeln ist dabei immer das Wohl der Patientinnen und Patienten», so Hilfiker. Darum gelte auch der Versorgungssicherheit auf Stadt und Land ein wichtiges Augenmerk. Denn nur so – gemeinsam – lasse sich die Schlagkraft der BEKAG erhöhen und werde ihre Stimme vernehmbar. Ihre Vision der BEKAG verglich Esther Hilfiker mit dem Bild der Schweizer Bahnhofsuhr: «Ich will, dass wir geradlinig auftreten, präsent und sichtbar sind. Für unsere Strukturen heisst das auch: Wir wollen unsere Zeit optimal nutzen.»

«Leitlinie für unser Handeln ist dabei immer das Wohl der Patientinnen und Patienten.»

Beat Gafner erfuhr an der Delegiertenversammlung spontan Würdigungen seitens der Teilnehmenden. In einer kurzen Rede bedankte er sich bei den Delegierten für ihre Unterstützung in all diesen Jahren. Er überraschte alle, als er sich in Neugriechisch an einen weiteren Kandidaten im Saal wandte, diesmal für das Amt des wissenschaftlichen Sekretärs: Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos. Sichtlich gerührt bedankte sich dieser bei Beat Gafner für die einführenden Worte. Er wurde ohne Gegenstimme zum wissenschaftlichen Sekretär der Standesorganisation gewählt. Exadaktylos freut sich auf seine neue Aufgabe: «Es ist mir eine Ehre, die BEKAG unterstützen zu dürfen und ich freue mich auf die Zusammenarbeit.» Rainer Felber, Vizepräsident, betonte, dass die Aufgabe des wissenschaftlichen Sekretärs für die BEKAG an Bedeutung gewinnt: «Immer öfter erheben wir bei den Mitgliedern Daten und machen Umfragen. Da ist es von Vorteil, wenn entsprechendes Fachwissen aus der Wissenschaft in der Person von Professor Exadaktylos zur Verfügung steht.»



Die Delegierten wählten Esther Hilfiker zur Präsidentin und Aristomenis Exadaktylos zum wissenschaftlichen Sekretär.

Ein weiterer Gast an der diesjährigen Delegiertenversammlung gratulierte seiner Nach-Nachfolgerin herzlich: Jürg Schlup, FMH-Präsident. Der frühere BEKAG-Präsident warnte vor einem drohenden Globalbudget in der Medizin. Den Schaden hätten vor allem die Patienten, so Schlup in einer kämpferischen Rede. Mehr dazu im nächsten doc.be.

«Ich will, dass wir geradlinig auftreten, präsent und sichtbar sind. Für unsere Strukturen heisst das auch: Wir wollen unsere Zeit optimal nutzen.»

Die neu Gewählten

Dr. med. Esther Hilfiker hat einen Facharzttitel in Radiologie der FMH. Sie ist seit 1993 am privaten Röntgeninstitut Brunnhof in Bern tätig und leistet weitere Arbeitseinsätze in der Klinik Sonnenhof, im Engeriedspital und im MR-Zentrum im Thun. Sie ist seit 2010 Vorstandsmitglied der Aerztgesellschaft des Kantons Bern und amtiert seit 2016 als Vizepräsidentin.

Prof. Dr. med. Aristomenis Exadaktylos ist Direktor und Chefarzt des universitären Notfallzentrums am Universitätsspital Bern. Dank seiner internationalen Erfahrung hat Professor Exadaktylos ein beeindruckendes Netzwerk von jungen und erfahrenen Fachleuten auf dem Gebiet der Notfallmedizin aufgebaut. Stationen seiner Tätigkeit sind neben der Schweiz auch Südafrika, Irland und die USA. Seine Spezialinteressen sind Unfallmedizin sowie Vorbeugung von Unfällen in der Freizeit.

machen
machen?
praktizierenden



eHealth ante portas

Ein Gespenst geht um in der Schweiz, das Gespenst des EPD. Alle sprechen darüber, über das elektronische Patientendossier oder kurz EPD, doch kaum einer hat eine genaue Vorstellung davon. Dabei ist das Dossier nur die Spitze des Eisbergs. Die Digitalisierung der Gesundheitsbranche bringt grosse Veränderungen mit sich. Die Belegarztakademie und der Doctor's Talk machen dies zum Thema ihres Anlasses.

Das elektronische Patientendossier lässt sich nicht aufhalten. Doch es wirft Fragen auf, die auch nicht ignoriert werden können. Dies ein Fazit der dem EPD gewidmeten Veranstaltung vom September 2017.

Text: Benjamin Fröhlich, Presse- und Informationsdienst

Bild: Peter Brandenberger (engadin-pictures.ch)

Ist das elektronische Patientendossier (EPD) für Ärztinnen und Patienten gut oder schlecht? Was impliziert eHealth? Welche gesetzlichen Veränderungen bringt dies mit sich? Wie verändert es das Gesundheitssystem? Soll man als Arzt mitmachen oder nicht? Dies sind einige der Fragen, die der renommierte Gesundheitsökonom Willy Oggier in seiner Einführung zum 3. Doctor's Talk und der 11. Belegarztakademie stellt. Offensichtlich werfen das EPD und eHealth im Allgemeinen viele Fragen auf. Einige dieser Fragen zu beantworten ist das Ziel des gemeinsamen Anlasses.

Datenflut mit Frustrationspotential

Einen Makroblick, so Willy Oggier, bietet die erste Rednerin. Die Nationalrätin Yvonne Gilli, Vorstandsmitglied der FMH und Ressortleiterin Digitalisierung und eHealth, befasst sich schon lange mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Sie kennt beide Perspektiven, diejenige der Politik und diejenige der Ärzte. Heute, da es um die ersten Schritte zur Umsetzung geht, sei ihr nicht mehr optimistisch zumute, eröffnet sie. Gilli weiss, die Digitalisierung der Medizin erfolgt stark und schnell; kein anderer Zweig der Wirtschaft ist

in den letzten Jahren so schnell gewachsen wie eHealth. Neue OECD-Publikationen gehen davon aus, dass viele der neuen Instrumente zwar sehr valabel sind, aber auch grosse Gefahren bergen. Sie könnten, statt entlastend zu wirken, eine Regulierungsflut über die Ärzteschaft hereinbrechen lassen. Hinzu kommt eine ethische Herausforderung. Ärzte müssen sich Gedanken machen zu Überwachung, Fremdbestimmung, Qualitätssicherung, Datenschutzproblemen, Cyber-Kriminalität und Daten-Governance.

Damit die schiere Flut an Daten gebraucht werden kann, müssen Daten verknüpft werden können. Hier hinkt die Schweiz hinterher – und Besserung ist zumindest kurzfristig nicht in Sicht.

Im Zentrum von eHealth stehen das EPD und Business-to-Business-Prozesse. Das EPD ist zunächst eine Datenablage für behandlungsrelevante Fakten, zudem aber auch das grösste Instrument zur Datenerfassung. Sogar der Patient soll in der Zukunft selbst Daten erfassen und einspeisen können. Die praktische Umsetzung des EPD gestaltet sich laut Gilli allerdings schwierig.

Etwas positiver sieht sie die Fortschritte in anderen Teilen der medizinischen Digitalisierung. In einigen Bereichen werden Daten schon lange digital erfasst; etwa im Notfall. Aus der wenigen Erfahrung, die man damit gesammelt hat, lässt sich erkennen: eHealth scheint vorerst geeignet für

stark standardisierte Abläufe. Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Digitalisierung komplexerer Dienstleistungen sieht Gilli hingegen noch nicht. Heute drohten dem Arzt mit eHealth hohes Frustrationspotential, einseitige, computerbasierte Fehleinschätzungen, Informationsüberflutung und Fehlinvestitionen. Trotzdem ist es sehr wichtig, dass die Digitalisierung unter reger ärztlicher Mitarbeit erfolgt.

Die Schweiz könnte dabei von den USA lernen, welche die Digitalisierung bereits 2009 mehrheitlich abgeschlossen haben. Dort befindet man sich nun in einer Sackgasse und startet gerade eine Reformbewegung. Der Hauptgrund des Scheiterns: mangelnder Einbezug der betroffenen Berufe. Im Klartext: Die Ärzte müssen mitreden, damit eHealth gelingen kann.

Luzern preist eHealth

Einige Institutionen in der Schweiz sind in Sachen Digitalisierung in der Medizin schon weiter fortgeschritten. Dazu gehört das Luzerner Kantonsspital, dessen Leiter für Informatik, Stefan Hunziker, versucht, einen positiven Blick auf eHealth und das EPD zu werfen. Seine Hauptaufgabe in einem weit verzweigten Haus mit mehreren Standorten: Interoperabilität. Viele Gesundheitsdaten werden heute bereits digital erfasst – nur kombiniert man sie nicht. Alle Fachärzte haben ihre eigene App; aber es existiert keine App, welche interdisziplinär anwendbar wäre. Das Schwierigste an der Digitalisierung ergibt sich für Hunziker daraus; interdisziplinäre Verknüpfungen sind nötig. Sie sind auch möglich; doch macht eine Stelle nicht mit, funktioniert das ganze System nicht mehr. Dies gilt insbesondere fürs EPD. Ein elektronisches Patientendossier funktioniert erst dann, wenn alle Gesundheitsinstitutionen und Leistungserbringer einer Region damit arbeiten. Schert eine Klinik aus, macht das EPD keinen Sinn mehr, weil die Erfassung vollständiger Daten nicht mehr gewährleistet ist.

Dabei wären, so Stefan Hunziker, die Vorteile der Digitalisierung enorm. Man könnte die Effizienz und Effektivität eines Unternehmens steigern; Austausch und Prozesse könnten schneller und widerstandsloser ablaufen. Im Falle des Luzerner Kantonsspitals lassen sich heute über ein zentrales Programm beispielsweise Bettvakanzen oder freie Operationsräume in allen Standorten des weitverzweigten Betriebes erfassen und besser nutzen. Auch für selbstständige Ärzte sieht Hunziker enorme Vorteile. So könne mittels Digitalisierung eine durch Absage eines Patienten entstandene Lücke im Tagesablauf sofort gefüllt werden. Hätten Patienten Zugang zu einer digitalen Terminkartei ihres Arztes, könnten sie selber einen Termin wählen. Die entstandene Lücke würde dann angepriesen – ähnlich wie leere Sitze bei einer Airline angepriesen werden.

Bern bleibt vorsichtig

Die Beispiele mögen überzeugen; doch bekanntlich hapert's meist an der Umsetzung. Der BEKAG-Präsident Beat Gafner hat als dritter

Redner das Wort. Er möchte eHealth und das EPD weder schlecht- noch schönreden. Fakt ist, die Ärzteschaft des Kantons Bern hat bislang nur ein verhaltenes Interesse an BeHealth, der bernischen Strategie zu eHealth. Trotzdem, 65 Prozent der Teilnehmenden einer Umfrage, die die BEKAG 2017 bei ihren Mitgliedern durchführte, unterstützen das EPD grundsätzlich. Gafner betont, dass es keine Verpflichtung gäbe, dass ambulant tätige Ärzte zum EPD wechseln und der Stammgemeinschaft beitreten müssten. Die Berner Ärzte sehen aber auch klar die Probleme, die eHealth mit sich bringen könnte: Mehraufwand, Aufweichung des Arztgeheimnisses sowie hohe Investitionsausgaben.

- 1. Digitalisierung ja, aber nicht um jeden Preis.**
- 2. Ergänzung des EPD mit B2B-Prozessen.**
- 3. Anreiz zur Umrüstung, Honorierung der Datenpflege!**

Was für BeHealth spricht, ist indes weniger klar. Es gibt für den Leistungserbringer keinen finanziellen Mehrwert und die Pflege der EPD lässt sich kaum delegieren. Im Gegenteil, das elektronische Patientendossier wird für den Arzt wohl sogar aufwendiger als das analoge. Denn plötzlich sieht man beispielsweise die Einträge der Kollegen, entdeckt vielleicht Fehler oder muss die Unordnung anderer korrigieren. Abgesehen davon ist das EPD für die Grundversorgerpraxis ein «magerer Knochen», wie Gafner ausführte; viele zu hinterlegende Daten fallen noch nicht an. Auch scheint bisher der Wille klein, die Datenpflege im Tarif abzubilden, und auch das Interesse der Bevölkerung an der Digitalisierung der Gesundheit scheint sich in Grenzen zu halten. Und last but not least: Die Abhängigkeit der Arztpraxis von IT-Firmen nimmt durchs EPD erheblich zu.

Trotzdem, so Gafner, ist die Entwicklung hin zur Digitalisierung unausweichlich. Wandel ist unabdingbar. Nur soll dieser Wandel in gemässigten Bahnen geschehen. Eile tue nicht Not, denn neue Praxen werden digital einsteigen und damit Teil der Stammgemeinschaft BeHealth. Wenn auch vorsichtig, so ist der Appell der BEKAG doch klar:

1. Digitalisierung ja, aber nicht um jeden Preis.
2. Ergänzung des EPD mit B-Prozessen.
3. Anreiz zur Umrüstung, Honorierung der Datenpflege!

«Wir müssen die Systemfehler beheben»

Totalrevision des ambulanten Arzttarifs, Pläne zur einheitlichen Finanzierung von ambulant und stationär, Erhöhung der Grundfranchise – im Schweizer Gesundheitssystem ist vieles in Bewegung. Wir sprachen mit Pius Zängerle, Direktor des Krankenversicherungsverbands curafutura, der anlässlich seines vierjährigen Bestehens Bilanz über seine gesundheitspolitische Tätigkeit zog.

Interview: Andrea Renggli, Presse- und Informationsdienst
Bilder: Fotolia

Pius Zängerle, die Reform zur einheitlichen Finanzierung von ambulant und stationär (EFAS) wurde am Jahresmediengespräch von curafutura beschrieben als «zentrales Puzzleteil, um das Schweizer Gesundheitssystem für künftige Herausforderungen fit zu machen». Trotzdem stockt die Reform zurzeit aufgrund der Ablehnung der Kantone. Welche Rolle sollen die Kantone bei der EFAS spielen?

Die Kantone haben im jetzigen System eine zentrale Funktion, und diese werden sie beibehalten. Sie haben ein grosses Interesse an einer funktionierenden Finanzierung des Gesundheitssystems. Unter anderem, weil sie die Prämienverbilligung bezahlen. Wir wollen eine Lösung mit den Vertretern der Kantone finden. Die Kantone sollen nicht mehr Mittel ins Gesundheitswesen einbringen als im heutigen System. Das würde bedeuten: Die Kantone tragen zirka 25 Prozent der Kosten über

die Steuern, den Rest übernehmen die Krankenkassen über die Prämien.

Trotzdem hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz den Entwurf abgelehnt. Was kann man denn sonst noch anbieten?

Die Verhandlungen sind noch nicht beendet. Es gibt Kantone, welche der Idee durchaus nicht abgeneigt sind.

«Die Kantone sollen nicht mehr Mittel ins Gesundheitswesen einbringen als im heutigen System.»

Warum hat curafutura den Tarifeingriff des Bundesrates unterstützt?

In einer Blockadesituation, wie sie bei den Tarifverhandlungen herrschte, braucht es einen Schiedsrichter, in diesem Fall den Bundesrat. Der Tarifeingriff hat insofern gefruchtet, als



Pius Zängerle: «Wenn man einen Dampfkochtopf zuschraubt, explodiert er irgendwann. Wir müssen uns gut überlegen, welche Steuerungsmittel wir anwenden.»

dass die Tarifpartner jetzt wieder an einem Tisch sitzen.

Die Krankenversicherer wollen die eingesparten 470 Millionen Franken bereits in ihre Prämien 2018 einrechnen. Ist es wirklich plausibel, dass die Ergebnisse so schnell spürbar sind?

Der Tarifeingriff wird keine Prämienreduktion zur Folge haben, aber der Anstieg wird gebremst. Ob die berechnete Zahl von 470 Millionen effektiv erreicht werden kann, wissen wir nächstes Jahr. Gemäss unserer Einschätzung ist diese Eindämmung möglich, wenn die Ärzte und Spitäler sich an die Spielregeln halten und die Krankenversicherer und Patienten die Rechnungen gewissenhaft prüfen.

«Der Tarifeingriff wird keine Prämienreduktion zur Folge haben, aber der Anstieg wird gebremst.»

Falls der Eingriff sich weniger stark auswirkt als erwartet, ist Ende 2018 mit einer Prämienexplosion zu rechnen?

Wie das System reagiert, weiss heute noch niemand. Alle involvierten Akteure werden die Situation genau beobachten müssen.

Von verschiedenen Seiten kommen zurzeit Vorschläge, um das Kostenwachstum im Gesundheitssystem einzudämmen. Was halten Sie vom aktuellen Vorstoss der CVP für eine Kostendeckelung?

Dazu haben wir noch keine Position festgelegt. Aber: Wenn man einen Dampfkochtopf zuschraubt, explodiert er irgendwann. Wir müssen uns gut überlegen, welche Steuerungsmittel wir anwenden. Ein bisschen Druck auf den Deckel ist vielleicht notwendig. Aber ich bin nicht sicher, ob das Heil für unser Gesundheitswesen in einem Globalbudget liegt. Am Ende müssten Leistungen rationiert werden. Wollen wir das wirklich?

Ein Vorschlag des Bundes, um die Kosten im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen, ist ein neues Modell der Zulassungsbeschränkung. Es sieht vor, dass eine von den Versicherern bezeichnete Organisation die Zulassungen prüft. Ist das sinnvoll?

Wir prüfen die Vorlage aktuell und arbeiten noch an unserer Vernehmlassungsantwort. Darum kann ich dazu noch nicht konkret Stellung nehmen. Klar ist: Es muss möglich sein, Gegenmassnahmen zu treffen, falls die Kosten zu stark steigen. Denn es gibt keinen Grund, dass wir im Gesundheitswesen jedes Jahr Kostensteigerungen von vier, fünf oder noch mehr Prozent hinnehmen müssen. Das ist weder im Interesse der Volkswirtschaft, noch im Interesse von Ärzten und Spitalern und natürlich auch nicht im Interesse der Prämienzahler. Letztere müssen diese Kosten ja über ihre Prämien

bezahlen – oder beim Staat individuelle Prämienverbilligungen beantragen. Wir alle haben ein Interesse an einer zwar dynamischen, aber erträglichen Entwicklung.

Müsste bei solchen Sparvorschlägen nicht prinzipiell der Patientennutzen an erster Stelle stehen?

Das ist ein guter Grundsatz. Aber in einer Solidargemeinschaft haben alle ein Recht darauf, dass ihren Anliegen Rechnung getragen wird – auch diejenigen, die keine oder kaum Leistungen beziehen, sondern primär bezahlen. Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken und zwischen Arm und Reich funktioniert im Schweizer Sozialsystem sehr gut. Deshalb ist das Gesundheitswesen nicht zu vergleichen mit anderen Gütern oder Dienstleistungen, wo befiehlt, wer zahlt. Und deshalb müssen wir mit dem Konzept des Patientennutzens sorgfältig umgehen. Wird die Solidarität überstrapaziert, droht die Solidargemeinschaft auseinanderzubrechen. Das müssen wir verhindern, indem der Nutzen immer auch in Relation zu den Kosten bewertet werden muss.

Sie sprachen über Eigenverantwortung: Wie könnte man diese stärken?

Wo Eigenverantwortung bereits heute zum Tragen kommt, dürfen wir sie nicht mutwillig gefährden oder gar beseitigen. In unserem Gesundheitssystem übernimmt der Patient einen Teil der Kosten. Die Höhe der Beteiligung kann er mit der Wahl der Franchise selber beeinflussen. Auf diesen Elementen müssen wir aufbauen. Es ist nachgewiesen, dass Menschen mit einer höheren Franchise nicht nur gesünder sind, sondern sich auch kostenbewusster verhalten. Diesen Effekt müssen wir verstärken. Sonst droht die Gefahr einer «Staatsmedizin», die bestimmt, welche Leistungen ein Patient in Anspruch nehmen darf. Die Freiheit der Arztwahl ist verknüpft mit der Verantwortung, sich vernünftig zu verhalten, das heisst, nach Möglichkeit auch mitzubezahlen.

«Ich bin nicht sicher, ob das Heil für unser Gesundheitswesen in einem Globalbudget liegt.»

Wäre es auch denkbar, die Franchiseobergrenze zu erhöhen?

Die Grundfranchise wird erhöht werden. Aber ich meine, auch die Wahlfranchisen könnten durchaus erhöht werden, um das System weiterzuentwickeln und die Eigenverantwortung im System beizubehalten.

Wo würden Sie ansetzen, um das Kostenproblem in den Griff zu bekommen?

Einerseits bei der Finanzierung: Mit einer einheitlichen Finanzierung für ambulante und stationäre Leistungen könnten Fehlanreize behoben werden. Es gibt aber auch Probleme bei der Tarifierung, etwa beim ambulanten Arzttarif. Diese Probleme müssen zügig gelöst werden, denn der Druck steigt. Die Menschen verstehen nicht, dass wir mit einem veralteten Tarif arbeiten, mit dem einige viel zu gut und andere viel zu schlecht wegkommen. Diese Probleme können nur gelöst werden, wenn man partnerschaftlich zusammenarbeitet. Es braucht den Willen von allen.

«Es kann nicht sein, dass wir 40, 50 oder gar 60 Prozent der Bevölkerung mit Prämienverbilligungen subventionieren.»

Ist der Anstieg der Gesundheitskosten überhaupt ein Problem? Das BIP wächst ja ebenfalls kontinuierlich.

Das ist gesamtwirtschaftlich gesehen richtig. Die rund 80 Milliarden Franken, die wir heute für die Gesundheit ausgeben, machen etwa elf Prozent des BIP aus. Das ist erträglich. Auf der anderen Seite haben wir ein obligatorisches Zwangssystem, das durch Prämien finanziert wird. In diesem System bezahlt ein Teil der Bevölkerung nichts mehr, diese Menschen erhalten individuelle Prämienverbilligungen. Ein weiterer Teil kann die Prämien gut stemmen. Und dann gibt es jene, die Schwierigkeiten haben, ihre Prämien zu bezahlen. Es kann doch nicht sein, dass wir 40, 50 oder gar 60 Prozent der Bevölkerung mit Prämienverbilligungen subventionieren. Das ist ein Systemfehler, den wir beheben müssen.

Dieser Artikel erschien erstmals im Swiss Dental Journal SSO 10-2017 und wird mit freundlicher Genehmigung der Fachzeitschrift nachgedruckt.

Inter- professionelle Gesundheits- versorgung im 15. Jahrhundert

2017 feiert das Rathaus Bern sein 600-Jahres-Jubiläum. Im September stand die gesamte untere Altstadt im Zeichen des späten Mittelalters. Beat Gafner nahm dies zum Anlass, um einen Blick auf die Organisation des Gesundheitswesens im alten Bern zu wagen.

Text und Bilder: Beat Gafner, Präsident Aerztegesellschaft des Kantons Bern

Das Berner Rathaus und die Gassen der unteren Altstadt standen ein Wochenende lang zur Feier des 600-Jahr-Jubiläums ganz im Zeichen des ausgehenden Mittelalters und Berns grosser Zeit im 15. Jahrhundert. Die Gelegenheit zum Eintauchen in das Bern von 1417 liess auch mich zur Feder greifen, um einen Blick auf die interprofessionelle Organisation des Gesundheitswesens im alten Bern zu präsentieren.

Träger des Gesundheitswesens

Die Familie

Im Spätmittelalter war es in erster Linie die Familie mit dem Gesinde, die für ihre kranken Angehörigen sorgte. Wer aber alleinstehend, arm, fremd und chronisch krank war, versuchte mit Betteln zu überleben oder fand nach Begutachtung durch den Stadtarzt und falls ortsansässig eventuell Aufnahme ins örtliche Spital und Versorgung mit einer obrigkeitlichen Armenpfund, die zumindest das Überleben durch Übernahme einer einfachen Verkös-

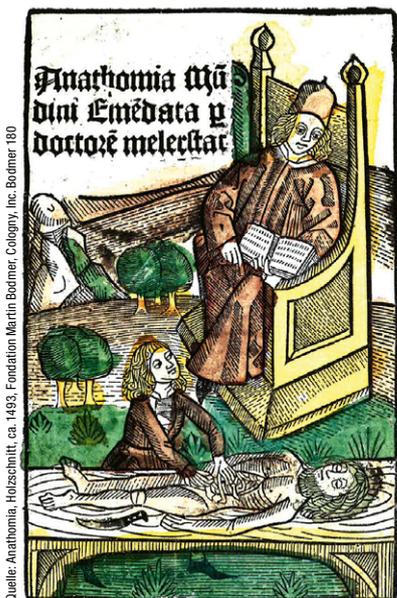
tigung und minimaler Krankheitspflege sicherte.

Studierte Ärzte und handwerkliche Wundärzte

Die Behandlung der inneren Krankheiten, soweit diese überhaupt diagnostizierbar und behandelbar waren, oblag den gelehrten, studierten Ärzten. Bekannte medizinische Fakultäten zu dieser Zeit waren Paris, Montpellier und Padua.

Die «Medici» schlossen ihr Studium mit dem Magister- und Dokortitel ab und zählten zu den wichtigen Verwaltungsbeamten einer Stadt. Daneben führten sie in der Regel noch eine Gelehrtenpraxis.

Sie überwachten alle Aspekte des öffentlichen Gesundheitswesens wie die Gewässerversorgung (Trinkwasser und Brauchwasser), die Fleischschau sowie die Lehrtätigkeit, Prüfung und Zulassung der Apotheker, Hebammen, Barbieri, Wundschärer und Chirurgen. In der Seuchenbekämpfung führte der Stadtarzt die Kranken- und Aussätzigenschau durch und entschied über den Eintritt in ein Spital oder Leprösenkrankenhaus. Der studierte Arzt führte keine praktische Arbeit am kranken und verletzten Patienten aus!



Quelle: Anatomia, Holzschnitt, ca. 1493, Fondation Martin Bodmer, Cologny, Inc. Bodmer 180

Der studierte Professor doziert «ex cathedra», also vom Lehrstuhl herab, die Anatomie. Der Prosector als angestellter Handwerker führt die Sektion praktisch durch.



Schöne Darstellung eines Starstechens (Kataraktoperation).

Aufgrund ihrer Tätigkeit und ihrer Stellung zählten studierte Ärzte zum städtischen Patriziat. Sie wurden in Bern vom Schultheissen und Kleinen Rat berufen und waren besoldet. Die Residenzpflicht schränkte den Stadtarzt in seiner Bewegungsfreiheit ein. Besonders während Seuchen war ihm das Verlassen der Stadt verboten.

Die Herkunft der (Stadt-)Ärzte in der Eidgenossenschaft umfasste den gesamten süddeutschen, oberitalienischen und burgundischen Raum. Die Immigration wurde aktiv gefördert.

Einige Berner Stadtärzte waren nebenbei in anderen Berufen tätig. Valerius Anshelm zum Beispiel schrieb die erste Berner Stadtgeschichte und debattierte intensiv mit Niklaus von Flüe und Adrian von Bubenberg über das grassierende Reislaufen (Söldnerwesen) und über vorreformatorische Strömungen. Thomas Schöpfer arbeitete noch als Kartograph und schuf die Schöpf-Karte, eine Übersicht über das gesamte Bernische Herrschaftsgebiet. In Genf arbeitete Michel Servet, Arzt, Humanist und Theologe aus dem Königreich Aragon. Er beschrieb als Erster den Blutkreislauf und wurde später auf Betreiben Calvins als Ketzler verbrannt.

Demgegenüber waren die handwerklich ausgebildeten Wundärzte zuständig für die Wund- und Frakturbehandlungen sowie für die Behandlung von äusseren und inneren Geschwülsten, Notfallmedizin und für die eigentliche Chirurgie.

Weil die Barbieri ihre Tätigkeit in Badehäusern ausübten und es gewohnt waren, mit Scheren, Messern und Hautwunden umzugehen (Rasierschäum 1416 noch nicht erfunden!), spezialisierten sich die Barbieri und Bader zu Wundchirurgen, auf Kriegszügen zu Feld-Schärern, zu Zahnbrechern – den Vorgängern der Zahnärzte –, und weiter zu Stein-, Bruch-, Hoden-, Blasen- und Starstechern. Sie alle waren in den Handwerkszünften der Bader und/oder Schärer organisiert, in Zürich in der Schmiedezunft, und unterstanden der Aufsicht der städtischen Obrigkeit. Untereinander legten die handwerklich tätigen Wundärzte Wert auf eine streng gehütete ständische Gliederung:

Die Bader: rasieren, schröpfen, Aderlass nur als prophylaktische Massnahme zur Gesunderhaltung.

Die Schärer: aderlassen als Therapie zum Ausleiten krankmachender Säfte, Frakturen behandeln, Wundbehandlung, oberflächliche Tumore abtragen.

Die Chirurgen: Operationen von Blasensteinen, Hernien aller Art, Augenkrankheiten und des Grauen Stars.

Die Lehre dauerte für Bader und Schärer drei Jahre, für Chirurgen vier Jahre, und wurde durch die Gesellenprüfung abgeschlossen. Daran schloss sich nach Wanderjahren die Meisterprüfung. Die Berufsausübung galt im ganzen Deutschen Reich, von Hamburg bis Mailand und von Lothringen bis Böhmen, war also nach heutigen Kriterien «EU-konform». Der handwerklich tätige Arzt legte keinen hippokratischen Eid ab.

Wie die studierten Ärzte konnten auch die Wundärzte noch andere Tätigkeiten ausführen. So schrieb der weitbekannte Wundchirurg von Zürich, Meister Jakob Ruff, mit Erfolg Volkstheaterstücke.

Auch die Einkommen waren sehr unterschiedlich. Ein berühmter Starstecher konnte sich die Städte, die ihn einluden, auswählen. Starstecher gaben sich als «Starchirurgen» im wahrsten Sinn des Wortes aus. Der Stadtchirurg Jakob Ruof oder Ruff in Zürich erhielt neben Naturalien ein Salär von 40 Pfund pro Jahr, heutiger Wert ca. CHF 4500 pro Jahr. Der Stadtarzt von Zürich bezog 100 Pfund.

Starstechen bei Meister Ruff: Kosten für Ärmere 2 Gulden, plus 10 Schillinge Trinkgeld, für Wohlhabende gemäss Vereinbarung, das heisst ca. 6–10 Gulden.

Spitäler und spitalähnliche Einrichtungen

Vor der Reformation lag das Armen- und Krankenwesen in den Händen der Kirche und somit der geistlichen Orden. Nach der Reformation ging es in obrigkeitlich-staatliche Hände über, die dadurch einen massiven Zuwachs an öffentlichen Aufgaben zu übernehmen hatten. Auf der anderen Seite ging aber auch aller Klosterbesitz zur Finanzierung der vielfältigen Aufgaben an die Obrigkeit über. Heute noch umfassen die Gesundheits- und Sozialdirektionen der Kantone mit ihren Ämtern (Spitalamt, Behindertenamt, Fürsorge etc.) vergleichbare Bereiche.

Als eigentliche Fürsorgeeinrichtungen waren die Spitäler nicht in erster Linie auf eine medizinische Betreuung ausgerichtet. Sie waren vornehmlich Alters- und Pflegeheime, in die man sich mit einem Grossteil des eigenen Vermögens, der Pfrund, einkaufen musste. Die Spitäler eigneten sich so grossen Besitz an. Handwerkerzünfte, vergleichbar heutigen Berufsorganisationen, kauften auf Vorrat für ihre Mitglieder Pfrundrechte in den Spitälern ein.

Die bestehenden Standesunterschiede der eintretenden Pfründner wurden bis ins Detail in Verpflegung, Kleidung, Anrecht auf Holz, im Geschirr, in der Bettwäsche etc. respektiert. Mittellosen wurde aus staatlichen Mitteln eine «Armenpfrund»

gewährt. Das Untere Spital am Stalden, das Obere Spital bei der heutigen Heiliggeistkirche (ehemalige Kirche des dazugehörenden Klosters) unterstanden beide vom Kleinen Rat eingesetzten Spitalvögten. Das heutige Machtspiel zwischen Spitaldirektor und Chefarzt zeigt also lange zurückreichende Wurzeln...

Eine der heutigen Vorstellung von einem Spital nahekommende Institution in Bern stellte das Anna-Seilerin-Spital dar, das nur Kranke bis zu ihrer Genesung aufnahm. Die Gemeinschaft der Kranken entschied zusammen mit dem Spitalvogt über Aufnahme und spätere Entlassung. Die maximale Aufenthaltsdauer war begrenzt. Die Kranken wurden in der Nähe der Altäre so gebettet, dass sie von ihrer Bettstatt aus an den täglichen Messen teilhaben konnten. Studierte Ärzte wurden in den Spitälern kaum benötigt.

Weitere Krankheiten wurden in spezialisierten Einrichtungen und Häusern behandelt: die Lepra, Aussatz, im «Siechenhaus» und die verbreitete Syphilis im «Blaternhaus». Die Siechen- und Blaternhäuser wurden staatlich geführt, die Bewohner waren zur Arbeit verpflichtet. Es herrschte ein klosterähnlicher Betrieb. Das Antonierspital an der Postgasse, heute noch eine typische spätmittelalterliche Spitalkirche, wurde vom geistlichen Orden der Antoniter geführt und war spezialisiert auf die Behandlung des Ergotismus. Typisch der freie Blick von der Lagerstelle auf den Kirchenaltar und somit auf Amputationen von Gliedern; «sie litten und starben im Angesicht des ewigen Heils». Der Antoniterorden unterhielt im 15. Jahrhundert ca. 370 Kirchen-spitäler in Europa.

Die Stadt organisierte Lepraschauen, an denen sich die Erkrankten dem studierten Stadtarzt zeigen mussten. Als ansteckende und unheilbare Infizierte wurden die Leprösen zu einem Leben vollständig ausserhalb der Gemeinschaft verpflichtet («tamquam mortuus – als wären sie gestorben»). Vor Eintritt mussten die Leprösen eine Abdankung und letzte Ölung über sich ergehen lassen. Ein Testament musste vorgelegt werden. In Bern am Standort der späteren Klinik Waldau.

Die Leprösen finanzierten sich durch Betteln und regelmässige Zolleinnahmen, vor allem aus Brückenzöllen. Durch Klappern und das Tragen einer speziellen Tracht machten sie auf sich aufmerksam

und warnten vor direktem Körperkontakt. Den Innenausbau der Siechenspitäler bewerkstelligten die Aussätzigen selber.

Ambulante Einrichtungen

An ambulanten Einrichtungen führten Spitäler mitunter «Gebärstuben» für Wöchnerinnen und Krankenstuben, sogenannte «Elendenherbergen» (Elendi = Fremder) für Pilger und Pilgerinnen etwa auf dem Weg nach Santjago de Compostela in Galizien. Betreut wurden diese Einrichtungen von der Zunft der Bader, Wundschärer, Wundchirurgen und von Hebammen, also durch Handwerksleute und nicht von studierten Ärzten. Standort in Bern an der Brunnngasse, heute der «Kreissaal» an der Brunnngasshalde, eine bekannte Bar.

Apotheken

Die älteste Apotheke Berns, die Rathausapotheke, wird 1566 erstmals in einem Kaufvertrag genannt. Die Stadt kaufte das «husz am scharpff egg» und eröffnete unter der Bezeichnung «Deutsche Apotheke» die noch heute florierende Offizin. Der ausgreifende Stadtstaat nahm schon damals seine Brückenfunktion über die deutsch-französische Sprachgrenze hinweg wahr, sodass immer ein Deutsch sprechender und ein Französisch sprechender Apotheker domiziliert war. Der «Welschapotheke» führte sein Geschäft am oberen Ende der Gerechtigkeitsgasse, schattseitig, schräg vis-à-vis der Rathausapotheke. Die Arbeit und Aufgaben der Apotheker wurden in einer speziellen Apothekerordnung geregelt, ebenso die Vorrathaltung an Wirkstoffen gemäss dem Antidotarium Nicolai (Rezeptensammlung).

Wie bei studierten Ärzten und handwerklichen Wundärzten war die Immigration erwünscht. 1435 werden als Erste ihres Berufes «Jakob Allemann, der Appotegker aus dem Piemont und Hans Appotegker» genannt.

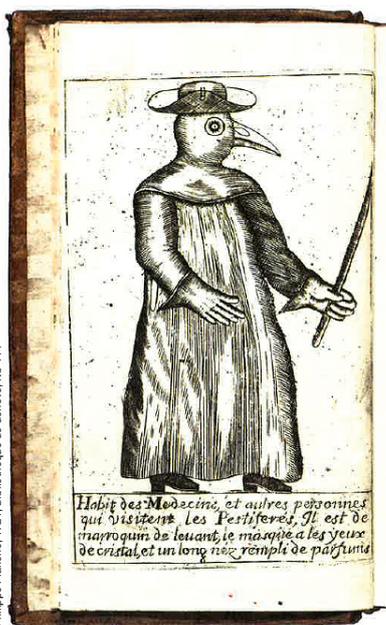
Hebammen

Die Organisation des Hebammenwesens mit ausführlicher Bernischer Hebammenordnung von 1540 lag in der Aufsicht und zur Abnahme der Prüfung beim Stadtarzt. In der Bernischen Hebammenordnung festgehalten sind die Aufgaben und Befugnisse, das Gebot eines untadeligen Lebenswandels, und die Höhe des «Wartgeldes», eines Lohnanteiles der öffentlichen Hand für die angestellte Stadthebamme. Erste urkundliche Erwähnungen 1454 und 1457



Quelle: Staatliches Museum zu Berlin, Kupferstichkabinett, Inv. 131 – 1900

Syphilitischer Kranker mit typischen Hautveränderungen in einem fortgeschrittenen Stadium (Holzschnitt von Albrecht Dürer, Nürnberg, 1496).



Arbeitskleidung eines Seuchen- und Pestarztes um 1720. In der langen Nase wurden Geruchsstoffe zur Verhinderung der Übertragung deponiert, in der Annahme, Seuchen würden sich über Gerüche ausbreiten. Die modernen Hygienemassnahmen im Spital von heute bei hochansteckenden Infektionen mit Wegwerfschürzen, -handschuhen und -gesichtsmasken unterscheiden sich nicht grundsätzlich von dem Pestarztthabit. Nur die lange Nase fehlt heute.

im Landrecht des «Niedersyental» und «Obersyental».

In der Antike wurde im römischen Recht festgelegt, dass die Hebamme jedes noch nicht geborene Kind einer Mutter, die während der Geburt verstarb, mittels der Sectio caesarea (Kaiserschnitt) aus dem Leib herausgeschnitten werden musste, um es womöglich zu retten. Die Hebammen mussten also vertiefte Kenntnisse in Anatomie, Chirurgie und im Gebrauch chirurgischer Instrumente haben. Im Spätmittelalter führten Wundärzte grössere Operationen aus. Somit ging die Sectio in die Hände der Männer über. Ein Wundarzt erschien im Gebärmutter meist als Vorbote des Todes!

Gerichtliche Funktionen nahmen Hebammen bei Vaterschaftsklagen und Jungfräulichkeitstesten wahr.

Im Mittelalter war das Seelenheil wichtiger als das irdische Leben. Daher musste das Kind wenn möglich durch Sectio gerettet werden und durch die Hebamme musste die Nottaufe durchgeführt werden.

Fortpflanzung und Geburt galten als magische Vorgänge. Der Nabelschnur, der Placenta-Nachgeburt und dem toten Fœtus sprach man geheimnisvolle Kräfte zu, Beschwörungen und Zaubereien nahmen in der Volksmedizin ihren festen Platz ein. Dadurch gerieten die Hebammen oft auch in den Dunstkreis der teuflischen Zauberei und in die Fänge der Justiz und der kirchlichen Inquisition.

Wöchnerinnen galten ab der Geburt als unrein und durften das Münster zur Taufe ihres Neugeborenen nicht durch das Hauptportal betreten, sondern nur durch die «Chindbettitür», das östliche Portal auf der Nordseite des Münsters. Damit die Stadthebamme bei Geburten auch nachtsüber die zugeschlossene Stadt Bern verlassen konnte, musste der Torwächter am Murtentor das kleine «Hebammentöri» offen halten. Ein weitverbreiteter Leitfaden und Standardwerk zur Geburtsleitung schrieb der oben genannte Jakob Ruff, bekannter Stadtchirurg in Zürich, 1554: «Ein schön lustig Trostbüchle von den empfangnissen und geburten der Menschen».

Andere paramedizinische Funktionen und Funktionäre

Der Wasenmeister verscharrte tote Tiere auf dem Galgenplatz. Daneben nahm er auch tierärztliche Funktionen wahr.

Der Henker als Spezialist für ordnungsgemässe Folter und Vollstreckung der To-

desstrafe war ein gesuchter Experte. Durch den Verkauf von abgetrennten Zehen, Fingern, Nägeln als begehrte Amulette verdiente er sich ein gutes Beibrot. Hoden, Haut und ausgelassenes Körperfett von Hingerichteten wurden als Heilmittel eingesetzt.

Nicht approbierte Heiler, Aferärzte, Kräuterfrauen und Quacksalber (holländisch kwakken = schnattern, prahlen; zalf = Salbe) wanderten von Stadt zu Stadt und entzogen sich dadurch oft der obrigkeitlichen und stadtärztlichen Kontrolle. Bekannt ist Johann Georg Faust, geboren 1480, Astrologe, Zauberer, Heiler und Quacksalber, Vorlage für Dr. Faust.

Alltägliche Krankheiten der Stadt- und Landbewohner

Einen wichtigen Faktor in der demografischen Entwicklung im 14. und 15. Jahrhundert spielten die verheerenden *Pest- und andere Seuchenzüge*, die in regelmässigen Abständen eine Vielzahl von Todesopfern forderten und in Städten zu massiven Einbrüchen der Bevölkerungsdichte führten.

Zwischen 1400 und 1500 registrierte man vier Pestzüge, die auf ihrer europaweiten Ausbreitung auch das Mittelland verheerten. Pestzüge klangen während der Wintermonate aufgrund der eingeschränkten Mobilität ab, um im darauffolgenden Frühling wieder anzuschwellen.

Die Stadtbevölkerung war durch das enge Zusammenleben von einer Seuche viel stärker betroffen als die Landbevölkerung. Die Verluste an Stadtbewohnern betrugen bis zu $\frac{1}{3}$ oder mehr der Stadtbevölkerung. Ganze Quartiere fielen öde. Die Stadtregierung glich die Bevölkerungsverluste jeweils durch verstärkte Einbürgerungen von Landbewohnern aus. Dadurch mussten in der Folge jeweils auch die Regierungsstrukturen durch Neuaufnahme in den Grossen Rat und Erhebung in den teildeligen Patrizierstand angepasst werden, genannt «Öffnung des Grossen Rates».

Die unerklärlichen Pestzüge sah man als Strafe Gottes und als Folge des sittlichen und moralischen Zerfalles der Bevölkerung, der allzu hoffärtig, protzig gegen aussen und überheblich in der Lebensführung im Inneren gewordenen jungen Eidgenossenschaft mit ihren kriegerischen und aussenpolitischen Erfolgen nach den Burgunderkriegen, dem siegreichen Schwabenkrieg mit der Folge einer teilweisen politischen Loslösung vom Deutschen Reich und der zunehmenden Beliebtheit der jungen Männer, sich als



Harnschau als wichtiges Diagnostikum eines studierten Arztes.

beehrte Söldner oder Reisläufer an allen Fürstenhöfen in Europa anzubieten.

Der ansteckende Charakter der Pest wurde bereits erahnt, nicht aber der Ansteckungsmodus. Vermutet wurde über üble Gerüche durch die Luft.

Die Isolierung der Erkrankten und der Verstorbenen war als einzige Vorsichtsmassnahme bereits bekannt. Obrigkeitlich organisierte Prozessionen sollten den göttlichen Zorn besänftigen, ebenso wie die Vergabe von Geld und Besitz an geistliche Institutionen wie Klöster und Orden.

Spontane Züge von halbnackten Selbstgeisslern, Flagellanten, zogen durch das Land mit der Idee, durch selbst zugefügte Schmerzen den Zorn Gottes zu mildern. Die weltliche und geistliche Obrigkeit sah solchen spontanen Aktionen mit Misstrauen entgegen. Sie fürchteten die Bedrohung ihrer von Gott gegebenen Herrschaft und um die Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung.

Begleitet wurden Seuchen von *Lebensmittelknappheit* in den nachfolgenden Jahren mit Verteuerung der Lebensmittel, Hunger, lokalen *Aufständen und Plünderungen*, die zu harten Strafmassnahmen führten. Gleichzeitig sahen sich die Behörden gezwungen, Höchstpreise und Ausfuhrverbote von Korn, Butter und Wein einzuführen. Profiteure trieben die Preise von Fleisch und Brot in die Höhe. Der Kleine Rat von Bern musste hart mit den Bäckermeistern und Müllern verhandeln, bis wieder mehr Brot auf dem Markt angeboten werden konnte.

Infektionskrankheiten, nicht nur die Pest, nahmen häufig epidemische Folgen an. Dazu zählten Magen-Darm-Infektionen wie Typhus, Ruhr, die Grippe, Lepra (Ausatz), Syphilis und Infektionen der Atemwege wie die Lungentuberkulose. Eine heutzutage problemlose Lungenentzündung oder eine infizierte Wunde konnte bei dem regelmässig vorhandenen Mangel an Abwehrstoffen aufgrund der überall anzutreffenden Mangel- und Fehlernährung rasch zum Tode führen.

Die Bevölkerung war diesen ansteckenden Krankheiten schutzlos ausgesetzt, die Medizin weitgehend machtlos. Weitverbreitet war auch die Kinderlähmung, wie man heute an den ausgegrabenen Skeletten feststellen kann.

Eine heute seltene Krankheit der Armen und Bedürftigen stellte der *Ergotis-*

mus dar. Der Genuss von mit Mutterkornpilz befallenen Roggenähren respektive Broten oder Fladen war die Ursache. Der Mutterkornpilz produziert Ergotamin, das im Körper zu Blutgefässverengungen führen kann und in der Folge zu Krämpfen, starken Schmerzen bis hin zum Absterben von Händen und Füssen führt. «Heiliges Feuer», «heisser Brand», «Antoniusfeuer» sind Synonyme der gleichen Krankheit. Die Amputation des befallenen Gliedes war oft die einzige Therapiemöglichkeit. Spezialisiert auf die Amputationen bei Ergotismus hat sich in ganz Europa der geistliche Orden der Antoniter. Ein Amputierter war bleibend auf Fürsorge durch Familienmitglieder und Armenpflege angewiesen.

Chronischer Eisenmangel lässt sich bei 30 Prozent der untersuchten Skelette nachweisen, besonders bei weiblichen.

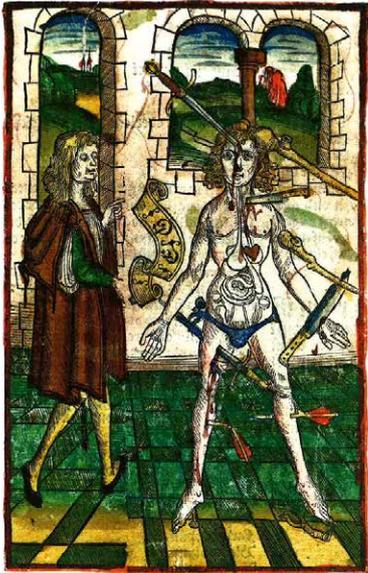
Die *Mangelernährung mit Vitaminen* war die Regel. Augenscheinlich ist dies an den untersuchten Skeletten der Verstorbenen mit rachitisch verformten Knochen bei Vitamin-D-Mangel. Der begleitende Vitamin-C-Mangel (Skorbut) ist ebenfalls an Zeichen von Blutungen und Veränderungen des knöchernen Zahnbettes an Skelettresten aus dem 15. Jahrhundert erkennbar. Karies der Zähne war allgegenwärtig. Ebenso sind Folgen von Arthrosen an grossen wie kleinen Gelenken, von Knochentumoren und abgeheilten Frakturen, zum Teil korrekt nach fachmännischer Schienung, zum Teil in Fehlstellungen geheilt, Alltagsbefunde in Ausgrabungen.

Sterblichkeit

Die Sterblichkeit war vor 500 Jahren sehr hoch, besonders die der Kinder. Zwischen fünf und zehn Jahren betrug sie ca. 50 Prozent. Etwas weniger, aber immer noch hoch war diejenige der Frauen bis 30 Jahre. Selten wurde das Alter von 60 Jahren erreicht.

Diagnosestellung

Zur Verfügung standen nur Wahrnehmungen, die gesehen, gehört, geschmeckt und gefühlt werden konnten, also das Aussehen, die Atmung, der Puls und – sehr wichtig – die Ausscheidungen von Stuhl und Urin. Die Harnschau nahm eine zentrale Stellung ein. So wie heute das lässt sich um



Wundmann-«Poster» als Ausbildungstool für die handwerklich tätigen Wundchirurgen, mit der Darstellung der häufigsten äusserlichen Verletzungsmöglichkeiten.

die Schultern geschwungene Stethoskop das Erkennungsmerkmal des Arztes in Werbung und Film ist, war es damals das Uringlas.

Keine Perkussion, kein Fiebermessen, keine Auskultation, kein Mikroskop, kein Labor, kein Röntgen und kein anderes bildgebendes Verfahren.

Als wissenschaftliche Grundlage jeglicher Diagnostik diente die immer komplizierter werdende 4-Säfte-Lehre aus der Antike. Sie musste, um zu funktionieren, zu jedem Zeitalter mit der persönlichen Erfahrung ergänzt werden.

Jegliche Krankheit erklärt sich in diesem 4-Säfte-Konzept als Störung der Zusammensetzung und des Verhältnisses der vier Körpersäfte Blut, gelbe Galle, schwarze Galle und Schleim zueinander.

Den vier Säften waren vier *Temperamente* zugeordnet, das sanguinische, das phlegmatische, das melancholische und das choleriche; zudem die fünf Elementarqualitäten heiss, warm und feucht, kalt und feucht, warm und trocken, kalt und trocken.

Elemente dieser 4-Säfte-Lehre, die in ihrer Grundaussage bis ans Ende des 18. Jahrhunderts als offizielle Lehrmeinung galt, haben sich in der Volksmedizin und Volkssprache bis heute gehalten: «Sanguiniker», «Cholericer», «phlegmatisch», «reinigende Abführmittel» etc.

Therapien

Mit Aderlässen, Schröpfen, Abführmitteln und Brechmitteln vorwiegend auf pflanzlicher Basis wurde versucht, schädliche Konzentrationen einzelner Säfte aus dem Körper zu entfernen und das normale Gleichgewicht wiederherzustellen. Einen festen Platz nahmen auch die Schwermetalle ein. Arzneimittelhandbücher beschrieben Therapien und Anleitungen zur Herstellung von Heilmitteln.

Eine Vielzahl von Tinkturen, Säften, Sirupen und Salben wurden hergestellt, mit Phantasienamen bezeichnet und von Quacksalbern und Afterärzten auf den Märkten verkauft. Die Gebräue enthielten eine Vielzahl von Substanzen und würden heute als gefährlich, zum Teil giftig, ungeniessbar oder kontraindiziert gelten.

Beispiel: Der neu um 1500 aus Amerika eingeführte «lange indianische Pfeffer», heute als Chilischote bekannt, galt als heiss und trocken. Er wurde gemäss dem 4-Säf-

te-Konzept innerlich zur Behandlung gegen einen kalten Magen (Gastritis, Reflux, etc.), Verstopfungen und Blähungen und ebenso gegen Zahnschmerzen eingesetzt. Äusserlich wurde der indianische Pfeffer bei Wundfäulnis (Wundinfektion), Hautpilzen und Ekzemen verwendet.

Die deshalb in Erscheinung tretenden Hautveränderungen, sogenannte «Blattern», wurden von den Quacksalbern so gut wie möglich mit quecksilberhaltigen Tinkturen und Salben behandelt.

Ausklang

Die medizinisch Tätigen handelten nicht im selben Masse wie heute entsprechend dem Eigeninteresse einer jeden Berufsgruppe. Die Bevölkerung und die Behörden waren froh, überhaupt medizinische Unterstützung zu erhalten, sei es von einem studierten Arzt, von einem Wundchirurgen, einem Apotheker, einer Hebamme oder einer un ausgebildeten Kräuterfrau. Ärzte stellten Heilmittel her, Wundchirurgen behandelten auch internistische Krankheiten, die Grenzen zur Tätigkeit der Apotheker waren fließend. Die effektiven, individuellen Spielräume zeigten sich viel grosszügiger ausgestaltet als es die eng gefassten Standesregeln eigentlich zuließen. Zur Rechtsprechung vor dem Rat kam es nur, falls die persönliche Integrität und Gesundheit eines Einzelnen in beträchtlichem Ausmass Schaden zu nehmen drohte oder genommen hatte, oder falls Grenzüberschreitungen bezüglich der Kompetenzen allzu deutlich hervortraten.

Erfolgreicher Auftritt

Viele Berner Arztpraxen bilden Medizinische Praxisassistentinnen aus. Um künftigen Schulabgängerinnen den Beruf näherzubringen, ist die Berner Berufsfachschule für medizinische Assistenzberufe an der Berufs- und Ausbildungsmesse BAM mit einem Stand präsent.

Text und Bild: Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst

In Berner Arztpraxen absolvieren aktuell mehr als 430 Lernende ihre dreijährige Ausbildung zur Medizinischen Praxisassistentin mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis EFZ. Noch finden die ausbildenden Ärztinnen und Ärzte genügend Lernende. Dies könnte sich in naher Zukunft ändern. Grund: Die Gesundheitsbranche boomt. Medizinische Praxisassistentinnen, Dentalassistentinnen, Assistentin Gesundheit und Soziales EBA sowie Fachfrau Gesundheit FaGe – allein in der Grundbildung medizinischer und pflegerischer Berufe öffnen sich interessierten Schulabgängerinnen heute zahlreiche Ausbildungswege. Ganz allgemein buhlen immer mehr Akteure um die Gunst der künftigen Lernenden. An der BAM 2017, der grössten Messe für Grund- und Weiterbildung im Espace Mittelland, gewähren im Bereich Grundbildung 109 Aussteller Einblick in über 350 Berufsbilder.

Authentische Einblicke

Diesen Konkurrenzdruck bekommt auch die Berner Berufsfachschule für medizinische Assistenzberufe be-med zu spüren. Zum wiederholten Male ist sie an der BAM mit einem Informationsstand präsent. Die Verantwortlichen der be-med haben am bewährten Standkonzept festgehalten. Auf drei Monitoren stellen Absolventinnen in selbst gedrehten Kurzfilmen ihren Berufsalltag vor. Standbesucher erhalten so einen authentischen Einblick in die Welt von Medizinischen und Tiermedizini-

schen Praxisassistentinnen (TPA) sowie Dentalassistentinnen (DA). Persönliche Fragen rund um die drei Berufe beantworten ausgebildete Assistentinnen, Lernende im dritten Lehrjahr, Lehrpersonen und Mitarbeitende der Berufsfachschule. Gerade die TPA stehe bei künftigen Schulabgängerinnen besonders hoch im Kurs, wie eine Standbetreuerin ausführt. Für sie fällt das Engagement der be-med positiv aus.

Speed-Dating

Auch die Veranstalter selber ziehen ein positives Fazit. «Einmal mehr hat sich gezeigt, dass die BAM im Prozess der Berufswahl und der Orientierung in der komplexen Bildungslandschaft Schweiz ein hilfreicher Fixpunkt darstellt», hält Bernexpo in der offiziellen Mitteilung fest. Rund 22 500 Schülerinnen und Schüler, Jugendliche und Erwachsene hätten sich an den fünf Messetagen beraten und inspirieren lassen, was einem Plus von vier Prozent im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Der Veranstalter hat auch neue Formate der Begegnung getestet. So feiert an der BAM 2017 das Speed-Dating Premiere. Hier können sich Jugendliche in der Berufsfindungsphase und mögliche künftige Arbeitgeber in lockerer Atmosphäre kennenlernen. Die Rückmeldungen sind derart positiv ausgefallen, dass der Veranstalter das Speed-Dating an der nächsten BAM wieder durchführen wird. Diese findet vom 8. bis 12. November 2018 statt.



Schon bald Lernende in einer Arztpraxis? Junge Frauen informieren sich am Stand der be-med unter anderem über den Beruf der Medizinischen Praxisassistentin.

**Nachgefragt bei...
Matthias Döring, Verantwortlicher
Messestand be-med**

**Herr Döring, die BAM 2017 ist Geschichte.
Wie fällt ihr Fazit aus?**

M. Döring: Sehr positiv. Es hat sich auszahlt, dass MPA-Lernende und praktizierende MPA den Stand mitbetreuten. Sie waren sehr motiviert, persönliche Erfahrungen weiterzugeben und Eindrücke aus dem Berufsalltag zu schildern. Ihr Elan war ansteckend. Wie die BAM verzeichneten auch wir ein Plus an Besuchenden. Wir haben mehr Prospekte und Broschüren abgegeben als im Vorjahr.

Welchen Stellenwert hat der Informationsstand an der BAM für die be-med?

Die be-med wird wahrgenommen. Vorher waren wir Teil des Messestandes der OdA Gesundheit und gingen fast ein wenig unter. Heute buhlen so viele Arbeitgeber um die Schulabgänger. Da ist ein eigenständiger Auftritt Pflicht. Nur so kommen wir an gute, motivierte Lernende heran. Davon profitieren Schule und Lehrpraxen gleichermaßen.

Ist der MPA-Beruf bei Schulabgängerinnen beliebt?

Die Ausbildung ist bei den Schulabgängerinnen nach wie vor gefragt. Männliche Interessenten erkundigen sich bedeutend weniger. Die ungleiche Geschlechterverteilung sehen wir dann auch in unseren Klassenzimmern.

Welche Fragen wurden Ihnen im Zusammenhang mit der MPA-Ausbildung, am häufigsten gestellt?

Vor allem allgemeine Fragen wie «Wo arbeite ich als MPA?», «Wie sieht der Berufsalltag aus?». «Welche Schulfächer sind gefragt?». «In welchen Fächern sollte man gut sein?». Aber auch die Verdienst- und Weiterbildungsmöglichkeiten der Ausbildung interessieren.

AUSGEGLICHENE WORK-LIFE-BALANCE



publix.ch

Neue Perspektiven: Die Ärztekasse zeigt Ihnen, wo Optimierungspotenzial besteht. Fragen kostet nichts.

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

A K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

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

Terminplan 2017 Aerztegesellschaft des Kantons Bern

8.–11. November
BETAKLI 2017

16. November
Bezirksvereins-
versammlungen,
kantonsweit