



Themen dieser Ausgabe

**BEKAG-Mittags-
veranstaltung 2019:
Globalbudget**

**Aktuelle Reformen
im Gesundheitswesen:
Ein Panoptikum**

**Stefan Kuchen ist
Teacher of the Year 2018**

Nach MAS ist vor MAS



Von November 2018 bis Ende April 2019 lief die Erhebung MAS (Medical Ambulatory – Structure) 2017 des Bundesamtes für Statistik BFS. Schweizweit haben 83 Prozent der befragten Arztpraxen und ambulanten Zentren den E-Fragebogen ausgefüllt und Informationen zu ihrer Situation geliefert. Die Gesamtauswertung der Erhebung durch das BFS ist im Gang – Resultate werden Ende Oktober vorliegen. Erste Auswertungen zeigen bereits: Der Rücklauf aus dem Kanton Bern fällt im nationalen Durchschnitt ab. Das liegt an der problematischen Geschichte von MAS.

Noch für die Erhebung MARS/MAS 2015 hatte die BEKAG dazu aufgerufen, die Datenübermittlung ans BFS zu boykottieren, weil der Verwendungszweck nicht klar genug definiert war. Entsprechend tief war die Beteiligung der Berner Ärzteschaft im Vergleich zur übrigen Schweiz. Nachdem aber im weiteren Verlauf mit Verhandlungen zwischen FMH und BFS die damals offenen Fragen weitgehend geklärt werden konnten, hat auch die Berner Aerztegesellschaft ihre Mitglieder zur Teilnahme MAS 2017 aufgefordert. Mit dem Rat, die Daten nur zu statistischen, nicht aber zu aufsichtsrechtlichen Zwecken einzureichen.

Der Erfolg? Rund ein Drittel der eingereichten Daten darf nur für statistische Zwecke verwendet werden, was standespolitisch erfreulich ist. Aber: Nach wie vor hat nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Berner Praxen und ambulanten Zentren Daten geliefert, im schweizweiten Vergleich eines der schlechtesten Ergebnisse.

Während die Analyse der Daten MAS 2017 noch läuft, haben bereits die Vorbereitungen für MAS 2018 begonnen. Womöglich sind bei Nichtausfüllen des Fragebogens MAS 2018 neu Sanktionen vorgesehen. Wir legen der Ärzteschaft nahe: Machen Sie mit! Optimierungen sollen das Ausfüllen des Fragebogens weiter erleichtern, die rege genutzte und kompetente Support-Hotline wird auch wieder bereitstehen.

Bereiten Sie sich jetzt schon vor und machen Sie mit bei MAS 2018 – Startschuss ist der 11. November 2019!

Dr. med. Esther Hilfiker
Präsidentin Aerztegesellschaft des Kantons Bern

Inhalt

4 «Was tun, wenn das Budget aufgebraucht ist?»

An der BEKAG-Mittagsveranstaltung 2019 hat FMH-Präsident Dr. med. Jürg Schlup über die Gefahren des Globalbudgets gesprochen.

8 Aufwind für Ihren Wahlkampf

BEKAG-Mitglieder, die zu den nationalen Wahlen antreten, sind eingeladen, uns ihre Angaben für ein Kurzporträt zu schicken.

9 Prämien- und Kostendämpfung

Welche Ansätze verfolgen die politischen Parteien? Ein Panoptikum der aktuellen Reformen.

12 «Die Auszeichnung steht allen fünf Nominierten zu»

Dr. med. Stefan Kuchen wurde von den Berner Medizinstudierenden zum «Teacher of the Year» gekürt. doc.be hat mit ihm gesprochen.

15 Wir gratulieren!

Am 3. Juli 2019 fand die MPA-Diplomfeier im Hotel National Bern statt.

Impressum

doc.be, Organ der Aerztesgesellschaft des Kantons Bern; Herausgeber: Aerztesgesellschaft des Kantons Bern, Postgasse 19, 3000 Bern 8 / erscheint 6 x jährlich; verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Aerztesgesellschaft des Kantons Bern; Redaktion: Marco Tackenberg, Nicole Weber 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, weber@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch; Inserate: Nicole Weber, weber@forumpr.ch; Gestaltung / Layout: Definitiv Design, Bern; Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern; Titelbild: Béatrice Devènes

Äusserungen unserer Gesprächspartner und Beiträge von Dritten geben deren eigene Auffassungen wieder. Das doc.be macht sich Äusserungen seiner Gesprächspartner in Interviews und Artikeln nicht zu eigen.

FMH-Empfehlung zum neuen Verjährungsrecht

Am 1. Januar 2020 tritt das neue Verjährungsrecht in Kraft. Die FMH empfiehlt, Krankengeschichten während neu 20 Jahren aufzubewahren und Versicherungspolice mit einer 20-jährigen Nachdeckung abzuschliessen. Hilfreiche Informationen dazu finden Sie auf der Website des Bundes und im SÄZ-Artikel «Neues Verjährungsrecht» (Details s. unten). Der Übergang zwischen altem und neuem Recht wird in Art. 49 SchIT ZGB folgendermassen geregelt:

«Bestimmt das neue Recht eine längere Frist als das bisherige Recht, so gilt das neue Recht, sofern die Verjährung nach bisherigem Recht noch nicht eingetreten ist.»

Konkret heisst dies:

Hat die letzte Behandlung vor dem 01.01.2010 stattgefunden, so tritt die Verjährung spätestens am 31.12.2019 ein. Sonst gilt die 20-jährige Frist, auch

für alte Dossiers. Daraus ergibt sich die Empfehlung, das gesamte Patientendossier 20 Jahre nach der letzten Eintragung aufzubewahren, wenn diese nach dem 31.12.2009 stattgefunden hat.

Wenn es um langfristige Leistungen der Versicherer gehen kann, kann es für den Patienten hilfreich sein, wenn der Arzt das Patientendossier auch ohne gesetzliche Pflicht länger aufbewahrt (z. B. bei Berufskrankheiten oder Leiden in Zusammenhang mit dem Militärdienst; siehe auch Leitfaden der FMH und der SAMW «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag», S. 48).

Weitere Informationen

- Webseite des Bundes: www.bj.admin.ch
- Artikel: «Neues Verjährungsrecht» in der SÄZ 2018;99(5152):1825-1826 (Online: www.saez.ch)

«Was tun, wenn das Budget aufgebraucht ist?»

Alljährlich begrüsst die BEKAG Vertreterinnen und Vertreter des Grossen Rats im Restaurant «Zunft zu Webern» zur gesundheitspolitischen Mittagsveranstaltung. 2019 geht es um das Massnahmenpaket des Bundes zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen – und die Gefahren des Globalbudgets.

Text: Nicole Weber, Presse- und Informationsdienst
Fotos: Béatrice Devènes

Es ist eine illustre Gruppe von Politikerinnen und Politikern, die zusammengefunden hat, um sich in der Mittagspause der Session gesundheitspolitisch weiterzubilden. Die Gespräche während der Vorspeise in der «Zunft zu Webern» sind angeregt, Ruhe im Saal ist nicht einfach herzustellen. Doch schliesslich kann der offizielle Teil mit einer guten Nachricht beginnen: Esther Hilfiker, die Präsidentin der BEKAG, erinnert daran, dass die Schweiz nicht einfach ein gutes, sondern das beste Gesundheitswesen Europas hat, wie jüngst der Euro Health Consumer Index (EHCI) 2018 bestätigt hat. Dies gilt es zu verteidigen: «Wir haben etwas zu verlieren!»

Die Massnahmen zur Dämpfung der Gesundheitskosten, die der Bund seit 2016 in verschiedenen Mitteilungen ankündigt, bringen das System in Gefahr. Viele weisen in Richtung Globalbudget – das zulasten der Patienten geht und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient beschädigt. Hilfiker ruft die aktuelle Kampagne der BEKAG ins Gedächtnis. Sie definiert die rote Linie, die nicht überschritten werden darf: Der Patient muss darauf vertrauen, dass sein Arzt ihn pflegt, bis er gesund ist, und nicht bis das Budget aufgebraucht ist.

Kein Brennpunkt Gesundheitskosten

Um das zu vertiefen, übergibt Esther Hilfiker das Wort an Dr. med. Jürg Schlup, Präsident der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

(FMH). Schlup ist von der BEKAG eingeladen worden, um den Politikerinnen und Politikern einen praxisnahen Überblick über die verschiedenen Sparmassnahmen zu geben und die Gefahren eines Globalbudgets aufzuzeigen. Pläne dazu seien im Bundesrat schon sehr weit fortgeschritten – «doch kaum jemand merkt es, und wenige sprechen darüber. Heute will ich darüber sprechen.»

So startet der FMH-Präsident, und er lässt einen Paukenschlag folgen: Die scheinbar unverrückbare Prämisse, dass wachsende Gesundheitskosten eines der grössten Probleme der Schweizer Bevölkerung bedeuteten, sei schlicht falsch. Die Demagogie der politischen Forderung nach weniger Kostensteigerung werde deutlich, wenn man sich die konkreten Zahlen vor Augen führt. Die Prämien sind seit 1997 zwar um rund 1500 Franken gestiegen; die Einkommen aber um rund 18500 Franken, also ein Vielfaches davon. Der Gesundheitsmonitor 2019 (GFS Bern) hat denn auch gezeigt, dass nur 11 Prozent der Schweizer Bevölkerung die Kassenprämien als «dauerhaftes» und 23 Prozent als «gelegentliches Problem» wahrnehmen. Klar sei: «Diese 11 bis 34 Prozent brauchen unsere Hilfe und Unterstützung.» Jedoch: «Deswegen müssen wir nicht das ganze System ändern. Im Moment wird aber das System geändert.»

Sparen durch mehr Administration?

Mehrere aktuelle Geschäfte, die Gesundheitskosten senken sollen, führen nämlich zu Ende gedacht zu einem Globalbudget (Details zu den verschiedenen Geschäften s. Kasten). Und damit zu der Frage,



FMH-Präsident Jürg Schlup warnt: Das Globalbudget wird ernsthaft diskutiert!

über die niemand spricht: «Was passiert, wenn das Budget aufgebraucht ist?» Dazu schweigt die CVP-Initiative für eine «Kostenbremse», mit der man die Katze im Sack kauft. Und dazu schweigt das Massnahmenpaket des Bundesrats. Darin fordert der Bundesrat, «ungerechtfertigte Erhöhungen» der Gesundheitskosten zu bekämpfen, und benennt eine maximale «Zielvorgabe», wie stark die Kosten steigen dürfen. Globalziele, Kostenbremse, Zielvorgaben, Mengenbudgets, Kostensteuerung – egal, wie man es benennt, gemeint ist immer dasselbe: Ein Globalbudget für das Gesundheitswesen der Schweiz. Oder, pointierter ausgedrückt: «Planwirtschaft und Zielvorgaben wie in Nordkorea.» Und das will die Ärzteschaft, so macht Schlup deutlich, bekämpfen, da es den Patienten nur schaden kann.

Inzwischen sind die Politikerinnen und Politiker beim Hauptgang angelangt, während Schlup am Rednerpult die technischen Details vertieft: Grundsätzlich unterstütze die Ärzteschaft sinnvolle Sparmassnahmen, sofern sie dem Patienten nicht schaden. Von 38 im Jahr 2017 vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen hatte die FMH ganze 25 ausdrücklich als ausgezeichnet bewertet. Umso verständlicher, dass gerade diejenigen vorangetrieben werden, die ein Globalbudget definieren wollen. Zumal das Sparpotenzial gering ist, wie der Blick über die Kantonsgrenze zeigt: Die Kantone Genf, Waadt und Tessin kennen bereits ein Globalbudget im Spitalbereich. Und es sind genau die drei Kantone, wo Versicherte die höchsten Prämien bezahlen.

Zielvorgaben und Mengenziele erfordern Überprüfung: Wer soll entscheiden, was eine «ungerechtfertigte Kostensteigerung» ist und was akzeptabel? Und wie lässt sich das in jeder einzelnen Praxis überprüfen? Dazu müsste die Administration aufgeblasen werden – wie das Beispiel Deutschland zeigt. Deutschland hat seit zwei Dekaden ein Globalbudget für das Gesundheitswesen, dort kommt auf zehn berufstätige Ärzte eine Person, die Budgets verteilt und überwacht. Schlup hat es für die Schweiz nachgerechnet: Analog dazu würde die Bürokratie, die für die Budgetverteilung notwendig ist, in der Schweiz der Grösse dreier Bundesämter für Gesundheit entsprechen. Deutschland schafft es denn auch trotz Globalbudget nicht, dass das Gesundheitswesen einen wesentlich kleineren Teil des Bruttoinlandsprodukts ausmacht (CH: 12,1 Prozent, DE: 11,2 Prozent). Zwar seien die 0,9 Prozent BIP, die Deutschland einspart, gutes Geld; «ich verstehe die Bemühungen», so Schlup. Aber was sind die Folgen?

Zweiklassenmedizin

Die wichtigste Frage ist nämlich: Was passiert, wenn die «Zielvorgaben» überschritten werden? Wenn die Politik den Umfang der Patientenversorgung festlegt, müsste der Versicherungsanspruch des Patienten mit dem Budget enden. Eine Kommissionsmotion des Ständerates vom 24.04.2019 hält explizit fest, dass dabei nicht nur die Leistungen, sondern auch die Menge der Leistungen mit den Tarifpartnern verhandelt werden müssen. Schlup bringt es auf den Punkt: «Das heisst also: Es werden noch 13 Leistenbrüche,



Die Stimmung im Publikum war während der ganzen Mittagsveranstaltung hochkonzentriert.

16 Lungenentzündungen in dieser oder jener Region pro Jahr vergütet!«

An dieser Stelle kommt Unruhe im Saal auf. Schlup bestärkt: Die Ärzteschaft würde auf jeden Fall das Referendum ergreifen. «Wir würden das Globalbudget umsetzen müssen, wir würden uns nicht weigern. Aber wir wollen die Volkslegitimation, denn wir sind dann die Bösen.» Auch das verdeutlicht der Blick nach Deutschland: Hat ein Arzt dort sein Kontingent erfüllt, nimmt er eine weitere Behandlung nicht an. Manche Praxen schliessen gar ganze Tage, um das Budget nicht zu überschreiten. Patienten müssen dadurch teils zu fremden Ärzten wechseln, Terminverschiebungen ins Folgequartal sind längst Usus. In Nordrhein-Westfalen zum Beispiel warten Kassenpatienten – also öffentlich Versicherte – auf einen Termin beim Kardiologen ganze 71 Tage; Privatpatienten dagegen nur 19. Die Folgen sind absehbar. Wer es sich leisten kann, lässt sich privat versichern und wird vom System privilegiert. Schlup macht ganz deutlich: Das ist eine Zweiklassenmedizin. Und er zitiert die beängstigende Einschätzung des Gesundheitsökomen Volker Ulrich: «In einem Globalbudget arbeitet derjenige wirtschaftlich, der es schafft, sich von der Versorgung kranker Menschen fernzuhalten».

«Sparen zuerst bei den Strukturen, zuletzt bei den Patienten»

Schlups Erläuterungen sitzen. Die Stimmung im Publikum war bis zum Schluss hochkonzentriert, nun folgt beim Dessert eine angeregte Diskussion. Besonders die Gefahr einer Zweiklassenmedizin

beschäftigt die Grossrätinnen und Grossräte. FDP-Grossrat Hans-Peter Kohler fasst unter breiter Zustimmung zusammen: «Jeder, der viel Geld hat, kommt immer zur nötigen Behandlung, aber diese Zweiklassenmedizin haben wir in der Schweiz nicht und wollen wir auch nicht.»

Bei der gemeinsamen Suche nach Alternativen kommen weitere Brennpunkte der Gesundheitspolitik zur Sprache. Grossrätin Anne Speiser-Niess (SVP) spricht das Problem eines Stadt-Land-Grabens und einer Über- bzw. Unterversorgung an. Das kann Schlup relativieren: Damit habe das Prämienwachstum kaum etwas zu tun. Die Verteilung der Ärzte – Genf hat die grösste Ärztedichte, Appenzell Innerrhoden die geringste – ist seit 1860 gleich geblieben. Wenn man von Überversorgung spreche, dann sei aber die Infrastruktur relevant: Die Schweiz hat 280 Spitäler und es wird von Versorgungsengpässen gesprochen – während Schweden, ein knapp 1600 Kilometer langes Land mit derselben Einwohnerzahl wie die Schweiz, nur gut 50 Spitäler hat. Für Schlup ist klar: «Zuerst sollte bei den Strukturen gespart werden, zuletzt bei den Patienten.» Zuerst sollte man infrastrukturelle Probleme ansprechen, bevor man Globalbudgets einführt.

Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) wäre auch eine sinnvolle und prämiensparende Lösung, die nicht auf Kosten der Patienten geht. Die FMH fordert sie seit Jahren, und verschiedene Berechnungen gehen von bis zu 3 Milliarden Franken möglicher Einsparungen aus. Dennoch ist diese Lösung politisch im

eidgenössischen Parlament seit 2003 nicht umsetzbar. Wie Schlup deutlich macht, ist das wenig überraschend. Die Kantone könnten mit EFAS nämlich weniger Steuern sparen. Momentan können und tun sie es, indem sie Behandlungen von stationär auf ambulant auslagern.

Eingriffe, die ambulant durchgeführt werden, kosten oft weniger, als wenn sie stationär erfolgen. Aber für die Prämienzahler wird es teurer: Stationäre Leistungen werden mehrheitlich über Steuern finanziert, ambulante aber vollumfänglich durch Prämien – ohne EFAS führt ambulant vor stationär zu einer Prämiensteigerung bei gleichzeitiger Entlastung der Steuerzahler. «Das ist sozialpolitischer Zündstoff!» Mit EFAS würden die Einsparungen «ambulant vor stationär» dem Prämienzahler zugutekommen.

Gemeinsam stark

Über die Schädlichkeit des Globalbudgets sind sich bei diesem aussergewöhnlich konzentrierten Mittagessen alle einig. Was vorherrscht, ist Unverständnis für das bisherige Vorgehen der Politik. SVP-Grossrätin Sabina Geissbühler-Strupler wirft die Frage auf, wieso es überhaupt so weit gekommen ist. Wieso konnten sich die Ärztinnen und Ärzte nicht schon im Voraus durchsetzen? «Ich verstehe das nicht – weil ich Sie jetzt sehr gut verstehe!» Hier muss sich Schlup verteidigen: Verhandlungspartner wäre natürlich der Bundesrat. Er hat diese Expertenberichte bestellt und publiziert. Die FMH habe bisher jede Gelegenheit zur Vernehmlassung wahrgenommen. «Wir setzen uns mit diesem politischen Thema auseinander, andere haben dies noch nicht getan.»

Mit viel Applaus verabschiedet sich Schlup pünktlich zum Kafi von den Grossräten. Rainer Felber, Vizepräsident der BEKAG, ergreift das Wort zum Abschied – «damit Sie nach dieser schweren Kost ein Dessert bekommen, das Ihnen das Herz ein bisschen leichter machen wird.» Das Beispiel des Programms «Praxisassistenz» zur Förderung der Hausarztmedizin im Kanton Bern zeige nämlich: Gemeinsam können Politik und Ärzteschaft viel erreichen. Das Programm wurde 2008 ins Leben gerufen, um den Hausärztemangel zu bekämpfen. Und wie auch in der vorletzten Ausgabe des doc.be (2/19) berichtet wurde, ist das Programm im Kanton Bern ein riesiger Erfolg. Über 80 Prozent der Teilnehmenden sind bereits Hausärzte geworden oder äussern die klare Absicht, dies zu werden. Der erzielte Effekt des PA-Programmes zur Erhaltung der ärztlichen Versorgung im Kanton Bern hat die Erwartungen sogar übertroffen. Der Grosse Rat hat dieser Massnahme vor etwas mehr als 10 Jahren zugestimmt – was zeigt, dass jeder seinen Teil im Lokalen beitragen kann. «Sie sehen meine Damen und Herren: Es gibt grossartige Möglichkeiten – das Globalbudget ist keine davon».

Damit brechen die Grossrätinnen und Grossräte wieder in die Session auf. Sie werden heute Nachmittag viel zu verdauen haben.

Vier unterschiedliche Geschäfte, viermal das Globalbudget

Viele aktuelle politische Vorlagen fordern ein Globalbudget. Was dies genau für die Versorgung bedeutet, führen die Vorlagen nicht aus. Die Gemeinsamkeiten: Neu legt die Politik den Umfang der Patientenversorgung fest. Der Versicherungsanspruch des Patienten endet mit dem Budget. Und versprochen werden schmerzlose Einsparungen – aber bei wem eingespart würde, bleibt undefiniert.

- Volksinitiative «Kostenbremse»: Initiative CVP. Die Entwicklung der Löhne steuert die Kosten. Liegt die Kostensteigerung der obligatorischen Grundversicherung zwei Jahre nach Annahme der Initiative mehr als ein Fünftel über der Steigerung der Nominallöhne, ergreift der Bund «Massnahmen zur Kostensenkung fürs kommende Jahr».
- Massnahmenpaket I des Bundesrats: Tarif steuert Menge. Zur Steuerung der Kosten sollen Massnahmen eingeführt werden, die «ungerechtfertigte Erhöhungen der Mengen und der Kosten von Leistungen» korrigieren.
- Massnahmenpaket II des Bundesrats: Zielvorgabe. Im Expertenbericht 2017 wird festgehalten, dass das OKP-Wachstum einer verbindlichen Zielvorgabe entsprechen soll. Die Ausgestaltung ist noch unklar, aber einen Hinweis gab es am 6. April 2019 im Radio SRF: «Was man will, ist, dass die Gesundheitsausgaben nur etwa um 2,5 % pro Jahr wachsen.»
- Kommissionsmotion des Ständerats vom 24.04.2019: «Berücksichtigung der Mengenausweitung bei Tarifverhandlungen». Nicht nur die Kosten, sondern auch die Anzahl von Behandlungen soll geregelt werden. «Der Bundesrat wird beauftragt, eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vorzulegen, um zu gewährleisten, dass die Tarifpartner bei den Tarifverhandlungen nicht nur die Preise, sondern gleichzeitig auch die Menge verhandeln.»

Aufwind für Ihren Wahlkampf

Wir porträtieren BEKAG-Mitglieder, die im Herbst zu den nationalen Wahlen antreten, auf unserer Homepage und im Sondernewsletter.

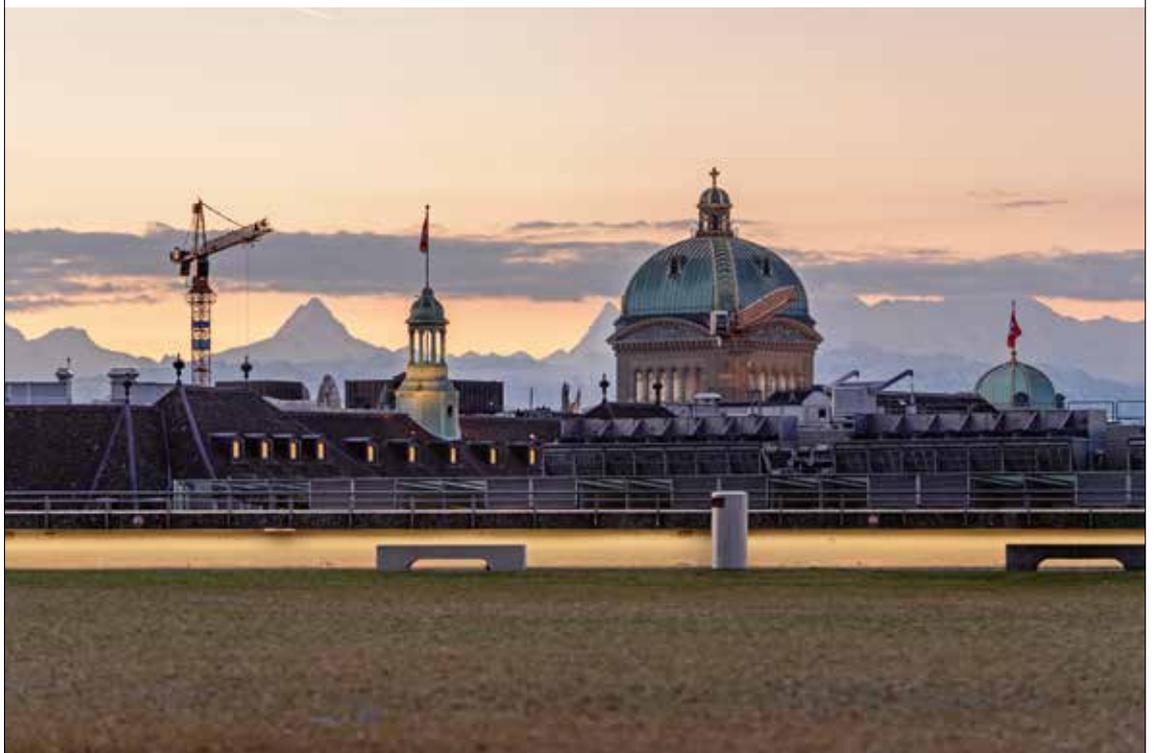
Text: Presse- und Informationsdienst
Foto: Béatrice Devènes

Sind Sie BEKAG-Mitglied und kandidieren am 20. Oktober 2019 für den National- oder Ständerat? doc.be bietet Ihnen eine Plattform: Auf unserer Homepage www.bekag.ch und in einem Sondernewsletter einen Monat vor den Wahlen stellen wir Sie im Kurzporträt vor und verlinken auf Ihre Onlinekanäle. Sind Sie interessiert? Dann schicken Sie bis zum 15. September 2019 eine E-Mail an info@berner-aerzte.ch.

Wir benötigen folgende Angaben:

- Name, Vorname / Partei / Liste
- Die Berner Ärztinnen und Ärzte sollten mich wählen, weil ich ... (max. 250 Zeichen inkl. Leerzeichen)
- Links zu Website und Social Media
- Ein Porträtfoto in guter Auflösung

Bitte halten Sie sich an die vorgegebene Zeichenzahl. Wir freuen uns auf Ihre Eingabe!



Prämien- und Kostendämpfung: Welche Ansätze verfolgen die politischen Parteien?

Die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen steigen rasant. Wo den Hebel ansetzen? Die Parteien haben unterschiedliche Rezepte, um die Prämienlast in den Griff zu bekommen. Ein Überblick.

Text: Regula Sandi und Andrea Renggli,
Presse- und Informationsdienst
Foto: mmconsult volante GmbH

Dieser Artikel erschien erstmals im Swiss Dental Journal SSO 6-2019 und wird mit freundlicher Genehmigung der Fachzeitschrift nachgedruckt.

«Die Akteure müssen ihre Verantwortung endlich wahrnehmen», fordert CVP-Nationalrätin Ruth Humbel. Die Mittepartei sammelt Unterschriften für ihre Initiative für eine Kosten- und Prämienbremse im Gesundheitswesen. Mit ihrem Vorstoss will die CVP Bund und Kantone verpflichten, künftig Gegenmassnahmen zu ergreifen, wenn die Gesundheitskosten stärker steigen als die Löhne – wie diese Massnahmen konkret aussehen, lässt die CVP bewusst offen. Die Partei setzt dabei auf die Kostenbremse. «Wir müssen aus unserem Silodenken herauskommen», kommentiert Humbel den Ansatz der CVP. «Die Kostenbremse ist die einzige Massnahme, die Verantwortung und Solidarität fördert und die Akteure in die Pflicht nimmt.» Die CVP beruft sich auf Schätzungen von Experten, gemäss denen bereits heute 20 Prozent oder sechs Milliarden Franken der Kosten in der obligatorischen Grundversicherung ohne Qualitätsverlust eingespart werden könnten. Als Hauptursache der steigenden Prämien ortet die Partei Übertherapie, Medikamentenverschwendung,

wirtschaftliche Interessen an unnötigen Behandlungen, überteuerte Medikamente, Ineffizienz und falsche Anreize. «Mit dem neuen Verfassungstext wird das Parlament gezwungen zu handeln und die längst bekannten und guten Sparvorschläge umzusetzen», ist Humbel überzeugt.

SP: Ruf nach mehr Staat und Harmonisierung

Geht es nach der SP, soll niemand in der Schweiz mehr als 10 Prozent des verfügbaren Einkommens für die Krankenkassenprämien bezahlen. Deshalb hat die Partei die «Prämien-Entlastungs-Initiative» lanciert. Diese will, dass Bund und Kantone mittels Prämienverbilligungen mittlere und tiefe Einkommen besser unterstützen. Im Grundsatz geht es um eine Umverteilung der Kosten auf den Staat bzw. die Steuerzahler. Barbara Gysi, Nationalrätin und Vizepräsidentin der SP Schweiz: «Gegenwärtig belasten die Krankenkassenprämien das Haushaltsbudget mit durchschnittlich 14 Prozent des verfügbaren Einkommens. Das ist zu viel.» Gysi bezieht sich dabei auf Zahlen, die das Bundesamt für Gesundheit (BAG) errechnet hatte. Die Krankenkassenprämien seien in den vergangenen Jahren deutlich stärker gestiegen als Löhne und Renten und würden viele Haushalte übermässig belasten.



Vertreter der Parteien diskutierten an der «Academy on Health Care Policy» in Bern über Vorschläge zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen (von links): Fridolin Marty, Economiesuisse, Ruth Humbel, Vizepräsidentin der SGK des Nationalrates (CVP), Philippe Nantermod, Mitglied der SGK des Nationalrates (FDP), Thomas de Courten, Präsident der SGK des Nationalrates (SVP), Barbara Gysi, Mitglied der SGK des Nationalrates (SP), Enea Martinelli, Spitalapotheker, Gudrun Busch, IG Prämienzahler.

Dem will die SP mit ihrer Initiative entgegenreten, indem die Mittel für die individuelle Prämienverbilligung erhöht und deren Regelung schweizweit vereinheitlicht wird – gegenwärtig gibt es 26 kantonale Systeme, was gemäss der Partei zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten führe. Die SP will einen fixen Verteilschlüssel für die Finanzierung der Unterstützungsleistungen in der Verfassung verankern: Der Bund soll zwei Drittel der Gesamtausgaben übernehmen, die Kantone das übrige Drittel. Die SP rechnet mit zusätzlichen Kosten von rund 3,6 Milliarden Franken. Gysi ist überzeugt: «Mit der Initiative werden Bund und Kantone stärker in die Verantwortung genommen und haben auch mehr Anreiz, bei der Kostendämpfung konkreter vorzugehen.»

Die FDP ortet Ineffizienzen im System

Die FDP wehrt sich gegen mehr Regulierung. Die Verstaatlichung des Systems würde Ineffizienzen noch verschärfen, sagt FDP-Nationalrat Philippe Nantermod. Das liberale Rezept: mehr Qualität dank mehr Wahlfreiheit und Transparenz und mehr Eigenverantwortung der Versicherten. Das Gesundheitswesen sei überreguliert, so Nantermod. Es gebe viele Fehlanreize im System. Investitionen in «überdimensionierte Infrastrukturen und ein künstliches Mengenwachstum der Leistungen» seien die Folgen davon. «Diese strukturellen Probleme müssen korrigiert werden», fordert Nantermod. In einem Positionspapier präsentiert die Partei verschiedene Massnahmen. So gelte es, das Potenzial der Digitalisierung besser zu nutzen – die FDP spricht sich für die rasche Einführung des

elektronischen Patientendossiers aus. Handlungsbedarf sieht die FDP auch in der Rolle der Kantone. Diese gelte es neu zu definieren. Es könne nicht sein, so Nantermod, dass der Kanton gleichzeitig Regulator, Leistungsanbieter und Geldgeber sei. «Die Kantone müssen sich wieder auf ihre gesundheitspolitische Hauptaufgabe konzentrieren.» Nämlich: «Die Definition, Vergabe und Überprüfung der Umsetzung von Leistungsaufträgen.» Weiter fordert die Partei mehr Wahlfreiheit für die Versicherten und wünscht sich eine aktivere Rolle der Patienten (Patient Empowerment).

Eine andere Sichtweise bringt Fridolin Marty, Economiesuisse, ein. «Unser Gesundheitswesen bewirkt auch Gesundheit, nicht nur Krankheit. Wir sind nicht so krank, wie wir aussehen», so Marty. Das System funktioniere. Das zeige der Vergleich mit dem Ausland, wo das Schweizer Gesundheitswesen einen Spitzenplatz einnehme.

SVP: Fokus auf die Kostentreiber

Wo ortet die SVP in der Gesundheitspolitik primär Handlungsbedarf? SVP-Nationalrat Thomas de Courten: «Die Eigenverantwortung der Versicherten ist zu stärken.» Die Partei sieht vor allem «Übersversorgung» als Hauptursache für die steigenden Kosten. «Jede Diagnostik und Therapie könne unnötig ausgeweitet werden», so de Courten. Dem sei ein Riegel zu schieben. Die Kostentreiber müssten ehrlich benannt und der Beitrag aller Anspruchsgruppen zur Kostendämpfung eingefordert werden. Medizinisch-technischer Fortschritt, eine steigende Lebenserwartung und

höherer Wohlstand – «das führt nicht nur zu immer höheren Kosten», so de Courten, sondern schüre auch eine höhere Erwartungshaltung der Patienten. Aber auch «unnötige» Mengenausweitung sowie die «Medikalisierung» gesellschaftlicher Probleme stünden als Hauptursache für die ausufernden Kosten im Fokus. Dem will die SVP mit einer «Gesamtbetrachtung und Kostenanalyse des Gesundheitswesens» entgegenreten. Unnötige Regulierungen und Bürokratie seien abzubauen, und der Grundsatz «ambulant vor stationär» sei konsequent umzusetzen. Weiter setzt sich die Partei mit Blick auf die Kantone für die Auflösung von Rollen- und Interessenskonflikten ein. Erhebliches und noch nicht ausgeschöpftes Sparpotenzial sieht de Courten ausserdem bei Generikaprodukten als Therapiealternativen.

In einem Punkt sind sich alle Parteien einig: Die Qualität in unserem Gesundheitswesen ist hervorragend.

Die Debatten gehen weiter

In einem Punkt sind sich alle Parteien einig: Die Qualität in unserem Gesundheitswesen ist hervorragend. Soeben wurde es im renommierten Euro Health Consumer Index (EHCI) zum besten in Europa gekürt. Wie der Prämienanstieg und die Prämienlast künftig finanziert werden sollen, bleibt die grosse Herausforderung. Die Debatten zu diesem heissen Thema werden im Wahljahr 2019 weitergehen.

Dieser Artikel ist im Nachgang zur «Academy on Health Care Policy» am 16. April im Hotel Kreuz in Bern entstanden. Anlässlich einer Podiumsdiskussion haben Mitglieder der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates die verschiedenen «Rezepte» für eine Prämien- und Kostendämpfung im Gesundheitswesen aus Sicht der politischen Parteien präsentiert.

Kommentar

Im Wahljahr 2019 wollen sich die politischen Parteien mit Initiativen und Vorschlägen gegen Prämienlast und Kostenwachstum im Gesundheitswesen profilieren. Doch bei näherem Hinsehen überzeugen die politischen «Rezepte» nicht.

Die CVP schlägt eine Kostenbremse vor, nach dem Vorbild der Schuldenbremse beim Bund. Doch der Vergleich taugt nicht. Im Gegensatz zum Bund umfasst das Gesundheitswesen unzählige Leistungserbringer und Zulieferer sowie mehrere Finanzierer. Bund und Kantone müssten gemeinsam ein Budget verabschieden und gleichzeitig bestimmen, wer welchen Anteil beanspruchen darf – eine Herkulesaufgabe. Die Aussage, man könne ohne Qualitätsverlust 20 Prozent der Kosten in der obligatorischen Grundversicherung einsparen, ist ohnehin umstritten. Gemäss Aussage des Bundesamtes für Gesundheit basiert die Zahl nicht auf einer einzelnen Studie, sondern entspricht einem Mittelwert aus der vorhandenen Literatur zur Wirkung von Managed-Care-Modellen. Dazu kommt: Mit welchen Massnahmen der Bundesrat die Kosten allenfalls dämpfen soll, darüber schweigt sich die CVP bewusst aus. Leistungen für Patienten beschränken, Arztlöhne senken oder Spitäler schliessen?

Die SP will die Prämienverbilligung umorganisieren und schweizweit harmonisieren. Einkommensschwache Haushalte würden dadurch teilweise stärker entlastet. Finanziert werden die zusätzlichen Prämienverbilligungen jedoch durch höhere Steuern – somit werden keine Kosten eingespart, sie werden lediglich anders verteilt. Für die zusätzlichen 3,6 Milliarden Franken müssen ebenfalls die Steuerzahler aufkommen.

Die FDP und die SVP lancieren keine Initiativen. Beide Parteien möchten unspezifisch Bürokratie und Fehlanreize im Gesundheitswesen abbauen und die Eigenverantwortung stärken. Radikalere Vorschläge würden die Patienten direkt treffen. Wenn die SVP allerorten Überversorgung und Medikalisierung gesellschaftlicher Probleme wittert, werden Menschen, die tatsächlich krank sind, stigmatisiert. Das hilft ihnen nicht, im Gegenteil. Werden Behandlungen aus Kostengründen hinausgezögert oder gar gestrichen, rächt sich dies, indem Notfallweisungen oder stationäre Aufenthalte nötig werden.

Wahltag ist Zahltag. Die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger haben im Oktober die Möglichkeit, die künftige Gesundheitsversorgung in der Schweiz zumindest teilweise mitzugestalten. Das letzte Wort bei wichtigen Vorlagen hat in der Schweiz sowieso das Stimmvolk.

Andrea Renggli

«Die Auszeichnung steht allen fünf Nominierten zu»

Dr. Stefan Kuchen wurde von den Medizinstudierenden der Universität Bern für seine Immunologiekurse als «Teacher of the Year 2018» ausgezeichnet. Im Gespräch mit doc.be gibt er das Kompliment zurück: Die grosse Neugierde seiner Studierenden habe ihn von Anfang an begeistert. Hauptgrund für seine Wahl sei aber eine «Kapitulation» von seiner Seite gewesen.

Text: Nicole Weber, Presse- und Informationsdienst
Foto: zVg

Er sei ein extrem ängstlicher Mensch. Er hasse die Höhe, fürchte sich vor dem Fliegen. Aber öffentlich reden, das sei etwas völlig anderes: In Vortragssituationen erhöhe sich nicht einmal sein Puls, er fühle sich pudelwohl. So beschreibt sich Dr. Stefan Kuchen nach dem Interview mit doc.be im persönlichen Gespräch – und das Interview bestätigt es: Die meisten im Vorfeld notierten Fragen sind nach den ersten langen Antworten geklärt, und die Zeit vergeht dabei wie im Flug. Kein Wunder, dass er für seinen Unterricht die Auszeichnung zum «Teacher of the Year 2018» der Medizinstudierenden der Universität Bern bekommen hat.

Mit den Studierenden im selben Boot

Dabei ist Stefan Kuchen nur zufällig zur Lehre gekommen. Nach der Pensionierung

des bekannten Immunologen Beda Stadler suchte man sehr kurzfristig einen Ersatz. 2014 musste er innert weniger Wochen seine ersten Vorlesungen vorbereiten. Inzwischen möchte er das Unterrichten nicht mehr missen; er ist überzeugt: «Die Arbeit mit den Studierenden ist die dankbarste Aufgabe überhaupt.» Von Anfang an hat ihn die Neugierde seiner Studierenden begeistert: «Sie wollen lernen, sie wollen etwas verstehen, und sie sind irgendwo trotzdem noch auf der Suche. Das finde ich sehr spannend.»

Er sieht es als seine Aufgabe, diese Neugierde zu erhalten. Dabei will er stets auf Augenhöhe bleiben. In seinen Kursen ist man per Du. Ihm sei bewusst, dass er vorsichtig sein müsse, nicht jovial zu sein, aber man sei ja auf derselben Ebene. «Der Medizinstudent von heute ist schliesslich der Assistenzarzt von morgen und der Oberarzt von übermorgen. Wir sitzen im selben Boot, nur sind manche etwas später zugestiegen.»

Verständniswissen statt Faktenwissen

Wenn er von seinen Kursen erzählt, ist die Begeisterung spürbar. Nur auf die Frage, was die Lehre für einen Einfluss auf die zukünftige Berufswahl habe, gerät er ein einziges Mal kurz ins Stocken: «Meine Vorlesung soll keine Werbeveranstaltung für Immunologie sein. Wenn sich jemand nicht dafür begeistert, dann soll er etwas anderes machen.» Er selbst finde es aber extrem spannend, denn sein Gebiet sei besonders vielseitig. Nicht auf einzelne Organe beschränkt, weil entzündliche Prozesse im ganzen Körper auftreten können. Nicht auf den Gegensatz gesund/krank beschränkt, weil ein Immunsystem, anders als z. B. ein Herz, auch zu stark funktionieren könne.

Im Unterricht hat für ihn das Fachwissen aber nicht die erste Priorität. Alles Faktenwissen könne heutzutage digital in Millisekunden abgerufen werden; wichtiger sei das Wissen darum, wo man zuverlässige Informationen findet. Und dass man immer kritisch bleibt: «Viele Entscheidungen in der Medizin sind extrem emotional und werden erst im Nachhinein rational begründet.» Er würde sich wünschen, dass Befund und Beurteilung besser auseinandergelassen werden, dass Medizin mehr wie die Kriminalistik funktionieren würde, in der immer jeder denkbaren Ursache für ein Phänomen nachgegangen wird.

**«Im Dienste der Sache
braucht es möglichst
viele, die möglichst
gute Lehre machen.»**

Eine Einzelperson macht noch keine gute Lehre

Trotz seiner hohen Ansprüche weiss er: Seine Wahl zum Teacher of the Year ist auch einer Kapitulation zu verdanken. Er illustriert seine Vorlesungen gerne mit komplexen Fällen aus dem Alltag, damit die Studierenden nicht nur das vereinfachte Lehrbuchwissen mitbekommen. Das führte aber regelmässig zur frustrierenden Frage, ob man das denn für die Prüfung wissen müsse. Schliesslich hat er auf seinen Folien ein «Ampelsystem» eingeführt, in dem aller Prüfungsstoff rot gekennzeichnet ist. Das System – die Laudatio seiner Auszeichnung erwähnt es eigens – werde sehr geschätzt, und letztlich habe es ihm den Unterricht auch erleichtert. «Ich wage mich nun, noch komplexere Fälle zu zeigen, ohne die Studierenden unnötig zu stressen.»

Die Wahl zum Best Teacher habe ihn emotional sehr berührt. Aber die Nomination sei die eigentliche Auszeichnung. Ob man letztlich gewählt werde, hänge auch von anderen Faktoren ab; wer z. B. nur die oberen Jahrgänge unterrichte, habe es schwer, weil er weniger bekannt sei. Er will die Auszeichnung deswegen für alle Nominierten annehmen. «Im Dienste der Sache braucht es möglichst viele, die möglichst gute Lehre machen; eine Person kann das nicht tragen. Wir müssen alle an einem Strang ziehen.»



Dr. med. Stefan Kuchen

Nach dem Studium der Humanmedizin in Bern absolvierte Stefan Kuchen eine klinische Ausbildung in allgemeiner innerer Medizin und Rheumatologie im Wechsel mit Forschungs-Aufenthalten im Labor, u. a. während mehr als 6 Jahren an den National Institutes of Health der Vereinigten Staaten von Amerika. Bis Ende Juni 2019 war er als Oberarzt und Forschungsgruppenleiter an der Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie am Inselspital Bern tätig. Ab August 2019 praktiziert er am Berner Rheumazentrum am Viktoriaplatz, ist jedoch weiterhin als Dozent an der Universität Bern tätig. 2018 wurde er von den Medizinstudierenden zum Teacher of the Year gekürt.

**Gewissenhaft.
Und persönlich.
Das sind wir.**

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



www.medics.ch

professionell
und persönlich

**DATEN
POOL**



Aussagekräftige Statistik

In der webbasierten Management-Plattform MediOnline der Ärztekasse ist ein Statistik-Tool eingebaut, mit dem Sie Ihre Leistungsdaten vielfältig nach Ihren Bedürfnissen auswerten können. Diese Daten sind wertvolle Grundlagen für Ihr Praxismanagement.

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

A K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Terminplan 2019 Aerztegesellschaft des Kantons Bern

15. Oktober, 17.00 Uhr
Berner KMU,
ordentliche
Herbst-Delegierten-
versammlung

17. Oktober
Delegiertenversamm-
lung, nachmittags

31. Oktober
FMH Ärztekammer,
ganzer Tag in Biel

14. November
Bezirksvereins-
versammlungen,
kantonsweit

Wir gratulieren!

Am 3. Juli 2019 fand die MPA-Diplomfeier im Hotel National Bern statt.

Text: Presse- und Informationsdienst
Foto: Danielle Liniger

Dieses Jahr haben in Bern 124 junge Frauen die Lehre zur Medizinischen Praxisassistentin abgeschlossen. Sie wurden am 3. Juli 2019 im Hotel National feierlich diplomiert. Acht Auszeichnungen für herausragende Leistungen in praktischer Arbeit und/oder Berufskennnissen wurden vergeben an:

- Nadine Gerber
(Gesamtnote 5.7, Ärztezentrum
Emmentalstrasse in Konolfingen)
- Fabienne Blättler
(Gesamtnote 5.7, Dres. med. Cornelia & Rolf
Anderhalden in Münsingen)
- Tonia Kämpf
(Gesamtnote 5.6, Praxis im Seefeld in Thun)

- Selina Germann
(Gesamtnote 5.5, Praxis Dr. Affolter
in Weier i. E.)
- Tanja Grossenbacher
(Gesamtnote 5.5, praxis15 in Burgdorf)
- Marina Fernandes Alves
(Gesamtnote 5.4, RINGGENpraxis
in Ringgenberg)
- Iris Lempen
(Gesamtnote 5.4, Ärztehaus Buchsi
in Herzogenbuchsee)
- Livia Urfer
(Gesamtnote 5.2, Lungenpraxis Spiez)

Die BEKAG gratuliert allen Absolventinnen herzlich zum Abschluss und wünscht den frischgebackenen MPAs alles Gute für die berufliche Zukunft!

Die BEKAG war an der Berner MPA-Diplomfeier vor Ort und hat Mandelbärli verteilt.





BEKB

BCBE

Private Banking

Bärenstarke ANLAGEBANK

BILANZ

**LANGJÄHRIGER
QUALITÄTSLEADER**

Berner Kantonalbank

Private-Banking-Rating
2019

Als einzige Bank belegt die BEKB im unabhängigen Private-Banking-Rating der BILANZ seit elf Jahren immer einen Spitzenplatz.

