



doc.be

Das Magazin der
Aerztesellschaft des
Kantons Bern

Nr. 4
August 2018



Themen dieser Ausgabe

Linda Nartey im Gespräch

**TARCO – ein gemeinsames
Projekt**

**PA-Programm: Jetzt
bewerben!**

Dr. Google und wir



Sieben von zehn Patienten, die heute eine Arztpraxis aufsuchen, haben sich zuvor im Internet über ihre Krankheitssymptome schlau gemacht. Im Idealfall haben wir Ärztinnen und Ärzte es dann mit besser informierten Patienten zu tun.

Das Schweizer Fernsehen SRF nutzt das Interesse am Thema für eine eigene Sendung. Jeweils montags läuft in der Sommerzeit die Sendung «Ärzte VS Internet – mit Dr. med. Fabian Unteregger», in welcher Ärztinnen und Ärzte gegen Laien antreten. Mit gezielten Fragen werden Patienten befragt. Nur dürfen die Laien Dr. Google – sprich: das Internet – zu Rate ziehen. Welches Team findet die korrekte Diagnose?

Über das Format der Sendung gehen die Meinungen auseinander. Mit der Realität einer Arztpraxis hat sie aber kaum etwas gemein. Im Alltag haben wir es mit Patientinnen und Patienten zu tun, zu welchen wir erst ein Vertrauensverhältnis aufbauen. Die Wahl der Therapie ist ein gemeinsamer Entscheidungsprozess. Diagnose und Therapie sind in unserem Beruf kein Spiel.

Auch wir recherchieren im Internet, wobei wir vertrauenswürdige Quellen wie MEDLINE oder PubMed von anderen zu unterscheiden gelernt haben. Tatsache ist auch, dass sich viele Patienten durch falsche oder falsch interpretierte Informationen verunsichern lassen. Es ist ein neuer Aspekt ärztlicher Tätigkeit, falsch interpretierte Internetdiagnosen richtig zu stellen. Die Ärzteschaft steht auch in der Verantwortung, Patienten auf wissenschaftlich fundierte Quellen im Internet hinzuweisen.

Dr. med. Esther Hilfiker
Präsidentin Aerztegesellschaft Kanton Bern

Inhalt

- 4** **«Manchmal fragte ich mich: Bin ich noch Ärztin?»**
Die neue Kantonsärztin Dr. med. Linda Nartey im Gespräch.
- 9** **TARCO – ein gemeinsames Projekt**
Die Ärzteschaft macht vorwärts: Sie setzt sich aktiv für eine revidierte Tarifstruktur ein.
- 12** **Ein erfolgreiches Mittel gegen den Hausärztemangel**
PD Dr. Sven Streit über das Praxis-assistenz-Programm und den neu geschaffenen Unterstützungsfonds für Lehrpraktikerinnen und Lehrpraktiker.
- 15** **Die Spanische Grippe – die bisher grösste Pandemie der Menschheitsgeschichte**
1918 forderte die Spanische Grippe weltweit mehrere Millionen Opfer. Dennoch ist sie in heutigen Geschichtsbüchern höchstens eine Randnotiz.
- 20** **Die Zürcher Liste**
Ambulant vor stationär: Seit Anfang 2018 bezahlt der Kanton Zürich bestimmte stationäre Eingriffe nur noch im Ausnahmefall.
- 22** **Der unbezifferte Wert der Prävention**
Muss Gesundheitsförderung Geld sparen? Oder genügt es, dass sie Krankheitslast vermeidet?

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: Marco Zanoni



«Manchmal fragte ich mich: Bin ich noch Ärztin?»

Seit März dieses Jahres ist Frau Dr. med. Linda Nartey Berner Kantonsärztin. Sie wünscht sich eine Ärzteschaft, die sich mitgestaltend in die Entwicklung der Gesundheitsversorgung einbringt.

Linda Nartey kennt die Anliegen der Ärzteschaft auch von ihrem Vater, der in Niederwil (AG) eine Hausarztpraxis geführt hat.

Interview: Marco Tackenberg und Simone Keller, Presse- und Informationsdienst
Fotos: Marco Zanoni

doc.be: Frau Nartey, Sie haben zwei Kinder. Wie erklären Sie den beiden, was Sie tagtäglich tun?

Linda Nartey: Das ist eine gute Frage! Es erweist sich immer wieder als schwierig, meine Aufgaben zu erklären – auch meinen eigenen Kindern. Ich fürchte, die beiden könnten nicht erklären, was ihre Mutter beruflich genau macht. Und das ist nicht nur bei meinen Kindern so. Die meisten Leute – und damit meine ich die breite Bevölkerung genauso wie die Ärzteschaft – wissen nicht wirklich, was die Rolle des Kantonsarztamtes ist.

Wenn Sie Ihre Rolle in einem Satz beschreiben müssten...

...dann würde ich sagen: Das Kantonsarztamt muss die ambulante medizinische Grundversorgung für die Bevölkerung sicherstellen, die sanitätsdienstliche Katastrophenbewältigung koordinieren, gesundheitspolizeiliche Aufgaben wie die Bekämpfung übertragbarer Erkrankungen und die Aufsicht über die Gesundheitsfachpersonen erfüllen.

Welche Baustellen beschäftigen Sie momentan im Kantonsarztamt?

Die Hausarztversorgung inklusive der Notfalldienstregelung, die Änderungen des KVG betreffend Zulassungsregulierung sowie die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären

Leistungen. In diesen Bereichen gibt es viele offene Fragen, die die Akteure des Gesundheitswesens schon lange beschäftigen und für die wir gemeinsam neue Lösungsansätze finden und umsetzen müssen.

Wie könnte man die Probleme beim Notfalldienst in den Griff bekommen?

Meiner Meinung nach ist die Zusammenlegung von Notfalldienstkreisen nach wie vor eine der wichtigsten Massnahmen, auch wenn sich die Ärztinnen und Ärzte in einigen Gegenden noch dagegen wehren. Damit könnte die Anzahl der Dienste reduziert werden, wenn dafür auch ein grösserer Dienstkreis in Kauf genommen werden muss. Der Kanton kann keine oder nur sehr eingeschränkt Vorgaben machen, denn die ambulante Versorgung ist nicht wie die stationäre staatlich reguliert. Die Ärzteschaft forderte wiederholt die Finanzierung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes. Nur vorschreiben lassen will sie sich dann doch nichts.

Die in bestimmten Regionen bereits erprobte Zusammenarbeit mit Spitälern ist eine weitere mögliche Massnahme. Eine komplette Delegation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes an die Spitäler ist aber nicht möglich. Auch die Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen und Leistungserbringern, wie Rettungsdiensten, Apotheken und Advanced Practice Nurses, muss geprüft werden. Sie könnten zukünftig wichtige unterstützende Pfeiler in der medizinischen Grundversorgung sein.

Die Möglichkeiten für neue Organisationsformen und Kollaborationsmodelle sind da – wenn man bereit ist, Kompromisse einzugehen. Den Fünfer und das Weggli gibt es nicht.

Der Notfalldienst ist ein Thema, das schon Ihren Vorgänger Jan von Overbeck beschäftigt hat. Wo sehen Sie generell Kontinuität zu seinem Schaffen und was unterscheidet Sie von ihm?

Jan von Overbeck und ich haben vier Jahre sehr eng zusammengearbeitet. In den meisten Themen haben wir eine gemeinsame Haltung entwickelt. Es wird daher keinen kompletten Richtungswechsel geben. Allerdings entwickeln sich die Themen, das heisst auch, dass wir fortlaufend unsere Sichtweise und unser Vorgehen überprüfen und wenn nötig anpassen.

Haben Sie als Kantonsärztin Spielraum gegenüber dem Gesundheitsdirektor?

Der Gesundheitsdirektor gibt die strategische und die politische Richtung vor, daran habe ich mich zu orientieren. Meine Aufgabe ist es, die fachlich-inhaltliche Sicht, also die medizinisch-wissenschaftliche und die der öffentlichen Gesundheit, einzubringen. Die Zusammenarbeit funktioniert gut und ist spannend. Spielraum gibt es grundsätzlich immer, man muss ihn sehen und nutzen.

In der nationalen Gesundheitspolitik wird zunehmend zentralisiert; der Bund mischt sich immer öfter ein. Wie nehmen Sie das wahr?

Ich verorte die Interventionen des Bundes nicht primär als Zentralisierung, sondern als Koordination. Das Gesundheitswesen ist sehr komplex und kostet die Gesellschaft viel Geld; in vielen Bereichen mangelt es an Transparenz. Beides zusammen, also wenig Transparenz und viel Geld, schafft Bedarf nach einer gewissen Koordination durch eine übergeordnete Stelle. Aus meiner Sicht ist es unabdingbar, dass manche Entwicklungen und Entscheidungen kantonsübergreifend abgestimmt werden.

Wie machen Sie das?

Für mich ist der Abgleich von Informationen immens wichtig. Ich will und muss wissen, was andere Kantone machen und welche Vorstellungen andere Akteure für das Gesundheitswesen haben. Man muss das Rad ja nicht immer neu erfinden! Ein gutes Beispiel ist der Hausarztmangel. Der betrifft die ganze Schweiz. Da tauschen wir uns mit vielen

Akteuren und Partnern aus und besprechen verschiedene Lösungsansätze. Ein anderes aktuelles Thema ist die Zulassungsregulierung. Auch hier müssen wir meiner Meinung nach einen Konsens finden.

Wie erlebten Sie den Rollenwechsel von der praktizierenden Ärztin zur wissenschaftlichen Mitarbeiterin und Forscherin, später zur stellvertretenden und jetzt Kantonsärztin?

Ich war sehr gerne als Ärztin in der Klinik tätig. Mein Fach, die Gynäkologie und Geburtshilfe, war sehr interessant, schön und bereichernd. Die Arbeitsbelastung war allerdings nicht kompatibel mit meiner Vorstellung von Familie. Es gab damals erst wenige Teilzeitmodelle oder andere Möglichkeiten, wie ich alles hätte unter einen Hut bringen können. Bei anderen Ärztinnen sah ich, dass sie nach der Mutterschaftspause immer weniger chirurgisch tätig waren und die gynäkologische Grundversorgung in der Praxis einen immer grösseren Anteil ausmachte. Das wollte ich nicht, denn gerade die Geburtshilfe und die chirurgische Tätigkeit gefielen mir sehr. Für mich war klar: Wenn ich meine Kinder selber aktiv durch die Kinder- und Jugendjahre begleiten möchte, dann muss ich meinen Job anpassen.

Die Entwicklung von der klinisch tätigen Ärztin zur wissenschaftlichen Mitarbeiterin und zur Public-Health-Fachärztin war von vielen Selbstzweifeln bestimmt. Ich wusste ja nicht genau, wohin mich mein Weg führen wird. Von vielen Ärzten wird ein solcher Rollenwechsel auch als Frontenwechsel empfunden. Ich habe mir selber die Frage gestellt: Bin ich noch Ärztin?

Wie beantworten Sie diese Frage heute?

Ich sehe mich als Medizinerin, bin aber nicht mehr das, was sich die Bevölkerung gemeinhin unter einer Ärztin vorstellt. Ich habe kaum direkten Patientenkontakt. Die Tatsache, dass ich als Ärztin klinisch tätig war, ist sehr wichtig, um heute den Job als Kantonsärztin gut zu machen. Ich muss verstehen, wer die Leute sind, die in den Institutionen des Gesundheitswesens und mit den Patienten arbeiten, wie sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit abspielt, wie die Institutionen funktionieren und welche Rahmenbedingungen die Arbeit im Gesundheitswesen wie beeinflussen. Ich kann nicht die Aufsichtsinstanz von hochqualifizierten Fachleuten sein, wenn ich von deren Arbeit nichts verstehe und deren Sprache nicht spreche. Deshalb



Linda Nartey: «Die Möglichkeiten für neue Organisationsformen im Notfalldienst sind da – aber man muss Kompromisse eingehen. Den Fünfer und das Weggli gibt es nicht.»

ist es mir sehr wichtig, mit den Ärztinnen und Ärzten, und insbesondere mit den Hausärztinnen und Hausärzten, in stetem Austausch zu sein und ihre Anliegen, die ich auch aus der Praxis meines Vaters kenne, zu hören. Das heisst nicht, dass wir die Dinge immer gleich sehen oder gewichten. Denn als Kantonsärztin bin ich dem Kanton und seiner Bevölkerung verpflichtet und weniger der Ärzteschaft und anderen Gesundheitsfachpersonen.

Welches Anliegen haben Sie an die Ärzteschaft?

Ich schätze die konstruktive Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten, diese möchte ich gerne weiterführen und ausbauen. Ich wünsche mir, dass sich die Ärzteschaft gestaltend in die aktuelle Entwicklung der Gesundheitsversorgung einbringt. Sie soll mehr sein als ein standespolitischer Akteur. Das heisst auch, dass sie zukunftsgerichtet an Lösungen mitarbeitet, die über die eigenen Interessen hinausgehen. In der Standespolitik versucht jeder, seinen eigenen Stand zu bewahren oder auf Kosten eines anderen auszubauen. Das wird uns nicht helfen, Probleme zu lösen.

Linda Nartey

Dr. med. Linda Nartey ist seit 1. März 2018 Kantonsärztin des Kantons Bern, zuvor war sie vier Jahre lang stellvertretende Kantonsärztin. Nartey promovierte in Medizin an der Universität Bern, erlangte den FMH-Titel in Prävention und Gesundheitswesen und einen Master of Science in Epidemiology der London School of Hygiene and Tropical Medicine. Im Mai 2017 schloss sie das Nachdiplomstudium Management im Gesundheitswesen an der Universität Bern ab.

Nach dem Staatsexamen war Linda Nartey während acht Jahren als Assistenzärztin in Chirurgie, Gynäkologie/Geburts- hilfe und Innerer Medizin, als Praxisassistentin und Stellvertretung in einer Hausarztpraxis und als praktizierende Ärztin im Frauengesundheitszentrum der Stadt Bern tätig. Anschliessend arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern und von 2005 bis 2009 als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für übertragbare Krankheiten im Bundesamt für Gesundheit. Von 2009 bis 2014 war Linda Nartey als Leiterin Projektkoordination an der Clinical Trial Unit CTU der Universität Bern tätig.

Nartey ist in den Kantonen Bern, Zürich und Aargau aufgewachsen. Ihre Mutter ist Schweizerin, ihr Vater stammt aus dem westafrikanischen Ghana. Sie ist Mutter eines 19-jährigen Sohnes und einer 17-jährigen Tochter und lebt mit ihrer Familie in Bern.



TARCO – ein gemeinsames Projekt

Alljährlich lädt die BEKAG Vertreterinnen und Vertreter des Grossen Rates zu einem besonderen Mittagessen ein: Bei «Poulet Gschnätzletem und Röschi» werden gesundheitspolitische Fragen diskutiert. Thema dieses Jahr ist die Tarifrevision. Es wird deutlich: Die Ärzteschaft setzt sich aktiv für eine revidierte Tarifstruktur ein.

Die Tarifstruktur von 2004 wurde nie ernsthaft gepflegt. Grossrätin Melanie Beutler erkundigt sich, wie die Tarifpflege künftig vorgenommen wird.

Text: Simone Keller, Presse- und Informationsdienst
Fotos: Marco Zanoni

«Da haben wir den Salat!», mit diesen Worten begrüsst Esther Hilfiker, Präsidentin der Aerztgesellschaft des Kantons Bern, die Grossrätinnen und Grossräte an der diesjährigen Mittagsveranstaltung. Damit meint sie nicht in erster Linie den frischen Marktsalat, der vor den Anwesenden auf dem Tisch steht. Sondern vielmehr TARMED, die einheitliche Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen. 2004 wurde diese national eingeführt, jedoch nie ernsthaft gepflegt. Das Resultat davon: Das Tarifwerk deckt das ärztliche Leistungsspektrum nicht mehr vollständig ab.

Aus TARMED wird TARCO

Dr.med. Urs Stoffel, verantwortlich für das Departement «Ambulante Versorgung und Tarife» im FMH-Zentralvorstand, informiert über die Schwierigkeiten und Stolpersteine auf dem Weg zu einem neuen, sachgerechten und betriebswirtschaftlichen Tarif. Die FMH begann 2010 mit der Revision von TARMED, vorerst allein, später mit dem Spitalverband H+ und der Medizinaltarif-Kommission. Einen jähen Dämpfer erlitt das Projekt im Juni 2016: Der ausgearbeitete Tarifvorschlag wurde in der Urabstimmung der FMH

abgelehnt. Das Resultat machte deutlich, woran es fehlte: Konsens.

Die Ärzteschaft wurde nach der Urabstimmung nicht nur in den Medien an den Pranger gestellt, sondern geriet auch vonseiten der Politik unter Zugzwang. 2018 kam es nach 2014 zum zweiten bundesrätlichen Tarifeingriff. Es wurden Leistungen in einzelnen Bereichen korrigiert, mit zum Teil negativen Effekten in der Grundversorgung. Das erhoffte Ziel sind Einsparungen von 470 Millionen Franken pro Jahr – Beweis ausstehend.

Die FMH startete indes bereits 2016 ein neues Projekt; aus TARMED wurde TARCO (TARMED Consensus). Herzstück davon ist das sogenannte Cockpit. In diesem obersten Steuerungs- und Entscheidungsorgan sind alle Basismitglieder durch Dachverbände vertreten. Stoffel betont: «Eine konsolidierte und mehrheitsfähige Tarifstruktur ist das Ziel. TARCO ist ein gemeinsames Projekt!»

Suche nach dem goldenen Mittelweg

Für die anwesenden Politikerinnen und Politiker sind langwierige Prozesse Alltag. Dennoch dürfen sich einige von ihnen fragen, warum die Revision von TARMED so lange dauert. «Weil es ein sehr komplexes Projekt ist, bei dem viele unterschiedliche Interessen aufeinandertreffen», erklärt



«Die Ärzteschaft macht vorwärts! Mit TARCO präsentiert sie eine konsolidierte und mehrheitsfähige Tarifstruktur», ist Urs Stoffel überzeugt.

Stoffel. Gemeinsam mit Tarifexperten wurde in 40 Arbeitsgruppen Kapitel für Kapitel, Leistung für Leistung überprüft. Eine Mammutaufgabe bei einem Tarifwerk mit über 4500 Positionen!

Die grosse Herausforderung bestand darin, eine gute Balance zwischen Einfachheit und Transparenz zu finden. Ist das System zu komplex und für Patienten nicht nachvollziehbar, wird der Ärzteschaft fehlende Transparenz bei der Rechnungsstellung vorgeworfen. Wird hingegen vermehrt mit Pauschalen abgerechnet, so werden Ärztinnen und Ärzte der unnötigen Mengenausweitung verdächtigt.

Eine mögliche Lösung ist der sogenannte «Snap-In»-Hybridtarif. Einzelleistungen werden durch sachgerechte Pauschalen ersetzt, wo es Sinn macht. Bei einem Leistenbruch beispielsweise. Aber was, wenn die Ärztin einen Patienten mit fünf verschiedenen Diagnosen behandelt? Dann wird es kompliziert, dann müssen die medizinischen Leistungen differenziert betrachtet und in Einzelleistungen abgerechnet werden. Pauschalen können in solchen Fällen die medizinischen Leistungen schlichtweg nicht genügend genau abbilden.

Was lange währt...

Deutlich weniger Zeit in Anspruch nimmt das Mittagessen. Die Grossrätinnen und Grossräte – mittlerweile beim Kaffee angekommen – diskutieren nach den Ausführungen von Urs Stoffel und Esther Hilfiker angeregt. Untereinander wie auch im Plenum. Grossrätin Melanie Beutler fragt, wie die Pflege der neuen Tarifstruktur aussehen wird. Dass es eine solche zwingend braucht, davon ist Stoffel überzeugt: «Es wird eine Einführungsvariante des Tarifs geben, die jährlich korrigiert werden kann. Die Tarifpflege soll ein neu geschaffenes, nationales Tarifbüro übernehmen.» Grossrat und Arzt Carlo Schlatter spricht eine juristisch heikle Frage an: Die Teuerung. Diese ist im Tarifsystem berücksichtigt, weil der Tarif auf der rollenden Kostenstudie (RoKo), deren Daten jährlich

erhoben werden, beruht. Steigende Mietpreise beispielsweise sind darin abgebildet. Wie steht es nun um die Kostenneutralität, die von Gesetzes wegen bei Tarifrevisionen eingehalten werden muss? BEKAG-Sekretär Thomas Eichenberger schafft Klarheit: «Das stimmt so nicht: Die Kostenneutralität hat keine gesetzliche Grundlage im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Sie ist aber Teil der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV). Offen ist die Frage, wie das Bundesgericht eine solche Argumentation beurteilen würde. Die Frage der Kostenneutralität ist sehr stark politisch geprägt; der Druck der Politik ist hier immens.»

Die neue TARCO-Tarifstruktur mit deutlich weniger Positionen – ungefähr 2700 – liegt vor. Jetzt laufen die Verhandlungen mit den Tarifpartnern. Das erklärte Ziel ist die gemeinsame Einreichung des neuen Tarifs Ende 2018 beim Bundesrat. Zu spät erkannte die breite Ärzteschaft bei der Urabstimmung 2016 die dringende Notwendigkeit einer vollständigen Tarifrevision für die Erhaltung der Tarifautonomie. Nun will sie dies nachholen. «Wir Ärzte machen vorwärts», betont Esther Hilfiker, «mit TARCO wollen wir weg von dem bestehenden Amtstarif und hin zu einem partnerschaftlichen Tarif.»

Ein erfolgreiches Mittel gegen den Hausärztemangel

Ab 2019 gibt es im Kanton Bern neu 35 Praxisassistenten-Stellen und einen Unterstützungsfonds für Lehrpraktikerinnen und Lehrpraktiker. PD Dr. med. Sven Streit, Leiter Nachwuchs und Vernetzung Hausärzte am Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), ruft Interessierte dazu auf, sich jetzt dafür zu bewerben.

Interview: Simone Keller, Presse- und Informationsdienst

Bild: Manuel Stettler

doc.be: Der Grosse Rat hat im November 2017 die Weiterführung des Praxisassistentenprogramms genehmigt. Weshalb ist das wichtig?

Sven Streit: Weil das Praxisassistentenprogramm eines der besten Mittel ist, um den Nachwuchs in der Hausarztmedizin zu stärken. Von denen, die das PA-Programm im Kanton Bern absolvieren, werden später über 80 Prozent Hausärztin oder Hausarzt. Das ist für uns enorm wichtig. Schweizweit sehen die Zahlen anders aus; da sind es ungefähr 50 Prozent von denen, die ein solches Programm durchlaufen.

Wie erklären Sie sich das?

Das hängt wohl mit dem Mentoring zusammen, das wir für angehende Hausärzte anbieten. Damit wird der Nachwuchs an der Hand genommen und in die Praxis geführt. Ein weiterer Grund ist die Selektion: Bei uns müssen sich Assistenten und Lehrpraktikerinnen oder Lehrpraktiker gemeinsam – als «Päarli» – für das PA-Programm bewerben. Das heisst, sie konnten sich bereits etwas kennenlernen; wir ordnen nicht einfach blind zu. Das ist eine gute und wichtige Grundlage für die Zusammenarbeit.

Die Anzahl PA-Stellen wird ab 2019 von 21 auf 35 erhöht. Ist das genug?

Ich sehe es als grossen Erfolg, dass der Kanton in Sparzeiten die Anzahl PA-Stellen erhöht hat. Dafür sind wir sehr dankbar! Wir befürchten allerdings, dass es noch zu wenig Stellen sind. Gemäss Schätzungen bräuchte es im Kanton Bern 55 Stellen pro Jahr, um den Hausärztemangel zu beheben. Aber eine solide Datengrundlage fehlt.

Können die Stellen für das Jahr 2019 vergeben werden?

Bis anhin hatten wir damit nie Probleme. Derzeit ist ungefähr ein Drittel vergeben. Das liegt unter anderem daran, dass wir noch nicht so viel Werbung machen konnten, weil wir die Vertragsverhandlungen erst abschliessen mussten.

Worum ging es in diesen Verhandlungen?

In erster Linie um den neu geschaffenen Fonds für benachteiligte Praxen. Der Grosse Rat hat für das PA-Programm von 2019 bis 2022 einen Fonds von jährlich CHF 84000.– bewilligt. Damit werden Lehrpraktikerinnen und Lehrpraktiker unterstützt, die ihren Beitrag von monatlich CHF 4500.– nicht bezahlen können. Ungefähr ein Drittel aller PA-Stellen wird mit den Geldern aus dem Fonds unterstützt. Ein Lehrpraktiker oder eine Lehrpraktikerin bezahlt dann noch CHF 3300.– pro Monat.

Was die BEKAG mit viel Überzeugungsarbeit für ihre Mitglieder erreicht hat

Nachdem im November 2017 der Grosse Rat die Verlängerung des Praxisassistentenprogramms und die Schaffung eines Unterstützungsfonds für benachteiligte Praxen einstimmig angenommen hatte, ist nun auch der Vertrag zwischen Kanton und Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM unterschrieben. Dieser Erfolg freut uns umso mehr, weil die BEKAG in den vergangenen Jahren viel Überzeugungsarbeit und unermüdelichen Arbeitseinsatz in die Fortführung und die Weiterentwicklung des Praxisassistentenprogramms investiert hat. Gemeinsam mit dem BIHAM haben die BEKAG und andere Verbände wie beispielsweise der VBHK in unzähligen Verhandlungen und konstruktiven Gesprächen mit Partnern und Vertretern aus der Politik und den Behörden die Fortführung und den Ausbau des Programms von 21 auf 35 Stellen vorangetrieben. An der BEKAG-Mittagsveranstaltung für Mitglieder des Grossen Rates und an weiteren Anlässen haben wir die Forderungen aufs politische Parkett gebracht.

Auch bei der Umsetzung spielt die BEKAG eine wichtige Rolle: Vizepräsident Rainer Felber nimmt Einsitz in das Board Praxisassistenten. Dieses hat gemeinsam mit dem Kantonsarztamt die Kriterien für die Vergabe des neu geschaffenen Unterstützungsfonds definiert und entscheidet abschliessend darüber, wer eine PA-Stelle und wer Mittel aus dem Unterstützungsfonds erhält.



Der Grosse Rat des Kantons Bern hat im November 2017 die Anzahl Praxisassistentenstellen erhöht und einen Fonds für benachteiligte Praxen bewilligt. Jetzt können sich Interessierte bewerben!

Wer kann sich für diesen Fonds bewerben?

In Absprache mit dem Kantonsarztamt und den kantonalen Verbänden BEKAG und VBHK haben wir vier Kriterien für die Vergabe definiert:

- Eher Einzelpraxen, das heisst Praxen mit maximal 150 Prozent Stellenäquivalent von ärztlicher Seite;
- Lehrpraktiker, die Pädiater sind;
- Hausärzte oder Pädiater, die in Gebieten mit Unterversorgung arbeiten;
- Praxen, die in Modellversuchen tätig sind.

Für die Unterstützung müssen nicht alle vier Kriterien erfüllt sein. Interessierte können sich auf unserer Webseite anmelden. Zusätzlich zum Bewerbungsformular müssen die Lehrpraktikerinnen und Lehrpraktiker in einem einseitigen Gesuch festhalten, wieso sie nicht den vollen Betrag bezahlen können. Ich möchte Kolleginnen und Kollegen dazu aufrufen, sich auch im Zweifelsfall zu bewerben. Wer qualifiziert, den unterstützen wir gerne.

Welche Funktion hat die BEKAG für das PA-Programm?

In der ersten Phase war die BEKAG der politische Partner des Berner Instituts für Hausarztmedizin. Damals ging es darum, das PA-Programm überhaupt weiterzuführen

und die Anzahl Stellen zu erhöhen. Wir brauchten die Unterstützung der BEKAG, um unsere Forderungen aufs politische Parkett zu bringen.

In der zweiten Phase, in der wir Kriterien für den Fonds definierten, war uns die Stellungnahme der BEKAG wichtig. Sie hat uns aufgezeigt, welche relevante Kriterien sind und wie man diese prüfen kann.

Aktuell sind wir an der Umsetzung. Die BEKAG ist in unserem Board Praxisassistenten vertreten. Dieses Gremium entscheidet darüber, wer eine PA-Stelle erhält.

Welche Unterstützung kann Ihnen die BEKAG geben?

Für uns ist die Versorgungsanalyse der BEKAG sehr wertvoll. Diese Datengrundlage ist beispielsweise wichtig bei der Vergabe der PA-Stellen. Sie zeigt auf, wo es aktuell eine Unterversorgung gibt, und hilft uns später bei der Evaluation unseres Programms. Ebenfalls unterstützt uns die BEKAG beim Berner Curriculum für Allgemeine Innere Medizin (siehe Kasten).

Jetzt haben wir viel über Massnahmen gegen den Hausärztemangel geredet. Wie steht es denn überhaupt um das Image des Hausarztberufes?

Das hat sich in den letzten zehn Jahren massiv gewandelt. Damals wollten ungefähr zehn Prozent der Medizin-Studierenden in den Hausarztberuf. Heute sind es fast 60 Prozent die entweder definitiv Hausärztin werden wollen oder es sich gut vorstellen können.

Warum ist das so?

Das liegt unter anderem an der Sichtbarkeit dieses Berufsfeldes: Vor zehn Jahren war das Rollenbild Hausarzt inexistent an der Universität. Heute müssen alle Medizin-Studierenden ein Praktikum in einer Hausarztpraxis absolvieren. Hinzu kommt die Akademisierung der Hausarztmedizin; eine akademische Karriere ist heute möglich.

Ein weiterer Grund ist der Wunsch nach Selbständigkeit. Ich beobachte, dass dieser häufig im Verlaufe der Weiterbildung wächst. Und nicht zuletzt hat die Vereinbarkeit von Beruf und Familie heutzutage für viele einen hohen Stellenwert. Die Hausarztmedizin bietet all das: Selbständigkeit und viel Verantwortung einerseits; Vereinbarkeit von Beruf und Familie andererseits.

Anmeldung PA-Programm

Weitere Informationen zum Praxisassistentenprogramm sowie die Möglichkeit zur Anmeldung sind online zu finden unter: www.biham.unibe.ch/weiterbildung

Aufgeschaltet ist eine aktuelle Liste aller Lehrpraktikerinnen und Lehrpraktiker im Kanton Bern, welche Assistenzärztinnen und -ärzte suchen. Wer sich auf dieser Liste eintragen lassen möchte, kann sich beim BIHAM melden.

Berner Curriculum AIM

Im neu lancierten Berner Curriculum für Allgemeine Innere Medizin finden angehende Hausärzte und Spitalinternisten eine vollständige und koordinierte Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Mit über 135 Rotationsstellen in 25 Fachgebieten ist es in dieser Grösse und Vielfalt schweizweit einzigartig. Erfahrene Mentoren unterstützen die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen bei der Karriereplanung, wobei das zweistufige Curriculum dem persönlichen Weiterbildungsziel und -stand entsprechend flexibel modulierbar ist. Mit Teilzeitstellen und zeitgemässen Anstellungsbedingungen setzen sich die Initiatoren des Berner Curriculums AIM ein für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Das Berner Curriculum steht allen Assistenzärztinnen und Assistenzärzten mit dem Weiterbildungsziel AIM offen, unabhängig vom Weiterbildungsstand.

www.bernercurriculum-aim.ch

Die Spanische Grippe – die bisher grösste Pandemie der Menschheitsgeschichte

Vor hundert Jahren forderte die Spanische Grippe weltweit mehrere Millionen Opfer. Je nach Schätzung löschte sie vielleicht mehr Menschenleben aus als beide Weltkriege zusammen. Die Tragödie geht in den zeitgleichen politischen Wirren unter – und findet sich in heutigen Geschichtsbüchern höchstens als Randnotiz.

Text: Rahel Brönnimann, Presse- und Informationsdienst
Bilder: Keystone

«Lungenentzündung infolge Influenza» lautet 1918 die immer wieder gestellte und nicht selten todbringende Diagnose – überall auf der Welt. Keine Seuche hat in so kurzer Zeit so viele Menschenleben vernichtet wie die Spanische Grippe zwischen 1918 und 1920. In drei Wellen fordert sie rund um den Globus zwischen 20 und 50 Millionen Opfer, allein in der kleinen Schweiz 25000. Frachter und Passagierdampfer bringen den Keim in alle Erdregionen, nur wenige, völlig abgelegene Orte bleiben verschont. Überall stöhnen Kranke unter den heftigen Grippe-symptomen, vielerorts werden der Leichentransport und die letzte Ruhe zur logistischen Herausforderung. Anders als bei bisherigen Epidemien sterben an der Spanischen Grippe vor allem junge Männer. Warum sie der Grippe eher erliegen als Kinder, Hungernde oder Alte,

bleibt auch hundert Jahre später ein ungelöstes Rätsel.

Unklarer Ursprung

Unbestimmt bleibt auch die Herkunft der Spanischen Grippe, am ehesten entstammt sie wohl China oder Nordamerika. Zentralchinesische Arbeiter des Chinese Labour Corps, welche den britischen Truppen im französischen Hinterland Hilfsdienste leisteten, könnten die Grippe aus China nach Europa gebracht haben. Oder aber die Grippe hat ihren Ursprung in Kansas und findet mit amerikanischen Soldaten ihren Weg nach Europa. In Asien oder auch in der österreichischen Monarchie zeigte man hingegen auf Russland. Hier allerdings ist das Ausmass der Epidemie nicht fassbar: Im revolutionsgebeutelten Russland hat man nach 1917 andere Sorgen, als Grippeaufzeichnungen zu führen. Bis heute weiss niemand, wie viele Sowjets der Grippe zum Opfer gefallen sind.

Klar hingegen ist: Mit Spanien hat die Spanische Grippe nicht mehr zu tun, als mit einem anderen Land. Ihren Namen verdankt die Spanische Grippe wohl dem Umstand, dass man im kriegsneutralen Spanien zum ersten Mal offen über die Krankheit spricht. In Spanien können Reporter ungehindert über die Epidemie berichten, in den kriegsführenden Ländern hingegen unterliegen solche Meldungen der Zensur.

Hilflose Ärzte

In den Jahren vor der Spanischen Grippe feiert die Medizin beachtliche Erfolge. Die Lebenserwartung ist unter anderem dank besseren hygienischen Verhältnissen in den Städten und dem Siegeszug der Chirurgie merklich gestiegen. «Indes – in der Ausnahmesituation der Spanischen Grippe offenbaren sich die Mängel und Risse im Gefüge der erfolgsverwöhnten Heilkunde», schreibt Medizinhistoriker Harald Salfellner. Spätestens «bei der dramatischen Herbstwelle wird ihre Hilflosigkeit



**Notlazarett in Brookline,
Massachusetts, USA.**

offenkundig». Da herkömmliche Therapieversuche wie Schröpfen oder Aspirin versagen, experimentieren Ärzte mit allerlei Mitteln. In schweren Fällen greifen sie beherzt auf Substanzen wie Opium, Morphium, Heroin oder Kokain zurück. Zahlreiche Zeitungsinserate preisen Alkoholika als Wundermittel gegen die Grippe an, gar Ärzte verschreiben sie als Präventions- und Therapiemittel.

Noch kennt die Ärzteschaft die Viren nicht. Viele Mediziner glauben dem renommierten Richard Pfeiffer, der ein Bazillus als Verursacher der Seuche identifiziert hat.

Zur fehlenden Kenntnis kommt fehlende Manpower: Im Deutschen Reich und in Österreich-Ungarn mangelt es an Ärzten, weil sie an die Front abberufen wurden. «Die zur Betreuung der zivilen Patienten verbliebenen Mediziner sind überaltert und oft genug physisch ungeeignet für den schweren Dienst», schreibt Salfellner. Spezialisten und rasch ausgebildete «Kriegsdoktoren» springen ein, aber auch wenn sie bis zu 200 Patienten am Tag behandeln, bleibt die Versorgung aller Hilfsbedürftigen unmöglich. Ein Berliner Krankenhaus nimmt nur noch Patienten mit mindestens 41 Grad Fieber auf. Vergeblich warten zahllose Grippekranke zu Hause auf einen Arzt, vor allem auf dem Land. Denn hier kommt hinzu, dass Ärzte

sie gar nicht erst erreichen können, weil die Verkehrsmittel fehlen.

Personalmangel ist aber nicht nur dem Krieg geschuldet, sondern oft auch der Grippe selbst. Im amerikanischen Boston beispielsweise fehlt es an Ärzten und Schwestern, da diese selber erkrankt sind. Die 265 Schulgebäude der Stadt werden geschlossen und in Notspitäler umgewandelt, die Lehrer werden als Pflegepersonal eingesetzt.

Präventionsbemühungen

Den Ausnahmezustand spüren die Zeitgenossen auch im gesellschaftlichen Leben. Vielerorts betreiben Behörden Prävention: Sie schliessen Theater, Kinos und andere Lokalitäten, sie untersagen Tanzveranstaltungen und Kirchenbesuche. Von Schulschliessungen sehen sie allerdings oft ab, weil sie herumlungernde Schüler als das grössere Übel einstufen als die Menschenansammlung im Schulzimmer. Maskentragen wird oft empfohlen, an gewissen Orten gar Pflicht: In San Francisco willigen zwar die meisten zuwiderhandelnden Personen nach einer Geldstrafe zugunsten des Roten Kreuzes ein, die Maske zu tragen, zahlreiche Maskenmuffel aber werden verhaftet und füllen kurzzeitig die Gefängnisse.

Mit dem Ende des Weltkrieges ist die Grippe zwar nicht ausgestanden, findet aber in der Berichterstattung kaum noch Platz.

Die Siegesfeiern und Massenparaden lassen die Zahl der Grippeopfer erneut in die Höhe schnellen, allein in Grossbritannien verzeichnet man in der Woche nach dem Waffenstillstand 19000 Grippeopfer.

Folgeschwere Pandemie

Die Grippe beeinflusst sowohl das private als auch das öffentliche Leben im letzten Kriegsjahr massiv – was sie für alle Pflegenden und Angehörigen der Verstorbenen emotional aber auch finanziell bedeutet, können wir nur mutmassen. Die demographischen Folgen der Grippe sind



Die fast vergessene Katastrophe

Der Medizinhistoriker Harald Saffellner zeichnet in seinem aktuellen Buch den globalen Verlauf der Spanischen Grippe nach. Mit zahlreichen Fotos, zeitgenössischen Illustrationen und Beschreibungen einzelner Krankheitsfälle macht er die fast vergessene Katastrophe fassbarer.

Der Autor selbst schreibt passend: «Die vorliegende Zeitreise in die Welt unserer Urgrosseltern sei Nachruf und Denkmal zugleich den Abertausenden, denen die Spanische Grippe zum tragischen Schicksal wurde.»

ISBN 978-3-89919-510-1

einschneidend, nicht nur wegen der vielen Todesfälle, auch wegen mangelnden Geburten: Weltweit werden Millionen von Kindern wegen der hohen Sterblichkeit schwangerer Mütter und Personen im reproduktionsfähigen Alter gar nicht erst geboren. Zahllose Fragen rund um die Spanische Grippe bleiben unbeantwortet, so auch, ob die Grippe die Kriegsgeschehnisse beeinflusst hat oder ob der Krieg gar massgebend für deren Ausmass war. Die Spanische Grippe birgt sowohl für die Mediziner als auch für Historiker zahlreiche Rätsel, die noch eine Weile beschäftigen werden.

Die Spanische Grippe in der Schweiz

Text: Beat Gafner, Past President BEKAG

Die Spanische Grippe 1918 sticht aufgrund ihrer Heftigkeit aus den mindestens 30 Grippepandemien seit 1500 besonders heraus. Mit 20 bis 50 Millionen Todesopfern war sie tödlicher als der 1. Weltkrieg. Einziger nicht betroffener aber bewohnter Ort der Welt war die Insel St. Helena im Atlantik. Erfasst wurden von Juli 1918 bis Juni 1919 in zwei Wellen (Ähnlichkeit zur aktuellen, saisonalen Grippewelle) in der Schweiz zirka zwei Millionen Menschen, davon starben rund 24500. Die Spanische Grippe war somit die bisher grösste demografische Katastrophe der Schweiz.

60 Prozent der Toten sind zwischen 40- und 60-jährig, die Mehrheit sind Männer. Die Sterblichkeit ist in der Landschaft grösser als in städtischen Zentren, wissenschaftlich gesicherte Erklärungen hierzu fehlen. Doch nimmt man heute an, dass die Ursache in der teilweise vorhandenen Immunität älterer Personen gegen verwandte Influenzaviren von früheren Grippewellen her zu suchen ist.



GREEN LAKE

ENTRANCE

In Seattle verweigert der Schaffner einem Mann ohne Schutzmaske die Mitfahrt in der Strassenbahn.

Grippe macht Politik und Klassenkampf

Der Seuchenausbruch fiel in die Schlussphase des 1. Weltkrieges, einer Zeit starker sozialer Auseinandersetzungen, die in der Schweiz im Landesstreik von November 1918 kumulierten. Es herrschten Engpässe in der Kohle- und Lebensmittelversorgung, eine Ernährungskrise mit Mangel- und Unterernährung weiter Teile der Bevölkerung waren die Folge. Unter den Militärdienstleistenden war die Grippeanfälligkeit sehr gross. Dies führte zur Schliessung von Schulen, Kirchen und Theater, zum Verbot von Tanzveranstaltungen und Leichenfeiern sowie zur Verschiebung aller militärischen Schulen. Daraufhin folgten heftige Presseangriffe auf die Armeeführung mit der Behauptung, die Verpflegungs- und Unterkunftsverhältnisse im Militärdienst seien katastrophal.

General Wille und der Bundesrat liessen Untersuchungen durchführen und setzten Kommissionen ein, was zur Beruhigung bezüglich der Zustände in der Armee führte, ohne dass eine effektive Verbesserung der Situation erreicht worden war.

Die Monate Oktober und November 1918 waren geprägt von einer aufgeheizten, fast bürgerkriegsähnlichen Stimmung, so dass umfangreiche Streiks durchgeführt und Truppen zur Sicherung der Ordnung in Zürich einberufen wurden.

Der Zeitpunkt der Unruhen fiel zusammen mit dem Ausbruch der zweiten Grippewelle in der Schweiz, mit der Folge, dass Arbeiterschaft und Bürgerblock sich gegenseitig die Schuld an den Hunderten von grippegetöteten Soldaten zuschoben. Dagegen spricht aber, dass auch abseits der Zentren die Grippe ihren Höhepunkt erreichte.

Letztlich waren von den 24449 Grippegetöteten «nur» 913 Soldaten im Ordnungsdienst. Die Medizin und die Behörden standen

dem Verlauf der Epidemie weitgehend machtlos gegenüber; Aspirin und Schröpfen waren die einzigen Massnahmen. Die Spanische Grippe wurde aber von beiden politischen Lagern deutlich für ihre eigenen Zwecke instrumentalisiert.

Weitere grosse Grippepandemien seit dem Ausbruch 1918

1957: Asiatische Grippe, Influenzavirus A/H2N2, Ursprung China, zirka 1,5 Millionen Tote.

1968: Hongkong-Grippe, Influenza A/H3N2, zirka 1 Million Tote.

1977: Russische Grippe, Influenzavirus A/H1N1, zirka 700 000 Tote.

Herkunft der Begriffe

Influenza < lat. Influentia, influere = hineinfließen

Im 14. Jahrhundert in Italien Bezeichnung für alle epidemiologisch auftretenden Krankheiten, die man auf den Einfluss der Gestirne und speziellen Planetenkonstellationen zurückführte. Später auf den Einfluss kalter Luftströmungen.

Grippe < franz. la grippe = ursprüngliche Bedeutung: «Laune», «Grille», «Mode»

gripper < franz. = einfangen, greifen, fassen.

Zuerst 1743 genannt und als gängiger Trend interpretiert. «Grüppi» im 16. Jahrhundert in der Schweiz gängiger Name für einen Schnupfen. Erst 1933 wurde das Grippevirus isoliert und damit der genauen Diagnostik zugänglich.

Die Zürcher Liste

Seit Anfang 2018 bezahlt der Kanton Zürich bestimmte stationäre Eingriffe nur noch im Ausnahmefall. Welche politischen Überlegungen stecken hinter der kantonalen Operationsliste?

Text: Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst
Bild: Keystone

«Am Anfang stand eine kantonale Sparübung», erklärte Dr. Thomas Heiniger in der gut besetzten Aula des Berner Lindenhospitals. Der Zürcher Gesundheitsdirektor war Gastreferent an der diesjährigen Mitgliederversammlung der Berner Belegärzte-Vereinigung BBVplus. Der Zürcher Regierungsrat hatte vom Parlament den Auftrag gefasst, das Kantonsbudget um 1,2 Milliarden Franken zu entlasten, so Heiniger. Kosten seien ein heikles Thema. Deshalb fokussierte sein Gesundheitsdepartement bei der Erarbeitung politischer Lösungen besonders auf die Leistungsseite. Ein Ansatzpunkt war die Schnittstelle zwischen ambulanten und stationären Behandlungen. In der Schweiz werden – verglichen mit anderen Industrienationen – in der Chirurgie deutlich weniger Eingriffe spitalambulant vorgenommen. «Es werden unnötig viele Leistungen stationär erbracht», ist Heiniger überzeugt. Ambulante Behandlungen seien sinnvoll und entsprächen einem Bedürfnis. Viele Patienten wünschten sich nach dem Eingriff am Abend wieder im eigenen Bett zu schlafen. Und mehr ambulante Behandlungen und Behandlungsstrukturen seien auch aus ökonomischer Sicht für das Gesundheitswesen interessant. Sie bedeuten «... bei gleicher Qualität der Leistung die Chance auf Einsparungen», folgerte der Zürcher Gesundheitsdirektor.

Zwei Lösungsansätze

Mögliche Gründe für unnötige Hospitalisationen ortet Heiniger in den unterschiedlichen Finanzierungssystemen von ambulanten und stationären Leistungen. Im ambulanten Bereich tragen die Krankenkassen die Kosten alleine, während im stationären Bereich die Kantone 55 Prozent mitbezahlen. So sparen die Krankenkassen bei stationären Eingriffen, obwohl die Gesamtkosten deutlich höher liegen. Aus seiner Sicht lässt sich dieser Fehlanreiz auf zwei Arten beseitigen: ökonomisch oder juristisch.

Der ökonomische Ansatz verlangt eine Änderung der Tarifstruktur und der Zusatzversicherung. Heute lohnen sich stationäre Behandlungen für Versicherer und Spitäler. Deshalb sollen sie künftig weniger Geld erhalten, wenn eine Behandlung auch ambulant hätte durchgeführt werden können. Bei solchen Fällen, so die Überlegung, sollen stationäre und ambulante Behandlung gleich entschädigt werden. «Den ökonomischen Ansatz konnte der Kanton Zürich wegen fehlender rechtlicher Kompetenzen nicht verfolgen», machte Heiniger umgehend klar.

Dem Kanton blieb, so der Gesundheitsdirektor, nur der juristische Ansatz über eine kantonale Gesetzesreform. Mit der Änderung des Spitalplanungsgesetzes und Spitalfinanzierungsgesetzes legte der Kantonsrat die rechtlichen Grundlagen. «Meine Direktion erarbeitete zusammen mit Experten der Spitäler eine Liste mit unbestritten ambulant durchführbaren Behandlungen», führte Heiniger aus (siehe Kasten).



Der Zürcher Gesundheitsdirektor Thomas Heiniger ist überzeugt, dass sich mit «ambulant vor stationär» Kosten einsparen lassen.

Behandlungsfreiheit bleibt

Fachärzte wählten die Eingriffe aus, Spitalvertreter definierten die Prozesse, und gemeinsam mit den Behörden legten sie die Ausnahmekriterien fest. Die Liste beschränke den behandelnden Arzt in seiner Behandlungsfreiheit in keiner Weise, versicherte Heiniger. Noch immer könnten Ärztinnen und Ärzte ihre Fälle individuell betrachten und Eingriffe stationär vornehmen, wenn es sich um intensive, komplexe Eingriffe oder um Patienten mit Komorbiditäten oder schwierigem sozialen Hintergrund handle. Anfang 2018 trat die Liste in Kraft. Für ein erstes Fazit sei es zu früh, räumte Heiniger ein. Erste verlässliche Daten für das Einführungsjahr werden ab April 2019 vorliegen. Dann sollen – in Zusammenarbeit mit den Versicherern – die Zahlen fundiert analysiert werden.

Sparpotenzial unbestritten

Für Thomas Heiniger steht aber jetzt schon fest, dass sich mit «ambulant vor stationär» Kosten im Gesundheitswesen einsparen lassen. Und dies sei ganz im Interesse der Patienten, der Steuerzahler (Kantone) und der Prämienzahler (Versicherer).

Der Kanton Zürich griff mit der Operationsliste hoheitlich in seine Spitalplanung ein und findet damit zahlreiche Nachahmer in anderen Kantonen.

Das vollständige Referat von Herrn Dr. Thomas Heiniger, Regierungspräsident und Gesundheitsdirektor des Kantons Zürich, ist einsehbar unter: www.bbvplus.ch (Kategorie News)

«Zürcher Expertenliste»

Augen

- Operation grauer Star

Bewegungsapparat

- Kniearthroskopien inkl. Eingriffe am Meniskus
- Periphere Osteosynthesematerialentfernungen
- Rekonstruktion und Resektionen bei Deformitäten der Kleinzehen (ohne Hallux)
- Teilgebiete der Handchirurgie

Gefässe und Herz

- Einseitige Krampfaderoperation der unteren Extremität
- Hämorrhoideneingriffe
- Perkutane transluminale Angioplastik inkl. Ballondilatation (Gefässuntersuchungen)
- Diagnostische Herzuntersuchungen
- Herzschrittmacherimplantation

Diverse

- Leistenhernienoperationen
- Untersuchungen / Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter
- Zirkumzision
- Nierensteinertrümmerung

Der unbezifferte Gewinn der Prävention

Trägt Prävention zur Kostendämpfung bei? Diese Frage taucht regelmässig auf, wenn über staatliche Prävention in der Gesundheitsversorgung diskutiert wird. Man könnte sich aber auch fragen: Muss Prävention Geld sparen? Oder genügt es, wenn Krankheitslast vermieden wird?

Text: Andrea Renggli, Presse- und Informationsdienst
Bild: Keystone

Die Kariesprophylaxe bei Schweizer Schulkindern ist eine Erfolgsgeschichte: Seit der Einführung der Schulzahnpflege in den 1960er-Jahren ist Karies bei Kindern um 90 Prozent zurückgegangen. Somit ist die Schulzahnpflege ein Paradebeispiel für funktionierende Prävention: Mit vergleichsweise geringem finanziellem Aufwand konnten die sehr viel höheren Kosten für Zahnbehandlungen vermieden werden, und die Gesundheit der Bevölkerung verbesserte sich.

So sollte Gesundheitsförderung funktionieren, denkt man sich. Doch leider ist es nicht immer so einfach. Ist eine Präventionsmassnahme gelungen, wenn sie gleich viel oder sogar mehr kostet, als letztlich eingespart wird? Oder – und das ist heute bei den meisten Präventionsmassnahmen der Fall – wenn durch die Prävention zwar Krankheiten oder Unfälle vermieden werden, dadurch aber die durchschnittliche Lebenserwartung steigt und so zusätzlich Kosten für die Alterspflege entstehen?

Von welchen Kosten sprechen wir?

Trägt Prävention zur Kostendämpfung bei? Muss sie das überhaupt? Um diese Fragen zu beantworten, ist zunächst zu entscheiden, von welchen Kosten wir sprechen. Im Zusammenhang mit Krankheitsprävention ist meistens von den direkten medizinischen Kosten die Rede. Gemäss einer Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte

Wissenschaften entstehen in der Schweiz 80 Prozent dieser direkten Kosten durch nicht übertragbare Krankheiten; dazu zählen unter anderem Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und psychische Störungen.

Eine zweite Dimension der Krankheitskosten sind die Produktionsverluste: Kranke Menschen sind vorübergehend oder dauerhaft arbeitsunfähig. Dadurch entstehen dem Arbeitgeber respektive der Volkswirtschaft finanzielle Verluste. Allerdings wurde die Höhe der Produktionsverluste durch Krankheit in der Schweiz nie wissenschaftlich erhoben.

Eine Masseinheit für Krankheitslast

Die dritte Kostendimension ist die Krankheitslast. Dieser Begriff bezeichnet das Leiden, das durch eine Krankheit entsteht, sowie den Verlust an Lebensjahren. Um die Krankheitslast messen und darstellen zu können, haben Gesundheitsökonominnen in den 1990er-Jahren die Masseinheit Daly (disability-adjusted life years) entwickelt. Kurz zusammengefasst bezeichnen Daly die mit einer Krankheit oder Behinderung gelebten sowie die durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre – gemessen an einer Standard-Lebenserwartung von 80 Jahren für Männer und 82,5 Jahren für Frauen. Anhand der statistischen Daten lässt sich für jede Krankheit ausrechnen, wie viele Daly sie verursacht.

Die weltweite Krankheitslast nach dem Daly-Konzept beträgt 1,4 Milliarden Lebensjahre. In der



Seit der Einführung der Schulzahnpflege in den 1960er-Jahren ist Karies bei Kindern um 90 Prozent zurückgegangen. Somit ist die Schulzahnpflege ein Paradebeispiel für funktionierende Prävention in der Gesundheitsversorgung.

Schweiz sind es jährlich 1,9 Millionen Lebensjahre. Davon sind 87 Prozent auf nicht übertragbare Krankheiten zurückzuführen. Die grösste Krankheitslast verursacht Krebs – vor allem, weil viele Krebspatienten an der Krankheit sterben, also viele Lebensjahre einbüßen.

Die Wirkung von Gesundheitsförderung

Mit dem Daly-Konzept lässt sich auch abschätzen, wie viele Lebensjahre durch vermeidbare Risikofaktoren verloren gehen; anders formuliert: wie viele Lebensjahre durch Präventionsmassnahmen gewonnen werden könnten. Gemäss der Global Burden of Disease Study (healthdata.org/gbd) könnten wahrscheinlich rund 80 Prozent der Daly, die weltweit durch kardiovaskuläre Krankheiten entstehen, vermieden werden. Bei Krebserkrankungen sind es fast 50 Prozent. Würde in der Schweiz die Prävention perfekt funktionieren, wären rund 40 Prozent der Daly vermeidbar. Die grössten Verursacher der vermeidbaren Krankheitslast sind Tabak, ungesunde Ernährung und hoher Blutdruck.

Kosten-Nutzen-Verhältnis beachten

Reine Betroffenheitspolitik würde das Gesundheitsbudget ins Unermessliche steigen lassen. Deshalb muss Gesundheitspolitik auf rationalen Kriterien beruhen. Dazu gehören die Kosten von Präventionsmassnahmen ebenso wie deren Wirksamkeit. Dennoch darf bei der Planung von Krankheitsprävention das finanzielle Potenzial nicht die einzige Entscheidungsgrundlage sein. Schon heute wird das Kosten-Nutzen-Verhältnis von gesundheitlichen Massnahmen in die politischen

Überlegungen einbezogen, etwa bei der Verschreibung von Medikamenten. Massgebend sind dabei die bewährten WZW-Kriterien: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Werden Faktoren wie Krankheitslast und verlorene Lebensjahre beziffert, kann dasselbe Prinzip auf Massnahmen zur Gesundheitsförderung angewandt werden.

Dieser Artikel stützt sich in grossen Teilen auf einen Vortrag von Prof. Dr. oec. publ. Simon Wieser, Leiter des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie WIG ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, anlässlich einer Veranstaltung der parlamentarischen Gruppe Gesundheitspolitik der Bundesversammlung am 13. Juni in Bern. Er entstand im Rahmen einer Kooperation des doc.be mit dem Swiss Dental Journal SSO.



DAS KÜHLE REZEPT GEGEN HEKTIK

Patient X will den Termin verschieben, der Arzt muss zu einem Notfall, das Spital verlangt dringend ein Patienten-Dossier und im Wartezimmer sitzen mehrere Neupatienten, deren Daten aufgenommen werden müssen. Mit den Dienstleistungen und Informatikprodukten der Ärztekasse haben Sie alles problemlos im Griff!

Beratung + Service + Software +
Schulung = Ärztekasse

www.aerztekasse.ch



**Resultat bleibt
Resultat.
Wir nehmen es
persönlicher.**

Das medizinisch-diagnostische
Labor an der Südbahnhofstrasse 14c
in Bern.



www.medics.ch

Terminplan 2018 Aerztegesellschaft des Kantons Bern

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

24. Oktober
FMH Ärztekammer,
nachmittags

25. Oktober
FMH Ärztekammer,
ganzer Tag in Biel

15. November
Bezirksvereins-
versammlungen,
kantonsweit