

1809
2009

200 JAHRE MEDIZIN
FÜR DIE ZUKUNFT
ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN

Von der Geselligkeit zur Standespolitik



Von der Geselligkeit zur Standespolitik

Von der Geselligkeit zur Standespolitik

200 Jahre Ärztegesellschaft des Kantons Bern

1809
2009



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Gedruckt mit Unterstützung der
– Visana Krankenversicherung
– Ärztekasse Genossenschaft
– Medics Labor AG
– UBS

**Im Auftrag der Ärztegesellschaft
des Kantons Bern herausgegeben
von einer Arbeitsgruppe:
Urs Boschung, Madeleine Herren,
Jürg Schlup, Werner Ringli, Reto Steiner,
Roland Brechbühler, Daniel Lüthi,
Piroschka Wolf.
Redaktion: Urs Boschung**

Impressum

Gestaltung/Kapitelfotos: Atelier Bundi, Boll

Druck/Digitale Reproduktion DVD: Stämpfli AG Publikationen, Bern

Papier: Halbmatt gestrichen 135 gm², holzfrei

Auflage: 3500

ISBN:

© 2008 /Ärztegesellschaft des Kantons Bern und bei den Autoren

Vorwort

Jürg Schlup, Dr. med.

Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern entwickelt sich im Zeitraum der letzten 200 Jahre, mit Goethes *Faust*, Thomas Manns *Zauberberg* und Günter Grass' *Beim Häuten der Zwiebel* als Zeitzeugen. Die Reise beginnt bei Ehre und Geselligkeit und legt heute bei Ökonomie und Öffentlichkeit einen Zwischenhalt ein.

Aus der Medizinisch-chirurgischen Gesellschaft, einer unbeschwerten Gelehrtenverbindung, wird die Ärztesgesellschaft, eine Berufsorganisation mit Vertretungsanspruch und Beteiligung an Aktiengesellschaften. Das Umfeld verändert sich von anfänglich vereinzelt Ortskassen zur obligatorischen Krankenversicherung. Die ärztliche Berufsausübung wird von der honorierten

Becher der Berner
Ärztesgesellschaft, 1821
gestiftet von ihrem
4. Präsidenten, David
Rudolf Isenschmid.



gesellschaftlichen Aufgabe zur tarifarisch entschädigten Dienstleistung. Einiges davon wird sichtbar in der vorliegenden Schrift, die im Auftrag der Ärztesgesellschaft von einer Arbeitsgruppe unter Leitung des Berner Medizinhistorikers Professor Urs Boschung und der Heidelberger Historikerin Professor Madeleine Herren seit 2002 gemeinsam mit namhaften Koautorinnen und -autoren erarbeitet wurde.

Während des Jubiläums der Ärztesgesellschaft ist das Gesundheitswesen um uns herum geprägt von einem ökonomisch getriebenen Strukturwandel. Die zunehmende Ökonomisierung bürdet der Medizin Probleme auf, die diese selbst nicht lösen kann, weil es keine medizinischen, sondern Wertprobleme sind.¹ Die Sparanstrengungen im Gesundheitswesen führen unweigerlich zu Spannungen, hat Gesundheit doch mit den Grundbedürfnissen menschlichen Daseins zu tun – mit Leben, Wohlbefinden, mit Leiden und Tod. In der Diskussion rund um unser Gesundheitswesen werden deshalb politische Fragen rasch zu ethischen Fragen. – Der Wertewandel in unserer Gesellschaft wird auch das Gesundheitswesen erfassen. Kosten sind nicht alles, Qualität wird wichtiger werden. So auch Transparenz und Vertrauen.

Ein äusseres Sinnbild unserer Ärztesgesellschaft ist der silberne Becher, den der 4. Präsident, David Rudolf Isenschmid, 1821 stiftete. Regelmässig benutzen wir diesen Becher auch heute bei der Aufnahme neu gewählter Mitglieder des Vorstandes. Der Vorschrift des Stifters entsprechend, hat dieses Mitglied aus dem weingefüllten Becher zu trinken und eine kurze Rede zu halten. – Lieber Donator Isenschmid, Ihre Kunde gilt weiterhin!

¹ Egger, R.: Was kostet der Mensch? SÄZ 2007: 1103–1107.

Préface

Dr Jürg Schlup

Président de la Société des médecins du canton de Berne

La Société des médecins du canton de Berne a été, au cours des derniers 200 ans, successivement la contemporaine du *Faust* de Goethe, de *La Montagne magique* de Thomas Mann et de *Pelures d'oignon* de Günter Grass. Le voyage a commencé dans une atmosphère distinguée et de bonne compagnie, il se poursuit de nos jours sous le signe de l'économie et de l'ouverture à la société.

La Medizinisch-chirurgische Gesellschaft, un cercle d'érudits, peu préoccupés de questions matérielles, a évolué en Société des médecins, une organisation professionnelle représentative, qui a des participations dans des sociétés anonymes. L'environnement s'est modifié, passant des petites caisses locales à l'assurance mala-

Coupe de la Société des
médecins du canton
de Berne, donation de
son 4^e président, David
Rudolf Isenschmid
(1821).



die obligatoire. L'exercice de la médecine, d'une activité au bénéfice du public, rémunérée par des honoraires, est passé à des prestations dont la valeur est convenue dans un tarif. Certains de ces éléments seront mis en lumière dans le présent ouvrage; il a été rédigé, à partir de 2002, sur commande de la Société des médecins, par un groupe de travail sous la direction du Professeur Urs Boschung, spécialiste bernois en histoire de la médecine, et de la Professeure d'histoire Madeleine Herren, de Heidelberg, avec l'aide de collaboratrices et de collaborateurs réputés.

Au moment où la Société des médecins fête son jubilé, le domaine de la santé dans lequel elle baigne est caractérisé par un changement de structures sous le signe de l'économie. L'imprégnation toujours plus importante par l'économie soumet la médecine à des exigences qu'elle n'est pas en mesure de résoudre seule, ces problèmes n'étant pas médicaux mais touchant aux valeurs.¹ Les efforts pour réaliser des économies dans le domaine de la santé conduisent nécessairement à des dissensions, puisque le champ d'action de la médecine concerne des besoins essentiels de l'existence humaine – vie, bien-être, souffrance et mort. C'est pourquoi dans les débats au sujet de la santé, les problèmes de nature politique se transforment vite en questions d'éthique. – Les changements de valeurs que connaît notre société impliquent inévitablement le domaine de la santé. Il n'y a pas que les coûts, la qualité prendra plus d'importance. Il en va de même de la transparence et de la confiance.

Notre Société des médecins dispose d'un emblème, une coupe en argent, donation en 1821 de son quatrième président, David Rudolf Isenschmid. Nous continuons à faire usage de cette coupe lorsque nous accueillons les nouveaux membres du comité. Conformément aux instructions du donateur, ces membres doivent boire le vin de cette coupe et tenir un bref discours. – Cher donateur Isenschmid, votre message a été entendu!

¹ Egger, R.: Was kostet der Mensch? SÄZ 2007: 1103–1107.

Inhalt

- 12 Einleitung**
Urs Boschung, Madeleine Herren
- 24 1809–1909: Von den Anfängen zum
«achtunggebietenden Mannesalter»**
Urs Boschung
- 46 Das Ende der Gemütlichkeit?**
Selbstverständnis und Auftreten der
Ärztegesellschaft im frühen 20. Jahrhundert
Eberhard Wolff
- 70 Ein transatlantischer Blick auf die Berner Ärzte**
Madeleine Herren
- 76 Zwischen Privatpraxis und Kassenmedizin:
Die Veränderung der ärztlichen Einkommen
im 20. Jahrhundert**
Martin Lengwiler
- 102 Studienreform, Spezialisierung, Ferienkurse**
Urs Boschung
- 124 Kriegsmedizinische Fortbildung an der
Universität Bern, 1939–1945**
Anouk Hiedl
- 130 Ärztinnen: Rare Einsprengsel in der Medizinerwelt**
Franziska Rogger
- 144 Gleichberechtigt?**
Simona Isler

- 148 Präsidenten der Ärztesgesellschaft
des Kantons Bern 1809–2009**
- 150 Vorstand der Ärztesgesellschaft
des Kantons Bern 2008**
- 152 Gegenwart und Zukunft**
- 153 Der Zufall ist die in den Schleier gehüllte
Notwendigkeit**
Christine Aebi-Ochsner
- 157 Die Beziehung zwischen Preis und Leistung**
Esther Fischer-Homberger
- 164 Das Ziel der Medizin und die Aufgaben
und Pflichten der Heilkundigen**
Max Geiser
- 171 Spitzenmedizin in der Grundversorgung**
Benedikt Horn
- 178 200 Jahre Ärztesgesellschaft des Kantons Bern**
Marco Mumenthaler
- 180 Le cercle medical de Pierre-Pertuis**
André Piguet
- 185 Aufbruch zu neuen Ufern, Zukunftsperspektiven
für Hausärztinnen**
Werner Ringli
- 191 Bekenntnis zur besonnenen Re-Aktion**
Hans-Rudolf Sahli

199 Was hat Birchermüesli mit Konakion zu tun?

Jürg Steiger

204 Das Kajütenbett

Jürg Steiger

209 Endnoten

225 Abbildungsnachweis

228 Autorinnen und Autoren

231 Personenindex

Inhalt DVD (Im Anhang)

Wilhelm Lindt: Zur Erinnerung an das Jubiläum des hundertsten Jahrestages der Gründung der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern, Burgdorf, den 11. Dezember 1909, Bern 1909

Liederbuch zum 100-jährigen Jubiläum der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern, 1809–1909, Bern 1909 (Redaktion und Illustrationen von Prof. Hans Strasser)

Lieder, gesungen von den Berner Singstudenten, 2008

Reinhold Streit: Die Laden der Chirurgischen Societät der Stadt Bern (Schweizerische Ärztezeitung 2002: 440 f.) und Abbildungen

Walther Flury: Die Geschichte der Bernischen Ärztegesellschaft (2001)

Porträts von Ärztinnen und Ärzten, fotografiert und ausgewählt von Peter Friedli

Zwei Stummfilme von F. de Quervain
[Kropf; Chirurgie: Vom Handwerk zur Wissenschaft]

Häuser von Berner Ärzten, aus: Das Arzthaus in der Schweiz. Aus der Sammlung Hausmann AG, St. Gallen 1944, 1946

Dokumentation

Medizinisch-chirurgische Gesellschaft / Ärztesgesellschaft des Kantons Bern:

- Statuten 1809, 1852, 1911 (mit Standesordnung), 1921 (mit Standesordnung), 1930 (mit Standesordnung), 1946 (mit Standesordnung)
- Vorstand 1809–2008, zusammengestellt von Viviane Burkhalter, ergänzt von Urs Hofer und Urs Boschung
- Isenschmid-Becher: Text der Stiftungsurkunde 1821 und Abbildungen

Bezirksvereine:

- Statuten Bern-Seeland 1845
- Statuten Bern-Stadt 1918
- Statuten Bern-Land 1946

Einleitung

Urs Boschung, Madeleine Herren

Die 1809 gegründete Medizinisch-chirurgische Gesellschaft, die sich seit 1911 Ärztesellschaft des Kantons Bern nennt, ist eine der ältesten kontinuierlich bestehenden Vereinigungen ihrer Art in der Schweiz. Ihre Jubiläumsfeiern dokumentieren den Stolz auf ihre Geschichte.



Als 1809 die heutige Ärztegesellschaft des Kantons Bern in Burgdorf gegründet wurde, war die Helvetische Gesellschaft correspondierender Ärzte und Wundärzte, die vor dem politischen Umschwung wenige Jahre lang tätig war, noch in frischer Erinnerung. Doch mit dem raschen Ende der politischen Einheit in der Helvetik waren auch Notwendigkeit und Berechtigung für eine gesamtschweizerische Ärztegesellschaft geschwunden. Es galt nun, auf kantonaler Ebene das zu verwirklichen, was sich die «correspondierenden» Kollegen zum Ziel gesetzt hatten, nämlich in «brüderlicher Harmonie» und mit «vereinigten Kräften die Aufnahme der Arzneykunde in ihrem Vaterlande ... zu befördern». Angestrebt wurde ein dreifacher Nutzen, jener der Mitglieder, des «kranken Publikums» und der Medizin in Wissenschaft und Praxis.¹ Wie im Namen der Helvetischen Gesellschaft ersichtlich, ging es auch darum, die bisher durch Rang und Stand getrennten Ärzte und Wundärzte zusammenzubringen, was in der Berner Gründung mit der Bezeichnung Medizinisch-chirurgische Gesellschaft zum Ausdruck kam. Zünftisch-handwerkliche und akademische Abgrenzungen waren überholt, nicht nur infolge der veränderten politischen Verhältnisse, sondern auch weil Medizin und Chirurgie aus innerer Notwendigkeit im Begriffe waren, gemeinsame empirisch-naturwissenschaftliche Konzepte zu erarbeiten. Freier wissenschaftlicher Austausch und praktischer Konsens sollten fortan die ärztliche Tätigkeit legitimieren und die Grundlage sichern, um im politischen und gesellschaftlichen Wandel Position markieren und Einfluss nehmen zu können.

Bern, die älteste schweizerische Ärztegesellschaft?

Die 1809 gegründete Berner Ärztegesellschaft «ist somit eine der ältesten unter unseren schweizerischen ärztlichen Vereinigungen, indem einzig die medizinisch-pharmazeutische Gesellschaft in Schaffhausen (gegründet 1802) und die medizinisch-pharmazeutische Bibliotheksgesellschaft von Zürich (gegründet in den 70er-Jahren des 18. Jahrhunderts) auf eine weitere

Vergangenheit zurückblicken dürfen.»² Mit diesem Satz würdigte die Redaktion des *Correspondenz-Blatt* 1910 das Berner 100-Jahr-Jubiläum. Sie stützte sich dabei auf die in der eigenen Zeitschrift erschienene Bestandaufnahme der Ärztegesellschaften der Schweiz von Dr. F. Müller von 1873.³

Wie es sich mit der Anciennität der Berner Gesellschaft im Kreise ihrer Schwesternvereinigungen tatsächlich verhält, ist nicht leicht festzustellen. Es zeigt sich nämlich, dass je nach Quellenlage, Interesse und Initiative der Akteure Kontinuitäten bemerkt oder verkannt, konstruiert oder auch verpasst werden, wie einige Beispiele belegen sollen. So beging man in Schaffhausen die 100-Jahr-Feier erst 1927 und nicht – wie nach obiger Angabe zu erwarten – 1902.⁴ Andererseits bezog sich die Zürcher Kantonalgesellschaft in ihrer Geschichte nie auf die von 1772 bis 1917 bestehende Medizinische Bibliotheksgesellschaft, obschon diese von ihrem ersten Präsidenten, J. H. Rahn, gegründet worden war.⁵ Anders wiederum im Thurgau, wo man 2002 das 200-jährige Bestehen der Kantonalen Ärztegesellschaft beging, obschon Müller als Gründungsdatum 1869 nennt. Mit dem Einbezug der erstmals 1802 sicher nachweisbaren Ärztlichen Lesegesellschaft in die Chronologie hatte man die notwendige Berechtigung geschaffen: «Jenes Jahr (1802) haben wir zum Jahr Null unserer Vereinsgeschichte gemacht.»⁶

Im Aargau bewog 1804 Johann Heinrich Rahn, der Doyen der Zürcher Ärzteschaft und Gründer der «Helvetischen» Gesellschaft», zwanzig Kollegen, sich 1805 in Lenzburg zu einer Gesellschaft zu konstituieren.⁷ Daran scheint man sich später nicht mehr erinnert zu haben, denn als Gründungsdatum der Ärztlichen Gesellschaft des Kantons Aargau gibt Müller 1842 an. Auch für Freiburg gibt Müller ein späteres Datum an (1862), doch ist die Gründung bereits für 1827 belegt.⁸ Andererseits figuriert bei ihm als weitaus älteste Vereinigung der Oberaargauische medicinische Bezirksverein, der sich auf den Wohlehrenden Verein der Schnitt- und Wundärzte von 1702 zurückführte – aus heutiger Sicht wohl kaum zu Recht.

Zeitliche Nähe zur Berner Gründung wie auch seitherige kontinuierliche Tätigkeit sind klar dokumentiert bei den Ärztegesellschaften von Zürich und Luzern. Im Kanton Zürich ging die Helvetische Gesellschaft correspondierender Ärzte und Wundärzte 1810 nahezu lückenlos in die neue Medicinisch-chirurgische Gesellschaft über, die mit J. H. Rahn als Präsidenten auch die Zielsetzungen der Vorgängerin übernahm.⁹ Im Kanton Luzern vereinigten sich 1811 in Sursee 24 Ärzte zu einem «gemeinnützigen, freundschaftlichen Verband unter sich» und beschlossen als «Zwecke der Gesellschaft»: «Beförderung medizinischer, chirurgischer Aufklärung ... Ausrottung der herrschenden Vorurtheile und des Aberglaubens in betreff des ärztlichen Faches» sowie Zusammenarbeit mit dem Sanitätsrat, «das physische Wohl des Kantons betreffend», ferner gegenseitige Beratung in schwierigen Fällen und engere freundschaftliche Verbindung.¹⁰ Auch andernorts regte sich das Bedürfnis, enger zusammenzuarbeiten. So folgten in den nächsten Jahrzehnten Graubünden (1820)¹¹, Genf-Stadt

100-Jahr-Feier der
Medizinisch-chirurgischen
Gesellschaft
am 11. Dezember 1909
im Hotel Guggisberg
in Burgdorf.



Centenarfeier der med. chirurg. Gesellschaft des Kantons Bern
Burgdorf 11. Dezember 1909

(1823)¹², Solothurn (1823)¹³, Appenzell (1827)¹⁴, Waadt (1829)¹⁵, Glarus (1834)¹⁶, um nur die älteren zu nennen. Eine eingehendere Gesamtdarstellung, wie sie für Deutschland von R. Jütte vorgelegt wurde, fehlt bisher für die Schweiz.¹⁷ Aus allgemein-historischer Sicht befassten sich Rudolf Braun und Sebastian Brändli mit der Konstituierung der Standesorganisationen; als hilfreiches Findmittel kann Erich Hintzschs Artikelreihe *Medizin und Mediziner seit 1870* dienen.¹⁸ Einen wichtigen Beitrag zur ärztlichen Standes- und Wirtschaftsgeschichte legten Martin Lengwiler und Verena Rothenbühler mit ihrer Untersuchung zum 100-jährigen Bestehen des Zürcher Ärzteverbandes vor.¹⁹

Jubiläen und Gesellschaftsgeschichten

Es waren beinahe ausschliesslich die Jubiläen der Berner Ärztegesellschaft, die jeweils zu historischer Selbstvergewisserung Anlass gaben. 1859 zog der Präsident, Prof. Daniel Jonquière, an der Frühlingsversammlung in Biel eine Bilanz über fünfzig Jahre.²⁰ Die eigentliche Feier fand am 8. Oktober 1859 im Rathaus in Burgdorf statt. Prof. Jonquière begrüßte 35 Mitglieder, unter ihnen als letzten noch lebenden Teilnehmer der Gründungsversammlung Abraham Maret von Oberburg. Dass der Anlass nicht mehr Zuspruch gefunden hatte, entsprach dem vom Präsidenten beklagten Desinteresse vieler Kollegen an der Arbeit der Gesellschaft, die doch den Vergleich mit dem, was andernorts, z. B. in Zürich, geleistet werde, nicht zu scheuen brauche. Mit neuen Statuten, die den vermehrten Einbezug der Bezirksvereine anstrebten, hoffte der Vorstand eine Besserung herbeiführen zu können. Regierungsrat Dr. Samuel Lehmann, in den Jahren 1851 bis 1855 Präsident der Gesellschaft, überbrachte den Dank der Kantonsregierung und ein Geldgeschenk von 200 Franken. Bevor man sich zum Bankett begab, hielt Apotheker Dr. Chr. Müller einen «interessanten kurzen Vortrag» über den Steinkohlenteer und seine Anwendung in der Wundbehandlung. Auf den gastronomischen «Materialismus» folgte bald der «Spiritualismus»: «Trefflicher, aber etwas zu kärg-

Jubiläumsschrift, verfasst von Professor Wilhelm Lindt (1860–1916) zum 100-jährigen Bestehen der Gesellschaft. Auf dem Umschlag das Emblem der bis 1806 bestehenden Chirurgischen Societät: Hand und Auge, über geflügelter Kugel. Als Vorlage diente die heute im Besitz der Ärztesgesellschaft befindliche Lade (Truhe) von 1717–1766.



lich fließender Champagner löste die Zungen der festlich Versammelten.»²¹

Zur 100-Jahr-Feier versammelte man sich am 11. Dezember 1909 in Burgdorf im «Gemeindesaal». Nach dem *Einzugsmarsch der Gäste auf der Wartburg* aus Wagners *Tannhäuser* und der Rede des Präsidenten, Dr. R. Dick folgte, der Vortrag des Verfassers der Festschrift, Prof. W. Lindt, und die «Vorführung mittelst Projektion der Bildnisse von 60 verstorbenen Mitgliedern» durch Dr. R. Howald. Nach einem musikalischen Zwischenspiel (Ouvertüre zu *Euryanthe* von C. M. v. Weber) besichtigte man eine medizinhistorische Ausstellung und wechselte darauf ins Hotel Guggisberg zum «lecker bereiteten Mahle», nicht ohne sich vorher für den Fotografen Dr. Gross aus Neuenburg zur Gruppenaufnahme aufzustellen. Einige Abwesende grüssten telegrafisch, so Theodor Kocher, der «zum Empfang des ihm zugefallenen Nobelpreises in Stockholm weilte». «Gegen 9 Uhr trennte sich die fröhliche Gesellschaft, nachdem manch frohes Lied aus dem Liederbuch gesungen worden, das Prof. Strasser eigens

zu dem Anlass aus Altem und Neuem zusammengestellt und den Teilnehmern verteilt hatte ...»²²

Die 150-Jahr-Feier fand am Sonntag, 11. Oktober 1959, im Rathaus Burgdorf statt. In einer nachdenklichen Begrüßungsrede artikulierte der Präsident, Prof. Hans Kuske, das verbreitete «Gefühl der Zwiespältigkeit ..., ausgelöst durch den Fortschritt und die gleichzeitige Bedrohung» im Atomzeitalter und mahnte zu «Pflichttreue und Pflichterfüllung im Heute ... um den Weg ins Morgen zu finden und standhaft zu bewältigen.» Umrahmt von Kammermusik von Beethoven und Mozart, sprach der Theologe Prof. J. F. Schär über das Thema «Ärzt und Seelsorge». Nach dem von der Gesellschaft offerierten Aperitif folgte ein Bankett im Hotel Stadthaus.²³ Eine Nummer der Ärztezeitung mit historischen Beiträgen von Carl Müller und Erich Hintzsche ersetzte eine eigene Festschrift.²⁴

1984, aus Anlass des 175-jährigen Bestehens, wünschte der Vorstand unter dem Präsidium von Dr. W. Flury «in schlichterem Rahmen an die Öffentlichkeit zu treten»,

1985 erschien eine Festschrift mit dem Vortrag, den Prof. M. P. König an der Jubiläumsfeier vom 29. November 1984 im Berner Rathaus gehalten hatte, und mit einem Beitrag über Emmentaler Ärzte des 18. Jahrhunderts von Dr. med. h. c. M. Meyer-Salzmann.



als dies 1909 der Fall war.²⁵ Am Freitag, 23. November, am dritten Tag der BETAKLI, feierte die Gesellschaft im Berner Rathaus ihr Jubiläum mit einem Festakt, der vom Medizinerorchester musikalisch umrahmt wurde. Der Festvortrag von Prof. M. P. König, ein mit aktuellen Seitenblicken garniertes Resümee der Gesellschaftsgeschichte, erschien zusammen mit einem Aufsatz über die bernischen Landärzte des 18. Jahrhunderts von Dr. med. h. c. Marta Meyer-Salzman in der Festschrift, die auch die Ansprache des Präsidenten wiedergab.

Dr. Flury stellte fest: «Mutatis mutandis sind die Leiden und Freuden dieselben geblieben, wie sie schon 1809 und 1909 bestanden. Stets treten die gleichen Klagen über das mangelnde gesundheitsbewusste Verhalten der Bevölkerung zutage, stets wird auch die Angst vor dem Politiker virulent, dass er sich gegen den Fortschritt der medizinischen Forschung und Lehre richte und den freien Arzt in seiner Berufsausübung hindere. – Immer aber ist es bisher gelungen, ... die Zielsetzungen und Aufgaben des freien Ärztstandes zu behaupten und in ihrer Zeit zu vertreten.» Darin lag nach seiner Überzeugung auch die Verpflichtung für die Zukunft.²⁶

Die Schrift zum 200-Jahr-Jubiläum

2001 ergriff der amtierende Präsident der Ärztesellschaft, Dr. Jürg Schlup, die Initiative zur Vorbereitung des Jubiläums von 2009. Die Projektgruppe zur Vorbereitung der vorliegenden Schrift trat erstmals 2002 zusammen. Sie entwickelte in mehreren Sitzungen ein inhaltliches Konzept und nahm die Suche und Aufbereitung der Quellen an die Hand.²⁷ Zur Vertiefung der Vorarbeiten wurde im Wintersemester 2005/2006 am Historischen Institut der Universität Bern ein Seminar zum Thema «Bernier Ärztinnen und Ärzte im 20. Jahrhundert» durchgeführt (Leitung Prof. Brigitte Studer, Prof. Urs Boschung). Die Projektgruppe entschied ferner im Grundsatz über die Wahl der Autorinnen und Autoren und über die Gestaltung der Schrift; auch unternahm sie Schritte zur Sicherung der Finanzierung.

Um innerhalb des vorgegebenen Umfangs Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in den Blick nehmen zu können, entschied sich die Projektgruppe, das Schwergewicht der Schrift auf die Darstellung der Tätigkeit der Ärztesgesellschaft im 20. Jahrhundert zu legen und auch Stellungnahmen von Ärztinnen und Ärzten und Beiträge von Studierenden mit einzubeziehen. Auch so konnte die Thematik nur anhand ausgewählter Beispiele behandelt werden, sodass wichtige allgemeine Gesichtspunkte wie die Entwicklung des Umfelds in Medizin, Staat und Gesellschaft notwendigerweise fehlen. Als Ergänzung enthält die Schrift als Beilage eine DVD mit wichtigen Texten, Abbildungen und weiteren Belegen.

Zur Quellenlage

Als Wilhelm Lindt (1860–1916), praktizierender ORL-Spezialarzt und Honorarprofessor, 1909 seine Schrift zum 100-Jahr-Jubiläum erarbeitete, konnte er sich als Spross einer alten Berner Ärztesfamilie auf persönliche Materialien wie auch auf einen reichen Bestand von Archivalien stützen, die seither in der Burgerbibliothek Bern aufbewahrt werden.²⁸ Gemäss dem von U. Boschung 1973 erstellten Inventar enthält das Archiv die Manuale der Ehrenden Societet der Wund- und Schnittartzney von 1680 bis 1806, Handwerksordnungen, Meister- und Lehrknebenbücher, Urkunden und weitere Dokumente aus der Zeit des Ancien Régime. Von der Medizinisch-chirurgischen Gesellschaft liegen die Protokolle von 1809 bis 1883 vollständig vor, ebenso rund 175 Eintritts- und Preisarbeiten, Korrespondenzen und Akten zu einzelnen Geschäften. Die Bibliothek, die 1857 mit der Medizinischen Communbibliothek (gegründet 1795) vereinigt worden war, hatte die Ärztesgesellschaft 1887 der Hochschulbibliothek übergeben; sie befindet sich heute im Bestand der Universitätsbibliothek Bern (Signatur *Med.*).²⁹

Hundert Jahre später präsentiert sich die Quellenlage nicht so günstig. Von 1885 bis etwa 1960 fehlen die Protokolle des Vorstandes und der Delegiertenversammlungen wie auch sämtliche Unterlagen des von 1937 bis 1968 mit der FMH gemeinsam geführten Sekretariats. Aus den

besser dotierten Archiven der Bezirksvereine Bern-Stadt, Bern-Land und Ob- und Nid-Ob- u. a. und aus der Standespresse konnte die Lücke nur notdürftig überbrückt werden. Von 1960 an ist die Tätigkeit der kantonalen Ärztegesellschaft im Archiv des Sekretariats dagegen wieder umfassend dokumentiert.

Die 200-Jahr-Feier veranlasste eine Sichtung der verstreuten Archive, die an verschiedensten Orten untergebracht waren – im sicheren Safe ebenso wie auf dem Dachboden. Erstmals wurden Findmittel erstellt und damit einerseits eine Sensibilisierung für den Wert der alten, die kostbare Ressource Platz beanspruchenden Unterlagen erreicht. Andererseits steht nun, sozusagen als Jubiläumsgeschenk der Ärztegesellschaft, künftigen Historikern und Historikerinnen eine Übersicht über die noch vorhandenen Quellen zur Verfügung. Die für diese Jubiläumsschrift getroffene Auswahl zeigt deutlich, dass das gegenwärtige Interesse an der Vergangenheit und die von der damaligen Zeit für überlieferungswürdig erachteten Dokumente und Materialien nicht identisch sind. Wir haben denn auch darauf verzichtet, die bestehenden Jubiläumsschriften fortzuschreiben und eine lineare Entwicklung zu mehr Wissen, mehr Kompetenz, mehr Möglichkeiten zu präsentieren. Das Jubiläum soll vielmehr die Gleichzeitigkeit unterschiedlichster Ausdrucksformen des Ärztestandes dokumentieren und auf den vielleicht bemerkenswertesten Aspekt seiner langjährigen Geschichte verweisen: auf die Verbindung höchst unterschiedlicher Interessen, auf die Schaffung einer gemeinsamen Sprache, welche universitäre Hightech-Medizin, unterschiedliche Spezialisierungen, Ärzte und Ärztinnen mit städtischem und ländlichem Zielpublikum verbindet. Diese Vielfalt in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen zu dokumentieren, war ein zentrales Anliegen. Die moderne Geschichtsschreibung verzichtet nicht auf Akten, Zahlen und gedruckte Quellen, legt aber heute besonderen Wert auf mediale Vielfalt und eine nicht ausschliesslich schriftliche Dokumentation der Vergangenheit. Am Beispiel der Berner Ärztegesellschaft liess sich dieses Prinzip historischer Dokumentation besonders gut umsetzen. So tritt denn die Vergangenheit der Berner

Standesorganisation in höchst unterschiedlicher Ausprägung in Erscheinung: Zum 100-jährigen Bestehen 1909 erschien eine nun als digitale Version aufbereitete Festschrift, dazu aber auch ein Liederbuch. Die Erinnerungskulturen des beginnenden 20. Jahrhunderts werden in einer DVD weitere hundert Jahre später neu zugänglich gemacht – die Lieder diesmal sogar nicht nur in schriftlicher Version, sondern in der Interpretation der Berner Singstudenten. Die schwer greifbaren, zwischen 1809 und 1920 verabschiedeten Statuten sind auf dem beigefügten Datenträger ebenso zugänglich wie die Porträts von Ärzten und Ärztinnen, die der Fotograf und Arzt Peter Friedli als «Blickdiagnose» der besonderen Art zur Verfügung gestellt hat.³⁰ Da Selbstdarstellung, aber auch universitäre Lehre und Fortbildung zentrale Themen darstellen, finden sich unter den Quellenmaterialien auch Filmausschnitte, die den Berner Chirurgen F. de Quervain bei der Arbeit zeigen. Der ambivalenten Funktion von Jubiläumsschriften als Schnittstelle zwischen Vergangenheit und Zukunft werden persönliche Stellungnahmen einzelner Ärztinnen und Ärzte gerecht. Unter diesen Porträts ist der streitbare Citoyen und markante Verbandspolitiker ebenso vertreten wie diejenigen, die Handlungsspielräume ausloten und neue Akzente setzen. Allen gemeinsam ist dabei als Hauptanliegen die Suche nach dem Ausdruck dessen, was jenseits von Know-how und Handwerk liegt und sich als Berufsethik und im weitesten Sinne als waches Interesse an einer sich dynamisch verändernden Gesellschaft beschreiben lässt.

Die stete Notwendigkeit, das einmal gewonnene und als Standesinteresse definierte Selbstverständnis ständigen Veränderungen anzupassen, ist nicht neu. In der unterdessen langen Reihe der Jubiläumsschriften tauchen Bedenken vor der Ärzteschwemme, Kritik an der Aus- und Weiterbildung und den Krankenversicherungen mit schöner Regelmässigkeit auf. Dennoch sind in der neuesten Jubiläumsschrift Themen berücksichtigt, für die sich frühere Autoren weit weniger interessiert hätten. Was heutige Ärzte und Ärztinnen umtreibt, sind ökonomische, bildungspolitische und gesellschaftliche Wandlungspro-

zesse. Diesen Themenbereichen sind die einzelnen Kapitel dieses Buches gewidmet. Ökonomie bedeutet dabei weit mehr als Fragen des Verdienstes, dahinter stehen Überlegungen zur Definition von Leistungen, Reflexionen über die Veränderungen des Gesundheitswesens und der sozialpolitischen Rahmenbedingungen. Auch im Bereich der Bildungspolitik lassen sich mit dem Blick auf die Vergangenheit strukturelle Veränderungen der Gegenwart besser erkennen. Mit der Etablierung von Aus- und Weiterbildung werden Standards und Formen der Qualitätssicherung gesetzt, die wiederum im dritten Kernbereich der Vereinsgeschichte gespiegelt werden, dem Wandel des gesellschaftlichen Selbstverständnisses von Arzt und Ärztin. Die Untersuchungen zum Auftreten der Ärzte in den 20er-Jahren beinhalten auch immer die Frage, was denn den «traditionellen» vom modernen Arzt des 21. Jahrhunderts unterscheidet. Dabei ist die Rolle der Ärztinnen in doppeltem Sinne zentral: Frauen treten spät und spärlich in die Vereinspolitik ein – darin aber den zögerlichen Verlauf des langsamen schweizerischen Emanzipationsprozesses zu sehen, wäre falsch. Die Berner medizinische Fakultät galt im 19. Jahrhundert nachgerade als europäische Hochburg des Frauenstudiums. Die Vergangenheit, so lehrt dieses Beispiel, hält neben der Innensicht noch einige überraschende Blicke von aussen bereit.

Dank

Die Herausgeber danken für tatkräftige Mitarbeit und vielfältige Unterstützung Frau Piroshka Wolf, Frau Ruth Lüscher, den Herren Dr. Peter Geiser, Dr. Beat Gafner, Dr. Peter Friedli und Fürsprecher Urs Hofer, Frau Prof. Brigitte Studer und ihren Studierenden, Frau Anouk Hiedl, Frau Simona Isler und Frau Viviane Burkhalter, weiter den Berner Singstudenten, im Institut für Medizingeschichte Frau Pia Burkhalter, Bibliothekarin, und Frau Rahel Imobersteg, im Atelier Bundi Herrn Stephan Bundi, Frau Nadine Kamber und Herrn David Caprez, und nicht zuletzt den Autorinnen und Autoren.

1809–1909: Von den Anfängen zum «achtunggebietenden Mannesalter»

Urs Boschung

Nach bescheidenen Anfängen fühlte sich die kantonalbernerische Ärztesgesellschaft im hundertsten Jahr ihres Bestehens zum «kräftigen, achtunggebietenden Mannesalter»¹ herangewachsen. Wie kam es dazu?



Die Gründung

Die ersten Jahre der bernischen Ärztesgesellschaft fielen in eine Zeit tiefgreifender Veränderungen. 1809 galt die von Napoleon diktierte Mediationsverfassung, die die revolutionäre «Eine und unteilbare helvetische Republik» abgelöst und die Souveränität der Kantone wiederhergestellt hatte. 1813–1815 kämpften in der Schweiz kaiserlich-französische und alliierte Heere. Nach dem Sturz Napoleons verfügte der Wiener Kongress 1815 die «Restauration» des Ancien Régime in den ehemals patrizisch regierten Kantonen. Die liberale Bewegung, die in der Pariser Juli-Revolution von 1830 einen Höhepunkt erreichte, führte auch in Bern zum politischen Umschwung und zu einer neuen Verfassung, mit der die Vorherrschaft der Stadt und des Patriziats zu Ende ging.

Über die Gründung berichtete der Präsident, Prof. Daniel Jonquière, an der Feier des 50-Jahr-Jubiläums wie folgt:

«In einer zahlreichen Versammlung von Aerzten, die den 4. Juli 1808 ... in Burgdorf stattfand, wurde der Wunsch ausgesprochen und mit lebhaftem Beifall aufgenommen: es möchte unter den Aerzten des Cantons eine Verbindung geknüpft werden, welche Pflege von Collegialität und Wissenschaft zu ihrem Zwecke hätte. Eine Commission, bestehend aus den Herren Doctoren Lehmann in Muri, Sury in Kirchberg, Burger in Burgdorf, Moser in Herzogenbuchsee und Schneider in Langnau, wurde niedergesetzt, um Vorschläge zur Ausführung jener Idee zu bringen. Diese Commission legte exact ein Jahr später, nämlich am 4. Juli 1809, einer nochmaligen Versammlung ... einen Statuten-Entwurf für den zu gründenden Verein vor. Es wurde derselbe genehmigt und auf eine Einladung mittelst Circularschreiben hin erschienen den 9. October 1809 in Burgdorf 21 Aerzte, welche sich, unter dem Präsidium von Herrn Lehmann, als Medicinisch-chirurgische Gesellschaft des Cantons Bern constituirten.»²

Es ist bezeichnend für den neuen, postrevolutionären Geist, dass die Initiative zur Gründung von fünf Ärzten ausging, die alle nicht aus der Hauptstadt stammten

Lade der Chirurgischen Societät der Stadt Bern, mit dem Emblem der Gesellschaft und der Devise «Hic manus et oculus» (Hie Hand und Auge) und den Wappen der Obmänner Samuel Gruber, Albrecht Kastenhofer und Johann Jakob Hartmann. Die Truhe, die von 1717 bis 1766 zur Aufbewahrung der wichtigen Dokumente diente, wurde von der Ärztesgesellschaft 2000 im Antiquitätenhandel erworben.

und in Ortschaften des alten Untertanengebiets arbeiteten. Ihr Werdegang charakterisiert den Zustand des ärztlichen Berufes: Drei von ihnen hatten promoviert, so Johannes Sury 1803 in Tübingen und Michael Schneider 1802 in Jena.³ Der eigentliche «Gründer», Samuel Lehmann (1769–1837), hatte seine Laufbahn als Wundarztlehrling auf der Basler Landschaft begonnen und darauf als Geselle in Kirchberg und Payerne gearbeitet. 1787–1789 vertiefte er sein Wissen am Zürcher Medizinisch-chirurgischen Institut. 1789 bestand er in Bern vor der Chirurgischen Societät sein Meisterexamen und liess sich in Langnau nieder. 1802 zog er nach Muri bei Bern um, wo er sich in späteren Jahren einen Namen als Irrenarzt machte.⁴

Mit der Stadtberner Chirurgischen Societät hatte Samuel Lehmann jene Berufsvereinigung kennengelernt, die von alters her mit obrigkeitlichem Segen die Aufsicht über Lehrlinge, Gesellen und Meister führte, die die Examen abhielt und die Berufsausübung bewilligte.⁵ Sie sorgte für ein geordnetes Zusammenleben ih-



rer Mitglieder und setzte sich für deren Interessen zur Wehr, sowohl gegen andere Berufsgruppen wie auch gegen «Stümpler» und Marktschreier, die den Meistern ins Handwerk pfschten.

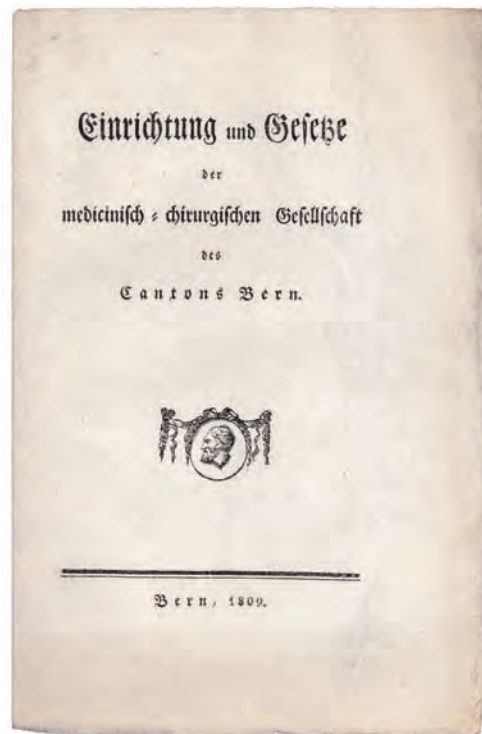
Im Medizinisch-chirurgischen Institut in Zürich war während Lehmanns Aufenthalt die erste schweizerische Ärztevereinigung gegründet worden. Zwei ehemalige Göttinger Medizinstudenten, die Ärzte Leonhard Usteri aus Zürich und Albrecht Rengger aus Bern, stellten den Plan auf, suchten dafür ausserhalb von Zürich eine breite Unterstützung und erreichten, dass auf den 10. Juni 1791 33 Mitglieder zum Gründungskongress der Helvetischen Gesellschaft correspondierender Ärzte und Wundärzte in Zürich zusammenkamen und in der Folge über hundert Mediziner ihren Beitritt erklärten.⁶ Erster Präsident wurde der vielseitig tätige Dr. Johann Heinrich Rahn (1749–1812), der Gründer des Medizinisch-chirurgischen Instituts und Exponent der medizinischen Aufklärung in der Schweiz, nachmals auch der erste Präsident der 1810 gegründeten Ärztegesellschaft des Kantons Zürich.

Die neuen kantonalen Vereinigungen bedeuteten das Ende der Helvetischen Ärztegesellschaft. Diese hatte zuletzt 1806 erfolglos zu einem Kongress eingeladen und sich danach stillschweigend aufgelöst. In der irri- gen Annahme, sie bestehe weiterhin, beschloss man 1809 in Burgdorf, ihr die Berner Neugründung anzuzeigen. Zugleich erging an die Chirurgischen Societäten von Burgdorf und Langenthal die Einladung, der neuen Gesellschaft beizutreten. Die beiden handwerklich-zünftischen Vereinigungen beharrten auf ihrer Selbständigkeit, gingen jedoch bald darauf ein (Langenthal 1816). Die Stadtberner Societät hatte schon 1806 ihre letzte Zusammenkunft abgehalten.⁷ Die Zeit der handwerklichen «Innungen» war abgelaufen, die Zukunft sollte den «wissenschaftlichen Vereinen» gehören.⁸

Was den Ausschlag gab, die Gesellschaft mit neuen Zielsetzungen gerade in der «Munizipalstadt Burgdorf» zu gründen, kann nur vermutet werden. «Lange unterdrückt durch politische Umstände» – wie es im Gründungsprotokoll heisst –, hätten sich die Ärzte 1808 «in

anderer, doch ähnlicher Absicht» in Burgdorf getroffen. Man wollte zweifellos ein Zeichen setzen gegen eine allfällige Dominanz der Stadt Bern. Von den 21 Gründungsmitgliedern kamen 10 Herren aus Bern. Den weitesten Weg hatten Christian Aebersold aus Unterseen, Johann Beyeler aus Guggisberg, Johann Gugelmann aus Steffisburg und Johann Jakob Gohl aus Aarberg zurückgelegt. Auffällig ist das Abseitsstehen der Bieler Ärzte; sie fehlen auch unter den 45 Namen im ersten gedruckten Verzeichnis von 1810. Die Versammlung wählte Rudolf Abraham Schiferli (1775–1837) zum Präsidenten. Schiferli war Burger von Thun, hatte Medizin in Jena studiert und dort 1796 zum Dr. med. promoviert. Nach kurzen Aufenthalten in Wien und Paris praktizierte er in Bern, betätigte sich als Dozent am Medizinischen Institut und war als Militärarzt zuletzt Generalinspektor der Helvetischen Truppen. An der neu gegründeten Medizinischen Fakultät der Bernischen Akademie wurde er 1805 ordentlicher Professor für Chirurgie und Geburtshilfe und war 1808 Rektor. Mit ihm ergab sich wie durch

Statuten der Medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern, 1809.



Rahn in Zürich eine Beziehung zur ehemaligen Helvetischen Ärztegesellschaft, der Schiferli in den letzten Jahren angehört hatte. Er war zu jenem Zeitpunkt zweifellos der prominenteste Berner Mediziner. Bereits 1812 trat er jedoch vom Präsidium und andern Ämtern zurück und nahm – in den Adelsstand erhoben – die Stelle des Oberhofmeisters der russischen Grossfürstin Anna Feodorowna an, die von 1814 an in der Berner Elfenau residierte.⁹

Die Gesellschaft gab sich im Oktober 1809 eine «vierfache Bestimmung»:

- «1. Nähere Bekanntschaft, engere Verbindung, Beförderung geselliger und freundschaftlicher Verhältnisse, Erweckung des Gemeinsinns unter den Medicinal-Personen des Cantons.
2. Privatnutzen eines jeden Mitgliedes durch die Belehrung, Erweiterung der Kenntnisse, durch Rath und Hülfe in schwierigen und zweifelhaften Fällen, vermittelt eines freyen, schriftlichen oder mündlichen Gedankenwechsels.
3. Erweiterung der Arzneykunde als Wissenschaft und Kunst, mit besondrer Hinsicht auf vaterländische Verhältnisse und Bedürfnisse.
4. Nutzen für das kranke Publikum, theils durch mehrere Bildung, Nacheiferung und Vertrautheit unter den Aerzten; theils durch Verbreitung allgemein gültiger, oder sich auf den Canton Bern besonders beziehender medicinischer Kenntnisse, Erfahrungen und Beobachtungen; theils durch Berathschlagungen in einzelnen Fällen; theils endlich durch Unterstützung der, das physische Wohl des Vaterlandes betreffenden Verordnungen der hohen Regierung.»¹⁰

Die «Gesetze der Gesellschaft» hielten fest, dass «alle patentirte[n], in ehrenhaften und freyen bürgerlichen Verhältnissen und Rechten stehende[n] Medicinal-Personen» zur Aufnahme befähigt sein sollten. Damit waren neben Ärzten und Wundärzten auch die Apotheker gemeint. Das «Comité» bestand aus sieben frei gewählten Mitgliedern. Für die zweimal jährlich stattfindenden Ver-

sammlungen war neben der Rede des Präsidenten eine Fülle von Geschäften und Beiträgen vorgesehen. Wer ohne triftigen Grund an der Hauptversammlung fehlte, sollte 2 Pfund, wer zu spät kam, 1 Pfund Busse bezahlen. Grosszügig ernannte man 1810 und 1811 24 Ehrenmitglieder und 27 Korrespondierende Mitglieder im In- und Ausland.¹¹ Nach der unfreiwilligen Denkpause, die sich durch die politischen und kriegerischen Ereignisse ergeben hatte, besann man sich 1816 auf den eigentlichen Zweck, nämlich «blos vaterländische Aerzte unter sich und blos zu ihrem und ihres Wirkungskreises Vortheile zu verbinden».¹²

Bevor in den späteren Abschnitten einige charakteristische Einzelheiten der Gesellschaftsgeschichte hervorgehoben werden, soll über die gesetzlichen und institutionellen Rahmenbedingungen der ärztlichen Arbeit berichtet werden.

Die staatlichen Rahmenbedingungen

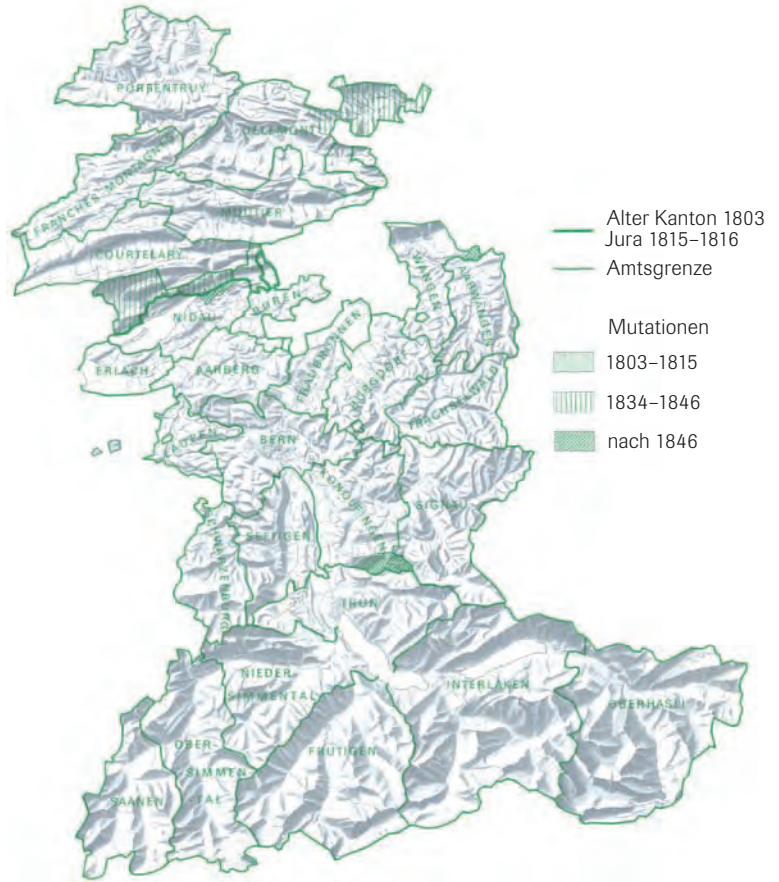
Für die ärztliche Tätigkeit galt zur Gründungszeit der Gesellschaft noch die «Verordnung für sämtliche Aerzte zu Stadt und Land» von 1788. Nur wer das Examen des Sanitätsrates bestanden hatte, war zur Praxis zugelassen. Die Ärzte waren gehalten, «denen Kranken, zu denen sie gerufen werden, ohne Ausnahme, willig zu Hülfe zu eilen, derselben Zustand wohl zu erdauren [d. h. zu erforschen], die ganze Besorgung mit Ueberlegung, Vorsichtigkeit und Treue zu verführen, damit ihnen keine Verantwortung zur Last fallen möge». Im Zweifelsfall sollten sie «mit einem anderen ... consultiren», aber möglichst nicht in Gegenwart des Kranken. Sie sollten die Apotheken visitieren, «sich mit einer mässigen Belohnung begnügen», Arm und Reich gleichermassen beistehen und mit den Behörden zusammenarbeiten.¹³ Analoge Verordnungen galten auch für Wundärzte und Apotheker.¹⁴

Praktische Ärzte um 1810 hatten keinen einheitlichen Werdegang vorzuweisen. Es gab die an der Universität promovierten Doktoren und die rein handwerklich ausgebildeten Wundärzte. Es gab auch Wundärzte, die Vorlesungen an auswärtigen Universitäten oder am Berner

Amtsbezirke des Kantons Bern.

Von 1840 an bildeten sich Bezirksvereine, die ihre eigenen Veranstaltungen durchführten und durch die Statuten von 1857 organisch mit der Kantonalgesellschaft verbunden wurden. 1909 bestanden (und bestehen heute noch) die Bezirksvereine Bern-Stadt, Bern-Land, Seeland, Emmental, Oberaargau, (engeres) Oberland, Thun (und Umgebung), Jura; Letzterer teilte sich später in den heutigen Cercle médical Pierre-Pertuis und Jura-Nord (ab 1979 Société médicale du canton du Jura).

Einteilung in Ämter



© Geografisches Institut der Universität Bern Mi/Ba

1 : 500 000

Medizinischen Institut (1797–1806) gehört hatten, teils ohne Examen, teils mit komplettem Medizinstudium inkl. Doktorat. Hinzu kamen nach 1805 die Absolventen des vierjährigen Curriculums der Berner Akademie, von denen sich die einen mit dieser Ausbildung begnügten, einige aber auch auswärts noch doktorierten. Angesichts dieses Wirrwarrs erliess der Sanitätsrat 1807 eine «Verordnung der Classification und Patentirung der Medizinal-Personen des Cantons Bern».¹⁵

Für Ärzte, Wundärzte, Landärzte, Apotheker, Krankenwärter und Hebammen wurden Anforderungen und Kompetenzen genau festgelegt. Es bestand jedoch eine gewisse Durchlässigkeit, indem z. B. ein Landarzt nach

fünf Jahren «guter Dienste» bei Bestehen des entsprechenden Examens Arzt oder Wundarzt werden konnte. Ärzte und Wundärzte hatten in einer Stadt mit Apotheke zu wohnen, Selbstdispensation war lediglich den Landärzten gestattet. Den Krankenwärtern erlaubte die Verordnung «auf Begehren [der Patienten] oder auf Verordnung hin, [zur] Ader zu lassen, Blutigel anzusetzen, zu Schröpfen, Blasenpflaster zu legen und Klistiere zu geben». Die Klassifizierung des Personals wurde mehrfach geändert. Ab 1834 gab es keine Landärzte mehr, dafür Ärzte und Wundärzte 1. und 2. Klasse, 1846 entfiel die Unterscheidung in Klassen, 1865 die Unterscheidung in Arzt und Wundarzt.¹⁶

Prüfungsgremium war die Sanitätskommission, die sich aus fünf praktizierenden Ärzten, dem Staatsapotheker und einem Tierarzt zusammensetzte. Lehrer der 1834 gegründeten Hochschule waren gemäss Reglement von 1848 als Prüfer ausgeschlossen.¹⁷ Der Examinand hatte «drei mündliche, zwei praktische, zwei schriftliche theoretische Examen zu bestehen und eine ... häufig vorkommende Operation an der Leiche zu vollziehen.»¹⁸ Es war bekannt, dass nicht alle Ärzte, die die Kandidaten auf ihre Eignung zur Praxis prüfen sollten, in jedem Fach genügend sattelfest waren, um das abgefragte Theoriewissen ausreichend zu beurteilen. Das Reglement von 1858 änderte das Prüfungsverfahren in mehreren Punkten. Es wurde eine Notenskala bestimmt und die Möglichkeit geschaffen, das Examen etappenweise zu absolvieren. Bei den nun stärker gewichteten praktischen Prüfungen hatten jeweils nur zwei Experten anwesend zu sein.¹⁹ An die Stelle des kantonalen Staatsexamens trat 1867 das durch ein Konkordat zwischen Bern, Zürich und den meisten anderen Kantonen mit Ausnahme der Westschweiz vereinbarte einheitliche Examen. 1877 schufen das Bundesgesetz über die Freizügigkeit des Medizinalpersonals und die zugehörige Verordnung von 1880 die Grundlage zur Einführung der Eidgenössischen Medizinalprüfungen.²⁰

1865 beschloss der Grosse Rat das Gesetz über die Ausübung der medizinischen Berufsarten, das u. a. das Mandat «ansehend die Marktschreyer, After- und Stüm-



Bezirksverein
Seeland 1892.

pelärzte» von 1765 ablöste und seinerseits über hundert Jahre in Kraft blieb (bis 1984).²¹ Nur die im Gesetz genannten und ordentlich geprüften und patentierten Ärzte, Apotheker, Tierärzte, Zahnärzte und Hebammen waren zur Ausübung ihres jeweiligen «Zweiges der Heilkunde» befugt. Für die Ärzte wurde präzisiert, dass ihr Beruf Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe umfasse. Alle nicht entsprechend patentierten Personen, «welche gewerbsmässig und gegen Belohnung in einen Zweig der Heilkunde einschlagende Verrichtungen besorgen», machten sich strafbar. Von ausgesprochenen Bussen fiel ein Drittel dem «Verleider», d. h. dem die Anzeige Erstattenden, zu. Einschränkende Bestimmungen bestanden für die Arzneimittelreklame, die ebenso wie die Eröffnung neuer Apotheken bewilligungspflichtig war. Den Ärzten stand es frei, Arzneimittel aus einer öffentlichen Apotheke zu verordnen oder aus der «Privatapotheke» zu verabreichen. Die Honorierung war «dem ausdrücklichen oder stillschweigenden Uebereinkommen mit den Hülfesuchenden überlassen»; für

strittige Fälle galt ein periodisch angepasster regierungsräthlicher Tarif.

Meilensteine für die Entwicklung eines Gesundheitswesens im modernen Sinn waren die Beschlüsse des Grossen Rates für den Ausbau der Spitäler. Am Anfang stand 1835 die landesweite Einrichtung und finanzielle Unterstützung von «Krankenzimmern für Notfälle», den Keimzellen der Bezirks- und Regionalspitäler.²² 1850 wurde der Bau der Irrenheil- und Pflegeanstalt Waldau (eröffnet 1855) beschlossen, 1880 und 1899 gewährte der Kanton Beiträge für den Neubau des Inselspitals und zugunsten zusätzlicher «Staatsbetten» in den Bezirksspitalern.

Unter den im Übrigen wenig zahlreichen Vorschriften war das kantonale Impfgesetz von 1849 von besonderer Bedeutung. Es schrieb vor, dass alle Kinder «vor dem Eintritt in das schulpflichtige Alter» mit den Schutzpocken zu impfen seien, und zwar ausschliesslich durch Ärzte. Die Beaufsichtigung des Impfwesens und die Impfung der Armen war Sache der behördlich bestimmten Impfärzte. Der unbeliebte Impfwang wurde mit einer kantonalen Volksinitiative 1895 abgeschafft, dies trotz regelmässigem Auftreten der Pocken und Warnungen der Ärztesgesellschaft. 1882 war bereits das Eidg. Epidemiengesetz wegen der vorgesehenen obligatorischen Pockenimpfung vom Stimmvolk verworfen worden. Unter dem Eindruck der Cholerafahre wurde es 1886 ohne die Impfbestimmung gutgeheissen.²³

Den weiteren Übergang von Kompetenzen im Gesundheitswesen an den Bund markiert die Gründung des Eidg. Gesundheitsamtes 1893. Erster Direktor wurde der Berner Arzt Johann Friedrich Schmid (1850–1916), seit 1889 «Sanitätsreferent» des Eidg. Departements des Innern.

Geselligkeit und Fortbildung

Nach Überwindung der Anfangsschwierigkeiten, d. h. nach 1816, versammelte sich die Gesellschaft dreimal jährlich.²⁴ Von 1857 an traf man sich wieder wie in der Gründungszeit zweimal im Jahr.²⁵ Inzwischen sorgten



Sommersitzung der
Medizinisch-chirurgischen
Gesellschaft
auf der Petersinsel,
16. Juli 1887, Präsident
Theodor Kocher mit
dem Isenschmid-Becher.
Beschriftung von
Kochers Hand.

ja die Medizinischen Bezirksvereine für regelmässige Treffen mit Belehrung und Geselligkeit. 1840 waren die Bezirksvereine Bern und Oberaargau gegründet worden, 1845 jener im Seeland.²⁶ Der Bezirksverein Bern-Mittelland, der ebenfalls 1840 entstanden sein soll, meldete 1858 (und 1904) seine erneute Konstituierung.²⁷

An der Hauptversammlung, die die Kantonalgesellschaft jeweils im Sommer, meistens in Burgdorf, abhielt, wurden die statutarischen Geschäfte erledigt und neue Mitglieder aufgenommen, die vorgängig eine schriftliche Arbeit über ein Thema ihrer Wahl einreichen mussten (bis 1836). Von 1821 an galt für den Beitritt ein spezielles Zeremoniell: Der Kandidat hatte den vom Präsidenten D. R. Isenschmid der Gesellschaft geschenkten kostbaren Becher «gefüllt mit guter Landeskraft und vortretend in die Mitte des Zimmers ganz genau aus[zu]leeren, nachdem er vorher ein paar Worte für die Gesellschaft, wohlwollend hat fliessen lassen.» Im Übrigen sollte der Becher in der Versammlung «in trautem Vereine kreisend in Bewegung gebracht werden», was denn auch

1909 noch der Fall war, unter Umständen auch mit alkoholfreiem Inhalt, und 1915 beizubehalten beschlossen wurde.²⁸

Während man im Herbst oder Winter meistens in Bern tagte, fanden die Versammlungen im Frühjahr an wechselnden Ort statt, z. B. in Kirchberg, Walkringen, Schüpfen, Grosshöchstetten, Fraubrunnen, Aarberg, Münsingen, Biel usw. Für viele Jahre bestand die übliche Traktandenliste aus der Rede des Präsidenten und den Vorträgen der Mitglieder. Hier finden sich philosophische Betrachtungen und Spekulationen über medizinische Theorien, Krankengeschichten, Operations- und Obduktionsberichte, Heilmittel- und Mineralwasseranalysen, Reiseerinnerungen, Demonstrationen von Präparaten und Instrumenten, Nachrufe sowie regelmässig Diskussionen über ausgebrochene oder zu verhütende Krankheiten (Ruhr, Typhus, Pocken, Krätze, Cholera). Einzelne Beiträge zeugen von langjähriger gewissenhafter praktischer Arbeit, so die Referate des Landarztes Jakob Büchler aus Renan im St.-Immer-Tal über die von ihm 1828 bis 1861 geleiteten 1200 Geburten.²⁹ Tätigkeitsberichte erschienen gedruckt in den *Verhandlungen der vereinigten ärztlichen Gesellschaften der Schweiz* (1828–1830), ferner im ersten schweizerische Fachorgan, der von der Berner Gesellschaft gemeinsam mit den Zürcher Kollegen herausgegebenen *Schweizerischen Zeitschrift für Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe* (1842–1856), sodann in der *Schweizerischen Monatschrift [!] für praktische Medizin* (1858–1860), der *Schweizerischen Zeitschrift für Heilkunde* (1862–1864) und ab 1872 im *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*.

Gesundheits- und Sozialpolitik

Neben der Beschäftigung mit innerfachlichen Themen war die Gesellschaft stets auch mit den Fragen der Tagespolitik und Problemen der Öffentlichkeit befasst. Hauptberuflich als Ärzte praktizierend, waren die Mitglieder ja auch Dozenten und Forscher an der Hochschule, Mitglieder von Behörden und für wissenschaftliche, soziale und kulturelle Anliegen engagiert. So waren sie mit den

Forderungen der Zeit vertraut und konnten sich aus ihrer Wissenschaft und Praxis berechtigt fühlen, auf Missstände hinzuweisen und Lösungen für offene Probleme vorzuschlagen. Die Legate von Johann Rudolf Grimm 1811 und Samuel Lehmann 1837 erlaubten die Ausschreibung von Preisfragen. Auf diese Weise entstanden Arbeiten über Tuberkulose, Alkoholismus, die Pockenimpfung und die Neugestaltung des Medizinalwesens, Themen, die auch in den Versammlungen der Gesellschaft diskutiert wurden.³⁰ Während der Präsidentschaft von Prof. Emanuel Eduard Fueter, dem hochgeachteten Gründer der Berner Poliklinik, verabschiedete man 1846 nach intensiver, auch in den Bezirksvereinen geführter Beratung die «Grundzüge der Medicinalordnung für den Canton Bern», dies im Hinblick auf die Revision der Staatsverfassung. Fueter hatte sich 1840 in seiner Präsidentialrede für eine bessere ärztliche Versorgung der ländlichen Gegenden eingesetzt, u. a. durch staatliche Unterstützung von Ärzten, die sich in Berggegenden niederliessen, ferner durch Errichtung von Landapotheken und den Verzicht auf die Selbst-

Johann Rudolf Schneider (1804–1880), Präsident 1859–1880, mit der Schale, die ihm die Ärztesgesellschaft 1870 zum Dank für die geleisteten Dienste überreichte.



dispensation. Unter dem Eindruck der Pariser Revolution von 1848 hielt Fueter an der Sommerversammlung eine aufrüttelnde Rede über «Die sozialen Fragen vom Standpunkte des praktischen Arztes».³¹ Er anerkannte den «Grundsatz der unbeschränkten Volksherrschaft» und der «Regierung der Mehrheiten» und leitete daraus für Arbeiter und Proletarier den Anspruch auf grundlegende Verbesserungen der Lebensbedingungen ab. Für die Umsetzung beanspruchte er die Kompetenz der Ärzte und rief diese zur Mitarbeit auf. Auf Fueters Initiative richtete die Gesellschaft kraft ihres «Expertenurtheils» 1854 eine Eingabe an den Grossen Rat, in der Massnahmen gegen den «Missbrauch des Branntweins», namentlich dessen Verteuerung sowie eine Ausschenksteuer, verlangt wurden.³² Fueter war bekanntlich der Berater seines Freundes Gotthelf bei der Niederschrift des *Anne Bäbi Jowäger*, jenes gegen die Kurpfuscherei gerichteten Romans, den die bernische Regierung ihm 1842 in Auftrag gab.³³ Dem Regierungsrat gehörte zu diesem Zeitpunkt Johann Rudolf Schneider (1804–1880) an, der als junger Arzt in Nidau die Initiative für die Entsepfung des Seelandes und die Juragewässerkorrektion ergriff, 1838 in die Regierung gewählt wurde und als Direktor des Innern dem Sanitätswesen vorstand.³⁴ Nach seinem Rücktritt 1850 arbeitete er als Inselarzt und präsidierte von 1859 bis 1880 die Kantonalgesellschaft, die sich unter seiner Leitung mehrfach mit Eingaben an die politischen Behörden für den Ausbau der bernischen Spitäler einsetzte. Grosse Verdienste erwarb sich Schneider ferner um die Vereinheitlichung der Medizinalprüfungen und die Gründung des Centralvereins (siehe unten). Einige Jahre vor Schneider präsidierte Samuel Lehmann (1808–1896), Neffe des Gründers gleichen Namens, die Gesellschaft (1851–1854). Er gehörte der bernischen Regierung in den Jahren 1846–1850 und 1854–1862 an und förderte den Bau der psychiatrischen Anstalt Waldau auf dem Areal des Äusseren Krankenhauses, das er zuvor geleitet hatte. Von 1857 bis 1874 war er Eidg. Oberfeldarzt und Mitglied der Direktion des Inselspitals, die er von 1879 bis 1883, d. h. während der Planung und Errichtung des Neubaus, präsidierte.

Fortbildungs- und Ferienkurse

Die raschen Veränderungen und Fortschritte der Medizin im Laufe des 19. Jahrhunderts wurden in Bern augenfällig mit dem Neubau des Inselspitals. Dieses verliess nach langwieriger Planung die Innenstadt und bezog 1884 im Westen «auf der grünen Wiese» eine moderne Anlage im Pavillonstil. Das Bedürfnis der Ärzteschaft, in Theorie und Praxis mit dem Wandel Schritt zu halten, kam in der kantonalen Ärztegesellschaft erstmals an der Sommersitzung vom 26. Juli 1879 in Büren zur Sprache, als der Bieler Arzt Dr. Eduard Bähler (1832–1910) von der Notwendigkeit der «Fortbildung der practischen Aerzte» sprach.³⁵ Besonders die Landärzte, «die Nebenausärzte», wie er sie nennt, «die nach sparsam zugemessener Studienzeit hinaus gestossen wurden in die Dörfer und kleinen Landstädtchen», gerade sie seien auf die «Gelegenheit zur Weiterbildung» angewiesen. Die Erfolge der Kurse in Berlin und Breslau zeigten, dass «dieses Bedürfnis nach Fortbildung existirt und von vielen Collegen empfunden wird». Bähler dachte an zwei- bis dreiwöchige Kurse im Oktober, mit medizinischen, chirurgischen und pathologisch-anatomischen Demonstrationen und einem Stundenplan, der es den Näherwohnenden ermöglichen sollte, täglich nach Hause zurückzukehren. In der Wintersitzung am 28. Februar 1880 im Casino in Bern meldete der Vorstand, nun präsiert von Theodor

Theodor Kocher im Hörsaal der Chirurgischen Klinik des Inselspitals, um 1910.



Kocher, dass 14 Dozenten bereit wären, Veranstaltungen durchzuführen, allerdings unter der Bedingung einer genügenden Teilnehmerzahl, und «von einem Cursmodus ..., dass die Aerzte Vormittags einige Stunden hören und Nachmittags nach Hause zur Praxis verreisen», wollte man nichts wissen. Auf das Angebot meldeten sich nur insgesamt 19 Ärzte an. Trotz einer Fristverlängerung kam die Veranstaltung nicht zustande.³⁶

1887 unternahm Dr. Emil Lanz-Bloesch (1851–1926), der künftige internistische Chefarzt des Spitals Biel, einen neuen Vorstoss. Er präzisierte, «dass nicht fortlaufende Feriencurse, die sich schon früher als practisch undurchführbar erwiesen haben», gewünscht werden, sondern «dass Professoren und Docenten alle 8–14 Tage einmal den Unterricht den Bedürfnissen der practischen Aerzte anpassen».³⁷ Kocher und seine Kollegen begrüßten den Vorschlag, wiesen aber darauf hin, dass auch im neuen Inselspital aus Kostengründen während der Ferien eine geringere Zahl klinischer Patienten aufgenommen würden, was den Unterricht anhand geeigneter Fälle erschwere.

Anlässlich eines im Juli 1888 «probeweise abgehaltenen klinischen Aertzetages» übernahm ein aus Dozenten und Praktikern zusammengesetztes Komitee die weitere Organisation. Der Aertzetag sollte künftig alle vier Wochen abwechselungsweise am Mittwoch und am Freitag stattfinden und vormittags – gemeinsam mit den Studenten – Klinik, nachmittags Demonstrationen und Vorträge anbieten. Das Mittagessen sollte den Gedankenaustausch zwischen Dozenten und Teilnehmern fördern.³⁸ Ein zweiter Klinischer Aertzetag fand noch im selben Jahr, am 15. Dezember 1888 statt, in Verbindung mit der Winterversammlung der Kantonalgesellschaft.³⁹ Im Januar 1892 folgten 38 Zuhörer den Fallvorstellungen von Kocher und Sahli; Langhans demonstrierte das Vorgehen bei der Leichensektion, Müller erörterte die Indikationen für die Wendung auf den Fuss, und Kronecker führte ein neurophysiologisches Experiment vor. Im Dezember 1892 zählte man bei einem ähnlichen Programm 40 bis 60 Ärzte.⁴⁰ 1894 legte ein erneuertes Komitee einen halbjährlichen Rhythmus fest.⁴¹ Für die von

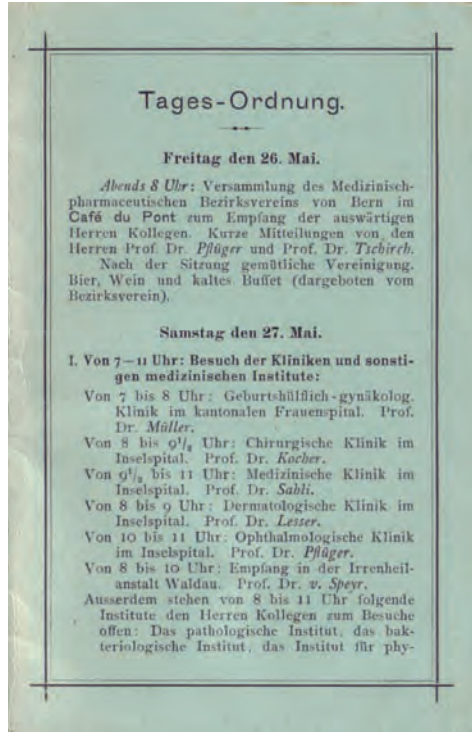
da an regelmässig am Inselspital stattfindenden Veranstaltungen galt dieselbe Zielsetzung, die der Präsident der Zürcher Ärztesgesellschaft, Dr. W. von Muralt, anlässlich des ersten Zürcher Ärztetages am 30. Januar 1896 formulierte: «... wir legen das Hauptgewicht auf die Klinik, die klinische Untersuchung, Vorführung und Besprechung. Es ist uns hier viel weniger daran gelegen, ganz seltene Curiositäten zu sehen, die uns im Leben vielleicht noch einmal oder gar nicht mehr begegnen werden, sondern wir wollen an den Tagen auffrischen, was wir früher gelernt und gewusst haben, und uns auch die seither gebräuchlich gewordenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich bewährt haben, zeigen lassen.»⁴²

Berner Initiativen für eine «schweizerische medizinische Gesellschaft»

In den 1860er-Jahren setzte sich in der Ärzteschaft die Einsicht durch, dass «gerade in dem Medizinalwesen der Kantönligeist ein enormes Hindernis jedes Fortschritts» sei.⁴³ Hier ergriff Bern eine wichtige Initiative. Am 3. Juli 1869 berichtete der Vorstand (J. R. Schneider, G. A. Lücke) den in Herzogenbuchsee versammelten Mitgliedern, dass man «an die Vereine von Solothurn, Basel, Baselland, Luzern habe Einladungen ergehen lassen ... um womöglich von Zeit zu Zeit eine grössere Gruppe von Cantonen zu gemeinschaftliche[r] Arbeit und gemeinschaftlichem Verkehr zusammen zu bringen», gewissermassen als «Notbehelf für eine schweizerisch-medizinische Gesellschaft».⁴⁴ So trafen sich am 5. Februar 1870 am Eisenbahnknotenpunkt Olten Delegierte der deutschschweizerischen Gesellschaften und gründeten den Ärztlichen Centralverein der deutschen Schweiz mit dem Zweck «wissenschaftlicher und socialmedizinischer Besprechungen». Im Vorfeld war die Idee, die Medizinische Sektion der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft im angestrebten Sinn umzugestalten, als unzweckmässig verworfen worden.⁴⁵ Der Statutenentwurf war von der Berner Delegation mitgebracht und von Lücke vorgetragen worden. Zur ersten

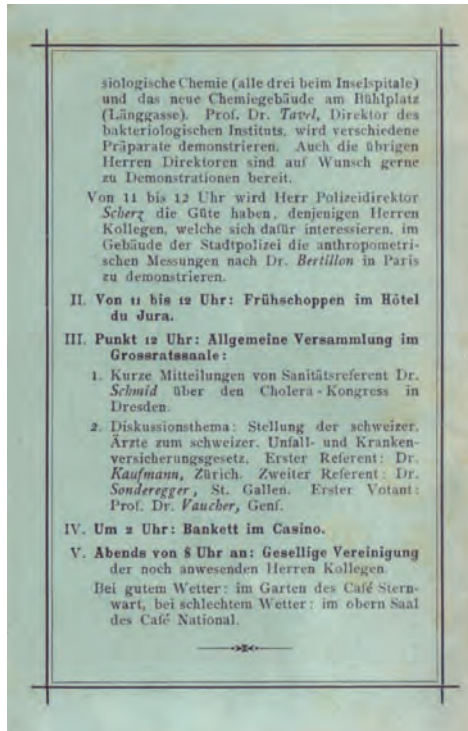


Programm des V. Allgemeinen Schweizerischen Ärztetages, Bern, 26./27. Mai 1893.



ordentlichen Versammlung kamen am 14. Mai 1870 in Olten 110 Ärzte unter dem Präsidium von J. R. Schneider zusammen. An der zweiten Versammlung am 5. November 1870 wurde der Antrag gutgeheissen, die Verhandlungen künftig in einem von Prof. E. Klebs, Bern, zu gründenden «schweizerischen Journal», «das die Interessen der Aerzte in ziviler und militärischer Beziehung vertrete», zu veröffentlichen.⁴⁶ So erschien von Januar 1871 an das *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, das wichtigste Organ für medizinische Wissenschaft und Standesfragen bis zu seiner Aufteilung in *Ärztezeitung* und *Medizinische Wochenschrift* 1920.

Das in Olten Erreichte konnte nicht befriedigen, solange die *Société médicale de la Suisse romande* abseits stand.⁴⁷ In einem ersten Schritt wurden einzelne Westschweizer Vertreter als Gäste nach Olten eingeladen. Auf Antrag von J. R. Schneider fand am 15. September 1873 die erste gemeinsame Veranstaltung der beiden Organisationen in Bern statt. Wer konnte, traf sich bereits am Sonntagabend im Casino. Am Montag,



11 Uhr, füllten rund 160 Teilnehmer den Saal der neuen Einwohner-Mädchenschule. Nach verschiedenen Vorträgen wurde einmütig die Resolution beschlossen: «Der Bund stellt allgemeine Vorschriften über öffentliche Gesundheitspflege auf.» Am abschliessenden Bankett im Casino stieg mancher Toast, auf das Vaterland, den Zentralverein, die Präsidenten, schliesslich auf die «Doctor- und Apothekerfrauen Berns», die dem Zentralverein einen «prachtvollen silbernen Becher» verehrt hatten.⁴⁸

Im Abstand von zwei Jahren trafen sich in der Folge die Mitglieder des Zentralvereins mit jenen der Société médicale in Bern. 1875 wurde die Bildung der gesamtschweizerischen, von den Bundesbehörden anerkannten Ärztekommision bekannt gegeben. Theodor Kocher, Professor für Chirurgie seit 1872, sprach über Osteomyelitis.⁴⁹ 1877, an der dritten «Vereinigten Versammlung», gedachte man u. a. des 200. Todestags Hallers, und Kocher referierte über den Mechanismus der Brucheinklemmung.⁵⁰ 1879 beschloss man, die Ma-

turität als Zulassungsbedingung zu den medizinischen Prüfungen beizubehalten.⁵¹ Dass diese Vorträge im Schulhaussaal beim Vizedirektor und Schriftsteller Josef Viktor Widmann stattfanden, sollte bald der Vergangenheit angehören. Am «Ersten schweizerischen Aertzetag», an dem nun auch die Tessiner Kollegen teilnahmen, begrüßte Kocher am 30. Mai 1885 die zahlreich erschienenen «Jünger Aesculaps» im Hörsaal der Chirurgischen Klinik des neuen Inselspitals und berichtete über den «Ausgang seiner mehr als 300 Fälle umfassenden Kropfexstirpationen» und die dabei beobachteten Ausfallerscheinungen.⁵² Im Turnus fanden auch 1889, 1893, 1898 und 1909 gesamtschweizerische Ärtzitage mit jeweils rund 300 Teilnehmern in Bern statt.⁵³

An der Jahrhundertwende

Am Ärtzitag von 1885 waren die Meinungen über die Organisationsform auf Bundesebene noch durchaus geteilt. Föderalistische Skepsis gegen «absolute Centralisation» stand der Einsicht gegenüber, dass nur geschlossenes Auftreten den Anliegen «auf dem Gebiete der Volkshygiene» Gehör verschaffen konnte.⁵⁴ Nach fünf weiteren Ärtztagen, zwei davon in Bern (1889, 1898), war die Zeit reif, den nächsten Schritt zu tun. Am 17. März und am 17. November 1901 trafen sich Delegierte aller schweizerischen Ärtztesellschaften in Olten zu Beratungen über die Gründung der «Verbindung der schweizerischen Aerzte FMH», bestehend aus der Ärtztekammer, d. h. Abgeordneten der Kantonalgesellschaften proportional der Mitgliederzahl, und der Ärtztekommision als Exekutivorgan.⁵⁵ Damit trat ab 1902 eine repräsentative gesamtschweizerische Ärtztesorganisation auf den Plan, während auf unterer Ebene der Zentralverein und die Société médicale de la Suisse romande weiterhin tätig blieben. Von der Delegiertenversammlung des Zentralvereins erging am 4. Dezember 1904 die Aufforderung, «es möchten sich die kantonalen Aerztesellschaften oder kleinere ärztliche Gesellschaften fester organisieren» und zu diesem Zweck «Standesordnungen eventuell mit Taxeordnun-

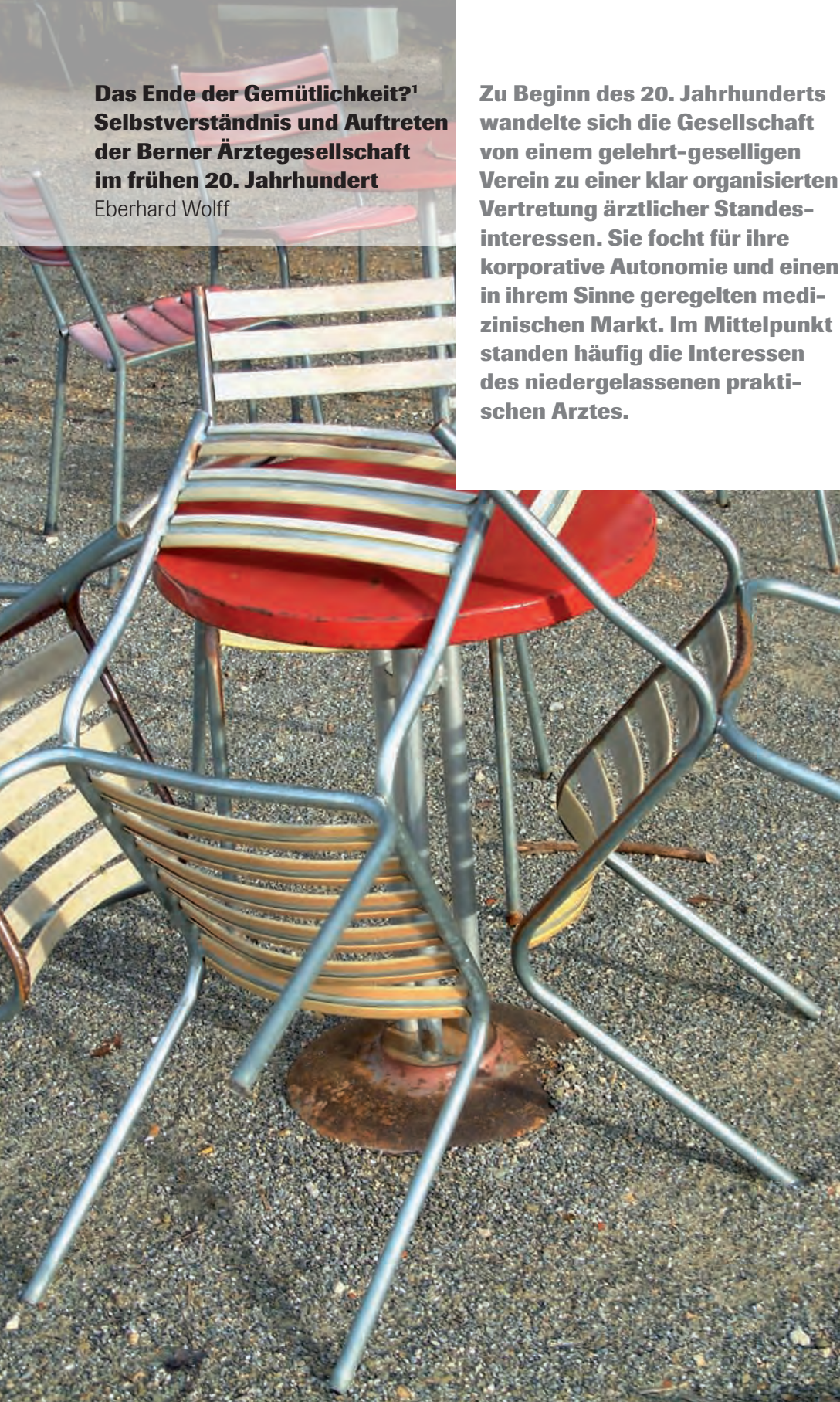
gen» aufstellen.⁵⁶ Den Mitgliedern der Berner Kantonalgesellschaft legte Dr. Friedrich Ris dar, was die «Organisierung der Ärzte zu einem Stande, was sie bisher nicht gewesen, zu Schutz und Trutz gegen das Publikum, gegen die andern Stände» nötig machte: sinkende Geltung des praktizierenden Arztes, verschlimmerte ökonomische Lage, Verstaatlichungsideen «in den sozialistischen Kreisen», Konkurrenzkampf unter den Ärzten, «medizinische Sekten wie zum Beispiel die Naturheilmänner».⁵⁷

Die Gesellschaft nahm unter dem Namen Ärztegesellschaft des Kantons Bern in der Urabstimmung von April 1911 neue Statuten und eine verbindliche Standesordnung an. Jeder im Kanton niedergelassene Arzt wurde aufgefordert, der Gesellschaft bzw. dem entsprechenden Bezirksverein beizutreten.⁵⁸

**Das Ende der Gemütlichkeit?¹
Selbstverständnis und Auftreten
der Berner Ärztesgesellschaft
im frühen 20. Jahrhundert**

Eberhard Wolff

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wandelte sich die Gesellschaft von einem gelehrt-geselligen Verein zu einer klar organisierten Vertretung ärztlicher Standesinteressen. Sie focht für ihre korporative Autonomie und einen in ihrem Sinne geregelten medizinischen Markt. Im Mittelpunkt standen häufig die Interessen des niedergelassenen praktischen Arztes.



Fragt man heute Medizinstudierende unverfänglich, ob es eine Gewerkschaft für ihren künftigen Beruf gebe, was ein «Berufsstand» sei oder gar, was sich wohl hinter einer ärztlichen Standesordnung verstecke, dann stösst man mehrheitlich auf fragende Blicke und Unverständnis. Es würde indes zu kurz greifen, hier lediglich eklatante Wissenslücken auszumachen. Medizinstudierende sind zum einen noch wenig mit Fragen der ärztlichen Standesorganisation konfrontiert. Zum anderen dürfte dies aber auch daran liegen, dass sie ein Verständnis vom Arztberuf haben, in dem Fragen einer kollektiven Vertretung von Berufsinteressen keine bedeutende Rolle spielen. Ihnen geht es heute vor allem darum, als einzelne Ärzte einen interessanten, herausfordernden, angesehenen und nicht zuletzt auch mehr oder weniger einträglichen Beruf ausüben zu können. Ein knappes Jahrhundert früher wären die genannten Fragen wahrscheinlich anders beantwortet worden. Die verbreiteten Vorstellungen vom Arztberuf waren eher kollektiv ausgerichtet. Die Idee eines nach innen geschlossenen und nach aussen schlagkräftigen ärztlichen Standes als eines Ganzen mit entsprechendem Renommee, Einfluss, Standesregeln und einer genau definierten Standesehre nahm eine viel stärkere Rolle ein. Darum soll es in diesem Kapitel gehen. In ihm wird untersucht, welches Selbstverständnis die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern hatte und wie sie mit diesem an die Öffentlichkeit trat. Der Schwerpunkt der Darstellung liegt dabei auf der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, als sich die Gesellschaft in zentralen Punkten neu orientierte.

Kurswechsel zur Standespolitik

Es war in etwa die Zeit, als die Berner Kantonale Ärztesgesellschaft ihre Jahrhundertfeier abhielt, da zeichneten sich Indizien eines fundamentalen Wandels im Selbstverständnis dieser Standesorganisation ab. Während ihrer ersten hundert Jahre waren die Gesellschaft und ihre Bezirksvereine vor allem gelehrte und gesellige Vereinigungen gewesen. Man traf sich zum einen, um medizinische Vorträge und Fallbeschreibungen von



Sommerversammlung der Medizinisch-chirurgischen Gesellschaft in La Neuveville, 28. Juli 1894 (Präsident A. Wyttenbach), «nach dem Essen», mit dem Becher.

Kollegen zu hören, und konnte so jenseits des pragmatischen Alltagsgeschäfts etwas akademische Luft schnuppern. Die Gesellschaft war zum anderen aber auch eine Art fortgeführter Studentenverbindung, in der persönliche Kontakte gepflegt und Beziehungsnetze geknüpft wurden.² Nicht zuletzt spielte der gemeinsame Umtrunk eine besondere Rolle. Er konnte ein Gemeinschaftsgefühl der Ärzte untereinander nach innen stiften und ihnen eine berufliche «Heimat» vermitteln. Der silberne Becher, den Präsident David Rudolf Isenschmid (1783–1856) 1821 gestiftet hatte, wurde von nun an zu einer Art Symbol der Gesellschaft. Er sollte «ein äusseres Sinnbild der traulichen Vereinigung darstellen und bei jeder Hauptversammlung in trautem Verein kreisen». Jedes neu eintretende Mitglied hatte darüber hinaus den mit Wein gefüllten Becher in einer Initiationszeremonie auszutrinken und danach eine Rede zu halten.³

Zwischen dem Ende des 19. Jahrhunderts und den 1920er-Jahren geriet die «Becherzeremonie» dann ins Kreuzfeuer der Kritik. Abstinente Ärzte kritisierten den

Zwang, Alkohol zu trinken. Befürworter der Zeremonie entdeckten in ihrer geforderten Abschaffung allerdings eine Art inakzeptables Trinkverbot. Es wurde die offenbar schon seit zwanzig Jahren bestehende Praxis bestätigt, dass dem Einzelnen freigestellt sei, den Becher nur teilweise zu leeren oder mit einem nichtalkoholischen Getränk zu füllen.⁴

Bezeichnend für den Kurswechsel der Gesellschaft im Streit um die «Becherzeremonie» war die Haltung des Thuner Mitglieds F. Ris im Jahre 1907. Despektierlich meinte er, ein neu eingetretener Arzt möge «(...) zum Schlusse der Zeremonie (...) meinetwegen, wenn es eine kantonale Sitzung ist, seinen Trunk aus dem Isenschmidbecher schlürfen, aber ohne die bisherige Verpflichtung, ihn zu leeren und eine Rede zu halten. Das sind Anachronismen. Doch diese Eintrittsformalitäten sind Nebensachen. Was uns heute am Herzen liegt, ist die Hebung und Festigung des bernischen Ärztestandes (...)» Statt «im trauten Kreise der Berner Ärzte» Heimat zu zelebrieren, sollten die Mitglieder nach innen und aussen straff durchorganisiert werden. Der neu eintretende Arzt (von Frauen war die längste Zeit überhaupt keine Rede) solle sich per Handschlag mit dem Präsidenten zur Einhaltung der Verhaltensanforderungen «nicht nur gegen seine Patienten, sondern auch gegen seine Kollegen» verpflichten. «Er weiss jetzt, dass hier eine Korporation von Berufsgenossen besteht» und dass er sich um die «Standesehre, die Regeln des Anstandes und der Rücksicht im Verkehre mit den Kollegen» zu kümmern habe.⁵

So antiquiert aus heutiger Sicht der Begriff der «Standesehre» klingt (Die FMH hat kürzlich ihren «Schweizerischen Ärztlichen Ehrenrat» in «Standeskommission der FHM» umgetauft, weil dem Wort «Ehrenrat» im heutigen Sprachempfinden etwas «Änrüchiges» anhafte⁶), so hochaktuell war die damals dahinterstehende Strategie der Berner Ärzteschaft. Zunächst legte sie sich eine «ärztliche Standesordnung» zu, die nach einer Urabstimmung 1911 gemeinsam mit dem neuen Namen der Gesellschaft angenommen wurde. In dieser Standesordnung war genau geregelt, wie sich die Berner Ärzte un-

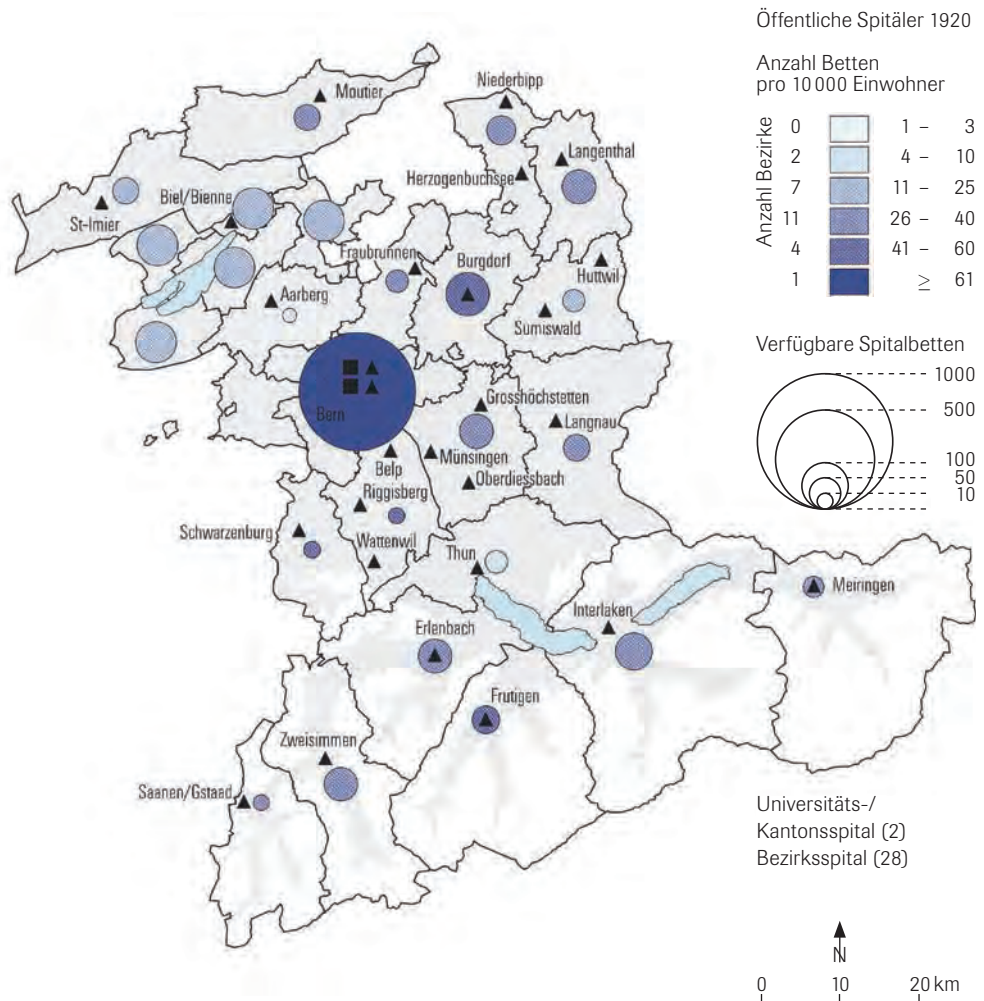
tereinander und gegenüber der nichtärztlichen Öffentlichkeit zu verhalten hatten. Und genau darum ging es: Die kantonale Ärztesgesellschaft sollte eine schlagkräftige Vertretung der Interessen der Berner Ärzte nach aussen werden, geschlossen auftreten und Stärke schaffen, indem nach innen Reibereien der Kollegen untereinander vermieden oder kanalisiert werden.

Veränderte Rahmenbedingungen

Um die Bedeutung dieses Schrittes einschätzen zu können, ist es allerdings notwendig, über die Berner Grenzen hinauszusehen. Im frühen 20. Jahrhundert erstellten die meisten Schweizer kantonalen Ärztesgesellschaften⁷ und zum Beispiel auch viele entsprechende deutsche Ärztereine solche Ordnungen. Das war nicht einfach eine Mode, es war eine Reaktion auf die Herausforderungen einer durchaus im Wandel begriffenen Berufssituation der Ärzte.⁸ Bereits im späten 19. Jahrhundert hatte die akademische Ärzteschaft ihren Status als relativ autonome Profession festigen können. Handwerkliche Chirurgen wurden als Beruf abgeschafft und ihre Tätigkeit in die akademische Medizin integriert. Gerade in der Berner Gesellschaft wird dies darin überdeutlich, dass sie zum Jubiläum 1909 ihren Namen änderte und auf das Wort «chirurgisch» verzichtete. Mittels Ärztesgesellschaften erhielten die Standesorganisationen eine gewisse Autonomie, etwa mit einem Einfluss auf den Berufszugang und die Berufsausübung. Zunehmende Erfolge in der Krankheitserkennung und -bekämpfung stärkten das Prestige der Ärzteschaft. Und auch wenn es paradox klingt: Gerade die Kritik der damals verbreiteten naturheilkundlichen, meist nichtärztlichen Bewegungen bewirkte als Gegenreaktion, dass sich die Ärztesgesellschaften als Kämpfer gegen ein sogenanntes Kurpfuschertum profilieren konnten.

Nun, zu Beginn des 20. Jahrhunderts, waren es vor allem zwei weitere Entwicklungen, die eine Herausforderung für einen einflussreichen Ärztestand darstellten. Zum einen waren immer mehr Menschen, zunächst vor allem Fabrikarbeiter, in Krankenkassen versichert. Dies

verhalf den Ärzten zwar zu neuer Kundschaft, aber nur zu mässigen Honoraren. Je weiter sich die Krankenversicherungen in der mittleren Sozialschicht etablierten, umso mehr verloren die Ärzte aber die einträglichere Privatklientel. Zudem waren die Krankenkassen ein stärkerer Geschäftspartner als die einzelnen Patienten. Vor allem für die Masse der niedergelassenen Ärzte waren die Krankenkassen nun ein Gegner, dem man besonders stark gegenüberzutreten wollte. Das Thema «Krankenkassen» füllte von nun an die Agenden der Ärztegesellschaften, und dies bis in die Gegenwart. Dieser Aspekt wird im nachfolgenden Beitrag von Martin Lengwiler eingehender beleuchtet.



Zum anderen machte die Ärzteschaft selbst seit dem späten 19. Jahrhundert einschneidende Veränderungen durch. Es gab nun deutlich mehr Ärzte, und der Beruf selbst differenzierte sich immer mehr aus. Ein grösserer Anteil der Ärzte arbeitete nun in den wachsenden Spitälern und Kliniken. Mit den Universitäten wurden deren Kliniken bedeutender. Mehr Ärzte arbeiteten in Medizinalverwaltungen. Sie alle entsprachen nicht mehr dem Modell des niedergelassenen, selbständigen Arztes, sie waren stattdessen Angestellte und hatten teils andere Interessen als ihre selbständigen Kollegen. Aber auch diese waren keine einheitliche Gruppe. Typische «Kassenärzte» hatten eine andere Berufssituation als ihre Kollegen mit grosser Privatklientel. Einzelne Krankenkassen stellten sogar selbst Ärzte an.

Darüber hinaus war der Allgemeinarzt immer weniger der Regelfall. Die Entwicklung der Medizin brachte die Verselbständigung von Spezialfächern, zunächst an Universitäten, in der Ausbildung, dann an Kliniken und schliesslich in der niedergelassenen Praxis. Einer

Stadt- und Landarzt:
Liederbuch der Ärzte-
gesellschaft, 1909,
illustriert vom Anatomen
Professor Hans Strasser
(1852–1927), der auch
einen Teil der Texte ver-
fasst hat.



der grossen Gräben innerhalb der Ärzteschaft verlief zwischen den immer häufigeren Spezialärzten und den Allgemeinpraktikern, die sich um ihr Auskommen gebracht sahen, weil die Fachärzte in ihren Augen bei den Patienten attraktiver waren und höhere Honorare fordern konnten. Die «Spezialisierung» galt daher als eine Art Schreckgespenst. Nur so ist es verständlich, dass auf der 100-Jahr-Feier der Berner Gesellschaft von 1909 «junge Damen und Herren aus ärztlichen Kreisen» eine moderne Version von Gotthelfs *AnneBäbi Jowäger* aufführten mit einer «burlesken Parodie und Satyre auf moderne medizinische Auswüchse, wobei der Kranke vor Internen, Chirurgen und Psychotherapeuten sich in die Behandlung der Kurpfuscherei flüchtet». Die so ausgelöste «Heiterkeit» in der Versammlung zeigt, dass die Botschaft sehr wohl verstanden worden war.⁹

Als dann noch der frisch von den Universitäten kommende Ärztenachwuchs rapide anstieg, brach ein weiterer Graben zwischen den Ärzten auf, nämlich der zwischen jungen und alten. Nicht zuletzt befürchteten schliesslich die Landärzte, bei all diesen Entwicklungen gänzlich «unter die Räder» einer an der städtischen Medizin orientierten Interessenvertretung zu kommen. Im Kanton Bern waren die peripheren Bezirke auch weniger organisationswillig. So wurde erst 1918 der letzte Bezirksverein der Gesellschaft (Jura-Nord) gegründet.¹⁰

Die Ärzteschaft war also nicht nur im Kanton Bern in den 1920er-Jahren eine wesentlich heterogenere Gruppe, als sie es etwa noch in den 1880er-Jahren gewesen war. Sehr schön kommt die Vielzahl der Brüche und Verwerfungen in der Berner Ärzteschaft in einem nur vordergründig harmlosen Begrüssungsgedicht zum Ausdruck, mit dem der Bezirksverein des peripheren und ländlichen Oberaargau im Juni 1933 die Kollegen zum endlich in Langenthal stattfindenden Kantonalen Berner Ärztetag begrüsst:

*«Gott grüess Ech, Ihr Dökter vom Bärnerland,
Professore, Dozänte und süsch allerhand
Prominänti illustri Kapazitätä
Vo allne mügliche Spezialitätä!*

*Willkomme, Ihr alli mit enand,
Willkomme, Ihr Herre vom Ärztestand!
Mir hätte scho längste ds Verlange gha,
Di Bernerdökter bi üs z'empfah.
Doch het's geng g'heisse: du liebi Zyt!
Nach Langethal? Das isch doch zwyt (...).»¹¹*

Es standen sich eben nicht nur Zentrum und Peripherie, Stadt und Land, sondern im Zusammenhang damit auch prominente und gewöhnliche Mediziner, Spezialisten und Allgemeinärzte, universitäre und universitätsferne Ärzte gegenüber.

Die «fröhliche Frühlingsahnung einer neuen Berufsauffassung»

Im frühen 20. Jahrhundert wurden alle diese Entwicklungen in den Versammlungen der Berner Ärzte häufig beklagt und Gegenmassnahmen gefordert. So meinte etwa der spätere Präsident der Gesellschaft (1915–1919) F. GangUILLET in seinen Reformvorschlägen des Jahres 1907, es ginge darum, «aus dem lockeren Verein einen festern Verband» zu machen. Der «Verkehr der Ärzte mit Behörden und Korporationen» müsse geregelt werden. Die anstehende Versicherungsgesetzgebung liesse die Berner Ärzte auf eine «Notlage» zusteuern. In zweiter Linie ginge es auch um die Schlichtung von Differenzen zwischen Ärzten sowie Massnahmen gegen die Überproduktion von Ärzten und Regeln betreffend das sogenannte Kurpfuschertum. Das Thuner Mitglied Ris beklagte in einem Korreferat den schärferen Konkurrenzkampf unter den Ärzten, den unlauteren Wettbewerb, die Konkurrenz der «Naturheilmänner» und die gesunkene Geltung des praktischen Arztes.¹²

Der Thuner Kollege machte auch klar, dass die geplante Standesordnung vor allem für die zu drei Vierteln jüngeren Kollegen gedacht sei, «die zum Teil noch keine zehn Jahre in der Praxis stehen». «Heutzutage läuft mancher junge Arzt den Patienten nach, verblümt oder unverblümt, und es ist nötig geworden, jedem zu sagen, was seines Standes würdig ist und was nicht.» Wi-



Wissenschaftlich-gesellige Vereinssitzung im kleinen Kreis. Illustration zum «Ärztlichen Vereinslied» im Liederbuch von 1909.

derstand kam in Thun allenfalls von der älteren Generation: «Ein einziger Kollege, der 40 Jahre Praxis auf dem Rücken hat, brummte verschiedenes in seinen weissen Bart und mopste¹³ sich weidlich. Er hat der Standesordnung zwar zugestimmt, aber er war von dieser Reglementierung des Verhältnisses zwischen Arzt und Patienten, zwischen Arzt und Arzt und zwischen Behörden und Arzt so erschreckt, dass er seither nicht mehr in unserem Kreise erschienen ist, aus reiner Angst, dass er wieder einer Diskussion über Standesordnung beiwohnen müsse, anstatt wie in der alten Zeit ohne Traktanden gemütlich im Kreise seiner Kollegen seinen Schoppen trinken zu können. Andere Zeiten! Heutzutage hat eben die Gemütlichkeit aufgehört.» Was für die älteren Ärzte abschreckende Reglementierungen waren, war für die jüngere Generation aber die «fröhliche Frühlingsahnung einer neuen Berufsauffassung».¹⁴

Dieser Wandel der Berner Kantonalen Ärztegesellschaft von einem gelehrt-geselligen Verein zu einer Vertretung für ärztliche Interessen dürfte den stärksten Bruch in der gesamten zweihundertjährigen Geschichte der Organisation darstellen. Auch wenn die Gesellschaft immer auch andere Funktionen übernahm und «Gemütlichkeit» sicher nicht verboten wurde, war ihr Selbstverständnis von nun an vorherrschend das einer Standesvertretung. Noch heute sieht die Berner Kantonale

Art. 5.

Es sind daher als standesunwürdig zu bezeichnen:

1. a) Jede Anpreisung ärztlicher Hilfe, insbesondere auch in Presse, Plakaten, Zirkularen usw., ausgenommen die ortsübliche einfache Anzeige von Niederlassung, Wohnungswechsel, Unterbrechung und Wiederaufnahme der Praxis. Den lokalen und individuellen Verhältnissen ist hierbei Rücksicht zu tragen, doch soll in der Regel eine Publikation nicht mehr als drei mal pro Zeitung erscheinen;
- b) unzulässige Reklame durch Veröffentlichung von reklamenhaften Artikeln in nicht medizinischen Blättern und Zeitschriften;
2. das Anzeigen und Abhalten privater Polikliniken oder unentgeltlicher Sprechstunden, wenn nicht Lehrzwecke damit verbunden sind;
3. die Unterstützung von Personen und Institutionen, welche ärztfelndliche Zwecke verfolgen;
4. das Anerbieten oder Einräumen von Vorteilen irgendwelcher Art an Drittpersonen, um sich Praxis zu verschaffen;
5. der Abschluss von Sonderverträgen mit Versicherungsinstituten und andern Anstalten oder Personenverbänden privaten oder staatlichen Charakters ohne Genehmigung der Aerzteorganisation;
6. das Unterbieten der Tarifsätze;¹
7. wissentliche und ungerechtfertigte Schädigung von Versicherungsinstitutionen irgendwelcher Art;
8. Missbrauch von Titeln, insbesondere ungerechtfertigte Bezeichnung als Spezialist;¹
9. der berufliche Verkehr mit Aerzten, welche von der Organisation ausgeschlossen wurden, sowie mit der Organisation nicht angehörenden Aerzten, deren Verhalten nach den Bestimmungen dieser Standesordnung als standesunwürdig erscheint. Notfälle und gesetzliche Bestimmungen bleiben vorbehalten.

¹ Nicht als Unterbietung fällt in Betracht die Rechnungsstellung unter Tarif an Standesgenossen und deren Angehörige und an Verwandte, sowie der Erlass und die Reduktion des Honorars gegenüber unbemittelten Kranken.

Ärztegesellschaft ihren hauptsächlichen Zweck in der «Wahrung und Förderung der Interessen, der Freiheit und des Ansehens des bernischen Ärztetands». Erst an zweiter Stelle stehen die Fortbildung der Mitglieder und die Pflege der Kollegialität.¹⁵

Eine «schlagfertige Organisation»

Nach dem Ersten Weltkrieg und im Zusammenhang mit der Krankenversicherungsdebatte erhielt das Selbstverständnis der Gesellschaft als offensive Vertretung einer Interessen- und Standespolitik eine weitere Qualität, indem sie viel öffentlicher, lautstärker und härter auftrat.

Vor allem der 1919 gewählte Präsident der kantonalen Gesellschaft, Fritz Steinmann (1872–1932), stand für diesen neuen Stil.

Der Berner Chirurg war im gleichen Jahr auch zum ausserordentlichen Professor der Universität Bern ernannt worden. Steinmann ging es darum, in der Standespolitik nach innen und aussen eine härtere Gangart einzulegen. Bereits 1913 hatte er beim «engeren Ausschuss» der Gesellschaft angefragt, wie die einzelnen Mitglieder fester auf die Standesordnung verpflichtet werden könnten, eventuell durch eine Konventionalstrafe.¹⁶

Mit dem Amtsantritt Steinmanns wurde die Gesellschaft auch auf ein professionelleres Fundament gestellt: Sie erhielt einen promovierten Juristen als besoldeten Berufssekretär.¹⁷ Bald eröffnete sich ihr ein spezielles Presseorgan in der *Schweizerischen Ärztezeitung*. Das Blatt trug zu Beginn noch den bezeichnenden Untertitel «Organ für Standesfragen & Publikationen der Ärzteorganisationen» und wurde vom Berner Berufssekretär H. Trüb (später Generalsekretär der FMH) redigiert. Steinmann läutete die neue Art des öffentlichen Auftretens der Gesellschaft im Jahre 1920 im programmatischen Eröffnungsartikel der *Ärztezeitung* ein. Er liess die gesamte Palette der auch von den Berner Ärzten beklagten Entwicklungen Revue passieren: die Überfüllung des Arztberufs, die Konkurrenz unter den Kollegen, das Spezialistentum, das Kurpfuschertum, die «Machtstellung» der Krankenkassen und allgemein die Sozialversicherung, die angeblich das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sowie die sorgenfreie Existenz des Arztes untergrabe. Der Arzt würde neuerdings vom Heilenden zum «Schreiberknecht» degradiert.¹⁸

Steinmann schlug in dem Artikel einen Ton an, der in Bern zuvor nicht üblich gewesen war und den man allenfalls aus Deutschland von dem für sein kämpferisches Auftreten bekannten Leipziger Verband (ab 1923 Hartmannbund) kannte. Das war kein Zufall. Ausdrücklich warb Steinmann dafür, die deutschen Kollegen zum Vorbild im Berufskampf zu nehmen. «Die bisherige Standespolitik, eine Politik der Worte, der theoretischen Äusserungen, der wohlbegründeten Eingaben, hinter denen

Verpflichtungsschein der Mitglieder der Ärztegesellschaft, abgedruckt im Anhang zu den Statuten (Version 1930).

Sammlung

der in Kraft stehenden verbindlichen Beschlüsse der Aerztegesellschaft des Kantons Bern

abgeschlossen auf 31. Dezember 1930

1. Verpflichtungsschein.

Der Unterzeichnete, Mitglied des ärztlichen Bezirksvereins als solches der Aerztegesellschaft des Kantons Bern und als letzteres der Verbindung der Schweizer Aerzte, verpflichtet sich hiermit unterschriftlich, die von diesen Vereinigungen und von der schweizerischen Aerztekammer aufgestellten Statuten, Ordnungen und gefassten verbindlichen Beschlüsse treu zu halten und nichts zu tun, was gegen die Interessen, das Wohl und die Würde des ärztlichen Standes verstossen könnte.

Insbesondere verpflichtet er sich, die Standesordnung der Aerztegesellschaft gewissenhaft zu beobachten und weder mit Kassen, noch mit Behörden, Gesellschaften, Unternehmungen und Anstalten selbständig Verträge abzuschliessen (§ 6 der Grundsätze für die Verträge zwischen Aerzten und Krankenkassen und Art. 5, lit. 5, der kantonalen Standesordnung).

Auch verspricht er, bei allfälligem Austritt aus der Gesellschaft, diese letztere Verpflichtung mindestens noch bis zum Ende des auf den Austritt folgenden Jahres treu zu halten.

....., den 193.....

(Leserliche Unterschrift :)

Name:

Vorname:

Wohnort:

Dem Präsidenten des zuständigen Bezirksverein einsenden.

bloss das stumpfe Instrument einer lockern Gesellschaft stund (...), führt den bernischen Ärztstand mit Sicherheit in den Abgrund des wirtschaftlichen und sozialen und damit auch des wissenschaftlichen Ruins.» Dagegen helfe nur eine «schaffende schlagfertige Organisation».¹⁹

Die Berner Gesellschaft hatte gesamtschweizerisch eine «Führungsrolle» in Standesfragen übernommen. Der neue Stil blieb indes nicht unkritisiert. Der Berner Berufssekretär und Redaktor Trüeb etwa musste seine Strategie, sich an deutschen Verhältnissen zu orientieren, verteidigen und rechtfertigte seine Strategie patriotisch mit seinem «Bernerschädel».²⁰

Im Zuge dieses Kurswechsels wurde 1921 die Berner ärztliche Standesordnung verschärft. Um die «Solidarität» der Berner Ärzte zu verstärken, verfolgte die neue Standesordnung nun das Ziel einer «gewissenhaften Beobachtung der Standespflichten» und drohte bei Übertretung nun mit empfindlichen Strafen. Die gerade erst zehn Jahre alte Version wurde wegen ihrer «idealistischen Auffassung» als nicht mehr zureichend beschrieben. Die neue Fassung wurde in einer Urabstimmung mit überwältigender Mehrheit angenommen.²¹

Eine praktische Umsetzung erfuhr der kämpferische Stil dann unter anderem 1923, als der Berner Regierungsrat einen 50%igen Teuerungszuschlag auf die Taxen der kantonalen Impfähzte aufhob. Die Gesellschaft verordnete deren kollektive Demission von ihren Ämtern zum nächstmöglichen Zeitpunkt, die von 110 Impfähzten auch durchgeführt wurde. Nur «verschwindende Ausnahmen» taten dies nicht. Die Gesellschaft verbuchte dies als Zeichen der Stärke ihrer Organisation.²²

Der Hauptkontrahent blieben allerdings die Krankenkassen. Die im Folgekapitel detailliert dargestellten Verhandlungen mit ihnen zeigen indes, dass der aggressive Verhandlungsstil in der Berner Kantonalen Ärztesgesellschaft nicht auf Dauer durchgehalten wurde. Der Umgangston wurde deutlich sanfter, umso mehr, als ein Vertrag mit den Berner Krankenkassen ausgehandelt wurde, der 1935 in Kraft trat. Der Vertrag sollte, «im Gegensatz zur bisherigen Ordnung, auf einem gegenseitigen Vertrauen und damit auf dem gemeinsamen Verständnis für die beidseitig berechtigten Bedürfnisse aufgebaut werden». Der Berufssekretär appellierte sogar an das Verständnis, das Einfühlungsvermögen und die Selbstdisziplin der praktizierenden Ärzte.²³ Das Selbstverständnis der Gesellschaft war somit weniger kämpferisch geworden, die selbst gewählte Aufgabe einer aufmerksamen Interessenvertretung für die Ärzteschaft blieb jedoch nicht minder bestehen.

Die Gesellschaft trieben allerdings nicht nur die Krankenkassentarife um. Die niedergelassenen Berner Ärzte versuchten ihre Position etwa auch gegenüber Spitälern zu verteidigen, die ihnen 1917 mit billigen Einheitstaxen

zur Konkurrenz wurden oder gegenüber Apotheken, die angeblich stark wirkende Mittel ohne Rezept an Patienten abgaben und damit, so die Befürchtung, zur Selbstbehandlung und zur Umgehung des Arztes verleiteten.²⁴

Sachwalter «korporativer Autonomie»

Ein anderes Problem war dasjenige der Titelführung, insbesondere durch die Spezialärzte. Ende 1935 zählten bereits 40 % der Schweizer, 50 % der Berner und sogar 69 % der Stadtberner Ärzte in diese Kategorie.²⁵ Detaillierter wird diese Frage im Beitrag von Urs Boschung behandelt. Hier soll nur ein Beispiel herausgegriffen werden. Auf Anregung des damaligen Vorsitzenden, Prof. H. Guggisberg, setzte die Gesellschaft 1937/38 nämlich durch, dass sich Spezialärzte im Kanton von nun an nicht mehr gleichzeitig «Praktische Ärzte» nennen durften.²⁶

Dies ist in verschiedener Hinsicht ein aussagekräftiges Beispiel, um das Selbstverständnis der damaligen Gesellschaft einzuschätzen. Nach innen verstand sich die Vertretung *aller* Ärzte des Kantons doch immer noch ein wenig mehr als eine Art Sachwalter speziell der niedergelassenen, allgemein praktizierenden Ärzte, die in den Spezialärzten eine bedrohliche Konkurrenz sahen. Organisatorisch war die Gesellschaft damit zum Teil auch eine Art Gegenpart zu den Gesellschaften der Spezialdisziplinen.

Nach aussen hin war dies anders. Mit dem Aufgreifen der Frage der Titelführung erhob die Gesellschaft eine Art Gesamtvertretungsanspruch für alle Berner Ärzte, obwohl sie sich völlig bewusst war, solche Regeln rechtlich nur für ihre Mitglieder verfügen zu können. Nur waren die meisten Berner Ärzte ohnehin Mitglieder der Gesellschaft.²⁷ Der implizite Gesamtvertretungsanspruch war eine der Grundlagen für ein politisches Ziel, das ärztliche Standesvertretungen dieser Zeit generell verfolgten²⁸ und die Berner Gesellschaft bis heute im Visier hat: die berufliche Autonomie des Ärztestands. Dies war spätestens seit dem späten 19. Jahrhundert eines der erklärten Ziele der Ärzteschaft in all denjenigen Ländern,

in denen sie sich als Berufsstand und autonome Profession herausbilden und sich damit von vielen «gewöhnlichen» Berufen absetzen konnte.

Berufliche Autonomie bewies sich gerade an der Autorität, die Berufsausübung, hier speziell die Titelführung, selbst regeln zu können. Ganz bewusst wollte die Gesellschaft die Titelfrage denn auch selbst («von Organisations wegen») regeln und nicht dem Staat, etwa der Sanitätsdirektorenkonferenz, überlassen, so sehr war die Gesellschaft von ihrer «korporativen Autonomie», wie sie es nannte, überzeugt.²⁹

Neben der relativen Autonomie des Berufsstands war es allenfalls noch der Status ausserhalb der üblichen «Gewerbe», welcher der Ärzteschaft Status, Einfluss (und nicht zuletzt auch Steuererleichterungen) einbrachte. «Wir haben uns immer auf den Standpunkt gestellt, dass der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist», meinte der Vorsitzende Guggisberg etwa im Jahre 1940, als der Beitritt der Berner Gesellschaft zu einer gewerblichen Ausgleichskasse zur Unterstützung Aktivdienst leistender Ärzte diskutiert und schliesslich abgelehnt wurde.³⁰

Berufliche Autonomie wurde in der Gesellschaft auch gegenüber der Patientenschaft grossgeschrieben. Dies zeigte sich ab 1939 in der Behandlung der Frage, wie weit Ärzte Abendsprechstunden (nach 16 Uhr beginnend) anbieten dürften. Wie so oft hatte die Frage zunächst vor allem einen finanziellen Hintergrund. Die Gesellschaft befürchtete, dass die Krankenkassen die erhöhten Konsultationstaxen für den Abend verweigern würden, wenn viele Ärzte ohnehin Abendsprechstunden anböten. Es ging aber auch um mehr, wie aus Bemerkungen zu ersehen ist, die der Vorstand der kantonalen Gesellschaft den Traktanden der Delegiertenversammlung beilegte, die diese Frage entscheiden sollte. Unter anderem hiess es, die Abendsprechstunden bildeten «eine zu weit gehende Konzession an das Publikum. Wer sich krank fühlt, soll, begründete Ausnahmen vorbehalten, sich die Mühe nehmen, während der ordentlichen Sprechstundenzeit den Arzt aufzusuchen. Dieser hat ein Anrecht auf einen Feierabend, der sowieso häufig durch Notfälle gestört wird.»³¹

Das Beispiel «Abendsprechstunden» zeigt darüber hinaus das korporatistische Selbstverständnis der Berner Ärzteschaft. Es ging gerade nicht darum, in einem offenen Markt durch konkurrenzierende Angebote Patienten zu gewinnen. Der Markt sollte nach aussen wie innen geregelt sein und Konkurrenz in beide Richtungen verhindert werden. Nach aussen war der Markt dadurch begrenzt, dass lediglich akademische Ärzte mit Praxisbewilligung für den Kanton ärztliche Dienstleistungen anbieten durften. Nach innen sollte durch vielfältige Regeln dem freien Wettbewerb durch Angebotsregeln entgegengewirkt werden. Die lange Zeit geltenden Einschränkungen der Werbemöglichkeiten für Ärzte sind ein Beispiel hierfür, die Behandlung der Abendsprechstunden ein anderes. Ganz ausdrücklich versuchte die Gesellschaft hier einen Wettbewerb unter den Ärzten zu verhindern: «Wenn in einer Ortschaft ein Arzt abends Sprechstunden abhält, sind die anderen ortsansässigen Ärzte häufig gezwungen, das Gleiche zu tun, wenn sie nicht einen grossen Teil ihres Sprechstundenpublikums verlieren wollen. Von dieser Seite gesehen handelt es sich bei den Abendsprechstunden häufig um einen unzulässigen Patientenfang.» Dass ein Wettbewerb um Kunden abschätzig als «Patientenfang» bezeichnet wird, macht umso deutlicher, wie stark die Ablehnung marktwirtschaftlicher Elemente war. Das Publikum werde sich letztlich schon an die Abschaffung der Abendsprech-

Grossformatiger «Avis»
an die Patientenschaft,
um 1945–1950.

AVIS

Um eine reibungslose Erledigung der ärztlichen Besuche zu ermöglichen, werden Patienten und Angehörige gebeten, Hausbesuche, die für den laufenden Tag erwartet werden, vormittags zu verlangen.

Später angemeldete, noch gleichen Tags auszuführende Besuche müssen als Expressbesuche betrachtet werden. Expressbesuche unterliegen einer höheren Taxe (nach Tarif).

Für Notfälle steht der Arzt jederzeit zur Verfügung. Sonntags werden nur Notfälle behandelt.

Ärzte-Bezirksverein Bern-Land

stunden gewöhnen, wie es dies auch bei der Abschaffung der Sonntagsprechstunden getan habe.

Die Berner Ärzte verstanden sich damit also kaum in einem heutigen Sinne als Anbieter einer an den Kundenwünschen orientierten Dienstleistung, sondern als Sachwalter einer gesellschaftlichen Aufgabe, über deren Art der Durchführung sie vor allem selber bestimmen wollten. Dies entsprach allerdings durchaus dem gängigen Arztbild der Zeit, das auch von der Patientenschaft häufig akzeptiert, wenn nicht gar gewünscht wurde. Für uns noch deutlicher kam das Modell des Arztes als autonomer Autorität, die weiss, was gut für die Patienten ist, in einer Äusserung Jahrzehnte später (1964) zum Ausdruck, als sich der scheidende Präsident des Stadtberner Bezirksvereins Hans Sturzenegger zu allgemeinen Standesfragen äusserte. Die Idee des freien Arztes bedeute, den Dienst am Mitmenschen mit Hingabe zu versehen: «Das bedeutet nun allerdings nicht, dass wir jedes Begehren erfüllen sollen. *Wir* haben zu entscheiden, was im ärztlichen Sinne richtig oder falsch ist, und wir haben die Pflicht, dem Patienten in Fragen der Gesundheit und der Lebensführung den rechten Weg zu zeigen. Dass dieser Aufgabe heute nicht überall nachgelebt wird, zeigt meines Erachtens am eindrücklichsten die Frage der Schwangerschaftsunterbrechungen, die sich in den vergangenen 15 Jahren zu einem sehr ernsthaften Problem ausgewachsen hat.»³²

Professorendebatten und der «Standpunkt des praktischen Arztes»

Mit ihrem Selbstverständnis als Interessenvertreter eines möglichst autonomen Berufsstands lag es nahe, dass sich die Berner organisierte Ärzteschaft auch stark für die Formung des ärztlichen Nachwuchses interessierte und Mitsprache beim Gestalten der entsprechenden Rahmenbedingungen haben wollte. Diese wurde den ärztlichen Gesellschaften anlässlich der regelmässig wiederkehrenden Reformen der Eidgenössischen Medizinalprüfungen auch durchaus zugestanden. Detaillierter werden die Entwicklungen im einschlägigen Kapitel von Urs Boschung dargestellt. An dieser Stelle geht es

vor allem um das hinter den Debatten stehende Selbstverständnis der Ärzteorganisation.

Intensiv beteiligten sich die Berner Ärzte vor allem in den Jahren 1909 und 1921/22 an den Debatten um die Reform des schweizerischen Medizinstudiums.³³ Insbesondere tat sich dabei der Medizinisch-pharmazeutische Verein Bern, später als Medizinischer Bezirksverein Bern-Stadt, hervor. Das ist angesichts der Nähe zur Universität und der engen personellen Verflechtung mit ihr nicht verwunderlich. Bei der Lektüre entsteht sogar der Eindruck, dass die Vertreter der Universität eher in ihrer Rolle als Universitätsdozenten argumentierten denn als Vertreter der praktizierenden Ärzteschaft oder gar als Standesvertreter.

Einen Eindruck von der Intensität der Beteiligung gibt das Jahr 1921, als der Stadtberner Bezirksverein sich im Frühjahr an zwei Abenden stundenlang die Köpfe über das damals aktuelle Thema der Reform des Medizinstudiums heiss diskutierte. Allein das hinterher publizierte Protokoll der auf die Vorträge folgenden Diskussionen würde umgerechnet mehr als dreissig Manuskriptseiten füllen. Bereits ein halbes Jahr darauf ging die Diskussion, ausgelöst von Debatten um die Reform des Gymnasialstudiums, erneut los.³⁴

Die Diskutanten beteiligen sich an der ganzen inhaltlichen Breite der Debatte, also etwa um die Studiendauer, den Umfang des propädeutischen Studiums, die Neueinführung von Fächern, die Palette der Prüfungsfächer oder die Einführung eines praktischen Jahrs. Aus den speziellen Einschätzungen lassen sich immer wieder Versatzstücke des allgemeinen Arztbildes entdecken, auf welches das Studium ja letzten Endes auch hinführen sollte. So schätzen es die Stadtberner ganz im Sinne professioneller Autonomie als eine «Schädigung der ärztlichen Interessen» ein, wenn, wie beantragt, «in Zukunft Vertreter der nichtärztlichen medizinischen Berufsarten (Zahnärzte, Veterinäre oder Apotheker, E.W.) in ihrer Eigenschaft als Mitglieder des L. A. (des Leitenden Ausschusses für die Eidgenössischen Medizinalprüfungen, E. W.) die Leitung und Überwachung der ärztlichen Prüfungen als Ortspräsidenten übernehmen würden».³⁵

Dem Antrag, dass die Anzahl möglicher Prüfungsversuche nun nicht mehr auf drei beschränkt sein sollte, standen die Stadtberner ebenso ablehnend gegenüber. «Die Medizinalprüfungen haben nicht nur die Aufgabe, bei den Prüfungen den Besitz genügender Kenntnisse zur Ausübung des ärztlichen Berufes festzustellen, sondern auch die noch höhere Mission, eine passende Auslese der für den Arztberuf geeigneten Personen zu treffen und ungeeignete Personen davon fernzuhalten. Nur die Besten sind für den verantwortungsvollen ärztlichen Beruf gut genug; wer von unserm Stand hoch denkt, muss an dieser Auffassung der Prüfungen festhalten.»³⁶ Dies ist mehr als die Vorstellung vom Arzt als intellektueller, gesellschaftlicher und moralischer Elite. Hinter dem Plädoyer für harte, aussiebende Prüfungen stand in diesen Debatten öfters auch ein heroisches Verständnis vom Medizinstudium, dem zufolge erst das Meistern extremer Herausforderungen die eigentliche Arztpersönlichkeit forme.

Die Perspektiven auf das Medizinstudium und seine Reformen konnten indes unterschiedlich sein. Das wird besonders deutlich in den Berner Reformdiskussionen der Jahre 1921/22. Hier diskutierten nämlich die kantonale Gesellschaft und der Stadtberner Bezirksverein praktisch gleichzeitig nebeneinander.

Die Stadtberner Debatte war deutlich universitär-akademisch geprägt. Das gedruckte Protokoll zeigt, wie zunächst die Universitätsprofessoren in diesem akademischen, aber eben nicht genuin universitären Verein das Wort ergriffen: Zunächst erscheinen die Namen der Professoren Sahli, Bürgi, Strasser, Wegelin, de Quervain, Asher und Steinmann, später noch Huguenin und Guggisberg. Die Debatte entsprach den auch andernorts geführten Fachdiskussionen um das ideale Medizinstudium. Es macht den Eindruck, als drücke sich hier nicht ein Bezirksverein der Standesorganisation aus, sondern als sei der Bezirksverein hier vor allem eine Plattform für eine medizinisch-hochschuldidaktische Spezialdiskussion.

Ganz anders die Debatte in der kantonalen Gesellschaft. Hier spielten die Universitätsprofessoren nicht die

erste Geige. Die Gesellschaft hatte eigens eine Kommission zur Frage der Studienreform eingesetzt. Die Ergebnisse ihrer Beratungen trug im Januar 1921 kein Professor, sondern Dr. J. Michalski, Oberbahnarzt der SBB, in der Gesellschaft vor. Wie ein roter Faden zieht sich der «Standpunkt des praktischen Arztes» durch die Einschätzungen der Kommission. In den Kollegien solle gelesen werden, «was der Arzt braucht». Angesichts vieler neuer Spezialfächer heisst es: «Bilden Sie keine Multi-spezialisten aus, sondern praktische Ärzte!» Dennoch war der Kommission «medizinische Psychologie» als neues Lehrfach willkommen, damit die Ärzte das Gelernte bei ihren Patienten einsetzen könnten, um den «Kurpfuschern» Paroli bieten zu können, die «alle gute Psychologen» seien. Zusätzlicher Unterricht in ärztlicher Berufslehre und -ethik («Deontologie») sollte das Auftreten frischgebackener Ärzte gegenüber Kollegen, Behörden oder Patienten verbessern. Der theoretisch-propädeutische Unterricht solle lebendig sein: «Selbstverständlich ist die Anatomie für den Mediziner absolut notwendig, aber wenn sie sich nur auf das Auswendiglernen einer Unzahl von Namen beschränkt, so nützt uns das genau so viel, wie als wenn wir in der Primarschule alle Nebenflüsse der Aare von oben bis unten und von unten bis oben hersagen mussten.» Alles kulminiert in der Forderung: «Wir wollen mit unseren Vorschlägen erreichen, dass Ärzte ausgebildet werden, die den Anforderungen des praktischen Lebens gewachsen sind, und das sollte auch beim Examen zum Ausdruck kommen. Aus diesen Gründen schlagen wir vor, dass jedem einzelnen Fach ein praktischer Arzt beiwohnt, der das Recht und die Pflicht hat, einige Fragen zu stellen.» Wiederum hatte sich die kantonale Gesellschaft nicht nur zum Sachwalter allgemeiner ärztlicher Standesinteressen gemacht, sondern ganz speziell zum Vertreter der allgemein praktizierenden Ärzteschaft. Und diese vertrat auch ein ganz spezielles Arztbild. Es war weniger das des Arztes als Gelehrten oder Wissenschaftlers, sondern eher das des moralisch, sozial und ökonomisch herausgeforderten Medizinpraktikers.³⁷

Standesvertreter statt Gesundheitslehrer

Mit der Konzentrierung auf Standesinteressen hing es offensichtlich auch zusammen, dass sich die Gesellschaft in Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens eher zurückhielt. Sicher war sie über Jahrzehnte Ansprechpartner der Gesundheitsverwaltung, wenn es etwa um die ärztliche Beteiligung an Impfaktionen ging. Bei solchen Fragen waren ihr die Bezahlungsmodalitäten der Tätigkeit ihrer Mitglieder aber deutlich wichtiger als die Inhalte. Die Gesellschaft verstand sich eben allenfalls am Rande als Wächter der bernischen Gesundheit.³⁸ Gesundheitspolitische Aktivitäten tauchen in den Akten nicht allzu häufig auf. 1907 setzte das Thuner Mitglied der Gesellschaft Ris den Verweis auf sie taktisch gegen den Vorschlag des Kollegen Ganguillet ein, der für die Reform der Gesellschaft eine Satzungsänderung vorgeschlagen hatte: «Vor lauter Satzungsänderungen kämen wir schliesslich nicht mehr zu unsern wichtigsten Aufgaben, z. B. zum Kampfe gegen die Volksseuchen.»³⁹ Diesen Kampf sucht man in den Quellen allerdings einigermaßen vergeblich. Ris ging es nämlich nicht um die Volksgesundheit, sondern um die von ihm favorisierte Einführung einer Standesordnung.

Eine vereinzelte Aktivität war der Vorstoss des Spiezener Mitglieds E. Mützenberg von 1911, mit Mitteln des «Lehmann'schen Legates» in alter Tradition der Gesellschaft eine Preisaufgabe auszuschreiben, diesmal das Abfassen eines «Ehebüchleins», also eines medizinischen Ratgeberbüchleins in Ehefragen.⁴⁰ Zuvor war Mützenberg schon an den evangelisch-reformierten Synodalrat des Kantons mit dem Vorschlag eines religiösen und medizinischen Doppelratgebers herantreten, der auch «Belehrung und Ratschläge religiös-moralischer Natur zur Erzielung eines glücklichen christlichen Ehelebens» enthalten solle, wie es in der 1914 schliesslich erschienenen Schrift unter dem Titel *Mein Haus, meine Burg! Den Eheleuten zum Geleite!* hiess.⁴¹ Den medizinischen Teil hatten die beiden Preisträger, der Berner Arzt Th. Christen und der kurz darauf verstorbene Arzt E. Ringier in Kirchdorf, beigetragen.

Signet der Ärztesellschaft, geschaffen um 1943 vom Heraldiker Paul Boesch (1889–1969).



Die Schrift warnte vor den drei Gesundheitsgefahren Alkohol, Geschlechtskrankheiten und Tuberkulose, denen mit Abstinenz, vorehelicher Keuschheit, Heiratsverbot, Hygiene und anderem beizukommen sei. Zeitgemäss war die Schrift vom Gedanken der Vererbung dieser drei Übel an die Nachkommen («Sünden der Väter») durchsetzt. Insbesondere wurde vor dem Zeugen eines Kindes im alkoholischen Rausch der Hochzeitsnacht gewarnt. Wuchsen die Kinder dann heran, sollten die Eltern dem schädlichen «Missbrauch der Geschlechtsorgane» durch den Nachwuchs vorbeugen.

Dieser Ausflug der Gesellschaft in die populäre Gesundheitsbelehrung blieb offenbar eine Episode. Als der Arzt R. Looser aus Niederscherli 1926 auf der Sommerversammlung der Gesellschaft ein engagiertes Referat mit Werbung für eine verstärkte medizinische Volksaufklärung hielt, verlief die Frage, ob sich die Gesellschaft darin engagieren sollte, allerdings im Sand. Die Gesellschaft sah in sich zu diesem Zeitpunkt offensichtlich noch weniger eine Gesundheitsschule als vorher.⁴²

«Nume nid gsprängt, aber gäng hü»

Als der Arzt Ganguillet 1907 seine moderaten Vorschläge für eine Reform der Berner Kantonalen Ärztesellschaft machte, stellte er sie unter das Motto der berndeutschen Redensart «Nume nid gsprängt, aber gäng hü».⁴³ In ge-

wisser Weise passt dies auch auf das Auftreten der gesamten Gesellschaft im frühen 20. Jahrhundert, allerdings nicht in dem Sinne, in dem den Bernern angeblich bodenständige, prinzipientreue Zurückhaltung unterstellt wird. Das Sprichwort verweist auf zwei Stile des Auftretens, die nach- und zum Teil auch nebeneinander existierten. Im Vergleich zum «gäng hü» der standespolitischen Interessenvertretung des 20. Jahrhunderts waren die Aktivitäten der Gesellschaft im ersten Jahrhundert ihres Bestehens eher beschaulich. Aber auch die spätere Interessenpolitik konnte mehrere Gesichter haben. In der Zeit vor und nach dem Ersten Weltkrieg traten die Berner Standespolitiker mit einer für Berner oder Schweizer Verhältnisse aussergewöhnlichen Schärfe und Härte in der medizinischen Öffentlichkeit und den eigenen Mitgliedern gegenüber auf. Vor- und nachher war der Ton moderater. Die Probleme wurden eher im direkten Gespräch mit dem Ziel von Konkordanz und Kompromiss geregelt – selbst mit den Krankenkassen.⁴⁴ Eine Ausnahme fällt dennoch auf: In den frühen 1940er-Jahren erscheint erstmals das von dem Heraldiker Paul Boesch entworfene Signet⁴⁵ der Gesellschaft, das einen grimmig dreinschauenden Berner Bären (viel grimmiger als der Berner Wappenbär) zeigt, der einen Äskulapstab mit Schlange hält, als ginge er mit einem zweihändigen Schwert bald auf den Feind los. Zweifellos ist das bis heute verwendete Logo der Gesellschaft der geistigen Landesverteidigung während des Zweiten Weltkriegs geschuldet. Es zeigt aber auch, dass die Berner Kantonale Ärztesgesellschaft im untersuchten Zeitraum ihren Blick in der Regel sehr fest auf die eigenen Standesinteressen gerichtet hat und bereit war, diese mit Verve zu verteidigen.

Ein transatlantischer Blick auf die Berner Ärzte

Madeleine Herren

Die Berner Ärzte gehörten bereits im 19. Jahrhundert zu einer Berufsgruppe, die sich früh und mit staatlicher Unterstützung international organisierte. Ärzte nutzten zur Internationalisierung ein wohl etabliertes, nun auch grenzübergreifend wirksames Vereinswesen und hatten mit der Stadt Bern Zugang zu einem der globalen Zentren der damaligen Welt. Die schweizerische Aussenpolitik bemühte sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, möglichst vielen internationalen Organisationen einen Sitz in Bern anzubieten. Die internationale Presse wies mit Argwohn darauf hin, dass sich die Schweiz auf diese Weise teure Botschaften ersparen und auf Kosten der internationalen Gemeinschaft amtsmüde Bundesräte als Direktoren von Weltpostverein und Telegrafunion versorgen wollte.¹ Neben der internationalen Politik interessierte sich eine internationale Zivilgesellschaft zusehends für die Schweiz. Sie konnte – von anarchistischen Attentaten abgesehen – ein sicheres Land erwarten, das neben einer touristischen Infrastruktur und wunderbaren Bergen ein effizientes Gesundheitswesen mit renommierten Kurhäusern und Privatkliniken anzubieten hatte. Mit der Gründung des IKRK 1864 hatte die charakteristische Verbindung von Politik und zivilgesellschaftlichem, medizinischem Engagement eine positiv besetzte Zitierbarkeit erreicht. Dieses Engagement sorgte für die regelmässige Entsendung von Ärzten in Krisengebiete – und für eine international vielbeachtete Berichterstattung, an der, wie ein in diesem Band publizierter Beitrag zeigt, Berner nachhaltig beteiligt waren.² Zu den Faktoren Internationalisierung, Tourismus, zivilgesellschaftliches Engagement und internationales Krisenmanagement kam die Entwicklung einer internationalen Presse. So ist es denn nicht überraschend, in amerikanischen Zeitun-

gen immer wieder auf Berichte über *Swiss Doctors* und deren Berner Vertreter zu stossen. Die internationale Wahrnehmung der eben nur scheinbaren Berner Provinz weist dabei charakteristische Konjunkturen und Veränderungen auf, die sozusagen als Gegenstück zum Wandel des lokal definierten Selbstverständnisses gelesen werden können.

Bis zum Ersten Weltkrieg prägten Gesellschaftsnachrichten, Berichte von schweizerischen Beiträgen an internationalen Kongressen, Erfindungen und Entdeckungen sowie die Geschichten prominenter Patienten den transatlantischen Blick auf die Schweiz.³ Medizinische Fakultäten in der Schweiz hatten im 19. Jahrhundert den Ruf, mit ihrem hohen Frauenanteil zu den fortschrittlichsten der Welt zu gehören, und Schweizer Ärzte dokumentierten in den amerikanischen Blättern die Entwicklung des medizinischen Fortschrittes. Schweizer Medizin war zitierfähig, wenn es um Cholera und Tuberkulose und um gewagte Magenoperationen ging, wenn über die Gesundheitsgefährdung durch Papageien oder – in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts – über die Frage diskutiert wurde, welchen potenziellen Schaden zu enge Jeans anrichten konnten. Bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges waren Schweizer Ärzte in der amerikanischen Presse vorzeigbare Schwiegersöhne, die in den Gesellschaftsnachrichten erwähnt wurden. Als sich die Tochter des amerikanischen Botschafters in Paris 1905 verlobte, hielt der in der *Washington Post* veröffentlichte Bericht wohlgefällig fest, dass der künftige Schwiegersohn mit medizinischer Promotion an der Universität Bern «English without accent» sprach.⁴ Die Schweizer Kurbesuche der kranken Mutter hatten für die entsprechenden Kontakte gesorgt und waren nur eine unter zahlreichen weiteren Geschichten, bei der die internationale Aufmerksamkeit auf schweizerische Medizin über berühmte Patienten, verunfallte Touristen und renommierte Kliniken führte. Als Theodor Kocher 1909 den Nobelpreis für Medizin erhielt, wurde seine private Klinik zum internationalen Anziehungspunkt. Kocher hatte beides, den Ruf des genialen Arztes mit höchster Auszeichnung, aber auch das Renommee eines

Albert Kocher
(1872–1941).



Internationalisten, der 1905 den ersten internationalen Chirurgenkongress in Brüssel leitete. Kochers internationaler Ruf hielt über die nächste Generation an. Als Kochers Sohn, der Privatdozent Albert Kocher, starb, veröffentlichte die *New York Times* 1941 eine Todesanzeige.⁵ In der Todesanzeige wurde auf die renommierte Klinik und einen nicht minder berühmten Patienten verwiesen, auf den irakischen König Faisal, der 1933 in Bern gestorben war.

Während des Ersten Weltkrieges veränderte sich die internationale Wahrnehmung deutlich. Nun standen Berichte von Schweizer Ärzten aus den Kriegsgebieten und der Gesundheitszustand der in der Schweiz Internierten im Zentrum des Interesses. Die Tuberkulose-Fälle unter den Internierten waren an eine Debatte über die Versuche bakteriologischer Kriegsführung in Deutschland geknüpft.⁶ Auch kleine und eher versteckte Meldungen fanden nun in der amerikanischen Presse grosses Interesse: eine Meldung aus der *Berner Tagwacht* über einen Cholera-Ausbruch in Süddeutschland erschien

Dr. Paul Martin (rechts)
als Assistent von Prof.
F. de Quervain, Bern
1932–1934. Paul Martin
nahm an fünf Olympi-
schen Spielen (1920–
1936) teil und gewann
1924 in Paris über 800 m
die Silbermedaille.



am 22. September 1917 in der *New York Times*.⁷ Nach dem Ersten Weltkrieg verlagerte sich das Zentrum internationaler Politik zwar von Bern nach Genf, den Sitz des Völkerbundes. Dennoch blieb das internationale Engagement und die grosse Dichte zivilgesellschaftlicher Netzwerke ein schweizerisches Charakteristikum. Nach wie vor schienen *Swiss Doctors* geeignet, die grundlegenden Befürchtungen und Hoffnungen ihrer Zeit zu personifizieren. Die Vorstellung vom modernen Menschen hatte sich allerdings grundlegend verändert. Die neue Frau kam mit Kurzhaarschnitt und Hosen daher, der neue Mann als dynamischer, effizienter und technikbegeisterter Homo Faber. In den Vereinigten Staaten gehörte der schöne und sportliche Chirurg Dr. Paul Martin zum neuen Typus des *Swiss Doctors* – die Anzahl der über diesen Sportler geschriebenen Artikel ist denn auch weit grösser als die Menge der Berichte über andere Errungenschaften der Schweizer Medizin.⁸ Als Paul Martin zu Beginn der 30er-Jahre bei Prof. de Quervain in Bern assistierte, hatte der Sportler bereits mehrmals an Olym-

pischen Spielen teilgenommen und 1924 im 800-Meter-Lauf sogar eine Silbermedaille gewonnen. Nach wie vor galt aber auch den prominenten Kranken in Schweizer Kliniken die Aufmerksamkeit der amerikanischen Presse, zumal bei Erkrankungen, die in den Vereinigten Staaten selbst häufig auftraten. 1926 berichtete die *New York Times*, dass die Maserenerkrankung eines japanischen Prinzen in Müren den Beizug ärztlicher Kompetenz aus der Hauptstadt notwendig gemacht hatte.⁹

Nach dem Zweiten Weltkrieg verlagerte sich das Interesse an den *Swiss Doctors*. Zwar gab es immer noch die grossen Auftritte zu vermelden. Besonders erfolgreich war dabei der Genfer Arzt Paul Tournier, der in den 60er-Jahren mit seiner christlich untermauerten psychosozialen Medizin die amerikanischen Vortragsäle füllte.¹⁰ Zusehends berichtete aber die amerikanische Presse von Titelanmassungen, Schwindlern und heimtückischen Mördern reicher amerikanischer Witwen. Der bestdokumentierte Schweizer Arzt der 50er-Jahre war nun der schillernde Erfinder der Frischzellenthera-

Prof. Paul Niehans
(1882–1971), Enkel
des deutschen Kaisers
Wilhelm II., bei der Vor-
bereitung einer Frisch-
zellen-Injektion. Niehans
war der Sohn des Berner
Chirurgen und Kocher-
Schülers Prof. Paul
Niehans (1848–1912).



pie, der Berner Dr. Paul Niehans. Der Aufstieg zum Celebrity-Arzt fand einmal mehr im Ausland statt. Wie die *New York Times* berichtete, verhielten sich die regionalen schweizerischen Standesorganisationen bestenfalls zurückhaltend. Niehans entwickelte eine Frischzellen-therapie, die er, sorgsam beobachtet von der internationalen Presse, 1954 dem schwer kranken Papst Pius XII. verabreichte. Warum auch immer der Papst schliesslich gesundete – Niehans galt fortan als Geheimtipp der Reichen und Schönen. Er eröffnete eine Klinik in der Nähe von Montreux und behandelte Prominente wie Charlie Chaplin und die Schauspielerin Gloria Swanson, den deutschen Kanzler Konrad Adenauer und den französischen Künstler Georges Braque. 1959 wurde Niehans in der *Washington Post* über vier Seiten als «World's most controversial doctor» dargestellt.¹¹ Im Chirurgen-outfit und beängstigend grosser Spritze fotografiert, erreichte Niehans in der amerikanischen Öffentlichkeit in den 50er-Jahren eine bemerkenswerte Präsenz, die bis zu seinem Tod andauern sollte.

Das wandelnde Bild der *Swiss Doctors* sagt mehr über die öffentliche Präsenz und die Kunst medialer Performance als über das wandelnde Selbstverständnis bernischer Mediziner aus – die Differenz zwischen öffentlicher Wahrnehmung und beruflichem Selbstverständnis dürfte aber als zentrales Thema die künftige Geschichte der Berner Ärztesgesellschaft begleiten.

**Zwischen Privatpraxis und
Kassenmedizin:
Die Veränderung der ärztlichen
Einkommen im 20. Jahrhundert**
Martin Lengwiler

Was verdient eigentlich ein Arzt oder eine Ärztin? Die Frage ist einfacher gestellt als beantwortet. Die Ökonomie einer selbständigen Arztpraxis ist nicht einfach zu durchschauen und hat sich in den letzten hundert Jahren stark verändert. Ausserdem ist das Thema hoch politisiert; über die Kostenexplosion im Gesundheitswesen wird schon seit Jahrzehnten gestritten. Grund genug für eine historische Spurensuche.



Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts arbeiteten die meisten Ärzte, einschliesslich der wenigen praktizierenden Ärztinnen, selbständig in ihrer eigenen Praxis. Nur wenige Kolleginnen und Kollegen waren in einem Spital oder einem Krankenhaus angestellt. Das Honorar wurde meist direkt von den Patientinnen und Patienten bezahlt. Das Einkommen einer Arztpraxis hing um 1900 entsprechend vom Wohlstand ihrer Klientel ab. Eine städtische Praxis in einem gut situierten Quartier garantierte ein einträgliches Einkommen und einen hohen sozialen Status. Dagegen bot eine Landpraxis in einer ärmeren Gegend, etwa dem Emmental, nur eine dürftige Existenzbasis. Auch die Spezialisierung hatte gravierende Konsequenzen fürs Einkommen. Ärzte mit spezialmedizinischer Ausbildung, etwa Chirurgen, hatten ein höheres Einkommen als ihre allgemeinmedizinisch ausgebildeten Kollegen. Die Einkommensunterschiede zwischen Stadt und Land auf der einen und zwischen den medizinischen Spezialisierungen auf der anderen Seite prägten gerade den Kanton Bern in hohem Masse und spalteten die Ärzteschaft übers ganze 20. Jahrhundert in verschiedene, finanziell höchst unterschiedlich gebettete Lager.¹ Gräben taten sich insbesondere zwischen den gut gestellten städtischen Ärzten aus Bern oder Biel und den vergleichsweise gering verdienenden Landärzten aus dem Emmental oder dem Berner Oberland auf. Insbesondere auf der Berner Landschaft war um 1900 die Angst vor der sogenannten Plethora, einer zu hohen Zahl approbierter Ärzte und einem damit verbundenen Druck auf die ärztlichen Honoraransätze, weit verbreitet.

Nach 1900 änderte sich die ärztliche Einkommenslage grundlegend. Der wichtigste Grund für die Veränderung war die Ausbreitung der Krankenkassen und die damit verbundene Zunahme an versicherten Patientinnen und Patienten. Die Krankenkassen traten im 20. Jahrhundert als neuer gesundheitspolitischer Akteur mit zunehmendem Gewicht auf den Plan. Aus dem traditionellen Arzt-Patienten-Verhältnis war damit eine Dreiecksbeziehung zwischen Ärzteschaft, Krankenkassen und Patienten geworden. Die ärztlichen Einkommens-

verhältnisse waren entsprechend dieser veränderten Konstellation von drei übergeordneten Entwicklungen im Gesundheitswesen bestimmt. Sie spiegeln erstens die wechselhaften und bisweilen höchst spannungsgeladenen Kräfteverhältnisse zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen beziehungsweise deren standespolitischen Vertretungen. Sie verweisen zweitens auf den zunehmenden Regulierungsanspruch des Staates, der sich im Gesundheitswesen primär durch obligatorische Krankenversicherungssysteme manifestierte, bis hin zur Einführung der nationalen Krankenversicherungspflicht 1996. Drittens stehen die ärztlichen Einkommen im Kontext der anhaltenden Kostensteigerung im Gesundheitswesen, die sich bereits in den 1930er-Jahren zwischenzeitlich akzentuierte und vor allem seit den 1960er-Jahren zur verstärkten Kritik an der «Kostenexplosion» und zu entsprechenden Sparanstrengungen führte. Auf diese vielschichtigen Entwicklungen ist in den kommenden Abschnitten, am Beispiel der ärztlichen Einkommensverhältnisse, einzugehen.

Standespolitische Antwort auf die Krankenkassen: Von der Medizinisch-chirurgischen Gesellschaft zur Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Krankenkassen existierten bereits seit Mitte des 19. Jahrhunderts, in Form von Betriebskassen oder lokal begrenzten Ortskassen. Ihre Zahl war insgesamt jedoch gering und ihre soziale Reichweite beschränkt. Dies änderte sich, als die eidgenössischen Behörden versuchten, eine für die ganze Schweiz gültige obligatorische Krankenversicherung einzuführen. Der Bund orientierte sich dafür am deutschen Nachbarstaat, wo Bismarck bereits 1885 eine nationale Krankenversicherungspflicht für die Industriearbeiterschaft eingeführt hatte. 1890 wurde auch in der Schweiz ein Verfassungsartikel angenommen, der den Bund ermächtigte, in der Kranken- und Unfallversicherungsfrage gesetzgeberisch aktiv zu werden. Nach langer Vorbereitung entschied die schweizerische Stimmbevölkerung 1900 über ein Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das eine obligatorische Versiche-

rung für Lohnabhängige mit geringen und mittleren Einkommen vorsah. Zur Überraschung vieler Beteiligter wurde die Vorlage mit über 70 Prozent Neinstimmen abgelehnt, unter anderem weil Ärzte und Krankenkassen sich wortstark gegen den staatlichen Eingriff in ihren Verantwortungsbereich wehrten.

Trotz dieser Niederlage war klar, dass der Trend zum Ausbau der Sozialversicherungen nicht mehr aufzuhalten war. Bundesrat und Parlament arbeiteten nach 1900 eine zweite Vorlage aus, die erneut eine obligatorische Unfallversicherung, dagegen nur noch eine fakultative Krankenversicherung enthielt. Kantonen und Gemeinden sollte erlaubt werden, für einkommensschwache Bevölkerungsgruppen eine obligatorische Krankenversicherung einzuführen. Als Anreiz offerierte der Bund eine Subvention von 3 bis 5 Franken pro obligatorisch krankenversicherte Person.² Dieses revidierte Gesetz überstand 1912 die Volksabstimmung und wurde 1914 in Kraft gesetzt. Davon ausgehend, erlebte die Krankenversicherung vor allem nach dem Ersten Weltkrieg einen markanten Aufschwung. Die meisten Deutschschweizer Kantone führten obligatorische Krankenversicherungen ein oder delegierten zumindest die Vollmacht dazu an die Gemeinden. Der Kanton Bern erliess 1919 ein Gesetz, das Städten und Gemeinden die Einführung sozialstaatlicher Krankenversicherungen ermöglichte.³ Mitte der 1930er-Jahre war bereits knapp die Hälfte der schweizerischen Bevölkerung einer Krankenversicherung angeschlossen. Der Kanton Bern hinkte allerdings dem nationalen Trend hinterher. Wegen seines geringen Industrialisierungsgrades waren hier nur gerade 27 Prozent der Bevölkerung einer Krankenkasse angeschlossen, gegenüber beispielsweise 73 Prozent im Kanton Zürich.⁴

Mit der Ausbreitung der Krankenversicherung änderte sich auch die ärztliche Einkommenssituation. Anstelle der privat behandelten Klientel trat nun zunehmend die sogenannte Kassenmedizin – die Behandlung von krankenversicherten Patientinnen und Patienten zu festgesetzten Tarifen. Für die Einkommenssituation der Ärzteschaft hatte diese Entwicklung gute und schlechte



Von Berner Ärzten
erbaute Häuser:
Bätterkinden (1936),
Münsingen (1939/40).

Seiten. Positiv war, dass mit der Kassenmedizin neue Bevölkerungsschichten, insbesondere die Industriearbeiterschaft, in den Genuss ärztlicher Dienstleistungen kamen. Mit der Ausbreitung der Krankenkassen weiteten sich auch der Gesundheitsmarkt und der Bedarf nach Ärztinnen und Ärzten schrittweise aus. Negativ war, dass die neue Klientel alles andere als wohlhabend war und deshalb die Tarife, die zwischen Kassen und Ärzten ausgehandelt wurden, eine schlechtere Honorierung vorsahen als jene Honoraransätze, die gegenüber nicht versicherten Privatpatienten verrechnet wurden. Stossend war für die Ärzteschaft zudem, dass die Krankenkassen dazu tendierten, möglichst günstige Tarife mit einzelnen Ärzten auszuhandeln. Wer eine schlecht frequentierte Praxis besass und bereit war, weit unterhalb der üblichen Ansätze zu arbeiten, konnte sich durch einen Tarifvertrag mit einer Krankenkasse ein regelmässiges, wenn auch nicht allzu hohes Einkommen sichern. Viele Ärzte fürchteten eine verschärfte Erosion ihrer Einkommensgrundlage und beklagten sich darüber, dass die Kassen die Standeskollegen gegeneinander ausspielten. Weil schliesslich jede Kasse mit ihren Kassenärzten je spezielle Tarife abschloss, entstand bald ein unüberschaubarer Wust an tariflichen Vereinbarungen. Nach einer 1913 durchgeführten Umfrage unter der kantonal-bernerischen Ärzteschaft hatten 67 von 239 antwortenden Ärzten (also knapp 30 Prozent) einen speziellen Tarifvertrag mit einer Krankenkasse oder einer Behörde abgeschlossen. Die Verträge mit Krankenversicherern waren meist mündlich geschlossen und wurden nach einem



Von Berner Ärzten
erbaute Häuser:
Lyss (1928),
Wengen (1944/45).

festgesetzten Tarif abgerechnet, während die Arbeit für Behörden meist pauschal entschädigt war.⁵

Aus Sicht der Berner Ärzteschaft überwogen nach 1900 klar die Nachteile der Kassenmedizin. Dr. Fritz Ris, ein Vertreter des Thuner Bezirksverbandes, schilderte das ärztliche Malaise um 1907 in einprägsamen Worten.

«Der vermehrte Zudrang zum Studium der Medizin und die daherige starke Zunahme der Ärzte in den zwei bis drei letzten Jahrzehnten bilden die Situation, zu der wir heute Stellung zu nehmen haben. Die Geltung des sogenannten praktischen Arztes im öffentlichen Leben ist gesunken, während die des Spezialisten, besonders die des chirurgischen, eher gestiegen ist. Damit hat sich die ökonomische Lage der praktischen Ärzte verschlimmert, so dass nicht wenige, meist durchaus tüchtige Kollegen sich mit fixen Besoldungen anstellen lassen, und zwar nicht etwa als Spitalärzte, denn diese sind ja lächerlich schlecht besoldet, sondern als Beamte in statistischen, hygienischen, militärärztlichen Verwaltungs- und gemeinnützigen Betrieben. (...) Unter den wirklich praktizierenden Ärzten aber hat der Konkurrenzkampf sich verschärft. Es trat an vielen Orten der unlautere Wettbewerb hinzu, die Ausbeutung durch Publikum und Korporationen (gemeint sind Krankenkassen, A.d.V.), und die daherige Entwertung der ärztlichen Leistungen (...)»⁶

Die Erwartungen an die kantonale Ärztesgesellschaft, in dieser Sache aktiv zu werden, waren unter der Ärzteschaft hoch. Allerdings waren die damaligen Standesvereinigungen denkbar schlecht für Tarifverhandlungen.

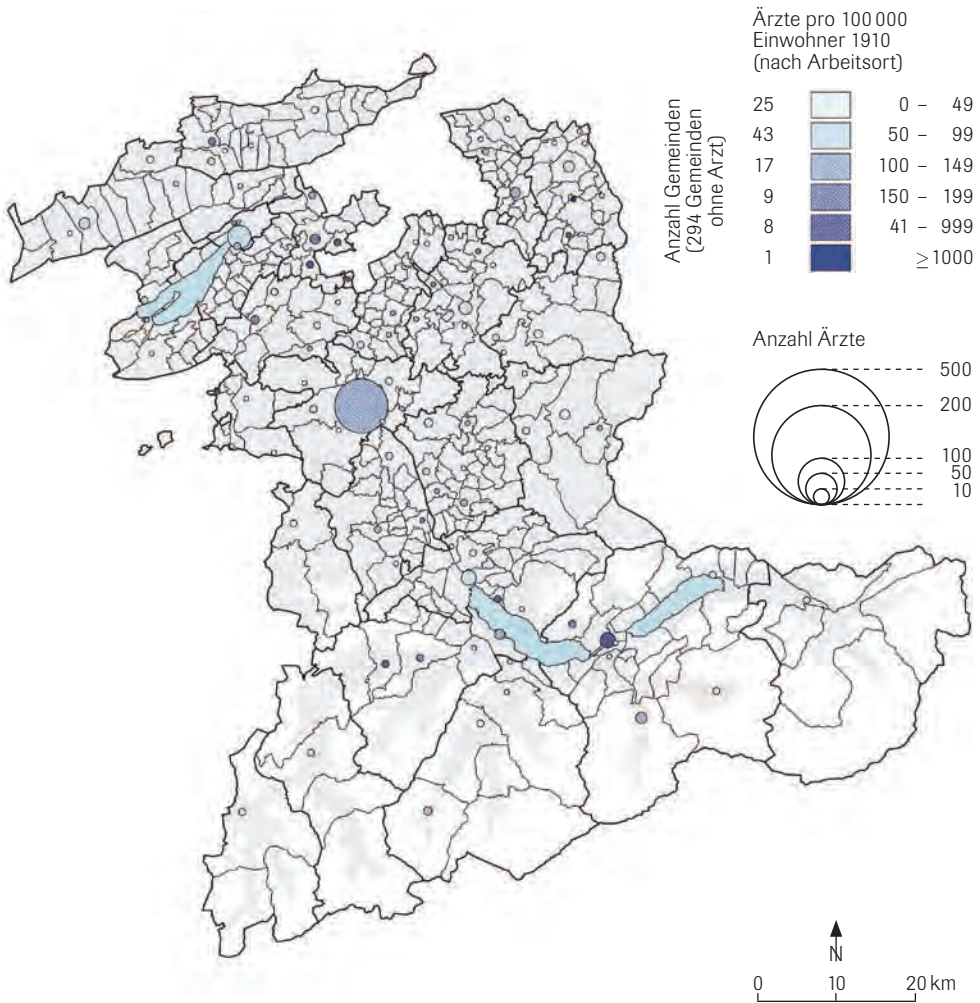
gen und gesundheitspolitische Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen gerüstet. Gegründet zumeist im frühen 19. Jahrhundert, funktionierten sie bis um 1900 primär als Gelehrtenvereine, in denen die medizinische Ausbildung an den Universitäten und die Weiterbildung für die praktizierenden Ärzte im Vordergrund standen. Für gesundheitspolitische Aktivitäten fehlten sowohl die statutarischen Voraussetzungen als auch der ökonomische und juristische Sachverstand.

Viele Vereinigungen erkannten früh die Zeichen der Zeit. In den Jahren nach 1900, unmittelbar nach der ersten Abstimmung über das Krankenversicherungsgesetz, begannen progressive Standesgesellschaften, etwa die Aargauische Ärztesgesellschaft, die Baselstädtische Vereinigung oder der Stadtzürcher Ärzteverband, sich als verbandspolitische, quasi-gewerkschaftliche Interessenvertretung neu zu formieren. 1904 empfahl die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) den kantonalen Ärztesgesellschaften, sich «fester zu organisieren» und insbesondere die «Aufstellung von Standesordnungen eventuell mit Taxordnungen» zu prüfen.⁷ Im Anschluss daran und mit Blick auf das Beispiel des 1904 gegründeten Stadtzürcher Ärzteverbands diskutierte auch die Medizinisch-chirurgische Gesellschaft des Kantons Bern seit 1907 über eine standespolitische Reorganisation.⁸ Vor allem die jüngeren Ärzte aus den Sektionen Thun und Bern-Land, die noch keine sichere Existenzgrundlage hatten, setzten sich vehement für eine Standesordnung ein.⁹ Diese sollte verbindliche Verhaltensregeln beinhalten, um den Wettbewerb zwischen den angeschlossenen Ärzten in geordnete Bahnen zu lenken und unerwünschte Preisbrecher zu verfolgen. «Heutzutage», so klagte ein betroffener Thuner Kollege, «läuft mancher junge Arzt den Patienten nach, verblümt oder unverblümt, und es ist nötig geworden, jedem zu sagen, was seines Standes würdig ist und was nicht.»¹⁰

Konkret sollte die Ärztesgesellschaft die alleinige Ermächtigung erhalten, im Namen der angeschlossenen Mitglieder Kollektivverträge mit den Krankenkassen abzuschliessen. Diese Rahmentarife wären dann für alle in der Standesgesellschaft organisierten Ärzte verbindlich;

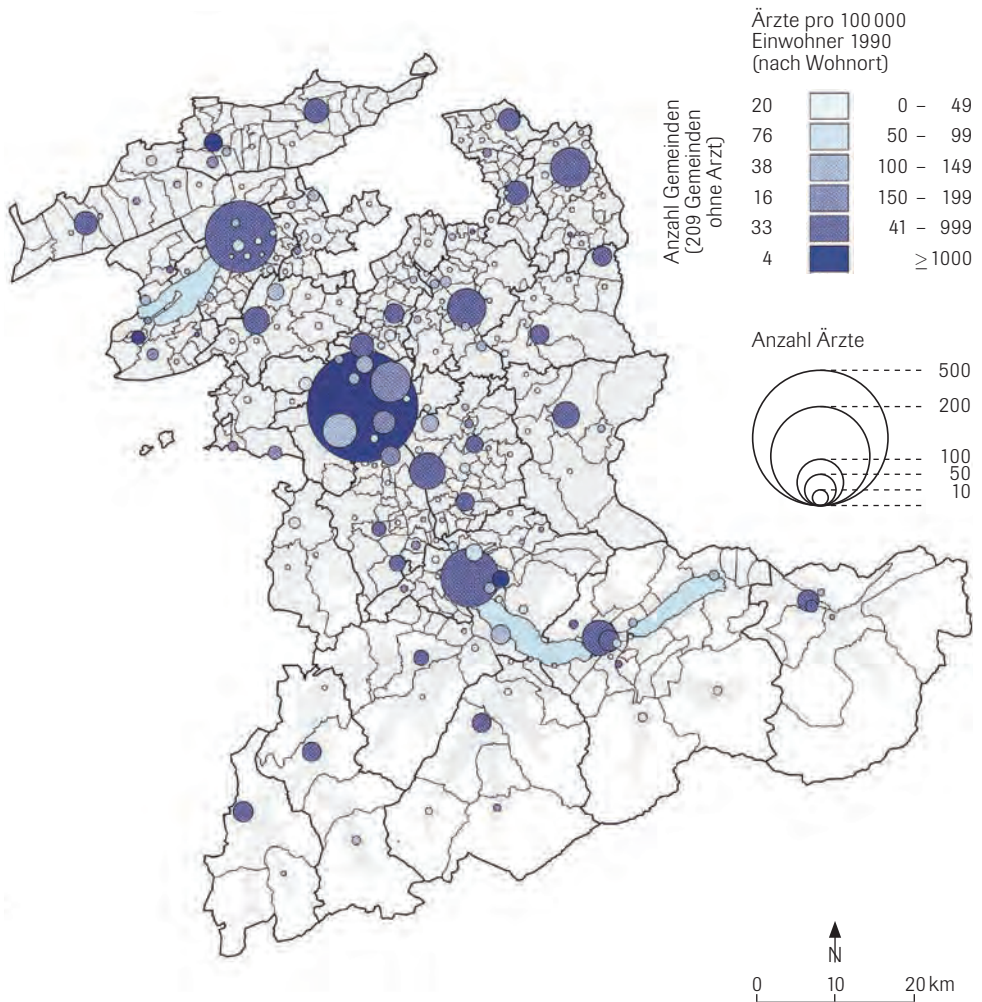
davon abweichende Separatverträge sollten unter Androhung scharfer Sanktionen (bis hin zum Vereinsausschluss) verboten sein. Als Anreiz zur Mitgliedschaft in der Standesgesellschaft sollte bei Verträgen mit Krankenkassen der Grundsatz der «bedingt freien Arztwahl» durchgesetzt werden. Danach würden versicherte Patientinnen und Patienten ihren Arzt nur innerhalb der standesmässig organisierten Ärzteschaft frei wählen können. Umgekehrt musste ein Arzt, wollte er Zugang zur Kassenmedizin haben, zwingend der kantonalen Ärztegesellschaft angehören.¹¹ Von diesem Organisationsschub versprachen sich die Befürworter einen entscheidenden Vorteil in den künftigen Verhandlungen mit den Krankenkassen. Bislang waren die Kassen in den Tarifverhandlungen oft die stärkere Partei, insbesondere wenn sie mit einzelnen Ärzten verhandelten. Mit dem neuen System, in dem die kantonale Ärztegesellschaft allein die Verhandlungen mit den Kassen führte, kehrten sich die Machtverhältnisse um. Die Krankenkassen organisierten sich erst 1923 auf kantonaler Ebene. Für die eineinhalb Jahrzehnte zwischen der Reorganisation der kantonalen Ärztegesellschaft und der Gründung des kantonalen Krankenkassenkonkordats wurden die Kassen in die standespolitisch schwächere Position versetzt.

Widerstand gegen die geplante Standesordnung kam vor allem seitens der älteren Gesellschaftsmitglieder, aus den Sektionen Bern-Stadt oder Emmental. Sie hielten die geplanten Verhaltensregeln für eine Ehrensache, die auch ohne eigene Standesordnung gelten müssten. Auch die politische Neuausrichtung der Ärztegesellschaft, in Abkehr von der Tradition des medizinischen Gelehrtenzirkels, fand unter den älteren Kollegen wenig Anklang.¹² Die Mehrheit der Berner Ärzteschaft unterstützte schliesslich in einer Urabstimmung 1911 die neue Standesordnung. Als symbolischer Akt wurde zugleich eine Namensänderung gutgeheissen. Die alte Medizinisch-chirurgische Gesellschaft firmierte neu unter dem Namen Ärztegesellschaft des Kantons Bern.¹³ Auf der Mitglie derseite schien die Rechnung aufzugehen. Die Ärztegesellschaft entwickelte sich schnell zur Monopolvertretung der Berner Ärzteschaft: Bereits 1913 ge-



hörten ihr 340 aller 360 Ärzte im Kanton an.¹⁴ Zugleich wurde ein Verpflichtungsschein (vgl. Abb. S. 58) eingeführt, den alle Mitglieder der Ärztesgesellschaft zu unterschreiben hatten und mit dem sie die Einhaltung der Standesordnung versprachen, und zwar ein Jahr über den Austritt aus dem Verband hinaus.¹⁵

Unmittelbar nach der Reorganisation wurde die neue Ärztesgesellschaft einer ersten Feuerprobe unterstellt. Nachdem 1914 das eidgenössische Kranken- und Unfallversicherungsgesetz in Kraft getreten war, beschloss der Berner Regierungsrat, den bisherigen Tarif von 1907 durch einen neuen kantonalen Rahmentarif zu ersetzen. Dazu lud er die Interessenverbände zu einer Vernehm-



lassung ein. Die Ärztesgesellschaft stieg mit erstarktem Selbstbewusstsein, ja mit einer gewissen Streitlust in die Verhandlungen. Sie verlangte eine deutliche Erhöhung der Tarifsätze, um die Inflation und die gestiegenen Gerätekosten in den Arztpraxen zu kompensieren. Zudem lehnte sie einen einheitlichen Flächentarif für den ganzen Kanton kategorisch ab und forderte regional differenzierte, den jeweiligen Lebenshaltungskosten angepasste Tarife. Die Zuschläge sollten je nach Region zwischen 10 und 100 Prozent betragen dürfen.¹⁶ Diese ambitionösen Forderungen waren innerhalb der Ärzteschaft nicht unumstritten und wurden als Maximalforderungen gestellt. Die verantwortliche Delegation war

sich intern einig, dass die «hier aufgestellten Tarifansätze Kampfansätze zum Gebrauch der ärztlichen Unterhändler seien, die wahrscheinlich sowieso eine Herabsetzung erfahren und deshalb nicht niedrig angesetzt werden dürfen».¹⁷

Der Regierungsrat stimmte sein Vorgehen mit den anderen Kantonen ab und präsentierte nach einer ersten Vernehmlassungsrunde einen Tarifentwurf, der stark von den ärztlichen Vorschlägen abwich und einen einheitlichen Tarif für den ganzen Kanton vorsah. Die Ärztesgesellschaft war vom Vernehmlassungsergebnis enttäuscht, beharrte auf ihrem konfrontativen Kurs und entschied, nicht auf den Entwurf einzutreten, sondern ihn gänzlich abzulehnen – in der Hoffnung, die Sanitätsdirektion damit für den ursprünglichen ärztlichen Vorschlag zu gewinnen.¹⁸ Doch die forsche Strategie der Ärztesgesellschaft erlitt Schiffbruch. Die Sanitätsdirektion nahm die Position der Gesellschaft zu Kenntnis, verabschiedete aber ihren ursprünglichen Tarifentwurf ohne grössere Änderungen. Dieser Entscheid brachte wiederum die Ärztesgesellschaft in eine unbequeme Lage. Die Delegiertenversammlung diskutierte verschiedene Strategien, auf den regierungsrätlichen Entscheid zu reagieren. Von einem Wiedererwägungsgesuch war die Rede oder von offenen Protestaktionen mittels «passiver Resistenz», von einer grossen Demonstration oder gar einem öffentlichkeitswirksamen Ärztestreik.¹⁹

Schliesslich entschied sich die Versammlung für eine moderate Verhandlungsstrategie. Eine Delegation wurde beauftragt, das Gespräch mit der Sanitätsdirektion zu suchen und die Möglichkeit nachträglicher Änderungen am Tarif zu sondieren.²⁰ Der Sanitätsdirektor hatte dafür ein offenes Ohr, verlangte aber, dass sich die Ärztesgesellschaft zuerst mit den Krankenkassen auf einen gemeinsamen Tarifvorschlag einigte, den die Regierung dann prüfen würde.²¹ Die Einigung kam auf diesem Wege schnell zustande. Keine drei Monate nach dem ersten Tarifbeschluss setzte der Regierungsrat im September 1914 die überarbeitete Version des kantonalbernischen Kassentarifs in Kraft.²² Damit war auch ein Präzedenzfall für die künftigen Tarifentscheidungen geschaffen

worden. Der Regierungsrat delegierte jeweils die Aushandlung eines Tarifs an die Interessenverbände und begnügte sich damit, deren Vorschlag per behördlichen Beschluss in Kraft zu setzen. Auf der Basis dieses kantonalen Rahmentarifs handelte die Ärztesgesellschaft in der Folge besondere Tarifverträge mit einzelnen Krankenkassen aus, etwa mit der Schweizerischen Grütlikasse oder der Kantonalbernischen Krankenkasse.²³

Im Clinch mit Zürich: Eskalation des Tarifkonflikts und Streit um Krisenrabatt in der Zwischenkriegszeit

In den folgenden Jahren breitete sich die Krankenversicherung im Kanton Bern langsam, aber stetig aus; parallel dazu etablierte sich eine spannungsgeladene, aber letztlich konsensorientierte Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen – ein Modell, das erst mit der Weltwirtschaftskrise in den 1930er-Jahren zerbrach. Ausgehend vom Tarif von 1914, offerierten die Krankenkassen zunächst Versicherungsverträge auf freiwilliger Basis, vor allem für Leute mit geringen und mittleren Einkommen. Wohlhabende Patientinnen und Patienten wurden nach wie vor in privater Praxis behandelt und bezahlten ihre Arztrechnung aus dem eigenen Portemonnaie, ohne Umweg über eine Krankenkasse. Dies lag auch im Interesse der Ärzteschaft, konnte sie doch bei Privatpatienten einen höheren Honoraransatz verrechnen als bei den reduzierten Kassentarifen.

Im Anschluss an den Ersten Weltkrieg führte der Kanton Bern 1919 das erwähnte Krankenversicherungssystem ein, das es den Städten und Gemeinden freistellte, bestimmte Bevölkerungsgruppen einer Pflichtversicherung zu unterstellen. Die Aussicht auf eine Welle lokaler Versicherungsobligatorien schuf einen neuen Abstimmungsbedarf zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen. Umstritten waren vor allem die Reichweite und die Grenzen der Versicherungspflicht. Um den lukrativeren Bereich der Privatpatienten nicht zu gefährden, lehnte die Ärzteschaft ein breit gefasstes oder gar ein allgemeines Obligatorium ab. Sie favorisierte dagegen eine

Versicherungspflicht, die auf die ärmeren, notdürftigen Schichten begrenzt war. Die Krankenkassen vertraten die Gegenposition und waren an einer möglichst breiten Versicherungspflicht interessiert – allerdings nur solange das neue System weiterhin von den bestehenden Krankenkassen und nicht etwa von einer neu zu gründenden staatlichen Kasse verwaltet wurde.²⁴

In der Verordnung zum Obligatoriumsgesetz folgte die Berner Regierung 1924 der ärztlichen Position. Städte und Gemeinden durften die Versicherungspflicht nur bis zu einem maximalen Familieneinkommen von 5000 Franken pro Jahr ausdehnen. Damit war die Krankenversicherung primär auf die Arbeiterschaft und die gering verdienenden Angestellten zugeschnitten. Dieser sozialpolitische Akzent wurde noch durch vergünstigte Beiträge und staatliche Subventionen an die Krankenkassen im Umfang von bis zu einem Drittel der Kosten verstärkt.²⁵ Wer mehr als 5000 Franken verdiente, musste für die Arztkosten selber aufkommen oder sich ausserhalb der staatlich subventionierten Modelle für höhere Prämien versichern. Aus der bisherigen Zweiteilung zwischen Versicherten und Nichtversicherten wurde im neuen Modell eine Dreiteilung. Die erste Gruppe, die Geringverdienenden, war im Obligatorium unter günstigen Bedingungen versichert; die zweite Gruppe umfasste die Mittelschichten und war «privat» bei einer Krankenkasse versichert; die Wohlhabenden verzichteten ganz auf eine Krankenversicherung und bezahlten ihre Arztkosten wie bisher schon aus der eigenen Tasche – so das Modell der regierungsrätlichen Verordnung.

Die bernische Ärzteschaft war in der Versicherungsfrage tief gespalten. Einzelne Bezirksvereine, wie jene von Jura-Nord oder Pierre-Pertuis, lehnten jegliches Obligatorium kategorisch ab. Sie führten an, dass in ihren Regionen die Arbeiterinnen und Arbeiter entweder bereits einer Krankenkasse angehörten oder zu arm wären, um sich eine Krankenversicherung leisten zu können. Zudem würde sich die Verdienstsituation der Ärzte mit der Einführung obligatorischer Modelle verschlechtern, weil die versicherten Leistungen zu einem geringeren Tarifansatz honoriert wären und dies

unweigerlich auch die anderen Honoraransätze unter Druck brächte.²⁶

Der Kantonalverband unterstützte dagegen die Versicherungsidee, nicht zuletzt aus beschäftigungspolitischen Überlegungen. Der Verbandssekretär hielt 1926 fest: «Vom Standpunkt des Arztes aus betrachtet ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung der minder Bemittelten zu begrüssen. Einmal deshalb, weil durch die Ausdehnung der Krankenpflegeversicherung der ärztliche Arbeitsmarkt wesentlich verbessert, die Nachfrage nach ärztlicher Hilfe erhöht, andererseits das Honorar des Arztes absolut sichergestellt wird.»²⁷ Der Tarifvertrag, den die Ärztesgesellschaft und das Krankenkassenkonkordat im selben Jahr für die obligatorische Versicherung im Kanton Bern aushandelten, war deshalb auf ärztlicher Seite heftig umstritten und musste in einer Urabstimmung gutgeheissen werden. Das Ergebnis fiel überaus knapp aus und illustriert den tiefen Graben innerhalb der Ärzteschaft. Weniger als die Hälfte der im Kanton wirkenden Ärzte nahmen überhaupt an der Abstimmung teil. Von diesen stimmten 106 Personen mit Ja (55 %) und 87 mit Nein (45 %); hätten nur 10 Stimmende ihre Meinung geändert, wäre das Ergebnis umgekehrt ausgefallen.²⁸

Der Konflikt entpuppte sich als Sturm im Wasserglas, weil sich das Obligatoriumsgesetz als Papiertiger erwies. Zwischen 1927 und dem Zweiten Weltkrieg führten nur eine Handvoll Gemeinden obligatorische Versicherungsmodelle ein, darunter Attiswil bei Wangen, Delsberg, Gadmen, Guttannen, Innertkirchen, Neuenstadt und Wangen an der Aare. Gegen eine weitere Verbreitung der obligatorischen Krankenversicherung sprach einerseits der beschränkte Finanzspielraum der Gemeinden, die sich die erforderlichen Subventionen an die Kassen nicht leisten mochten. Andererseits fürchtete die Stimmbevölkerung mittelfristige Steuererhöhungen, um allfällige Defizite der Kassen auszugleichen. Die wenigen Gemeinden, die zum Obligatorium übergingen, beschränkten die Pflichtversicherung zudem auf Kinder und Schüler. Der weitaus überwiegende Teil des Kantons blieb einem freiwilligen Versicherungssystem verpflichtet.²⁹

Trotzdem hielt die Auseinandersetzung zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen um die obligatorische Krankenversicherung an. Schon zwei Jahre nach Einführung des neuen Tarifs kündigten die Krankenkassen den Vertrag wieder, unter anderem weil sie die Honoraransätze für zu hoch hielten, die vertraglich garantierte Differenzierung zwischen städtischen und ländlichen Honoraransätzen nicht akzeptieren wollten und generell eine Erweiterung des Obligatoriums verlangten. Die Ausweitung der Versicherungspflicht wurde aus sozialpolitischen Gründen auch von den kantonalen Behörden unterstützt. Um diesem Druck entgegenzukommen, schlug die kantonale Ärztesgesellschaft ein erweitertes, drei-

Verhaltensregeln für den «vertragslosen Zustand», der nach 1929 mit allen Kassen ausser der Krankenkasse für den Kanton Bern galt.

An die Mitglieder der Krankenkassen, die mit der Aerztesgesellschaft des Kantons Bern in keinem Vertragsverhältnis stehen.

Ab 16. Juni 1929 behandeln die der Aerztesgesellschaft des Kantons Bern angehörenden Aerzte die Mitglieder von Krankenkassen, mit welchen ein Vertragsverhältnis nicht besteht, **nur noch als Privatpatienten.**

Zwischen dem Arzt und der Kasse bestehen keinerlei Beziehungen.

Demzufolge wird die Rechnung seitens des Arztes direkt dem Patienten gestellt. Der Rechnungsstellung ist der regierungsrätliche Rahmentarif für die Verrichtungen der Aerzte bei Behandlung von Mitgliedern anerkannter Krankenkassen im Kanton Bern vom 29. Dezember 1925 zu Grunde gelegt.

Es ist Sache der Patienten, sich hinsichtlich ihrer statutarischen Ansprüche auf Vergütung der Arzt- und Arzneikosten mit der Krankenkasse auseinanderzusetzen.

Formulare, die von der Kasse ausgegeben sind, werden nicht ausgefüllt. An deren Stelle tritt ein einfaches Zeugnis über Behandlung- und Arbeitsunfähigkeitsdauer.

Die Stellungnahme der Aerzteschaft ist damit begründet, dass die in Betracht fallenden Kassen sich geweigert haben, auf dem Land eine Taxe von Fr. 3.— für die Konsultation und von Fr. 4.— für den Besuch auf 1 km zu bezahlen, trotzdem andere Kassen in gleichartigen Verhältnissen dies tun und zu eigenem Nutzen wie auch im Interesse ihrer Mitglieder mit der bernischen Aerzteschaft in einem angenehmen Verhältnis stehen.

Die bernische Aerztesgesellschaft ist jederzeit bereit, mit allen Krankenkassen, welche die Mitgliedschaft auf wirtschaftlich Schwache beschränken, einen Vertrag einzugehen, wie er seit dem 1. Oktober 1928 zur Zufriedenheit aller Beteiligten mit der Krankenkasse für den Kanton Bern besteht.

Bern, im Juni 1929.

**Der Vorstand der
Aerztesgesellschaft des Kantons Bern.**

gliedriges Obligatoriumsmodell vor, das für Geringverdienende, Mittelschichten und Wohlhabende je eine eigene Tarif- und Prämienstufe vorsah. Damit wären vor allem die Angestelltenschichten – etwa die städtischen und kantonalen Beamten – ins Obligatorium aufgenommen worden. Die Krankenkassen lehnten jedoch diesen Vorschlag ab, weil sie den Tarif für die Mittelschichten für übertrieben hielten. Die Verhandlungen scheiterten, und ab 1929 trat ein sogenannter vertragsloser Zustand ein, bei dem der alte Tarif ausgelaufen, aber noch kein Ersatz eingeführt war. In dieser Situation suchten sich Krankenkassen und Ärztegruppen auf lokaler Ebene, ohne kantonale Rahmenvereinbarung, zu finden – so wie das schon vor 1914 die Praxis war. In der Regel wurde einfach die überlieferte Praxis weitergeführt.³⁰

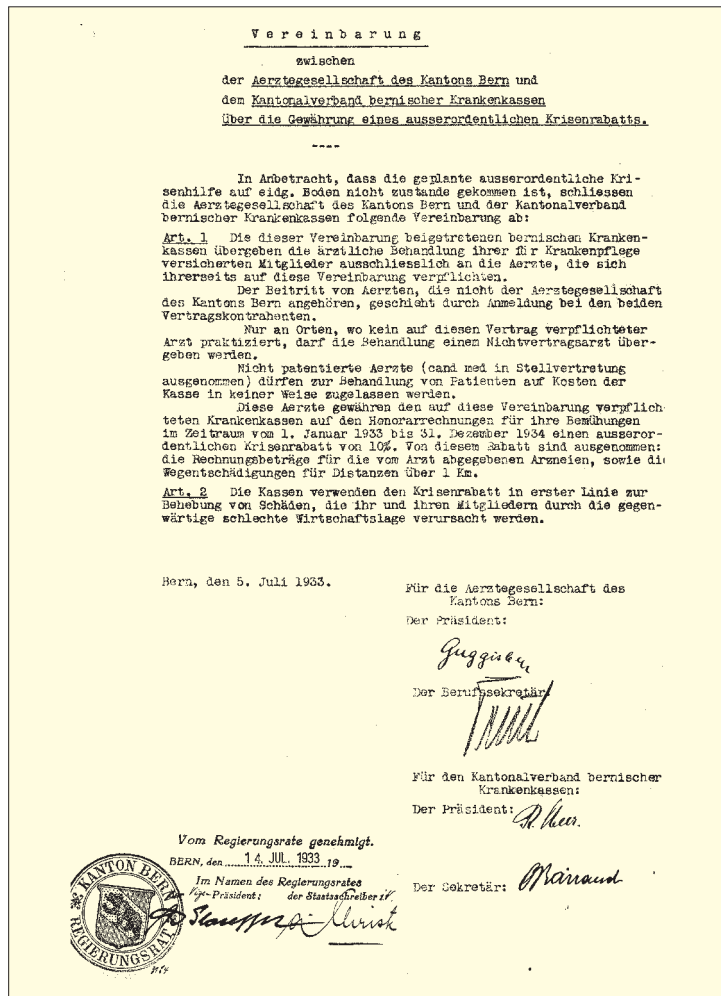
Die Weltwirtschaftskrise, die nach 1930 auch die Schweiz erreichte, liess die Spannungen schliesslich eskalieren. Weil mit der Wirtschaftskrise die Reallöhne sanken, nahm nicht nur die Anzahl Geringverdienender zu, sondern erhöhte sich auch die Nachfrage nach Versicherungsleistungen, bei ebenfalls erhöhten Prämienausfällen. Viele Krankenkassen gerieten in finanzielle Bedrängnis und mussten gar hohe Defizite verbuchen.³¹ Das eidgenössische Krankenkassen-Konkordat regte vor diesem Hintergrund einen sogenannten Krisenrabatt an. Die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) sollte im Namen ihrer Mitglieder für die Zeit der Wirtschaftskrise einen zehnpromzentigen Abschlag auf den kantonalen Tarifen zugestehen. Die Krankenkassen brachten ihren Vorstoss auch gegenüber den Bundesbehörden ein und erhöhten so den politischen Druck. Verschiedene kantonale Ärztegesellschaften, darunter auch die Berner Standesorganisation, liessen sich auf den Vorschlag ein, solange das Geld auch wirklich den Versicherten und nicht den Kassen zugute kam.

In diesem Sinne beschloss etwa der Bezirksverein Oberaargau, den Krisenrabatt zu unterstützen. «Wir wollen den Armen eine freiwillige Spende leisten und nicht den Krankenkassen.»³² Im Mai 1933 willigte auch die kantonale Ärztegesellschaft in einen Rabatt von 10 Prozent ein.³³ Dass doch keine gesamtschweizerische Eini-

gung zustande kam, lag nicht an den Berner, sondern den Zürcher Ärzten. Die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich lehnte den Krisenrabatt als voreilige Konzession ab und stellte sich damit offen gegen die Empfehlung der FMH.³⁴ Im Kanton Bern blieb es allerdings beim zugesicherten Rabatt von 10 Prozent.

Mit dem Zugeständnis des Krisenrabatts war im Kanton Bern die Konfrontation zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft überwunden. Die beiden Parteien setzten 1933 eine paritätische Vertrauenskommission ein, um möglichst schnell einen neuen Tarif auszuarbeiten und damit den vertragslosen Zustand zu beenden.³⁵ Die Verhandlungen waren erfolgreich, der neue Tarif konnte bereits 1934

Burgfrieden während der Weltwirtschaftskrise: Ausschnitt aus dem Originalvertrag, mit dem 1933 im Kanton Bern der Krisenrabatt zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen besiegelt wurde.



in Kraft gesetzt werden. Die paritätische Kommission arbeitete nach diesem Zwischenerfolg weiter und trug so beispielsweise zur Lösung eines anderen langjährigen Konfliktes, um die Honoraransätze des Röntgentarifs, bei. Der neue Röntgentarif wurde 1937 eingeführt.³⁶

Während des Zweiten Weltkriegs änderte sich die ärztliche Verdienstsituation nicht grundlegend; während des Krieges galt in Tariffragen ein Burgfriede zwischen den Vertragspartnern. Für die Ärzte, die Wehrdienst leisteten, schuf die FMH zudem ab Herbst 1940 eine ärztliche Ausgleichskasse, die für die Lohnfortzahlung während der Dienstzeit garantierte.³⁷ Damit war die Einkommenslage auch für jene Ärzte gesichert, die während der Dienstzeit ihre Praxis schliessen mussten und dadurch kein reguläres Einkommen mehr hatten. Jegliche Tarifkonflikte zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen wurden vertagt. Erst nach Kriegsende wurde ein neuer Tarif ausgehandelt. Weil nach dem Kriegsende die befürchtete Rezession ausblieb und im Gegenteil die wirtschaftliche Erholung schnell einsetzte, entspannte sich auch das Verhältnis zwischen Kassen und Ärzteschaft merklich. Bereits 1948 einigten sich die Vertragspartner auf einen neuen kantonalen Kassentarif.³⁸

Spezialisten und Ausländer nicht willkommen: Einkommens- und Statusunterschiede in der ländlichen Ärzteschaft

Nach dem Zweiten Weltkrieg war die Entwicklung der ärztlichen Verdienste von steigenden standesinternen Einkommensdifferenzen gezeichnet. Zum einen vertiefte sich die schon länger bestehende Kluft zwischen städtischer und ländlicher Ärzteschaft weiter. Neu kam zum anderen eine Einkommensschere zwischen Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin auf der einen und solchen mit einem spezialmedizinischen Abschluss auf der anderen Seite hinzu.

Die steigende Bedeutung der Spezialmedizin hing unmittelbar mit dem Ausbau des Gesundheitswesens in der Nachkriegszeit zusammen. In den 1950er- und 1960er-Jahren erlebten vor allem die ländlichen Gebiete

einen markanten Ausbau der medizinischen Dienstleistungen, insbesondere mit dem Neu- und Ausbau diverser Bezirks- und Regionalspitäler – insgesamt wuchs die Zahl der öffentlichen Spitäler im Kanton auf über dreissig, von denen allerdings seit Mitte der 1990er-Jahre fast ein Drittel der kantonalen Sparpolitik zum Opfer fiel und wieder geschlossen wurde.³⁹ Diese Einrichtungen boten in der frühen Nachkriegszeit vor allem für Spezialärztinnen und Spezialärzte ein attraktives und expandierendes Betätigungsfeld.

Der Aufstieg der spezialärztlichen Fachrichtungen seit Mitte des 20. Jahrhunderts führte in den ländlichen Gebieten des Kantons Bern zu verschärften Konflikten innerhalb der Ärzteschaft. Spezialärzte waren nicht nur in den Spitälern stark vertreten, sondern eröffneten in steigendem Masse auch spezialisierte Arztpraxen und konkurrierten dadurch mit den eingesessenen Allgemeinpraktikern. Weil die Spezialmedizin durch ihre Technisierung höhere Kosten verursachte, lagen ihre Tarifansätze über denjenigen der Allgemeinmedizin. Im Konkurrenzverhältnis zwischen Allgemein- und Spezialmedizin ging es also auch um handfeste materielle Interessen.

Die bernischen Landärzte waren überwiegend allgemeinmedizinisch geschult. Entsprechend vertraten die Bezirksvereine der ländlichen Regionen primär allgemeinärztliche Interessen. Weil die Bezirksvereine bei der Niederlassung neuer Arztpraxen ein gewichtiges Wort mitreden durften, kam es in den 1950er- und 1960er-Jahren zu einer offenen Abschottung der ländlichen Ärzteschaft gegenüber neu zuziehenden Kolleginnen und Kollegen. Diese Entwicklung lässt sich beispielhaft am Bezirksverein Emmental illustrieren.

Der Umzug eines Arztes oder einer Ärztin in eine neue Region war mit dem Wohnortswechsel noch nicht geleistet. Wer aus dem Ausland zuzog und kein schweizerisches Medizinstudium absolviert hatte, musste beim kantonalen Regierungsrat um eine ausserordentliche Bewilligung nachsuchen, unter anderem weil Praxisbewilligungen an ein eidgenössisches Diplom geknüpft waren. In der Regel verliess sich die Regierung bei solchen

Gesuchen auf die Empfehlung der kantonalen Ärztesellschaft. Diese wiederum holte meist das Urteil des Regionalverbandes ein – auf diese Weise konnten die ärztlichen Bezirksvereine den Entscheid vorspüren.⁴⁰ Zuzüger aus der Schweiz waren grundsätzlich frei, irgendwo eine Praxis zu eröffnen. Doch auch sie erkundigten sich meist vorgängig bei ihren neuen Kollegen, ob eine zusätzliche Arztpraxis überhaupt ein ausreichendes Auskommen verspräche. Noch immer war das Überangebot an ärztlichen Dienstleistungen – die Plethora – *die grosse Angst* der ärztlichen Standesvereinigungen.

In diesem Sinne schrieb im Februar 1958 ein Basler Kinderarzt, der sich mit dem Gedanken an einen Praxisumzug ins Emmental trug, an den damaligen Präsidenten des Ärztevereins Emmental, Ernst Sanz, und fragte diesen – natürlich «streng vertraulich» –, «ob ein Pädiater in der Gegend erwünscht wäre oder nicht – selbstverständlich würde ich mich streng an die Pädiatrie halten».⁴¹ Das Emmental schien attraktiv, nicht zuletzt weil sich bis zu diesem Zeitpunkt noch keine kinderärztliche Spezialpraxis angesiedelt hatte.⁴² Die Antwort war klar vom Konkurrenzgeist zwischen Allgemeinpraktikern und Spezialisten gezeichnet. Sanz verwies darauf, dass sich in den letzten Jahren viele Allgemeinpraktiker in der Gegend niedergelassen hätten, um anschliessend zu einem Loblied der Allgemeinmedizin anzusetzen: «Es entspricht dies (die Allgemeinmedizin, A. d. V.) einem noch – Gott sei Dank – sehr lebhaften Bedürfnis unserer Landbevölkerung und es ist auch in ökonomischer Beziehung die vorteilhafteste Lösung. Was die Probleme der Pädiatrie anbelangt, so können diese zum allergrössten Teil durch einen Allgemeinpraktiker gelöst werden.» Sanz fügte hinzu, dass die Pädiatrie «enorm in das Gebiet des Hausarztes einbrechen» würde und dass die ansässigen «Allgemeinpraktiker nie auf die Kinderpraxis verzichten könnten». Die Empfehlung war deshalb eindeutig: «Ich glaube also nicht, dass Sie als Pädiater das Auskommen hätten.»⁴³ Einen anderen auswärtigen Kollegen verwies Sanz auf die Agglomeration von Bern, wo eine kinderärztliche Praxis mehr Sinn machen würde. «Diese modernen Aussenquartiere wer-

den mit Vorliebe durch junge Paare mit vielen Kindern bewohnt.»⁴⁴

Noch restriktiver war die Praxis gegenüber ausländischen Zuzügern, die vor allem in den 1960er-Jahren verstärkt in die Schweiz einwanderten. Im Unterschied zu den 50er-Jahren litten die ländlichen Regionen des Kantons nach 1960 unter einem zunehmenden Ärztemangel. Viele Ärztinnen und Ärzte zog es in die Stadt, nicht zuletzt wegen der besseren Arbeitsbedingungen und der höheren Durchschnittsverdienste. Eine steigende Zahl ländlicher Gemeinden hatte deshalb keine Arztpraxis mehr an Ort. Deren Behörden setzten sich entsprechend lautstark für neue Praxisbewilligungen ein, auch in Fällen ausländischer Gesuchsteller.

Trotz Ärztemangel verteidigten die ärztlichen Bezirksvereine ihren Besitzstand gegenüber ausländischen Kolleginnen und Kollegen. Illustrativ ist das Beispiel der Gemeinde Wynigen, einer Ortschaft zwischen Burgdorf und Herzogenbuchsee mit damals 2200 Einwohnerinnen und Einwohnern. Als der einzige Arzt im Ort 1966 altershalber seine Praxis auflöste und die Ärzte im nahe gelegenen Burgdorf wegen Überlastung keine neuen Patientinnen und Patienten mehr aufnahmen, stand die Gemeinde plötzlich vor einer Notsituation. Sie setzte mehrere Inserate in der Ärztopresse auf und fand so drei ausländische, aber keinen schweizerischen Interessenten für die geschlossene Praxis. Der schliesslich vorgeschlagene Kandidat arbeitete seit drei Jahren als Oberarzt in einem Zürcher Spital, besass aber einen polnischen Pass, weshalb die Gemeinde an die kantonale Gesundheitsdirektion gelangte und um eine Ausnahmegewilligung für die Praxiseröffnung ersuchte. Zunächst landete das Gesuch bei der kantonalen Ärztegesellschaft. Diese stand dem Anliegen skeptisch gegenüber. Weil die nächsten Arztpraxen rund 10 Kilometer entfernt waren, mochte die Gesellschaft «nicht einsehen, dass hier eine derartige Notsituation herrscht, dass einem Ausländer eine Praxisbewilligung erteilt werden muss».⁴⁵ Hinter dieser Skepsis stand auch die unterschwellige Befürchtung der älteren Ärztegeneration, dass sich in der Nachkriegszeit eine ähnliche

Situation wie in den 1930er-Jahren einstellen könnte, als durch den damaligen Überfluss an Ärzten ein schädlicher Wettbewerb zwischen den Arztpraxen um ihre Klientel ausbrach.⁴⁶

Vor dem endgültigen Entscheid leitete die kantonale Ärztegesellschaft das Gesuch zur Vernehmlassung an den Emmentaler Bezirksverein weiter. Dieser beurteilte das Gesuch ähnlich kritisch. Zwar wurde «eindeutig bejaht», dass Wynigen in einer Notlage sei. «Die Frage hingegen, ob ein Ausländer zuzulassen sei, wird von allen Diskussionsrednern verneint, man müsse mit allen Mitteln einen Schweizer suchen.» Beschlossen wurde, per Inserat einen schweizerischen Kandidaten zu suchen und die Vakanzphase durch die Kollegen in der Umgebung Wynigens zu überbrücken.⁴⁷ Schliesslich meldete sich ein schweizerischer Kollege, der bereit war, in Wynigen eine Praxis zu eröffnen. Weil der Interessent aber noch in der Ausbildung steckte, war mit einer Übergangszeit von einem bis zwei Jahren zu rechnen. Trotz dieser Verzögerungen votierte der Bezirksverein klar für die Lösung mit dem schweizerischen Kandidaten. Diesem Entscheid schlossen sich auch die kantonale Ärztegesellschaft und die Gesundheitsdirektion an. Der Gemeinde blieb nichts anderes, als sich mit der schwierigen Situation zu arrangieren und sich in Geduld zu üben.⁴⁸ Zum Ärger der Behörden sagte zwei Jahre später der vorgesehene schweizerische Arzt wieder ab. Erneut fand die Gemeinde einzig einen ausländischen Interessenten – diesmal einen amerikanischen Arzt, der mit einer schweizerischen Frau verheiratet war. Auch dieses Gesuch wurde vom Bezirksverein abschlägig entschieden, diesmal mit der Begründung, dass die ärztliche Versorgung der Wyniger Bevölkerung auch ohne lokal ansässigen Arzt gewährleistet sei und deshalb auf eine Arztpraxis im Ort überhaupt verzichtet werden könne.⁴⁹

Solche Fälle waren keineswegs aussergewöhnlich. Auch Ärzten mit mehreren Jahrzehnten Berufserfahrung in der Schweiz wurde in den 1960er-Jahren die Praxisbewilligung aus standespolitischen Gründen verwehrt, einzig weil sie keinen Schweizer Pass besaßen.⁵⁰ Regelmässig wurden die Gesuche zwar von den politischen

Lokalbehörden unterstützt, von den ärztlichen Standesvereinigungen jedoch blockiert.⁵¹

Ärztliche Verdienste im Kontext der «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen seit den 1960er-Jahren

In der Nachkriegszeit nahmen die öffentlichen Gesundheitsausgaben schrittweise zu, parallel zum Ausbau des Spitalwesens und zur Spezialisierung der Medizin (vgl. Tabelle auf S. 99). Bis in die 1950er-Jahre war der Kostenanstieg unbestritten und wurde in der Öffentlichkeit positiv als Wohlstandssymbol und als Modernisierung der Gesundheitsversorgung bewertet. Erst in den 1960er-Jahren mehrten sich die Stimmen, die die Kostenentwicklung kritisch betrachteten und bald von einer «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen sprachen. Obwohl die Entwicklung auf einer Vielzahl von Faktoren gründete – neben der Spezialisierung und dem Spitalausbau auch auf der Technisierung der Medizin und den Kostensteigerungen der Pharmaprodukte –, gerieten als Erstes die Ärztteeinkommen ins Schussfeld der Kritik. Die Krankenkassen spielten in der Spardebatte eine Schlüsselrolle, weil sie nicht nur die ärztlichen Honorare zu bezahlen, sondern die Honorarnoten darüber hinaus zu kontrollieren hatten. Mit diesen Kenntnissen hatten die Krankenkassenverbände, in Bern der Kantonalverband Bernischer Krankenkassen (KVBK), gleichsam die Datenhoheit in Honorarfragen. Dem Berner Ärzteverband fehlten entsprechende Daten; lange konnte er nur neidvoll auf den Informationsvorsprung der Krankenkassen schielen.

Seit Anfang der 1970er-Jahre forderte der Kantonalberner Krankenkassenverband ein härteres Durchgreifen in Fällen von sogenannter Überarztung, in denen mit anderen Worten ein Arzt oder eine Ärztin zur persönlichen Bereicherung ein Übermass an medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungen verschrieben hatte. Weil ein solches Verhalten auch den ärztlichen Standesregeln widersprach, hatte die Berner Ärztesgesellschaft grundsätzlich nichts gegen ein solches Postulat. In besonders schwerwiegenden Fällen hatten die Krankenkassen be-

Kostenentwicklung für eine allgemeinärztliche und eine spezialärztliche Konsultation (1933–2007)⁵²

Leistung (Tarif)	Kosten (für Geringverdienende)	Teuerung** (Basis 1934=100)	Kostenanstieg** (teuerungsbereinigt; Basis 1934=100)
Konsultation (Tarif 1934)	3.– CHF	100	100
Konsultation (Tarif 1948)	5.– CHF	172.7	95.5
Konsultation (Tarif 1961)	6.– CHF	197.8	101
Konsultation (Tarif 1973)	12.– CHF	333.4	120
Konsultation (Tarif 1980)	18.50 Taxpunkte = 22.20 CHF ⁵³	438.3	168.8
Konsultation (Tarif 2007)	33.49 Taxpunkte = 45.26 CHF ⁵⁴	787.3	191.7
Konsultation Spezialarzt (Tarif 1934)	8.– CHF	100	100
Konsultation Spezialarzt (Tarif 1948)	10.– CHF	172.7	72.4
Konsultation Spezialarzt (Tarif 1961)	11.– CHF	197.8	69.5
Konsultation Spezialarzt (Tarif 1973)	21.75 CHF	333.4	81.6
Konsultation Spezialarzt (Tarif 1980)	keine Angaben	438.3	keine Angaben
Konsultation Spezialarzt (Tarif 2007)	keine Angaben	787.3	keine Angaben

reits in den 1950er-Jahren schriftlich interveniert, in den 1960er-Jahren aber auf diese konfrontative Strategie wieder verzichtet.⁵⁵ 1973 einigten sich die beiden Verbände unter dem Titel «Aktion Kostenbremse» auf ein gemeinsames Vorgehen. Der Krankenkassenverband liess alle ärztlichen Abrechnungen standardmässig auf mögliche Missbräuche überprüfen. So wurden etwa alle Arztpraxen mit mehr als einer halben Million Franken Bruttonoraren pro Jahr genauer auf ihre Ausgaben analysiert. In begründeten Verdachtsfällen verschickte der Krankenkassenverband höflich formulierte Mahnbriefe, die je nach Dimension des Falles mehr oder weniger scharfe Sanktionen in Aussicht stellten. Die Krankenkassen-interne Sprachregelung unterschied «Nadelstiche»-, «Don-

nergrollen»- und «Hammerschlag»-Briefe. Immer wurden die angeschriebenen Ärztinnen und Ärzte, gestützt auf Vergleichszahlen mit Durchschnittspraxen, auf die ausserordentliche Kostenentwicklung ihrer Praxis aufmerksam gemacht und mit einem «dringenden Appell» zur «Eindämmung der Kosten» ermahnt. Die Briefe erwähnten auch die Unterstützung der Ärztesgesellschaft und endeten meist mit der kaum verhohlenen Drohung, dass bei fortgesetzter Kostenentwicklung der Fall an ein Schiedsgericht – konkret die Paritätische Vertrauenskommission von Krankenkassenverband und Ärztesgesellschaft – überwiesen werde.⁵⁶

In den ersten Jahren, zwischen 1973 und Sommer 1975, verfolgten die Krankenkassen in der «Aktion Kostenbremse» eine aggressive Politik und schrieben insgesamt über 150 Ärztinnen und Ärzte an – rund 15 Prozent der Mitgliedschaft der kantonalen Ärztesgesellschaft.⁵⁷ Die kritisierten Ärztinnen und Ärzte wehrten sich in der Regel gegen die Vorwürfe, und viele hatten dafür gute Argumente. Oft stimmten die Vergleichszahlen nicht, etwa wenn Ärzte mit spezialisierter Fachrichtung mit allgemeinmedizinischen Praxen verglichen wurden oder wenn bei den Vergleichswerten das Alter der Ärzte unberücksichtigt blieb und damit vergessen ging, dass eine alte Arztpraxis meist auch eine ältere und vergleichsweise pflegebedürftige Klientel besass.⁵⁸ Die Ärztesgesellschaft schränkte deshalb im Sommer 1975 die Unterstützung der Aktion ein und entschied, nur noch in besonders «krassen Fällen von Kostenexzessen» mitzuwirken.⁵⁹ Als Folge dieses Strategiewechsels wurden seit 1975 nur noch besonders gravierende Fälle belangt, diese dafür meist auf Schadensersatz verklagt. In dieser Weise verfolgten die Krankenkassen seit 1975 jährlich um die zehn Ärztinnen und Ärzte. Die Fälle endeten meist in einem aussergerichtlichen Vergleich – die rückbezahlte Summe betrug 1978 immerhin rund eine Million Franken.⁶⁰

Erst in den 1980er-Jahren setzte sich in der Kostenparadebatte eine ganzheitliche, am Gesundheitssystem orientierte Sichtweise durch und kamen neuartige, kosteneffizientere Versorgungsmodelle wie die HMO

(Health Maintenance Organisations) auf. Dabei zeigten sich auch die Fehldiagnosen der vorangegangenen Jahre. So ergaben etwa Erhebungen der Berner Ärztesellschaft, dass die vielfach kritisierte «Mengenausweitung», das heisst die Zunahme ärztlicher Leistungen pro Praxis, eine Chimäre war. Die Leistungen und Verdienste der allgemeinpraktizierenden Ärztinnen und Ärzten waren in den 1980er-Jahren vielmehr stagnierend. Das Problem lag nicht bei den Einkommen, sondern bei der Ärztedichte, die Anfang der 1980er-Jahre stark zugenommen hatte, zwischen 1983 und 1985 allein um über 10 Prozent. Insgesamt mochte diese Entwicklung kostentreibend wirken, für die einzelne Arztpraxis bedeutete sie aber oft eine stagnierende, wenn nicht zunehmend prekäre Einkommenssituation.⁶¹ Diese widersprüchliche Entwicklung verdeutlicht, dass es auf die Frage nach den ärztlichen Einkommensverhältnissen auch heute noch keine einfache Antwort gibt.

Studienreform, Spezialisierung, Ferienkurse

Urs Boschung

Lebenslanges Lernen im ärztlichen Beruf beginnt mit der Ausbildung an der Universität, folgt im Spital als Weiterbildung zum Facharzt und begleitet als Fortbildung die gesamte Berufstätigkeit. Welches waren die Beiträge der Ärztegesellschaft?



Medizinstudium (Ausbildung)

Das Bundesgesetz über die Freizügigkeit der Medizinalpersonen von 1877 bildete bis 2007 die Grundlage für die Ausbildung der Ärzte.¹ Die dazugehörige, mehrfach revidierte, vom Bundesrat beschlossene Verordnung regelte die Einzelheiten.

Für die Zulassung zum Medizinstudium war der Ausweis der Maturität mit Latein, Griechisch und einer zweiten Landessprache, allenfalls einer dritten anstelle von Griechisch, erforderlich. Das Lateinobligatorium fiel 1968, nachdem sich die Schweizer Ärzteschaft nach kontroverser Diskussion in einer Urabstimmung mehrheitlich damit einverstanden erklärt hatte (1965).²

Die Verordnung von 1899 legte erstmals eine Studiedauer fest, nämlich 10 Semester. 1912 waren es 11, 1935 13, seit 1982 sind es wieder 12 Semester. Die Prüfungen, zwei Propädeutische Prüfungen (Physikum und Anatomicum) und das Fachexamen, wurden 1964 durch eine 3. Propädeutische Prüfung ergänzt, die 1982 in «Erster Teil der Schlussprüfung» umbenannt wurde. Die Zahl der geprüften Fächer folgte der Spezialisierung der Medizin und stieg zwischen 1880 und 1964 von 21 auf 32. An den Standorten der medizinischen bzw. naturwissenschaftlichen Fakultäten oblag die Durchführung der Prüfungen zwar den Universitätsdozenten, doch waren Zulassung, Organisation und Meldewesen die Sache des jeweiligen Ortspräsidenten, der dem Leitenden Ausschuss der Eidgenössischen Medizinalprüfungen angehörte. Im dauernden Reformprozess des Medizinstudiums spielte der Ausschuss eine Schlüsselrolle, indem er dem Bundesrat die definitiven Anträge für alle Änderungen der Studienordnung einreichte.

In Bern diente das Inselspital, juristisch eine selbständige Korporation, von jeher der Ärzteausbildung. Durch den 1888 abgeschlossenen Vertrag mit dem Staat Bern wurde seine Funktion als Universitätsspital genauer geregelt. Seither wird der Aufwand für Lehre und Forschung mit einem Kantonsbeitrag finanziell entschädigt.³

Im Sommersemester 1900 studierten an der Berner Medizinischen Fakultät 180 Männer und 119 Frauen;



Prof. Paul Ernest Robert (1906–1953), Direktor der Dermatologischen Klinik 1941–1953, in der klinischen Vorlesung.

30 Männer und 115 Frauen stammten aus dem Ausland. Die grösste Zahl Frauen zählte man mit 353 im Sommer 1904.⁴ Die meisten dieser Studentinnen kamen aus Russland. Von den 1600 Frauen, die 1871–1914 in Bern Medizin studierten, waren 92 % Russinnen.⁵ In den 1930er-Jahren schlossen zahlreiche jüdische Studierende aus Deutschland auf dem Weg ins Exil, aber auch aus den USA – wegen der dort geltenden Plafonierung – in Bern ihr Medizinstudium ab. Nach dem Ersten Weltkrieg nahm der Anteil der Schweizer Medizinstudentinnen stetig zu. In der Zwischenkriegszeit und bis um 1950 waren es rund 10 %, 1970 20 %, 1980 27 %, 1990 41 %, 2000 51 %. Die Gesamtzahl der Medizinstudierenden stieg von 274 (1930) auf 470 (1940) und 553 (1950). Zwischen 1960 und 1970 verdoppelte sich die Zahl von 565 auf 1250. 1990 waren es 1433, 2000 noch 1389 Personen. Seit 1998 gilt für das Medizinstudium an den Deutschschweizer Fakultäten ein Numerus clausus. Die Zulassung wird durch einen Eignungstest geregelt. Bern bietet jährlich 125, ab 2007 150 Studienplätze für Humanmedizin an.

Die Reform des Curriculums war ein ständiges Thema in den Diskussionen von Ärztevereinigungen, Fakultäten und Behörden.⁶ Der Leitende Ausschuss, der die oft widersprüchlichen Vorschläge umsetzen musste, hatte keine leichte Aufgabe. Im Vorfeld der Revision von 1912 tendierten die Vorschläge in zwei Richtungen: Reduktion der Naturwissenschaften auf das dem Arzt Notwendige, Aufnahme neuer Prüfungsfächer, z. B. Pädiatrie, Dermatologie, ORL, Unfallheilkunde.

Darüber wurde u. a. im Medizinischen Bezirksverein Bern-Stadt diskutiert.⁷ Die anwesenden Professoren befürworteten die geplante Erweiterung des Fächerkatalogs.⁸ Die Verlängerung auf 12 Semester «fand reichen Beifall ... es könnten so ... mehr praktische Kurse besucht werden und die Theoretica würden etwas in den Hintergrund treten».⁹ Das ursprünglich von den Psychiatern vorgeschlagene praktische Jahr, das sich nach deutschem Vorbild an das Fachexamen anschliessen sollte, fand zunächst Unterstützung, wurde jedoch vom Medizinprofessor Hermann Sahli vehement «als ein eigentliches Unglück für den ärztlichen Stand» bekämpft. Der moderne medizinische Unterricht sei ein «eminent praktischer», überall bestünden «Kurse für alles, was Handanlegen erfordert», und in der Poliklinik, so wie sie speziell in Bern entwickelt sei, könnten «angehende Mediziner, sofern sie von den ihnen gebotenen Einrichtungen Gebrauch machen wollen, sich vollkommen zu Prak-

Überlastung der Studenten im «Praktischen Halbjahr». Aus der Bierzeitung «Kampfblatt der klinischen Gewerkschaft», um 1950.



tikern ausbilden ...».¹⁰ Hauptargument Sahlis war, dass gar nicht genügend Stellen vorhanden seien und dass sich, wenn sie jetzt künstlich, ohne wirklichen Bedarf, geschaffen würden, dieses Praktikum wie in Deutschland «geradezu als ein Versimpelungsjahr» erweisen werde. Im Bezirksverein Bern-Land sollte nach Dr. Viktor Otz der «Studiengang absolut nur das praktische Bedürfnis im Auge behalten» und zu Diagnose, Prognose und Therapie befähigen.¹¹ Die Verordnung von 1912 verzichtete auf das praktische Jahr, verlängerte die Studiedauer auf 11 Semester und führte mehrere für die Praxis bedeutsame Neuerungen ein. So sollten während des Studiums und am Examen selbständig Geburten geleitet und nun auch Pädiatrie, Dermatologie und Psychiatrie geprüft werden. Um das Gewicht der Fächer Innere Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe zu sichern, erhielten diese je zwei Noten.

Die nächste Revision wurde bereits 1920 in Angriff genommen. Man wollte nicht wieder «nur ein Flickwerk als Resultat» wie 1912, und so setzte die Bernische Ärztesgesellschaft eine Kommission unter der Leitung von Dr. Jacek Michalski (1872–1924), seit 1915 Oberbahnarzt der SBB, ein, die die «Reform vom Standpunkt des praktischen Arztes aus» studieren sollte.¹² Im Juli 1921 veröffentlichte die Kommission 16 Thesen, deren erste lautete: «Das Ziel der Reform ... muss sein, den «Hausarzt» wieder erstehen zu lassen.»¹³ Demzufolge werden die naturwissenschaftlichen Fächer nach einem Semester mit dem 1. Propädeutikum abgeschlossen. Die nächsten 3 Semester sind für die «Anatomia animata» und für die Schulung des «medizinische[n] Denkenkönnen[s]» bestimmt. An das 2. Propädeutikum schliessen sich 6 klinische Semester mit ebenso viel Poliklinik wie Klinik an. Neue Fächer sind Unfallmedizin, Psychologie, Deontologie, juristische Fragen und Wirtschaftslehre. Beim praktisch-mündlichen Staatsexamen hat «ein von der Aerzteorganisation gewählter praktischer Arzt ... als Koexaminator ... Fragen zu stellen und bei der Erteilung der Noten mitzusprechen». Bei allen Examen «sollen Charakterdefekte ... mindestens so stark in Berücksichtigung gezogen werden wie Wissensdefekte». Die Dip-

lomierung erfolgt erst nach dem praktischen Jahr. Überdies soll jährlich von einer medizinischen Fakultät ein Fortbildungskurs für praktische Ärzte abgehalten werden. Michalski diskutierte die Thesen in den Bezirksvereinen, so am 2. November 1921 bei Bern-Land.¹⁴ Er fand Zustimmung zu den Thesen und bat im Schlusswort «die prakt. Ärzte um wirksame Unterstützung in jeder Phase des Kampfes», namentlich gegen den erwarteten «Widerstand der Akademiker». Erst 1935 war die Revision abgeschlossen, die keinen dieser Vorschläge umsetzte, hingegen der herrschenden Furcht vor der «Überfüllung des Ärztestandes» Rechnung trug. Der erforderliche Notendurchschnitt wurde von 3,6 auf 4,0 gehoben und die Prüfungen durften nur noch zweimal wiederholt werden. Das Studium dauerte nun 13 Semester, wovon eines als Praktikum in einem anerkannten Spital zu absolvieren war. An neuen Kursen kamen u. a. physikalische Therapie, Orthopädie, Röntgenologie, Neurologie hinzu.

Die Anpassung des Prüfungsreglements von 1964 war von der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission (SMIFK, gegründet 1959) an die Hand genommen worden, der auch Vertreter der FMH angehörten. An der Winterversammlung am 5. Dezember 1964 liess sich die Berner Kantonalgesellschaft durch den Präsidenten der SMIFK, Prof. W. Löffler, Zürich, über die Neuerungen orientieren: 3. Propädeutikum, Zweiteilung der Fachprüfung, Verlängerung des Praktikums auf 8 Monate, Krankenpflegekurs.¹⁵ Bereits 1967 nahm eine aus allen interessierten Kreisen zusammengesetzte Subkommission der SMIFK unter der Leitung des Berner Pädiaters Prof. E. Rossi die Arbeit an einer grundlegenden Neuordnung in Angriff.¹⁶ Aus Bern wirkten auch der Präsident der FMH, Dr. F. König, Lyss, der Internist Prof. H. Pauli, die Vorkliniker Proff. P. Müller und E. Weibel, der Präsident des Leitenden Ausschusses, PD Dr. H. Jenzer, und F. Gusberti als Medizinstudent mit. Die aus dem «Rossi-Plan» und einer Experimentierphase resultierenden Vorschläge fanden Eingang in die Verordnung von 1980, die erstmals konkrete Ausbildungsziele formulierte und die Rahmenbedingungen (6-jähriges Studium, Blockunterricht, Wahlstudienjahr, neue Examensformen) festlegte,

jedoch den Fakultäten in der Ausgestaltung des Curriculums einen beträchtlichen Spielraum überliess. Bern erhielt 1999 eine spezielle Genehmigung zur Einführung des Problemorientierten Unterrichts und entsprechender Prüfungen. Gemäss Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) von 2006 besteht für die Zulassung zur Ausübung des Arztberufes und zur erforderlichen Weiterbildung nur noch eine einzige Eidgenössische Prüfung.¹⁷ Das universitäre Curriculum folgt hingegen der Bologna-Ordnung mit Bachelorgrad und Master-Abschluss (in Bern Beginn im Herbst 2007).

Die Diskrepanz zwischen den Zielen der universitären Ausbildung und den konkreten Anforderungen der medizinischen Praxis erweist sich als Konstanz in den Diskussionen der Ärzteschaft. «Gestützt auf 38 Jahre Landpraxis» hatte 1906 Dr. Viktor Otz im Bezirksverein Bern-Land gewünscht, «dass die ganze Unterrichtsmethode mehr anregend, zusammenfassend und alles wirklich Notwendige berührend durchgesetzt werde», mit dem Ziel: «Erziehung zu selbstdenkenden Aerzten.» Der Staat sollte nicht zulassen, dass die Hochschule zur «Spezialistenzuchtanstalt» werde: «So stirbt der alte prakt. Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer aus.»¹⁸ Erst mit der Reform von 1980 wurde der entscheidende Schritt getan, indem die Fakultät praktizierende Ärzte in den studentischen Unterricht miteinbezog.¹⁹ Auslöser war die von Grossrat Dr. Kurt Kipfer 1975 eingereichte Motion zur Schaffung eines Lehrstuhls für Allgemeine Medizin an der Universität Bern. Als Erstes setzte die Fakultät das Kollegium für Primärmedizin (später für Allgemeinmedizin, KAM) ein, in dem auch die Ärztesgesellschaft vertreten war. 1983 nahm die Fakultäre Instanz für Allgemeinmedizin (FIAM) ihre Arbeit auf. Fünf Hausärzte, die neben ihrer Praxis eine 20%-Oberarztstelle innehatten, teilten sich in die Aufgabe, den Studierenden «einen abgewogenen, konkreten Kontakt mit den spezifischen Aspekten der medizinischen Versorgung und Betreuung eines unselektionierten ambulanten Krankengutes zu vermitteln».²⁰ Zudem sollten sie die Fakultät in der Vermittlung allgemeinmedizinischer Inhalte beraten, die Weiterbildung in Allgemeinmedizin mit einem Cur-

riculum fördern und auch entsprechende Forschungsthemen aufgreifen. Es gelang der FIAM in kurzer Zeit, zahlreiche Hausärzte zu gewinnen, die im Unterricht und in Forschungsprojekten mitarbeiteten, und Kontakte zu Gremien und Vereinigungen im In- und Ausland zu knüpfen, die ähnliche Ziele verfolgten. Für die an der Lehre beteiligten Allgemeinärzte wurde in Magglingen ein jährlicher Fortbildungskurs etabliert. Viele, besonders auch finanzielle Schwierigkeiten und Engpässe waren nur dank Idealismus und persönlichem Engagement zu überwinden. Die Fakultät ehrte die Gründungsmitglieder P. Brütsch, H. Flückiger, A. von Graffenried, B. Horn und W. Ringli 1993 mit der Ernennung zu Honorarprofessoren. Einen Markstein stellte das Projekt «Unterricht in Hausarztpraxen» des KAM-Präsidenten Dr. A. Wick (1999) dar, das in leicht veränderter Form und nach Sicherstellung der Finanzierung 2007 lanciert wurde. Studierende begleiten bereits während des Grundstudiums tageweise eine Hausärztin oder einen Hausarzt und absolvieren im vierten Studienjahr ein dreiwöchiges Praktikum. Im Reformcurriculum begegnen sie Hausärzten in Vorlesungen, Fachpraktiken, im *Clinical Skills Training* und in Prüfungen. – Mit Blick auf den akut gewordenen Hausarztmangel und nach interner Reorganisation änderte die FIAM 2005 ihren Namen in Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin (FIHAM).

Eine kantonale Volksinitiative forderte 1992 die Errichtung eines Lehrstuhls für Naturheilverfahren. Dem Anliegen wurde Rechnung getragen durch den Grossratsbeschluss vom 17. März 1994, der die Personalstellen zur Errichtung der Kollegialen Instanz für Komplementärmedizin (KIKOM) bewilligte. Deren Konzept war in Verhandlungen zwischen einer fakultären Kommission und den Initianten erarbeitet worden, die in der Folge ihre Initiative zurückzogen. Im Vorstand der Ärztesgesellschaft war bekannt, dass viele Mitglieder komplementärmedizinische Verfahren anwendeten. Analog zur FIAM teilten die drei von der Fakultät ausgewählten praktizierenden Ärzte und eine Ärztin eine Oberarztstelle. Ihnen obliegen seither die Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Ingangsetzung von Forschungs-

projekten. Anfänglich nicht in Betracht gezogen, erwies sich ihre konsiliarische Tätigkeit im Inselspital von zunehmender Bedeutung.

Weiterbildung

Das Medizinalberufegesetz (MedBG) von 2006 regelt nicht nur die Ausbildung, sondern auch die an das universitäre Studium anschliessende Weiterbildung. Diese war freiwillig, bevor das Krankenversicherungsgesetz von 1994 (Art. 36) vorschrieb, dass für die Zulassung als «Leistungserbringer» zusätzlich zum Arztdiplom eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung erforderlich sei. Schon bisher eröffnete kaum jemand gleich nach bestandener Schlussprüfung eine Praxis, obschon das Diplom ihn «zur freien Ausübung seines Berufes im ganzen Gebiete der Eidgenossenschaft ermächtigt[e]».

Dass es in der Medizin nicht bloss um Wissen, sondern zugleich und ebenso sehr um verantwortungsvolles Handeln zum Wohl der Kranken geht, ist ein uralter

Theodor Kocher mit
seinen Assistenten im
Operationstheater.



Grundsatz. Stets wurde dem Anfänger zur Erreichung dieses Ziels die Zusammenarbeit mit einem fortgeschrittenen, praktisch versierten Kollegen empfohlen. So galt im Alten Bern auf Vorschlag Albrecht von Hallers (1765) die Vorschrift, dass angehende Stadtärzte während eines Jahres im Inselspital den diensttuenden Arzt begleiten sollten.

Die Geschichte der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz ist noch nicht geschrieben. Hier müssen einige Hinweise genügen. Besoldete Assistentenstellen bestanden im 19. Jahrhundert nur in geringer Zahl. Dr. J. L. Sonderegger (1825–1896), nachmals der prominenteste Schweizer Standespolitiker seiner Zeit, eröffnete 1850 unmittelbar nach Examen und Promotion seine Praxis in Balgach bei St. Gallen. In der Rückschau bereute er, die Privatassistentenstellen beim Chirurgen des Zürcher Kantonsospitals ausgeschlagen zu haben, und formulierte um 1890 den Satz: «Der Student wird mit Medizin lackiert, der Assistent aber wird mit derselben gebeizt.»²¹ Daran erinnerte Dr. F. Ganguillet, Adjunkt des Eidg. Gesundheitsamtes, als er sich 1909 im Bezirksverein Bern-Stadt für das praktische Jahr einsetzte: «... jedermann [wird] beistimmen, wenn er [Sonderegger] erklärt, er bedaure jeden Arzt, der ohne vorausgegangene Assistententätigkeit in die Praxis trete, sowie auch die Landesgegend, die mit einem solchen Arzt gesegnet sei. Denn gar oft muss ein solcher Arzt zu seinem eigenen und zum Schaden seiner Patienten seine ersten praktischen Kenntnisse erwerben.» ...²² Sahli, der «Jahr für Jahr eine grosse Anzahl von Assistenten ausbilde[te]», hatte hingegen schwere Bedenken, dass mangels guter Stellen eine falsche Routine erlernt werde. Dass gar das Praktische Jahr ausnahmsweise bei einem «praktischen Arzt» absolviert werden könnte, kam ihm als Rückfall in «mittelalterliche Zustände» vor, als der Lehrling bei seinem Meister das Handwerk erlernte.²³

Indem der Vorschlag für das Praktische Jahr scheiterte, waren für die Einrichtung neuer Assistentenstellen allein die Bedürfnisse der Dienstleistung in den Spitälern massgebend und nicht jene der Weiterbildung. Eine Erhebung des Eidg. Gesundheitsamtes wies 1909 gesamt-

schweizerisch rund 200 Assistentenstellen nach.²⁴ 1935 zählte man 704 Stellen (137 für Sekundärärzte, d. h. Oberärzte, 498 für Assistenten, 69 für Volontäre). In der FMH befürchtete man, dass die Ausweitung des Stellenangebots eine Zunahme der Plethora in der Praxis zur Folge haben werde und gleichzeitig als Anreiz zur Spezialisierung wirke, da die «Jungärzte» gezwungen seien, 5 statt 2–3 Jahre im Spital auszuharren. Der Generalsekretär der FMH, der Jurist Dr. H. Trüeb, warnte: Diese «wahnsinnige, oft nur durch die Hoffnung auf höheres Einkommen veranlasste Spezialisierung bedeutet für die Gesamtheit der Aerzteschaft eine ungeheure Gefahr», indem die steigenden Kosten zur «Untragbarkeit» für die Sozialversicherung und zu Gegenmassnahmen im Sinne der «Pauschalierung der ärztlichen Leistung» führen könnten.²⁵

Das «Spezialistenunwesen» beschäftigt die Gemüter schon lange.²⁶ Zwanzig Jahre bevor 1931 eine gesamtschweizerische Regelung durch die FMH zustande kam, hatte die kantonalerbernische Standesordnung festgelegt, dass als Spezialarzt nur anerkannt werde, wer «während wenigstens 2 Jahren als Assistent in dem betr. Spezialfach tätig» war «oder sich über eine sonstige gründliche Ausbildung in demselben ausweisen» könne, «und wer sich vorwiegend mit dieser Spezialität» beschäftige.²⁷ Als Ende der 1920er-Jahre eine Reglementierung durch den Staat bzw. durch die Sanitätsdirektorenkonferenz

Chefvisite von Prof.
Walter Hadorn
(1898–1986), Direktor
der Medizinischen
Klinik 1954–1965.



drohte, beschloss die Schweizerische Ärztekammer am 28. Juni 1931: «Als Spezial- oder Facharzt ist derjenige Arzt zu betrachten, der sich (im Gegensatz zum Allgemeinpraktiker) dem Studium und der Ausübung irgend eines Spezialzweiges der Heilkunde – genannt Spezialisität – gewidmet hat, welche er kraft seiner Kenntnisse und Geschicklichkeit ausschliesslich oder hauptsächlich betreibt.» Die als «Spezialitäten» anerkannten Gebiete wurden genau bezeichnet und die Zahl der entsprechenden Weiterbildungsjahre genau definiert.²⁸ Die kantonalen Ärztegesellschaften waren aufgefordert, dem Zentralsekretariat entsprechende Listen einzureichen, aufgrund derer der Zentralvorstand anschliessend das FMH-Diplom erteilte.²⁹ In der Folge legten die Fachgesellschaften der einzelnen Disziplinen im Einvernehmen mit der FMH die Anforderungen für die Erlangung der einzelnen Titel fest. Bedeutende Fortschritte in Wissenschaft und Praxis, in Diagnostik und Therapie verlangten laufend nach Anpassungen und Differenzierungen, die sich auch im zunehmend komplexen Spitalbetrieb der Weiterbildungsstätten auswirkten. Bezeichnend ist die Entwicklung im Insepspital, wo zwischen 1954 und 2004 die Zahl der Chefarzte von 10 auf 53, die Zahl der Oberärzte von 24 auf 381 und die der Assistenten von 71 auf 470 anstieg.³⁰

Fortbildung

«Die Fortbildung ist eine ethische und im Rahmen von Art. 40 lit. b MedBG eine gesetzliche Pflicht eines jeden Arztes und einer jeden Ärztin.» So steht es in der im Dezember 2007 revidierten Fortbildungsordnung der FMH (Art. 1). Was durch das Medizinalberufegesetz erstmals verbindlich vorgeschrieben wurde, war für Angehörige wissenschaftlicher Berufe von jeher eine Selbstverständlichkeit, wenigstens im Grundsatz. Die 1911 erneuerten Statuten der Kantonalgesellschaft nennen an erster Stelle des Zweckartikels «die Fortbildung ihrer Mitglieder und die Pflege der Kollegialität». Wie aus dieser Formulierung ersichtlich, wurde Fortbildung als gemeinschaftliche Aufgabe verstanden, der vor allem in Zusammenkünften nachgelebt wurde. Selbststudium

mittels Zeitschriftenzirkulation, wie dies im Bezirksverein Bern-Land 1905 versucht wurde, fand dagegen weniger Anklang.³¹ Die Bibliothek der Kantonalgesellschaft war bereits 1887 dem Staat bzw. der Hochschulbibliothek übergeben worden.³²

Eine Aufgabenteilung ergab sich dadurch, dass die Ärztegesellschaft im Sommer turnusmässig in einer Ortschaft im Kanton, im Winter in Bern tagte, oft als «Klinischer Ärztetag» mit Patientenvorstellungen und Falldiskussionen im Insspital. Diese klinische Fortbildung erhielt später ihren Platz in den Fortbildungskursen, von denen noch die Rede sein wird, wogegen «Ärztetage» in neuerer Zeit zu speziellen Themen durchgeführt wurden, beispielsweise 1953 über Rheumaerkrankungen, 1985 über die Bewältigung des Sterbens, 1987 über Umwelttoxinen, 1990 über «Neue Gesundheitspolitik».³³

Fortbildung mit regelmässigem persönlichem Austausch zwischen den Mitgliedern und mit auswärtigen Referenten ergab sich in erster Linie in den Bezirksvereinen. Namentlich über die Aktivitäten des Bezirksvereins Bern-Stadt berichtete seit den 1870er-Jahren der Sekretär im *Correspondenz-Blatt*. Bis etwa 1920 ist im Detail belegt, wie in der Stadt Dozenten der Medizinischen Fakultät und andere engagierte Mitglieder regelmässig aus ihren Fachgebieten und Tätigkeitsbereichen berichteten und Neues und Altbewährtes zur Sprache kam. So wurde eine zahlreiche Versammlung schon am 27. Januar

Fortbildung im Medizinischen Bezirksverein Bern-Stadt: Howard Walter Florey (1898–1968) referiert über Penicillin; Florey erhielt 1945 mit A. Fleming und E. B. Chain den Nobelpreis.

MEDIZINISCHER BEZIRKSVEREIN BERN-STADT

**Donnerstag, den 28. Februar 1946, 20.15 Uhr,
im neuen Hörsaal der Chirurgischen Klinik, Insspital**

VORTRAG

des Nobelpreisträgers Dr. H. W. Florey aus Oxford über:

PENICILLIN

Its development for use in the clinic
(Der Vortrag wird in deutscher Sprache gehalten)

Der Vorstand

1896, wenige Tage nach Röntgens Vortrag in Würzburg (23. Januar 1896) im Hörsaal des Observatoriums durch den Physiker Prof. Forster fachkundig über diese «neue Art von Strahlen» orientiert.³⁴ Um 1910 traf man sich im Winter zu acht, im Sommer zu sieben Sitzungen, meist im Hotel National, gelegentlich auch in den Hörsälen des Inselspitals.³⁵ Neben den Fallvorstellungen der Professoren Kocher, Sahli und Siegrist interessierte zu jenem Zeitpunkt die Syphilisbehandlung mit Salvarsan. Bereits kurz nach dessen Einführung berichtete Prof. Jadassohn am 22. November 1910 über die ersten 133 Fälle, die in der Berner Klinik mit dem «Ehrlich-Hata'schen Präparat 606» behandelt wurden. Aussergewöhnlich war 1912 ein Referat von «Jung» – es muss sich um C. G. Jung aus Zürich handeln – «Ueber die psychoanalytische Behandlung nervöser Leiden».³⁶ Jung erörterte Freuds «Traumatheorie» und Lehre von den «Fehlhandlungen» und erläuterte diese mit der – «bis auf wenige Reste» – erfolgreichen Behandlung einer «35jährigen Hysterica». In der Diskussion erklärte der Berner Psychotherapeut Paul Dubois die Psychoanalyse als «höchst unnütz für die Praxis: eine Unterredung von einer halben Stunde, ja oft von einer viertel Stunde mit dem Patienten, führt den Menschenkenner besser auf die richtige Fährte als eine wochenlange Analyse, bei welcher die Traumdeutung, die phantastische Symbolik, der den Freudianern eigentümliche Jargon», zu fehlerhaften Schlüssen führt.» Abgesehen von einer einzigen Wortmeldung äusserten sich auch alle andere Votanten, sogar eine Votantin, die Berner Ärztin Martha Sommer, ablehnend gegenüber der Psychoanalyse.

Der Vergleich mit den Protokollen von Bern-Land zeigt, dass dort Versammlungen seltener abgehalten und öfters von den Mitgliedern selbst bestritten wurden, und zwar über praktische Themen wie das Vorgehen bei Abort, Puerperalfieber, Panaritium, Ascariden, Tuberkulin- und Digitalistherapie usw. Besprechung eigener Fälle und «Casuistik» waren beliebte Traktanden. Gelegentlich wurden Universitätsdozenten eingeladen, seltener besuchte man Kliniken und Institute. Auch gemeinsame Veranstaltungen von Bern-Stadt und Bern-Land

MEDIZINISCHER BEZIRKSVEREIN BERN-STADT

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Im Wintersemester 1956/57 sind folgende Sitzungen vorgesehen:

20. September: Dr. med. L. Hoffmann, Biel:
Filmvortrag «Zur Frage der Lepra im Zusammenhang mit der Tuberkulose», 20.15 Uhr, Hörsaal Chirurgische Klinik.
25. Oktober: Besichtigung der Sandoz-Werke, Basel, verbunden mit einem Vortrag von Dr. med. Cerletti (Sandoz): «Neuere Aspekte der Pharmakologie des vegetativen Nervensystems.» Abfahrt Bern 11.32 Uhr.
8. November: Dr. med. Labhart, Zürich:
«Klinisches und Experimentelles zur Diabetestherapie mit Sulfonamiden», 20.15 Uhr, Hörsaal Chirurgische Klinik.
22. November: Prof. Dr. med. Walter, Münsingen:
Demonstration über das Gebiet der Psychiatrie, 18—19 Uhr, Hörsaal Chirurgische Klinik.
6. Dezember: Prof. Dr. med. Neuweiler, Bern:
«Psychoprophylaktische Geburtsleitung.»
Prof. Dr. med. Müller, Waldau-Bern:
Diskussionsbeitrag, 20.15 Uhr, Kant. Frauenspital.
13. Dezember: Dr. med. Saubermann, Basel:
«Gefahren und Komplikationen bei der Anwendung von Antibiotica», 20.15 Uhr, Chirurgische Klinik.
10. Januar: Prof. Dr. med. Goldmann:
Demonstrationen aus dem Gebiete der Ophthalmologie, 18 bis 19 Uhr, Chirurgische Klinik.
24. Januar: Dr. med. Regli, Heiligenschwendi, und
Dr. med. Sturzenegger, Bern:
«Über die Erfahrung in der Lungenchirurgie bei gutartigen Erkrankungen, vor allem bei Tuberkulose», 20.15 Uhr.
7. Februar: Dr. med. Wespi, Aarau: «Das Fluorproblem».
Prof. Dr. med. Walthard: Diskussion, 20.15 Uhr. Gemeinsam mit der Zahnärztesgesellschaft des Kantons Bern.
21. Februar: Dr. H. Droller, Leads:
«Licht- und Schattenseiten des National Health Service» (Vortrag in deutscher Sprache), 20.15 Uhr. Gemeinsam mit der Naturforschenden Gesellschaft.

Anmerkung: Diese Karte gilt als Einladung für die aussergewöhnliche Sitzung vom 20. September 1956. Der Vorstand

kamen zustande. Im Winter 1936/37 lud man zu «Klinischen Demonstrationsabenden» ein, die jeweils am Donnerstag von 18 bis 19 Uhr im Inselelspital von Dr. Walter Hadorn, dem späteren Direktor der Medizinischen Poliklinik und Klinik, organisiert wurden.³⁷

Ärztetage und Ferienkurse

1907 griff der Bezirksverein Bern-Land das Thema «Ferienkurse», die in der Kantonalen Ärztesgesellschaft von 1880 an diskutiert und 1888 erstmals durchgeführt wurden, erneut auf.³⁸ Zwar tagte am Samstag, 7. Dezember 1907, die Kantonalgesellschaft im Inselelspital, und

am Samstag, 18. Januar 1908, fand ebendort der «Klinische Ärztetag» statt.³⁹ Trotz dieses Angebotes schienen die Praktiker nicht befriedigt. Die Medizinische Fakultät lehnte die Kurs-Idee zunächst ab; das Interesse sei bisher mangelhaft gewesen, auch müssten die Kranken geschont werden.⁴⁰ Aber man liess nicht locker. Ein Rückkommensantrag hatte im Mai 1908 Erfolg, und eine gemischte Kommission wurde eingesetzt, die die Planung an die Hand nehmen sollte.⁴¹ Es scheint, dass das 100-Jahr-Jubiläum, Diskussionen um Statutenrevision und Standesordnung und nicht zuletzt Mobilisation und Aktivdienst die Pläne in den Hintergrund drängten. Erst 1918, nachdem die Ärztesgesellschaft schriftlich daran erinnert hatte, war in der Fakultät wieder von «Ferienkursen» die Rede.⁴² In Zürich hatten Ärztesgesellschaft und Fakultät im Oktober 1913 einen zwölf-tägigen Kurs durchgeführt, eine «langersehnte Neuerung», für welche man ein reges Interesse weiter Kreise erwartete, und an einem «Ferienkurs für Unfallkunde» nahmen 1917 62 Zürcher Ärzte teil.⁴³ In Bern gingen derweil die gewohnten «Klinischen Aertzutage» weiter, so am 16. Juni 1917, als der 76-jährige Theodor Kocher elf Fälle vorstellte.⁴⁴ Sechs Wochen später, am 27. Juli 1917, starb er nach kurzer Krankheit, er, der wie kein anderer von Anfang an diese Veranstaltungen geprägt hatte: «... seine ersten Hörer waren so begeistert von ihm wie seine letzten. Er verstand es, den schwersten Fall ... so klar zu legen, wusste so unmerklich den Hörer auf den rechten Weg zu bringen, dass man sich der Schwierigkeiten des Weges gar nicht bewusst wurde.»⁴⁵ Im Sommer 1918 kamen trotz beginnender Grippeepidemie etwa 50 Mitglieder wiederum in die Chirurgische Klinik, wo Kochers Nachfolger, Fritz de Quervain, dessen Verdienste «um die chirurgische und allgemein ärztliche Erziehung von zwei Generationen von Berner Aerzten» und «die Vorzüge der *Kocher'schen Art*» würdigte: sorgfältige Untersuchung und logische Schlussfolgerung aus dem Befund als Grundlage für Diagnose und Therapie.⁴⁶ An derselben Versammlung wurde die vom Bezirksverein Oberland «angeregte Abhaltung ärztlicher Ferienkurse» behandelt.⁴⁷ Die Fakultät stand der Frage «sympathisch» gegenüber, würde es jedoch vorziehen,

«die letzten Wochen des Sommersemesters den Aerzten zu öffnen», da zu dieser Zeit viele Studenten bereits abgereist seien.⁴⁸ Prof. Guggisberg, der Verbindungsmann der Fakultät, und die Ärztesgesellschaft kamen jedoch überein, einen Ferienkurs im Oktober 1919 abzuhalten und für die Planung die Wünsche der praktizierenden Ärzte einzuholen.⁴⁹ Der Kurs kam «infolge einer erfreulich hohen Zahl von Angemeldeten aus den verschiedensten Kantonen» tatsächlich zustande.⁵⁰ Vom 20. bis 25. Oktober beteiligten sich die Fachvertreter aller Disziplinen einschliesslich der Anatomie und der Psychiatrie von 8 bis 12 und 14 bis 17 Uhr mit Fallvorstellungen und Vorlesungen. Die Kurskosten für «Schreibereien, Abwarttrinkgelder, eventuell Herstellung von Tabellen» betragen 20 Franken. Auch zu einem wichtigen standespolitischen Schritt ergab sich Gelegenheit, indem die Anwesenden die Gründung der «Vereinigung der selbstdispensierenden Aerzte der Schweiz» beschlossen, die 1924 als «Ärzt syndikat zur Wahrung wirtschaftlicher Interessen» von der FMH übernommen wurde.⁵¹

1920 hatte Bern auch wieder zu einem Schweizerischen Ärztetag mit Vorträgen im Hotel Bellevue am Samstag, klinischen Fallvorstellungen im Inselspital und Bankett im Burgerratssaal eingeladen.⁵² Den «Assistenten und Klinikisten» hielt der Berufssekretär, der Jurist Dr. H. Trüeb, eine Reihe von Vorträgen über Rechts- und Wirtschaftsfragen.⁵³ Der Ferienkurs von 1919 machte Schule. Er wurde mit nahezu unverändertem Stundenplan 1924 und 1929 wiederholt.⁵⁴ Die Basler Fakultät hatte angeregt, die Ferienkurse turnusmässig in Basel, Bern und Zürich abzuhalten. Da Basel verzichtete, kam Bern zuerst an die Reihe.⁵⁵ Ergänzend zum Stundenplan, der nur Fächer und Dozenten nannte, veröffentlichte man die Liste der zu behandelnden Themen, z. B. Diphtherie-Impfung, Alkoholnachweis, Autounfall, Frakturbehandlung («mit Filmdemonstration»), pädiatrische Chirurgie. Ganz ähnlich verfuhr man 1936. Immer noch war Prof. Guggisberg der Koordinator, 1921–1942 Präsident der Kantonalgesellschaft.⁵⁶ Hatte schon 1936 die Themenwahl des Rechtsmediziners Prof. Dettling («Ueber Kampfstoffe mit Demonstrationen») auf aktuelle Fragen Bezug genommen,

so war dies erst recht der Fall im «Militärärztlichen Kurs», den die Ärztesgesellschaft im Verein mit den Dozenten der Fakultät im Mai und Juni 1939 veranstaltete und der nicht nur Fachwissen bot, sondern auch über den «Einbau der Schweiz. Aertzteschaft und Zivilkrankenanstalten in die Landesverteidigung» orientierte.⁵⁷ 1940 wurde von den Berner Organisatoren ein Schweizerischer Ärztetag wegen der «Unsicherheit der gegenwärtigen Zeitläufte» vom 9. Juni auf den 6. Oktober verschoben. Nach dem Besuch der Kliniken am Sonntagvormittag hörten die Teilnehmer im Casino zwischen Früschoppen und Bankett eine Ansprache von Bundesrat Etter über den «Geburtenrückgang als nationales Problem».⁵⁸

Berner Tage der Klinik, BETAKLI

1944 trug der Fortbildungskurs erstmals den Namen «Berner Tage der Klinik», abgekürzt BETAKLI, eine «zwar keineswegs wohlklingenden Wortbildung», wie ein Teilnehmer feststellte.⁵⁹ Man begann am Mittwoch, 19. April, im Frauenspital, versammelte sich an jenem Abend im Hotel Schweizerhof zum Nachtessen, folgte am Donnerstag und Freitag den weiteren Veranstaltungen im Inselspital und traf sich am Freitag in der Chirurgischen Klinik zum «Aussprache-Abend». Am Samstag folgte «bei herrlicher Witterung» ein Ausflug aufs Jungfrauojoch mit Führung von Prof. A. von Muralt durch die Hochalpine Forschungsstation. Man übernachtete im Berghaus; wer es sich zutraute, stieg am Sonntag in geführter Skitour zur Lötschenlücke ab. Die Fakultät übernahm aus ihrer Kasse das Defizit von 318 Franken und gratulierte Prof. Dubois zur «glänzenden Organisation»; dieser wiederum gab «der Hoffnung Ausdruck, dass diese Veranstaltung Tradition werden möchte».⁶⁰

1947 wollte man dem erfolgreichen Vorbild von 1944 folgen. Allerdings dauerte der Kurs nur drei Tage und auf den «Aussprache-Abend» und den Ausflug aufs Jungfrauojoch wurde verzichtet. Zugunsten französischsprachiger Kollegen beschloss die Fakultät mit 9 gegen 7 Stimmen «die Verteilung von kleinen französischen Résumés».⁶¹ Einige Dozenten nannten im Voraus ihr Thema,

so Prof. Hallauer: «Fortschritte auf dem Gebiete der Antibiotika». 1951 begannen die BETAKLI am Donnerstagnachmittag und endeten am Sonntagmittag.⁶² Neu wurden Praktika, klinische Visiten und Demonstrationen zur Auswahl angeboten. Das Eingangsreferat hielt der bekannte, von Baltimore in die Schweiz zurückgekehrte Medizinhistoriker Henry E. Sigerist über «Wandlungen des Arztbildes».⁶³ Ein Teilnehmer, Dr. E. Munz aus Arbon, dankte beim Nachtessen in der «Inneren Enge» für Sigerists Loblied auf den Allgemeinpraktiker, der ja das «eigentliche psychotherapeutische Objekt des Kurses» darstelle und der «zu depressiven Neigungen ja oft Grund habe», wenn er als Nichtspezialist nicht sagen könne: «FMH = Fühle Mich Hirsch». Mit Humor rügte er gewisse praxisferne langatmige Vorträge und das fehlende «offene Gespräch».⁶⁴

1954 begann man am Donnerstagabend in der «Inneren Enge» mit einem Diavortrag von PD Carl Müller über seine USA-Reise, verzichtete auf Wahlveranstaltungen und schloss am Sonntagmittag mit Gotthelfs Arzt-Bild, vermittelt vom Psychiater Jakob Wyrsch.⁶⁵ Bildeten 1951 die noch neuen Antibiotika einen Schwerpunkt, so legte man jetzt Gewicht auf die Therapie häufiger Leiden wie Asthma, Harnwegsinfektionen, Coxarthrose, Pertussis, Varizen, Kopfschmerz, Hypertonie, Apoplexie usw.

1957 und 1960 folgten auf die BETAKLI am Samstagnachmittag der Schweizerische Ärztetag bzw. die Tagung der Schweizerischen Krebsliga.⁶⁶ Die Donnerstags- und Freitagnachmittage waren für praktische Kurse und klinische Visiten reserviert. Beim Nachtessen im Hotel Bristol sprachen 1957 der Anatom Erich Hintzsche über altchinesische Medizin, 1960 Dr. H. Schmid über griechische Kunst. 1963 sass man von Donnerstag bis Sonntagmittag im Hörsaal.⁶⁷ Nur der Samstagmorgen bot Demonstrationen und Kurse. Eine Lesung aus der berndeutschen Übertragung der Odyssee bereicherte das Abendessen im «Bristol». In der klassischen Antike verblieb man auch 1966 mit Prof. Hans Juckers Vortrag «Der alte Mann in der römischen Bildniskunst» in der «Inneren Enge». Eine Neuheit im Programm waren die «Tischgespräche» im Festsaal des KV-Vereinshau-

"Betakli" 1944

Berner Tage der Klinik 19.—22. April 1944.

PROGRAMM

	Mittwoch, 19. April	Donnerstag, 20. April	Freitag, 21. April	Samstag, 22. April	Sonntag, 23. April
Klinische Vorlesungen: 8.15 — 9.00	Geburtshilfe und Gynäkologie: (Prof. Guggisberg) Frauenspital	Psychiatrie: (Prof. Klaesi) Frauenspital	Dermatologie und Venereologie: (Prof. Robert) Chirurgische Klinik	Fahrt aufs Jungfraujoch Bern ab . 06.35 Joch an . 12.00 (Kollektivbillett bis Lauterbrunnen)	Rückfahrt nach Lauterbrunnen, Extrazug.
9.15 — 10.00	Chirurgie: (Prof. Lengenhager) Chirurgische Klinik, Inselspital	Pädiatrie: (Prof. Glanzmann) Kinderspital	Unfallmedizin: (Prof. Dubois) Chirurgische Klinik, Inselspital	Spezialbillett bis Jungfraujoch im Pauschalangebot im Inbegriff (s. f.)	Bei günstiger Witterung für Skifahrer: Skitour: Ebenalp Koppelnach Goppeln stein.
10.15 — 11.00	Innere Medizin: (Prof. Frey) Medizinische Klinik, Inselspital	Otorhinolaryngologie: (Prof. Rüedi) Chirurgische Klinik, Inselspital	Ophthalmologie: (Prof. Goldmann) Augenklinik Inselspital	12.15 Mittagessen im Berghaus Jungfraujoch	1. Die Einzelbesucher betragt Fr. 15.— 2. Fahrt auf das Jungfraujoch (21.23. April). Die Teilnehmer an der Fahrt auf das Jungfraujoch bezahlen ausserdem einen Betrag von Fr. 30.— in Form von Reiseausgaben und Verpflegung für die Fahrt auf das Jungfraujoch. Die Teilnehmer, die mit dem Kollektivbillett reisen, bezahlen nur mit dem Kollektivbillett von Lauterbrunnen nach Jungfraujoch, Mittagessen, Abendessen, Übernachtung und Frühstück im Hotel Berghaus, Rückfahrt mit Extrazug nach Lauterbrunnen oder für Skifahrer geführte Skitour über die Läschenhütte nach Goppelnstein. 3. Einzelbesucher. Die Einzelbesucher von Fr. 15.— und der Pauschalbetrag für die Fahrt auf das Jungfraujoch von Fr. 30.— sind auf das Postcheckkonto der Aargauischen Kantonalbank Bern III 839 einzubuchen. 4. Hotels. Die Besatz-Teilnehmer werden in ihrem eigenen Interesse gebeten, sich die Hotelzimmer rechtzeitig reservieren zu lassen. Eine Einzelkarte wird ihnen gestellt. 5. Anmeldung und Abreise. Die Anmeldung geschieht beim Generaldirektor Schweizer, Aargauische Kantonalbank in Bern, Chausseestraße 15, (Tel. 23828) oder im Kantonalen Touristenbüro in Lauterbrunnen, Poststrasse 10, (Tel. 23828). Das Generaldirektorat stellt auch zu zeitlicher Auskunft zur Verfügung.
11.15 — 12.00	Pathologie: (Prof. Wegelin) Pathologisches Institut	Arbeitsverdrangung: (Prof. Bürgi) Chirurgische Klinik, Inselspital	Bakteriologie: (Prof. Hallauer) Hygienemuseum	14.00—15.30 Besichtigung d. hochalpinen Forschungsstation und des Observatoriums (s. f.) Spaziergöngel (s. f.) führte Gruppen)	1. La finance d'inscription est de Fr. 15.—. 2. Excursion au Jungfraujoch (22/23 avril). Les membres qui prennent part à l'excursion au Jungfraujoch ont à payer, en plus de la finance d'inscription, une somme globale de Fr. 30.— dans laquelle sont compris le déjeuner, le dîner, le petit déjeuner, le transport, le logement, le transport de retour à Lauterbrunnen par train spécial ou, pour les skieurs, courses de ski avec guide par la Läschenhütte à Goppelnstein. 3. Paiement. La finance d'inscription de Fr. 15.— et la somme globale de Fr. 30.— pour l'excursion au Jungfraujoch sont à verser au compte de chèque postal de la Société des médecins du canton de Berne III 839. 4. Hôtels. Les participants aux journées cliniques doivent être prêts de se faire réserver à temps leurs chambres d'hôtel. Une liste des hôtels leur sera adressée. 5. Inscriptions et renseignements. Les inscriptions sont reçues par le Secrétariat général des institutions de corps médicaux à Berne, Chausseestraße 15 (tel. 23828). Il suffit d'indiquer si l'intéressé est un participant individuel ou s'il s'agit d'un participant collectif. Le Secrétariat général reste à disposition pour d'autres renseignements.
Demonstrationen: «Für die Praxis» 14.30 — 15.45	Innere Medizin: Medizinische Klinik, Inselspital (Leitung Prof. Frey)	Gynäkologie und Geburtskunde: Frauenspital (Leitg. Prof. Guggisberg)	Chirurgie: Chirurg. Klinik (Leitung Prof. Lengenhager)	15.45 Dr. Willmann: «Die Begriffsarbeit» 16.00 P. D. Dr. Sakelöhner: «Die hochalpinen Forschungsstation im Dienste der Klimatherapie.» 16.15 Dr. Stämpfli: «Kosmische Strahlung und Biologie» Diskussion - Aussprache Zeit zur freien Verfügung (Bisgrotte, Plateau, etc.)	
Kurz- demonstrationen: 16.00 — 16.30	Neurologie: (Prof. Isenschmid) Medizinische Klinik	Radiologie: Chirurgische Klinik	Orthopädie: (Prof. Dubois) Chirurgische Klinik	16.45—17.45 Physiolog. Institut Prof. Abelin: «Neuere physiologisch-chemische Analysenmethoden aus prakt. Arztes»	
Demonstrationen: 16.45 — 17.30	Pathologie: (Prof. Tobler) Medizinische Klinik	Urologie: (P. D. Willmann) Chirurgische Klinik	Chirurgische Klinik	17.30—18.30 Innere Medizin: (Prof. Schupbach) Chirurgische Klinik	
17.45 — 18.30	Gerichtliche Medizin: (Prof. Böttling) Gerichtl. med. Institut	Innere Medizin: (Prof. Schupbach) Chirurgische Klinik			
19.15	Gemeinsames Abendessen im Hotel Schweizerhof. (Abendessen inklusive Bedienung, ohne Getränke, den Betakli-Teilnehmern offenbart.)				
				19.00 Abendessen	
					20.30 Filmvorführung

ses, die zu 13 Themen den «informellen Gedankenaustausch mit Spezialisten» erlaubten.⁶⁸ Die BETAKLI von 1969 folgten demselben Muster mit einem «Blick in die Zukunft» von Bundesrat Nello Celio nach dem Nachtessen im «Casino».⁶⁹

1971 schlug die Ärztesgesellschaft vor, künftig die BETAKLI alle zwei Jahre abzuhalten. Wegen der Kollision mit dem Fortbildungskurs in Innerer Medizin war dies jedoch 1971 nicht möglich, sodass nach einigem Hin und Her beschlossen wurde, den Dreijahresrhythmus beizubehalten. Den teilnehmenden praktischen Ärzten vermittelten Sekretariat und Fakultät vorgerückte Medizinstudierende (cand. med.) als Praxisvertreter. 1972 eröffnete Prof. F. Wyss die Veranstaltung am Mittwochmorgen, die nun am Samstagmittag endete und im Kursaal im Anschluss an die «Tischgespräche» den Kabarettisten Franz Hohler zum Bankett eingeladen hatte.⁷⁰ 1975 konnte Prof. E. Rossi als Neuerungen «Podiumsgespräche» im Hörsaal, Filme über die «Möglichkeiten des Selbstunterrichts» (Prof. H. Pauli) und zum Nachtessen im «Kursaal» eine Fernseh-Grossprojektion («Eidophor-sendung Ciba-Geigy») über Hypertonie ankündigen.⁷¹ 1978 erhielten die klinischen Visiten und praktischen Kurse wesentlich mehr Gewicht und fast den ganzen Donnerstag und Freitag zugeteilt.⁷² Die «Tischgespräche» hiessen nun «meet the professors session», und für Eidophor-Vorführungen stand der Hörsaal der M. E.

BETAKLI 1984:

Dr. Walther Flury, Präsident der Ärztesgesellschaft, und Prof. Rudolf Berchtold, Direktor der Chirurgischen Klinik, Inselspital Bern, Präsident der Organisationskommission.



Müller-Stiftung zur Verfügung. 1981 bestand an zwei Tagen Gelegenheit zur «Sunrise Discussion mit Frühstück» in der Cafeteria der Kinderklinik.⁷³ Am Bankett im «Schweizerhof» wurde die «Galashow Peter, Sue und Marc» geboten. 1984 eröffnete erstmals der Präsident der Ärztesgesellschaft, Dr. W. Flury, die Veranstaltung.⁷⁴ Die Struktur war nun bestimmt durch «Probleme aus der Praxis», «Interdisziplinäre Dialoge», Podiumsgespräche, Frühstückskonferenzen und Klinische Visiten. Die «Tischgespräche» hatten einem grossen Angebot praktischer Kurse Platz gemacht. Am Bankett trat der Berner Troubadour Bernhard Stirnemann auf. Am Freitagabend feierte die Ärztesgesellschaft im Rathaus ihr 175-jähriges Bestehen.⁷⁵ Wie früher schon schlugen die praktizierenden Ärzte, die Mitglied der BETAKLI-Kommission waren, für 1987 geeignete Themen vor, so AIDS, dem eine Abendveranstaltung gewidmet war. Von chirurgischer Seite wurde die Bedeutung der Organtransplantation vorgestellt und deren Erweiterung auf die Herztransplantation angekündigt (erstmalig durchgeführt 1994). Zum Bankett in der Kinderklinik spielte das Tanzorchester «the jets».⁷⁶ Nach der 1987 erprobten und laufend aktualisierten Programmstruktur werden seither die «Berner Tage der Klinik» gemeinsam von der Ärztesgesellschaft und der Fakultät geplant und – wie die Zahl von rund 350 Teilnehmenden belegt – mit Erfolg durchgeführt.

Kriegsmedizinische Fortbildung an der Universität Bern, 1939–1945

Anouk Hiedl

Während des Zweiten Weltkriegs forderten erfahrene Chirurgen wie Eugen Bircher, die Aus- und Weiterbildung von Ärzten mit kriegsmedizinischen Veranstaltungen zu ergänzen, um im Ernstfall die nötigen Grundlagenkenntnisse gewährleisten zu können.¹ Im Rahmen einer grösseren Studie wurde untersucht, ob und wie weit während des Zweiten Weltkriegs ein Fortbildungsangebot in Kriegsmedizin für Schweizer Ärzte bestand.² Der vorliegende Beitrag beschränkt sich auf die ärztliche Fortbildung in Bern und legt dar, welche kriegsmedizinischen und -chirurgischen Belange thematisiert bzw. welche Erkenntnisse für die (Schweizer) Kriegsmedizin und -chirurgie als wichtig erachtet und entsprechend weitervermittelt wurden. Als wichtigste Quelle dienen Unterlagen aus dem Archivbestand des Medizinischen Bezirksvereins (MBV) der Stadt Bern und ergänzende Angaben aus der Schweizerischen Ärztezeitung.³

Als eine seiner Hauptaufgaben organisierte der MBV für seine Mitglieder regelmässige Fortbildungsveranstaltungen, teils als theoretische Referate, teils als praktische klinische Demonstrationen. Zwischen 1939 und 1945 wurde das Programm mit Vorträgen zu spezifisch kriegsmedizinischen Themen ergänzt. So referierten der Berner Hygieniker Prof. Curt Hallauer über «Das Seuchenproblem», Dr. Albert Jung, Bern, «Über den Vitaminbedarf des Menschen», Prof. Dr. A. Maurizio, Bern, über «Die Ernährung in Hungerzeiten, auf Grund von eigenen Erfahrungen in Osteuropa während des Weltkrieges», PD Robert Régamey, Bern, zum Thema «Quelques aspects de l'immunité antidiptérique» und Prof. F. Jimano-Vidal, Barcelona, über «Die spanische Methode der Wundbehandlung».⁴

Der Berner Militärmedizinische Fortbildungskurs 1942/43

Am intensivsten fiel die Vermittlung kriegsmedizinischer und -chirurgischer Kenntnisse und Erfahrungen im Wintersemester 1942/43 aus. Während dieser Zeitspanne organisierte die Medizinische Fakultät der Universität Bern, z. T. in Zusammenarbeit mit dem MBV, einen «Militärmedizinischen Fortbildungskurs»⁵. Dieser setzte sich aus zwölf Abenden zusammen, die alle ein bis drei Wochen stattfanden, manchmal im Anschluss an die erwähnten praktischen klinischen Demonstrationen des MBV. Das Kursprogramm wurde zum grossen Teil von Dozenten der Berner Fakultät bestritten, doch berichteten auch andere Mediziner über neueste Erkenntnisse in ihren jeweiligen militärmedizinischen, kriegschirurgischen und militärsanitätsdienstlichen Spezialgebieten.⁶ Von besonderem Interesse waren die Berichte von Angehörigen der ersten von insgesamt vier Schweizer Ärztemissionen, die unter dem Patronat des Schweizerischen Roten Kreuzes an die Ostfront entsandt wurden und dort in deutschen Lazaretten chirurgische und medizinische Hilfe leisteten. Diese erste Mission, geführt von Oberstdivisionär Eugen Bircher und bestehend aus insgesamt 79 Personen, wovon 31 Ärzte, reiste am 15. Oktober 1941 von Bern ab, war u. a. in Smolensk tätig und kehrte am 29. Januar 1942 in die Schweiz zurück.⁷

Gemäss ursprünglichem Programm hätte der Fortbildungskurs am 1. Abend (8. Oktober 1942) vom Oberfeldarzt, Oberstbrigadier Paul Vollenweider, mit einem Referat über die «schweizerische Heilkunde im gegenwärtigen Aktivdienst» eröffnet werden sollen.⁸ Für den offenbar kurzfristig verhinderten Chef des Sanitätsdienstes der Schweizer Armee sprang vermutlich der Berner Hygieniker Prof. Curt Hallauer mit einem Beitrag über «bazilläre Dysenterie» ein.⁹ Zudem sprach, wie geplant, der Pharmazeut Prof. Paul Casparis über «kriegswirtschaftlich bedingte Ersatzstoffe der Materia medica».

Am 2. Abend (29. Oktober) berichteten die Kliniker Prof. Hans Goldmann und Prof. Luzius Rüedi sowie der Gerichtsmediziner Prof. Josef Dettling über zeitgenös-

sische Erkenntnisse zu Augen- und Gehörverletzungen im Militärdienst bzw. über «elektrische Unfälle» und Verletzungen, die von Brand- und Detonationsgasen herührten.¹⁰

Am 3. Abend (10. November) legte der Pharmakologe Prof. Emil Bürgi die «Durchlässigkeit der Haut für Arzneien und Gifte» dar, der Dermatologe Prof. Paul E. Robert referierte über Verbrennungen und Dr. Rudolf Campbell¹¹ über Erfrierungen und «Blitzverletzungen».¹²

Am 4. Abend (26. November) fand das ursprünglich für den 1. Abend vorgesehene Referat des Oberfeldarztes statt. Anschliessend sprachen Dr. Bernhard Fust¹³ über allgemeine Seuchenbekämpfungsmassnahmen und PD Robert H. Régamey¹⁴ über die Typhus-Paratyphus-Tetanus-Impfung.¹⁵

Am 10. Dezember (5. Abend) sprach anstelle des Internisten Prof. Walther Frey, der über Nierenkrankheiten hätte berichten sollen, der Orthopäde Prof. Dubois über «Die Wundinfektion im Felde» (geplant für den 9. Abend). Wie im Programm vorgesehen, folgte der Vortrag von Dr. Peter Steiner aus Leysin: «Les aspects de la tuberculose dans l'Armée».¹⁶

Der 6. Abend (14. Januar 1943) war der allgemeinen militärsanitären Beurteilung von Wehr- und Luftschutzpflichtigen gewidmet. Dieses Thema behandelten Oberstleutnant Karl Reichenau und Major Erwin Uehlinger.¹⁷

Die Berner Ärzte
André Nicolet (links)
und Eugen Renfer
bei der Abreise zur
ersten Ärztemission
an die Ostfront, Bern,
15. Oktober 1941.



Am 7. Abend (21. Januar) legte Dr. Eugen Renfer, Mitglied der Ostfrontmission, die allgemeinen Grundsätze der Behandlung der Schussfrakturen dar. Danach erörterte PD Dr. Albert Alder, Aarau, Fragen der Militärversicherung.¹⁸ Die Veranstaltungen des 8. Abends (28. Januar) fielen aus und sollten auf den 11. März verschoben werden.¹⁹ Gemäss Programm hätten Major Hans Martz,²⁰ Prof. Anton Fonio und PD Max Saegesser über freiwillige sanitärische Hilfe, den sanitärischen Dienst beim Luftschutz bzw. über «dringliche Operationen im Felde» sprechen sollen.

Am 9. Abend (4. Februar) referierten anstelle von Prof. Dubois die «Mitglieder der Ostfrontmission» Oberst Guy von Wyttenbach über Gasbrand und Major Ernst Baumann über Oberschenkelfrakturen und Amputationsindikationen bei Kriegsverletzungen.²¹

Der 10. Vortragsabend (11. Februar) wurde erneut gemeinsam mit dem MBV organisiert. Die Chirurgen Prof. Karl Lenggenhager und Prof. Anton Fonio berichteten programmgemäss über Schock und Kollaps bzw. über Blutersatz und Bluttransfusion.²²

Am 25. Februar (11. Abend) sprachen Prof. Jakob Klaesi und Prof. Bernhard R. Walthard über «Psychopathien und Psychosen im Militärdienst» bzw. über medizinische Erfahrungen mit Koronarsklerose.

Am 12. Abend (4. März) referierte Prof. Fritz Egger über Kieferschussverletzungen. Dr. Wilhelm Iff, «Mitglied der Finnlandmission», sprach über «Wundbehandlung [und] Anästhesie im Felde».²³ Der auf den 11. März verschobene 8. Abend musste wegen «Militärdienst eines Referenten» ausfallen.²⁴

Es ist bemerkenswert, dass im Berner Fortbildungskurs Mitglieder der Ärztemission über ihre kriegsmedizinischen und -chirurgischen Erfahrungen berichteten, obschon das Gründungskomitee²⁵ und das deutsche Oberkommando des Heeres (OKH)²⁶ den Missionsteilnehmenden verbot, der Öffentlichkeit mündlich über in Russland Erlebtes zu berichten.

Ärztelurse für die Nachkriegszeit

Im November 1943 beschloss die medizinische beratende Kommission des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz, sich der sanitären Nachkriegslage anzunehmen. Aufgrund der Befürchtung, dass sich in der Folge des Zweiten Weltkriegs Epidemien in Europa ausbreiten könnten, entschloss sich das Internationale Komitee, vorbeugende Massnahmen zu treffen und sogenannte «medizinische Equipen» zu bilden, die in der Bekämpfung von Epidemien ausgebildet werden sollten. Das Schweizerische Rote Kreuz richtete im Februar 1944 ein entsprechendes «Bureau für medizinische Missionen» in Bern ein und nahm die Aufgabe wahr, für die empfohlene Ausbildung von Ärzten und Krankenschwestern zu sorgen. Im April 1944 wurden die Schweizer Ärzte in Fachzeitschriften aufgerufen, sich an der Nachkriegsarbeit des Schweizerischen Roten Kreuzes zu beteiligen und eine entsprechende Einführung zu besuchen.²⁷ In verschiedenen Kursen sollten die Ärzte (wieder) über Prophylaxe und Erkennung verschiedener kriegsspezifischer bzw. epidemischer Infektionskrankheiten sowie über Probleme bei mangelnder Ernährung unterrichtet werden. Das Weiterbildungsangebot stiess auf grosses Interesse, sodass im Juli bzw. im Oktober 1944 zwei Kurse für je 80 Ärzte in Bern und Zürich durchgeführt wurden.²⁸ Die Weiterbildungskurse fanden in den Hörsälen und Laboratorien der jeweiligen Medizinischen Fakultäten statt, und Dozenten aller Schweizer Universitäten referierten über kriegsspezifische Seuchen, Krankheiten und Phänomene wie Pest, Flecktyphus, Pocken, Cholera, Malaria, Ruhr, Scharlach, Diphtherie, Grippe, Geschlechtskrankheiten, Avitaminosen usw. Die theoretischen Vorlesungen wurden mit Demonstrationen von Desinfektions- und Entlausungseinrichtungen, praktischen Arbeiten (z. B. Blutuntersuchungen) in den Laboratorien der bakteriologischen Institute Bern und Zürich sowie mit klinischen Beobachtungen an Malariakranken am Tropeninstitut Basel ergänzt.

Fazit

Theodor Billroth erkannte bereits im 19. Jahrhundert, dass das Interesse für die Kriegschirurgie vorübergehend sei: «Für Krieg und Pestilenz interessi[e]rt man sich wie für grossartige Naturerscheinungen; doch nur so lange sie da sind! später erlischt die Theilnahme daran ...»²⁹ Nach dem Zweiten Weltkrieg äusserten Eugen Bircher wie auch deutsche beratende Chirurgen, dass die Vermittlung der kriegschirurgischen Erfahrungen des Ersten Weltkriegs in Friedenszeiten nachgelassen habe, das erworbene Wissen brachgelegen habe und ähnliche oder dieselben kriegsmedizinischen Fehler im Zweiten Weltkrieg erneut gemacht worden seien.³⁰

Die Untersuchung der gesamten Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen der Berner Medizinischen Fakultät zwischen 1936 und 1959 zeigt in der Tat, dass das kriegsmedizinische und -chirurgische Lehrangebot während und nach dem Zweiten Weltkrieg schnell zunahm und danach ziemlich rasch wieder abflaute.³¹ Diese Entwicklung des Berner Veranstaltungsangebots lässt sich einerseits darauf zurückführen, dass die für kriegsmedizinische Kurse verantwortlichen Dozenten allmählich in den Ruhestand traten. Andererseits wurde das schwindende Interesse an der Kriegsmedizin und -chirurgie wohl auch von der entspannteren aussenpolitischen Lage geprägt – und dem Bewusstsein, dass ein nächster Krieg aufgrund erneuter militärischer und kriegsmedizinischer Veränderungen wiederum ganz anders geartet sein würde.

Ärztinnen: Rare Einsprengsel in der Medizinerwelt

Franziska Rogger

In der ersten Hälfte ihres Bestehens gab es in der Ärztesellschaft Bern keine Medizinerinnen, da den Frauen das Studium an den Universitäten verboten war. In den zweiten hundert Jahren gab es einige Ärztinnen, etliche Studentinnen, wenige Gesellschafterinnen und kaum Chargierte. Frauen blieben rare Einsprengsel in der Medizinerwelt.

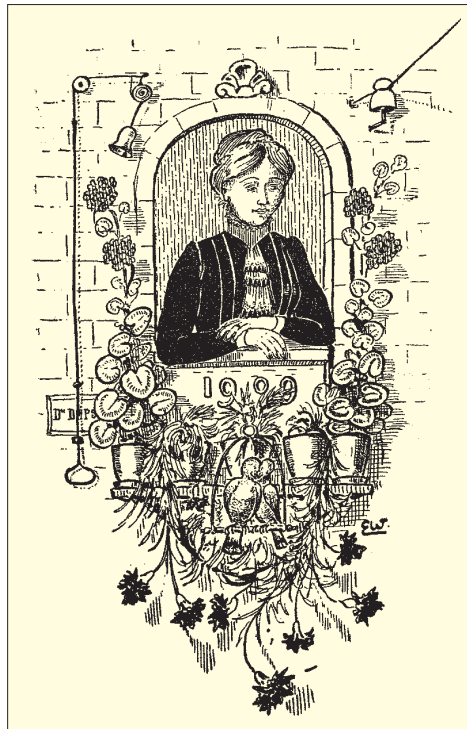


Beim Durchblättern der wenigen noch vorhandenen alten Protokolle der Ärztegesellschaft Bern bekommt man den Eindruck, dass es in der Medizinerwelt keine Frauen gibt. Noch an der Jahrhundertfeier 1909 in Burgdorf war die einzige Frau, die Erwähnung fand, die «behäbige, mütterlich besorgte Wirtin Frau Böhlen» vom alten Casino.¹ Im 200-jährigen Vereinsleben gab es natürlich die namenlosen Krankenschwestern sowie die objektivierten Patientinnen, von denen in Fachreferaten die Rede war. Und es gab die Vereinssekretärinnen wie auch die anonymen, ihre Männer «in stiller Kleinarbeit wertvoll unterstützenden», «ewig geplagten» Ehefrauen an der Seite ihrer Medizinergatten, die jeweils für den geselligen Teil des Vereinslebens hervorgeholt werden durften.²

Erste Ärztinnen

Der Eindruck der Ärztinnenlosigkeit täuscht nicht. Fast während der ganzen ersten Hälfte des Bestehens der

Uf d'Dokterfroue: Im Liederbuch von 1909 wird das Lob der Arztgattin gesungen, die als Hausfrau und Gehilfin in Praxis und Apotheke dem Arzt zur Seite steht.





Anna Bayer (1853–1924) führte 1887–1899 als erste Frau in der Stadt Bern eine ärztliche Praxis.

Gesellschaft gab es tatsächlich keine Medizinerinnen, da die Frauen vom Universitätsstudium ausgeschlossen waren. Zwar gehörte die Universität Bern zusammen mit Paris, Zürich und Genf zu den ersten europäischen Hochschulen, die Frauen ausbildeten und promovierten. Bern wurde denn auch um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert von studierwilligen Russinnen überrannt. Die sozial und politisch motivierte Intelligenz aus dem despotischen Zarenreich studierte in Westeuropa, da sie in ihrer Heimat vom Studium als Oppositionelle, Juden oder Frauen ausgeschlossen war. Fremd, arm und mangelhaft vorgebildet, aber von brennendem Wissensdurst, aufopfernden Idealen und revolutionären Ideen beseelt, wurden die Russinnen zu Pionierinnen des Frauenstudiums. Nach der Ausbildung kehrten die jungen Aufrührerinnen nach Russland zurück, um «ins Volk» zu gehen, ihm zu helfen und es zu revolutionieren.

Sieben Jahre nach Europas erster Medizinerin, Nadeschda Suslowa in Zürich, doktorierten 1874 die ebenfalls aus Russland stammenden Ärztinnen Rosalija Simonowitsch und Marie Siebold erfolgreich in Bern.³ Da fast alle Russinnen in ihre Heimat zurückkehrten, absolvierten sie nach der Promotion keine eidgenössischen Medizinalprüfungen und erwarben keine Praxiserlaubnis. So war denn die erste Frau Dr. med., die sich im Kanton Bern 1880 bei der Sanitätsdirektion um eine Bewilligung zur Praxis-Ausübung bemühte,⁴ keine Russin, sondern Hélène Delay-Bulan. Schweizerin durch Heirat, praktizierte die gebürtige Französin kurze Zeit zusammen mit ihrem Mann Paul Delay in St.-Imier bzw. in Biel.⁵

Die Böhmin Anna Bayer eröffnete 1887 als erste Frau in der Stadt Bern ihre medizinische Praxis, die sie zwölf Jahre lang führte.⁶ Hedwig Widmer-Zimmerli war schliesslich die erste gebürtige Schweizerin, die 1890 im Kanton Bern erfolgreich um die Praxisbewilligung nachsuchte. Sie blieb nur kurz in der Bundesstadt und arbeitete dann mit ihrem Mann in Schinznach AG.⁷ Auch die Zürcher Globetrotterin Josephine Zürcher und die baltische Medizinpublizistin Marie von Thilo blieben nur wenige Jahre in Bern bzw. Biel.⁸ Gut zwanzig Jahre lang hingegen versorgte die ursprüngliche Preussin

Anna Oetiker-Rosenhain mit ihrem Gatten die Patienten von Lauterbrunnen, Wengen und Mürren.⁹ Ihre Tochter Lili wurde als frühe Chirurgin in Zürich bekannt, ihr Mann Fritz erregte mit dem «ersten Paar Ski» Aufsehen, das er «auf seinen weitläufigen Berufsgängen um Wengen» benutzte. Beinahe ebenso lang wie Anna Oetiker versahen Martha Sommer,¹⁰ Dr. Bayers Praxis übernehmend, und die norddeutsche Dermatologin Wilhelmine Schwenter-Trachsel¹¹ ihren Dienst in der Stadt, während Anna Köttgen neun Jahre in Biel praktizierte.¹²

Frühe Gesellschafterinnen

Wie weit die oben genannten ersten Berner Ärztinnen Mitglieder der Ärztegesellschaft waren, lässt sich nicht mehr rekonstruieren. Einzig von Dr. Köttgen wissen wir, dass sie praktisch von Anfang an Mitglied des 1905 gegründeten Vereins der Ärzte Biels & Umgebung war. Sie war bis zu ihrem frühen Tod im Dezember 1909 sogar eine fleissige Sitzungsbesucherin. Ebenfalls seit 1905 Bieler Gesellschafterin war Serena Bangerter-Buser. Sie war nach schwierigem, verschlungenem Weg 1902 Frau Dr. med. geworden. Buser verzichtete aber nach der Heirat mit dem Bieler Chirurgen und späteren Bezirksvereinspräsidenten von Biel-Seeland auf eine selbständige Tätigkeit als Ärztin sowie auf ein Vereinsengagement und erzog ihre zwei Söhne zu Ärzten.¹³

Im Vereinsleben des Bezirks Bern-Stadt gaben im Vorstand, in Diskussionen und Referaten die Männer den Ton an und unter ihnen vor allem die Professoren der Universität. Es gab kaum einen grösseren Beitrag von einem «gewöhnlichen» Doktor. Da es bekanntlich mit den Hochschulkarrieren der Frauen bedenklich harzte und noch harzt, war kaum anzunehmen, dass sie in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts in den Vereinsberichten in Erscheinung treten würden. Immerhin wurde etwa auf die Forschungsergebnisse einzelner Studentinnen hingewiesen, wie zum Beispiel 1910 bzw. 1914 auf die der beiden Russinnen «Fräulein cand. med.» Ciwia Lidsky und Alexandrina Rindowskaja.¹⁴

Sophie Getzowa (1872–1946) wurde 1905 Erste Assistentin im Anatomischen Institut, 1912 Privatdozentin für Pathologische Anatomie an der Universität Bern. 1917/18 versah sie vertretungsweise die Prosektur am Kantonsspital St. Gallen. 1925 wurde sie Professorin für Pathologie in Jerusalem.



Gar selbst ins Zeug legen durfte sich Privatdozentin Sophie Getzowa. Die an der Universität Bern angestellte russische Pathologin präsentierte ihre Forschungen im Januar 1913, im März 1914 und im Dezember 1914 gleich in drei wissenschaftlichen Referaten.¹⁵ Von der anderen Medizindozentin dieser Zeit, von Wilhelmine Schwenter, finden sich keine Hinweise im *Correspondenz-Blatt*. Schwenter hatte sich ihre Habilitation mit einem Anwalt und gegen die Fakultät erkämpft. Diesen Uni-Kollegen wollte sie wohl nicht im Bezirksverein begegnen und so veröffentlichte sie ihre zahlreichen Forschungsergebnisse vornehmlich in dermatologischen Fachblättern. 1920 trug die durchsetzungsstarke Kinderärztin und Frauenstimmrechtlerin Paula Schultz-Bascho, damals als blutjunge Assistentin, im Bezirksverein über die Ruhr vor.¹⁶ In den folgenden Jahrzehnten scheinen die Männer in den stadtbernischen Vereinssitzungen wieder vornehmlich unter sich gewesen zu sein. Die Universität Bern hatte ja, abgesehen von den zwei genannten Privatdozentinnen, lange Zeit keine weitere Medizin-Pro-

Elisabeth Clotilde
Wildbolz-Kind (1890–
1973) praktizierte als
Ärztin in Wiedlisbach
(1920–1952) und in
Kirchlindach (1953–
1961).



fessorin mehr vorzuzeigen, die es mit den Männern auf gleicher Ebene hätte aufnehmen können. Wohl um den Mangel zu kompensieren, wurde 1930 «Fräulein Professor Dr. L[ina] Stern, Moskau» eingeladen. Die lettische Physiologin Lina Stern, die Genfs erste Professorin gewesen war, 1925 aber nach Moskau berufen wurde, trug Ende Oktober 1930 im Stadtberner Bezirksverein über «Blut-Gewebeschranken» vor.¹⁷ Erst in den 1960er-Jahren übrigens ernannte die Universität Bern wenige erste ausserordentliche Professorinnen der Medizin und in den allerletzten Jahren des 20. Jahrhunderts mit der Anatomin Annette Draeger endlich auch eine erste ordentliche Medizinprofessorin.

Einiges später als die Stadtärztinnen machten die Frauen von Bern-Land im Medizinischen Bezirksverein mit. In der Sitzung von Ende April 1948 begrüßte der Präsident explizit «das erste weibliche Mitglied». Die Frauenärztin Elisabeth Stäubli-Reinhard,¹⁸ die mit ihrem Mann Ulrich Stäubli in Muri praktizierte, war aber nicht das erste Vereinsmitglied der 1904 gegründeten Sek-

tion Bern-Land. Martha Schmid aus Gümligen war bereits 1927 in den Bezirksverein Bern-Land aufgenommen worden. Da sie praktisch nie in den Sitzungen erschien und schon nach zweieinhalb Jahren nach Walenstadt-Berg weiterzog, blieb sie nicht im Gedächtnis der Bezirksgesellschafter haften.¹⁹

Im Oberaargau verwehrte man vorerst den Ärztinnen den Zutritt in den Bezirksverein. Die zweifache Mutter Dr. Elisabeth Wildbolz-Kind, seit 1920 in Wiedlisbach praktizierend, ersuchte vergeblich um Aufnahme. Erst am 15. September 1927 beschloss der Bezirksverein Oberaargau «nach gründlicher Diskussion ... , jede Collegin, die in seinem Bezirk mit regierungsrätlicher Bewilligung die Praxis als Ärztin selbständig ausübt, zum Beitritt im ... Verein aufzufordern».²⁰ Die beiden Damen Elsa Steffen-Kramer aus Murgenthal und Elisabeth Wildbolz-Kind, beide mit Ärzten verheiratet und überregionalen Ärztegesellschaften angehörend, verzichteten. Wildbolz-Kind bemerkte ungnädig: «Dass ich wenig Lust habe, dem Bezirksverein Oberaargau anzugehören, werden Sie verstehen, wenn Sie sich vergegenwärtigen, dass es volle 7 Jahre gebraucht hat, bis diese Aufforderung an mich gelangt ist.»²¹

Seltene Präsidentinnen

Bis eine Frau gar eine Vereins-Charge übernehmen konnte, dauerte es sehr lange. Zwar fiel bereits Ende Februar 1918 der langjährigen Schul- und Frauenärztin Ida Hoff in der Stadt Bern die Ehre zu, zum «Schriftführer» bestimmt zu werden – allerdings nur für eine einzige Sitzung und bloss «i. V.», in Vertretung!²²

Mitte Juni 1951 fragte man die früh verwitwete, zweifache Mutter und Allgemeinpraktikerin Dr. med. Violette Boehringer erfolgreich an, ob sie eine Wahl – allerdings nur als Ersatzmitglied! – in die Standeskommission des Bezirksvereins Bern-Stadt annehmen würde.²³ Im Sommer 1969 wurde im Bezirksverein Bern-Land die Liebefelder Kinderärztin Heide Sommer²⁴ als «Kassier» vorgeschlagen. Gleichzeitig wollte der Jegenstorfer Dr. Bernhard König die Kollegin Marie-Louise Althaus

Ida Hoff (1880–1952)
eröffnete 1911 in Bern
ihre Praxis und amtierte
von 1913 bis 1945 als
Schulärztin.



zur Präsidentin machen.²⁵ Frau Althaus-Boehringer hatte vier Jahre zuvor – wie protokollarisch vermerkt – mit einer Einladung zum Picknick in ihren Muriger Garten «Pionierarbeit» geleistet. Mit ihrem hausfraulichen Sparsamkeitsempfinden schonte Althaus damit auch die Vereinskasse. Der Vereinskassier warnte allerdings postwendend davor, Kapital anzuhäufen, um nicht etwa noch Steuern zahlen zu müssen.²⁶ Diese beiden Nominierungen blieben vorerst ebenso erfolglos wie die Motionäre von 1975 und 1986, die dringend eine Frau im Vorstand Bern-Land zu sehen wünschten.²⁷

Schliesslich schaffte es 1979 im Bezirk Laufental die Laufener Kinderärztin Dr. med. Claudia Cavallini als Erste, Präsidentin eines Bezirksvereins zu werden. Zwanzig Jahre später gab es dann weitere Bezirksvereins-Präsidentinnen mit der Liebefelder Psychiaterin Madeleine Müller im Bezirk Bern-Land, mit Helene Kreutz im Bezirk Thun, mit Jacqueline Revaz Frey in Biel-Seeland und mit Doris Zundel im Bezirksverein Emmental.²⁸

Eine dieser seltenen Amtsträgerinnen sass dann – abgesehen von der Protokollführerin – meist mutterseelenallein als Frau in den Delegiertenversammlungen und Präsidentenkonferenzen der kantonalen Ärztesgesellschaft. Selten traf sie etwa auf eine Ersatzdelegierte oder beisitzende Vertreterin der VSAO, der Ärztekammer oder einer Spezialistenvereinigung.²⁹ Die Ärztesgesellschaft Bern sah bis heute nie eine Frau an ihrer Spitze, weder gab es im kantonalen Organ je eine Präsidentin noch eine Vorstandsfrau. Immerhin wird das heute bedauert – was nicht immer der Fall war!³⁰

Frauliches Verhalten

Verhielten sich die Frauen im Vereinsalltag anders als die Männer? Die wenigen Frauen, die schliesslich am Vereinsleben teilnahmen, waren offenbar sehr schweigsam. Falls man den Protokollen trauen kann, ergriffen sie selten genug das Wort und wenn sie es hatten, fassten sie sich in der Regel lakonisch kurz. Ihre Ausdrucks-

Paula Schultz-Bascho
(1883–1960) praktizierte
von 1920 bis 1959 als
Ärztin in Bern.



weise unterschied sich gewöhnlich nicht von männlichen Voten. Eine Ausnahme machte «Fräulein Kollega Sommer», die 1970 die Honorierung ihrer ärztlichen Leistung sehr weiblich mit dem «Tarif ihrer Manicure» verglich.³¹ Heide Sommer tat sich im Übrigen im Beruf schwer mit der unternehmerischen Seite ihres Gewerbes. 1982 liess sie den Bezirksverein wissen, dass sie vorzeitig aufhöre, da sie Defizite erwirtschaftete. Als Begründung gab sie neben krankheitsbedingten Ausfällen und stärkerer Konkurrenz an, dass sie «eben immer eine schlechte Akkordarbeiterin in der Praxis» gewesen sei und «das kaufmännische Denken» bei ihr «nie im Vordergrund gestanden» habe.³² Sommer beschwor damit das gängige Frauenbild der aufopferungswilligen, sozial tätigen und finanziell unbedarften Übermutter wie auch das Cliché des karitativen Arztmenschen herauf. Vielleicht um diesen Bildern entgegenzuhalten, vielleicht aus wirtschaftlicher Notwendigkeit gebärdete sich dagegen – mindestens in dem einen bekannt gewordenen Fall – Frau Schultz-Bascho als knallharte Businesswoman.

Als es nämlich 1927 darum ging, am Radio gemeinnützige medizinische Vorträge zu halten, verlangte die forsche geschiedene Mutter Dr. Paula Schultz-Bascho – im Gegensatz zu den männlichen Vortragenden – ein sattes Honorar. Man zeigte sich auch im Bezirksverein irritiert und verwundert. Der Direktor der Radiostation Bern bezahlte schliesslich «der tüchtigen Geschäftsfrau» die verlangten 30 Franken, obwohl Radio Bern «überhaupt noch gar nie» für einen Vortrag mehr als 20 Franken «ausgeworfen» habe. Bittersüss meinte der Radiomann: «Frau Schulz [sic] darf sich rühmen, die erste Referentin zu sein, die ihre geistige Arbeit höher als jene der Universitätsprofessoren einschätzt.»³³

Ängste und Erfahrungen liessen Frauen bisweilen harsch werden, wenn sie befürchteten, übervorteilt oder diskriminiert zu werden. Kam es einmal zu einem der allerdings sehr selten Konflikte, fuhren sie schon mal schweres Geschütz auf. Wie in der Vereinskorrespondenz ersichtlich, griffen Frauen im Fall einer Notfalldispen- sation oder einer Patientenzuweisung auch etwa zur

Strafanzeige oder sie wappneten sich mit Anwälten, verlangten in ihrem Unmut die Absetzung der Führungsclique der Paritätischen Vertrauenskommission – oder liessen gleich eine Kopie ihrer Beschwerde der Bundesrätin zukommen.³⁴

Ernste Mütter-Probleme

Der gesellschaftliche Wandel brachte es in den Nach-68er-Jahren mit sich, dass vermehrt auch Mütter ihren Beruf ausübten, was neuartige Probleme mit sich bringen konnte. Dass von einer Ärztin behauptet wurde, sie betreue im Notarzdienst die Patienten ihres Ex nicht, ist ein böswilliges *Aperçu* am Rande.³⁵ Ernsthafter war das Problem, dass sich die Medizinerinnen in der Ehe oft zu sehr zurückgenommen hatten und nach dem Tod ihres Arzt-Ehepartners ohne Einübung und mit alter – auch mangelhafter – Vor- und Weiterbildung die Praxis betreiben wollten.³⁶ Das dringendste Thema aber, das den Frauen unter den Nägeln brannte, war der Notfalldienst. Diese Pflicht stellte sich den Ärztinnen mit Kindern und den aus Familienrücksichten nur teilweise arbeitenden Frauen in etwas anderer Weise als den Männern. Die selber betroffene Könizer Kinderärztin Christine Bigler etwa wollte deshalb 1978 festschreiben lassen, dass nur die «vollpraktizierenden Ärzte» den Notfalldienst zu leisten hätten. Einer ihrer Kollegen meinte jedoch mit männlicher Logik, dass jemand, der weniger arbeite, doch mehr Zeit für den Notfalldienst habe! Aus Angst, dass sich die BetreiberInnen der Teilzeitpraxen nur zu gern vor diesem Dienst drücken könnten, wurde Biglers Antrag mit allen ausser einer Stimme abgelehnt.³⁷

Schliesslich wurde eine Regelung gefunden, die werdenden und stillenden Müttern entgegenkam. Der Bezirksverein Bern-Land etwa fasste um 2000 den Grundsatzentscheid, Mütter für eine Dauer von zwei Jahren vom Notfalldienst zu befreien.³⁸ Die alleinstehenden oder kleinkinderlosen Medizinerinnen übernahmen selbstverständlich die gleichen Pflichten wie ihre männlichen Kollegen. Die Berner Frauenärztin Dr. med. Lotti Hürny hatte sich 1952 allerdings noch sehr pikiert gezeigt, als

man von ihr statutarisch Notfallpflichten verlangte. Es freue sie gar nicht, meinte sie indigniert, wenn sie «plötzlich Männer behandeln müsse von Amtes wegen.»³⁹

Weibliche Themen

Dass sich die wenigen Ärztinnen, die sich im Verein bemerkbar machten, speziell «weiblicher» Themen angenommen hätten, kann nicht behauptet werden. Das zum Beispiel als «weiblich» empfundene Thema des Schwangerschaftsabbruchs oder der Verhütung wurde gemäss alten Unterlagen der Standesorganisationen kaum angesprochen und falls doch, praktisch ausschliesslich von Männern abgehandelt. Allerdings gab es in den 1920er-Jahren öffentliche Auftritte in Bern. Die in Bern ausgebildete Dr. med. Frida Imboden-Kaiser sprach konsequent und dezidiert *gegen* den Schwangerschaftsabbruch und schrieb Broschüren wie *Wir sind nicht Herr über Leben und Tod*.⁴⁰ Dabei kam sie den Kommunistinnen in die Quere, die ihr auch einmal den Vortrag sprengten, was Imboden gar den Schutz der Polizei einbrachte. Auf der linken Seite waren es die «roten» Zürcher Arbeiterärztinnen Paulette Brupbacher,⁴¹ Betty Farbstein-Osterseher und Minna Tobler, die, konfrontiert mit den Leiden der Proletarierinnen, legale Abbruchmöglichkeiten verlangten. Als aber die Kommunistin Minna Tobler-Christinger⁴² 1924 einen Beitrag in der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift zur Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs platzieren wollte, wimmelte der Redaktor sie ab.⁴³ Ihre Vorschläge ständen «so sehr im Gegensatz zu der Ansicht der grossen Zahl unserer Ärzte über die Strafbarkeit der Abtreibung, dass wir durch die Aufnahme einer längeren Diskussion rufen würden». Dafür sei «die Wochenschrift wohl nicht der richtige Boden, sondern eher eine ärztliche Versammlung» mit breiter Diskussion, Rede und Gegenrede. Doch solche Diskussionen fanden in den Berner Bezirksvereinen nicht statt, zu einhellig *einer* Meinung waren sich offensichtlich Ärzte und Ärztinnen.

Was die Verhütung anging, so wurde in den 1930er-Jahren innerhalb der Ärztesgesellschaft selbst von Ärz-

ten moniert, dass Fachkollegen keinen Schimmer davon hätten, dass sie zwar einer Patientin den dringenden Rat gäben, keine neue Schwangerschaft zu riskieren, aber keine praktischen Vorschläge folgen liessen.⁴⁴ Aus Interviews ist bekannt, dass früher explizit Ärztinnen in der Sprechstunde um vertrauliche Hilfe in dieser delikaten Angelegenheit angegangen wurden. In der Öffentlichkeit aber war das Thema tabu und stand nicht zur Debatte. Anfang der 1940er-Jahre wurden öffentliche Vorträge zur Ogino-Knaus-Methode von Ärzten missbilligt. Die Oberaargauer verlangten 1942 von der Kantonalgesellschaft eine Initiative, «damit auch die sehr fragwürdige öffentliche ‹Knauserei› abgestellt werde».⁴⁵ Im gleichen Jahr, 1942, wurde bekanntlich das neue Strafgesetz in Kraft gesetzt, das die rechtliche Institutionalisierung des straflosen ärztlichen Schwangerschaftsabbruchs unter staatliche Oberaufsicht stellte und regelte. Trotz der restriktiven bundesrechtlichen Grundlage etablierte sich in den Kantonen, denen die konkreten Ausführungsbestimmungen oblagen, eine sehr unterschiedliche Praxis. Darauf kam der Präsident des städtischen Bezirksvereins, Hans Sturzenegger, im Jahresrückblick zwanzig Jahre später zu sprechen. Nachdem er konstatiert hatte, dass der «ehrenwerte Kanton Bern mit 17,5 legalen Unterbrechungen auf 10 000 Einwohner an der Spitze aller Statistiken aus dem Bereich der westlichen Zivilisation marschiert», verlangte er von seinen Kollegen Zivilcourage. Nicht mimosenhafte Bernerinnen seien schuld an der Abtreibungsflut, sondern die willfähigen Ärzte ohne Rückgrat. Er verlangte, dass die Berner Ärzteschaft «die Frauen nach den Regeln des gesunden Menschenverstandes wieder auf den richtigen Weg» weise und «dem amoralischen Anliegen Widerstand entgegensetze».⁴⁶ Engagierte Frauen-Voten waren im Verein bei all diesen Gelegenheiten offenbar nicht gefallen – wobei die sehr grossen Lücken in den Archivalien diese Interpretation eher vermuten als belegen lassen.

Engagierte Mitstreiterinnen

Für engagierte Ärztinnen gab es Konkurrenzunternehmen zur Ärztesgesellschaft. Sie konnten sich ab 1922 der Vereinigung Schweizer Ärztinnen⁴⁷ anschliessen oder ab 1899 dem mit der sozialen Frauenbewegung verbandelten Verein schweizerischer abstinenten Ärzte.⁴⁸ Oder sie brachten sich in der Frauenrechtsbewegung ein. Die «temperamentvolle, unentwegt für Recht und Gerechtigkeit sich einsetzende» Lotti Hürny etwa war dem Verband der Akademikerinnen verbunden.⁴⁹ Marie-Louise Althaus präsidierte jahrelang den Schweizerischen Lyceums-Club. Die erwähnten frauenrechtsbewegten Paula Schultz-Bascho und Ida Hoff sowie die junge Bieler Ärztin Emma Moser und die Bernerin cand. med. Elsa Walther machten 1928 an vorderster Front an der «Schweizerischen Ausstellung für Frauenarbeit» mit. Die SAFFA übrigens konnte ihrerseits auf die Hilfe der «Ärztesgesellschaft Bern» zählen. Ihre Chefinnen bedankten sich nach gelungenem Anlass für den übernommenen «abwechslungsweisen Ärztedienst» und die «uneigennützigte Mitarbeit» an ihrem Werk.⁵⁰

Die Frauen etablierten sich im vierten Viertel der Geschichte der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern als Mitglieder und in zarten Anfängen als Chargierte.

Erst in allerneuester Zeit ändern sich – zumindest zahlenmässig – die Voraussetzungen. Waren 1809 und 1859 noch weit und breit keine Ärztinnen zu finden gewesen, so gab es zwar 1909 überraschenderweise an der Universität Bern über 50 Prozent Medizinstudentinnen. Da sie aber fast alle aus Russland stammten, praktizierte in Wirklichkeit bloss eine Handvoll «Göttinnen in Weiss» im Kanton Bern. 1959 waren vielleicht etwa 14 Prozent der Medizinstudierenden und rund 12 Prozent der praktizierenden Ärzteschaft Frauen.⁵¹ Heute aber sind in Bern etwa die Hälfte der Medizinstudierenden und ein Drittel der berufstätigen Ärzteschaft Frauen. Wer weiss, vielleicht wird man sich dann an der 300-Jahr-Feier an eine Feminisierung der Ärzteschaft sowie an eine allererste Präsidentin der kantonalen Ärztesgesellschaft Bern erinnern können?

Gleichberechtigt?

Simona Isler

Am Beispiel der Stadt Bern wird aufgezeigt, wie sich die Verteilung der Geschlechter auf die verschiedenen Fachgebiete der Medizin in den letzten 70 Jahren entwickelt hat. Es wird die These vertreten, dass es sich dabei nicht um eine gleichberechtigte, d. h. horizontale, sondern vielmehr um eine vertikale, d. h. hierarchische Form der Arbeitsteilung innerhalb eines Berufsfeldes handelt.

Als um die Jahrhundertwende der kollektive Ausschluss von Frauen aus dem Medizinstudium immer weniger haltbar wurde und im Verlaufe des 20. Jahrhunderts immer mehr Frauen den Beruf der Ärztin ergriffen, wurden andere Mechanismen zentral, um die soziale Ordnung aufrechtzuerhalten.¹ Anfänglich war es üblich, dass Frauen sich als Ärztinnen für Frauen und Kinder betätigten. Sie waren also in der Regel Allgemeinpraktikerinnen mit einer spezifischen PatientInnenschaft.² Diese Betätigung konnte als sinnvoll und dem Wesen der Frau entsprechend gerechtfertigt werden. Ihre «Weiblichkeit» erleichterte den Ärztinnen laut dieser Argumentation den Zugang und den Umgang mit Kindern, und auch die Patientinnen fühlten sich beim gleichen Geschlecht mit ihrer «Besonderheit», dem «Frausein», besser verstanden und aufgehoben. Gewisse Königsdisziplinen der Medizin, wie etwa die Chirurgie als Paradebeispiel, blieben aber für Frauen nach wie vor schwer erreichbar.

Die unterschiedliche Verteilung der Geschlechter auf die verschiedenen Fachgebiete der Medizin wird im Folgenden am Beispiel der frei praktizierenden Ärzteschaft der Stadt Bern veranschaulicht.³ Im Jahr 2005 waren gut 20% der selbstständigen Berner Ärzteschaft Frauen. Ein markanter Anstieg (über die 10% Grenze) ist in den 1980er-Jahren zu verzeichnen. Angesichts der hohen Studentinnenzahlen (50–60%) wird deutlich, dass

immer noch nicht alle ausgebildeten Medizinerinnen den Sprung ins Berufsleben wagen wollen oder können. Insbesondere der Schritt in die Selbständigkeit scheint für Frauen mit mehr Schwierigkeiten verbunden zu sein. Durchschnittlich sind nämlich weniger Frauen in der freien Praxis tätig als in einem Angestelltenverhältnis. Aber auch innerhalb der Berufstätigen gibt es angesichts der im Prinzip gleichen Möglichkeiten frappante Unterschiede, was das spezifische Tätigkeitsfeld von Frauen und Männern angeht. Einige besonders beeindruckende Beispiele werden hier dargelegt.

Chirurgie: In der Ausbildung nimmt dieses Fachgebiet neben der Inneren Medizin einen wichtigen Stellenwert ein, die Verdienst- und Aufstiegsmöglichkeiten sind in diesem Feld überdurchschnittlich günstig und das Bild vom operierenden Arzt ist sowohl in der Gesellschaft wie auch innerhalb der Ärzteschaft eines der prestigeträchtigsten überhaupt. Seit der Reglementierung der Facharzttitel im Jahre 1932 gab es in der Stadt Bern keine registrierte Chirurgin in der freien Praxis.⁴ Auch in schweizweiten Statistiken bringen es die Frauen in der Chirurgie nie über die 4%-Grenze.

Psychiatrie und Psychotherapie: Die PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen kämpfen seit der Existenz ihrer Disziplin dafür, als «richtige» ÄrztInnen angesehen zu werden. Seit das Einkommen der Ärzteschaft für die Schweiz statistisch erhoben wird (seit 1971), sind die Durchschnittsverdienste in diesem Bereich bis zu 50% geringer als ein mittleres ÄrztInneneinkommen. Besonders prekär ist die Einkommenssituation in der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie. Seit den 1940er-Jahren haben sich überdurchschnittlich viele Frauen zu Spezialärztinnen der Psychiatrie und Psychotherapie ausbilden lassen. In Bern sind seit etwa 1990 um die 35% Frauen auf diesem Gebiet tätig, was über 10% mehr sind als der Frauenanteil am selbstständigen Spezialistentum insgesamt.⁵

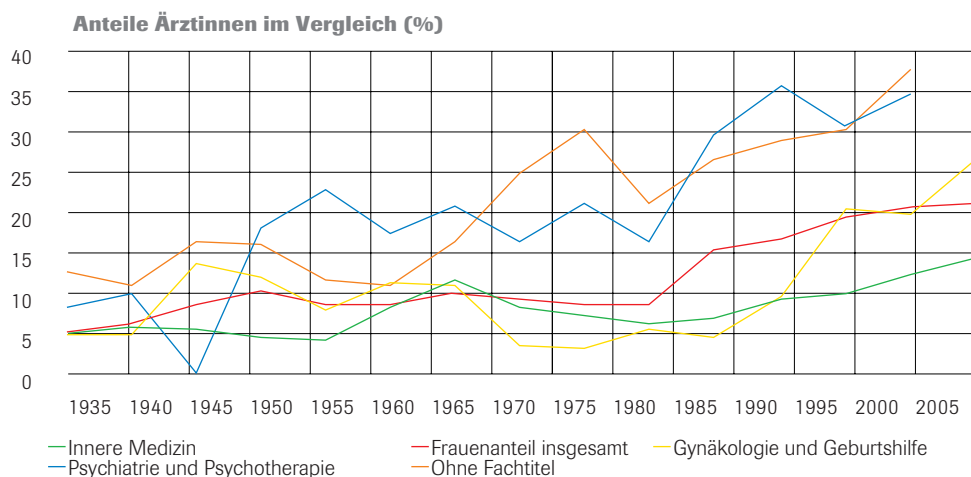
Untervertreten sind Ärztinnen von jeher in der *Inneren Medizin* und in der *Gynäkologie und Geburtshilfe*, beides ihrerseits wichtige Disziplinen, was deren Gewichtung in der Ausbildung zur MedizinerIn betrifft. Die Einkommen

in der Inneren Medizin entsprechen aktuell dem durchschnittlichen Ärztegehalt, und in der Gynäkologie liegen diese 20 bis 30% über dem Durchschnitt.

Überdurchschnittlich viele Ärztinnen sind (noch)⁶ in der freien Praxis tätig, *ohne* über einen *Fachärztinnen-titel* zu verfügen. In Bern sind über 40% der nicht spezialisierten MedizinerInnen Frauen.

Ein interessantes Beispiel bietet das Fachgebiet der *Otorhinolaryngologie*: In den Einkommenstabellen ist dieser Bereich hoch eingestuft und auf den ersten Blick sind in Bern ab den 1980er-Jahren viele (nämlich 20 bis 30%) Ärztinnen tätig. Allerdings zeigt sich beim genaueren Hinschauen, dass die meisten dieser Spezialistinnen sich mit Phoniatrie beschäftigen, während der Frauenanteil in der Hals- und Gesichtschirurgie wiederum sehr tief liegt. Aus den Einkommensstatistiken ist nicht ersichtlich, wie lukrativ diese beiden Schwerpunkte der Otorhinolaryngologie vergütet werden. In der Regel machen sich aber operative Tätigkeiten tendenziell besser bezahlt. Eine klare geschlechtsspezifische Arbeitsteilung zeigt sich also auch hier, sogar innerhalb eines Fachgebietes.

Eine Hierarchie zwischen den Geschlechtern macht sich heute eher in der ungleichen Verteilung von Frauen und Männern auf verschiedene (nicht gleichwertige) Arbeitsfelder bemerkbar als in offenen Verboten oder gesetzlichen Beschränkungen. Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern wurden also keineswegs abgeschafft, sondern nur die Kriterien und Merkmale der ungleichen Behandlung verschoben und gleichzeitig auch weniger sichtbar gemacht. Denn die Gründe, warum so wenige Frauen Chirurgen werden, sind schwer zu eruieren. Meistens wird den Frauen selbst die Schuld für ihre weniger erfolgreichen Karrieren zugewiesen. Diese Argumentation wird durch Beispiele einiger weniger Vorzeigärztinnen, «welche es ja geschafft haben», gestützt. Vernachlässigt wird dabei der Blick auf strukturelle Tatsachen, welche tendenziell Frauen im beruflichen Aufstieg behindern: fehlende Netzwerke, Benachteiligung bei Beförderungsverfahren, die Tatsache, dass Frauen auch ohne Kinder als potenzielle Mütter (und so-



mit nicht 100-prozentig zur Verfügung stehend) angesehen werden⁷, der Mythos der Notwendigkeit einer All- und Vollzeitbereitschaft und somit die Unvorstellbarkeit von Teilzeitarbeit, Doppelbelastung durch Familie und Kinder und fehlendes Engagement der Partner in Familie und Haushalt.⁸

Erklärungen für die aufgezeigten Hierarchisierungsprozesse sind nicht einfach zu erbringen. Einerseits sind diese komplexer und eher versteckter Natur, andererseits sind in diesem Forschungsfeld noch zu viele Lücken zu beklagen, als dass schon abschliessende Schlüsse gezogen werden könnten. Allgemein gilt festzuhalten, dass Hierarchien in der Arbeitswelt tendenziell geschlechtlichen Charakters sind.⁹ Dies gilt auch in der Medizin, wo Frauen eher die schlechter bezahlten und weniger angesehenen Arbeitsfelder besetzen und sich kaum den besser gestellten Spezialgebieten zuwenden. Um diesem Strukturierungsmechanismus entgegenzuwirken, sind eine grundsätzliche Abflachung der innerberuflichen Hierarchie und ein Ausgleich der bestehenden massiven Unterschiede in den Verdienstmöglichkeiten der chirurgisch tätigen und der nichtinvasiven Disziplinen anzustreben. Auch durch eine veränderte Schwerpunktsetzung in der Ausbildung könnte eine Umgewichtung stattfinden.

Präsidenten der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern 1809–2009

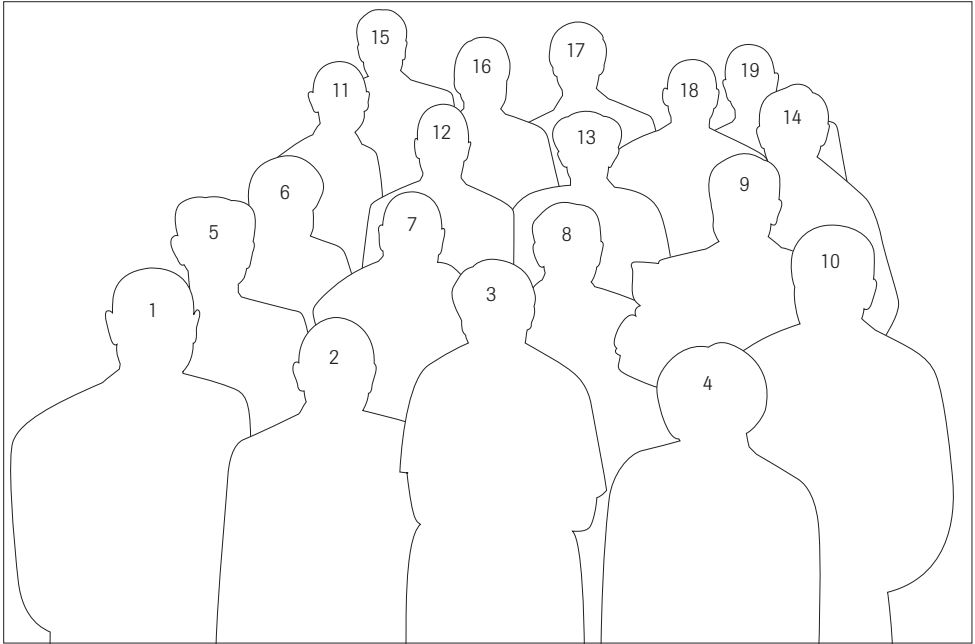
1809 – 1812	Prof. Rudolf Abraham von Schiferli (1775–1837)
1812 – 1816	Prof. Samuel Albrecht Tribolet (1771–1832)
1816 – 1820	Dr. Daniel Gottlieb Benoit (1780–1853)
1820 – 1823	Prof. David Rudolf Isenschmid (1783–1856)
1823 – 1829	Dr. Friedrich Jakob Lutz (1785–1861)
1829	Prof. Dr. Johann Schnell (1793–1865)
1829 – 1833	Karl Wilhelm Flügel (1788–1875) (Dr. med. h. c. 1835)
1833 – 1837	Prof. Johann Jakob Hermann (1790–1861)
1837 – 1840	Prof. Emanuel Eduard Fueter (1801–1855)
1840 – 1843	Dr. Emanuel Dürr (1801–1888)
1843 – 1849	Prof. Emanuel Eduard Fueter (1801–1855)
1849 – 1850	Prof. Friedrich Miescher (1811–1887)
1850	Prof. Emanuel Eduard Fueter (1801–1855)
1851 – 1854	Dr. Samuel Lehmann (1808–1896)
1854 – 1855	Prof. Emanuel Eduard Fueter (1801–1855)
1855 – 1857	Dr. Abraham Franz Beat von Tscharnar (1817–1894)
1857 – 1859	Prof. Daniel Jonquière (1821–1899)
1859 – 1880	Dr. Johann Rudolf Schneider (1804–1880)
1880 – 1890	Prof. Theodor Kocher (1841–1917)
1890 – 1892	PD Dr. Paul Niehans (1848–1912)
1892 – 1897	Dr. Albert Wytttenbach (1833–1905)
1897 – 1901	Prof. Fritz Dumont (1854–1932)
1901 – 1905	Dr. Wilhelm Ost (1853–1922)
1905 – 1910	PD Dr. Rudolf Dick (1851–1913)
1911 – 1916	Prof. Wilhelm Lindt (1860–1916)
1917 – 1919	Dr. Franz Ganguillet (1855–1930)
1919 – 1921	Prof. Fritz Steinmann (1872–1932)
1921 – 1942	Prof. Hans Guggisberg (1880–1977)
1942 – 1951	Prof. Marcel Dubois (1893–1966)
1951 – 1955	Dr. Hans Büchler (1904–1955)
1956 – 1964	Prof. Johann Jakob Kuske (1909–1970)
1965 – 1966	Dr. Kurt Schnetz (1920–)
1967 – 1973	Dr. Hans Kipfer (1916–1993)
1974 – 1975	Dr. Fritz Jaggi (1918–1975)

1976 – 1981	Dr. Rolf Peter Maeder (1933–1997)
1981 – 1991	Dr. Walther Flury (1926–2008)
1992 – 2000	Dr. Reinhold Streit (1934–2002)
2001 –	Dr. Jürg Schlup (1955–)

Vorstand der Ärztegesellschaft des Kantons Bern 2008



Aufnahme vor dem Sit-
zungslokal, dem Land-
gasthof Schönbühl
(Fam. O. Gerber-Fuhrer)



1 Dr. med. Hans-Werner Leibundgut

2 Dr. med. Andreas Bieri

3 Dr. med. Daniel Marth

4 Frau Piroschka Wolf

5 Dr. med. Roland Brechbühler

6 Dr. med. Beat Gafner, Vizepräsident

7 Prof. Dr. med. Hans Gerber

8 Dr. med. Peter Baumgartner

9 Dr. med. Jürg Schlup, Präsident

10 Dr. med. Christian Gubler, Vizepräsident

11 Dr. med. Thomas Heuberger

12 Dr. med. Lars Frauchiger

13 Prof. Dr. med. Heinz Zimmermann,
wissenschaftlicher Sekretär

14 Dr. med. Marcel Stampfli

15 Dr. med. André Roten

16 Dr. iur. Thomas Eichenberger

17 Marco Tackenberg

18 Dr. med. Rainer Felber

19 Dr. med. Beat Geering

Es fehlen:

Dr. med. Manfred Studer

Prof. Dr. med. Martin Täuber

Gegenwart und Zukunft

**Grundsätzliches, Bedenkens-
wertes und Erheiterndes zur Me-
dizin und deren Protagonis-
ten, verfasst von Mitgliedern der
bernischen Ärztesgesellschaft**



Der Zufall ist die in den Schleier gehüllte Notwendigkeit

(Marie von Ebner-Eschenbach, 1830–1916)

Christine Aebi-Ochsner



Das Alphabet unserer Grossmütter, die drei grossen K, die für Kinder, Küche, Kirche standen, hat auch Gültigkeit für mich – sofern man zwei Ks durch Kunst und Karriere ersetzt und mit den Kindern nicht nur meine eigenen meint. Das Mit- und Nebeneinander der drei K ist eine Lebensphilosophie, die mit einem glücklichen Schicksal und dem richtigen Partner funktioniert – und dank dem, dass ich immer wieder an wichtigen Weggabelungen meines Lebens den Mut hatte, Herausforderungen anzunehmen. So ist meine Geschichte, ob als Ärztin, Mutter und Ehefrau oder Künstlerin, auf typische Weise untypisch weiblich.

Dass ich Medizinerin werden will, wusste ich bereits, als ich sieben Jahre alt war. Das war in den 50er-Jahren. Wie viel – oder wie wenig – sich seither geändert hat, zeigt das Votum eines meiner kleinen Patienten, der mir kürzlich gesagt hat: «Was, du bist Arzt, der Doktor ist doch ein Mann.»

Während meiner Studienzeit in Bern waren die Kollegen auch deutlich in der Überzahl. Ich verlangte aber immer gleich behandelt zu werden wie die Männer. Auch als ich gegen Studienende mit einer Gruppe Kollegen für ein Jahr nach Äthiopien ging. Es war die Zeit der Revolution nach dem Sturz Haile Selassies. Wir stiessen an unsere Grenzen, physisch und psychisch. Das Arbeiten in der Wüste, der Wassermangel – es war eine harte Zeit. Aber auch eine wichtige und vielleicht wegweisende Zeit für meine Zukunft.

Wieder in Bern, fand ich in der Pathologie der Uni Bern eine Stelle. Dank den Erfahrungen in Äthiopien bestand ich den Härtetest, den sich die Kollegen am ersten Tag mit mir leisteten, in dem sie mir eine besonders schlimm zugerichtete Leiche «servierten». Danach war ich akzeptiert. In Erinnerung geblieben sind mir auch

die Fahrten zu Autopsien in den Jura – mit meinem 2CV. Denn teure Autos mit Berner Nummernschildern waren zu jener Zeit im «Jura libre» gar nicht gern gesehen.

In dieser Zeit heiratete ich den Chirurgen Max Aebi und wir entschieden uns für eine Familie. Mit dem Kinderentscheid fiel auch der Karriereentscheid. Dass ich weiter arbeiten würde, stand nicht zur Diskussion, wohl aber die Fachrichtung. So entschied ich mich der eigenen Kinder wegen für Pädiatrie und nicht für plastische Chirurgie.

Der Pathologie folgte die Kinderchirurgie. Da ich keine Karriere als Chirurgin anstrebte, wurden mir die Hydrocephalus- und Spina-bifida-Kinder zugeteilt, eine von meinen Kollegen ungeliebte Sprechstunde im Keller des damaligen Jennerspitals. Ich begann die Sprechstunde mit einiger Skepsis, bald aber wuchsen mir die chronisch kranken Kinder und ihre Eltern ans Herz. Die Örtlichkeiten dieser Sprechstunden grenzten an die der Endokrinologie und Diabetologie, damals von Klaus Zuppinger geleitet. Er wurde mein Mentor und Freund, der mir in der damals sehr patriarchalisch strukturierten Medizin eine andere Art des Praktizierens beibrachte und vorlebte: die des Lehrers, der seine Patienten als wichtige Partner in der Krankheitsbewältigung wahrnahm.

Im Kinderspital Aarau, meiner nächsten Station, wo ich 1980 den Facharztstitel für Pädiatrie erlangte, führte ich die Sprechstunden für pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie ein, wie ich sie bei Klaus Zuppinger kennengelernt hatte. Es war Zufall, dass ich meine Arbeit dort mit einem Diabeteslager begann. Weil sich niemand anders fand, der das Lager drei Wochen begleiten wollte.

1980 wurde Sohn Samuel geboren. Mit ausschliesslicher Spitalarbeit war die Familie nicht vereinbar. Die Lösung war eine Praxis in Olten. Zentral gelegen auch für meinen Mann. 1982 wurde Tochter Eva geboren. Bei der Praxiseröffnung kam mir wieder der Zufall zu Hilfe. Im Kanton Solothurn bestand zu dieser Zeit ein Zulassungsstopp für Kinderärzte, aber am Kantonsspital Olten wurde ein Pädiater mit Neonatologieerfahrung gesucht.

So konnte ich meine eigene Praxis eröffnen und daneben die Neugeborenen betreuen. Die Kombination Kinderendokrinologie, Neonatologie und Pädiatrie führte mich zu den mir noch heute sehr wichtigen Gender Studies.

Die Geburt von Kindern mit nicht erkennbarem Geschlecht ist für die Eltern ein Schock, in unserer Gesellschaft etwas, das es nicht geben darf. Früher entschied der Arzt sofort über das Geschlecht, zum Teil mit fatalen Folgen für das spätere Leben des Kindes. Mit der von Zuppinger gelernten Demokratisierung und vielleicht weil ich eine Frau bin, setze ich mich dafür ein, dass die Kinder in einem sorgfältigen Entwicklungsprozess ihre Identität finden können.

Für unsere Familie stand 1991 ein entscheidender Schritt an. Max, mein Mann, wurde nach Montreal berufen. Wir entschieden uns auszuwandern. Entgegen dem schweizerischen, erlaubt es das kanadische Schulsystem beiden Eltern zu arbeiten. Mein Mann nahm die Berufung denn auch nur unter der Bedingung an, dass ich eine Arbeitserlaubnis erhalte. Wiederum ein Zufall wollte es, dass die Stelle des Leiters der Kinderdiabetologie am Kinderspital der McGill-Universität schon seit längerer Zeit vakant war. So konnte ich dank meiner Vorbildung kurz nach der Ankunft in Kanada diese Stelle als Assistant Professor antreten. Eine Beförderung zum Associate Professor erfolgte nach fünf Jahren.

In Kanada konnte ich mich vermehrt meiner zweiten Neigung, dem Kunsthandwerk, widmen. Ich male nicht nur Bilder, sondern fülle mit Fundsachen kleine und grosse Kästen und gestalte mit verlorenen Dingen neue Werke. Ich fühlte mich unter den Künstlern akzeptiert und aufgehoben. Rasch stellte ich in Gruppen und einzeln aus. Dort knüpfte ich auch erste Kontakte zu Mexiko, wohin ich mich noch heute zurückziehe, um zu malen.

Im mir eigenen Rhythmus von sieben bis zehn Jahren folgte der nächste Entscheid 1998. Diesmal galt es an die Zukunft der Kinder zu denken. Samuel und Eva gingen im Abstand eines Jahres in ein Internat an den Bodensee, um ihr Abitur zu machen. Heute studieren beide in Berlin. Ich meldete mich auf die ausgeschriebene Stelle in Biel.

Mein Mann kam kurz darauf ebenfalls zurück, um in Bern zu lehren und zu praktizieren.

Als ich 1998 die Wahl zur Chefärztin am Kinderspital Wildermeth annahm, war das politische Klima sehr gespannt. Man sagte dem Spital den Untergang voraus. Die Regierung entschied sich aber für uns, es erfolgte 1999 die Integration ins Spitalzentrum, die nun mit dem Bezug des Neubaus der Kinderklinik am 10. März 2008 auch baulich abgeschlossen wurde.

Wenn ich zurückblicke auf mein berufliches Leben: es wurden mir immer sogenannte schwierige Stellen angeboten, die entweder einen schlechten Ruf hatten, scheinbar kaum zu managen waren oder vor dem Aus standen. Aber alle diese Stellen hatten ein grosses Potenzial und entwickelten sich aktiv und zukunftsweisend.

Ich bin ein Optimist, ein Mensch der seitlich denkt, ich versuche Probleme in einer anderen Denkweise zu lösen, als sie entstanden sind. Nicht umsonst gefallen mir Flohmärkte, Rost, Gebrauchtes: um Neues zu erschaffen. Ob mit Dingen oder Menschen. Ich versuche Gegebenheiten zu akzeptieren und sie subversiv kreativ zu verändern, um Schönes zu erschaffen. Deshalb wohl vergleicht mich mein Mann mit einem Skarabäus.

Die Beziehung zwischen Preis und Leistung

Esther Fischer-Homberger



Seit der Ärztestand auch in der eigenen Wahrnehmung zur Interessengruppe, die «Heilkunst» zu «medizinischer Kompetenz», die ärztliche Praxis zum Unternehmen, die ÄrztInnen zu Anbietern und die PatientInnen zur Kundschaft geworden sind, wird auch im Gesundheitswesen mit suggestiv-beruhigender Selbstverständlichkeit vom «Preis-Leistungs-Verhältnis» gesprochen.

Die Arzt-Patienten-Beziehung lässt sich somit als Geschäftsbeziehung verstehen. So scheint es endlich möglich, ja einfach geworden zu sein, zu ermitteln, wie viel welche ärztliche Leistung wert ist. Schluss also mit inneren und äusseren Konflikten wegen Rechnungen, Schluss mit Schuldgefühlen und Ressentiments wegen ärztlicher Gewinne auch bei therapeutischen Niederlagen oder weil arme Kranke durch Geldforderungen zusätzlich gekränkt werden. Schluss mit undefinierbaren Berücksichtigungen besonderer Verhältnisse im Rahmen finanzieller Regelungen. GesundheitsexpertInnen können jetzt nach Aufwand Rechnung stellen und bezahlt werden, ob nun das Resultat den Aufwand wert gewesen sei oder ob ein Vermögen nicht genüge, es zu honorieren. Die heikle Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen – kurz und altväterisch: *Arzt-Patienten-Beziehung* – hat sich mit ihrer Einordnung ins nationalökonomische Koordinatensystem in gewissem Sinne beruhigt.

Aber Unruhe charakterisiert den Handel um leibliches Wohlergehen und Erhaltung menschlichen Lebens von alters her und nach wie vor. Beziehungen können stabil sein, statisch sind sie nie. Und gerade im Rahmen des Geschäfts mit Heilung gehen die Dynamik der Beziehung zwischen den HandelspartnerInnen und die inhärente Problematik des Mediums Geld eine besonders explosive Mischung ein. Die Heilkunst arbeitet häufig und wesentlich da, wo es um körperliches Befinden und

körperliche Integrität geht, zuweilen nackt um Leben und Tod. Das ist ein intimes, emotional und sozial zentrales Arbeitsfeld. In diesem Feld kann das Preis-Leistungs-Verhältnis ausser Proportion geraten und ist die Vertrauensbeziehung zwischen den Parteien durch das Geld, welches vom Hier und Jetzt abstrahiert, besonders gefährdet. Entsprechend altbekannt ist gerade den ÄrztInnen die Problematik des Tauschs von Geld gegen Lebens-Wichtiges.

Und entsprechend gross ist da das Bedürfnis, den leidigen Akt des Tauschens von ärztlicher Bemühung um psychophysisches Wohl gegen Geld normativ zu regeln. Mannigfaltig sind die Vorrichtungen, welche Recht und Sitte im Lauf der Zeiten zum Aufbau und Schutz eines tragenden gegenseitigen Vertrauens errichtet haben.

Eine davon ist der geldlose Verkehr, wie ihn etwa heilkundige Geistliche oder ärztliche Heilige beiderlei Geschlechts praktizierten, die um Gottes Lohn arbeiteten – wie immer dieser sich realisierte. Anstellungen ärztlich Tätiger zu festen, allenfalls von dritter Seite entrichteten Löhnen – zum Beispiel als Spital-, Stadt- oder Leibärzte – stehen ebenfalls im Dienst der Konfliktvermeidung. Der geldlose Verkehr kann vergessen und verleugnen machen, dass ärztliche Arbeit nicht nur dem Leben und Überleben der Kranken, sondern auch demjenigen der Heilkundigen dient. Das ärztliche Interesse an Kranken als Verdienstmöglichkeit, welches für diese zum Quell von Angst werden kann, bleibt im Rahmen dieses Konzepts möglichst unbeachtet. Mit Vorliebe wird es auf die als habgierig betrachtete unorthodoxe Konkurrenz projiziert, auf die Kurpfuscher und Marktschreier, die ihres Lohns nicht wert seien.

In der Privatpraxis liegen gegenseitige Ausbeutungsgelüste und -ängste, Abhängigkeiten, Neid, Vorspiegelungen und eine Tendenz zu unberechenbarem Geldverhalten deutlicher zutage als etwa an öffentlichen Spitälern, ebenso wie beidseitige Verschmelzungswünsche und Impulse, zu schenken statt harte Leistung gegen kaltes Geld zu tauschen. Seit einigen Generationen entschärfen freilich Versicherungen und Tarifordnungen die Situation, indem sie zwischen den Parteien

einen kontrollierbaren, unpersönlichen Raum schaffen, im Rahmen dessen ärztliche Honorarforderungen berechen- und kontrollierbar sind. Die Asymmetrie aber, die sich hinter dem Anschein einer offenen Handelsbeziehung zwischen ärztlich Tätigen und Kranken etabliert hat, kann besonders den PatientInnen nicht verborgen bleiben. Wenn's so einfach ums Geschäft ginge, schreibt die krankheitserprobte Autorin Maja Beutler, so müsste sie «als Königin Kundin» ja umworben werden. Etwa erwartete sie «Treueprämien oder zumindest Schnäppchenangebote, beispielsweise jede 10. Konsultation zum halben Preis». Demgegenüber erlebt sie sich als Patientin in der Position einer Bettlerin (einer «Gesundheitsbettlerin») – und eiskalt präsentiert man ihr vor jeder Operation einen Revers, den sie unterschreiben müsse. Auch der freie Markt hat die Quadratur des Kreises – die Übereinstimmung von errechenbarem Geldbetrag und beziehungsweisem Wert – nicht gefunden.

Kranke als Verdienstmöglichkeit

Ebenso wie der geldlose Verkehr kann marktwirtschaftliches Denken bis zu einem gewissen Grade der Konfliktvermeidung dienen. Dient der geldlose Verkehr der Verdunkelung des ärztlichen Interesses am Verdienst, können Geldverkehr und Vertrauen in die Weisheit des Marktes vergessen und verleugnen machen, dass der Markt ärztliche Leistung nicht in erster Linie nach deren Nutzen für die Kranken honoriert, dass andererseits ärztliche Arbeit gleichwohl immer wieder dem Wohl der Kranken dienen will. Haben die alten Ärzte ihre Freude am tüchtigen Gelderwerb gerne hinter ihrer Hingabe an ihre Kranken verborgen und auf heilkundlich tätige Marktschreier projiziert, scheinen die neuen Kollegen das Schreien auf dem Markt und das Schweigen über ihre allfällige Freude am Helfen als Teil ihres Berufs, wenn nicht gar der ärztlichen Ethik zu begreifen.

Die Schwierigkeit, die Preisbildung in der Heilkunst über einheitliche Leisten zu schlagen, weist auf eine wohlbekannte grundsätzliche Schwierigkeit menschlicher Ökonomien hin, die alles Rechnen nicht löst. Am

ärztlichen Geldverdienens wird einfach besonders deutlich sichtbar, wie problematisch der Tausch von Leben, Fortleben, Nahrung, Beziehungsfähigkeit, Emotionalität usw. gegen das Resultat einer Abstraktion von alledem ist; wie unmöglich (wiewohl täglich praktiziert) es im Grunde ist, einmaligen und unersetzlichen Wert in die endliche Menge eines universellen Tauschmittels zu konvertieren und zutiefst als eigen erlebtes Dasein zu vermarkten. Die Problematik dieses Tauschs macht das Geburtsgebrechen, aber auch das kulturschaffende Genie, den Sinn und den Irrsinn des Geldes aus.

Geld ist Macht

Geld verheißt, nach Massgabe seiner Menge, Macht: situations- und beziehungsunabhängige Verfügungsgewalt über Leben, Nahrung, Beziehung, Fortleben. Und für den Mann, der bezüglich eigener Kinder von der gebärenden und nährenden Partnerin notorisch abhängig ist (oder doch bislang war), insbesondere: Macht über das Herzstück des Lebens, die kinderzeugenden und -hegenden Frauen. So besehen wäre es kein Zufall, dass die Kaurimuschel, die als eine Frühform von Geld gilt, an ein weibliches Genitale und, vor allem, oberseits an einen schwangeren Bauch erinnert. Gleichwohl können doch Leben und Liebe mit Geld nicht bezahlt werden, und die persönliche Unsterblichkeit: man kann sie nicht ins Grab nehmen. Oder doch? Kraft moderner Biotechnologien? Was ist nicht käuflich? Ein von Sinnlichkeit nicht abstrahierendes Dasein vielleicht, im Hier und Jetzt? Aber was versprechen denn unsere Erlebnis- und Unterhaltungsindustrien anderes, und, etwas mehr auf Nachhaltigkeit bedacht, alle, die sich gegen Geld um das psychophysische Wohl ihrer Kundschaft kümmern? Was hindert uns in einer Zeit, die selbst das Einkaufen als Erlebnis verkauft, auch den Gang zu Arzt oder Ärztin als Erlebnis anzupreisen?



Der Heilgott Asklepios auf einer Münze aus Epidauros.

Bleibt irgendetwas nicht-käuflich? Was gibt es jenseits der Verführung? Einen Bezug vielleicht zur Welt, der nicht so gierig wäre, wie es das Geld nahelegt, eine Neugier, die Geld nicht nur zählte, sondern wieder auf seinen Geruch hin prüfen würde?

In seiner beziehungsflüchtigen Abstraktheit verkörpert das Geld in gewissem Sinne den doppelgesichtigen Mythos von der Macht. Im psychosozialen Raum bedeutet Macht: Beziehungen nach Belieben aufnehmen oder abbrechen können, ohne derartiger Beliebigkeit selber ausgesetzt zu sein. Macht bedeutet aber auch Isolation und Gefangenschaft in der eigenen Position – Kontrolle beengt und exponiert nicht nur andere, sie beengt und exponiert auch die Kontrollierenden. Viele Märchen, Geschichten und Romane erzählen davon, wie Menschen infolge der Berührung durch das Geld sich auf unheimliche Weise verändern und wie sich menschliche Beziehungen im Kraftfeld des Geldes auf Herrschen und Beherrschtwerden, Fressen und Gefressenwerden, Aussaugen und Ausgehöhltwerden reduzieren können. Leicht wird Geld zum Suchtmittel, das auch – gerade auch – in immerzu steigenden Dosen nie reicht, die Angst vor dem Absturz stillzulegen.

Verständlich, dass der Tausch von Leben, Fortleben, Wohlbefinden gegen Geld, wie er im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung stattfindet, ein besonderer Quell von Missbehagen und Ängsten ist, besonders spürbar für die PatientInnen. Verständlich, dass Kranke sich für das Geldverhalten ihrer Ärzte vital interessieren: Ärzte, die zu Geld einen süchtigen Bezug unterhalten, müssen sie fürchten wie den Tod, in der klarsten Preis-Leistungs-Rechnung sehen sie dann nur die durchsichtige Maske der Gier. Ungern legt man sein leibliches und emotionales Inneres in die Hand von Unersättlichen.

Kein Wunder, dass die ärztliche Ökonomie trotz aller Vorkehrungen immer wieder Misstrauen erregt und droht, aus ihren rationalen Fugen zu geraten. Denn Geld ist ein zentrales Medium menschlicher Beziehungen und lässt sich aus denselben nicht herauslösen. Zwar scheint es in gewissem Sinne gerade als Lösungsmittel erfunden worden zu sein – Geld macht unabhängig, wer bezahlt hat, ist den VerkäuferInnen nichts mehr schuldig. Aber auch Unabhängigkeit gibt es nur auf der Folie grundsätzlicher Bezogenheit. Geld gehört in den Kontext komplexer menschlicher Beziehungen und nicht umgekehrt. Das ist in der ärztlichen Praxis spürbarer als im Warenhaus

und gehört zum alten Wissen heilberuflich Tätiger. Je emotions- und körpernäher unser Bezug zu Gekauftem ist, desto mehr Bindung an dessen Herkunft bleibt eben auch nach abgeschlossenem Kauf-Verkauf bestehen – Souvenirs wären sonst keine Souvenirs und Schmerzensgeld würde Schmerz beseitigen. Wenn also Arzt, Hebamme und Pflegende als quasi verwandte «Schwester», Wehen-«Mutter» oder halb scherzhaft «Onkel Doktor» vorgestellt werden, ist zum Ausdruck gebracht, dass zwischen ihnen und ihrer Klientel eine Bindung bestehe, die mit einem rein marktökonomischen Bezug nicht gegeben wäre. Die Schattenseite der familiären Bindung, aus welcher sich die Beteiligten mit Hilfe einer klaren Geldrechnung allenfalls gerne herauslösen möchten, ist damit nicht bewusst angesprochen.

Tatsächlich sagt die Sprache einiges über die Beziehungsaspekte des Geldes aus – sie bleibt damit aber vielfach unverstanden. Vielleicht hilft es, wieder etwas weniger zu rechnen als zu lesen. Geschichte und Geschichten können begreifen helfen, was unter der glatten, unauffällig abweisenden Oberfläche an unhinterfragten Selbstverständlichkeiten verborgen ist.

Unsere Worte erinnern vieles, was das Zahlen und Zählen hat vergessen lassen: dass das Geld nur eine Sonderform des Geltenden, Ökonomie nur Teil eines Haushaltes ist und dass «Vermögen» mit «Fähigkeit» zu tun hat; dass es eine Frage wert bleibt, ob wir verdienen, was wir verdienen; dass Schuld durch Geld nicht notwendig getilgt wird und Kreditwürdigkeit nicht immer Vertrauenswürdigkeit bedeutet. Und: dass auch Preis und Leistung in komplexen Beziehungen – zwischen Anbietenden und Kaufenden – wurzeln, die in Dollar, hervorgebrachten Sachgütern oder Dienstleistungen nur bedingt gemessen werden können.

Der Preis nämlich ist mit Lob, Lobpreisung, Ehrung so eng verwandt wie das Honorar mit der Ehre. So verstanden wird ein Preis vielfach eben gerade nicht in Geldwährung entrichtet, sondern in Geschenkform, in Form von vergoldeten Pokalen, Lorbeeren, oder einfach Freundlichkeit. Und während beim Entrichten eines Preises der eine abgibt und der andere gewinnt, gewinnen

im Preis beide. Um den Preis freilich einer nicht notwendig erwünschten, offenkundig fortbestehenden Bindung. Manche Geschenke werden daher besser nicht angenommen.

So geht es beim Bemessen des Werts ärztlicher Leistungen um ein subtiles Gleichgewicht von Preis und Preis.

Und die Leistung? Sie leitet sich von Schusters Leisten ab, jenen aus Holz oder Metall nachgebildeten Füßen, den Modellen, die dem Meister dazu dienen, seiner Kundschaft auch in deren Abwesenheit passende Schuhe anzumessen. Denn «leisten» bedeutet ursprünglich eigentlich «einer Spur nachgehen, nachspüren», befolgen, Gefolgschaft leisten. Zu den entfernteren Verwandten der «Leistung» gehören die «Geleise», die alten Radspuren, die erst mit der Erfindung der Eisenbahnen zu vorgegebenen Schienen erstarrt sind, ebenso: «lehren» sowie «lernen» im Sinne von «durch Nachspüren wissend machen» und «wissend werden». So sind des Schusters Leisten den Fussspuren seiner Kundschaft buchstäblich nachgespürt und versteht sich des Handwerkers dienende Leistung, die durchaus ihren Preis verdient, als kreative, eigenständige Bezugnahme auf einen fremden Fuss. Ein guter Schuster hat natürlich viele Leisten, und daran, dass er für jeden Fall den angemessenen wählt, zeigt sich seine Qualität. Schlüge er alles Leder über denselben Leisten, würden die meisten von seinen Schuhen drücken und wäre seine Leistung den Preis nicht wirklich wert.

Das Ziel der Medizin und die Aufgaben und Pflichten der Heilkundigen

Max Geiser



Die Geschichte der Medizin ist bis ins 19. Jahrhundert weit weniger rühmlich als diejenige der Physik, Chemie, Astronomie, Architektur und Kunst. Während Jahrtausenden wagten die Ärzte nicht, die Wirksamkeit von traditionellen Behandlungspraktiken und das Dogma anzuzweifeln, dass jede Krankheit unbehandelt fatal ende und deswegen jede Gesundheitsstörung mit irgendetwas behandelt werden müsse. Die Hippokratiker distanzieren sich vor 2500 Jahren von heilerischen Marktschreibern und formulierten in einem Eid kurz und klar die Anforderungen für ein vernünftiges, mitmenschliches Verhalten der Akteure im Gesundheitswesen, die bis heute respektabel sind. Aber abgesehen von der Behandlung von Verletzungen und Abszessen, betrieben sie mangels Kenntnissen in Anatomie, Physiologie, Pathologie und der Krankheitsursachen eine Heilkunde, die aus heutiger Sicht als Quacksalberei beurteilt werden muss.¹ Der von Politikern und Naturheilern gerne als revolutionärer Arzt gelobte Paracelsus (Philipp Aureolus Theophrast Bombast von Hohenheim, 1493–1541) strebte wohl eine Reform der Medizin an und bekämpfte die damalige zu Recht als Schulmedizin bezeichnete Heilkunde, die noch die Viersäftelehre Galens vertrat. Paracelsus war aber selbst ein Dogmatiker und vertrat eine spekulative Kosmologie und Anthropologie mit astrologischen und okkultistischen Elementen. Er bewirkte deswegen keine Abkehr von der durch fehlendes Wissen bedingten Irrationalität, die die Heilkunde seit Jahrtausenden beherrschte. Erst im Laufe des 19. Jahrhunderts gelangten vor allem klinisch tätige Ärzte in Europa und den USA zur Erkenntnis, dass der grösste Teil der bisher betriebenen Medizin aus Unsinn bestand und dass viele Krankheiten unbehandelt den besseren Verlauf nehmen. Einzig die mitmenschliche Zuwendung und gute Pflege

durch selbstlose Mitmenschen waren wirksam und unverzichtbar. Sie bewirkten, dass die bis ins 19. Jahrhundert hinein oft mehr Schaden als Nutzen stiftenden Heilkundigen nicht gänzlich in Misskredit gerieten. Denn es war bis ins 19. Jahrhundert hinein vernünftiger, die nach dogmatischen Schulmeinungen handelnden Ärzte zu meiden und sich auf das Selbstheilungs- und Regenerationspotenzial des menschlichen Organismus und auf die verständnisvolle Zuwendung und Pflege durch Angehörige und selbstlose Mitmenschen zu verlassen, d. h. auf die damals mögliche Palliativmedizin.

Die Beseitigung des Dogmas, dass jede Gesundheitsstörung nach traditionellen Ritualen behandelt werden müsse, wirkte sich revolutionierend auf die Heilkunde aus und bedeutete den Anfang der modernen Medizin. Der genauen Beobachtung und Beschreibung des natürlichen Verlaufes der Krankheiten folgte die Suche nach den Krankheitsursachen (Ignaz Semmelweis, 1818–1865). Seit Ende des 19. Jahrhunderts wurden die mikrobiologischen Grundlagen für die erfolgreiche Behandlung und Verhütung vieler, oft fatal endender Krankheiten, vor allem von vielen Infektionskrankheiten, geschaffen.² Die zu Beginn des 20. Jahrhunderts betriebene Medizin war jedoch nach der Darstellung des Schweizer Psychiaters Eugen Bleuler immer noch stark vom Wunsdenken der Patienten und mangelnder Wissenschaftlichkeit der Ärzte beherrscht.³ Bleuler rief zur Überwindung des irrationalen, dogmatischen Denkens, das er vom kausalverstehenden Denken der Naturwissenschaftler unterschied, in der Medizin auf, damit eine der wichtigsten wissenschaftlichen Disziplinen auf die Höhe der anderen Naturwissenschaften gebracht werde.

Der therapeutische Durchbruch erfolgte in der vierten Dekade des 20. Jahrhunderts mit der Einführung der Sulfonamide und des Penicillins. Nun konnten die Ärzte erstmals Krankheiten heilen und gewannen dadurch an Ansehen.

Am Anfang des Weges zum Ziel der Medizin

Dank dem revolutionären Wandel der Heilkunde auf der Basis der Erforschung der Natur innerhalb und ausserhalb der Lebewesen unseres Planeten und der vielen Krankheitsursachen sind in den zivilisierten Industrieländern während der kurzen Zeit von 100 Jahren viele Seuchen, Diphtherie, Tetanus, Tollwut und Poliomyelitis praktisch verschwunden. Tuberkulose, Lepra, Malaria, Osteomyelitis, Vitaminmangelkrankheiten, Struma und Karies sind in die Schranken gewiesen worden. Der Befreiung von bösartigen Tumoren, Demenz, Parkinson und Diabetes ist die Medizin heute bereits viel näher als vor nur 30 Jahren. Die Folgen von noch unheilbaren Krankheiten und nicht verhüteten Verletzungen, die im Krieg, im Verkehr und beim Sport entstehen, konnten erträglicher gemacht werden. Auch das Sterben wurde durch Milderung von Schmerzen und Angst erleichtert. Die revolutionär gewandelte Medizin hat somit in der kurzen Zeit von einem Jahrhundert zu einer spektakulären Verbesserung der Gesundheit aller Menschen unabhängig vom Alter, von Begabung und sozialem Status geführt, sodass behauptet werden darf, dass kein anderes Gebiet menschlicher Tätigkeit mehr zur Verbesserung der *condition humaine* beigetragen hat als die das kausalverstehende Denken beherrschende Medizin. Das Ziel dieser revolutionierten, sich zunehmend vom irrationalen Denken befreienden Medizin, den Homo sapiens zu einer von allen Seuchen und quälenden Krankheiten befreiten Species zu machen, liegt noch in weiter Ferne.⁴ Aber es trifft keineswegs zu, dass sich die Krankheiten heilende, verhütende und eliminierende Medizin ihren Grenzen näherte und dass jede eliminierte Krankheit durch eine andere ersetzt werde. Solche Behauptungen sind Ausdruck von Resignation und Ungeduld und der Deutung von Krankheit als Strafe Gottes. Sie übersehen die Tatsache, dass die naturwissenschaftlich fundierte Medizin noch sehr jung ist und sich erst am Anfang des Verständnisses des Zusammenspiels der Zellen und des Lebens im molekularen Bereich befindet.

Ermahnungen zur Überprüfung der Wirksamkeit von medizinischen Massnahmen

Nach den Ermahnungen Bleulers wurde im Laufe des 20. Jahrhunderts noch mehrfach auf die Notwendigkeit hingewiesen, Heilung und Verhütung von Krankheiten versprechende Massnahmen auf ihre tatsächliche Wirksamkeit zu überprüfen.⁵ Denn es besteht kein Zweifel darüber, dass der Aberglaube nicht nur bei den traditionellen, aus der vorwissenschaftlichen Ära der Medizin stammenden Heilpraktiken sein Unwesen treibt, sondern dass Irrwege und Trugschlüsse auch die revolutionierte Medizin belasten.⁶ Der Leistungskatalog der Gesundheitswesen ist nicht rigoros genug auf Wirksamkeit und Notwendigkeit geprüft, obwohl dies in der Schweiz in Art. 32 KVG gefordert wird. Gesundheitswesen dürfen wegen ihrer besonderen Wichtigkeit im privatesten Bereich des Individuums, seiner Gesundheit viel kosten, könnten jedoch wesentlich billiger betrieben werden, wenn die Vernunft das utopische Denken in Form der Ausweitung des Gesundheitsbegriffes über die Abwesenheit von quälenden Krankheiten hinaus auf das subjektive «Wohlbefinden» verdrängen würde.⁷

Die Aufgaben und Pflichten der Heilkundigen und ihr Umfeld

Ohne das Ziel der naturwissenschaftlich fundierten Medizin aus den Augen zu verlieren, müssen die Heilkundigen die Forderungen der Berufsethik erfüllen, sich den Patienten verständnisvoll zuzuwenden, deren Krankheiten wenn möglich zu heilen, die Folgen von noch nicht heilbaren Krankheiten und nicht verhüteten Verletzungen zu mildern und die Patienten individuell bis zu ihrem Lebensende zu betreuen und zu pflegen und den Sterbenden und ihren Angehörigen beizustehen. Wenn die Heilung einer Krankheit oder die Wiederherstellung des Vorzustandes nach einer Verletzung gelingt, entspricht dies wohl der vollkommensten mitmenschlichen Zuwendung. Die heutigen, technologisch aufwendigen Möglichkeiten bei der Behandlung von Folgen von noch

nicht heilbaren Krankheiten und von nur unvollkommen reparierbaren Verletzungen verlangen eine grosse Sorgfalt bei der Beurteilung der Behandlungsnotwendigkeit und hohe Kompetenz bei der Durchführung der Behandlung. Allzu dienstbereite Indikationsstellung für diagnostische und therapeutische Massnahmen und ungenügende Kompetenz bei raffinierten, komplexen Technologien (MRI, Arthroskopie, Organ-, Gefäss-, Gelenkersatz und Spinalchirurgie) können unerfreuliche Auswirkungen für den Patienten und vermeidbare Kosten im Gesundheitswesen verursachen. Zu solchen unerwünschten Auswirkungen von an sich erfreulichen, als Fortschritt begrüsst reparationmedizinischen Errungenschaften gehören das Syndrom nach misslungener Wirbelsäulenchirurgie (failed back surgery syndrome) und die Infektion, die frühzeitige Lockerung und die Luxation nach Gelenkersatz (implant surgery disease). Die vom Chirurgen Sir Jonathan Hutchinson (1828–1913) formulierten Bitten, das Gute in Ruhe zu lassen, nicht allzu eifrig das Neue zu verwenden und das Alte zu verachten, Wissen nicht der Weisheit, Dienstleister nicht der Kunst und Geschicklichkeit nicht dem gesunden Menschenverstand überzuordnen und zu verhindern, dass eine Behandlung schwerer zu ertragen ist als das Leiden selbst, sind heute mindestens so berechtigt wie vor 100 Jahren, weil die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Reparaturmedizin raffinierter und komplexer geworden sind.

Wenn jedoch der Arzt immer mehr in die Doppelrolle als Beauftragter des Staates oder von Versicherungen und als Partner des Patienten hineingezwängt wird, wird es für ihn umso schwieriger, sich masslosen Wünschen des Patienten zu widersetzen, selbst wenn er damit ausschliesslich das Interesse des Patienten im Auge hat. Der Patient kann seinerseits auf sein Recht pochen, über die Notwendigkeit und die Art und Weise der Behandlung autonom zu entscheiden. Er sieht sich auch nicht veranlasst, gegen übertriebene oder leerlaufende Praktiken zu opponieren, weil diese von der Versicherung bezahlt werden.⁸ Dies führt zur Störung der natürlichen Partnerschaft zwischen dem Patienten und seinem

Arzt und zum Verlust der vertrauensvollen Loyalität im Arzt-Patienten-Verhältnis.

Fazit

Die bisherigen Leistungen der im 19. Jahrhundert revolutionierten, sich allmählich vom autistisch-undisziplinierten Denken distanzierenden Medizin haben in der kurzen Zeit von gut 100 Jahren die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger in den zivilisierten Industriestaaten spektakulär verbessert und zur Erhöhung der Lebenserwartung beigetragen. Das Gesundheitswesen, das für die wichtigste Privatsphäre des Menschen so viel leistet, darf auch viel kosten, könnte jedoch bei rigoroser Prüfung von Wirksamkeit und Notwendigkeit der auf den Gesundheitsmarkt drängenden Novitäten wesentlich weniger kosten. Die von vielen Medien und am Gesundheitsmarkt Interessierten durch oberflächliche Information über Gesundheit und Krankheit verbreitete Gesundheitsbesessenheit fördert eine Therapiebereitschaft in der Bevölkerung, die an den vorwissenschaftlichen Behandlungseifer dogmatischer Schulmediziner erinnert. Die vom erfahrenen Kliniker W. Löffler vor 40 Jahren genannten Grundpfeiler des Arzt-Patienten-Verhältnisses, nämlich die Überzeugung aller, dass der Arzt nicht tötet und das ärztliche Geheimnis hochhält und dass er eine freie, unabhängige Persönlichkeit sei, die den Patienten nie im Stich lässt und auf gegenseitigem Vertrauen aufbauen kann, zeigen bedenkliche Risse.⁹ Für den Arzt, den die Versicherungen, Gesundheitsökonomien und Medien im zeitgeistigen Jargon zum dienstefrigen, unterwürfigen «Leistungserbringer» bevormunden möchten, wird es immer schwieriger, eine seriöse kostengünstige Medizin mit dem Interesse des Patienten an oberster Stelle zu realisieren. Der Inhalt der Rektoratsrede, die der Psychiater Jakob Klaesi über die Behandlung des unheilbar Kranken hielt, ist so aktuell wie vor gut 50 Jahren.¹⁰ Er zeichnete ein Bild des Arztes als Wissenschaftler, Krieger, Erbarmer, Erzieher, Priester und Künstler, der nicht nur hilft und heilt, sondern dem Patienten auch den Spiegel vorhält und Scheinlösungen und

Illusionen zerstört und sein höchstes ärztliches Wirken und Können da einsetzt, wo die Heilbarkeit der Krankheit aufhört. Er wies jedoch auf die Tatsache, dass die Mehrzahl der Kranken nicht an einer unheilbaren Krankheit leiden und dass diejenigen, die trotz einer unheilbaren Krankheit nicht lebensuntüchtig und unheilbar leidend werden, erfreulicherweise häufig sind. Klaesi nannte den Arzt, der alles und jedes leicht machen und allen Schmerz verbannen will, eine «unheilige Gestalt». Solche anpasserische Servicemänner und -frauen passen zu einem exotischen Blüten treibenden Gesundheitsmarkt mit Wellnessbasar, der von einer gesundheitsbesessenen Kundschaft eifrig benutzt wird, einer Kundschaft, die, von vielen quälenden Krankheiten befreit, einen spassigen, aber risikoreichen Lebensstil geniessen kann. Der für alle unentbehrliche Berufsstand der Ärzte wird immer ein Dorn im Auge der Wunschdenker sein, solange er es wagt, im Interesse der Patienten seine Unabhängigkeit und das kausalverstehende Denken zu verteidigen.

Spitzenmedizin in der Grundversorgung

Benedikt Horn



Der Begriff «Spitzenmedizin» ist landläufig klar definiert: Es sind Erfolge, die ganz oben in der medizinischen Dienstleistungspyramide geleistet werden, im Tertiär- oder Universitätsspital, im Kanton Bern in der «Insel». Doch schon regt sich Widerstand: Zahlreiche Privatspitäler erbringen heute in verschiedensten Spezialgebieten Leistungen, die ohne Wenn und Aber der Spitzenmedizin zuzurechnen und mit den Resultaten der Universitätskliniken vergleichbar sind. Auf Beispiele sei verzichtet, da solchen immer das Risiko von Unvollständigkeit und Ungerechtigkeit anhaftet.

Im folgenden kurzen Beitrag geht es um Spitzenmedizin an der Basis und in der medizinischen Grundversorgung. Zu dieser zählen keineswegs nur Ärzte, sondern die Patienten selbst, ihre Angehörigen und Mitarbeiter, Samariter, die SPITEX-Organisation, Psychologen, Optiker, Zahnärzte, Drogisten, Physiotherapeuten usw. Spitzenmedizin in der Grundversorgung setzt nicht nur gute, sondern ausgezeichnete Aus-, Weiter- und Fortbildung auf allen Stufen voraus, ein würdiger permanenter Auftrag nicht nur an die Medizinische Fakultät, sondern an uns alle, die in irgendeiner Form in der medizinischen Lehre tätig sind.

Einige Beispiele aus jährlich Zehntausenden ...¹

Die Gleichstellung von Frau und Mann ist für den Autor eine Selbstverständlichkeit. Der besseren Lesbarkeit wegen wird im Text nur die männliche Form verwendet.

August 2004, Blitzunfall am Mönch-Normalgrat auf 3800 Meter über Meer. Der vom Blitz getroffene Bergführer wird von seiner Tochter primär reanimiert, bis der Notarzt/Bergführer 30 Minuten nach Eingang der Unfallmeldung trotz widerwärtigen meteorologischen Bedingungen vom Heli abgesetzt werden kann. Ohne fachgerechtes Handeln der Tochter hätte der Bergführer kaum Überlebenschancen

gehabt: Die Rettungskette ist immer so stabil wie ihr schwächstes Glied.

Ein 39-jähriger Lastwagenchauffeur klagt über intensive Rückenschmerzen («Kreuz»), besonders abends nach der Arbeit. Medikamentöse Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatica sowie Analgetica erfolglos. Bei fehlenden neurologischen Ausfällen, aber massiv eingeschränkter Beweglichkeit in allen Ebenen erfolgen sieben Sitzungen beim Physiotherapeuten (aktive Mobilisierung, manuelle Therapie, Instruktion zur Kräftigung der Rumpfmuskulatur sowie «Rückendisziplin»). Bei sehr guter Compliance ist der Patient nach zwei Wochen beschwerdefrei.

Ein 17-jähriger Lehrling schluckt wegen Kopfschmerzen ein Aspégic baby 100 mg. Eine Viertelstunde später Juckreiz und Spannungsgefühl in Händen und Füßen, rasch generalisierter Juckreiz, Nausea, Schwindel, Beklemmungsgefühl und Atemnot. Der junge Mann kommt unangemeldet zum Hausarzt, der Allgemeinzustand ist schlecht, Nase spitz, blass, feucht und kühl, Blutdruck 60/40 mmHg, Puls 120, massive bronchiale Obstruktion. 10 Minuten nach Adrenalin (*lege artis* verdünnt) i. v. ist der Patient zwar sehr blass, Atmung und Kreislauf sind aber stabil, nach einer einstündigen Kontrollpause beim Arzt kehrt der Patient zur Arbeit zurück mit einer Zusammenstellung erlaubter Paracetamol-Präparate und verbotener Acetylsalicylsäure-Präparate. Fachspezialisten fordern wegen des möglichen Rebound-Effektes eine Hospitalisation jedes Anaphylaxie-Patienten. Bei optimaler Compliance des Patienten und seines Umfeldes und bei kurzen Distanzen kann nach meiner Ansicht darauf verzichtet werden, wenn sich der Patient rasch erholt.

Ein von der SPITEX versorgter Senior möge als Beispiel für Tausende gelten: Beginn nach einem längeren Spitalaufenthalt, rezidivierende cerebrovasculäre Insulte mit multiplen neurologischen Defiziten, später zunehmende Demenz. Die Familie ist – nach ausführlicher Information durch die SPITEX – bereit und willens, den «Ätti» zu Hause zu pflegen, wie dies seinem Wunsche entspricht. Minutiöse Instruktion (Hautpflege, Umlagern, Mobilisation, Heilmittel, Hygiene usw.) der

Familie. Nachdem die (im Spital erworbenen) Dekubitalulcera trotz modernster und aufwändiger Therapie grösser werden, Vorschlag der SPITEX (im Konsens mit Hausarzt und Familie), auf das bewährte Reinigen mit Kochsalzlösung, Mercurochrom und Föhnen zu wechseln. Wenige Wochen später sind die Ulcera geheilt, Appetit, Allgemeinzustand und Mobilisierung des Patienten bessern sich rapid.

Ein Rentner-Ehepaar betreut seinen 55-jährigen Sohn seit 50 (!) Jahren. Nach einer schweren Meningitis im Kleinkindesalter entwickelte sich eine schwerste, therapierefraktäre Epilepsie und im Verlauf eine völlige Bildungsunfähigkeit. Die Eltern pflegen und betreuen den Sohn trotz schwerster körperlicher und psychischer Behinderung bis ins Alter von 55 Jahren. Drei Jahre nach dem Tod des (während Jahren ebenfalls schwer kranken) Vaters ist die inzwischen 75-jährige Mutter mit der Alleinbetreuung des Sohnes doch überfordert, es erfolgt die Einweisung in eine Pflegeinstitution. Bei einem bescheiden berechneten Pflegeansatz von 150 Franken pro Tag haben die Eltern der Sozialversicherung und dem Staat jährlich 55 000 Franken, insgesamt an die 3 Millionen Franken gespart. Stille Helden des Alltags! Auf die Anregung des Hausarztes an die Krankenkasse, der Mutter als Anerkennung doch mal eine Blume zu schicken, schreibt die Krankenkasse einen Brief (Kosten mindestens 35 Franken), dies sei in den Statuten nicht vorgesehen ... Eine Chance für den Hausarzt, es selbst zu tun!

Einem Bergbauer wird wegen rezidivierenden Kamertachykardien ein Defibrillator (ICD) implantiert. Nach kurzer Zeit muss ein Elektroden defekt festgestellt werden, der noch sehr aktive Mann leidet unter den heftigen ICD-Entladungen, verweigert aber einen neuen ICD (trotz eingehender Information durch den Hausarzt über mögliche Folgen). Der ICD wird (ersatzlos) entfernt. Wenig später tritt das zu erwartende Szenario ein: akuter Bewusstseinsverlust bei Kreislaufstillstand. Primäre Beurteilung («ABC») durch die Ehefrau, die engagierte und erfahrene Samariterin ist. Defibrillation durch den Hausarzt. Die Equipe der REGA ist eigentlich nur noch

für den Transport des inzwischen ansprechbaren Patienten ins Zentrum zuständig. Der nun motivierte Patient ist jetzt bereit, sich einen neuen ICD implantieren zu lassen. Ohne «Spitzenmedizin» der Ehefrau und des Hausarztes wäre die heute etablierte Spitzenmedizin des Zentrums eine Illusion!

Ein 60-jähriger Hotelier-Restaurateur, seit Jahrzehnten massiv übergewichtig und mehr politisch als sportlich aktiv, leidet seit Jahren an einer medikamentös gut eingestellten Hypertonie und an einer (mindestens teilweise medikamentösen) Hyperuricämie. Anlässlich einer halbjährlichen Kontrolle beim Hausarzt wird ein Diabetes mellitus Typ II festgestellt, Blutzucker und HbA1c sind massiv erhöht. Die völlig offene und «schonungslose» Information durch den (persönlich gut bekannten) Hausarzt bringt den sonst psychisch sehr stabilen Patienten für einige Tage völlig aus dem Gleichgewicht. Er entschliesst sich, sein Leben zu ändern, reduziert sein Körpergewicht um 30 kg, betätigt sich körperlich täglich intensiv (Laufen, Radfahren, Schwimmen), und nach wenigen Monaten sind Blutzucker, HbA1c, Blutdruck und Harnsäure ohne Medikamente stabil und perfekt eingestellt. Der Mann hat ein neues Lebensgefühl entdeckt. Nebst der «schonungslosen Info» durch den Hausarzt (Aussage des Patienten) war die professionelle Ernährungsberatung des motivierten Patienten ohne Zweifel von grösster Bedeutung. Die Spitzenleistung liegt zweifellos beim Patienten.

Eine 55-jährige Verkäuferin, seit Jahrzehnten in einem kleinen Gastronomiebetrieb tätig, kommt völlig aufgelöst zum Hausarzt, weil der Betrieb geschlossen werde. Nachdem es in zahlreichen längeren Gesprächen («Chropfläärete») nicht gelingt, die Patientin psychisch zu stabilisieren (Medikamente lehnt sie kategorisch ab), erfolgt die Überweisung an eine erfahrene Psychologin. Nach zwei Interventionen erscheint die Patientin strahlend beim Hausarzt, es gehe ihr ausgezeichnet, man könne die Behandlung abschliessen. Sie habe gelernt, ihren Emotionen auch in Anwesenheit von Kunden freien Lauf zu lassen, sie sei wie neu geboren.

Ein 21-Monate altes Mädchen wird wegen Fieber seit dem Vortag angemeldet. Die engagierte und erfahrene Hausärztin hat ein «ungutes Gefühl», als sie das traurig wirkende, etwas apathische und sich nicht wehrende Kind sieht. Der Gedanke einer Meningokokken-Sepsis geht ihr durch den Kopf und sie findet zwar keinen Meningismus, aber mehrere flohstichartige Effloreszenzen. Gegen heftigen Widerstand der gestressten und berufstätigen Mutter («ausgerechnet über Mittag ...») wird das Kind hospitalisiert. Man bestätigt eine Meningokokkensepsis mit Meningitis. Bei der Spitalentlassung ist das Kind wohlauf.

Eine 50-jährige starke Raucherin geht zum Optiker, weil sie bereits zweimal während einiger Sekunden «nichts mehr gesehen» hat. Der erfahrene Optiker erklärt der Kundin, die von ihr gewünschte Lesebrille erhalte sie erst, wenn sie sich vorgängig beim Hausarzt melde. Die Abklärung ergibt erhebliche Stenosierungen von extra- und intrakraniellen Gefäßen. Die Patientin sistiert ihren Nikotinabusus sofort (Lipide, Blutdruck und Blutzucker sind normal), schluckt täglich 300 mg Aspirin und ist seit Jahren beschwerdefrei. Selbstverständlich erhält sie auch ihre Lesebrille ...

Ein 70-jähriger Rentner sucht wegen akuten heftigen Zahnschmerzen unten links frühmorgens seinen Zahnarzt auf. Dieser findet keine Erklärung für Schmerzen, insbesondere keine Gangrän, vertieft die Anamnese und schlägt dem erstaunten Patienten vor, ohne Zeitverzug noch den benachbarten Hausarzt aufzusuchen. Die Anamnese (Hypertonie, Nikotinabusus, schwere körperliche Arbeit am Vorabend, Entwicklung der Schmerzen) und der Befund (EKG) bestätigen den Verdacht des Zahnarztes auf einen Herzinfarkt. Der kooperative Patient wird hospitalisiert, die folgende Spitzenmedizin (Koronar-Angiographie, PTCA, Stenting) ist nur möglich dank initialer Spitzenmedizin an der Basis.

Ein kurzer Kommentar ...

Die beschriebenen Situationen sprechen für sich. Jede Leserin, jeder Leser hat solche und ähnliche Szenarien schon erlebt, als Laie wohl seltener, als im Gesundheits-

wesen tätige Person ungezählte Male. Höchstleistungen in der Medizin sind nicht neu, man denke beispielsweise an die Schädel-Trepanationen bei den alten Inkas, die von den Patienten offensichtlich (Knochenregenerat!) während Jahren überlebt wurden (über die Lebensqualität allerdings existieren keine Dokumente). Je höher die finanziellen Aufwendungen für das Gesundheitswesen durch eine Person, eine Familie oder ein bestimmtes Kollektiv sind, umso höher sind verständlicherweise die Erwartungen an die Leistungen der Medizin («do ut des»), dies hat noch nichts mit ungebührlichem «Ziehen» von Versicherungsleistungen zu tun, sondern ist menschlich und normal. Hervorragende Leistungen in der Orthopädie (Traumatologie, Gelenkersatz), in der Viszeralchirurgie (zum Beispiel onkologische Tumoresektion), in der Kardiologie und Kardiochirurgie (PTCA, Stenting, Vitien- und Koronarchirurgie), in der Neurochirurgie (Neurovaskuläre PTA, Tumor- und Diskushernien-Chirurgie) seien als Beispiele erwähnt. Hervorragende Erfolge im diagnostischen Bereich (Labor, Bildgebung, Endoskopie) und in der medikamentösen Therapie (PPI, Anti-Infektiöse Therapie, Immun- und Tumorbehandlung usw.) sind in ihren Erfolgen etwas weniger spektakulär, aber keinesfalls weniger bedeutend.

All diese diagnostischen und therapeutischen Erfolge sind aber grundsätzlich nur möglich, wenn die erste Anlaufstelle einen verunfallten oder kranken Menschen kompetent und den Umständen entsprechend rasch untersucht und beurteilt, um dann die unmittelbar notwendigen diagnostischen, organisatorischen und therapeutischen Schritte einzuleiten. Dabei sei festgehalten, dass diese erste Anlaufstelle durchaus ein Familienmitglied, eine Samariterin, der Nachbar, eine Passantin auf der Strasse, eine SPITEX-Mitarbeiterin, der Drogist oder Optiker sein kann. Hausärztin und Hausarzt sind dann die *Profis* unter den primären Anlaufstellen. Um das Bild der Beispiele abzurunden, sei die eminente Bedeutung hervorgehoben, bei akuten oder chronischen psychischen Auffälligkeiten unbedingt immer auch an eine organische Ursache (zum Beispiel eine endokrine Krise) zu denken. Die Partnerin des «scharf» eingestellten insu-

linabhängigen Diabetikers kennt diese weniger bedrohlichen vegetativen und bedrohlichen zentralnervösen Symptome der Hypoglykämie bestens und reagiert sofort. Ich zitiere aus einer Arbeit über psychiatrische und psychosoziale Notfälle: «Primat der Somatik: Mit einem toten Patienten gibt es keine erfolgreiche psychiatrische Krisenintervention. Jedes psychiatrische Krankheitsbild kann durch eine internistische Krankheit verursacht sein und umgekehrt!»² Bei einem aus einem Universitätsspital entlassenen Patienten mit «Frontalhirn-Syndrom» fand der Hausarzt anschliessend einen Abriss der Hypophyse. Spitzenmedizin in der Praxis.

Es ist absolut *nicht* müssig und überflüssig, an dieser Stelle aufzuzeigen, dass alle grossartigen Erfolge der modernen Medizin nur möglich sind, wenn in der medizinischen Grundversorgung zeitgerecht und optimal gehandelt wird. Dabei ergänzen sich die Akteure sinnvoll. Es ist auch in Zukunft unerlässlich, die Aus-, Weiter- und regelmässige Fortbildung all dieser Akteure in der medizinischen Grundversorgung professionell und konsequent sicherzustellen, angefangen bei Nothelferkursen für die gesamte Bevölkerung über Kurse in erweiterter erster Hilfe (inklusive kardiopulmonaler Reanimation und Defibrillation) bis zur fundierten Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten für sämtliche Medizinalpersonen. Das neue Medizinalberufe-Gesetz (Med BG) ist nur sinnvoll, wenn es in der praktischen Umsetzung auf jeder Stufe «Fleisch an die Knochen» erhält! Die für die medizinische Lehre (Universität, Fachhochschulen) Verantwortlichen sind der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern auch in Zukunft für ihre tatkräftige Unterstützung *für* die Lehre und *in* der Lehre sehr dankbar.

Fazit

Nicht nur die tertiärmedizinische Versorgung am universitären Zentrumsspital bietet unserer Bevölkerung Spitzenmedizin, sondern auch die medizinische Grundversorgung: Patienten, ihre Angehörigen, Nachbarn, Samariter, SPITEX, Physiotherapeuten, Psychologen, Zahnärzte und – last but not least – die Hausärzte.

200 Jahre Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Marco Mumenthaler



Die nachfolgenden Ausführungen sind geprägt durch die Tatsache, dass der Schreiber während fast 30 Jahren Chefarzt am Inselspital, aber auch Mitglied der Medizinischen Fakultät und zugleich auch Mitglied der bernischen Ärztesgesellschaft war. Er war ein am Spital praktizierender Spezialarzt. Damit hatte er Einblick in das Spannungsfeld zwischen Spital, freier ärztlicher Praxis und akademischer Medizin.

Die Ärztesgesellschaft vertritt die Interessen der praktizierenden Ärzteschaft des Kantons. Es wurde immer auch bewusst die Verbindung zur Medizin in den Spitälern und auch zur akademischen Medizin gepflegt und gefördert. Dies tat die Ärztesgesellschaft unter anderem dadurch, dass immer wieder an einem Spital tätige Ärzte und auch solche aus dem Universitätsspital die Präsidentschaft der Ärztesgesellschaft innehatten. Die Spitalärzte mit Privatpraxis sind so gut wie ausnahmslos Mitglieder der Ärztesgesellschaft. Die Mitglieder der Medizinischen Fakultät sind oft als Referenten bei Fortbildungsveranstaltungen der Ärztesgesellschaft engagiert und die am Universitätsspital regelmässig stattfindenden Fortbildungen stehen den praktizierenden Ärzten offen. Dies ist richtig so und ist besonders aus nachfolgendem Grunde notwendig und wichtig.

Ich habe während der von mir überblickten 30 Jahre ärztlicher Tätigkeit am Inselspital mit Bedauern immer wieder das Auseinanderdriften der Anliegen und Bedürfnisse von frei praktizierenden Ärzten einerseits und von akademisch tätigen Ärzten andererseits erlebt. Der praktizierende Arzt, auch der Spezialarzt in der Praxis, strebt eine korrekte Diagnostik mit nicht allzu aufwendigen Mitteln und eine optimale Behandlung mit nicht übertriebenem Aufwand an. Er hat begrenzt Zeit und kennt die Kosten seines Aufwandes. Der am (akademi-

schen) Spital tätige Arzt ist zusätzlich an der Forschung, am Gewinnen von neuen Erkenntnissen, am Erproben neuer Therapien interessiert. Er hat mehr Zeit und hat nicht immer Einblick in die ökonomischen Auswirkungen seiner Tätigkeit. Der sich weiterbildende Arzt in der Praxis möchte praxisnahe, die Realität des ärztlichen Alltages berücksichtigende, unmittelbar anwendbare Informationen. Didaktisch sollten sich dieselben möglichst an der Realität in der Sprechstunde orientieren und an Fallbeispielen exemplifiziert werden. Der den akademischen Unterricht gewohnte Spitalarzt tendiert oft zum Übermitteln seiner forschungsorientierten Erkenntnisse grundsätzlicher Mechanismen, nicht immer begleitet von genügend klaren Hinweisen auf die Auswirkungen auf den Praxisalltag oder auf die therapeutischen Konsequenzen für den Patienten.

Auch die Integration von Abklärung und Therapie am Spital und die Weiterführung derselben in der Praxis sind nicht immer befriedigend. Die Übermittlung von Befund und Therapie-Empfehlungen nach einem Klinik-aufenthalt ist nicht immer zeitgerecht. Umgekehrt ist bei der Einweisung ins Spital die Mitteilung von bisherigem Verlauf und Befunden, die Orientierung der nur dem Hausarzt bekannten wichtigen Daten aus Familie, Beruf und Umfeld nicht angemessen. Dies und anderes mehr, manchmal auch Überheblichkeit auf der einen oder Neid bzw. Vorurteile auf der anderen Seite tragen dazu bei, dass Misstrauen oder gar Barrieren entstehen.

Das darf nicht sein. Ein Abbau solcher beiden Seiten und vor allem dem Patienten schadender Barrieren ist unbedingt anzustreben. Wie? Viele Massnahmen sind denkbar: gemeinsames offenes Gespräch, gemeinsames Planen von Fortbildungen durch Praktizierende und Ärzte der Akademie, Einblick in je des anderen Alltagswirklichkeit, offenes sachliches und emotionfreies Ansprechen von unbefriedigenden Episoden, Austausch von Erfahrungen praktizierender Spezialärzte und Klinik-Oberärzte. All dies ist möglich, wenn gegenseitige Achtung, Toleranz und persönliche Hochschätzung vorhanden sind. Möge sich die Bernische Ärztesgesellschaft weiterhin stets um das Schlagen von Brücken bemühen.

Le cercle médical de Pierre-Pertuis

André Piguet



Le nom

À peine sortie de la ville de Bienne, la route s'enfonce dans les cluses du Jura pour atteindre, par plusieurs ponts et tunnels récents, le village de Sonceboz. C'est le carrefour pour se rendre dans le Vallon de St-Imier ou, prenant vers l'est, pour aller du côté de la Vallée de Tavannes par une route toute en lacets qui monte jusqu'à un col culminant modestement à 827 mètres d'altitude.

De là le regard aperçoit en contrebas un petit tunnel creusé dans la roche sur l'ancienne voie romaine qui reliait, il y a 2000 ans déjà, le Plateau aux vallées jurassiennes, à l'Ajoie et à la région bâloise. Cette grosse roche percée ou «pierre pertuis» a donné son nom au col et bien plus tard à notre société médicale régionale ...

En réalité la plupart des voyageurs passe par le nouveau tunnel creusé sous le col, inauguré voici bientôt 10 ans, qui contribue grandement à désenclaver notre région.

Le statut

Notre cercle regroupe tous les médecins, praticiens et hospitaliers, des districts bernois francophones de Courtelary (Vallon de St-Imier) et de Moutier; leur nombre a passé d'une douzaine de membres en 1911 à 24 en 1950, 27 en 1968 et un peu plus de 80 actuellement. Les collègues du district de La Neuveville, troisième district du Jura bernois, font eux partie de la Société médicale de Bienne-Seeland pour des raisons de proximité géographique. L'absence dans nos rangs de nos collègues neuvevillois explique probablement pourquoi nous ne sommes jamais devenus une «société médicale du Jura bernois».

Après la création du canton du Jura, la Société médicale du Jura Nord est devenue société cantonale tandis que notre Cercle est, lui, resté l'un des 8 cercles médicaux du canton de Berne, de loin le plus petit depuis le départ du laufonais en 1994, et le seul entièrement francophone dans une société cantonale qui rassemble près de 2200 membres.

S'il n'existe pas de véritable statut de minoritaire pour les médecins romands du canton de Berne, l'usage veut néanmoins qu'un siège leur soit réservé au Comité cantonal (sur 11 membres) ainsi qu'une place dans la délégation cantonale à la Chambre médicale suisse.

Etant membre à part entière de la Société des médecins du canton de Berne nous ne pouvions pas, dans un premier temps, aussi être membre ordinaire de la Société médicale de la Suisse romande. Les choses ont changé puisque, après y avoir été longtemps observateur, nous avons obtenu en 1992 un statut de membre extraordinaire puis de membre ordinaire en 2007, ce qui devrait faire de nous un de ces ponts qui semblent parfois manquer entre les régions linguistiques du pays ...

Le passé

Citons ici le *Démocrate de Delémont* du 23 octobre 1883: «Samedi dernier, un certain nombre de médecins s'étaient donné rendez-vous dans notre ville pour discuter de l'opportunité de fonder une société médicale dans le Jura bernois.

L'idée a été trouvée bonne et adoptée à l'unanimité, en décidant en même temps que MM les pharmaciens seraient aussi instamment invités à faire partie de l'association. Des statuts ont été élaborés et votés séance tenante; puis à teneur de ces mêmes statuts, on a procédé à la nomination d'un comité de trois membres ... »

Heureux temps où les problèmes liés à la pro-pharmacie ne semblaient pas trop perturber les relations entre médecins et pharmaciens et où les procédures administratives pouvaient être menées rondement!

La société médicale du Jura était née. L'acte de naissance du Cercle médical de Pierre-Pertuis quant à lui

reste introuvable; on pense qu'il a dû voir le jour vers 1911 car on parle à partir de cette date d'une Société médicale du Jura Nord et du Cercle médical de Pierre-Pertuis.

Les archives du Cercle médical de Pierre-Pertuis regorgent à toutes les époques de son existence de procès-verbaux faisant état, comme dans toutes les sociétés médicales, de palabres portant sur les tarifs des médecins ou les relations éternellement conflictuelles avec les caisses-maladie.

Elles surprennent parfois le lecteur en révélant des discussions à propos de la composition du menu qui doit suivre l'assemblée, ou sur une dénonciation «en haut lieu» à l'encontre de «charlatans» qui battent la campagne jurassienne proposant des médicaments infaillibles contre le cancer et auxquels on voudrait appliquer «des sanctions exemplaires»... Il n'y a rien de vraiment nouveau sous le soleil!

Plus spécifiques aux régions périphériques, les archives font état, au début des années soixante, du changement de statut des hôpitaux, source d'importants conflits. L'hôpital de district, d'ouvert qu'il était à tous les médecins praticiens, devint alors un établissement fermé, avec des chefs de service nommés par des comités d'hôpitaux soucieux de moderniser les anciennes structures.

Certains médecins installés depuis de nombreuses années se sentirent alors injustement rejetés; quelques conflits sont devenus publics, relayés par la presse régionale, ou ont été portés devant les tribunaux. Le temps heureusement a fini par guérir ces plaies qui ont mis parfois plusieurs années à cicatriser...

La question de la pro-pharmacie revient périodiquement sans que celle-ci ne soit vraiment remise en question pendant des décennies. Les médecins de campagne du Jura bernois la pratiquaient, pour la plupart depuis des lustres, parce que le canton de Berne les y autorisait. Une réglementation restrictive, loin de l'interdire complètement, n'est entrée en vigueur qu'au début des années quatre-vingt et a été confirmée par un vote populaire cantonal en 1994.

Les difficultés à organiser un service de garde permanent et efficace revinrent aussi régulièrement à l'ordre du jour, souvent sur requête d'une autorité civile qui signalait des manquements dans la prise en charge des patients en urgence et les visites à domicile . . .

Le manque de médecins suisses disposés à venir s'installer dans le Jura bernois dans les années soixante et septante a été sans conteste le grand problème qu'a dû gérer le comité du Cercle. Alors que l'on commençait de parler de pléthore médicale dans l'arc lémanique, la région jurassienne peinait déjà à trouver des médecins pour assurer la couverture médicale de base. Plusieurs médecins étrangers ont été admis dans notre cercle après de multiples démarches administratives et ont pu ainsi faire carrière dans une région qui avait vraiment besoin d'eux.

Le présent

Nous avons été préoccupés, ces dernières années, par les menaces qui pèsent sur les hôpitaux périphériques dans le Jura bernois comme d'ailleurs partout en Suisse.

Outre son rôle primordial dans le tissu médico-social d'une région, l'hôpital de district est souvent l'un des plus gros employeurs dans les localités pour lesquelles sa présence peut être vitale.

Le Cercle médical de Pierre-Pertuis a pris une part active à la création de l'Hôpital du Jura bernois, né de la fusion des hôpitaux de Moutier et de St-Imier qui pourront ainsi, nous l'espérons, continuer d'exercer une médecine de proximité et de qualité utile à la population.

L'autre gros souci actuel est le maintien d'une couverture en médecins de premier recours. Le problème de la relève s'avère particulièrement inquiétant dans la mesure où, dans une dizaine d'années, plus de la moitié des médecins généralistes dans la région auront atteint l'âge de la retraite et que les jeunes médecins généralistes disposés à s'installer chez nous ne se pressent pas au portillon!

Les menaces qui pèsent maintenant sur le laboratoire du praticien, les réglementations croissantes, le regard inquisiteur des assureurs dans le travail quotidien du médecin sont autant d'obstacles qui freinent une relève en médecins généralistes dans notre région comme bientôt dans tout le pays; cette situation nous inquiète d'autant plus que notre région a toujours eu et continue d'avoir une des densités médicales les plus basses de Romandie.

Dans ces conditions, l'organisation du système de garde de médecine générale devient de plus en plus difficile et devra probablement passer par de nouveaux modèles associant les hôpitaux régionaux.

Nous devons donc à l'avenir redoubler d'efforts au plan de politique générale ainsi qu'au plan professionnel pour pouvoir continuer de garantir à notre population une couverture médicale de base suffisante et de bonne qualité.

Aufbruch zu neuen Ufern: Zukunftsperspektiven für Hausärztinnen

Werner Ringli



Akuter Nachwuchsmangel

Der Beruf der Hausärztinnen ist vom Aussterben bedroht, da in den nächsten zehn Jahren der Nachwuchs völlig ungenügend sein wird und zunehmend Hausärztinnenpraxen wegen mangelnder Nachfolge geschlossen werden müssen.

Die Konsequenzen davon müssen wir Fachärztinnen für Hausarztmedizin unseren Spezialfachärztinnen in der Praxis und im Spital bewusst machen. Wir sind gegenseitig voneinander abhängig. Ohne optimale Zusammenarbeit und ohne Gleichgewicht der Patientinnenbetreuung zwischen Hausärztinnen und Spezialärztinnen ist eine effiziente Betreuung der Bevölkerung nicht mehr gewährleistet. Notfalldienste, Grundversorgung, Managed-Care- und Hausärztinnenmodelle sind nicht mehr realisierbar.

Diese Probleme müssen der kranken wie auch der gesunden Bevölkerung, den Politikerinnen und den Medien vor Augen gehalten werden.

Weshalb möchten nur noch 10% der Medizinstudentinnen Hausärztin werden? Unter anderem aus folgenden Gründen:

Im Studium sind die praktizierenden Hausärztinnen nicht entsprechend ihrer Bedeutung für das Gesundheitswesen am Unterricht beteiligt. Praxiskontakte sind im Vergleich zu Spitalmedizinkontakten selten. Es fehlt dadurch eine prägende Vorbildfunktion und Motivationsmöglichkeit für Hausärztinnen.

Das breite Spektrum der Hausärztinentätigkeit bedingt während der Weiterbildung häufige Stellen- und Ortswechsel mit wiederholtem Neubeginn als «Anfängerin» auf einem immer wieder neuen medizinischen Gebiet. Andere Spezialistinnen steigern bis zum Fach-

Zugunsten der Lesbarkeit wird nur die weibliche Form verwendet, die zukünftige ärztliche Versorgung wird ohnehin vorwiegend weiblich sein.

arzttitel kontinuierlich ihre Kompetenzen auf ihrem enger umschriebenen Fachgebiet.

Eine wenigstens sechsmonatige, in Zukunft für alle Hausärztinnen notwendige Praxisassistentenzeit wird nicht vom Staat finanziert wie im Spital, sondern muss von den Praxislehrärztinnen und durch teilweisen Lohnverzicht der Assistentinnen sowie durch einen 50%-Beitrag von FMH, VSAO und den Grundversorger-Fachgesellschaften SGAM, SGIM und SGP bezahlt werden. Schliesslich werden immer zahlreichere Fähigkeits- und Fertigkeitenausweise verlangt sowie ebenso zahlreiche Rezertifizierungen für ein obligatorisches Fortbildungsprogramm zur Ausübung der für die Patientinnen sinnvollerweise breit gefächerten Grundversorgungstätigkeit.

Im Praxisalltag haben vor allem seit Einführung des Tarmed und der im KVG den Kassen erlaubten Kontrollen die Reglementierungen und Einschränkungen in einem für die tägliche Arbeit frustrierenden Ausmass zugenommen.

Finanziell sind Spital- oder Belegärztinnen (vor allem operativ tätige) mit der Möglichkeit, bei Zusatzversicherten Halbprivat- oder Privattarife zu verrechnen, besser gestellt als Hausärztinnen, die stets nur nach Allgemeintarif der Grundversicherung abrechnen können. Der Beruf der Spitalfachärztin mit garantierter 50-Stunden-Woche ohne Investitionsrisiko mit gutem Lohn und geregelter Pension ist für Jungärztinnen attraktiver als eine Praxiseröffnung mit ungewisser Einkommenssituation. Es ist deshalb auch schwierig geworden, Bankkredite für eine Praxiseröffnung zu erhalten wegen der z. Z. unsicheren Praxisrentabilität.

Die Spezialkompetenz auf dem breiten Gebiet einer Hausärztin wird schlechter honoriert als die Spezialkompetenz einer Spezialistin auf einem eng umschriebenen medizinischen Gebiet.

Stetige Erreichbarkeit für die Patientinnen auch zu Hause und nachts (der Notfalldienst wird erst kontaktiert, wenn die Hausärztin nicht erreichbar ist) schränkt die Lebensqualität für die Hausarztfamilie erheblich ein, ermöglicht keine ungestörten Erholungsphasen.

Mut zu Veränderungen / Zukunftsperspektiven

Kreativität und Innovationen sind gefragt, für eine effiziente Grundversorgung muss Ballast abgeworfen werden. Reglementierungen und Einschränkungen müssen um etwa die Hälfte wieder auf das Wesentliche reduziert werden. Sonst müssen wir uns wie beim Autofahren vor allem auf Verkehrsschilder und Tachometer konzentrieren statt auf das, was auf der Strasse geschieht, d. h. auf das, was wesentlich wäre für unsere Patientinnen. Wir dürfen nicht mehr länger wegen des Fehlverhaltens einzelner Ärztinnen in eine Zwangsjacke gesteckt werden, die Innovation und Kreativität im Keime erstickt.

Die Versicherer sollten statt mit Prämiegeldern (zu) viele Leute für kleinkrämerische Rechnungskontrollen einzustellen, Leute zur Planung kostengünstiger Neustrukturierungen engagieren.

Auf der Basis der Grundversicherung dürfen wir nicht alles, was machbar ist in der Medizin, auch anwenden. Obschon es den Rolls-Royce gibt, braucht nicht jeder mann ein solches Auto fahren zu können. Versicherungen sollten in Modulen nach persönlichen Wünschen zusammengestellt werden können, z.B. freie Arztwahl, Hotellerie, Zusatzleistungen etc. Wir dürfen uns den Luxus einer kantonal geregelten Gesundheitsversorgung nicht mehr leisten. Diese muss regional, von den Funktionen ausgehend, auch über die Landesgrenzen hinaus organisiert werden. Kostentransparenz mit gleich langen Spiessen für Spital und ambulante Praxis, vor allem auch bezüglich der staatlichen Subventionen, muss realisiert werden.

Vermehrte Durchlässigkeit zwischen Spital und Praxis, z.B. Weiterbildung mit Wechselmöglichkeit zwischen Spital und Praxis, ebenso die Teilzeittätigkeit von Hausärztinnen in Spital und Praxis müssen ermöglicht werden. Praxisinfrastrukturen könnten ev. durch die öffentliche Hand zur Verfügung gestellt werden, da Banken z. Z. Investitionen nicht mehr vorfinanzieren. Die Zukunft gehört interdisziplinären, mit SPITEX vernetzten Gemeinschaftspraxen auch auf privater Basis, nicht nur den durch Krankenkassen finanzierten HMOs.

Bei der Kosten-Nutzen-Beurteilung der ärztlichen Tätigkeit müssen unbedingt auch gesamtwirtschaftliche Kosten, z. B. die Dauer der Arbeitsunfähigkeit miterfasst werden. Sonst führt dies zu unfairen Wirtschaftlichkeitskriterien der Krankenkassen.

Die angestrebte Aufwertung der Grundversorger durch die Einführung des Tarmed wurde bisher nicht erreicht; sie muss sofort realisiert werden.

Gemeinschaftspraxen ermöglichen Arbeits- und Erreichbarkeitsteilung: Mehrere Ärztinnen könnten sich neben der Praxistätigkeit je nach Neigung in der Aus-, Weiter- oder Fortbildung engagieren, auch in der Berufspolitik oder in der Politik als Gross- oder Nationalrätinnen.

Ärztinnen in politischen Kommissionen haben entscheidende Einflussmöglichkeiten, wie das Beispiel ärztlicher Grossräte im Kanton Bern gezeigt hat: Im Herbst 2005 gelang es Dr. med. Thomas Heuberger, Vizepräsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, unterstützt durch seine vier ärztlichen Grossratskollegen, seine Motion «Hausarztmangel-Alarmruf» mit überwältigenden Mehrheiten durchzubringen: Die Finanzierung eines Instituts für Hausärztinnenmedizin und einer Ausbildungsphase von Studentinnen im Praxisumfeld ist vorgesehen.

Regierung und medizinische Fakultäten müssen eine Neuverteilung der Mittel für die Lehre und die spezifische Erforschung der Patientinnenprobleme in der Praxis an allen Universitäten der Schweiz beschliessen, ebenso die Institutionalisierung der Hausarztmedizin. Ein spannendes Forschungsgebiet in der Praxis wäre die Salutogenese, d. h. die Gründe, weshalb Patientinnen trotz widriger Umstände gesund bleiben.

Sinnvoll wäre eine strukturierte gezielte Betreuung und Förderung der Kolleginnen während ihrer Weiterbildung zur Hausärztin wie z. B. in Dänemark. Dazu müssten sie zu Beginn ihrer Weiterbildung erfasst werden können, was in der Schweiz noch nicht geschieht.

Eine zusätzliche finanzielle Unterstützung des Programms «Praxisassistenten» des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM), d. h. eine teilweise Verlegung der

Weiterbildung vom Spital ins Praxisumfeld, ist dringend notwendig. Bisher bezahlen nur die Ärztesellschaften und einige Kantone einen Kostenbeitrag. Eine finanzielle Beteiligung von Staat und Versicherungen muss den Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Lehrpraxen in der Schweiz gewährleisten, damit die Praxisassistenten obligatorisch ins Weiterbildungscurriculum eingebaut werden kann, wie dies von europäischen Akkreditierungsinstanzen gefordert wird. Sechs Monate wären minimal, die Hälfte der Weiterbildungszeit im Praxisumfeld optimal, und zwar idealerweise in zwei Phasen, zu Beginn und gegen Ende der Weiterbildungszeit, wenn möglich auch in Kinder-, Gynäkologie-, Hautarzt- wie auch in anderen für die Grundversorgung lehrreichen Praxen. Als Gegenleistung könnten die Grundversorger diesen Spezialärztinnen eine Assistenz in ihren Hausarztpraxen für deren Nachwuchs offerieren.

Berufspolitisch müssen, um heute noch vorhandene Doppelspurigkeiten zu vermeiden, Zusammenschlüsse in der Art des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) gefördert werden. Dies ermöglicht eine korrekte Entschädigung von motivierten, kompetenten Leuten und eine effiziente Arbeit. Beispiele für Arbeitsgruppen, die von den Grundversorger-Fachgesellschaften mandatiert wurden, sind das Programm Praxisassistenten und die Forschungsgruppe KHM. Die Arbeitsgruppe Aus- und Weiterbildung KHM entwickelt sich ebenfalls in diese Richtung.

Die Orientierung der Bevölkerung und Politikerinnen durch Medienfachleute über medizinische und gesundheitspolitische Probleme, wie sie kürzlich durch die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) dank der Zusammenarbeit mit dem PR-Fachmann Bernhard Stricker realisiert wurde, sind wesentlich für die Umsetzung von neuen Strukturen und Projekten. Die Zeitschrift *Primary Care* als kurzfristig einsetzbares Sprachrohr für die Anliegen der Hausärztinnen ergänzt diese Medientätigkeit optimal.

Kolumbus, Magellan und Vasco da Gama sind Beispiele für einen Aufbruch zu neuen Ufern. Die Gruppe von Jungärztinnen mit dem Namen *Vasco da Gama* im

Rahmen der EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) symbolisiert diese Aufbruchsstimmung. Packen wir die Krise an als Chance zu Strukturänderungen und Umverteilung des Kuchens in der medizinischen Aus- und Weiterbildung wie auch im Gesundheitswesen als Ganzem. Setzen wir neue Prioritäten, lösen wir einen Prozess aus, der bisherige Schranken durchbricht.

Dr. med. Gerhard Krüsi, Pionier der Hausärztinnenmedizin in der Schweiz, schreibt im Vorwort zu seinem zusammen mit Dr. med. Paul Brandlmeier 1968 herausgegebenen Buch *Der praktische Arzt heute*: «Die Zukunft des praktischen Arztes hat erst begonnen!» Ich möchte dem beifügen: Ohne eine optimale Anzahl kompetenter Hausärztinnen hat die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Schweiz keine Zukunft.

Die Hausärztinnenmedizin wird eine Renaissance erleben. Der für September 2009 in Basel geplante Kongress für Hausärztinnen der WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) wird dazu neue Impulse setzen.

Bekennnis zur besonnenen Re-Aktion

Hans Rudolf Sahli



*Ein Künstler auf dem hohen Seil,
Der alt geworden mittlerweile,
Stieg eines Tages vom Gerüst
Und sprach: Nun will ich unten bleiben.
Da riefen alle: «O wie schad!
Der Meister scheint doch allnachgrad
Zu schwach und steif zum Seilbesteigen.»
Ha! denkt er. Dieses wird sich zeigen!
So rief er froh, und augenblicklich
Treibt er aufs neu die alten Possen
Hoch in der Luft, und zwar mit Glück,
Bis auf ein kleines Missgeschick.
Er fiel herab in grosser Eile
Und knickte sich die Wirbelsäule.
(Wilhelm Busch)*

Nicht *alle* haben gerufen. Es genügten gerade deren *zwei*, mich alten Narren nochmals aufs Seil zu locken: Jürg Schlup, unser Präsident, und ein Wirtschaftsgelehrter, Dr. rer. pol., «Gesundheitsökonom und Experte im Gesundheitswesen». Nennen wir ihn in der Folge *Dr. Goeko*; diese Entpersonifizierung mag meinen kritischen Äusserungen einen etwas allgemeineren Charakter an die Adresse einer weiteren «Ökonomenschaft» geben, die sich im Gesundheitswesen tummelt. Jürg Schlup lockte in Form einer Einladung, einen Beitrag für die Jubiläumsschrift zu schreiben. Herr Goeko forderte mich durch ein Interview und ein Referat vor der Delegiertenversammlung, beides wiedergegeben in der Dezembernummer 2004 des *doc.be*, heraus.

Die Einladung des Präsidenten hat mich geehrt. Sie wäre aber ungenügend gewesen, mich nochmals aufs Seil zu bringen. So möge der Präsident entschuldigen; denn wie Buschs Seilkünstler in weiser Erkenntnis vor

erneutem Tun noch sagte: *«Nun will ich unten bleiben und nur noch Hausgymnastik treiben»* – so sprach auch ich vor zehn Jahren, als ich meine berufspolitischen Aufgaben niederlegte.

Immer von Neuem führen mich dagegen gewisse Aussagen sog. Gesundheitsökonomien in Versuchung, mich nochmals aufs Seil zu wagen. So auch diesmal einige von Herrn Goeko geäusserte Ansichten. Er etikettiert uns Ärzte/-innen – in guter Gesellschaft mit anderen berufsfremden Ratgebern – einmal mehr als Neinsager vom Dienst, als unbelehrbare Apologeten überholter Zustände. Sind wir das wirklich? Herr Goeko wird nicht überrascht sein und möge es mir nicht übelnehmen, wenn ich ihm, wie gelegentlich schon vor vielen Jahren, erneut widerspreche. Noch einmal Wilhelm Busch: *«Der eine trägt Holz, der andere wärmt sich daran!»*

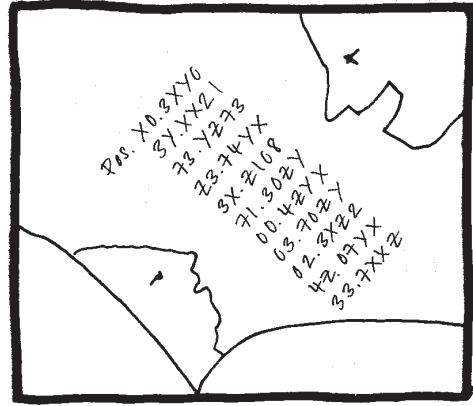
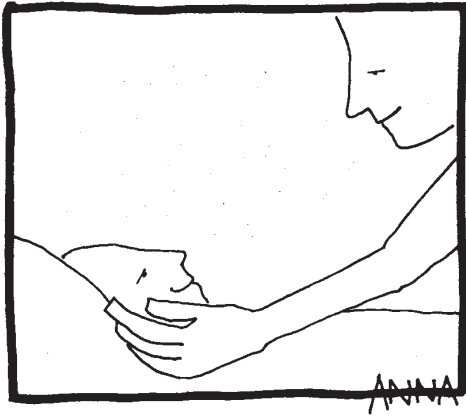
Nicht in jedem Punkt stehe ich mit den Ökonomen auf Kriegsfuss. Ohne Einschränkung unterschreibe ich z. B. Dr. Goekos Feststellung, dass *«die übertriebene Ökonomisierung der Medizin eine krasse Fehlentwicklung»* sei – wer aber, wenn nicht die Ökonomen, haben sich, Wärme verspürend, immer wieder, leider mit Erfolg, eingedrängt? Um der Gerechtigkeit willen: auch gerufen wurden sie – von hilflosen Politikern. Ein ungutes Duo hat sich so gebildet. Am Beispiel sei's gezeigt:

Am Anfang des Unterfangens TARMED (vor mehr als 20 Jahren!) war auf Seiten der eidgenössischen Versicherer SUVA, MV und IV – nur diese waren als Vertragspartner vorgesehen – ein junger, frischgebackener Ökonom federführend. Weg vom orientalischen Basar, lautete die Losung. Ein auf betriebswirtschaftlichen Erhebungen basierender Arzttarif müsse geschaffen werden. Dieses Begehren war auch für uns Ärzte nachvollziehbar. Wir haben deshalb JA gesagt zum Vorhaben, das auf eine Zeitdauer von 4 bis 5 Jahren geplant war. Wir haben sogar einige Millionen Franken an das sich inschier Unendliche ausweitende Unterfangen beigesteuert. Wir waren uns mit den Versicherern einig: Über die zu erhebenden Daten und über die zu berücksichtigenden Nebenkriterien und deren Wertung, so auch über die Höhe des einzusetzenden, *«angemessenen»* Ärzte-

einkommens (Basis: ein durchschnittliches Gymnasiallehrergehalt!) sei zu verhandeln, nötigenfalls zu «streiten», bis Einigkeit erreicht sei. Erst dann sei zu rechnen. Das Unternehmen lief unter dem Kürzel GRAT (Gesamt-Revision ArztTarif). Was aber längst vergessen zu sein scheint: Mit vor Rührung feuchten Augen hatten wir uns gegenseitig «heilig» versprochen, das auf dieser Einigkeit basierende Rechnungsergebnis ohne weitere Diskussionen zu akzeptieren, beidseits nicht wissend, wer unter dem Strich Gewinner, wer Verlierer dieses neuen, gerechneten, erstmals nicht ausgehandelten Tarifes sein würde! Kostenneutralität? Zu diesem Zeitpunkt ein nie gehörtes Fremdwort! Diese unselige Forderung, die die ganze Zielsetzung ja illusorisch machte, hat sich erst mit dem billig erkaufte Beitritt des Krankenkassenkonkordates zu den Vertragsarbeiten Mitte der 90er-Jahre eingeschlichen und mit Erfolg durchgesetzt. Damit wurde die inzwischen zu TARMED umgetaufte alte GRAT zum politischen statt zum betriebswirtschaftlich errechneten Tarif, letztlich also, auf kostspieligen Umwegen, wiederum zu einem diesmal politisch gesteuerten Basartarif!

Wir haben JA gesagt zu den anfänglich nicht vorgesehenen, zusätzlichen Vertragspartnern Krankenkassenkonkordat (heute eleganter, wenn auch in der Aussage intransparenter: *santé suisse*) und Spitäler, vertreten durch die VESKA (heute H+). Mit der Akzeptanz dieser beiden neuen Vertragspartner haben wir bewusst, aber die Einflussnahme wohl unterschätzend, gleichzeitig JA zu einem weiteren «Vertragspartner», der Politik, gesagt.

Im Dezember 2001 hat eine ausserordentliche Ärztekammer, mit sichtlich ungutem Gefühl, JA gesagt zum Resultat der Arbeiten. In der darauf folgenden Urabstimmung – die erste seit über 30 Jahren – haben die FMH-Mitglieder lustlos (Stimmbeteiligung 54 %) das Kammer-Ja bestätigt, das JA zum TARMED. Ein JA zu dem grotesken Ungeheuer, das die «ganzheitliche» Tätigkeit des Arztes in geradezu entwürdigender Weise in über 4000 Einzelleistungen aufsplittert (ein Hohn, wie es ein Kollege kürzlich in der *SAeZ* kommentiert hat). Unter dem Druck dieser betäubenden Fülle an berechenba-



ANNA (Schweizerische
 Ärztezeitung 2004,
 Nr. 37, modifiziert).

ren und damit tariffähigen «handlings» droht eine der wesentlichsten ärztlichen Grundleistungen und Therapiehilfen erstickt zu werden.

ANNA hat es kürzlich in gewohnt gekonnter Weise in der *Ärztezeitung* auf den Punkt gebracht! Ein fragwürdiger «Fortschritt» von der Berufung zum Beruf; bald zum «Job»?

Ich möchte nicht missverstanden werden; den vielen Kollegen, die ungezählte Arbeitsstunden in dieses Werk investiert, sich an unendlichen, oft unerfreulichen Sitzungen engagiert haben, gebührt unser Dank. Die zu Beginn der Arbeiten stehende Absicht, einen neuen, auf objektiver Datenerhebung abgestützten und zugleich die berufspolitisch problematisch werdende, zunehmend sich öffnende Einkommensschere zwischen Fachgebieten korrigierenden Tarif zu schaffen, ist unverändert richtig. Die jetzt vorgelegte Arbeit ist aber aus dem Ruder gelaufen! Sie kann m. E. nicht das End-, vielmehr bloss ein Zwischenresultat sein. Jetzt müssten die Einzelpositionen wieder zu Leistungspaketen, die sich inhaltlich mit wenigen Abweichungen wiederholen, zusammengefasst werden. Wenn die Bewertung der Einzelposition betriebswirtschaftlich fundiert ist, dann muss auch das Resultat einer Zusammenfassung mehrerer Einzelpositionen rechnerisch richtig sein. Gelegentliche individuelle Abweichungen im Paketinnern dürften sich im Sinne einer Mischrechnung ausgleichen. Damit ent-

stünde wieder ein überschaubarer Tarif, für den Patienten eine einigermaßen verständliche Honorarrechnung. So wie TARMED heute vorliegt, ist er als Arbeitsinstrument zu schwerfällig, in der Rechnungsstellung – trotz Computer – zu aufwendig, für den Patienten vollends intransparent und einer freiberuflichen, akademischen, besonders ärztlichen Tätigkeit unwürdig. Stoppuhr (in moderner Ausgabe «DocTac»!) zur linken, Tariffbuch zur rechten Hand, zwischen Arzt und Patient der Bildschirm; ein Zerrbild? Leider nicht ganz, wie ein kürzlicher Besuch meiner Gattin bei einem jungen Kollegen gezeigt hat.

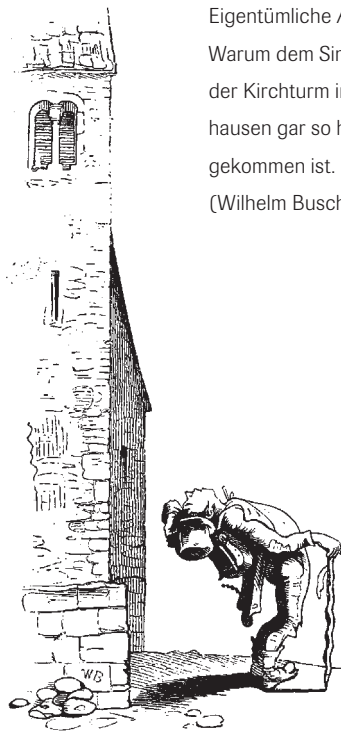
Themawechsel: Wir haben JA gesagt zur Revision des KVG, trotz des Obligatoriums, an dessen Notwendigkeit wir unsere Zweifel hegten, und trotz der Verpflichtung auf eine gesamtschweizerische Tarifstruktur, die die Aufnahme des Konkordates als GRAT-Partner praktisch aufzwang; trotz der Möglichkeit einer Globalbudgetierung durch die Kantone, des Zulassungsstopps durch den Bundesrat und trotz anderer, für uns Ärzte potenziell ungünstiger Bestimmungen. Später haben wir JA gesagt zur Personenfreizügigkeit im Rahmen der bilateralen Verträge, kürzlich JA zur Stammzellenforschung. Wir haben zu all dem JA gesagt aus der Erkenntnis, dass das allgemeine Interesse ständischen Eigeninteressen vorzugehen habe. Die Politik hat es uns bis heute schlecht gelohnt. Das Arbeitsumfeld des frei praktizierenden Arztes wird seit dem KVG von 1996 immer unattraktiver. Kein Wunder, dass mehr und mehr junge Kollegen eine materiell gesicherte Anstellung mit geregelter Arbeitszeit einer «freien», risikobelasteten und kassenkontrollierten Praxistätigkeit vorziehen.

Um auf Herrn Dr. Goeko zurückzukommen: Wenn ich ihn richtig verstanden habe, will zwar auch er keine Verstaatlichung unseres Gesundheitswesens. Wirklich nicht? Er zählt nur gerade, die heikle Frage der Rationierung auslassend, acht Bereiche auf, in denen der Staat seiner Meinung nach mehr – *noch* mehr? – Einfluss nehmen müsste.

Als Gesundheitsökonom vergleicht er unser Gesundheitswesen mit einer chaotischen Grossbaustelle. Mei-

netwegen. Als erste Massnahme zur Meisterung eines Chaos gilt es, Überblick zu schaffen, alle nicht direkt Beteiligten, nur hindernd im Wege stehenden Schaulustigen, ungebeten und freigebig Ratschläge austeilenden Besserwisser vom Platz zu weisen. Falsch wäre es, in dieser ersten Phase statt auszuräumen, noch weitere ratgebende Organe zu schaffen wie z.B. Goekos Gesundheitsrat! Wer wohl würde in dieses Gremium der Weisesten berufen? Richtig: zur Vordertür hinaus, zur Hintertür wieder herein! Umwerfend neue Ideen wären von diesem Club kaum zu erwarten. Nein: Schwätzer haben wir, jeder mit seiner eigenen, für uns Ärzte gelegentlich etwas eigenartigen Betrachtungsweise schon heute zu viele. Das Feld von Ungebetenen und Unberufenen einmal geräumt, müsste ein fast von selbst Prioritäten festlegendes, sachkundiges und handlungsfähiges Organ übrig bleiben.

Herr Goeko attestiert der Ärzteschaft, dass unser Gesundheitssystem so lange gut funktioniert hat, als die «Definitionsmacht», die «Lufthoheit» bei uns Ärzten lag.



Eigentümliche Anschauung
Warum dem Sempelmaier
der Kirchturm in Kimmerts-
hausen gar so hoch vor-
gekommen ist.
(Wilhelm Busch)

Ein zukunftsweisender Fingerzeig? Gewiss, die Zeiten ändern sich, nicht zwangsläufig die Kompetenzen, noch weniger der Wunsch des Kranken, auf schnellste, schonendste Weise wieder gesund zu werden! Der uns Ärzten immer wieder gemachte Vorwurf des Apologetentums, der Verhinderung jeglicher Neuerung besteht zu Unrecht. Wer die Bereitschaft hat und sich die Mühe nimmt, kann feststellen, dass gerade in den letzten Jahren, immer wieder von Kantonal- und Regionalgesellschaften, auch von der FMH Leitbilder und zukunftsweisende Positionen erarbeitet worden sind. So zum Beispiel auch an der Klausurtagung des Vorstandes unserer Kantonalgesellschaft im Sommer 2003. Diese Arbeiten sehen sich inhaltlich alle ähnlich und wurzeln letztlich im Eid des Hippokrates: *«Lasst uns unsere Verordnungen nach bestem Vermögen und Urteil zu Nutz und Frommen der Kranken treffen und diese bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht»* –wie z.B. die Aufhebung der freien Arztwahl! Diesem zeitlosen Begehren sind wir Ärzte-innen verpflichtet.

Wir haben das Neinsagerimage. Image und Wirklichkeit sind aber nicht zwangsläufig deckungsgleich. Die Ärzteschaft hat im Laufe der letzten Jahre zu grundlegenden Weichenstellungen JA gesagt. So auch zum TARMED und zum KVG. Zwei JA zu Unterfangen, die für unsere berufliche Zukunft entscheidende Bedeutung haben. Heute frage ich mich, ob diese JA richtig gewesen sind, ob ein NEIN, auch wenn es dem Neinsagerimage Inhalt gegeben hätte, nicht angebrachter gewesen wäre. Ein NEIN am rechten Ort kann, aus unserer beruflichen Aufgabe als Ärzte-innen, sogar ethische Pflicht sein!

Nicht alles und jedes, das neu ist, ist auch besser als das Bestehende – oft ist es bloss neu und in der Regel teurer als das Alte. Ist es verwerflich, Bewährtes zu verteidigen, notwendige Neuerungen, die der Lauf der Zeit erfordert, vor ihrer Einführung zurückhaltend und kritisch gegen das Bestehende abzuwägen? Sich im Voraus erkennbaren Irrwegen querzustellen, begangene Irrtümer zurückzukorrigieren? Noch nie hat sich die Ärzteschaft medizinischem, ethisch verantwortbarem Fortschritt in den Weg gestellt! Zu vielem haben wir im Laufe der Zeit

oft stillschweigend JA, zu manchem NEIN gesagt, zu einigem hätten wir wohl besser NEIN statt JA gesagt.

PS: Hab ich wohl das Seil zu hoch gespannt? Wilhelm Busch hat mich gewarnt:

*Mancher hat sich schon beklagt,
Ach hätt' ich das doch nicht gesagt –
Dumme Gedanken hat jeder,
Nur, der Weise verschweigt sie.*

Was hat Birchermüesli mit Konakion zu tun?

Jürg Steiger



«Nein, nein, keine Aktionen starten, ich bin extrem robust, ich komm schon wieder auf die Beine», erwiderte der Russe Dr. Piotr Mischolski (Name geändert) schweissfiebrig und zahnfleischblutend auf meine Andeutung, einen Rettungshelikopter organisieren zu wollen. «Keine Ahnung, was mit mir los ist, so was hatte ich noch nie, aber ich bin zäh.» Zehn Minuten später wussten wir, was los war. Die ganze Geschichte begann nämlich so:

1980 war ich auf einer vom Schweizerischen Nationalfonds finanzierten Expedition am Baikalsee in Sibirien. Als Revanche für die exzellente Betreuung lud ich 1981, unterstützt durch die Schweiz. Naturforschende Gesellschaft, den Expeditionsleiter in die Schweiz ein. Sein Flugdatum bzw. meine Ferientermine waren genagelt, Unterkunft, Krankenkassenbestätigung und alles weitere für seinen Aufenthalt waren organisiert. Aber weit und breit kein Herr Mischolski am Flughafen Zürich. Im Juli 1982 dasselbe, natürlich auch diesmal ohne Absage, und auch im Sommer 1983 trotz aller Vorbereitungen plötzliche Funkstille. Der eiserne Vorhang war ja noch sehr intakt, und erst nach Wochen erfuhr man über Drittpersonen, dass es jeweils im letzten Moment mit dem Ausreisevisum nicht geklappt hatte – in den Westen telefonieren oder schreiben wäre damals für einen exponierten Wissenschaftler zu riskant gewesen. Und dann das: Mitte Dezember 1983, in der hektischsten Zeit des Jahres, um zehn Uhr abends ein Anruf der Sowjetbotschaft in Bern, ein Forscher namens Mischolski sei «unerwartet aufgetaucht», die Botschaft hätte kein Gästezimmer und ich solle paschaluista diesen Herrn sofort abholen. Mnoga Spassiba.

So sehr ich meinen Freund schätzte, sein unangekündigter Besuch kam mir ausgesprochen ungelegen. Wegen unserer drei Kinder selber ohne Gästezim-

mer, konnte ich ihn glücklicherweise kurz vor Mitternacht noch bei Bekannten «parkieren», musste ihm aber beibringen, dass ich bis Weihnachten wegen Projektabschlüssen, Redaktionsterminen, Jahresabrechnung, Mitarbeitergesprächen, Geschenkgorgiade etc. extrem unter Strom und unmöglich in der Lage sei, mich um ihn zu kümmern, dass wir uns aber jeweils mittags in der Kantine des Berner Inselspitals treffen könnten. Dort genehmigte er sich beim ersten Rendezvous unter anderem ein rosarotes Himbeersirup-Birchermüesli. Diese ihm völlig unbekannte Delikatesse bekam ihm so sehr, dass er fortan täglich 2–3 mal in der Spitalkantine auftauchte, um ein rosa Birchermüesli zu leckern.

Zwischen Weihnachten und Neujahr entschied ich mich spontan, mit ihm einige Tage in meiner winzigen, abgelegenen Berghütte im Berner Oberland zu verbringen. Da ihm unsere Art von Skis fremd war, stampften wir etwa eineinhalb Stunden zu Fuss durch den Schnee hinauf. Bei einem Fondue und reichlich Fendant hatten wir endlich Zeit zu einem gemütlichen Gedankenaustausch. Als mein Kamerad gegen Mitternacht noch eine Flasche Wodka aus dem Rucksack zog, zeigten sich zumindest bei mir bald Anzeichen von Blutmangel im Alkoholstoffwechsel und die Minuten meines Wachzustandes waren gezählt.

Der nächste Morgen: Phänomenales Wetter, wolkenlose Morgensonne, traumhafte Aussicht verdrängten rasch das Schädelbrummen. Aber nur bei mir. Ich traute meinen Augen nicht: Piotr blutete aus Nase und Zahnfleisch. Und noch schlimmer: Die sonst weissen Augenskleren waren blutrot, grässlich anzusehen, er wirkte fiebrig und matt, klagte über starken Kopfschmerz. Er, der um Mitternacht noch kerngesund, trinkfeste und an härteste Klimabedingungen gewöhnte Feldforscher, war ernsthaftestens krank. Mit Mühe schleppte er sich vor die Hütte an die frische Luft. Knallroter Urin im Schnee, Durchfall mit blutrotem Stuhl. Er sah beängstigend aus, vor allem die knallroten Augen, und wir waren beide ratlos. Aethyl allein konnte doch solche Symptome nicht verursachen. Und von einer Fonduekäse-Allergie hatte ich noch nie gehört. Kein Telefon, Handies gabs noch nicht

(hätte auch nichts genützt, da auch heute die Hütte ausserhalb des Empfangsbereichs liegt). Bei einer nahen Quelle holte ich Wasser, um vorerst mal Tee zu kochen. Dann genaue Musterung meines Kameraden: Auch die Haut voller Blutpetechien. Alles sprach für etwas Toxisches. Aber wir hatten doch beide genau dasselbe gegessen und getrunken, rätselhaft. Mir ist klar, dass ich handeln muss. Da Piotr unmöglich in der Lage gewesen wäre, etwa $\frac{3}{4}$ Std. durch den Schnee hinunterzustampfen, wollte ich ins nächste Dorf absteigen und einen Rettungshelikopter anfordern. Das aber lehnte Piotr strikte ab. Denn er hatte der Sowjetbotschaft genaue Angaben machen müssen, bei wem er sich aufhalten werde, wobei er als Aufenthaltsort meine Bekannten angab. Im Fall einer Heli-Aktion wäre natürlich ans Licht gekommen, dass er sich für einige Tage nicht bei meinen Bekannten, sondern bei mir aufhielt, was bei der damaligen politischen Situation und der unberechenbaren Willkür des Botschaftspersonals sehr unliebsame Folgen für ihn und seine zu Hause gebliebene Familie hätte nach sich ziehen können. Ich muss also allein und möglichst getarnt vorgehen. Während ich meine Hirnzellen versammle, sehe ich plötzlich ein helles Ding auf seinem Pullover. Ein Aha-Erlebnis, das ich nie vergessen werde! Eine rosarote Haferflocke! Was ist passiert? Während ich dank Schlafmanko, Fendant und Wodka die Nacht in traumlosem Tiefschlaf verbrachte, bewirkte das Fondue (◀Figugelb) bei meinem restlos ausgeruhten Freund offenbar den totalen Wachzustand, gepaart mit einem unbändigem Drang nach Süßem. Und siehe da, im Licht der Petrollampe fanden sich in der abgelegenen Datscha sogar die Ingredienzen seiner neuen Leibspeise: rosarote Haferflocken, getrocknete Weinbeeren, Trockenmilchpulver, Zucker, Wasser und mitgebrachtes Joghurt. Super, rosa Birchermüesli wie in der Insel-Kantine. Nur: Die Haferflocken hatte er einer noch vollen 500 g Originalpackung Rattengift entnommen, kameradschaftlich darauf achtend, mir die Hälfte fürs Frühstück übrig zu lassen. Um Verwechslungen mit normalen Haferflocken auszuschliessen, waren (damals) die Giftflocken der Firma Maag rot eingefärbt. Das gerinnungshemmende Dicu-

marin in den Flocken verursacht innerliches Verbluten der Ratten. Piotr Mischolski hatte also aufs Mal 250 g Rattengift ingestiert, was im gesamten Körper Zehntausende von Mikroblutungen erzeugte, insbesondere wohl im Magendarmtrakt, in den Augen und im Hirn. Wenigstens hatte ich nun eine plausible Diagnose. Ich hatte aber keine Ahnung, wie gefährlich bzw. lebensbedrohend diese Dicumarin-Dosis ist. Die Therapie war mir klar: sofortige Gabe des Antidots Vitamin K, und ebenso klar hatte ich kein Vitamin K bei mir. Ich stampfte also im Höllentempo durch den Schnee bis zum Auto und erreichte nach rund einer Stunde das erste Telefon. Der nächstgelegene Arzt war kurzfristig nicht erreichbar, die nächstgelegene Apotheke hatte nur gerade 10 mg orales pädiatrisches Konaktion am Lager, was wohl zu wenig war. Das Schweizerische Tox-Zentrum riet mir, möglichst rasch diese 10 mg parenteral zu verabreichen und nicht noch lange eine zweite Quelle aufzusuchen. Während der ganzen Zeit malte ich mir ununterbrochen die schlimmsten Szenarien aus. Wird Piotr noch am Leben sein, wenn ich mit dem Konaktion komme? Falls nicht, was für ein menschliches und politisches Drama! Familie mit zwei Kindern verliert den Vater. Schweizer Gastgeber vergiftet russischen Forscher. Beziehungen der Schweiz zur Sowjetunion wieder auf dem Nullpunkt. Der Bundesrat ordnet eine Untersuchung an. Meine Universitätskarriere ist im Eimer. Verhöre, Gerichtsprozesse, nicht auszudenken.

Beim Wiederaufstieg habe ich mich ausgekotzt wie nie mehr seit der Rekrutenschule, wirklich bis an die Grenze des physisch Aushaltbaren. Was ein derart starkes Erschöpfungszittern zur Folge hatte, dass ich – ja, Piotr lebte noch, es ging ihm gar nicht gut, aber er lebte! Er lebte! Piotr lebte! – eine Weile verschnaufen musste, bis ich überhaupt vor lauter Tremor die 5 oralen Kinderampullen injizieren konnte. Jetzt wusste ich, er ist gerettet. Also nochmals eine gute Stunde runter zum Nachfassen von Vitamin K, Lagebericht ans Tox-Zentrum und dann in der klaren Mondscheinnacht wieder durch den nun wenigstens vorgespurten Schnee hinauf. Allmählich ging es Piotr besser und nach vier Tagen konnten

wir den etwa ¼-stündigen Schneemarsch zum Auto wagen. Äusserlich verrieten während einiger Wochen nur die Augenskleren, dass da mal was schiefgelaufen war. Grauenhafter Anblick – zuerst wurden sie rotbräunlich, dann grüngelblich. Längerfristige Schäden blieben zum Glück aus – Piotr Mischolski wurde später trotz des Rettungiftmüesli noch Professor und Präsident einer grossen Fachgesellschaft. Aufgrund meiner Intervention bei der Herstellerfirma und zweier analoger Vergiftungsfälle bei Kindern markiert diese seither die Gifthaferflocken nicht mehr in attraktivem Rosa, sondern mit einem unnatürlich wirkenden Türkisgrün. Und in den Insspital-Kantinen gibt es immer noch Himbeer-Birchermüesli, echtes, ohne Dicumarin.

Das Kajütenbett

Jürg Steiger

Prof. Walter Hadorn, von 1954 bis 1965 charismatisch begeisternder und ebenso gefürchteter Direktor der Berner Medizinischen Universitätsklinik, war wegen seiner Launenhaftigkeit nicht eben der Chef, bei dem die Studierenden sich um einen Praktikumsplatz rissen. Des ungeachtet und da ich nie ein ängstlicher Mensch war, wagte ich mich 1963 zusammen mit einem Kommilitonen für ein dreimonatiges Studentenpraktikum in die Höhle des Löwen.

Zu jener Zeit der wirtschaftlichen Hochkonjunktur kam gerade der Bau des Ökonomiegebäudes des Inselspitals zum Abschluss, wohl eines der letzten Gebäude, das noch mit Holzgerüsten aufgetakelt war. Mit Befremden stellte ich fest, dass die abgebauten Gerüstbalken offenbar nicht wiederverwendet, sondern in einer eigens ausgehobenen grossen Grube neben der katholischen Kapelle plattgewalzt und abschnittsweise mit Erde zugeeckt wurden. Da ich damals in meiner kleinen Berghütte gerade zwei doppelstöckige Kajütenbetten plante, stieg ich eines Abends in die Gerüstversenkungsgrube und fand genau die Balkendimensionen, die mir kommod waren. Für mich bestanden keine Zweifel, dass ich mich dieses Abfallholzes bedienen dürfte, und so fuhr ich an einem Samstagabend mit meinem Döschwo vor und lud einige passende Balken auf. Dabei wurde ich von einem freundlichen Herrn begrüsst, der sich verständnisvoll nach meinem abendlichen Tun erkundigte.

Glücklich über das Gratisschnäppchen und befriedigt von meinem ökologischen Recycling, zimmerte ich am Sonntag aus den Balken zwei solide Kajütenbetten, genau passend für die vier zuvor im Brockenhaus erstandenen Lättlirahmen.

Montags früh wieder im Praktikum in der Medizinischen Klinik. Während der Morgenvisite plötzliche

Prof. Walter Hadorn
(1898–1986), Direktor
der Medizinischen
Klinik 1954–1965.



barsche Aufforderung einer nervös hereinstürzenden Oberschwester, mich unverzüglich bei Prof. Hadorn zu melden. Das tönte nicht gut, und noch weniger gut tönte Hadorn. Die Kripo hätte angerufen, ich sei des Diebstahls am Inselspital angezeigt, man erwarte mich auf der Polizeihauptwache. Hadorn war ausser sich vor Wut, sein Blick war vernichtend und ich sah schon das Staatsexamen im Eimer. Zu meinem Entsetzen hatte er bereits den Rektor der Universität orientiert und sich nach den adäquaten Sanktionen erkundigt.

Auf der Polizei schilderte ich, weshalb und wie ich mich des weggeworfenen Gerüstholzes bemächtigt hatte (offenbar bin ich durch den freundlichen Herrn vom Samstagabend angezeigt worden). Die Kripo, ganz offensichtlich von tiefen Ressentiments gegen «Studierte» imprägniert, hielt sich nicht zurück, mich des «sehr fantasievollen Schwindels» zu bezichtigen bzw. glaubte in keinsten Weise an die von mir beobachtete Gerüstentsorgung. Zur Entlarvung meiner Unredlichkeit beschloss man einen Augenschein am Tatort. Mit dem Überfall-

wagen fuhr man, ich links und rechts eskortiert von je einem Polizisten, zum Inselspital. Der Traxführer war gerade daran, noch nicht zugeschüttete Gerüstbalken zu überdecken, und man hiess mich die Stellen zu bezeichnen, wo nach meiner Behauptung bereits Holz unter der Erde lag. Sozusagen vom Angeklagten zum Zeugen mutiert, musste ich notgedrungen und peinlicherweise den stolz auf seiner Maschine sitzenden Traxführer des Vergrabens von Gerüstholz bezichtigen. Der total verdutzte Kerl wurde aufgefordert, an den von mir bezeichneten Stellen die Erde abzutragen, und siehe da, 1–2 m unter der Erde tonnenweise plattgewalztes Holz. Der Traxführer berief sich darauf, nur gewissenhafter Ausführer der Anordnungen des Bauführers zu sein. Der wiederum berief sich auf seinen Vorgesetzten der Gerüstfirma und dieser auf den Generalunternehmer, und so entspann sich bald ein heftiges und sehr lautes Wortgefecht der Polizisten mit verschiedenen, inzwischen herbeizitierten Vertretern des ganzen Baufilzes. Riesenauflauf, Gaffer, wohin das Auge reichte, selbst Hadorn mischte sich kurz unter die Neugierigen. Keiner wusste von etwas, keiner hatte etwas gesehen, keiner war verantwortlich, das klassische Phänomen, welches man im Krisenmanagement als «pluralistische Ignoranz» bezeichnet. Interessant war, wie ich, der Eingeklagte, im Verlauf dieser Auseinandersetzung zunehmend freundlich und plötzlich ganz formell als mutiger Zeuge und Aufdecker eines Missstandes behandelt wurde und schliesslich noch ganz und gar unfreiwillig zum Ankläger metamorphosierte: Im Polizeiwagen hielt man mich an, eine schriftliche Anzeige wegen «Materialverschwendung und Risiko des späteren Einsinkens des Bodens nach Verwitterung des Holzes» zu deponieren, und man dankte mir für meine Aufmerksamkeit.

Extrem erleichtert, aber unangenehm berührt, nun andere in Schwierigkeiten gebracht zu haben, meldete ich mich bei Prof. Hadorn. Dieser, offensichtlich ebenso levitiert, orientierte sofort den Rektor über das Hornberger Schiessen. Das dann unerwartet verständnisvolle und freundliche Gespräch schloss damit, dass mir Hadorn spontan ein Exemplar seines *Lehrbuchs der*

Therapie schenkte und eine Widmung hineinschrieb. Zu guter Letzt lud er mich sogar mit einigen von mir zu bezeichnenden Studienkollegen zu einem Nachtessen mit anschliessender Besichtigung seiner phänomenalen Kunstsammlung an der Junkerngasse ein. So endete – für mich – meine unrechtmässige Requirierung von unrechtmässig entsorgtem Gerüstholz des Inselspitals in einem originalsignierten Gratislehrbuch, einem wunderbaren Nachtessen im Hause einer international bekannten Medizinkoryphäe, einer einmalig eindrucklichen Führung durch die Kunstsammlung eines visionären und hochsensiblen Experten für zeitgenössische Malerei und zwei doppelstöckigen Hüttenbetten, in denen es sich noch heute fantastisch gut schläft.

(Nur einer hatte von alledem nichts mitbekommen, weil er am Vortag in die Ferien verreist war – der freundliche Herr vom Samstagabend).

Endnoten

BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern
CB	Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte (1871–1919)
SÄZ	Schweizerische Ärztezeitung für Standesfragen (1920–1951), Schweizerische Ärztezeitung (ab 1952)
SMW	Schweizerische Medizinische Wochenschrift (ab 1920)

Einleitung

Urs Boschung, Madeleine Herren

Seite 3

¹ Hardegger, R. O.: Die Helvetische Gesellschaft correspondierender Ärzte und Wundärzte 1788/91–1807, Geschichte der ersten schweizerischen Ärztevereinigung. Zürich 1987: 157–159; Erne, E.: Die schweizerischen Societäten. Lexikalische Darstellung der Reformgesellschaften des 18. Jahrhunderts in der Schweiz, Zürich 1988: 41–48.

² CB 1910: 50 (Redaktioneller Beitrag über das Jubiläum der Medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern).

³ Müller, F.: Die schweizerischen ärztlichen Gesellschaften. CB 1873: 153–164.

⁴ SMW 1927: 1277.

⁵ Erne (wie Anm. 1), 125 f.

⁶ Müller (wie Anm. 3): 160; weitere Angaben: 1833 für die *Wertbühlia*, 1840 für die *Münsterlingia*; Oettli, M.: 200 Jahre Ärztegesellschaft Thurgau. SÄZ 2002: 2825–2829 (1802 wurde Johann Melchior Aepli zum «Direktor des medizinischen Lesezirkels des Kantons Thurgau» gewählt); vgl. Erne (wie Anm. 1): 343.

⁷ Verhandlungen der vereinigten ärztlichen Gesellschaften der Schweiz, 1828, Erste Hälfte: 214–216.

⁸ Müller (wie Anm. 3): 158; Comte, L.: Contribution à l'histoire de la Société de Médecine du Canton de Fribourg, o. O. (1955); Bosson, A.: Histoire des médecins fribourgeois (1850–1900), Fribourg 1998.

⁹ Festschrift zur Feier des 100-jährigen Bestandes der Gesellschaft der Aerzte des Kantons Zürich 1910–1910, Zürich 1910; Festschrift zur Feier des 125jährigen Bestandes ... Zürich 1935; Festschrift zur Feier des 150jährigen Bestehens ... Zürich 1960.

¹⁰ Eschle, A.: Geschichte der Ärztegesellschaft des Kantons Luzern, 1811–1961, Bern, Stuttgart (1962): 49, 52.

¹¹ Truog, G.: 150 Jahre Bündnerischer Aerzterverein. Eine Chronik an Hand der Protokolle, 1820–1970, Chur 1971.

¹² Picot, C., Thomas, E.: Centenaire de la Société Médicale de Genève 1823–1923, Genève 1923; Naville, M., Mayer, R.: Histoire de la Société Médicale de Genève 1823–1923, Genève 1994; vgl. auch Ehrenström, Ph., Mayer, R.: Le centenaire de l'Association des Médecins du canton de Genève (1892–1992). Revue médicale de la Suisse romande, 1992: 363–382.

¹³ Schubiger, F.: Geschichte der Medizinischen Gesellschaften des Kantons Solothurn, [Solothurn 1924]; 175-Jahr-Jubiläum der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Solothurn, (Schönenwerd 1998).

¹⁴ Altherr, H.: Geschichtliche Rückblicke in das Leben der Gesellschaft Appenzellischer Aerzte [gegründet] 1827, Heiden 1902.

¹⁵ Guisan, A., Messerli, F.-M.: Centenaire de la Société vaudoise de médecine 1829–1929, Lausanne 1929.

¹⁶ Hoffmann, J.: Medizinische Gesellschaft des Kantons Glarus. Ein Rückblick auf die 100 Jahre ihres Bestehens 1834–1934, Glarus 1934; Medizin und Ärzte im Glarnerland: 150 Jahre Ärztegesellschaft des Kantons Glarus, 1834–1984, Glarus 1984.

¹⁷ Jütte, R. (Hg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997.

¹⁸ Braun, R.: Zur Professionalisierung des Ärztstandes in der Schweiz. In: Conze, W., Kocka, J. (Hg.): Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert, Teil I: Bildungssystem und Professionalisierung in internationalen Vergleichen, Stuttgart 1985: 332–357; Brändli, S.: Geselligkeit als Programm. Ärztliche Standesorganisationen in der Schweiz des 19. Jahrhunderts. In: Jost, H. U., Tanner, A. (Hg.): Geselligkeit, Societäten und Vereine, Zürich 1991, 59–79; Hintzsche, E.: Medizin und Mediziner seit 1870 im Spiegel der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift, Basel, Stuttgart 1971. – Vgl. Siefert, H.: Das naturwissenschaftliche und medizinische Vereinswesen im deutschen Sprachgebiet (1750–1850), Hannover 1969: 114–122 («Die Schweiz als Beispiel ...»).

¹⁹ Lengwiler, M., Rothenbühler, V.: Macht und Ohnmacht der Ärzteschaft. Geschichte des Zürcher Ärztenverbands im 20. Jahrhundert, Zürich 2004.

²⁰ Schweizerische Monatschrift [!] für praktische Medizin 1860, Beiblatt der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern, Nr. 5: 43–47.

²¹ Monatschrift 1860 (wie Anm. 20), Beiblatt ..., Nr. 6: 63–71.

²² CB 1910: 50–51, 153–161, 161–165; Lindt, W.: Zur Erinnerung an das Jubiläum des hundertsten Jahrestages der Gründung der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern, Burgdorf, den 11. Dezember 1909, Bern 1909. – Als Zugabe zur Festschrift erschien: Fellenberg, R. v.: Rudolf Abraham Schiferli ... Separat-Abzug aus Gynaecologia Helvetica, IX, 1909; Liederbuch zum 100jährigen Jubiläum der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern, 1809–1909, Bern 1909 (Redaktion und Illustrationen von Prof. Hans Strasser).

²³ SÄZ 1959: 603; 623–625.

²⁴ SÄZ 1959: 575–603; Müller, C.: Aus der Gründungszeit der Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern; Hintzsche, E.: Über auswärtige Beziehungen der kanton-bernischen Ärzteorganisation vor 150 Jahren; Müller, C.: Die Notfallstube: Zur Geschichte der Gemeinde- und Be-

zirksspitäler im Kanton Bern; Lüdy-Tenger, F.: Burgdorf: Versuch einer Kurzgeschichte; Müller, C.: Die Seuchen und das Impfwesen vor 150 Jahren; Die Entwicklung des Mitgliederbestandes der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern 1809–1959.

²⁵ SÄZ 1984: 2474–2481.

²⁶ 175 Jahre Ärztesgesellschaft des Kantons Bern: Festschrift. Mit Beiträgen von Max Pierre König und Marta Meyer-Salzman, Bern 1985: 11.

²⁷ Eine Auswertung der bernischen Staatskalender 1844–1974 enthalten die Dissertationen: Graf, M., Mijuskovic, M. / Blattmann, V. F., Bassetti, R. G.: Die praktizierende Ärzteschaft des Kantons Bern, Teil 1: 1844–1918 / Teil 2: 1919–1974, Kommentiertes Verzeichnis der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, Bern 2004.

²⁸ CB 1916: 986–990 (Nachruf).

²⁹ Catalog der Bibliothek der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern, Bern 1865; CB 1887: 430, 1888: 538; Lindt (wie Anm. 22): 66. – Liebi, W. A.: Begleitheft zur Ausstellung: Die Medizinische Communbibliothek in ihrem Kontext um 1800, Bern 1995.

³⁰ Taverna, E.: Blickdiagnosen. Peter Friedli, Arzt und Fotograf, SÄZ 2007: 1126 f.

1809–1909: Von den Anfängen zum «achtunggebietenden Mannesalter»

Urs Boschung

Seite 24

¹ Lindt, W.: Zur Erinnerung an das Jubiläum des hundertsten Jahrestages der Gründung der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern, Burgdorf, den 11. Dezember 1909, Bern 1909: 83.

² Schweizerische Monatschrift [!] für praktische Medizin (Abkürzung: SMPM) 1860: 43 f.; Burgerbibliothek Bern (Abkürzung: BBB), Mss. hist. helv. XXXIX, 7.1, Protokolle 1809–1822.

³ Lindt (wie Anm. 1): 95.

- ⁴ Schweizerische Zeitschrift für Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe (Abkürzung: SZMCG) 1842: 330–336, 356–364.
- ⁵ Schneebeli, M.: Handwerkliche Wundarzneikunst im alten Bern, Bern 1949; Streit, R.: Die Laden der Chirurgischen Societät der Stadt Bern. SÄZ 2002: 440 f.
- ⁶ Hardegger, R. O.: Die Helvetische Gesellschaft correspondierender Ärzte und Wundärzte 1788/91–1807, Geschichte der ersten schweizerischen Ärztereinigung, Zürich 1987.
- ⁷ BBB, Mss. hist. helv. XXXIX, 1.6, Manual 1793–1806; SZMCG (wie Anm. 4) 1849: 477–487 (Nachruf auf Johannes Ammann); Ott, H.: 150 Jahre ärztlicher Bezirksverein Oberaargau. Jahrbuch Oberaargau 1991: 134.
- ⁸ Verhandlungen der vereinigten ärztlichen Gesellschaften der Schweiz, 1828, Erste Hälfte: 42.
- ⁹ SZMCG (wie Anm. 4), 1842: 92–96; Gosteli, L., Boschung, U., Brosche, P. Hg.): Astronom, Weltbürger, Blasensteinpatient. F. X. v. Zachs Briefe an R. A. v. Schiferli, Basel 1998: 23–28.
- ¹⁰ Einrichtung und Gesetze der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Bern. Bern 1809.
- ¹¹ Hintzsche, E.: Über auswärtige Beziehungen der kantonal-bernischen Ärzteorganisation vor 150 Jahren. SÄZ 1959: 585–588.
- ¹² Protokolle 1809–1822 (wie Anm. 2): 70–72; Hintzsche 1959 (wie Anm. 11): 588.
- ¹³ Neue Offizielle Gesetzessammlung des Kantons Bern, 1. Band, Bern 1862: 35–38.
- ¹⁴ Gesetzessammlung (wie Anm. 13), 1. Band, Bern 1862: 38–52.
- ¹⁵ Gesetzessammlung (wie Anm. 13), 1. Band, Bern 1862: 141–150.
- ¹⁶ Lindt (wie Anm. 1): 33.
- ¹⁷ Gesetzessammlung (wie Anm. 13), 1. Band, Bern 1862: 477–483.
- ¹⁸ Bernisches Correspondenzblatt für Aerzte und Apotheker 1850, 97–107.
- ¹⁹ Gesetzessammlung (wie Anm. 13), IX. Band, Bern 1862: 321–336.
- ²⁰ Roth, J. W., Die eidgenössischen Medizinalprüfungsverordnungen seit 1880 und ihre Hauptprobleme. Bulletin des Eidg. Gesundheitsamtes, Beilage B, Nr. 4, 1973.
- ²¹ Gesetze, Dekrete und Verordnungen des Kantons Bern, Jahrgang 1865, Der neuen Folge IV. Band, Bern 1865: 27–39.
- ²² Müller, C., Die Notfallstube. Zur Geschichte der Gemeinde- und Bezirksspitäler im Kanton Bern. SÄZ 1959: 589–593.
- ²³ Hintzsche, E.: Medizin und Mediziner seit 1870 im Spiegel der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift, Basel 1971: 60 f., 73–78.
- ²⁴ Statuten der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern, Bern 1852.
- ²⁵ BBB, Mss. hist. helv. XXXIX 45 (Statuten vom 24.6.1857); Lindt (wie Anm. 1): 46.
- ²⁶ Lindt (wie Anm. 1): 38; SZMCG (wie Anm. 4) 1843: 24–32; Ott (wie Anm. 7): 133–144; Grandjean, Ph., Weidmann, B.: 150 Jahre Ärztlicher Bezirksverein Seeland 1845–1995, (Biel) 1995; Mahlberg, D.: Der ärztliche Bezirksverein Bern-Seeland 1845–1895, Diss. med. dent., Bern 2005.
- ²⁷ SMPM (wie Anm. 2) 1858: 4. – Der Bezirksverein Bern-Land wurde 1904 erneut gegründet.
- ²⁸ Lindt (wie Anm. 1): 25; CB 1915: 152 f. – Becher und Stiftungsurkunde, datiert 20.6.1821, im Besitz der Ärztegesellschaft des Kantons Bern.
- ²⁹ SZMCG (wie Anm. 4) 1842: 96 ff; vgl. Flückiger, D., Marthaler, S.: Ärztliche Geburtshilfe im Berner Jura 1828–1861. Jakob Büchlers Berichte: Analyse – Diskussion – Edition, Diss. med., Bern 2003; Meier, K.: Geburtshelfer, Gebärende und Geburtshilfe im 19. Jahrhundert anhand der Aufzeichnungen des Schweizer Landarztes Jakob Büchler, Diss. med., Bern 2004.
- ³⁰ Verhandlungen (wie Anm. 8) 1828: 49; SZMCG (wie Anm. 4) 1842: 362; Lindt (wie Anm. 1): 24, 32, 39, 40, 75.
- ³¹ SZMCG (wie Anm. 4) 1848: 390–429.

³² SZMCG (wie Anm. 4) 1855: 237–243; Lindt (wie Anm. 1): 39.

³³ Müller, C.: Jeremias Gotthelf und die Ärzte, Bern 1959: 18–28.

³⁴ Kocher, Th.: Dr. J. R. Schneider in Bern f. CB 1880: 65–69; Fischer, H.: Dr. med. Johann Rudolf Schneider, Retter des westschweizerischen Seelandes, Bern 1963.

³⁵ CB 1880: 268 f.

³⁶ CB 1880: 262, 444; 1881: 82.

³⁷ CB 1888: 533 f.

³⁸ CB. 1888: 537 f.

³⁹ CB 1889: 147.

⁴⁰ CB 1892: 154–156; 1893: 153–156;

⁴¹ CB 1894: 699–704; 1895: 316; 1896: 86–88, 618–620; 1897: 703; 1898: 706; 1902: 125, 275, 379.

⁴² CB 1896: 180–184, hier 183.

⁴³ CB 1871: 12 (Votum von Dr. [Alfred] Steiger, Luzern).

⁴⁴ BBB, Mss. Hist. helv. XXXIX, Protokolle 1862–1874: 169–174.

⁴⁵ Loretan, P., Venetz, A.: Die Medizinische Sektion der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft (SNG) 1817–1917, Diss. med. dent., Bern 2004.

⁴⁶ CB 1871: 10–18.

⁴⁷ Lenoir, A.: Centenaire de la Société Médicale de la Suisse romande (SMRS) 1867–1967, Lausanne 1967.

⁴⁸ CB 1873: 482, 513–521, 547–552.

⁴⁹ CB 1875: 231 f.; 306–312, 337–346, 371–376.

⁵⁰ CB 1877: 274; 354–359, 394–397, 420–427, 456–463.

⁵¹ CB 1879: 353–358; 396–398, 428–430, 461–464.

⁵² CB 1885: 287–289, 318–326, 350–353, 367–371.

⁵³ CB 1889: 317 f., 348, 400–404, 428–431; 1893: 375 f., 498–502, 524–532, 558–564, 592 f.; 1898: 91, 316, 380, 412, 497, 532, 565; 1909: 356, 670–682, 702–713, 737–748.

⁵⁴ CB 1885: 368–370 (Voten von P. Dubois vs. Th. Kocher und A. Burckhardt).

⁵⁵ Trüb, H.: Einige Daten aus der Geschichte der Verbindung der Schweizer Aerzte bis zur Gründung im

Jahre 1901. SÄZ 1929: 227–234; Hintzsche 1971 (wie Anm. 23): 151–154.

⁵⁶ CB 1905: 22–26.

⁵⁷ Vorschläge betreffend die Reorganisation der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern und die Hebung des bernischen Aertztestandes. Stellungnahme zur Frage der Einführung einer kantonalen Standesordnung, 1907: 12 f.

⁵⁸ Statuten der Aerzte-Gesellschaft des Kantons Bern, Bern 1911.

Das Ende der Gemütlichkeit?

Selbstverständnis und Auftreten der Berner Ärztesgesellschaft im frühen 20. Jahrhundert
Eberhard Wolff

Seite 46

¹ Der Titel intendiert keinen Verweis auf das gleichnamige Buch von Claudia Honegger und Marianne Rychner (Hg.): Das Ende der Gemütlichkeit. Strukturelles Unglück und mentales Leid in der Schweiz, Zürich 1998, sondern bezieht sich auf ein weiter unten folgendes Zitat.

² Siehe hierzu: Ein neues Buch der Lieder für Mediziner. Den Medico-Chirurgen des Kantons Bern gewidmet (Liederbuch zum 100jährigen Jubiläum der medizinisch chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern), Bern 1909. – In einem Gedicht aus dem Ärztlichen Bezirksverein Oberaargau heisst es 1933: «Bi Lieder und fröhlichem Bäckerklinge, / Wenn d'Gedanke-n-i alti Zyte dringe, / Wo dir no keini Sorge heit gha! / I d'Zyt vo der Academia! / De wäiht e fröhlich-studäntischi Luft, / Die überwindet spielend di trennendi Klufft!».

³ BEKAG, Sommersammlung, 31.7.1915. CB 1916: 151–154, hier 153; weitere Details in Ris, (F): Korreferat. In: Ganguillet, (F): Vorschläge betreffend die Reorganisation der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern und betr. Hebung des bern. Aertztestandes. Stellungnahme zur Frage der Einführung einer kantonalen Standesordnung, Bern 1907: 12–20, hier 19.

- ⁴ BEKAG, Vorstandssitzung, 26.6.1914 und 20.2.1915; Sommersammlung, 31.7.1915 (wie Anm. 3); Hinweis zum 100-jährigen Bestehen in SÄZ 1921: 259.
- ⁵ Ris (wie Anm. 3): 18 f.
- ⁶ Müller Imboden, A.: Protokoll der zweitägigen ausserordentlichen Ärztekammersitzung. SÄZ 2007: 81–95, hier 84.
- ⁷ Dies geschah auf Empfehlung der Verbindung Schweizer Ärzte im Jahre 1904. Vgl. Ganguillet (wie Anm. 3), (Referat): 3–11, hier 3.
- ⁸ Vgl. vor allem Jütte, R. (Hg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997; Lengwiler, M., Rothenbühler, V.: Macht und Ohnmacht der Ärzteschaft. Geschichte des Zürcher Ärzterverbands im 20. Jahrhundert, Zürich 2004; Schmid, L.: Ärztliche Standesinteressen und Professionalisierung im 19. Jahrhundert, untersucht am Beispiel der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern. Unveröffentlichte Seminararbeit am Historischen Institut der Universität Bern, 2006. Für Österreich vgl. auch Dietrich-Daum, E.: Die Klage der Ärzte. Marktprobleme und Professionalisierung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Österreich. Bricolage. Innsbrucker Zeitschrift für Europäische Ethnologie, Bd. 5 (Themenheft Medikale Kulturen), 2008, 201–221. – Zum Thema ärztliche Professionalisierung vgl. Huerkamp, C.: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: das Beispiel Preussens, Göttingen 1985.
- ⁹ Bericht zur Jahrhundertfeier der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern. CB 1910: 161–165, hier 164.
- ¹⁰ BEKAG, Sommersammlung, 13.7.1918. CB 1919, 370–375, hier 374.
- ¹¹ Gedicht zur Begrüssung der Teilnehmenden auf dem Kantonalen bernischen Ärztetag im «Bären» Langenthal, 29.6.1933.
- ¹² Ganguillet (wie Anm. 3): 4 ff. Er war allerdings – im Gegensatz zu F. Ris – dagegen, die daraus abgeleiteten Verhaltensanforderungen an die Mitglieder in eine Standesordnung zu fassen. Ris (wie Anm. 3).
- ¹³ Hier wohl im Sinne von «sich aufregen», «sich ärgern». Sonst auch in der Bedeutung von «sich langweilen».
- ¹⁴ Ris (wie Anm. 3): 15 f.
- ¹⁵ Vgl. www.berner-aerzte.ch.
- ¹⁶ BEKAG, Vorstandssitzung, 13.12.1913.
- ¹⁷ Erstmals findet sich in den Akten der Briefkopf in einem Schreiben vom 24.12.1918.
- ¹⁸ Steinmann, F.: Die soziale Lage und Zukunft des bernischen Ärztstandes. SÄZ 1920: 4–8, 13–15, 25–27, 33–35.
- ¹⁹ Steinmann (wie Anm. 18): u. a. 7, 35.
- ²⁰ Trüb, (H.): Zum Artikel «falsche Front». SÄZ 1920: 149–152, hier 152.
- ²¹ Mitteilungen der Gesellschaft. SÄZ 1920: 246 f., hier 246; 1921: 176. Der Text der verschärften Standesordnung abgedruckt in SÄZ 1921: 267–269, 276–278.
- ²² Vgl. SÄZ 1923: 8, 260–264; 1924: 273.
- ²³ Trüb, (H.): Die Neuordnung der Vertragsverhältnisse zwischen Ärzten und Kassen im Kanton Bern. SÄZ 1934: 617 f.
- ²⁴ BEKAG, Rundschreiben an die Bezirksvereine, 3. und 21.4.1917; Vorstandssitzung, 12.5.1917; Brief an den Berner Regierungsrat v. 24.10.1917 sowie diverse dazugehörige Drucksachen.
- ²⁵ BEKAG, Schreiben an die Bezirksvereine, 1.7.1937.
- ²⁶ Vgl. Protokolle bzw. Schreiben der BEKAG, 1937, 1938.
- ²⁷ Im Jahre 1913 waren rund 95 Prozent der Berner Ärzte in der Gesellschaft organisiert (340 von 360). Vgl. BEKAG, Schreiben an die Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Bern vom 13.6.1913: 1 f.
- ²⁸ Vgl. für Deutschland: Wolff, E.: Mehr als nur materielle Interessen: Die organisierte Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914–1933. In: Jütte (wie Anm. 8): 97–142.

²⁹ BEKAG, Schreiben an die Bezirksvereine, 1.7.1937; Schreiben an die Mitglieder, 20.10.1938 (Urabstimmung); Abstimmungstext und Ergebnis auch in SÄZ 1938: 560.

³⁰ BEKAG, Delegiertenversammlung, 26.9.1940: 6.

³¹ BEKAG, Bemerkungen des Vorstands zu den Traktanden für die Delegiertenversammlung vom 10.6.1939: 3.

³² Sturzenegger, H.: Grundsätzliche Bemerkungen zu allgemeinen Standesfragen. SÄZ 1964: 615–617, 616.

³³ Vgl. Wolff, E.: Gelehrte oder Praktiker? Debatten über das ideale Medizinstudium in Zürich und der ganzen Schweiz. In: Ritzmann, I., Schweer, W., Wolff, E. (Hg.): Innenansichten einer Ärzteschmiede: Lehren, Lernen und Leben – aus der Geschichte des Zürcher Medizinstudiums, Zürich 2008: 27–58. Zur Debatte von 1909: Bezirksverein Bern-Stadt, 25.5.1909. CB 1909: 844–856; Referat Vortrag Sahli. CB 1910: 1190–1194.

³⁴ Bezirksverein Bern-Stadt, Sitzungen vom 17.2. und 3.3.1921. SMW 1922: 417–420, 438–442; Sitzungen vom 10., 17.11., 1.12.1921. SMW 1922: 965–967, 1062–1064, 1132–1136.

³⁵ CB 1909: 844–856, hier 845.

³⁶ Ebd.

³⁷ Michalski, (J.): Zur Reform des Medizinstudiums. SÄZ 1922: 55–57, 65–70.

³⁸ Der entsprechende Passus in der gegenwärtigen Webdarstellung der BEKAG (www.berner-aerzte.ch) lautet: «Seit der Gründung der Ärztesgesellschaft im Jahre 1809 sind die medizinischen Ziele ähnlich geblieben: Der Einsatz für ein gesundheitsbewusstes Verhalten der Bevölkerung, der Kampf gegen Suchtmittel, die Aufklärung über Kurpfuscherei, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.» Diese Aussage findet sich in den Quellen nicht bestätigt.

³⁹ Ris (wie Anm. 3): 16.

⁴⁰ BEKAG, Delegiertenversammlung, 20.5.1911; Ausschreibungstext in: CB 1914: 30.

⁴¹ Mein Haus, meine Burg! Den Eheleuten zum Geleite! Herausgegeben vom evangelisch-reformierten

Synodalrat in Verbindung mit der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Bern 1914.

⁴² Looser, R.: Über medizinische Volksaufklärung. SÄZ 1926: 263–271. Protokoll der Diskussion: Ebd.: 272.

⁴³ Ganguillet (wie Anm. 7): 3. Schriftdeutsch in etwa: «Nur nicht hetzen, aber immer vorwärts!».

⁴⁴ Steinmann (wie Anm. 18): 33.

⁴⁵ Erstmals abgedruckt in SÄZ 1943: 275.

Ein transatlantischer Blick auf die Berner Ärzte

Madeleine Herren

Seite 70

¹ Herren, M., Zala, S.: Netzwerk Aussenpolitik, Zürich 2002.

² Berichte über die Entsendung von *Swiss Doctors* finden sich in der Berichterstattung über den Türkisch-griechischen Krieg 1896/97, während der beiden Weltkriege, aber auch 1956 während der ungarischen Revolution.

³ University Women: More of them in Switzerland than in any European country. Boston Daily Globe, 21.8.1898. Female Doctors in Europe. New York Times, 19.6.1876.

⁴ Miss Elsie Porter to Wed. The Washington Post, 3.1.1905.

⁵ Dr. Albert Kocher; Swiss physician and son of Nobel prize winner in 1909 is dead. New York Times, 10.5.1941.

⁶ Says Germany spread phthisis among prisoners. New York Times, 24.9.1916.

⁷ Cholera in Germany. New York Times, 22.9.1917.

⁸ Murray, F.: A Swiss Movement. Los Angeles Times 12.2.1930.

⁹ Prince Chichibu ill; second son of Japanese emperor has measles in Switzerland. New York Times, 18.2.1926.

¹⁰ Faith given role in medical work. New York Times, 22.3.1965.

¹¹ World's most controversial doctor. The Washington Post and Times Herald, 28.6.1959.

Zwischen Privatpraxis und Kassenmedizin: Die Veränderung der ärztlichen Einkommen im 20. Jahrhundert

Martin Lengwiler

Seite 76

¹ Dieser Beitrag verfolgt die Einkommensentwicklung bis zur Einführung des nationalen Krankenversicherungsobligatoriums durch das eidgenössische Krankenversicherungsgesetz 1996. Für wertvolle Hinweise und kritische Ergänzungen bin ich Felizitas Schaub, Piroshka Wolf sowie den Mitautorinnen und -autoren dieses Bandes zu grossem Dank verpflichtet.

² Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung, 132.6.1906, in: Schweizerisches Bundesblatt, 1911, vol. 63/III: 535 f.

³ Rickenbach, W.: Das Obligatorium in der Krankenversicherung mit besonderer Berücksichtigung der Schweiz, Diss. Zürich, Wald 1930: 148–157.

⁴ Gezählt wurden sowohl die obligatorisch wie die privat Versicherten; Hünerwadel, H.: Die Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung, vom 13. Juni 1911, ihre Entstehung und ihre Auswirkung, Bern 1938: 172 f.

⁵ BEKAG, Vorstandssitzung, 26.6.1914: 2.

⁶ Vorschläge betreffend die Reorganisation der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern und die Hebung des bernischen Ärztstandes. Stellungnahme zur Frage der Einführung einer kantonalen Standesordnung, 1907: 12.

⁷ Vorschläge (wie Anm. 6): 1.

⁸ Enge Kontakte zu Zürich (Hermann Häberlin) und Leipzig (Hartmann-Bund); 23.1.1915.

⁹ Vorschläge (wie Anm. 6): 14 f.

¹⁰ Vorschläge (wie Anm. 6): 14.

¹¹ Vorschläge (wie Anm. 6): insbes. 16–19; Standesordnung (Entwurf), Bern 1911: 5.

¹² Vorschläge (wie Anm. 6): 3–6, 16 f.

¹³ BEKAG, Delegiertenversammlung, 20.5.1911: 1.

¹⁴ BEKAG, Brief Dr. W. Lindt, Präsident, an Regierungsrat, 13.6.1913: 1 f.

¹⁵ BEKAG, Vorstandssitzung, 28.3.1914:1 f.; vgl. auch den Protest des Bezirksvereins Oberaargau gegen den als Massregelung verstandenen Zwang, den Verpflichtungsschein zu unterschreiben; 15.5.1914.

¹⁶ BEKAG, Brief Dr. W. Lindt, Präsident, an Regierungsrat, 13.6.1913: 2 f.

¹⁷ Protokoll der Kommission zur Vorberatung eines Tarifs für die Verrichtungen der Ärzte bei der Behandlung von Mitgliedern anerkannter Krankenkassen im Kanton Bern, 17.11.1912: 4.

¹⁸ BEKAG, Vorstandssitzung, 14.10.1913: 2 f.

¹⁹ BEKAG, Delegiertenversammlung, 10.1.1914.

²⁰ BEKAG, Delegiertenversammlung, 10.1.1914; vgl. auch Schreiben Dr. F. Ganguillet, Vizepräsident, an Dr. R. Garraux, Langenthal, 12.6.1914.

²¹ BEKAG, Schreiben Dr. F. Ganguillet, Vizepräsident, an Dr. R. Garraux, Langenthal, 12.6.1914.

²² BEKAG, Vorstandssitzung, 26.6.1914: 2; BEKAG, Leitender Ausschuss an die Bezirksvereine, 21.6.1915: 1.

²³ BEKAG, Vorstandssitzung, 23.1.1915, 20.2.1915, 13.3.1915; BEKAG, Leitender Ausschuss, Rundschreiben, 23.4.1917.

²⁴ Zum Beispiel: BEKAG, Schreiben an die Bezirksvereine, 10.8.1933.

²⁵ Hünerwadel, H.: Die Krankenversicherung in der Schweiz, 1914–1923, Zürich 1925: 44 f.; BEKAG, Schreiben des Vorstands, 6.5.1926.

²⁶ BEKAG, Schreiben an die Mitglieder, 6.5.1926, Schreiben an die Bezirksvereine, 10.8.1933.

²⁷ BEKAG, Schreiben des Vorstands, 6.5.1926.

²⁸ BEKAG, Schreiben des Sekretärs, 1.7.1926.

²⁹ Hünerwadel 1938 (wie Anm. 4): 51 f.; Hünerwadel 1925 (wie Anm. 25): 46.

³⁰ BEKAG, Schreiben vom 23.8.1929, 30.12.1929.

³¹ Für Zürich: Lengwiler, M., Rothenbühler, V.: Macht und Ohnmacht der Ärzteschaft, Geschichte des Zürcher Ärzterverbands im 20. Jahrhundert, Zürich 2004: 47–68.

³² Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH), Schreiben vom 2.2.1932; Bezirksverein Oberaargau, 9.3.1932.

³³ BEKAG, Delegiertenversammlung, 13.5.1933.

³⁴ Lengwiler, Rothenbühler (wie Anm. 31): 62–68.

³⁵ BEKAG, Brief vom 9.3.1936.

³⁶ BEKAG, Brief vom 5.11.1937

³⁷ Verbindung der Schweizer Ärzte, Zentralvorstand, Botschaft an die kantonalen Ärztesgesellschaften, 13.7.1940.

³⁸ BEKAG, Delegiertenversammlung, 29.1.1948.

³⁹ Vgl. die Liste der Leistungserbringer für die Spitalversorgung im Kanton Bern von 2006, «Bezeichnung der Vertragspartner im Bereich der Spitalversorgung, Protokoll des Regierungsrates, 1.3.06 (http://www.gef.be.ch/site/index/gef_direktor/gef_spa_spitalversorgung/gef_spa_umsetzung_spvq/gef_spa_umsetzung_spvq_bezeichnung_vertragspartner.htm, 29.3.08); Cash, 24.11.2005: 12.

⁴⁰ Ärzteverein Emmental, Sitzung vom 8.12.1966; BEKAG, Schreiben an die Vorstandsmitglieder, 11.10.1968.

⁴¹ Schreiben von Dr. med. J. H. an E. Sanz, Präsident des Bezirksvereins Emmental, 13.2.1958.

⁴² Zu diesem Punkt: Schreiben H. H. an E. Sanz, 25.7.1958.

⁴³ Schreiben von E. Sanz an J. H., 18.2.1958.

⁴⁴ Schreiben von E. Sanz an H. H., 31.7.1958.

⁴⁵ Angaben anonymisiert; BEKAG, Schreiben an den Bezirksverein Emmental, 23.11.1966.

⁴⁶ Zur Plethora-Debatte: Stupnicki, R.: Die soziale Stellung des Arztes in der Schweiz, Bern 1953: 44–50.

⁴⁷ Bezirksverein Emmental, Sitzung vom 8.12.1966.

⁴⁸ Bezirksverein Emmental, Schreiben an die BEKAG, 23.12.1966; BEKAG, Schreiben an die Gesundheitsdirektion des Kantons Bern, 28.12.1966.

⁴⁹ Gemeinde Wynigen, Schreiben an die Direktion des Gesundheitswesens, 30.6.1968; BEKAG, Schreiben an die Vorstandsmitglieder, 11.10.1968.

⁵⁰ FMH, Generalsekretariat, Schreiben an die BEKAG, 9.6.1967.

⁵¹ Für einen Fall aus Oberburg im Jahr 1965: Schreiben des Einwohnergemeinderats Oberburg an Ed. Wyss, Präsident des Bezirksvereins Emmental, 18.8.1965.

⁵² Quellen: Archiv der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Schachtel 112: Krankenkassen: Verträge usw. 1933–1988; www.tarmedsuisse.ch.

⁵³ 1 Taxpunkt (TP) = 1.20 CHF.

⁵⁴ Annahme: Konsultation von 30 Minuten: 9 · 9.57 TP = 47.85; + 4.78 für letzte 5 Minuten = 52.63 TP; 1 TP = .86 CHF; vgl. www.tarmedsuisse.ch.

⁵⁵ F. S an BEKAG, 26.8.1974 (Schachtel 37, Archiv BEKAG).

⁵⁶ Exemplarisch: Brief des Kantonalverbands Bernischer Krankenkassen an H. S. in B., 1.12.1975 (Schachtel 37, Archiv BEKAG).

⁵⁷ Insgesamt 152 Fälle wurden belangt; die Mitgliederstatistik der BEKAG wies in den frühen 1970er-Jahren knapp 1000 Ärztinnen und Ärzte aus. Statistik Arbeitsgemeinschaft bernischer Krankenkassen, 14.7.1975 (Schachtel 37, Archiv BEKAG).

⁵⁸ T. D. an Kantonalverband Bernischer Krankenkassen, 29.6.1974 (Schachtel 37, Archiv BEKAG).

⁵⁹ Kantonalverband Bernischer Krankenkassen an BEKAG, 18.8.1975 (Schachtel 37, Archiv BEKAG).

⁶⁰ Der Bund, 17.5.1978 (Schachtel 38, Archiv BEKAG); die Aktion wurde auch in den 1980er-Jahren fortgeführt. Vgl. Schachtel 39, Archiv BEKAG.

⁶¹ BEKAG, Jahresbericht 1985: 1; BEKAG, Präsidentenkonferenz, 29.10.1987: 5.

Studienreform, Spezialisierung, Ferienkurse

Urs Boschung

Seite 102

¹ Roth, J. W.: Die eidgenössischen Medizinalprüfungsverordnungen seit 1880 und ihre Hauptprobleme. Bulletin des Eidg. Gesundheitsamtes, Beilage B, Nr. 4, 1973.

² SÄZ 1965: 846–851.

³ Rennefahrt, H., Hintzsche, E.: 1354–1954, Sechshundert Jahre Inselspital, Bern 1954; Leu, F.: Das

Inselspital. Geschichte des Universitätsspitals Bern 1954–2004, Thun/Gwatt 2006.

⁴ CB 1900: 484; 1904: 453.

⁵ Bachmann, B., Bradenahl, E.: Medizinstudium von Frauen in Bern, 1871–1914, Diss. med. dent., Bern 1990; Hunziker-Michel, N.: Medizinstudentinnen an der Universität Bern 1914–1964., Diss. med. dent., Bern 2002.

⁶ Wolff, E.: Gelehrte oder Praktiker? Debatten über das ideale Medizinstudium in Zürich und der ganzen Schweiz. In: Ritzmann, I., Schweer, W., Wolff, E. (Hg.), Innenansichten einer Ärzteschmiede: Lehren, lernen und leben – aus der Geschichte des Zürcher Medizinstudiums, Zürich 2008: 27–58.

⁷ CB 1909: 844–856 (25.5.1909); 1910: 70–73 (22.6.1909); 1911: 168–170 (29.11.1910).

⁸ CB 1912: 682–690.

⁹ CB 1911: 169 (29.11.1910).

¹⁰ CB 1910: 1190–1194.

¹¹ Bezirksverein Bern–Land, Protokolle 1904–1928: 112–116 (28.2.1911).

¹² SÄZ 1922: 55–57, 65–70, 74–76.

¹³ SÄZ 1921: 235 f.

¹⁴ Bezirksverein Bern–Land (wie Anm. 11): 270–278 (2.11.1921).

¹⁵ SÄZ 1964: 1110; 1962: 443–448.

¹⁶ Rossi, E.: Die Neukonzeption des Medizinstudiums in der Schweiz. SÄZ 1969: 1180–1186; ders.: Die Experimentierphase zur Neuordnung des Medizinstudiums in der Schweiz. SÄZ 1973: 721–723; Pauli, H. G.: Zur Reform des Medizinstudiums. SÄZ 1973: 1757–1759, 1802–1808.

¹⁷ Etter, B.: Medizinalberufegesetz. Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (MedBG), Bern 2006.

¹⁸ Bezirksverein Bern–Land (wie Anm. 11): 60 f. (19.12.1906).

¹⁹ Medizinische Fakultät der Universität Bern, Fakultätsausschuss, 11.2., 12.5.1980. – Seit 1965 bestand der Titel «Arzt für Allgemeine Medizin FMH».

²⁰ Fakultäre Instanz für Allgemeinmedizin (FIAM), Medizinische Fakultät der Universität Bern, Jahresbericht 1983–1985.

²¹ Haffter, E. (Hg.): Dr. [J.] L. Sonderegger in seiner Selbstbiographie und seinen Briefen, Frauenfeld 1898: 37.

²² CB 1909: 849.

²³ CB 1910: 1190–1194, hier 1191, 1193.

²⁴ CB 1909: 850.

²⁵ SÄZ 1935: 289–296.

²⁶ CB 1909: 853.

²⁷ Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Standesordnung 1912, Art. 6.

²⁸ SÄZ 1931: 500 f.

²⁹ SÄZ 1932: 223.

³⁰ Leu (wie Anm. 3): 339.

³¹ Bezirksverein Bern–Land (wie Anm. 11): 45 (1905), 67 f. (1907), 111 (1911).

³² Lindt, W.: Zur Erinnerung an das Jubiläum des hundertsten Jahrestages der Gründung der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern, Burgdorf, den 11. Dezember 1909, Bern 1909: 66.

³³ SÄZ 1953: 377; vgl. SÄZ 1956: 58 f.; 1986: 2174; 1990: 73; Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (Hg.), Bewältigung des Sterbens, Bern [usw.] 1985.

³⁴ CB 1896: 351, 421.

³⁵ CB 1911: 1291; 1912: 108, 160, 364, 430, 644, 795, 800, 1079, 1084, 1165, 1370.

³⁶ CB 1912: 1079–1084.

³⁷ SÄZ 1936: 485.

³⁸ Bezirksverein Bern–Land (wie Anm. 11): 69 (24.7.1907); CB 1908: 255–261.

³⁹ CB 1908: 255–261, 429–433, 466–468; vgl. CB 1913: 475–479.

⁴⁰ Medizinische Fakultät der Universität Bern, Fakultätsprotokoll, 11.12.1907, 12.2.1908.

⁴¹ Fakultätsprotokoll, 6.5., 17.6.1908.

⁴² Fakultätsprotokoll, 5.6.1918.

⁴³ CB 1913: 1244 f., 1680; 1917: 1764 f.

⁴⁴ CB 1917: 1765–1770.

⁴⁵ CB 1917: 1217–1219.

- ⁴⁶ CB 1918: 370
- ⁴⁷ CB 1918: 374.
- ⁴⁸ Fakultätsprotokoll, 14.3.1919.
- ⁴⁹ Fakultätsprotokoll, 9.7.1919.
- ⁵⁰ CB 1919: 1608.
- ⁵¹ CB 1919: 1896; Vademecum für Schweizer Ärzte, hrsg. vom Zentralvorstand der Schweizer Ärzte im Auftrag der Schweizerischen Ärztekammer, (Bern) 1926: 206 f.
- ⁵² SÄZ 1920: 29–31 (5./6.6.1920).
- ⁵³ SÄZ 1922: 386 (15.11.1922–21.2.1923).
- ⁵⁴ SÄZ 1924: 308 (20.–25.10.1924); 1929: 568 (21.–26.10.1929).
- ⁵⁵ Fakultätsprotokoll, 27.2., 8.5.1929; BEKAG, Delegiertenversammlung, 4.5.1929.
- ⁵⁶ SÄZ 1936: 445 f. (19.–24.10.1936); Fakultätsprotokoll, 28.2., 8.5.1936.
- ⁵⁷ SÄZ 1939: 189 f. (4.5.–15.6.1939).
- ⁵⁸ SÄZ 1940: 213, 383–385.
- ⁵⁹ SÄZ 1943: 478 (Ankündigung); SÄZ 1944: 122 f. (19.–22.4.1944); Fakultätsprotokoll, 27.10., 8.12.1943, 23.2.1944; SMW 1944: 1135 (Bericht von Gustav Irrniger, Urnäsch).
- ⁶⁰ Fakultätsprotokoll, 10.5.1944.
- ⁶¹ SÄZ 1947: 129, 163, 190 f. (24.–26.4.1947); Fakultätsprotokoll, 22.1., 12.2.1947.
- ⁶² SÄZ 1951: 384–386 (20.–23.9.1951).
- ⁶³ Die Medizinische Fakultät hatte der Regierung die Berufung Sigerists nach Bern vorgeschlagen (Sigerist, H. E.: Autobiographische Schriften, Stuttgart 1970: 276).
- ⁶⁴ SÄZ 1951: 512–514.
- ⁶⁵ SÄZ 1954: 380 f. (14.–17.10.1954).
- ⁶⁶ SÄZ 1957: 496 f. (24.–26.10.1957); SÄZ 1960: 681 f. (3.–5.11.1960).
- ⁶⁷ SÄZ 1963: 1008 f. (28.11.–1.12.1963).
- ⁶⁸ SÄZ 1966: 1240–1242 (24.–27.11.1966).
- ⁶⁹ SÄZ 1969: 1220–1222 (20.–23.11.1969).
- ⁷⁰ SÄZ 1972: 1398–1400 (1.–4.11.1972).
- ⁷¹ SÄZ 1975: 1582 f. (19.–21.12.1975).
- ⁷² SÄZ 1978: 1788–1790 (22.–25.11.1978).

⁷³ SÄZ 1981: 2481–2483 (18.–21.11.1981).

⁷⁴ SÄZ 1984: 1594 f. (21.–24.11.1984).

⁷⁵ SÄZ 1984: 2474–2481.

⁷⁶ SÄZ 1987: 1432–1435 (25.–28.11.1987).

Kriegsmedizinische Fortbildung an der Universität Bern, 1939–1945

Anouk Hiedl

Seite 124

¹ Bircher, E. (Hg.): Zur Einführung, in: Allgemeine Schweizerische Militärzeitung, Wehrmedizinisches Sonderheft, 90: 1944: 3–49, hier 23. – Eugen Bircher (1882–1956), Dr. med. Basel, 1917–34 chirurgischer Chefarzt am Kantonsspital Aarau, im Ersten Weltkrieg kriegschirurgische Erfahrungen in Bulgarien, 1934–42 Kommandant der 4. bzw. 5. Division, 1941–43 Mitorganisator und z. T. Leiter der der schweizerischen Ärztemissionen an die Ostfront, 1942–55 Nationalrat; Verfasser zahlreicher medizinischer und militärwissenschaftlicher Beiträge; 1926–1956 Redaktor der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift, 1932–1946 Chefredaktor der Allgemeinen Schweizerischen Militärischen Zeitschrift. – Ähnliche Forderungen wie jene Birchers bei Dubs, J.: Die Feldchirurgie im schweizerischen Gefechts-Sanitätsdienst. Ein Leitfaden für Sanitätsoffiziere und Sanitätsassistenten, 2. Auflage (erste Auflage: 1939), Zürich 1941: 193.

² Hiedl, A.: Der Zweite Weltkrieg als «Lehrmeister der Chirurgie» – auch für die Schweiz? Kriegschirurgische Erfahrungsvermittlung am Beispiel der ersten Schweizer Ärztemission an die Ostfront 1941/42. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Bern 2006.

³ Medizinischer Bezirksverein Bern-Stadt (MBV), Archiv, II 1934/49; SÄZ 1942 und 1943.

⁴ 11.11.1939 (Prof. Dr. A. Maurizio, gemeinsam mit der Naturforschenden Gesellschaft Bern, NGB); 9.12.1939 (Prof. Dr. C. Hallauer; gemeinsam mit der NGB); 13.2.1940 (Dr. A. Jung); 11.11.1943 (PD R. Régamey); 18.1.1945 (Prof. F. Jimano-Vidal); MBV, Archiv, II 1934/49.

⁵ Gedruckte Programmkarte: «Medizinische Fakultät der Universität Bern. Militärmedizinischer Fortbildungskurs, W.S. 1942/43. Beginn 8.10.1942, 20.00, Ort: Hörsaal der Chirurgischen Klinik», 8.10.1942–4.3.1943; MBV, Archiv, II 1934/49; veröffentlicht in SÄZ 1942:502 (9.10.1942). Das Programm ist unterzeichnet vom Dekan Prof. Alexander von Muralt, seit 1942 Major der Artillerie und Kommandant der Feldartillerie-Abteilung 8. – Mehrere, im Laufe des Kurses sich ergebenden Programmänderungen wurden in der Ärztezeitung angezeigt, wie im Folgenden dargestellt wird.

⁶ Programm (wie Anm. 5); die Änderungen im Programm ergeben sich aus den laufend in der Ärztezeitung erschienen Anzeigen. – Angaben zu den mitwirkenden Berner Dozenten in: Die Dozenten der bernischen Hochschule. Ergänzungsband zu: Hochschulgeschichte Bern 1528–1984, Bern 1984.

⁷ Busch, R. (Hg.): Die Schweiz, die Nazis und die erste Ärztemission, Schweizer Ärztemissionen im II. Weltkrieg, Robert Nicole, Bericht über die Schweizerische Ärztemission nach Finnland, Berlin 2004; Longchamp, C.: Das Umfeld der Schweizerischen Ärztemissionen hinter die deutsch-sowjetische Front 1941–1945 (1967/68). Wirtschaftliche und politische Aspekte einer humanitären Mission im Zweiten Weltkrieg. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Bern 1983; Hiedl (wie Anm. 2).

⁸ Paul Vollenweider (1888–1962), Promotion in Zürich, praktizierender Arzt in Kleindietwil, ab 1922 Instruktionsoffizier der Sanität, 1936–45 Oberfeldarzt, 1945–1954 Direktor der Eidg. Gesundheitsamtes. Vgl. Dreifuss, E.: Die Entwicklung der schweizerischen Armeesantität und Militärpharmazie. Persönlichkeit und Wirken der bisherigen Oberfeldärzte und Armeepocheker, Bern 1994: 24–27.

⁹ Das Referat von C. Hallauer war für den 4. Abend vorgesehen.

¹⁰ SÄZ 1942: 521.

¹¹ Im Programm «Campbell»; richtig: Campell, Rudolf, Arzt in Pontresina. Vgl. sein Referat «Blitzverletzung»

an der Jahresversammlung der Schweiz. Gesellschaft für Chirurgie, Luzern, 17./18.7.1943; SMW 1944: 53.

¹² SÄZ 1942: 544.

¹³ Bernhard Fust (1910–1973), Dr. med. Basel, Adjunkt des Eidg. Gesundheitsamts, an der Universität Bern 1943 PD, 1957 ao. Prof. für Hygiene und Bakteriologie; 1949–67 Leiter der Abteilung Chemotherapie bei Hoffmann-La Roche in Basel (Dozenten, wie Anm. 6, 102).

¹⁴ Robert Henri Régamey (1907–1978), Dr. med. Zürich, an der Universität Bern 1939 PD für Hygiene und Bakteriologie, 1958 Honorarprofessor; 1948 technischer Direktor des Eidg. Serum- und Impfinstituts Bern; 1959–1977 o. Prof. in Genf (Dozenten, wie Anm. 6, 111).

¹⁵ SÄZ 1942: 559.

¹⁶ SÄZ 1942: 581; Peter (Pierre) Steiner (†1967), Dr. med. Basel, Médecin-Directeur, Sanatorium Le Chamossaire, Leysin. Eine Zusammenfassung des Referats von Prof. Dubois erschien in SMW 1943: 1415; das Referat von P. Steiner sollte in extenso in der SMW erscheinen, jedoch unterblieb eine Publikation.

¹⁷ SÄZ 1943: 16. Karl Reichenau (1887–1967), Arzt in Hindelbank, Territorialkommandoarzt 3. – Erwin Uehlinger (1899–1980), St. Gallen, Abteilung für Sanität des Armeestabs, 1933 PD, 1939 Titularprofessor, 1940–1953 Leiter des Pathologischen Institut des Kantonsspitals St. Gallen, 1953–1969 Ordinarius für Pathologie und Direktor des Pathologischen Instituts der Universität Zürich.

¹⁸ SÄZ 1943: 16. Eugen Renfer (1898–1964), Dr. med. Bern, arbeitete als Teilnehmer der ersten Schweizer Ärztemission an die Ostfront (1941/42) in zwei Lazaretten von Smolensk. Nach dem Krieg war er Chefarzt im Berner Zieglerspital. Vgl. Busch (wie Anm. 7): 189–195, 291. – PD Albert Alder (1888–1980), Chefarzt Innere Medizin am Kantonsspital Aarau, 1922 PD für Innere Medizin, 1946 Titularprofessor an der Universität Zürich.

¹⁹ SÄZ 1943: 24.

²⁰ Programm (wie Anm. 5). Hans Martz (1888–1954), Arzt in Riehen, Kommandant der Militärsanitätsanstalt (MSA) III/5, 1941 Stellvertreter des Rotkreuzchefarztes; SMW 1954: 931 f.

²¹ SÄZ 1943: 24 und 33. Im gedruckten Programm fehlten die genauen Referatsthemen. – Oberst Guy von Wytttenbach (1891–1955), Chefarzt Chirurgie im Bezirksspital Zweisimmen, Armeekorpsarzt; Major Ernst Baumann (1890–1978), Chefarzt Chirurgie am Bezirksspital Langenthal, 1942 PD, 1957 Honorarprofessor an der Universität Bern.

²² Ein Autoreferat von Fonio erschien in der SMW 1943: 1416. Als Erfahrung an der Ostfront wird der Einsatz von «Periston nach Weese» als Blutersatz erwähnt. «Die Akten über die Wirkung desselben sind noch nicht abgeschlossen ...» Es scheint plausibel, dass Fonio auch Erkenntnisse von Dr. Rudolf Bucher einbrachte, der Anfang 1941 zum Chef des Bluttransfusionsdienstes der Schweizer Armee ernannt worden war und im Rahmen der ersten Schweizer Ärztemission an die Ostfront (1941/42) die dortige Schweizer Blutspende-Equipe leitete. Vgl. Hiedl (wie Anm. 2): 55–74.

²³ SÄZ 1943: 75; Brief von A. Fonio, datiert 1.2.1943, an die Redaktion der Schweizerischen Ärztezeitung (MBV, Archiv, II 1934/49). – Wilhelm (Willy) Iff (1904–1965), Dr. med. Bern, Sekundärarzt an der Chirurgischen Klinik Bern, Teilnehmer der medizinischen Finnlandmission von 1940, einem Vorläufer der vier Schweizer Ärztemissionen an die Ostfront; später Chirurg am Salemspital Bern. Vgl. Busch (wie Anm. 7): 287; Hiedl (wie Anm. 2): 1.

²⁴ SÄZ 1943: 87.

²⁵ Zur Entstehung und Zusammensetzung des missionsleitenden Schweizer Komitees des Roten Kreuzes, des sogenannten Hilfs- oder Gründungskomitees, und zur Vorgeschichte der ersten Schweizer Ärztemission an die Ostfront vgl. Longchamp (wie Anm. 7): 72–94.

²⁶ Reglement für Missionsteilnehmende, 9. Oktober 1941; Komitee für Hilfsaktionen unter dem Pa-

tronat des Schweiz. Roten Kreuzes an den deutschen Militärattaché von Ilsemann, 31. Januar 1942: Bestätigung des Reglements vom 9. Oktober 1941 (Erklärung zum Stillschweigen über militärische Beobachtungen und Erklärung, dass geplante wissenschaftliche Veröffentlichungen der Missionsteilnehmenden dem OKH zur Bewilligung vorgelegt werden müssen), aus: Teilnachlass Bircher, Archiv für Zeitgeschichte, 28.2.4, ETH Zürich.

²⁷ SMW 1944: 490.

²⁸ Der erste Ärztekurs fand vom 2.–18.7.1944 in Bern, der zweite vom 17.–28.10.1944 in Zürich statt. Vgl. die Reportage über den Berner Kurs, aus: Bundesarchiv Bern, J II 15, Akzession 1969/7, 439 (Ärztemissionen/-kurse, 1944). In einem Kurs für «technisches Personal» wurden die Teilnehmer über die vorzunehmenden Sterilisations- bzw. Desinfektionsmethoden sowie über die Vernichtung von Ungeziefer bei ausgebrochenen Infektionskrankheiten instruiert. Vgl. Zimmermann, E.: Schweiz. Rotes Kreuz, Ärztemissionen. Technischer Leitfaden. Zusammengestellt durch Teilnehmer des Kurses für technisches Personal vom 18. bis 23. September 1944 in Zürich: 8–17 (Eidg. Militärbibliothek, Bern).

²⁹ Billroth, Th.: Chirurgische Briefe aus den Kriegslazarethen in Weissenburg und Mannheim 1870, Berlin 1872: 179; zitiert in: Dubs (wie Anm. 1): X.

³⁰ Bircher (wie Anm. 1): 5 f.; vgl. dazu Fischer, H.: Aus den Erfahrungsberichten der beratenden Chirurgen im Krieg 1939–1945, in: Finger, G.: Wehrdienst und Gesundheit. Abhandlungen aus Wehrmedizin, Wehrpharmazie und Wehrveterinärwesen, Bd. 5, Darmstadt 1963: 6.

³¹ Vgl. Hiedl (wie Anm. 2): 91–96.

Ärztinnen: Rare Einsprengsel in der Medizinerwelt

Franziska Rogger

Seite 130

¹ CB 1910: 164.

² Bezirksverein Bern-Stadt, Einladung für den 31.5.1926, Kursaal Schänzli, in Begleitung der Damen; BEKAG, Einladung zur 150-Jahr-Feier. SÄZ 1959: 571, 603; vgl. SÄZ 1940: 441 (Zitat betr. Frau Dr. Leuch); Bezirksverein Bern-Land, 26.8.1965 (Zitat «ewig geplagt»).

³ Für diesen Abschnitt: Rogger, F.: Der Doktorhut im Besenschrank. Das abenteuerliche Leben der ersten Studentinnen – am Beispiel der Universität Bern, Bern 2002; Sanitätsdirektion Bern, Protokolle, Staatsarchiv Bern.

⁴ Zur Liste der ersten im Kanton Bern praktizierenden Ärztinnen siehe: Sanitätsakten des Kantons Bern, Staatsarchiv Bern, BB XI Nr. 94–104; Staatskalender des Kantons Bern; Graf, M.; Mijuskovic, M. / Blattmann, V. F., Bassetti, R. G.: Die praktizierende Ärzteschaft des Kantons Bern 1844–1918/1918–1974 [zusammengestellt aus den Bernischen Staatskalendern], Diss. med. dent., Bern 2004.

⁵ Hélène Delay-Bulan, aus Amiens/France, 1845–?, verheiratet mit Paul Delay aus Provence VD, 20.11.1852–?, patentiert 1880, promoviert 1878, Ärztin im Bezirk Courtelary bzw. Biel (Bahnhofstrasse) 1880–1883. Eine Anfrage nach Provence brachte keine näheren Angaben zu den Delays. Die erste Absolventin der Universität Bern, die 1877 die Schweizerische Medizinalprüfung bestand, war Anna Galvis-Hotz, Kolumbianerin mit Schweizer Mutter, die danach in Bogotà praktizierte. Helene Bulan bestand das Staatsexamen 1879.

⁶ Anna Bayer aus Böhmen, 4.11.1853–Nacht 24./25.1.1924, pat. 1887, prom. 1881, Ärztin in Bern 1888–1899; Rogger (wie Anm. 3), beso. 47–51.

⁷ Hedwig Widmer-Zimmerli aus Zofingen, 16.10.1864–14.10.1924, verheiratet mit Lebrecht Widmer, prom. 1889, pat. 1890, Ärztin in Bern 1891–1892; Rogger (wie Anm. 3): 51 f.

⁸ Josephine Zürcher aus Zürich, 1.10.1866–1932, verheiratet mit Samuel Heinrich Fallscheer, pat. 1891, prom. 1895, Ärztin in Bern 1892–1894; Rogger (wie Anm. 3): 49. – Marie von Thilo aus Reval, 1840?–?, pat. 1882, prom. ?, Ärztin in Biel 1895–1899, schrieb einige populärmedizinische Bücher.

⁹ Anna Oetiker-Rosenhain aus Preussen, 29.5.1868–?, verheiratet 1897 mit Fritz Oetiker aus Männedorf, 26.7.1871–29.5.1949, Mutter von Dr. med. Lili Oetiker, 19.3.1898–1949. Pat., prom. 1897, Ärztin im Bezirk Interlaken 1897–1917; Graf, Mijuskovic, Blattmann, Bassetti (wie Anm. 4); Online-Matrikeln Zürich; Schweizerischer Medicinal-Kalender; Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch.

¹⁰ Martha Sommer aus Emmenthal/Winterthur, 26.3.1863–25.7.1944, pat. 1888, prom. 1890, Ärztin in der Stadt Bern 1900–1917; Rogger (wie Anm. 3): beso. 52–59.

¹¹ Wilhelmine Schwenter Trachsel aus Husum D, 26.6.1857–12.5.1916, geb. Neumann, verheiratet (I) mit Joh. Jak. Trachsler, (II) mit Jakob Schwenter, pat. 1899, prom. 1883, PD 1905. Ärztin und Dermatologin in der Stadt Bern 1900–1915; Rogger (wie Anm. 3): beso. 160–162, 175–178.

¹² Anna Köttgen aus Liestal, 1867–1909, pat. 1901, prom. 1899, Ärztin in Biel 1901–1909.

¹³ Protokoll[buch] des Vereins der Ärzte Biels & Umgebung 1905–1912, Institut für Medizingeschichte, Universität Bern, Ms.A 124; Serena Buser aus Sissach, 14.12.1871–1957, verheiratet 1905 mit Arnold Bangerter aus Lyss 15.6.1871–1958. Pat. 1901, prom. 1902, selbständige Ärztin in Bern bis 1905, Gehilfin 1906–1959.

¹⁴ CB 1910: 553; 1914: 1047.

¹⁵ CB 1913: 372; 1914: 725; 1915: 574; Sophie Getzowa aus Gomel/R, 23.1.1872–11.7.1946; pat. –, prom. 1904, PD 1912; Eintritt in den Bezirksverein

- Bern-Stadt im Januar 1912, CB 1912: 364;
Rogger (wie Anm. 3): 161 f., beso. 198–212.
- ¹⁶ In: Archiv für Kinderheilkunde, Bd. LXIX, 1921: 269–279.
- ¹⁷ Bezirksverein Bern-Stadt, Sitzung vom 23.10.1930; Lina Stern aus Lettland, 1878–1968; Dreifuss, J. J., Tikhonov, N.: Lina Stern SÄZ 2005: 1594–1597.
- ¹⁸ Bezirksverein Bern-Land, Sitzung vom 28.4.1948. In der Folge ist nicht immer klar, ob jeweils E. oder U. Stäubli das Wort ergriff; E. Stäubli-Reinhard wurde 1948 Mitglied des Bezirksvereins.
- ¹⁹ Bezirksverein, Sitzungen vom 23.11.1927 und 23.4.1930.
- ²⁰ Bezirksverein Oberaargau, Akten 1920–1938.
- ²¹ Bezirksverein Oberaargau, Akten 1920–1938; Elisabeth Clotilde-Kind, aus Chur, 8.2.1890–1973, verheiratet 1920 mit Adolf Wildbolz, 1890–1976, pat. 1914, prom. 1916, Ärztin in Wiedlisbach 1920–1952 und in Kirchlindach 1953–1961; Kinder Eduard und Theodor (Mitteilung Eduard Wildbolz).
- ²² CB 1918: 1221; Adelaide «Ida» Hoff aus USA, eingebürgert Damvant, Jura, 8.1.1880–5.8.1952, pat. 1905, prom. 1906, Ärztin in Bern 1911–1974, Eintritt in den Bezirksverein Bern-Stadt 1911, CB 1911: 1294; Rogger (wie Anm. 3): beso. 62 f.; Rogger, F.: Kropfkampagne, Malzbonbons und Frauenrechte. Zum 50. Todestag der ersten Berner Schulärztin Dr. med. Ida Hoff, 1880–1952. Berner Zeitschrift für Geschichte und Heimatkunde 64, 2002: 101–119.
- ²³ Bezirksverein Bern-Stadt, Sitzungen III, 1950–1960, gewählt 5.7.1951; Statuten II, 1928/1952, 1.7.1952; Violette Boehring-Scherb, aus Basel, 1.2.1915–28.12.2004, verheiratet mit Dr. phil. Felix Boehring-Scherb aus New York, 24.10.1910–28.4.1944. Pat. 1939, prom. 1943., prakt. Ärztin, Schulärztin ab 1967 in Bern 1942–1974.
- ²⁴ Bezirksverein Bern-Land, 2000.
- ²⁵ Marie Luise Althaus-Boehring aus New York, 1.4.1914–2004, verheiratet mit Dr. med. dent. Peter Althaus, pat. 1939, prom. 1940, Ärztin in Bern und Muri 1943–1974.
- ²⁶ Bezirksverein Bern-Land, Sitzungsprotokolle 26.8.1965 und 12.6.1969, Jahresbericht 1965.
- ²⁷ Bezirksverein Bern-Land, Sitzungsprotokolle 19.2.1975 und 13.11.1975, 1.11.1986.
- ²⁸ Protokolle der entsprechenden Bezirksvereine und Mitteilung Monika Walther (Bern-Stadt), Doris Zundel (Emmental), Markus Frey (Oberaargau), Ulrich Ingold (engeres Oberland), Rainer Felber (Bern-Land), Markus Husi (Thun und Umgebung), Karin Hergarten (Pierre-Pertuis).
- ²⁹ Bezirksverein Bern-Land; Cavallini erstmals erwähnt an der ao. Delegiertenversammlung vom 15.2.1979; 1979 Abtrennung des Juras vom Kanton Bern, 1994 Beitritt des Laufentals zum Kanton Basel-Land; Claudia Cavallini, 1939–Nov. 2006, prom. 1975. Zum Beispiel Dr. Marianne Hess oder Dr. Ursula Steiner, FMH, Dr. S. Burke, Ärztekammer, Dr. Helene Kreuz, VR Inselspital als Gäste oder Beisitzerinnen.
- ³⁰ Mitteilung Piroshka Wolf, Sekretariat BEKAG.
- ³¹ Bezirksverein Bern-Land, Sitzungsprotokoll 5.11.1970.
- ³² Bezirksverein Bern-Land, Dr. med. Heide Sommer (1919–2000) an Dr. med. H. J. Rytz, 30.11.1982.
- ³³ Bezirksverein Bern-Stadt, Briefwechsel Radio-station Bern und Paula Schultz-Bascho, 1927; Paula Schultz-Bascho aus Zürich, Basel, 11.6.1883–14.3.1960, verheiratet 1910 mit Dr. med. Joh. Wilh. Gustav Schultz, gesch., pat. 1908, prom. 1909, Ärztin Bern 1920–1959, ein Sohn.
- ³⁴ Bezirksverein Bern-Land, abgewiesene Beschwerde betr. Notfalldienst, 22.12.1999; betr. Zuweisungen Bezirksverein Bern-Land, 4.3.1986, 15.3.1985.
- ³⁵ Bezirksverein Bern-Land, Schreiben des Bezirksvereins Bern-Stadt, 4.6.1998.
- ³⁶ Bezirksverein Bern-Land, 12.1.1977; Protokolle 27.8., 19.9.1975.
- ³⁷ Bezirksverein Bern-Land, Protokoll 15.6.1978.
- ³⁸ Bezirksverein Bern-Land, Ärztlicher Notfalldienst, Sitzung 25.4.2001.
- ³⁹ Bezirksverein Bern-Stadt, Schreiben von Dr. L. Hürny, 20.6.1952; Lotti Hürny, 1912–1969, pat. 1938,

Ärztin in Bern 1944–1971; Aufnahme in den Bezirksverein am 26.10.1944.

⁴⁰ Imboden-Kaiser, F.: Aus Lebenserfahrung und Erinnerung, St. Gallen 1958: 63; dies.: Wir sind nicht Herr über Leben und Tod, St. Gallen 1924; Frida Kaiser aus Biberist, 3.7.1877–25.4.1962, verheiratet mit Carl Imboden, prom. 1905.

⁴¹ Brupbacher, P.: Meine Patientinnen, Zürich 1953: 260, 270; dies.: Sexualfrage und Geburtenregelung, Zürich 1936: 52.

⁴² In: Der Kämpfer, 16.4.1936, Sozialarchiv Zürich.

⁴³ Sozialarchiv Zürich Ar 136.40.2. Vgl. Brupbacher 1936 und 1953 (wie Anm. 41).

⁴⁴ Heinrich Honegger an Prof. M. Dubois, Präsident Bezirksvereins Bern-Stadt, 19.5.1933; vgl. Brupbacher 1953 (wie Anm. 41): 260.

⁴⁵ Bezirksverein Oberaargau, Korrespondenz 1938–1942.

⁴⁶ SÄZ 1964: 616.

⁴⁷ Heute «medical women switzerland».

⁴⁸ Zürcher Regula, Frauen für die Volksgesundheit, projektierte Diss. Basel.

⁴⁹ Bulletin, Schweizerischer Verband der Akademikerinnen SVA, Sept. 1969, Todesfälle.

⁵⁰ Bezirksverein Bern-Stadt, Schreiben von Neuenschwander/Martin an Prof. de Quervain, 29.10.1928.

⁵¹ Die 1959er Zahlen sind gesamtschweizerische Zahlen, die andern bernische. SÄZ 1959: 531, 533; Progin, M., Seitz, W.: Das Frauenstudium an der Universität Bern, Bern 1980 (Seminararbeit Univ. Bern); Online-Studierendenstatistiken 2007: <http://www.imd.unibe.ch/statistiken.htm>; Online-Ärzttestatistik: http://www.fmh.ch/ww/de/pub/fmh/mitgliederstatistik/fmh_rzttestatistiken_1930___20.htm (4.5.2008).

Gleichberechtigt?

Simona Isler

Seite 144

¹ Bezeichnend ist, dass bei der Einführung der Facharztstitel in Deutschland der Anteil an «Kinderärztinnen» wieder abnahm. Durch die Reglementierung wurde die Behandlung von Kindern zu einem Fachgebiet für SpezialistInnen, was diesen Bereich der Medizin auch für Männer attraktiv machte. Vgl. Brinkschulte, E. (Hg.): Weibliche Ärzte, Die Durchsetzung des Berufsbildes in Deutschland, Berlin 1995. – Für die Schweiz steht eine entsprechende Untersuchung noch aus.

² Rogger, F.: Der Doktorhut im Besenschrank, Das abenteuerliche Leben der ersten Studentinnen – am Beispiel der Universität Bern, Bern 2002; Cohors-Fresenborg, B.: «Frau Onkel Doktor», Untersuchung über die Anfänge des Frauenstudiums in der Medizin anhand von Fragebögen und Interviews mit Ärztinnen, Münster 1988.

³ Sämtliche Daten entstammen den offiziellen Mitgliederverzeichnissen der Verbindung der Schweizer Ärzte, in: Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch, Basel 1930–2006.

⁴ Nicht erhoben wurden in dieser Untersuchung angestellte SpitalärztInnen bzw. nur diejenigen, die aufgrund ihrer Position auch PrivatpatientInnen behandeln.

⁵ Im gesamtschweizerischen Durchschnitt ist der Frauenanteil mit zeitweise über 50% noch bedeutend höher.

⁶ Heute ist es nicht mehr möglich, ohne Weiterbildungstitel eine Praxis zu eröffnen.

⁷ Augsburg-Dölle, Th.: Die Förderung der Einseitigkeit, Karrierewünsche und Karrierehindernisse von Schweizer Ärztinnen und Ärzten, Bern 1996.

⁸ Ackermann-Lieblich, U., Gerber, K., Lachmeier, M.: Schweizer Ärztinnen, Eine Studie über ihre berufliche und familiäre Lage, Bern 1983.

⁹ Die historische Geschlechterforschung hat das Geschlecht als wichtiges Strukturierungselement in

der modernen, westlichen Gesellschaft erkannt. Vgl. Wetterer, A.: Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion, «Gender at Work» in theoretischer und historischer Perspektive, Konstanz 2002; Wecker, R., Studer, B., Sutter, G.: Die «schutzbedürftige» Frau, Zur Konstruktion von Geschlecht durch Mutterschaftsversicherung, Nachtarbeitsverbot und Sonderschutzgebung, Zürich 2001.

Gegenwart und Zukunft

Seite 152

Das Ziel der Medizin und die Aufgaben und Pflichten der Heilkundigen

Max Geiser

Seite 164

- ¹ Fabre, J.: The Hippocratic Doctor. Ancient lessons for the modern world, London, New York 1997.
- ² Winkle, S.: Die Geisseln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen, Düsseldorf und Zürich 1991.
- ³ Bleuler, E.: Das autistisch-undisciplinierte Denken in der Medizin und seine Ueberwindung. 4. Auflage, Berlin 1927.
- ⁴ Thomas, L.: The Deacon's Masterpiece in «The Medusa and the Snail», New York 1976: 158–175.
- ⁵ Cochrane, A. L.: Effectiveness and Efficiency. Random Reflections and Health Services, Abingdon, London 1972; Skrabanek, P., McCormick, J.: Follies and Fallacies in Medicine. Glasgow 1989.
- ⁶ Skrabanek, McCormick (wie Anm. 5).
- ⁷ Cochrane (wie Anm. 5).
- ⁸ Schoeck, H.: Der Arzt zwischen Politik und Patient, Wiesbaden 1983.
- ⁹ Löffler, W.: Unser Aertzestand am Scheideweg zwischen freiheitlicher Verantwortung und Zwang. Zeitfragen der Schweizerischen Wirtschaft und Politik Nr. 81, Zürich 1963.
- ¹⁰ Klaesi, J.: Der unheilbare Kranke und seine Behandlung. Rektoratsrede, Bern 1950.

Spitzenmedizin in der Grundversorgung

Benedikt Horn

Seite 173

- ¹ Folgenden Personen sei für die prägnante Schilderung von «Spitzenleistungen» bestens gedankt: Frau Hedi Kaufmann, SPITEX, Grindelwald; Frau Dr. Jacqueline Revaz Frey, FMH Allg. Medizin, Dotzigen; Herrn J. P. Vuilleumier, Physiotherapeut, Wilderswil; Herrn Dr. Bruno Durrer, FMH Allg. Medizin, Lauterbrunnen; Herrn Dr. Roman Schneider, FMH Innere Medizin, Unterseen; Herrn Dr. Karl Haefele, FMH Allg. Medizin, Innertkirchen.
- ² Allemann, P., Ringli, W., Fisch, H. U.: Psychiatrische und psychosoziale Notfallsituationen. Therapeutische Umschau 62(2005): 399–404.

Abbildungsnachweis

- 3, 5 Becher, gestiftet 1821 von D. R. Isenschmid, im Besitz der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern. Foto Barbara Krieger, Institut für Anatomie, Universität Bern.
- 15 Hundertjahrfeier. Foto Dr. V. Gross, La Neuveville. Archiv Medizinhistorisches Institut und Museum, Universität Zürich.
- 17 W. Lindt: Zum Jubiläum der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern, Bern 1909.
- 18 175 Jahre Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Bern 1985.
- 26 Lade der Chirurgischen Societät der Stadt Bern, verwendet 1717-1766, im Besitz der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern. Foto Bürgerbibliothek Bern.
- 28 Einrichtung und Gesetze der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft des Cantons Bern, 1809. Privatsammlung.
- 31 Amtsbezirke des Kantons Bern.
Aus: G. Grosjean, Historische Planungsgrundlagen, hrsg. vom Kantonalen Planungsamt, Bern 1973.
- 33 Bezirksverein Seeland 1892. Institut für Medizingeschichte, Universität Bern, Ms. A 122.
- 35 Sommersitzung 1887 der Medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern. Foto Dr. V. Gross, La Neuveville. Institut für Medizingeschichte, Universität Bern, Nachlass Theodor Kocher.
- 37 Johann Rudolf Schneider (1804–1880). Institut für Medizingeschichte, Universität Bern, Album Schneider.
- 39 Theodor Kocher im Hörsaal, um 1910. Institut für Medizingeschichte, Universität Bern, Nachlass Theodor Kocher.
- 42–43 Programm des V. Allgemeinen Schweizerischen Ärztetages, Bern, 26./27. Mai 1893. Privatsammlung.
- 48 Sommersversammlung 1894 der Medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern. Archiv Medizinhistorisches Institut und Museum, Universität Zürich.
- 51 Öffentliche Spitäler 1920. Aus: Ch. Pfister, H.-R. Egli, Historisch-Statistischer Atlas des Kantons Bern 1750–1995, Bern 1998, S. 137.
- 52 Liederbuch der Medizinisch-chirurgischen Gesellschaft des Kantons Bern, Bern 1909.
- 55 Abbildung zu: «Ärztliches Vereinslied», gezeichnet von Hans Strasser.
Aus: Liederbuch ... 1909, S. 9.
- 56 Standesunwürdiges Verhalten.
Aus: Statuten ... Standesordnung der Aerztegesellschaft des Kantons Bern, 1921.
- 58 Verpflichtungsschein (Version 1930).
Aus: Statuten ... Standesordnung ... der Aerztegesellschaft des Kantons Bern, Bern 1930.
- 62 Avis an die Patientenschaft, um 1945–1950. Bezirksverein Bern-Land, Archiv.
- 68 Signet der Ärztesgesellschaft, von Paul Boesch. Aus: Statuten der Aerztegesellschaft des Kantons Bern, Neudruck 1946, Umschlag.
- 72 Albert Kocher (1872–1941). Institut für Medizingeschichte, Universität Bern, Nachlass Theodor Kocher.
- 73 Paul Martin als Assistent von Prof. F. de Quervain. Quelle: <http://www.olympicpaulmartin.ch/medecin.htm> (Mai 2008); mit freundlicher Genehmigung von M. Thierry Martin, vermittelt durch M. Jacques Tille.

- 74 Paul Niehans (1882-1971). Die Bunte Illu-
strierte, Offenburg, 23.6.1970. Institut für
Medizingeschichte, Universität Bern, Biogr.
Dokumentation.
- 80-81 Von Berner Ärzten erbaute Häuser.
Aus: Das Arzthaus in der Schweiz. Aus der
Sammlung Hausmann AG., St. Gallen 1944,
1946.
- 84-85 Ärzte pro 100 000 Einwohner, 1910 bzw.
1990. Aus: Ch. Pfister, H.-R. Egli, Historisch-
Statistischer Atlas des Kantons Bern
1750-1995, Bern 1998, S. 135.
- 90 Verhaltensregeln für den «vertragslosen
Zustand» 1929. Bezirksverein Bern-Land,
Archiv.
- 92 Vereinbarung betr. Krisenrabatt, 1933.
Archiv der Ärztesgesellschaft des Kantons
Bern, Schachtel 112: Krankenkassen: Ver-
träge etc. 1933-1988.
- 104 Prof. Paul Ernest Robert (1906-1953) im
Hörsaal. Institut für Medizingeschichte, Uni-
versität Bern, Biogr. Dokumentation.
- 105 Überlastung der Studenten. Aus: Bier-
zeitung, um 1950. Institut für Medizinge-
schichte, Universität Bern, Ms. B 194.
- 110 Theodor Kocher mit seinen Assistenten.
Institut für Medizingeschichte, Universität
Bern, Nachlass Theodor Kocher.
- 112 Chefvisite von Prof. Walter Hadorn.
Aus: Walter Hadorn, 3.12.1898-29.7.1986
(Bern 1986), Institut für Medizingeschichte,
Universität Bern, Biogr. Dokumentation.
- 114 Vortragsankündigung, 28. Februar 1946.
Archiv Medizinischer Bezirksverein Bern-
Stadt.
- 116 Vortragsprogramm 1956/1957 des Medizi-
nischen Bezirksvereins Bern-Stadt. Privat-
sammlung.
- 121 Programm der ersten Berner Tage der Klinik
«Betakli», 1944. Aus: Schweizerische Ärzte-
zeitung 1944: 122 f.
- 122 BETAKLI 1984. Aus: Schweizerische Ärzte-
zeitung 1984, S. 2474.
- 126 André Nicolet und Eugen Renfer, bei der
Abreise der Ärztemission 1941. Institut für
Medizingeschichte, Universität Bern, Biogr.
Dokumentation Eugen Renfer.
- 131 Illustration zum Lied «Uf d'Dokterfroue»:
Aus Liederbuch ... 1909, S. 57.
- 132 Anna Bayer (1853-1924). Aus: Kürschners
Jahrbuch 1899, S. 577 (Ausschnitt);
Universitätsarchiv, Universität Bern.
- 134 Sophie Getzowa. Ausschnitt aus einem
Gruppenbild mit Prof. H. Strasser, 1905. Insti-
tut für Medizingeschichte, Universität Bern.
- 135 Elisabeth Clotilde Wildbolz-Kind (1890-
1973). Privatarhiv, Universitätsarchiv,
Universität Bern.
- 137 Ida Hoff (1880-1952). Privatarhiv, Universi-
tätsarchiv, Universität Bern.
- 138 Paula Schultz-Bascho (1883-1960).
Privatarhiv, Universitätsarchiv, Universi-
tät Bern.
- 150 Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons
Bern, vor dem Landgasthof Schönbühl,
3. Juni 2008. Foto Hansueli Trachsel, Foto-
graf, Bremgarten.
- 153 Prof. Christine Aebi-Ochsner: Foto: zvg.
- 157 Prof. Esther Fischer-Homberger:
Foto: Peter Friedli, Bern.
- 160 Der Heilgotte Asklepios auf einer Münze
aus Epidauros. Aus: W. H. Roscher, Ausführ-
liches Lexikon der griechischen und römi-
schen Mythologie. 9 Bde. Teubner, Leipzig
1897-1902, Nachdruck, Olms, 1993, Bd. I, 1,
S. 631.
- 164 Prof. Max Geiser. Foto: Peter Friedli, Bern.
- 171 Prof. Benedikt Horn. Foto: zvg.
- 178 Prof. Marco Mumenthaler.
Foto: Peter Friedli, Bern.
- 180 Dr André Piguet. Foto: zvg.
- 185 Prof. Werner Ringli. Foto: zvg.

- 191 Dr. Hans Rudolf Sahli.
Foto: Peter Friedli, Bern.
- 194 Cartoon von ANNA (Dr. med. Anna
Hartmann). Schweizerische Ärztezeitung
2004, S. 1929; mit Einwilligung der Künstlerin
verändert von H. R. Sahli.
- 196 «Eigentümliche Anschauung». Aus: Wilhelm
Busch, Werke, Historisch-kritische Gesamt-
ausgabe, hg. von F. Bohne, Bd. 1, Hamburg
1959, S. 27.
- 199 Prof. Jürg Steiger. Foto: zvg.
- 205 Prof. Walter Hadorn (1898–1986).
Foto: Jürg Steiger, Bern.

Autorinnen und Autoren

Christine Hedwig Aebi-Ochsner, Prof. Dr. med., geb. 1949. Medizinstudium in Bern, Weiterbildung zur Pädiaterin FMH (1980) in Bern und Aarau, 1981–1991 Kinderarztpraxis Olten, Leiterin Neugeborenenabteilung und Konsiliarärztin für Pädiatrie Kantonsspital Olten, Konsiliarärztin für pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie Kinderspital Aarau, 1992–1997 Assistent Professor of Paediatrics, Department of Paediatrics, McGill University, Montreal, Québec, Canada, 1993 Fachärztin FMH pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, 1997 Associate Professor of Paediatrics, Department of Paediatrics, McGill University, Montreal, Québec, Canada, seit 1999 Chefärztin Kinderklinik Wildermeth, Spitalzentrum Biel.

Urs Boschung, Prof. Dr. med., geb. 1946. Medizinstudium in Freiburg und Bern, Assistent an den Medizinhistorischen Instituten Zürich und Bonn, Konservator der Medizinhistorischen Sammlung und Habilitation an der Universität Zürich, seit 1985 Leiter des Instituts für Medizingeschichte der Universität Bern.

Esther Fischer-Homberger, Prof. Dr. med., geb. 1940. Aufgewachsen in Zürich und Basel, Medizinstudium, psychiatrische Assistenz, 1972 Habilitation für Geschichte der Medizin an der Universität Zürich, 1978 ao. Professorin und Leiterin des Medizinhistorischen Instituts der Universität Bern bis 1984, seither psychotherapeutische Praxis und gelegentliche Veröffentlichungen vorwiegend medizinhistorischer Art. 2004–2005 Tätigkeit im Kriseninterventionszentrum Bern und Erwerb des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie.

Max Geiser, Prof. Dr. med., geb. 1926. Medizinstudium in Bern, Paris, Wien; Weiterbildung zum Spezialarzt FMH für Chirurgie und Orthopädie in Bern, Oxford und Frankfurt a. M., 1960–1963 Oberarzt an der Chirurgischen Abteilung des Anna-Seiler-Hauses und der Orthopädischen Klinik des Inselspitals Bern, 1961 Habilitation für Orthopädische Chirurgie an der Universität Bern, Beteiligung am Gruppenunterricht der Medizinischen Fakultät, Honorarprofessur 1980. 1963–1994 Orthopädische Praxis, bis 1990 operative Tätigkeit am Viktoriaspital Bern. 1968–1974 bzw. 1974–1980 Vorstandsmitglied des Medizinischen Bezirksvereins Bern-Stadt und der Kantonalen Ärztesgesellschaft.

Madeleine Herren, Prof. Dr. phil., geb. 1956. Promotion und Habilitation an der Universität Bern, Professorin für Geschichte der Neuzeit an der Universität Heidelberg, spezialisiert auf Allgemeine Geschichte, Globalgeschichte und transnationale Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts.

Anouk Hiedl, lic. phil. hist., geb. 1979. Gymnasium in Köniz, Studium an der Universität Bern: Neueste und Neuere Allgemeine Geschichte (Hauptfach), Englische Sprach- und Literaturwissenschaften, Teilnahme am Seminar «Berner Ärztinnen und Ärzte im 20. Jahrhundert»; Lizentiatsarbeit: Der Zweite Weltkrieg als «Lehrmeister der Chirurgie» – auch für die Schweiz? Kriegschirurgische Erfahrungsvermittlung am Beispiel der ersten Schweizer Ärztemission an die Ostfront 1941/42, Bern 2006.

Benedikt Horn, Prof. Dr. med., geb. 1942. Medizin-
studium in Bern, Lausanne und Paris, Weiterbildung
in Innerer Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburts-
hilfe und Pädiatrie; knapp 30 Jahre Hausarztpraxis
in Interlaken, 25 Jahre Mitglied der Fakultären Instanz
für Hausarztmedizin (FIAM) Bern mit intensiver
Lehrtätigkeit in Praxis und Hörsaal, Honorarprofessor
1993, 5 Jahre Vorsitz der Fakultären Subkommission
Fachstudium. Verheiratet mit der Ärztin Irene Horn,
vier erwachsene Kinder. Zahlreiche Hobbies: altes
Haus und grosser Garten, Konzert, Oper und Theater,
ausgedehnte Bergwanderungen, Schreiben (Medi-
zinsische Grundversorgung, Kolumnen), Cellospiel.

Simona Isler, geb. 1982. Gymnasium in Interlaken
und in Biel. Studium an der Universität Bern: Neuste
und Neuere Allgemeine Geschichte (Hauptfach),
Spanische Sprach- und Literaturwissenschaften, Teil-
nahme am Seminar Berner Ärztinnen und Ärzte im
20. Jahrhundert; Seminararbeit: Von Chirurgen und
Psychiaterinnen, Geschlechterspezifische Arbeitstei-
lung in der Medizin am Beispiel der ÄrztlInnenschaft
der Stadt Bern 1935–2005, Bern 2007.

Martin Lengwiler, PD Dr. phil., geb. 1965. Studium
der Geschichte und Soziologie sowie Promotion und
Habilitation in der Geschichte der Neuzeit an der Uni-
versität Zürich; aktuell Vertretungsprofessur für Neu-
ere Allgemeine Geschichte an der Universität Basel;
Forschungsschwerpunkte: Sozialstaatsgeschichte,
Wissenschaftsgeschichte, Europäische Geschichte.

Marco Mumenthaler, Prof. Dr. med., geb. 1925.
Ausbildung zum Fachneurologen in Zürich, Paris und
den USA. 1962 Extraordinarius in Bern, seit 1966
Ordinarius und Direktor der Neurologischen Univer-
sitätsklinik Bern bis 1990. Rektor der Uni Bern 1989–
1991. Seither praktizierender Neurologe in Zürich.
Autor verschiedener Lehrbücher, u.a. Lehrbuch der
Neurologie, 12 Auflagen, Lehrbuch der Läsionen pe-
ripherer Nerven, 9 Auflagen.

André Piguet, Dr. méd., né en 1951. Etudes mé-
dicales à Genève (diplôme fédéral en 1977), forma-
tion pour le titre de Médecine générale FMH dans
les hôpitaux de Martigny, Neuchâtel, Moutier et
Porrentruy. Installation fin 1985 en cabinet de groupe
à Moutier. Président du Cercle médical de Pierre-
Pertuis de 1993 à 2006.

Werner Ringli, Prof. Dr. med., geb. 1942, verhei-
ratet mit Dr. med. Christine Ringli-Maser, zwei
erwachsene Kinder. 1969 Staatsexamen in Basel,
1975 Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, 1975–
2007 Hausarzt-Gemeinschaftspraxis in Nidau mit
Christine Ringli-Maser, Fachärztin FMH für Allge-
meinmedizin; 1978–1986 Mitgründer und Vizepräsi-
dent der Bernischen Gesellschaft für Allgemein-
medizin; an der Universität Bern 1978 Einführung
und Organisator des Gruppenunterrichts für Medi-
zinstudenten in Hausarztpraxen, 1983–2000 Mitglied
der Fakultären Instanz für Allgemeinmedizin (FIAM),
1993 Honorarprofessor; Vertreter der Schweiz und
Council Member der EURACT (European Academy of
Teachers in General Practice), 1994–2003 Geschäfts-
führer des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM),

1998–2006 Board-Vorsitzender des Projekts Praxisassistenten in Hausarztpraxen (KHM) für Assistenzärzte.

Franziska Rogger, Dr. phil., geb. 1949. Studium der Geschichte in Bern und Berlin. Archivarin der Universität Bern, Ausstellungsmacherin, Publizistin, schrieb u.a. *Der Doktorhut im Besenschrank* 1999/2001 und *Einsteins Schwester* 2005.

Hans-Rudolf Sahli, Dr. med., geb. 1928 in Bern. Handelsschule im Welschland, kaufm. Lehre. Eidg. Matura Typus B. Medizinstudium in Bern, Staatsexamen 1955. Weiterbildungsjahre in Psychiatrie (Dissertation), Innerer Medizin, Pathologie, Anaesthesiologie und Chirurgie. Studienaufenthalte in Paris und Göteborg. 1966 Allgemeinchirurgische Praxis in Thun mit belegärztlicher Tätigkeit am dortigen Regionalhospital. Präsident des ärztlichen Bezirksvereins Thun und Umgebung, Mitglied der Kantonalvorstandes, Leiter der Verhandlungsdelegation mit dem KK-Verband, Zentralvorstand FMH, deren Präsident 1988–1995.

Jürg Schlup, Dr. med., exec. MBA HSG, geb. 1955. Medizinstudium in Bern und Brisbane. Weiterbildung zum Facharzt FMH Allgemeinmedizin an sechs Kliniken (Regionalspital Langenthal, Univ. Kinderklinik Bern, Inselspital Bern). Seit 1988 Hausarztpraxis in Zollikofen. Seit 2007 Lehrbeauftragter für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät Bern. 1994–1996 Nachdiplomstudium in Unternehmensführung an der Universität St. Gallen. Seit 2001 Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern.

Jürg Steiger, Prof. Dr. med., geb. 1938. Studium Musikwissenschaft/Komposition und Medizin in Bern, Weiterbildung in Bern, Zürich, Chicago, Los Angeles und East Lansing. Tätigkeit in den Bereichen Endokrinologie, Ausbildungsforschung, Mediendidaktik, Bildungs-Management. 1975 Gründer und Leiter der Abteilung für Unterrichts-Medien AUM, 1989 Vorsteher des Amtes für Hochschulen der Erziehungsdirektion des Kantons Bern, 1999 Gründer und Leiter des zweijährigen berufsbegleitenden postdoc Programms Master of Medical Education MME der Medizinischen Fakultät der Universität Bern, 2001 Honorarprofessur.

Eberhard Wolff, Dr. rer. soc., geb. 1959. Studium der Empirischen Kulturwissenschaft (Volkskunde) und Politikwissenschaft, Forschungs- und Unterrichtstätigkeit an den Universitäten Zürich und Basel in den Fächern Medizingeschichte und Kulturwissenschaft, Engagement in verschiedenen kulturhistorischen Ausstellungsprojekten. Forschungsthemen: Geschichte der modernen Diätetik, Entwicklung des ärztlichen Selbstverständnisses, Verhältnis von Medizin und sich modernisierendem Judentum sowie Kultur von Naturvorstellungen.

Personenindex

- Adenauer, Konrad 75
Aebersold, Christian 28
Aebi, Max 154-156
Aebi-Ochsner, Christine 153, 228
Alder, Albert 127, 219
Althaus, Marie-Louise 143
Althaus, Peter 222
Althaus-Boehringer, Marie-Louise 136 f., 222
ANNA, Anna Hartmann-Allgöwer 194
Asher, Leon N. 65
Asklepios 160
Bähler, Eduard 39
Bangerter, Arnold 133, 221
Bangerter-Buser, Serena 133, 221
Baumann, Ernst 127, 220
Baumgartner, Peter 151
Bayer, Anna 132 f., 221
Benoit, Daniel Gottlieb 148
Berchtold, Rudolf 122
Beyeler, Johann 28
Bieri, Andreas 151
Bigler, Christine 140
Billroth, Theodor 129
Bircher, Eugen 125, 218
Bismarck, Otto von 78
Bleuler, Eugen 165, 167
Boehringer, Violette 136, 222
Boehringer-Scherb, Felix 222
Boesch, Paul 68
Boschung, Urs 4, 6, 19 f., 60, 63, 228
Brändli, Sebastian 16
Brandmeier, Paul 190
Braque, Georges 75
Brebühler, Roland 151
Brupbacher, Paulette 141
Brütsch, Paul 109
Bucher, Rudolf 220
Büchler, Hans 148
Büchler, Jakob 36
Burger, Johann 25
Bürgi, Emil 65, 126
Burke, Susanne 222
Burkhalter, Pia 23
Burkhalter, Viviane 11, 23
Busch, Wilhelm 191 f., 196, 198
Campell, Rudolf 126, 219
Casparis, Paul 125
Cavallini, Claudia 137, 222
Celio, Nello 122
Chaplin, Charlie 75
Christen, Theophil 67
Delay, Paul 132
Delay-Bulan, Hélène 132, 221
Dettling, Joseph 118, 125
Dick, Rudolf 17, 148
Draeger, Annette 135
Dubois, Marcel 119, 126 f., 148, 219, 223
Dubois, Paul 115, 212
Dumont, Fritz 148
Dürr, Emanuel 148
Durrer, Bruno 224
Ebner-Eschenbach, Marie von 153
Egger, Fritz 127
Eichenberger, Thomas 151
Etter, Philipp 119
Farbstein-Ostersetzer, Betty 141
Felber, Rainer 151, 222
Fischer-Homberger, Esther 157, 228

Florey, Howard Walter 114
 Flückiger, Hugo 109
 Flügel, Karl Wilhelm 148
 Flury, Walther 10, 18 f., 122 f., 149
 Fonio, Anton 127, 220
 Forster, Aimé 115
 Frauchiger, Lars 151
 Freud, Sigmund 115
 Frey, Markus 222
 Frey, Walther 126
 Friedli, Peter 10, 22 f., 226 f.
 Fueter, Emanuel Eduard 37 f., 148
 Fust, Bernhard 126, 219
 Gafner, Beat 23, 151
 Galen 164
 Galvis-Hotz, Anna 221
 Ganguillet, Franz 54, 67 f., 111, 148, 215
 Garraux, Rudolf 215
 Geering, Beat 151
 Geiser, Max 164, 228
 Geiser, Peter 23
 Gerber, Hans 151
 Getzowa, Sophie 134, 221
 Gohl, Johann Jakob 28
 Goldmann, Hans 125
 Gotthelf, Jeremias, Albert Bitzios 38, 53, 120
 Graffenried, Alois von 109
 Grimm, Johann Rudolf 37
 Gross, Victor 17, 225
 Gruber, Samuel 26
 Gubler, Christian 151
 Gugelmann, Johann 28
 Guggisberg, Hans 28, 60 f., 65, 118, 148
 Gusberti, Franco 107
 Häberlin, Hermann 215
 Hadorn, Walter 112, 116, 204-206
 Haefele, Karl 224
 Hallauer, Curt 120, 124 f.
 Haller, Albrecht von 43, 111
 Hartmann, Johann Jakob 26
 Hartmann-Allgöwer, Anna 227
 Hergarten, Karin 222
 Hermann, Johann Jakob 148
 Herren, Madeleine 4, 6, 228
 Hess, Marianne 222
 Heuberger, Thomas 151, 188
 Hiedl, Anouk 23, 228
 Hintzsche, Erich 16, 18, 120
 Hippokrates 164, 197
 Hofer, Urs 11, 23
 Hoff, Ida 136 f., 143, 222
 Hohler, Franz 122
 Honegger, Heinrich 223
 Horn, Benedikt 109, 171, 229
 Howald, Rudolf 17
 Huguenin, Bélisaire 65
 Hürny, Lotti 140, 222
 Husi, Markus 222
 Hutchinson, Sir Jonathan 168
 Iff, Wilhelm 127, 220
 Imboden, Carl 223
 Imboden-Kaiser, Frida 141, 223
 Imobersteg, Rahel 23
 Ingold, Ulrich 222
 Isenschmid, David Rudolf 3-6, 11, 35, 48, 148
 Isler, Simona 23, 229
 Jadassohn, Josef 115
 Jaggi, Fritz 148
 Jenzer, Hans 107
 Jimano-Vidal, F. 124
 Jonquière, Daniel 16, 25, 148
 Jucker, Hans 120
 Jung, Albert 124
 Jung, Carl Gustav 115
 Kastenhofer, Albrecht 26
 Kaufmann, Hedi 224
 Kipfer, Hans 148
 Kipfer, Kurt 108
 Klaesi, Jakob 127, 169
 Klebs, Edwin 42
 Kocher, Albert 72

Kocher, Theodor 17, 35, 39 f., 43 f., 71, 74, 110, 115,
 117, 148, 212, 214, 225 f.
 König, Bernhard 136
 König, Fritz 107
 König, Max Pierre 18 f.
 Köttgen, Anna 133, 221
 Kreutz, Helene 137, 222
 Krieger, Barbara 225
 Krüsi, Gerhard 190
 Kuske, Johann Jakob (Hans) 18, 148
 Langhans, Theodor 40
 Lanz-Bloesch, Emil 40
 Lehmann, Samuel (1769-1837) 25-27, 37, 67
 Lehmann, Samuel (1808-1896) 16, 38, 148
 Leibundgut, Hans-Werner 151
 Lenggenhager, Karl 127
 Lengwiler, Martin 16, 229
 Leuch, Frau 221
 Lidsky, Ciwia 133
 Lindt, Wilhelm 10, 17, 20, 148, 211, 215
 Löffler, Wilhelm 107, 169
 Looser, Rudolf 68
 Lücke, Georg Albert 41
 Lüscher, Ruth 23
 Lutz, Friedrich Jakob 148
 Maeder, Rolf Peter 149
 Maret, Abraham 16
 Marth, Daniel 151
 Martin, Paul 73
 Martin, Thierry 225
 Martz, Hans 127, 220
 Maurizio, A. 124
 Meyer-Salzman, Marta 18 f.
 Michalski, Jacek 66, 106, 107
 Miescher, Friedrich 148
 Moser, Emma 143
 Moser, Johann Jakob 25
 Müller, Carl 18, 120
 Müller, Christian 16
 Müller, Fritz 14
 Müller, Madeleine 137
 Müller, Maurice E. 123
 Müller, Paul 107
 Müller, Peter 40
 Mumenthaler, Marco 178, 229
 Munz, Emil 120
 Muralt, Alexander von 119, 219
 Muralt, Wilhelm von 41
 Mützenberg, Ernst 67
 Nicolet, André 126
 Niehans, Paul (1848-1912) 74, 148
 Niehans, Paul (1882-1971) 74, 75
 Oetiker, Fritz 133
 Oetiker, Lili 133, 221
 Oetiker-Rosenhain, Anna 133, 221
 Ost, Wilhelm 148
 Otz, Viktor 106, 108
 Paracelsus 164
 Pauli, Hannes 122
 Piguet, André 180, 229
 Pius XII. 75
 Quervain, Fritz de 10, 22, 65, 73, 117, 223, 225
 Rahn, Johann Heinrich 15, 27
 Régamey, Robert 124, 126, 219
 Reichenau, Karl 126, 219
 Renfer, Eugen 126 f., 219
 Rengger, Albrecht 27
 Revaz Frey, Jacqueline 137, 224
 Rindowaskaja, Alexandrina 133
 Ringier, Ernst 67
 Ringli, Werner 109, 185
 Ringli, Werner 229
 Ris, Friedrich 45, 49, 54, 67, 81
 Robert, Paul Ernest 104, 126
 Rogger, Franziska 230
 Röntgen, Wilhelm Conrad 115
 Rossi, Ettore 107, 122
 Rothenbühler, Verena 16
 Rüedi, Luzius 125
 Saegesser, Max 127
 Sahli, Hans Rudolf 191, 230
 Sahli, Hermann 40, 65, 105 f., 111, 115

Sanz, Ernst 95, 216
 Schär, Johann Friedrich 18
 Schaub, Felizitas 215
 Schiferli, Rudolf Abraham
 Schiferli, Rudolf Abraham von 28, 148
 Schlup, Jürg 3, 5, 19, 149, 151, 191, 230
 Schmid, H. 120
 Schmid, Johann Friedrich 34
 Schmid, Martha 136
 Schneider, Johann Rudolf 37 f., 41 f., 148, 225
 Schneider, Michael 25, 26
 Schneider, Roman 224
 Schnetz, Kurt 148
 Schultz-Bascho, Paula 134, 138 f., 143, 222
 Schwenter-Trachsel, Wilhelmine 133 f., 221
 Semmelweis, Ignaz 165
 Siebold, Marie 132
 Siegrist, August 115
 Sigerist, Henry E. 120
 Simonowitsch, Rosalija 132
 Sommer, Heide 136, 139, 222
 Sommer, Martha 115, 133, 221
 Sonderegger, Jakob Laurenz 111
 Stampfli, Marcel 151
 Stäubli, Ulrich 135
 Stäubli-Reinhard, Elisabeth 135, 222
 Steffen-Kramer, Elsa 136
 Steiger, Jürg 199, 204, 227, 230
 Steiner, Peter 126, 219
 Steiner-König, Ursula 222
 Steinmann, Fritz 57, 65, 148
 Stern, Lina 135
 Stirnemann, Bernhard 123
 Strasser, Hans 10, 17, 52, 65, 225, 226
 Streit, Reinhold 10, 149
 Studer, Brigitte 19, 23
 Studer, Manfred 151
 Sturzenegger, Hans 63, 142
 Sury, Johannes 25 f.
 Suslowa, Nadeschda 132
 Swanson, Gloria 75
 Tackenberg, Marco 151
 Täuber, Martin 151
 Thilo, Marie von 132
 Tille, Jacques 225
 Tobler-Christinger, Minna 141
 Tournier, Paul 74
 Trachsler, Johann Jakob 221
 Tribolet, Samuel Albrecht 148
 Trüeb, Hans 57 f., 112, 118
 Tschärner, Abraham Franz Beat von 148
 Uehlinger, Erwin 126, 219
 Usteri, Leonhard 27
 Vollenweider, Paul 125, 219
 Vuilleumier, Jean-Pierre 224
 Walthard, Bernhard R. 127
 Walther, Elsa 143
 Walther, Monika 222
 Wegelin, Carl 65
 Weibel, Ewald R. 107
 Wick, August 109
 Widmann, Josef Viktor 44
 Widmer-Zimmerli, Hedwig 132, 221
 Wildbolz, Adolf 222
 Wildbolz-Kind, Elisabeth Clotilde 135 f., 222
 Wolf, Piroshka 23, 151, 215
 Wolff, Eberhard 230
 Wyrtsch, Jakob 120
 Wyss, Franz 122
 Wyttenbach, Albert 48, 148
 Wyttenbach, Guy von 127, 220
 Zimmermann, Heinz 151
 Zundel, Doris 137, 222
 Zuppinger, Klaus 154 f.
 Zürcher, Josephine 132, 221



Die 1809 in Burgdorf gegründete Ärztesgesellschaft des Kantons Bern ist die älteste, ununterbrochen tätige kantonale Ärztevereinigung der Schweiz. Von den Anfängen bis heute verfolgte sie das Ziel, die Ärzteschaft zu vereinen, zu Fragen des Gesundheitswesens und der Standespolitik Stellung zu nehmen und zur praktischen Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse beizutragen.

Die Jubiläumsschrift legt den Schwerpunkt ins 20. Jahrhundert, in dessen Verlauf sich die ärztliche Tätigkeit und ihr Umfeld grundlegend wandelten. Die Fachbeiträge werden ergänzt durch persönliche Statements, in denen Ärztinnen und Ärzte zu Grundsatzzfragen Stellung nehmen.

Die beigelegte DVD enthält Dokumente, u. a. die Festschrift und das Liederbuch von 1909 (mit Tonaufnahmen) und eine Porträtgalerie von Berner Ärztinnen und Ärzten, fotografiert von Peter Friedli.

Mit Beiträgen von Jürg Schlup, Urs Boschung, Madeleine Herren, Eberhard Wolff, Martin Lengwiler, Franziska Rogger, Anouk Hiedl, Simona Isler. – Statements von Christine Aebi-Ochsner, Esther Fischer-Homberger, Max Geiser, Benedikt Horn, Marco Mumenthaler, André Piguët, Werner Ringli, Hans Rudolf Sahli, Jürg Steiger.

