



# doc.be

Das Magazin der  
Aerztesgesellschaft des  
Kantons Bern

**Nr. 2**  
April 2018



Themen dieser Ausgabe

**Jahresbericht des  
Präsidenten 2017**

**Zulassungssteuerung –  
wie weiter?**

**Smarte Medizin**



# Schritt um Schritt dem Elektronischen Patientendossier entgegen!



Drei Beispiele erzielter Verbesserungen oder Präzisierungen im Beirat eHealth Suisse, Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen, zum Bericht «Strategie eHealth Schweiz 2.0, 2018–2022» vom 1. März 2018 ([www.e-health-suisse.ch](http://www.e-health-suisse.ch))

**Vorher:** Abgeltungssysteme und Tarifstrukturen bilden die Veränderungen (Aufwände und Effizienzsteigerungen), welche die Digitalisierung mit sich bringt, adäquat ab.

*Nachher:* Die für die Tarifstrukturen und Tarife zuständigen Akteure sorgen dafür, dass sich Kosteneinsparungen und Mehrkosten, die durch die Digitalisierung entstehen, in den Abgeltungen abbilden.

**Vorher:** Der Bund trägt mit seinen bestehenden Instrumenten der Innovationsförderung zur Weiterentwicklung der Primärsysteme bei.

*Nachher:* Der Bund kann mit seinen bestehenden Instrumenten der Innovationsförderung (z. B. Innosuisse) die Weiterentwicklung der Primärsysteme unterstützen.

**Vorher:** Gesundheitseinrichtungen und Berufsverbände nutzen bestehende oder schaffen neue praxisnahe Gefässe, um die Gesundheitsfachpersonen beim effizienten Einsatz der Digitalisierung im Versorgungsalltag zu unterstützen (z. B. im Rahmen der Qualitätssicherung). Dazu stellt eHealth Suisse Grundlagen bereit.

*Nachher:* eHealth Suisse erarbeitet mit Gesundheitseinrichtungen und Berufsverbänden Grundlagen, damit diese bestehende oder neu zu schaffende praxisnahe und interprofessionelle Gefässe nutzen können, um die Gesundheitsfachpersonen beim effizienten Einsatz der Digitalisierung im Versorgungsalltag zu unterstützen (z. B. im Rahmen der Qualitätssicherung).

Weitere Beispiele und Antworten auf häufig gestellte Fragen finden Sie im nächsten doc.be. Der Weg zum funktionierenden EPD ist für alle noch weit, kurvenreich und steinig. Man muss ihn trotzdem gehen, um das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren!

Dr. med. Beat Gafner

Vertreter der Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaften KKA  
im Beirat eHealth Suisse

# Inhalt

## **5 Im Dreivierteltakt aus dem Amt getanzt**

Nach acht Jahren intensivem Engagement gibt Beat Gafner das Präsidentenamt in neue Hände.

## **6 Beschlüsse aus der Delegiertenversammlung vom 15. März 2018**

Die Delegierten der BEKAG haben neben statutarischen Traktanden mehrere personelle Rochaden beschlossen.

## **7 Jahresbericht des Präsidenten 2017**

Was bewegte die Aerztegesellschaft des Kantons Bern im vergangenen Jahr?

## **13 Neue Köpfe, alte Herausforderungen**

Mit Esther Hilfiker, Linda Nartey und Mark Kobel bekleiden drei neue Gesichter ranghohe Ämter im Berner Gesundheitswesen.

## **14 Zulassungssteuerung – wie weiter?**

Ende 2019 läuft die aktuelle Zulassungssteuerung von freipraktizierenden Ärzten aus. Was hat die aktuelle Regelung bewirkt?

## **18 Warum weniger manchmal mehr ist**

Es ist an der Zeit für einen Perspektivenwechsel: weg von den Kosten, hin zur Behandlungsqualität.

## **20 Hausärztliche Versorgung von Asylsuchenden**

Ein Erfahrungsbericht von Dr. med. Hansueli Albonico.

## **22 Soziologische Beobachtungen aus schweizerischen und deutschen Spitalbetten**

Die Soziologen Ulrich Oevermann und Marianne Rychner schildern, wie Organisationsstrukturen und Finanzierungsregime die professionelle Handlungslogik des Arztes einschränken.

## **26 Aufruf zur Beteiligung an einer Hausarztstudie**

Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer gesucht! Thema der Studie ist die Verbesserung der Diagnostik der Pneumonie mittels Procalcitonin und Lungensonographie.

## **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, 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, keller@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch; Inserate: Simone Keller, keller@forumpr.ch; Gestaltung/Layout: Definitiv Design, Bern; Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern; Titelbild: Hansueli Schärer



# Im Dreiviertel- takt aus dem Amt getanzt

Text: Sandra Küttel und Rainer Felber  
Bild: Hansueli Schärer

Solche Töne ist man sich an der Delegiertenversammlung nicht gewohnt: Aus dem Lautsprecher erklingt der Walzer «Jazz Suite, Walzer Nr. 2» des russischen Komponisten Dmitri Schostakowitsch. Es ist eines der Lieblingsstücke des scheidenden Präsidenten, der seine letzte Delegiertenversammlung leitet. Spontan steht eine Delegierte von ihrem Platz auf und bittet den Präsidenten zum Tanz – schöner kann ein Abschied nicht sein!

Seit seinem Amtsantritt als BEKAG-Präsident am 1. April 2010 bis zum letzten Tag seines Amtes hat sich Beat Gafner seiner Aufgabe mit Leidenschaft gewidmet. Seine Leistungsbereitschaft war enorm, seine Dossierfestigkeit beeindruckend. Er besass detailreiche Kenntnisse in allen relevanten standespolitischen Geschäften.

Seinem Leitspruch «Es sei keines anderen Knecht, wer sein eigener Meister sein kann» (Paracelsus) lebte er nach, seit er Standespolitik betreibt. Beat Gafner stand ein für den Arztberuf als liberaler, eigenständiger und freier Beruf.

Wichtig war für ihn die Solidarität: Zwischen Ärztinnen und Ärzten genauso wie zwischen Grundversorgern und Spezialisten, Jungen und Alten, sowie zwischen Stadt- und Landärzten. Er betonte unermüdlich, dass wir nur gemeinsam etwas erreichen können und bedauerte die zunehmende Fragmentierung der Ärzteschaft. Beat Gafner stellte sich den Diskussionen. Auch bei harten Auseinandersetzungen kämpfte er mit offenem Visier und blieb immer fair. Es war ihm wichtig, dass man selbst nach heftigen Debatten im Guten auseinander ging.

Auch die Frauenförderung war für ihn ein wichtiges Anliegen. Gleich zu Beginn seines Präsidiums rief er ein Projekt ins Leben mit dem Ziel, mehr Frauen in die Gremien zu berufen. Und nun übergab er als erster Präsident in der über 200-jährigen Geschichte der BEKAG sein Amt in die Hände einer Frau.

Seine Verdienste für die Ärzteschaft sind vielfältig: Dass wir heute im Gegensatz zu den meisten anderen Kantonen immer noch den gleichen Taxpunktwert haben und nicht von einer Kündigung bedroht sind, verdanken wir den Kämpfen, die Beat Gafner in den vergangenen acht Jahren geführt hat. Während der Fusion des Inselspitals mit dem Spital Netz Bern gab es konkrete Pläne, Standorte an der Peripherie aufzugeben. Beat Gafner hat sich vehement dafür eingesetzt, dass die Grundversorgung als wichtiges Leistungsangebot innerhalb der Inselgruppe mit Weiterführung der peripheren Spitäler aufrechterhalten werden konnte. Über seine Tätigkeit bei Berner KMU konnte er wichtige Inputs zu gesundheitspolitischen Themen geben, die dann an den Grossen Rat gelangten.

Von seiner politischen Vernetzung profitierte auch das Praxisassistentenprogramm. Im November hat der Grosse Rat des Kantons Bern der Aufstockung der Praxisassistentenstellen auf 35 Stellen und einem Fonds zugestimmt, der es ermöglichen soll, die Beiträge von benachteiligten Lehrpraxen an die Lohnkosten zu reduzieren. Generell war ihm die Förderung des Nachwuchses ein grosses Anliegen. So war beispielsweise die Teilnahme der BEKAG als einzige kantonale Ärztesgesellschaft mit einem eigenen Stand an MEDIfuture, dem Laufbahnkongress des VSAO für angehende und junge Ärztinnen und Ärzte, ein fixer Bestandteil des Jahresprogramms.

Auch auf nationaler Ebene war Beat Gafner wesentlich dafür verantwortlich, dass die Stimme der BEKAG gehört wurde, sei es in der Ärztekammer und der Delegiertenversammlung der FMH, der Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften oder auch in MARSianischen Projekten.

In Anerkennung seiner Leistungen zugunsten des Verbands haben die Delegierten den scheidenden Präsidenten einstimmig zum Ehrenmitglied ernannt. Es ist dies der krönende Abschluss einer aussergewöhnlichen Delegiertenversammlung und einer in vielerlei Hinsicht erfolgreichen Ära Beat Gafner.

# Beschlüsse aus der Delegierten- versammlung

Die Delegierten der Aerztesgesellschaft haben an der ersten Versammlung des Jahres vom 15. März 2018 vornehmlich statutarischen Geschäften zugestimmt.

Text: Dr. iur. Thomas Eichenberger, juristischer Sekretär

## 1. Genehmigung der Jahresrechnung 2017

*Einstimmig*

## 2. Déchargeerteilung an den Kantonalvorstand für das Geschäftsjahr 2017

*Einstimmig*

## 3. Festsetzung der Mitgliederbeiträge 2018

Wie bis anhin, d. h.:

Kategorie 01  
(selbständig, fachlich eigenverantwortliches Mitglied mit BAB)  
Fr. 1'070.–

Kategorie 02  
(unselbständig tätiges Mitglied, in leitender Funktion)  
Fr. 600.–

Kategorie 03  
(unselbständig tätiges Mitglied, nicht in leitender Funktion und nicht in Weiterbildung)  
Fr. 400.–

Kategorie 04  
(Mitglied in FMH-Weiterbildung)  
Fr. 300.–

Kategorie 05  
(Mitglied mit Wohnsitz und Berufstätigkeit im Ausland)  
Fr. 150.–

Kategorie 06  
(Mitglied, das momentan nicht als Arzt tätig ist)  
Fr. 150.–

Rückerstattung ROKO  
Fr. 300.–

Rückerstattung Datenlieferung (PonteNova)  
Fr. 400.–

*Einstimmig bei 1 Enthaltung*

## 4. Festsetzung des Budgets 2018

*Einstimmig*

## 5. Erteilung der Kompetenz an den Kantonalvorstand, Fr. 100.– für praktizierende Mitglieder und Fr. 50.– für angestellte Mitglieder bei Bedarf für die Äufnung des Fonds für Öffentlichkeitsarbeit einzufordern

*Einstimmig bei 1 Enthaltung*

## 6. Wahlen

a) Wahl der Revisionsstelle  
Hans Siegenthaler AG, Treuhand und Revisionen, Laupen

*Einstimmig*

b) Wahl eines neuen Vizepräsidenten  
Dr. med. François Moll

*Einstimmig bei 2 Enthaltungen*

c) Wahl eines neuen Ärztekammerdelegierten  
Dr. med. Beat Gafner

*Einstimmig\**

d) Wahl eines neuen Vorstandsmitglieds  
Dr. med. Doris Zundel-Maurhofer

*Einstimmig*

e) Ernennung eines Ehrenmitglieds  
Dr. med. Beat Gafner

*Einstimmig*

\* vorbehältlich Genehmigung durch Mitgliederversammlung des ABV Bern Regio

# Jahresbericht des Präsidenten 2017

---

Beat Gafner blickt auf das vergangene Jahr zurück. Allen Neuen im Vorstand der BEKAG, insbesondere der neuen Präsidentin Esther Hilfiker, wünscht er eine gute Portion Standhaftigkeit und Hartnäckigkeit im Verfolgen ihrer Ziele.

Text: Beat Gafner

Bilder: iStockphoto (S.9), Martin Bichsel (S.11)

## **eHealth-Welt, Interessengemeinschaft BeHealth und Digitalisierung, überbordende Erwartungen und nüchterne Realitäten**

Man kann die Meinung vertreten, die Digitalisierung gehe uns ambulant tätigen Ärzte vorläufig wenig an, da wir als ambulante Leistungserbringer der unbegrenzten (?) Freiheit frönen können, uns in den Reigen der Eidgenössischen Patienten-Dossier-Benützer einzureihen oder nicht. Ich bin aber überzeugt, dass die BEKAG jetzt und heute Voraussetzungen schaffen muss, damit der frei praktizierenden Ärzteschaft in Zukunft möglichst viele Freiheitsgrade offenstehen, mit welchen Partnern, Gemeinschaften und Stammgemeinschaften, mit welchen Betriebsgesellschaften und auf welchen Plattformen jeder und jede Einzelne von uns sich an der Realisierung des EPD beteiligen will. eHealth heute: wunderbarer Giebel – unvollständige und baufällige Säulen – instabiles und unfertiges Fundament!

### **Mein «eCredo»:**

1. Hindernisfreie Einbindung der freipraktizierenden Ärzteschaft in Gemeinschaften und Stammgemeinschaften. Hindernisfrei bedeutet ohne kantonale und fachspezifische Grenzen,

2. Anreize zur Einführung von ePraxisinformationssystemen in Arztpraxen,
3. Tarifarisch korrekte Abbildung der Datenpflege und Überwachung,
4. B2B-Prozesse müssen das EPD auf identischen Plattformen ergänzen,
5. Softwarefirmen halten Schnittstellen und Praxisinformationssysteme auf neuestem technischen Stand.

Ausgehend von der Mitarbeit im Projektsteuerungsausschuss BeHealth unter der Ägide des Kantons erfolgte im Mai 2017 die Gründung der Interessengemeinschaft BeHealth (IG BeHealth) als eigenständiger Verein, unabhängig von der GEF des Kantons und mit der BEKAG als Kollektivmitglied. Ein Zusammengehen im Hinblick auf die Realisierung einer gemeinsamen Stammgemeinschaft schien allen Mitgliedern der IG BeHealth prüfens- und wünschenswert, mit dem Ergebnis, dass die beiden Vereine IG BeHealth Bern und das Zürcher Pendant, der Trägerverein XAD ZH, sich zusammenschliessen und unter dem Namen axsana AG eine gemeinsame Stammgemeinschaft bilden wollen. Zu diesem Zwecke treten im Februar 2018 alle Mitglieder der IG BeHealth dem Trägerverein XAD bei, unter Erweiterung des Vorstandes der «neuen» XAD durch vier Mitglieder aus Bern, darunter auch der Schreibende.

### **Protokoll Beirat eHealth Suisse**

Mandatiert von der Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaften KKA nahm der Schreibende Einsitz in den Beirat eHealth Suisse des BAG. Als nicht unwichtiges Ergebnis meines Engagements werden die Themen Anschubfinanzierung und Abgeltung der Datenpflege der praktizierenden Ärzteschaft BAG-nahe wieder diskutiert. Protokoll Beirat eHealth Suisse vom 06.12.2017:

*«Es gibt noch keine – weder finanzielle noch anderweitige – Anreize für den Einzelnen, seine Praxis zu digitalisieren oder die Primärsysteme anzupassen. Es gilt zu unterscheiden, zwischen der Anschaffung von Primärsystemen, die ohne Anreize funktioniert, und der Anbindung der Systeme, die Anreize braucht. Das EPD-System funktioniert nur, wenn viele mitmachen... Die Anschubfinanzierung (des Bundes und der Kantone, Anm. Gafner) verpufft, wenn die Anbindung nicht unterstützt wird... Zusammenfassend wurden drei Lösungswege zur Schaffung von Anreizen genannt: 1. Finanzierung über Tarifpunkte, 2. Politische Massnahmen, 3. Finanzierung durch Gemeinschaften und Kantone... Mit den Gemeinschaften und den IT-Anbietern wird ein Weg gesucht, wie auch die EPD-Zusatzdienste interoperabel gehalten werden können. Das Ziel sind generische Vorgaben.»*

### **Neuregulierung Notfalldienst: Andreas Bühler, Umfrage und Expertise**

Die erweiterte Präsidentenkonferenz im Juni 2017 hat aufgezeigt, dass die Ärztlichen Bezirksvereine den Notfalldienst autonom und regional lösen wollen. Eine kantonale, flächendeckende Lösung ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht gefragt. Dies ging so weit, dass der ABV Oberaargau den Vertrag mit MEDPHONE kündigte und mit den aus dem Kanton Basel-Land stammenden, privat organisierten «Mobilen Ärzten» eine vertragliche Bindung zur Abdeckung des Hintergrunddienstes einging. Ausdruck der eigenen Unsicherheit ist der Umstand, dass die Aktionärsbindung mit der MEDPHONE AG beibehalten worden ist! Die Kontakte der BEKAG zu der ebenfalls privaten Organisation «SOS Médecins Turicum» zusammen mit der KÄG Kanton Zürich fanden kein Interesse. Ich verweise zum Thema «Notfalldienst» auf das doc.be 1/2018.

Wiederholt gerieten Probleme um psychiatrische Notfallbehandlungen in die Schlagzeilen und in den Bernischen Grossratssaal. Dem ABV Seeland wird geraten, die Situation, unter Beachtung der BEKAG-Empfehlungen über die Organisation fachdienstlicher Notfalldienste, zu verbessern.

### **Volksinitiative für eine starke Pflege**

Die BEKAG stört sich daran, dass die Pflegeberufe in der Verfassung Eingang finden und der staatlichen Regelung unterstehen sollen, die Pflegeausbildung explizit auf tertiärer Stufe geregelt werden soll, kein Kostenmonitoring vorgesehen wird, der Mangel an Pflegenden in keiner Weise verbessert

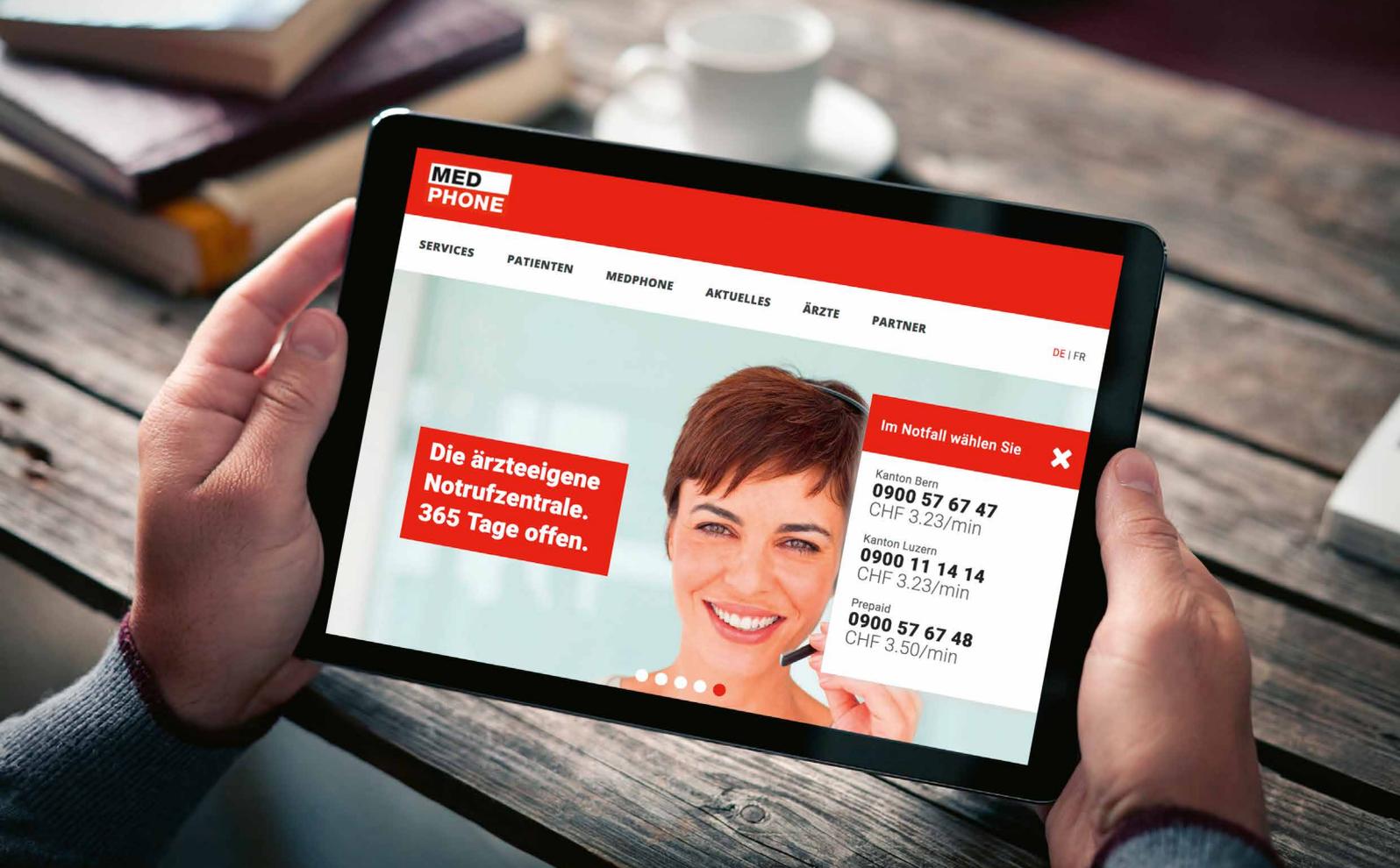
wird, keine Kriterien ausformuliert sind, welche Leistungen eigenverantwortlich und auf eigene Rechnung ausgeführt werden sollen.

### **Beantwortete Vernehmlassungen**

- BAG/Büro Bass: «Massnahmen gegen Medikamentenverschwendung», beantwortet, wirksames Mittel ist die direkte Medikamentenabgabe in der Sprechstunde
- FMH: «Mobile Health (mHealth) – Empfehlungen I», teils Zustimmung, teils Ablehnung
- SAMW: «Feststellung des Todes und Vorbereitung der Organentnahme im Hinblick auf Organtransplantationen», nicht beantwortet
- FMH: «Revisionsentwurf von Bildungsverordnung BiVo und Bildungsplan für die berufliche Grundbildung MPA EFZ», grösstenteils Zustimmung
- FMH: «Zulassungsverfahren für das Medizinstudium an den Universitäten mit Numerus clausus», Zustimmung
- FMH: «Generalkonsent der Schweiz und swiss-ethics», Zustimmung
- FMH: «HTA-Stakeholderkonsultation zum Scope für den Themenbereich «Arthroskopische Eingriffe am degenerativ veränderten Menis-Kusses des Knies», Stellungnahme durch die Fachgesellschaft
- EDI: «Änderung der Verordnung über die Festlegung und Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung» (zweiter bundesrätlicher Tarifeingriff), Ablehnung
- GEF: «Einführung einer regionalen Einheitskasse», Ablehnung
- GEF: «Verordnung über die beruflichen Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Gesundheitsverordnung)», grösstenteils Zustimmung
- GEF Kanton Bern: «Impfungen in Apotheken, Abgabe Packungsgrösse im Notfalldienst», grösstenteils Zustimmung
- GEF: «Einführungsgesetz zur eidgenössischen Krebsregistrierungsgesetzgebung (EG KRG)», Zustimmung
- SAMW: «Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz», Zustimmung
- EDI: «Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)», Ablehnung
- EDI/BAG: «Revision der Verordnung über das elektronische Patientendossier (Elektronische Austauschformate)», Zustimmung
- EDI/BAG: «Heilmittelverordnungspaket IV», grösstenteils Ablehnung
- EDI/BAG/FMH: «Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung», Ablehnung

### **Zusammenarbeit mit PonteNova AG, NewIndex AG und MEDPHONE AG**

Die separate «Datenerhebung Kanton Bern» durch PonteNova ist die aussagekräftigste Kostendatensammlung des Kantons Bern, neben der Investitions- und Gestehungskostenerhebung



«Die MEDPHONE AG sollte zur interprofessionellen Plattform ausgebaut werden», wünscht sich Beat Gafner.

«RoKo» und der Rechnungskostendatenerhebung zu Gunsten NewIndex. Alle Datensammlungen sind im Kanton Bern obligatorisch und in den Statuten verankert. Nur dank diesen Daten konnte bisher, im Gegensatz zu vielen anderen Kantonen, eine TPW-Abwertung in der ambulanten Praxis abgewehrt werden. Beispiel:

Anstieg der praxisambulanten Behandlungskosten 2015 zu 2016, ohne Medikamente, pro Patient bescheidene +1,76 %, nur die Medikamentenkosten aber +4,28 %.

Diese Daten werden in Zukunft noch wichtiger, da ab 2018 damit gerechnet werden muss, dass die BEKAG wieder alleine mit den Blöcken tarifsuisse, HSH und CSS verhandeln muss.

#### **Projekt, Arbeitsgruppe und Entwicklung «Direkte Medikamentenabgabe des VBHK»**

Die an der Delegiertenversammlung der BEKAG im September 2016 beschlossene «Arbeitsgruppe Direkte Medikamentenabgabe» mit dem Auftrag, die Chancen zur Wiedereinführung der flächendeckenden Direktabgabe von Medikamenten durch Ärzte im Kanton Bern zu prüfen, trat erst im letzten Quartal 2017 mit einem Zwischenbericht wieder in Erscheinung. Ein Schlussbericht des Büro Vatter zum Thema erscheint im Januar 2018.

#### **Elektronischer tiers garant**

«Der Bund» 2016 mit der Schlagzeile «Stadt Bern kauft Tablets für alle ihre Schüler» und im Februar 2018 «Computer statt Wandtafel». Höchste Zeit, sich für eine vollständig digitalisierte, smarte Rechnungsabwicklung Arzt-Patient-Versicherer

mit TrustCenter als Intermediäre inkl. MediData zu interessieren. Gesagt, getan. Vorstandssitzung im März 2017, Zusammenkunft mit MediData Sommer 2017 und Folgetreffen im März 2018.

#### **Klausurtagung 2017**

Die Klausur 2017 war dem Thema «Praktischer Einsatz der medizinischen Praxiskoordinatorin (MPK) in der Arztpraxis» gewidmet. Dabei interessierte vor allem die Frage, welche Massnahmen zu einer erfolgreichen, echten Delegation ärztlicher Leistung an die MPK klinischer Richtung führen und welche Möglichkeiten der Honorierung der MPK-Leistung realisierbar sind. Die Vertreter zweier Versicherer, Vertreterinnen des Schweizerischen Verbandes und selber aktive MPK, Kollegen mit Erfahrung im Einsatz und der Vorstand der BEKAG diskutierten zu teilweise recht gegensätzlichen Ansichten. Als Konsens konnte erreicht werden, dass das Gespräch im Kanton Bern im März 2018 weitergeführt wird und durch eine wissenschaftlich begleitete Studie Netzwerkpraxen, BEKAG, Versicherer und der Schweizerische Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen SVA gemeinsam Argumente für tarifarische Optionen benennen. Die BEKAG will sich diesem Thema annehmen und nicht länger auf günstigere, aber unsichere Grosswetterlagen warten.

#### **Personelle Veränderungen Vorstand und Sekretariat der BEKAG**

Rücktritt als Präsident von Beat Gafner auf die DV-BEKAG März 2018 – Wahl Nachfolgerin Esther Hilfiker.

Rücktritt Heinz Zimmermann als Wissenschaftlicher Sekretär – Nachfolger Aristomenis Exadaktylos.

Rücktritt Christian Gubler aus der Spitalversorgungskommission – Nachfolger Aristomenis Exadaktylos.

Nomination im Vorstand betreffend Wahl von François Trümpler Moll zum Vizepräsidenten der BEKAG anstelle von Esther Hilfiker, die im März 2018 als erste Frau das Präsidium der BEKAG übernimmt. Ich wünsche allen «Neuen» eine gute Portion Standhaftigkeit und Hartnäckigkeit im Verfolgen ihrer Ziele.

### **TARCO und zweiter bundesrätlicher Tarifeingriff per 01.01.2018**

Die Tatsache, dass beide Vorhaben, die Tarifentwicklung der FMH und die erst im Oktober 2017 klar feststehenden Eingriffe in die geltende TARMED-Version, parallel vom Büro Tarife bearbeitet werden mussten, führte zu einer enormen Kraftanstrengung der FMH-Crew um den Departementsvorsteher Urs Stoffel. Ihm sei an dieser Stelle für seinen Einsatz herzlich gedankt. Die Arbeit geht 2018 unverändert stressig weiter mit dem Ziel, 2018 dem Bundesrat einen revidierten, von der Ärzteschaft gut gestützten Tarifentwurf vorlegen zu können.

### **Boycott Datenerhebung MA(R)S: Newsletters**

Inakzeptable Inkraftsetzung des Bearbeitungsreglements zu MA(R)S bei ungenügend tief definierter Zweckbindung der Datensammlung und mit teilweise ungenügend definierten Kriterien betreffend die Bedingungen, unter denen die Daten an Interessierte – in erster Linie zur aufsichtsrechtlichen Beurteilung der Praxistätigkeit an die Versicherer und an Kantonsverwaltungen – geliefert werden sollen, lassen die BEKAG ihren Boycott im Kanton Bern weiterführen.

### **BETAKLI 2017**

Grossartige Beteiligung mit über 300 Teilnehmern und Teilnehmerinnen, sehr gute Resonanz der vorwiegend aus dem Kanton Bern stammenden Grundversorger. Die Kombination aus streng praxisorientierter Fortbildung, Geselligkeit, enger Zusammenarbeit und Organisation mit dem Universitätsspital und führenden Fachärzten und Kontakt zu zurückhaltend ausgewählten Medizinalfirmen machen die BETAKLI zur grössten und beliebtesten Fortbildungsveranstaltung des Kantons Bern. Sehr bewährt hat sich der Dreijahres-Rhythmus. Alle Beteiligten sind sich einig, dass ein kürzeres Intervall dem Charme der BETAKLI schaden würde und sie in dieser Art und Grösse nicht mehr durchgeführt werden könnten. Ich verweise Sie auf die Sondernummer doc.be «BETAKLI '17» und auf unseren Werbe- und Imagefilm über die BETAKLI 2017 auf unserer Website.

### **Presse- und Informationsdienst BEKAG**

Die «Stärkung der verbandsinternen Kommunikation», ein Dauerbrenner in allen grösseren Verbänden, soll u.a. durch eine Gesichtsauffrischung des doc.be angegangen werden. Es liest sich wahrhaftig zügiger, ein frischer Wind weht dem Eintauchenden entgegen. Das neu erschlossene e-Archiv erweist sich als unerhört praktisch bei der Suche von Texten.

### **Delegiertenversammlung FMH, Ärztekammer FM**

In der Ärztekammer, dem «Parlament» der Schweizerischen Ärzteschaft, sind die Basisorganisationen (Kantonale Ärztegesellschaften, VSAO und VLSS), die nationalen Fachgesellschaften, die Dachverbände (VEDAG, SMSR, OMCT, FMPP, FMCH, KHM, SFSM) und assoziierte mitspracherechtigte Organisationen mindestens zweimal im Jahr versammelt. Die Ärztekammer repräsentiert die Gesamtheit aller FMH-Mitglieder. Zentralvorstand FMH und SIWF vervollständigen die einberufene Ärztekammer. Sie umfasst über 200 Mitglieder.

Die Delegiertenversammlung FMH setzt sich zusammen aus den regionalen Verbänden VEDAG, SMSR, OMCT, dem VSAO und VLSS, FMPP, FMCH, KHM, SFSM und mws (Ärztinnen Schweiz). Der ZV-FMH nimmt als Gast teil. Die 33 Delegierten amten viermal pro Jahr als Mittler und vorberatender Rat zwischen Ärztekammer und ZV, diskutieren und stimmen über Geschäfte und Anträge aus dem ZV-FMH ab, die danach an der Ärztekammer präsentiert werden oder sie leiten Anträge aus der Ärztekammer an den ZV-FMH weiter. Delegierte in der Delegiertenversammlung müssen der Ärztekammer angehören.

In der Oktober-Ärztekammer wurde, neben statutarischen Traktanden, die Renovation des FMH-Sitzes in Bern anstelle einer Veräusserung und neuer Standortsuche beschlossen. Weitere Traktanden waren: Änderungen der Statutenordnung, die Datenschutzgesetzrevision, TARCO und zweiter Tarifeingriff, MARS und andere. Die Protokolle werden jeweils in der SÄZ publiziert.

### **Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaften KKA, Verband Deutschschweizer Aerztegesellschaften VEDAG**

Einstmals eine schlagende Verbindung, nach vorne gerichtet, als Speerspitze in Tarifverhandlungen mit den Versicherern zu Gunsten der Kantonalen Ärztegesellschaften gegründet, liegt die KKA nach Intrigen faktisch am Boden und ist zur Zeit nicht mehr funktionell. Sie soll, nach stattgehabten und angedrohten Austritten Kantonaler Ärztegesellschaften, unter neuen Strukturen auferstehen. Allein mir fehlt der Glaube. Eines ist sicher: der Kanton Bern wird in Zukunft seine Taxpunktwerte wieder selber aushandeln müssen. Der Rest ist unbestimmt.



**Die BETAKLI bieten Hausärztinnen und Hausärzten des Kantons einen wertvollen Austausch zwischen Grundversorgern, Fachärzten, Spitalkliniken und universitärer Medizin.**

In der heutigen Zeit des überhandnehmenden Partikularismus innerhalb der Ärzteschaft feiert die Regionalisierung, VEDAG, SMSR und OMCT, wieder Urstände. Nicht zu meiner Freude. Eine gemeinsam schlagende und national agierende Ärzteschaft rückt in weite Ferne!

#### **Leitender Ausschuss, Gewerbekammer und Delegiertenversammlung der Berner Kleineren und Mittleren Unternehmen**

Die Stellungnahmen der Berner KMU zu Gunsten der Basis der Ärzteschaft erweisen sich seit Jahren als unverzichtbares und wertvolles Mittel der BEKAG, in den Gesetzgebungsprozess unseres Kantons einzugreifen und unsere Anliegen manchmal ganz, manchmal teilweise oder im Sinne eines Kompromisses durchzusetzen. Dabei ist die Unterbreitung von Stellungnahmen des Leitenden Ausschusses der Berner KMU an die «Parlamentarische Gruppe Wirtschaft» des Berner Grossen Rates von grösster Bedeutung. Der Schreibende ist BEKAG-Präsident im Leitenden Ausschuss, Vorsitzender der Gruppe Gesundheit und kümmert sich auch um die Belange der kantonalen Verbände der Zahnärzte und Tierärzte. Wenn möglich erfolgen unsere Stellungnahmen in Absprache mit dem VBHK und anderen bernischen Verbänden.

Beispiele KMU-unterstützter BEKAG-Forderungen im Jahr 2017: Planungserklärung zur Einführung einer Praxisbewilligung im Kanton Bern, Unterstützung ambulanter überprofessioneller Versorgungsmodelle, Ärztliche Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenten), Weiterbildungs-

finanzierung, die Komplementärmedizin an der Universität Bern stärken, Erweiterung um 100 Studienplätze in der Humanmedizin, Versorgungsplanung gemäss Spitalversorgungsgesetz, Delegierte der BEKAG in die DV Berner KMU.

#### **Varia**

Die Verhandlungen zum Praxisassistentenprogramm mit der GEF, dem BIHAM und dem VBHK waren schwierig und langwierig. Sie konnten vor allem dank dem hartnäckigen Einsatz unseres Vizepräsidenten Rainer Felber zu einem erfolgreichen Ende inkl. Genehmigung durch den Grossen Rat zu Gunsten der Hausärztebasis geführt werden.

Die BEKAG ist Mitglied im Board Praxisassistenten des BIHAM, nimmt Einsitz in die Fakultätskommission der Medizinischen Fakultät der Universität Bern (ohne Stimmrecht) und in die Planungsgruppe Pharmazie (Wiedereinführung Vollstudium Pharmazie an der Universität Bern).

Ein erstes Projekt «Gesundheitsstrategie» der GEF mit sieben Arbeitsgruppen, die die BEKAG mit grosser Anstrengung alle bestücken konnte, wurde aus organisatorischen Mängeln nach drei Sitzungen abgebrochen. Eine Neuauflage ist für 2018 geplant.

In der Frage der Hafterstehungsfähigkeit ist der Vorstand der Meinung, dass diese nicht zu den primären Aufgaben im Rahmen des ärztlichen Notfalldienstes gehört. Die BEKAG zieht eher eine Poollösung vor.

Die BEKAG unterstützt die Evaluation zur Digitalisierung der Prozesse im Zusammenhang mit den periodischen Fahreignungsuntersuchungen.

Die BEKAG ist Mitglied im sogenannten «Sounding Board» einem Beirat des SVSA-POM.

### **Familienausgleichskasse des Kantons Bern**

Aus Tradition vom Präsident BEKAG präsiert. Die Familienausgleichskasse ist gut positioniert, floriert, gesund und günstig.

### **In eigener Sache**

Meine Arbeitsbelastung zu Gunsten der ganzen BEKAG belief sich 2017 mit total 2064 Stunden auf 46 Stunden pro Arbeitswoche, neben einer ländlichen Hausarztpraxis mit 35 Stunden pro Woche. Dieses Pensum liegt damit im Mittel der vergangenen Jahre ab März 2010.

Das Präsidium eines solch grossen Verbandes wie die Ärztegesellschaft des Kantons Bern ist ohne Zweifel eine sehr interessante, sehr lehrreiche Erfahrung über die Verschiedenartigkeit im Denken und Handeln von uns Menschen. Ich habe in den vergangenen acht Jahren tiefere Einblicke in die faszinierende menschliche Seele und deren nicht vorherzusehenden Widersprüchlichkeiten nehmen können als in dreissig Jahren haus- und landärztlicher Praxistätigkeit. Das Präsidium, so wie es aktuell in der BEKAG ausgeübt wird, führt aber auch an die persönlichen Grenzen bezüglich Belastbarkeit durch beide Berufe und der Aufrechterhaltung sozialer Bindungen. Müssen möchte ich diese Erfahrungen aber keinesfalls.

Nur drei Empfehlungen, alte aber trotzdem immer hochaktuelle, lege ich Ihnen am Ende meiner Präsidentschaft an Ihre Herzen:

- Das *Auseinandertriften* der Fachgesellschaften und Regionen in standespolitischen Angelegenheiten im Kanton Bern ist unbedingt einzudämmen und der kantonale Zusammenhalt zu stärken. Nicht alle Stellungnahmen und Empfehlungen von nationalen Basisorganisationen und Dachverbänden müssen telquel übernommen werden. Augenmass und Blick nach links und rechts sind gefragt. Auf nationaler und interkantonaler Ebene konstatiere ich die Ursache im zunehmenden Wahrnehmen von Partia-  
linteressen. Das betrifft sowohl die nationalen Fachgesellschaften, wie auch die regionalen Dachverbände. Die Gesamtheit der FMH-Mitglieder, also wir, wird repräsentiert durch die Kantonalen Ärztegesellschaften, den VSAO und den VLSS. Ein Blick in die Statuten steht von Zeit zu Zeit jeder und jedem von uns gut an. Und trotzdem verliert zum Beispiel die für die ambulant tätige Ärzteschaft wichtige Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaften KKA immer mehr an Boden.

- Das alte, immerwährende Thema des *Notfall-dienstmanagements* in unserem Kanton hängt Ihnen wahrscheinlich zum Halse heraus! Trotzdem: Befassen Sie sich nicht damit, werden Ihnen einmal ungemütliche und möglicherweise nicht kostengünstige Verpflichtungen von höherer Ebene um die Ohren gehauen, zu denen Sie wenig und nichts zu sagen haben. Dies tönt drastisch, ist aber meine Befürchtung. Gegen neue Formen und Zusammenarbeiten, auch mit privaten Anbietern, ist nichts einzuwenden, sofern Sie als Ärztlicher Bezirksverein die Organisation und Überwachung in Ihren ABV-Händen behalten und frühzeitig Korrekturen vornehmen.

- Unsere *MEDPHONE AG*, als Managementinstrument vollständig im Besitz der Ärztlichen Bezirksvereine und der BEKAG, sollte durch Ihre Bemühungen und tatkräftige Unterstützung in ihrer Bedeutung eher noch zunehmen und zum Aushängeschild zeitgemässer Information und zur interprofessionellen Plattform ausgebaut werden! Das wird aber nicht gehen, indem man Mitgliedschaften, Aktionärsbindungen und Verträge aus kurzfristigen, finanziellen Überlegungen aufkündigt!

# Neue Köpfe, alte Herausforderungen

Mit Esther Hilfiker, Linda Nartey und Mark Kobel bekleiden drei neue Gesichter ranghohe Ämter im Berner Gesundheitswesen. Sie erben die Herausforderungen ihrer Vorgänger.

Text und Bild: Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst

In jüngster Vergangenheit ist es an den Spitzen von Berufsverbänden und Behörden im Berner Gesundheitswesen zu personellen Wechseln gekommen. PraxisUpdateBern, das Berner Curriculum für Hausarztmedizin, bringt die Neulinge zusammen. Sie nehmen neben Hans-Uwe Simon, Dekan Medizinische Fakultät der Universität Bern, Stefan Roth, Vizepräsident VBHK und Sven Streit, Leiter Nachwuchsförderung BIHAM, auf dem Podium Platz.

Linda Nartey, neue Kantonsärztin, musste keinen Kaltstart hinlegen. Es sei ein fließender Übergang ins neue Amt gewesen, so Nartey. Sie war vier Jahre stellvertretende

Kantonsärztin. Deshalb kenne sie die meisten Dossiers schon. Auf ihre Schwerpunkte angesprochen, nennt Nartey als erstes die Sicherstellung der Grundversorgung. Voraussetzung sei, dass der Hausarztberuf attraktiver werde. Die BEKAG sei in mehr als 40 Gremien vertreten, erklärt Esther Hilfiker. Auf dem Pult der neuen BEKAG-Präsidentin stapeln sich die Dossiers. Die Förderung der Hausarztmedizin, so Hilfiker, gehöre neben Spitalpolitik und eHealth zu den vordringlichen Themen.

Mark Kobel, der neue, höchste Apotheker im Kanton, streicht die Bedeutung seiner Berufsgruppe für die Grundversorgung heraus. Apotheken seien kompetente, schnelle und niederschwellige Anlaufstellen für die Bevölkerung und können Hausärzte entlasten.

Für neue Dienstleistungen wie Impfungen bilden sie sich gezielt weiter. Nartey ist überzeugt, dass es zwischen Apothekern und Ärzten neue Kooperationsmodelle braucht. Für Hilfiker ist die geforderte Interprofessionalität schon heute Realität. Ärztlicher Widerspruch sei zwecklos, schliesslich habe der Bundesrat die Stellung des Apothekers in der Grundversorgung aufgewertet. Noch sind aber, so Hilfiker, wichtige Fragen wie jene der Haftpflicht für eine Behandlung durch den Apotheker und das entsprechende Kostenmonitoring OKP ungeklärt.

Die BEKAG-Präsidentin, der Apotheker-Präsident und die Kantonsärztin stehen erst am Anfang ihrer Aufgabe. Doch die Podiumsdiskussion hat deutlich gemacht: Die Neuen kämpfen mit den Herausforderungen ihrer Vorgänger.



# Zulassungssteuerung – wie weiter?

Ende 2019 läuft die aktuelle Regelung der Zulassung von frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten aus. Ein vom Obsan herausgegebenes Bulletin liefert Erkenntnisse in der Diskussion um die Zulassungssteuerung. Es zeigt auf: Nach Ende des Zulassungsstopps nahm die Anzahl Spezialärztinnen und -ärzte stark zu.

Text: Simone Keller, Presse- und Informationsdienst

Die Zulassungssteuerung von Ärzten ist ein politischer Dauerbrenner. Im Jahr 2002 erliess der Bundesrat eine Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Sie war ursprünglich auf drei Jahre befristet. Später wurde sie für Grundversorger bis Ende 2009 und für Spezialärzte bis Ende 2011 verlängert. Nach einem vorübergehenden Zeitraum ohne Beschränkung wurde am 1. Juli 2013 eine flexiblere Form der Zulassungssteuerung eingeführt, die bis zum 30. Juni 2019 gilt. Was danach folgt, ist ungewiss.

Im Hinblick auf die Befristung der aktuellen Regelung hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) Ende 2017 ein Bulletin vorgelegt. Dieses enthält neue Analysen zu den Kosten und Konsultationen von Ärzten in Praxen.

## Spezialmedizin:

- Die Anzahl Spezialärztinnen und -ärzte und ihre OKP-Kosten haben nach Ende des Zulassungsstopps (von Januar 2012 bis Juni 2013) und in den ersten Halbjahren nach seiner Wiedereinführung stark zugenommen.

- Nicht alle Spezialisierungen sind gleich stark vom Ende des Zulassungsstopps betroffen. Im Zeitraum ohne Zulassungsbeschränkung entfielen zwei Drittel der neu zugelassenen Spezialärztinnen und -ärzte auf fünf Spezialisierungen: Psychiatrie und Psychotherapie, Ophthalmologie, Anästhesiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Dermatologie und Venerologie.

## Grundversorgung:

Seit 2011 ist ein leichter Anstieg der Grundversorgungsdichte zu verzeichnen. In dieser Zeit wurden mehrere Massnahmen zur Förderung der Hausarztmedizin und der Grundversorgung eingeführt.

## Kosten:

Die OKP-Kosten der Spezialärzte sowie der Grundversorger erhöhten sich zwischen 2006 und 2016 nicht gleich stark. In der Spezialmedizin stiegen die OKP-Kosten mit der Aufhebung der Zulassungsbeschränkung deutlich an. Moderater erwies sich der Anstieg während des Zulassungsstopps und der Übergangsregelung.

## Konsultationen:

Über den gesamten Analysezeitraum (2006 bis 2016) erhöhte sich die Anzahl Konsultationen pro versicherte Person in beiden Ärztekategorien nur leicht. In der Spezialmedizin war nach Auslaufen der Zulassungsbeschränkung ein stärkeres

Wachstum der Anzahl Konsultationen zu beobachten.

## Teilzeitarbeit:

Der Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte ist rückläufig. Zwischen 2008 und 2016 sank er bei der gesamten Ärzteschaft von 9.0 auf 8.8 Halbtage pro Woche. Die Erhöhung der Teilzeitarbeit konnte anhand der verwendeten Daten nicht eindeutig nachgewiesen werden.

## Neueröffnung:

Neue Praxen werden vorwiegend in städtischen Gebieten eröffnet. In ländlichen Gemeinden bleibt die Ärztedichte zwischen 2010 und 2016 sowohl in der Grundversorgung wie auch in der Spezialmedizin stabil. Ab 2012 nimmt die Anzahl Gruppenpraxen zu.

## Obsan

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen: [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)



**Weitsicht ist gefragt: Neue Massnahmen betreffend Zulassungsstopp müssen zukünftige Entwicklungen berücksichtigen; Vergangenheitswerte alleine genügen nicht.**

## **Kommentar zum Zulassungsstopp aus Sicht PonteNova**

Text: Peter Frutig, PonteNova  
Bild: iStockphoto

Das TrustCenter PonteNova beschäftigt sich seit mittlerweile fast 15 Jahren intensiv und täglich mit Fragen zu Kosten im Gesundheitswesen, insbesondere bei der frei praktizierenden Ärzteschaft. Will man Spielregeln für die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten aufstellen, müssten aus meiner Sicht unter anderem auch folgende Überlegungen berücksichtigt werden.

### **Wir reden über die Kostenentwicklung und schauen nicht in die Zukunft**

Um über einen Zulassungstopp oder ähnliche Massnahmen entscheiden zu können, ist es meines Erachtens unbedingt nötig, in die Zukunft zu schauen. Die Auswertung von Daten aus der Vergangenheit mag allenfalls aufzeigen, ob eine Massnahme Wirkung zeigt oder nicht. In jedem Fall müssen aber weitaus mehr als nur reine Kostendaten berücksichtigt werden. Diese vermögen nicht die Gründe einer Kostensteigerung aufzuzeigen, sondern nur deren Vorhandensein.

### **Alterung und Morbidität der Patienten**

Wir alle wissen, dass die Lebenserwartung der Menschen laufend steigt. Dies geht oft einher mit steigender Morbidität, welche wiederum zu vermehrten Arztbesuchen und damit höheren Gesundheitskosten führt. Der Faktor Morbidität muss deshalb zwingend mitberücksichtigt werden. Er führt zu einem höheren Bedarf an Leistungen aus der Grundversorgung aber auch bei Spezialärzten und ist damit ein bedeutender Kosten- und Bedarfstreiber. Daten zur Einschätzung und Entwicklung der Morbidität sind vorhanden, Studien und Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen deren Tauglichkeit. So liefern zum Beispiel Medikamentendaten sehr gute Indikatoren zu Erkrankungen und deren Kosten. Nicht zuletzt soll ein solches Modell ja auch für den künftigen Risikoausgleich unter den Krankenversicherern verwendet werden.

### **Gruppenpraxen und Ärztedemografie**

Wie das Obsan-Bulletin richtig festhält, sind in den letzten Jahren, insbesondere auch im Kanton Bern, viele Gruppenpraxen entstanden. Dies sowohl in der Grundversorgung als auch in der Spezialmedizin. Bei der Grundversorgung entstanden diese Praxen zu einem grossen Teil in ländlichen Regionen. Dies notgedrungen, da vor

allem in ländlichen Regionen die «Überalterung» der Ärzte überdurchschnittlich hoch ist und nur neue Modelle wie Gruppenpraxen, mit der Möglichkeit der Teilzeitarbeit, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten vermögen.

Die Überalterung der frei praktizierenden Ärzteschaft stellt ein generelles Problem dar, welches meines Erachtens bisher kaum berücksichtigt und bedacht wird. Auch in städtischen Regionen werden in den nächsten Jahren etliche Ärztinnen und Ärzte in Pension gehen und oft nur schwer Nachfolger finden. Eine sinnvolle Bedarfsplanung ist nur möglich, wenn man den künftigen Bedarf kennt.

### **Wie viele Ärztinnen und Ärzte gibt es?**

Wie das Obsan-Bulletin ebenfalls festhält, basiert der Datenpool des Krankenkassenverbandes santésuisse auf ZSR-Nummern, hält also nicht die Anzahl Ärztinnen und Ärzte, sondern die Anzahl Praxen fest. Um eine korrekte Aussage zur Ärztedichte machen zu können, müssten andere Kennzahlen, zum Beispiel Vollzeitbeschäftigte, herangezogen werden. Dies gilt selbstredend auch für spezialärztliche Gruppenpraxen.

### **Patientenströme**

Auch die Patientenströme spielen eine wesentliche Rolle. Immer mehr Menschen in unserem Land arbeiten nicht mehr an ihrem Wohnort, sondern in grösseren Zentren. Viele dieser Menschen suchen bei Bedarf – schon rein aus zeitlichen Gründen – einen Arzt in der Nähe ihrer Arbeitsstätte auf. Dies sind in der Regel eher jüngere und gesündere Menschen, womit zu berücksichtigen wäre, dass die Komplexität der Patienten (Morbidität) in ländlichen Gebieten eher höher sein dürfte. Auf Basis Leistungserbringer und Versichertenstatistiken der Krankenversicherer lässt sich ausserdem feststellen, dass auch viele ausserkantonale wohnende Menschen Ärzte im Kanton Bern aufsuchen. Auch dieser Faktor ist für die Bedarfsplanung relevant.

### **Anstieg der spezialärztlichen Zulassungen**

Es ist einleuchtend, dass bei einem absehbar kurzen Unterbruch eines Zulassungsstopps die Zulassungen ansteigen. Bleibt doch bei dessen Wiedereinführung den Ärzten der Gang in die freie Praxis wehrt. Und auch hier gilt: Die reine Anzahl der Neuzulassungen (Praxen) sagt wenig aus.

Das Obsan-Bulletin listet auch die spezialärztlichen Disziplinen mit dem grössten

Zuwachs an Zulassungen auf. Um dazu eine Aussage machen zu können, müsste man ebenfalls den Bedarf kennen. Den Bedarf kann man nur kennen, wenn die zu behandelnden Krankheitsbilder bekannt sind. Denn sie sind es, die den Bedarf auslösen.

Bei der Beurteilung der Zulassungen ist die stetige Verlagerung von «stationär zu ambulant» ebenfalls zu berücksichtigen. Auf Basis des ärztlichen Datenpools lässt sich gut aufzeigen, dass diese Verlagerung in etlichen spezialärztlichen Disziplinen stattgefunden hat und teilweise zu grösseren Kostenschüben im ambulanten Bereich führte. Auch die Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich dürfte zu einer teilweisen Verlagerung, insbesondere in die Grundversorgung, geführt haben. Die Hausärztinnen und -ärzte erledigen heute Aufgaben, welche vor DRG von den Spitälern wahrgenommen wurden.

### **Zusammenfassung**

Zulassungssteuerung ist ein äusserst komplexes Thema, welches nicht alleine auf Basis von Vergangenheitswerten und Annahmen diskutiert werden kann. Auf Basis der heute verwendeten Daten ist eine Aussage über die bisherigen Massnahmen und deren Wirksamkeit aus meiner Sicht nicht zulässig. Ganz wichtig scheint mir, dass man – bevor man steuert – weiss, wohin die Reise gehen soll. Die Entscheidung darüber kann aber nicht alleine über den Faktor Kosten erfolgen, das wäre kurzfristig gedacht. Will man Massnahmen zur Zulassungssteuerung diskutieren und falls nötig beschliessen, braucht es deutlich detailliertere und vor allem zukunftsgerichtete Informationen, Daten und Analysen.



## FACETTENREICHE PRAXIS- SOFTWARE MEDIWIN CB

Die Praxissoftware MediWin CB beinhaltet viele Optionen, die Sie nach Ihren Bedürfnissen nutzen können: Krankengeschichte, Agenda, Medikamentenverwaltung, Schnittstellen und noch viel mehr.

Beratung + Service + Software +  
Schulung = Ärztekasse

[www.aerztekasse.ch](http://www.aerztekasse.ch)



### Terminplan 2018 Aerztegesellschaft des Kantons Bern

2.–3. Mai  
FMH Ärztekammer,  
Biel

7. Juni  
erw. Präsidenten-  
konferenz  
(Bezirksvereins-  
und Fachgesellschafts-  
präsidentInnen),  
nachmittags

14. Juni  
Bezirksvereins-  
versammlungen,  
kantonsweit

16. August  
Klausurtagung,  
Vorstand

20. September  
erw. Präsidenten-  
konferenz  
(Bezirksvereins- und  
Fachgesellschafts-  
präsidentInnen)

17. Oktober, 17.00 Uhr  
Berner KMU,  
ordentliche  
Herbstdelegierten-  
versammlung

18. Oktober  
Delegiertenversamm-  
lung, nachmittags

25. Oktober  
FMH Ärztekammer,  
ganzer Tag in Biel

15. November  
Bezirksvereins-  
versammlungen,  
kantonsweit

**Ort der Taten:  
in der Laborzukunft  
angekommen.**

**Seien Sie gespannt.  
Wir sind es auch.**

Medics jetzt an der  
Südbahnhofstrasse 14c  
in Bern.



Medics Labor AG  
[www.medics.ch](http://www.medics.ch)

professionell  
und persönlich

# Warum weniger manchmal mehr ist

Steigende Prämien, teure Behandlungen, hohe Medikamentenpreise – in der Diskussion um unser Gesundheitswesen dominiert ein Thema: die Kosten. Es ist an der Zeit für einen Perspektivenwechsel: weg von den Kosten, hin zur Behandlungsqualität.

Text: Simone Keller, Presse- und Informationsdienst  
Bild: Bruno Nöpflin

Medizinischer Fortschritt verändert die Bedürfnisse und weckt Begehrlichkeiten. Ärzte wie Patienten wollen davon profitieren. Es ist offensichtlich: Je mehr Möglichkeiten existieren, desto schwieriger wird es, zu entscheiden und auch mal «Nein» zu sagen. Nicht immer bedeutet mehr behandeln auch besser behandeln. Derzeit laufen Initiativen, die der Fehl- und Überversorgung Einhalt gebieten wollen.

## **Bestimmte Behandlungen vermeiden**

Smarte Medizin ist eine dieser Kampagnen. Ihren Anfang nahm sie in den USA. Dort wurden 2011 Stimmen laut, die vor einer medizinischen Überversorgung warnten. Ärztinnen und Ärzte lancierten die Initiative «choosing wisely». Ihr Ziel ist es, die Diskussion zwischen Ärzteschaft, Patienten und der Öffentlichkeit zu fördern und – wie sie es nennen – kluge Entscheidungen herbeizuführen. Dieselben Ziele verfolgt in der Schweiz die Initiative «smarter medicine». Bei gewissen Behandlungen kann weniger Medizin mehr Lebensqualität für die Betroffenen bedeuten, so das Motto. Seit 2014 veröffentlicht der Verein sogenannte Top-5-Listen. Diese enthalten je fünf medizinische Massnahmen, die in einer bestimmten klinischen Fachdisziplin in der Regel unnötig sind. Das heisst: Ärzte und Patienten sollten miteinander darüber reden, ob nicht besser auf eine Behandlung verzichtet wird, weil die damit verbundenen Risiken

potentiell grösser sind als der Nutzen. Ein positiver Nebeneffekt: Kosten werden gespart.

Die Listen beruhen auf fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen und werden von den anerkannten Fachgesellschaften erarbeitet. Ein Beispiel: Die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie empfiehlt, auf Eintritts- oder präoperative Röntgenuntersuchungen bei ambulanten bereits untersuchten Patienten mit unauffälliger Vorgeschichte zu verzichten. Grund dafür: Ein routinemässiger Röntgenthorax ist bei diesen Patienten nicht angezeigt. Lediglich zwei Prozent solcher Röntgenaufnahmen führen zu einer Behandlungsänderung.

## **Ein Hoch auf die Intuition**

Im Zentrum einer smarten Medizin stehen die sogenannten «klugen Entscheidungen». Wie kommen diese zustande? In der Fülle von wissenschaftlichen Studien und unterschiedlichen Erkenntnissen zu denselben Fragestellungen verliert man leicht den Überblick. Mehr auf seine Intuition hören und Bauchentscheidungen treffen, rät der Psychologe Gerd Gigerenzer, Professor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Sicher sind Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin unverzichtbar, doch für gute Entscheidungen braucht es auch Intuition und Erfahrung. Gigerenzer fand heraus, dass medizinisches Personal unter Rechtfertigungsdruck dazu tendiert, sich entgegen der eigenen Erfahrung und Intuition zu entscheiden – nicht immer zum Besten des Patienten. Die Angst vor Bauchentscheidungen führe oftmals zu einer defensiven Medizin, das heisst: lieber einmal zu viel als zu wenig behandeln.



**Gute Intuition kann nicht durch «Big Data» ersetzt werden, ist der Psychologe Gerd Gigerenzer überzeugt.**

#### **Gleiches Ziel – unterschiedliche Wege**

Auch andere Initiativen zielen in die gleiche Richtung. Das Swiss Medical Board etwa beurteilt das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis von kassenpflichtigen, medizinischen Leistungen. Daraus leitet es Handlungsempfehlungen ab. Für eine bestmögliche medizinische Behandlungsqualität in Spitälern setzt sich die Initiative Qualitätsmedizin und Peer Reviews ein. Durch klinikübergreifende Fallbesprechungen unter Fachkollegen (Peers) wird die Qualität gemessen und Verbesserungspotential eruiert.

#### **Finanzielle Fehlanreize müssen weg**

Grundvoraussetzung für eine Medizin mit Augenmass ist gemäss Markus Trutmann, Generalsekretär der fmch, dass die finanziellen Fehlanreize eliminiert werden. Es brauche moderne Tarifsyste und ambulante Pauschalen. Nur so könne sich smarte Medizin, die sich besinnt auf massgeschneiderte, mengenmässig richtige, gezielte und wirksame Therapien in hoher Qualität, durchsetzen. Solange ein Arzt daran verdient, wenn er gewisse Leistungen erbringt, nicht aber, wenn er abwartet oder «nur» zuhört, wird er diese Leistungen durchführen. Häufig diskutiertes Beispiel sind Knie-Athroskopien, deren Wirksamkeit in internationalen Studien angezweifelt wird. Annamaria Müller, Vorsteherin des Spitalamts des Kantons Bern, spricht von einer falschen Verteilung zwischen Finanzierungs- und Versorgungsverantwortung: «Der, der was macht, verdient daran. Solange das so ist, ist der Anreiz zur Überbehandlung gross.»

Ob diese freiwilligen Initiativen eine breite und nachhaltige Wirkung erzielen können, wird sich weisen. Das Schweizer Gesundheitswesen sei ein permanentes Schwarz-Peter-Spiel, konstatierte der ehemalige SRF-Bundeshauskorrespondent Hanspeter Trütsch jüngst an einer Veranstaltung. Es herrsche die allgemeine Meinung «wer sich zuerst bewegt, der hat bereits verloren». Selbstregulierung wird im Schweizer Gesundheitssystem grossgeschrieben. Doch sie funktioniert nur, wenn alle Beteiligten ihre Verantwortung wahrnehmen.

*Dieser Artikel stützt sich in grossen Teilen auf Referate anlässlich der Trendtage Gesundheit Luzern vom 28. Februar und 1. März 2018. Weitere Informationen auf [www.trendtage-gesundheit.ch](http://www.trendtage-gesundheit.ch).*

#### **Initiative «smarter medicine»**

Die Initiative «smarter medicine» wurde in der Schweiz 2014 lanciert. Der Trägerverein ist breit abgestützt: Nebst medizinischen Fach- und Berufsorganisationen (u. a. SGAIM, SAMW) unterstützen auch Patienten- und Konsumentenorganisationen (u. a. SPO, Stiftung für Konsumentenschutz) die Stossrichtung der Kampagne. Sie möchten gemeinsam die Öffentlichkeit dafür sensibilisieren, dass bei gewissen Behandlungen weniger Medizin mehr Lebensqualität für die Betroffenen bedeuten kann.

# Hausärztliche Versorgung von Asylsuchenden

Migration is an expression of the human aspiration for dignity, safety and a better future. It is part of the social fabric, part of our very make-up as a human family.

*Ban Ki Moon, 2013*

Text: Dr. med. Hansueli Albonico

Bild: Stanislav Krupar

Mit dem Flüchtlingsansturm in Westeuropa im Jahr 2015 hat die hausärztliche Versorgung von Asylsuchenden auch für uns in der Schweiz eine neue Aktualität erlangt. Ich selber arbeitete Anfang 2016 mit *Médécins du Monde* im Durchgangslager Idomeni in Nordgriechenland, am sogenannten Nadelöhr der Balkanroute. Zuhause nahm unsere Familie ein Flüchtlingspaar aus Eritrea auf. Unsere Gemeinschaftspraxis mussten wir in kurzer Zeit für gegen 100 neue Asylsuchende öffnen. Die medizinische Herausforderung hielt sich stets in Grenzen, aber überall stellte sich mir die Frage, ob unsere Bemühungen nicht durch Optimierung von Information, Koordination und Kooperation erleichtert werden könnten.

Durch die Einbindung der Flüchtlinge in unsere soziale Grundversicherung hat die Schweiz eine der weltweit besten medizinischen Versorgungen von Asylsuchenden. Dennoch bleiben, insbesondere bedingt durch unsere föderalistischen Strukturen, grosse Herausforderungen.

Im Rahmen der Swiss Public Health Conference am 15. November 2016 in Bern zum Thema «Menschen auf der Flucht – eine Herausforderung für das Schweizer Gesundheitssystem» führte die FMH unter Leitung von Barbara Weil und Carlos Quinto einen Round Table durch, an dem Birgit Laubereau die Resultate der Interface-Studie «Unterstützung von Hausärzten/-innen bei der

Behandlung von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund» präsentierte. Bei dieser Befragung von 78 Hausärzten und Hausärztinnen im Kanton Luzern wurden die folgenden vier Herausforderungen identifiziert:

1. Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten – die Dolmetscher sind zu wenig finanziert.
2. Unklarer Zugang zu spezifischen Informationen – wer macht was für wen?
3. Fehlendes Hintergrundwissen zu einzelnen Herkunfts-Kulturen in Bezug zur Gesundheitsversorgung.
4. Probleme und Engpässe in der psychisch-psychiatrischen Versorgung.

Zur Verbesserung wurde unter anderem die Aufnahme dieser Themen in den Qualitätszirkeln (QZ) unserer Ärztenetzwerke angeregt.

Am 27. November 2017 führte der Direktor des Universitären Notfallzentrums des Inselspitals, Prof. Aristomenis Exadaktylos, in gewinnend persönlicher Atmosphäre ein eindrückliches «Mini Symposium on Refugee Health» durch. Kollege Hans Jakob Zehnder berichtete dabei aus seinen Erlebnissen und Erfahrungen im Durchgangszentrum in der Vorzeige-Gemeinde Riggisberg. Auch hier ging es nicht um grossartige medizinische Taten (zu denken war an Schistosomiasis, Tbc, Vitamin-D-Mangel und Malaria), aber um grosse organisatorische und kommunikative Herausforderungen.



**Hansueli Albonico arbeitete mehrere Monate freiwillig für die Organisation Médecins du monde. Hier behandelt er einen Syrer (Januar 2016).**

Unser Ärztenetzwerk Oberes Emmental (NOE) führte am 22. August 2017 einen QZ unter dem Titel «Patientinnen und Patienten aus dem Asylbereich» durch. Für die Vorbereitung und Durchführung konnten wir die Kirchliche Kontaktstelle für Flüchtlingsfragen (KKF) gewinnen: Daphna Paz und Raphael Strauss informierten einprägsam über Grundlagen der Asylverfahren, Asylsozialhilfe, medizinische Leistungen und die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Akteuren. Luis Montes und Barbara Yurkina beleuchteten als Vertretende der Heilsarmee Flüchtlingshilfe (Regionalstelle Burgdorf) die Herausforderungen in der konkreten Flüchtlingsbetreuung. Der QZ war gut besucht und schnitt in der Evaluation ausgezeichnet ab, speziell geschätzt wurde die interaktive Atmosphäre.

Aus der Evaluation des QZ resultierte, in weiterer Zusammenarbeit mit der KKF und dem Amt für Migration, die neue Broschüre «Schutzsuchende in der Schweiz – Wissenswertes für das Gesundheitspersonal» (diesem doc.be beigelegt). Sie soll in knapper übersichtlicher Form die wichtigsten Informationen zu Aufenthaltsstatus, Krankenversicherung, Übersetzungen, medizinischen Belangen und Kontaktadressen vermitteln.

Die wichtigsten verbleibenden Problemfelder sind wohl:

- Die fehlende Patientenkarte, welche den medizinischen Informationstransfer bei allen Mutationen eines oder einer Asylsuchenden ab

der Erstaufnahme im Empfangs- und Verfahrenszentrum sicherstellt.

- Verbesserte Instruktion der Geflüchteten über das hausärztliche Gatekeeper-System der Schweiz und die Rolle der Erstversorger-Ärzte, unter anderem Definition des «Notfalls».
- Ausbau und Bekanntmachung der Übersetzungsdienste.
- Gerechte Verteilung der Asylsuchenden auf die generell überlasteten Hausärzte und Hausärztinnen.

Für die Besprechung dieser und weiterer Probleme und den Austausch gemachter Erfahrungen eignen sich die QZ's hervorragend. Dafür empfiehlt sich das Informations- und Austauschangebot «Berufsallday mit Geflüchteten» der KKF. Die KKF-Fachleute übernehmen die inhaltliche Arbeit und organisieren auf Wunsch einen Kontakt mit regionalen Akteuren, so dass an den QZ's Informationsvermittlung und Austausch gewährleistet werden können.

Im Kanton Bern steht derzeit im Rahmen der Beschleunigung des Asylverfahrens des Bundes ein bedeutsamer Strukturwandel an, indem die Asyl- und Flüchtlingssozialhilfe künftig an die Gesundheits- und Fürsorgedirektion übergeht, während sich die Polizei- und Militärdirektion auf die Nothilfe und den Wegweisungsvollzug konzentrieren wird. Es ist zu wünschen, dass die BEKAG bei diesem Prozess miteinbezogen wird.

# Soziologische Beobachtungen aus schweizerischen und deutschen Spitalbetten

Ein Erfahrungsbericht von Ulrich Oevermann und Marianne Rychner über das Spitalpatient-Sein in Deutschland und der Schweiz. Ihr Fazit: Die inzwischen zweieinhalbjährige Odyssee wäre wesentlich abkürzbar und damit auch kostengünstiger gewesen.

Text: Ulrich Oevermann (emeritierter Soziologieprofessor, Patient) und Marianne Rychner (Soziologin, Angehörige)

Bild: Keystone

Der in Frankfurt am Main wohnhafte Mitautor dieses Textes ist vor rund drei Jahren in Bern notfallmässig hospitalisiert worden, wo ein Rektalkarzinom diagnostiziert wurde. Nach Operationen in Deutschland ist er nach Bern zurückgekehrt und war hier mehrfach in ambulanter und stationärer Behandlung. Nichts Erfreuliches und zugleich ein höchst interessantes Beobachtungsfeld für den Soziologen, der sich zu vor während Jahrzehnten mit der Entwicklung und empirischen Überprüfung einer Professionalisierungstheorie beschäftigte, für die ärztliches Handeln im Zentrum steht, aus der sich eine Vielzahl von Details des Arzt-Patient-Verhältnisses bestimmen lässt und die eine wirksame Folie liefert für die Kritik von Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen einschliesslich

modischer Fehleinschätzungen des ärztlichen Berufes in der gesundheitspolitischen Diskussion.

## Ärztliches Handeln als stellvertretende Krisenbewältigung

Im Unterschied zu den vorausgehenden Versionen der Professionalisierungstheorie wird hier die Praxis von Professionen ganz allgemein aus der Funktion der stellvertretenden Krisenbewältigung abgeleitet. Es wird davon ausgegangen, dass jede primäre Lebenspraxis, sei sie individuell oder kollektiv, strukturell dazu bestimmt ist, die für sie unvermeidlichen Krisen selbständig zu bewältigen; daraus bezieht sie ihre Autonomie. Professionen sind nun diejenigen Berufe, die auf der Basis methodisierten Wissens und entsprechender Praktiken jene Krisen bearbeiten, welche die Lebenspraxis selbst nicht mehr bewältigen kann und – eben stellvertretend – an Experten delegieren muss, was z.B. bei Krankheiten der Fall ist. Professionen wenden das

jeweils historisch kumulierte methodisierte Wissen an; mit dessen Entwicklung wächst nicht nur das Krisenbewältigungspotential, sondern zugleich seine Unverfügbarkeit für Laien. In dem Masse, in dem dieses Problembewältigungspotential – vor allem durch wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt – anwächst, nimmt die Abhängigkeit von Laien bzw. der primären Lebenspraxis von der stellvertretenden Krisenbewältigung durch die Professionen zu.

## Hilfe zur Selbsthilfe in der Praxis des Arbeitsbündnisses

Als Folgeproblem dieser Konstellation ergibt sich für die professionalisierte Praxis das Paradox, wie sie die stellvertretende Krisenbewältigung erfolgreich durchführen kann und dabei gleichzeitig die dadurch erzeugte Abhängigkeit des Klienten in eine Autonomie-Stärkung umwandeln, also Hilfe zur Selbsthilfe betreiben kann. Dazu ist es notwendig, das methodisierte Wissen an Massstäben der Standardisierung,

also der generalisierbaren Geltung, auszurichten, es aber gleichzeitig fall- bzw. klientengerecht je individualisiert und nicht nur technisch-ingenieurial anzuwenden.

Die professionalisierte Praxis ist damit eine widersprüchliche Einheit von höchster Standardisierung einerseits und in höchstem Masse nicht-standardisierbarer, jeweils fallspezifischer Intervention andererseits. In der ersten Hinsicht ergibt sich daraus eine Kompetenz-Asymmetrie zwischen Experte und Klient, in der zweiten Hinsicht vollzieht sie sich als reziprokes Anerkennungsverhältnis, in dem der Klient, die Klientin gerade nicht Kunde oder Kundin ist. Diese widersprüchliche Einheit, in sich fragil und selbst krisenhaft, vollzieht sich in einem Arbeitsbündnis zwischen Experten und Klienten. Sie begegnen sich dort als ganze Menschen und sind auf gegenseitiges Vertrauen angewiesen. Aus der Logik des Arbeitsbündnisses ergibt sich für die ärztliche Praxis, dass grundsätzlich Kranke es jeweils initiieren müssen, also freiwillig Patienten werden und damit in der Bindung an das Arbeitsbündnis einen ersten Schritt auf dem Wege der Selbsthilfe und damit der Genesung gehen.

#### **Autonomie ärztlicher Praxis**

Professionalisierte ärztliche Praxis bedarf einer spezifischen Autonomie der Selbstkontrolle durch eine Professionsethik unabhängig von der Logik staatlicher Bürokratie und unabhängig von der Kontrolle durch den Markt. In der aktuellen Gesundheitspolitik wird dies oft übersehen, ärztlicher Tätigkeit droht damit ein Prozess der Technokratisierung und der Deprofessionalisierung. Ob und inwiefern ärztliches Handeln trotz widriger Bedingungen noch einer professionellen Logik folgt, konnte der Soziologe also aus nächster Nähe beobachten. Anhand scheinbar unwesentlicher, tatsächlich folgenreicher Details anbei die wichtigsten Erkenntnisse:

Summarisch erfuhr er gleichermassen in Deutschland wie in der Schweiz die ärztliche Praxis als unerwartet stabil professionalisiert, geprägt durch einen professionalisierten Habitus, für den gilt, dass er nicht durch expliziten Wissenserwerb, sondern durch exemplarische Einübung «on the job» ausgebildet wird. Dies unerwartet entgegen der vor allem von den Sozialwissenschaften häufig genährten Kritik an Ärztinnen und Ärzten, in der die Professionsethik ideologiekritisch auf die Funktion von Statuspolitik reduziert wird. Dass die Kommunikation zwischen Arzt und Patient sich wie selbstverständlich in der Logik wechselseitiger Anerkennung als ganze Menschen

vollzieht und gleichzeitig die Asymmetrie zwischen Experte und Laie vollgültig gewahrt bleibt, zeigt sich beispielhaft an einem Detail wie dem, dass der Arzt wie selbstverständlich den Patienten auf seinen Zustand mit der Bemerkung ansprechen kann: «Heute gefallen Sie mir schon viel besser», ein Sprechakt, der normalerweise für die Intimität privater Sozialbeziehungen reserviert ist. Zu Beginn der Behandlung lag ein solcher Kommentar, der schweren Krankheit zum Trotz, noch nahe: Der Chirurg konnte den Krebs nach einer vorausgehenden, in einem Tumor-Board kollektiv beratenen und geplanten neoadjuvanten Strahlen- und Chemotherapie perfekt ausschneiden. Bis heute, drei Jahre später, ist er nicht rezidiert. Das ist nicht zuletzt einer vorbildlichen interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Radiologen zu verdanken.

Soziologisch gesehen entspricht dies genau der Logik des Arbeitsbündnisses: Mehrere Mediziner haben Risiken und Chancen abgewogen, sie mit dem Patienten besprochen, immer seine konkrete Lebenssituation im Blick. Postoperativ stellten sich dann durchaus übliche Komplikationen ein, die sich zunehmend verschlimmerten und es entstand dann eine Eigendynamik, in der professionalisierte ärztliche Praxis nur noch eingeschränkt bestimmend war für den weiteren, dramatischen Verlauf.

### **«In der aktuellen Gesundheitspolitik droht ärztlicher Tätigkeit ein Prozess der Technokratisierung und der Deprofessionalisierung.»**

#### **Organisations- und finanzierungsbedingte Einschränkungen professioneller Handlungslogik**

Hinter einem irrtümlich während des ersten Klinikaufenthaltes als Harnleiterinfekt diagnostizierten und behandelten Dauerschmerzes verbarg sich, wie dann in der zweiten Universitätsklinik nahe des Reha-Ortes zunächst klinisch, dann per MRT diagnostiziert, ein apfelgrosser Abszess und eine im benachbarten Sacrum lokalisierte Osteomyelitis. Dass das in der Uniklinik der ursprünglichen Operation nicht bemerkt wurde, ergab sich wahrscheinlich aus der urlaubsbedingten Abwesenheit des Operateurs und mangelnder Kommunikation auf der Station unter Bedingungen maximalen Zeit- und Handlungsdrucks, unter dem deutlich

sichtbar sowohl ärztliches als auch pflegerisches Personal standen. Eine Kausalität mit hohem Spardruck und dem deutschen System der Fallpauschalen ist nicht von der Hand zu weisen, denn die anfängliche Aufmerksamkeit gegenüber dem Patienten wich zunehmend dem Bestreben, ihn trotz der Beschwerden in die Reha zu entlassen, das ursprünglich vorhandene Arbeitsbündnis mit den Medizinern des Tumorboards hing, strukturell bedingt, zunehmend an losen Fäden, der Tagesablauf des Patienten war bestimmt von Routinen des Krankenhauses, hinter der das Fallspezifische zunehmend zu verschwinden drohte.

Für Angehörige war mehrfach zu beobachten, wie schwerfällig und zeitraubend die Kommunikation mit andern Abteilungen der Klinik war als es um Fragen ging, die in der Folge der Operation dringend zu klären waren. Die Komplexität und Grösse der Klinik, unklare Zuständigkeiten und nicht geklärte Haftungsfragen, z. B. in Bezug auf den Patiententransport von einem Gebäude zum andern innerhalb desselben Klinikareals, waren hier die Gründe, so dass die genuine Logik eines Arbeitsbündnisses sich gar nicht erst entfalten konnte. Schliesslich: Keine und keiner der Beteiligten hatte mehr Gelegenheit und Musse zu fragen, ob die Diagnose «Harnwegsinfekt» richtig war, während der Abszess weiterwuchs.

#### **... mit beinahe letalen Folgen**

Unmittelbar nach der Diagnose des Abszesses und der Osteomyelitis in der chirurgischen Abteilung der zweiten Uniklinik, die sich als Exzellenzzentrum selber präsentiert, zeigte sich eine weitere, höchst folgenreiche Variante nicht vollständig realisierten professionellen Handelns infolge unklarer Zuständigkeit und Kommunikation: Die Abszess-Höhle wurde sofort endoskopisch untersucht. Dabei wurde eine kaum erkennbare Anastomosen-Insuffizienz identifiziert, die auch für den Patienten am Monitor erkennbar war. Die beiden Gastroenterologen, die bedingt durch die Krankenhaus-Organisation, nichts weiter mit dem auf der chirurgischen Abteilung stationierten Patienten zu tun hatten, einigten sich sofort darauf, die kleine Lücke in der Anastomose als Eingangspforte für die Ausräumung der Abszesshöhle zu benutzen. Ein rein medizinisch richtiger Entscheid, der aber den Gesamtzusammenhang nicht im Auge hatte – mit beinahe letalen Folgen: Kurz nachdem der Patient auf die chirurgische Station zurückverlegt wurde, befahl ihn ein heftiger Schüttelfrost, der ihn sofort an eine ähnliche, allerdings weniger heftige Sepsis aufgrund eines Streptokokken-Erysipels erinnerte. In Panik ersuchte

er den Stationsarzt um Hilfe, wobei sich herausstellte, dass dieser über den Vorlauf in der Endoskopie nicht informiert war. Als der Zustand des Patienten sich rapide verschlechterte bis zur Bewusstlosigkeit, wurde er mit einer septischen Einschwemmung auf die chirurgische Intensivstation gebracht, wo das drohende multiple Organversagen durch schnelles Handeln gerade noch verhindert werden konnte.

Ob anschliessend eine rückmeldende Kommunikation mit der Endoskopie stattgefunden hat, ist nicht bekannt. Niemand hat in dem Moment im Rahmen seiner Tätigkeit, für die er zuständig ist, etwas falsch gemacht, aber es hatte auch niemand die Gesamtverantwortung, zahlreichen Qualitätssicherungs- und Patientenmanagementsystemen (mit entsprechenden, an der Wand hängenden Zertifikaten) und der stolzen Selbstpräsentation als «Exzellenzzentrum» zum Trotz. Womöglich ist genau das institutionalisierte, oftmals politisch vorgegebene und wirtschaftlich motivierte Streben nach dem «Exzellenz»-Siegel strukturell dafür verantwortlich, dass eine Profilierung über den «Output» spezialisierter Abteilungen dominiert anstelle einer professionellen Zusammenarbeit mit unmittelbarem Bezug zu Patientinnen und Patienten, die sich nicht spektakulär nach aussen präsentieren lässt.

**«Entscheide sind nie abstrakt generalisierbar und kontrollierbar, sondern immer nur begründbar bezogen auf den konkreten Fall in seiner Einzigartigkeit und in seiner Autonomie.»**

#### **Professionalität inmitten deprofessionalisierender Eigen-dynamiken**

Den strukturell bedingten Dynamiken der Deprofessionalisierung zum Trotz war immer wieder zu beobachten, wie ärztliches

Handeln in der konkreten Begegnung mit dem Patienten den genannten Tendenzen etwas entgegenzuhalten vermochte: so realisierte etwa der Chirurg in der ersten Klinik in der Folge eines weiteren Zwischenfalls, dass die Atmosphäre in der Intensivstation dem Patienten als ganzem Menschen höchst abträglich war, letztlich mehr geschadet hat als geholfen, obwohl eine intensive Überwachung angezeigt war. Trotz deutlich geäussertem Befremden seitens der Intensivstationsleitung übernahm der Arzt in Absprache mit den Angehörigen die Verantwortung und liess den Patienten auf seine dringende Bitte hin in eine etwas weniger überwachte, de facto vielleicht risikoreichere, dafür aber menschlichere Station (intermediate-care) versetzen.

An solchen Details wird klar, dass ärztliches Handeln im Arbeitsbündnis immer ein Abwägen ist, dass immer Risiken bestehen bleiben oder gar neue entstehen, wenn ein Entscheid gefällt werden muss. Und solche Entscheide sind nie abstrakt generalisierbar und kontrollierbar, sondern immer nur begründbar bezogen auf den konkreten Fall in seiner Einzigartigkeit und in seiner Autonomie, wenn diese auch vorübergehend oder bleibend durch Krankheit eingeschränkt ist. Kein standardisiertes und damit auch standardisierendes Qualitätssicherungssystem kann solche Entscheide, die konstitutiv sind für professionalisiertes ärztliches Handeln, ersetzen. De facto können sie es gar erschweren, wenn der Zwang zur Orientierung an äusserlichen Vorgaben den Blick auf den Patienten als ganzen Menschen verstellt.

Dies zeigte sich auch nach einer Notfallüberweisung aus der Rehaklinik infolge schlechter Blutwerte und eines festgestellten Bigeminus in die kardiologische Abteilung derselben deutschen Uniklinik, in der zuvor der Abszess behandelt worden war. Nur dezidierte Einwände des Betroffenen, unterstützt von mehreren Angehörigen, bewahrten ihn vor einer routinemässig angebahnten Herzkatheter-Untersuchung, obwohl die Ursache der Herzrhythmusstörung erklärt werden konnte mit den die Nieren belastenden Folgen der Sepsis sowie mit Nebenwirkungen eines starken Antibiotikums,

wie die Lektüre des Beipackzettels zeigte. Ein Arbeitsbündnis war in dieser ebenfalls als exzellent sich präsentierenden Abteilung nie eingerichtet worden, da der Patient nicht aus freien Stücken, sondern routinemässig aufgrund von Messdaten eingeliefert wurde.

**«Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz haben generell mehr Zeit, genau hinzuschauen und zuzuhören.»**

#### **Was in der Schweiz gleich und anders ist**

Die Problemlage änderte sich grundlegend als nach der standardmässig in Deutschland nach 14 Tagen beendeten Endovac-Behandlung zwecks Beseitigung der Abszesshöhle der Patient zur Erholung in die Schweiz reiste. Anlässlich einer hausärztlichen Routinekontrolle wurden wiederum sehr schlechte Blutwerte festgestellt, die wahrscheinlich der durch die Sepsis bedingten Niereninsuffizienz geschuldet waren. Infolge deren Feststellung erfolgte eine Notfallüberweisung mit stationärem Aufenthalt. Dadurch gelangte der Patient in die Obhut eines umsichtigen Nephrologen, der nun alle weiteren Behandlungsmassnahmen in die Hand nahm und koordinierte: Wiederaufnahme der Endovac-Behandlung bis zur Schliessung der Abszesshöhle, Überwachung der Niereninsuffizienz und ihrer Folgen, Kontrolle der Symptome einer monoklonalen Gammopathie unklarer Signifikanz durch eine Nieren- und Rückenmarkbiopsie. Alle diese Massnahmen wurden konsequent dem Ziel einer letztlich erst 21 Monate nach dem ursprünglichen Eingriff erfolgenden Rückverlegung zugeordnet. Nach und nach erschloss sich dem Genesenden in dieser Zeit, was in der Schweiz im Prinzip gleich, de facto aber anders ist. Die wichtigsten Befunde, die er im Bewusstsein der Gefahr, als Deutscher die Schweiz zu idealisieren, bringt er folgendermassen auf den Punkt:

Ärztinnen und Ärzte haben generell mehr Zeit, genau hinzuschauen und zuzuhören.



**Seine Odyssee durch deutsche und schweizerische Spitalbetten war ein höchst interessantes Beobachtungsfeld für den Soziologen Ulrich Oevermann.**

Sie arbeiten im Belegarztsystem wie selbstverständlich eng miteinander zusammen und sprechen mögliche Behandlungen ab. Folgeerkrankungen der Vorfälle in den deutschen Kliniken sind hier auch im Rahmen des Möglichen behoben worden. Eine ähnliche Erfahrung hat er auch in einer Schweizer Uniklinik gemacht, vermutlich weil hier ebenfalls mehr Zeit für Kommunikation und Verantwortungsübernahme vorhanden ist. Pflegerinnen und Pfleger in Schweizer Spitälern haben deutlich mehr Kompetenzen im Sinne von Befugnissen, sind entsprechend besser ausgebildet und haben mehr Zeit als in deutschen Krankenhäusern, sich auf die Fragen und konkreten Probleme der Patienten einzulassen und arbeiten tendenziell selbstbewusster und selbstverständlicher mit Ärztinnen und Ärzten zusammen.

Der Soziologe und Patient hat im Schweizer Gesundheitswesen zahlreiche deutsche Ärztinnen und Ärzte angetroffen, die nicht zuletzt infolge deprofessionalisierender Entwicklungen, etwa der Einführung von Fallpauschalen und Konkurrenzdruck in Unikliniken, Deutschland verlassen haben, um in der Schweiz tätig zu werden. Nach wie vor, schätzen sie, seien die Bedingungen hier besser, für sie selber ebenso wie für die Patientinnen und Patienten. Ob das so bleibt, ist momentan offen, es hängt in mehrfacher Hinsicht an aktuell diskutierten Reformen, die alle eigens auf ihre Vereinbarkeit mit der Logik professionalisierten ärztlichen

Handelns hin zu untersuchen wären. Dem gängigen Einwand, dass die konsequente Entfaltung dieser Logik zu teuer sei, kann anhand des hier dargestellten Falles entgegengehalten werden: Die inzwischen zweieinhalbjährige Odyssee durch deutsche und schweizerische Kliniken und Praxen (inklusive der vor einem Jahr erfolgten Rückverlegungsoperation in Deutschland, die ebenfalls nicht unproblematisch verlaufen ist), war nicht nur für den Patienten und seine Angehörigen traumatisch, sie wäre wesentlich abkürzbar und damit auch kostengünstiger gewesen, wenn die Rahmenbedingungen es bereits unmittelbar nach dem ersten Eingriff zugelassen hätten.

Ulrich Oevermann ist emeritierter Soziologieprofessor, Begründer der objektiven Hermeneutik und hat sich in zahlreichen Forschungsprojekten mit ärztlichem Handeln beschäftigt. Marianne Rychner ist Historikerin und Soziologin, sie hat promoviert über die Logik ärztlichen Handelns.

# Aufruf zur Beteiligung an einer Hausarztstudie

Studienteilnehmer gesucht! In den Kantonen Waadt und Bern wird eine vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützte Studie zur Verbesserung der Diagnostik der Pneumonie mittels Procalcitonin und Lungensonographie (UltraPro) durchgeführt.

Text: Andreas Kronenberg, mediX Netzwerk Bern und Institut für Infektionskrankheiten, Universität Bern

Die weltweite Zunahme der Antibiotikaresistenz ist ein zunehmendes Problem und korreliert eng mit dem Antibiotikaverbrauch. Verschiedene Ansätze zur Reduktion der Antibiotikaverschreibungen im ambulanten und stationären Setting werden deshalb zurzeit geprüft. In einer vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützten und von den Ethikkommissionen bewilligten Studie sollen drei verschiedene Algorithmen zur Diagnose der Pneumonie im ambulanten Setting verglichen und deren Auswirkung auf die Antibiotikaverschreibungen untersucht werden. Die Studie wurde in Zusammenarbeit mit dem mediX Ärztenetzwerk Bern vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Lausanne entwickelt und wird in den Kantonen Waadt und Bern durchgeführt. Für den Kanton Bern suchen wir 21 Hausärzte, die sich gerne aktiv an dieser Studie beteiligen würden.

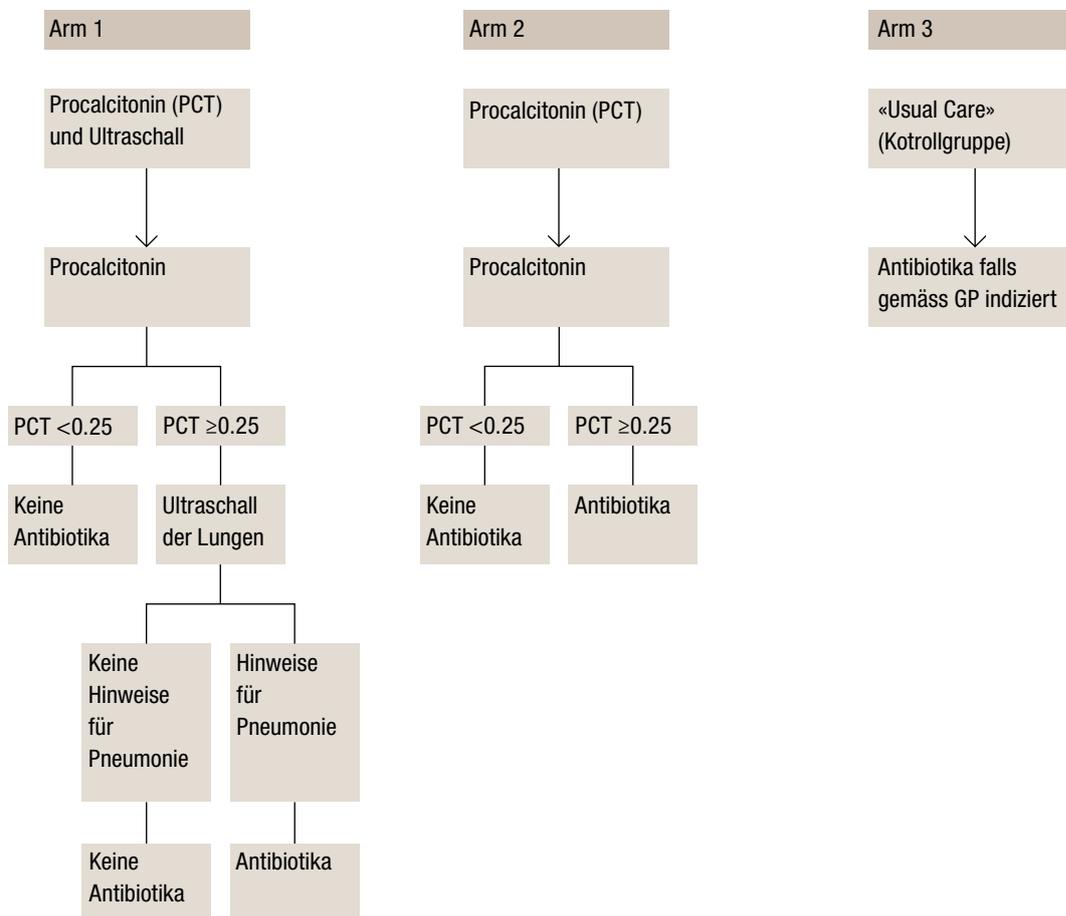
Eingeschlossen werden können alle erwachsenen Patienten mit Verdacht auf Pneumonie. Konkret muss ein akuter Husten seit maximal 21 Tagen und mindestens ein zusätzliches Symptom (Fieber > 4 Tage/Dyspnoe/Tachypnoe/abnormes fokales Atemgeräusch) vorliegen. Die Behandlung erfolgt

dann nach einem von drei Algorithmen (Abbildung 1), wobei nicht die Patienten randomisiert den Behandlungsgruppen zugeteilt werden, sondern die Praxen. Jeder Arzt folgt somit immer nur einem Algorithmus.

1. «Usual care»: Behandlung wie bisher, Blutbild, CRP und Thorax-Röntgenbild dürfen, müssen aber nicht durchgeführt werden.
2. Procalcitonin (PCT): Zusätzlich wird das Procalcitonin bestimmt, eine antibiotische Behandlung erfolgt nur bei  $PCT > 0.25$ .
3. Procalcitonin + Ultraschall: Bei positivem Procalcitonin erfolgt zusätzlich eine Ultraschalluntersuchung der Lungen, eine antibiotische Therapie erfolgt nur bei erhöhtem PCT und abnormem Ultraschallbefund.

Sowohl Procalcitonin-Messgerät als auch das kompakte Lungensonographie-Gerät (Abbildung 2) werden den Praxen gratis zur Verfügung gestellt. Zur Instruktion des genauen Studienablaufs, inklusive der elektronischen Hilfsmittel, ist eine halbtägige Schulung vorgesehen, für Praxen mit Ultraschall wird gleichentags am Nachmittag eine Schulung zur Erkennung von Lungeninfiltraten mittels Ultraschall durchgeführt. Es sind keine Vorkenntnisse für Ultraschall notwendig. Diese Präsenzfortbildungen können als Weiterbildung angerechnet werden (8 Credits für ganzen Tag).

**Abbildung 1:**  
Randomisierung in  
3 Studienarme



**Abbildung 2:**  
Gerät für Lungen-  
ultraschall mit  
Anschluss an Tablet-PC



Wir haben versucht, die administrativen Abläufe so einfach und praxis-freundlich wie möglich zu gestalten. Aktuell läuft in der Permanence-Klinik PMU-Flon in Lausanne eine Pilotstudie, die einerseits die Machbarkeit prüft, andererseits allfälliges Optimierungspotential im Ablauf aufzeigen soll. Die grösste Herausforderung wird die zeitliche Integration in den Praxisablauf sein, da nebst der Patientinformation inklusive «informed consent» und der Entnahme von venösem Blut und Nasopharyngealsekret je nach Studienarm noch das Warten auf das PCT-Resultat (20 Minuten) und die Durchführung eines Lungenultraschalls (12–15 Minuten) dazukommen. Die administrativen Arbeiten können online

über den zur Verfügung gestellten Tablet-Computer erledigt werden. Folgekonsultationen sind nicht vorgeschrieben. Nebst einem Patienten-Tagebuch erfolgen am Tag 7 und am Tag 28 Telefon-Interviews des Studienzentrums direkt mit den Patienten. Selbstverständlich steht das Patientenwohl an oberster Stelle und Abweichungen vom Behandlungsalgorithmus sind jederzeit möglich, müssen aber dokumentiert und begründet werden. Über die Krankenkasse wird die «übliche» Konsultationszeit verrechnet. Der Zusatzaufwand für Patientinformation und Studieneinschluss sowie für die Ultraschalluntersuchung wird von der Studie pro Patienten mit 50 Schweizer Franken respektive 100 Schweizer Franken (mit Ultraschall) vergütet. Die Kosten für die zusätzlichen Untersuchungen (Procalcitonin/Nasopharyngealsekret) werden ebenfalls von der Studie übernommen. Wir rechnen mit dem Einschluss von 15 Patienten pro Arzt über einen Zeitraum von 15 Monaten (1 Patient/Monat). Der Start erfolgt gestaffelt jeweils unmittelbar nach der Schulung ab Frühsommer 2018.

Bei Interesse oder Rückfragen können Sie sich wenden an: Andreas Kronenberg, mediX Netzwerk Bern und Institut für Infektionskrankheiten, Universität Bern ([andreas.kronenberg@praxis-bubenberg.ch](mailto:andreas.kronenberg@praxis-bubenberg.ch)) oder Noémie Boillat-Blanco, Abteilung für Infektiologie, Universitätsspital Lausanne, Lausanne ([noemie.boillat@chuv.ch](mailto:noemie.boillat@chuv.ch)).



BEKB | BCBE

# Neu: die bärenstarken BEKB Vorsorgefonds.

Sinnvoll. Nachhaltig.

Jetzt  
kostenlos  
zeichnen  
Keine  
Depotgebühren

[bekb.ch](http://bekb.ch)