



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Nr. 5 / Oktober 2009
www.berner-aerzte.ch

Themen dieser Ausgabe:

Die Vereinigung der
Spitalärzte des Kantons Bern
(VSKB) stellt sich vor 2

Tiers payant versus Tiers
garant – Erfahrungsbericht
nach 12 Monaten 3

Hausärztinnen und Hausärzte
als Gesundheits-
und Präventionsförderer 5

Aufbruch und Gesundheit:
Die Festrede des BEKAG-
Präsidenten Dr. Jürg Schlup
an der diesjährigen Staats-
examensfeier 7

Integrierte Versorgung auf
dem Prüfstand 10

Klausurtagung 2009:
Die Ärztin und der Banker 12



Alexis Zorbas und Aeskulap im 21. Jahrhundert

Oxylythos, Griechenland, im September 2009. Ein 1000-Seelen-Dorf auf der grossen, touristisch unspektakulären Insel Evvia, in bergiger Region, mit hoher Arbeitslosigkeit, wenig Industrie aber viel Landwirtschaft, wenig guten und sehr vielen schlechten Strassen, Filz in Politik und Verwaltung, verschlagenen Typen wie Odysseus, aber auch wunderbaren Seelen, die ihr Weniges noch mit Anderen teilen.

Das Leben einer 85-jährigen, bettlägerigen Mutter mit einem schweren Parkinsonsyndrom und Status nach cerebralem Ereignis, soll uns als Beispiel dienen für ein gemäss der OECD günstiges, staatlich organisiertes Gesundheitswesen, das einen Grossteil der griechischen Bevölkerung versorgt. Eine klare Diagnosestellung hat nie stattgefunden, die Medikamente sind unterdosiert. Warum? Im griechischen Gesundheitssystem fehlt der Hausarzt vollständig! Parkinsonmedikamente werden nur durch Neurologen verordnet. Der nächste ist 1 1/2 Stunden entfernt. Ein Transport ist nur mit einer Ambulanz möglich. Diese wird vom lokalen Spital strikt nur für Notfälle zur Verfügung gestellt. Eine private Ambulanz ist unerschwinglich. Diagnosen und Therapieempfehlungen durch Orthopäden, Kardiologen und Psychiater sind streng fachspezifisch, die Honorierung privat. Ein interdisziplinäres Angehen ist nicht in Ansätzen erkennbar, eine Langzeitbetreuung fehlt. Eine Hospitalisation im lokalen Spital zur medikamentösen Einstellung ist für die ärztliche Leitung nicht vorstellbar und in der modernen, privaten Spezialklinik in Athen nicht bezahlbar.

Die Pflege übernimmt selbstverständlich die Tochter, unter grosser Belastung, zusammen mit einer Teilzeitpflegerin. Deren Bezahlung erfolgt privat: Die Pflegekosten fressen die staatliche Altersrente ziemlich genau auf. Mittel und Gegenstände werden von der Gesundheitsversicherung nicht übernommen, Medikamente nur zum Teil. Generika gibt es in der Apotheke nicht. Dies ist Oxylythos im 21. Jahrhundert, eine Ortschaft, in deren Nähe die frühesten Zeugnisse unseres modernen Alphabetes aufgetreten sind!

Ich bin froh um unsere Streit- und Verhandlungskultur, die trotz aller aktuellen Ungerechtigkeiten solch krasse Fehlentwicklungen nicht zulassen, um die Interdisziplinarität und Vernetzung unter praktizierenden Ärzten und die Zusammenarbeit mit öffentlichen und privaten Spitälern und deren funktionierendem Belegarztsystem. Und ich schätze die bis in die Peripherie gut funktionierende SPITEX-Organisation, die betreuende Angehörige entlastet. Diese Versorgungssicherheit müssen wir erhalten, die anstehenden mannigfachen Veränderungen unseres Berufsstandes mit wachem Sinn für Vernünftiges angehen und weit über unseren eigenen Schatten springen. Die hohen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit und Prävention gemäss OECD sind – allen Unkenrufen zum Trotz – auch Ausdruck unseres starken Gesundheitswesens mit guter Grundversicherung, sozialer Abfederung, breitem Leistungskatalog, hoher Qualität, Vielfalt und freier Wahl der Leistungserbringer und Versicherungsanbieter.

Beat Gafner,
Vizepräsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Die Vereinigung der Spitalärzte des Kantons Bern (VSKB)

eine Sektion des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) stellt sich vor

Seit 1984 setzt sich die VSKB auf gesundheitspolitischer Ebene für die leitenden Spitalärztinnen und Spitalärzte im Kanton ein.

Sie will die hohen Qualitätsstandards der kantonalen Spitalversorgung erhalten und für junge Spitalärzte attraktive Arbeitsbedingungen schaffen. Die VSKB war, in enger Kooperation mit der BEKAG, massgeblich an der Ausgestaltung des Spitalverordnungs-gesetzes (SpVG) beteiligt. Dank juristischer Überzeugungsarbeit konnten wichtige finanzielle Regelungen in den Gesetzestext eingebracht werden.



*PD Dr. med.
Christoph Cottier,
emer. Chefarzt
Innere Medizin,
Regionales Spital-
zentrum
Emmental AG,
Präsident VSKB*

Was will die VSKB

Die VSKB vertritt die Interessen der an den bernischen Spitälern tätigen leitenden Spitalärztinnen und Spitalärzten. Die Vereinigung wurde 1984 gegründet und bündelt, auf kantonaler Ebene, die gesundheitspolitische Arbeit von Chef- und leitenden Ärzten. Übergeordnetes Ziel ist der Erhalt der hohen Qualität der Spitalversorgung im Kanton. Dazu gehört ein gutes Arbeitsumfeld, damit die Laufbahn des leitenden Spitalarztes für junge talentierte Kolleginnen und Kollegen attraktiv bleibt. Die VSKB trägt zur Lösung der im Spitalwesen anstehenden Probleme bei. Viel diskutiert wird die Anpassung der Spitalstrukturen an die finanziellen Mittel des Kantons: Stichwort Spitalliste. Die Sicherung der Versorgung in den Randregionen ist eine grosse Sorge. Auf der anderen Seite braucht das Inselspital als Universitätsbetrieb genügend Unterstützung, um im Wettbewerb mit den universitären Zentren der übrigen Schweiz mitziehen zu können. Die Einführung der AP-DRG und der damit verbundenen Ökonomisierung der Medizin wird die Arbeit am Patienten tiefgreifend verändern. Hier ist die VSKB eine kritische Beobachterin und wird dafür sorgen, dass wichtige Standards der Patientenbetreuung nicht aufgegeben werden.

Was wir bieten

Die VSKB ist eine Plattform für die Meinungsbildung zu gesundheits- und standespolitischen Initiativen. Diese Initiativen entstehen aus der Diskussion drängender Fragen und aus der gegenseitigen Information über die Arbeitsbedingungen in den Spitälern. Wir arbeiten eng mit dem VLSS, der BEKAG und dem VSAO zusammen. Mit einem Sitz je in der kantonalen Spitalversorgungskommission (SVK) und im Vorstand der Ärztegesellschaft des Kantons Bern sind wir gut positioniert für die Mitgestaltung an neuen Gesetzen und Verordnungen im Gesundheitswesen. Dazu gehört auch die Mitarbeit an der Entwicklung der SwissDRG.

Was wir in den letzten Jahren konkret erreicht haben

Präsident und Vorstand der VSKB, zusammen mit der BEKAG, arbeiteten intensiv mit am neuen Spitalverordnungs-gesetz (SpVG). Mit Erfolg: die Artikel 45–49 des SpVG widerspiegeln die Überzeugung, dass die öffentlichen Spitälern nur durch die grosszügige Abgeltung von privatärztlicher Tätigkeit im Wettbewerb um gut qualifizierte Ärzte bestehen. Das SpVG trat 2006 in Kraft. Dies geschah über schriftliche Antworten auf Vernehmlassungen, an Hearings der Verwaltung und des Grossen Rates, und an den zweimal jährlich stattfindenden Spitzengesprächen zwischen BEKAG, VSKB und der Gesundheitsdirektion. Wir finanzierten ein Gutachten zur sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation der privatärztlichen Tätigkeit im Spital und deren Auswirkung auf das ärztliche Anstellungsverhältnis (Prof. Thomas Geiser). Auf der Basis dieses Gutachtens waren wir erfolgreich im Bemühen um attraktive Anstellungsverträge, vernünftige Pauschalabgaben auf der freiberuflichen Praxis-tätigkeit, Abgaben auf den Honoraren

zusatzversicherter Patienten und bei Pensionskassenregelungen.

Die VSKB setzte sich für eine schrittweise, für den Betrieb verträgliche Umsetzung der 50-Stunden-Woche bei Assistenz- und Oberärzten ein, unterstützte aktiv die Politik der Bernischen Hausärztevereinigung und nahm an der Pressekonferenz zum Protesttag vom 1. April 2009 teil. Das schweizerische Krankenversicherungs-gesetz nennt im Artikel 58 Mindestfallzahlen als wesentlich für die Behandlungsqualität. Seit 2007 führt der Präsident VSKB den Vorsitz im Fachausschuss der SVK, der sich mit hochspezialisierter Medizin und Mindestfallzahlen befasst. Mindestfallzahlen werden so von medizinischen Experten und nicht von der Verwaltung definiert.

Wer Mitglied werden kann

Jede Ärztin und jeder Arzt mit Leitungsfunktion an einem Spital im Kanton Bern ist herzlich willkommen. Es sind vorwiegend Chefärzte, Chefärztinnen und leitende Ärztinnen, leitende Ärzte, die mitmachen. Ärzte mit leitender Funktion in einem privaten Spital sind ebenfalls willkommen. Mitglieder des VSKB sind gleichzeitig Mitglieder des VLSS. Bezüglich Basisorganisation für die Vertretung in der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) hat man die Wahl zwischen der BEKAG und dem VLSS.

Wie wir organisiert sind

Die Einzelmitglieder treffen sich an der jährlichen Mitgliederversammlung. Im Vorstand vertreten sind ein Vertreter, eine Vertreterin je aus den regionalen Spitalzentren, dem Inselspital und aus zwei Privatspitälern. Administrativ sind wir dem Sekretariat des VLSS in Bern angegliedert.

Die VSKB hat sich 2009 neue Statuten gegeben und dabei von der Kollektivmitgliedschaft der Spitalärztekollegien zur Einzelmitgliedschaft gewechselt. Eine Vereinigung mit Einzelmitgliedern hat bei politischen Entscheiden allgemein mehr Gewicht.

Was die Mitgliedschaft kostet

Dank einer schlanken Organisation ist die VSKB-Mitgliedschaft seit 2006 (und voraussichtlich für die nächsten Jahre) kostenlos. Da die VSKB eine kantonale Sektion des VLSS ist, bezahlt das Mitglied den Jahresbeitrag des VLSS.

Wo man uns findet

Sekretariat VSKB
Bolligenstrasse 52, 3006 Bern
Telefon: 031 330 90 01
E-Mail: vskb@hin.ch

Tiers payant versus Tiers garant – Erfahrungsbericht nach 12 Monaten

Die vordergründige Vermutung, der Tiers payant garantiere gegenüber dem Tiers garant eine risikolösere Bonität, erweist sich auf Grund der Erfahrung als voreilig. Die grundlegenden Unterschiede leiten sich ab vom Prinzip: «Wer zahlt, befiehlt». Dies kann nicht nur die Patientenbehandlung massgebend beeinflussen, sondern bis zur Frustration und Kündigung des mit dem Abrechnen betrauten Praxispersonals führen.



*Dr. med.
Dr. med. dent.
Roland R.
Schmoker
Facharzt FMH für
Plastisch-Rekon-
struktive und
Ästhetische
Chirurgie, Beleg-
arzt am Linden-
hofspital Bern*

Im Tiers garant (TG) haben die Versicherten gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung. Im Tiers payant (TP) schuldet der Versicherer dem Leistungserbringer die Vergütung. Ärzte wählen vornehmlich den TG. Zahnärzte haben – es betrifft lediglich 3% ihres Patientenguts – mit den Versicherern den TP vereinbart. Doppelapprobierte Kieferchirurgen haben somit – es betrifft einen Grossteil ihres Patientenguts – die ideale Gelegenheit, beide Systeme miteinander vergleichen zu können: Die vorliegende 12-monatige Erfahrung bezieht sich auf die Zuweisungspatienten einer Spezialistenpraxis. Dabei zählen andere Gesichtspunkte als bei Stammpatienten beispielsweise einer Hausarzt-, Zahnarzt- oder Gynäkologenpraxis. Auf eine Schlussfolgerung wurde deshalb bewusst verzichtet.

Tiers payant als Kostentreiber

Im TG konnte nach der ersten Konsultation unverzüglich mit der weiteren Abklärung und der anschliessenden Behandlung begonnen werden. Beim TP galt das nur für Notfälle. Bei den übrigen Patienten musste ein Kostengutsprachege such eingereicht und auf den Bescheid der Kasse gewartet werden. Dies dauerte oft unverantwortlich lange. Die Beurteilung überforderte auf Grund des spezialisierten Fachbereichs die Kompetenz der Kassen. Nahezu regelmäs-

sig erfolgten Rückfragen nach zusätzlichen Angaben. Es wurden teure weitergehende Untersuchungen verlangt, die angeblich für die Prüfung der Leistungspflicht als notwendig erachtet wurden, jedoch nicht die geringsten therapeutischen Konsequenzen hatten (z.B. CT, MRI, Speichelfliessrate, Knochendensitometrie). Ärgerlich in diesem Zusammenhang war nicht nur die zeitliche Verzögerung, sondern auch die nutzlose Verschleuderung von Prämiegeldern. Weitere Verzögerungen resultierten bei offensichtlich auf Fehlentscheiden beruhenden Ablehnungen der Leistungspflicht. Forderungen nach einem zusätzlichen eigentlichen Kostenvoranschlag – bei einer chirurgischen Behandlung völlig unrealistisch – verzögerten die Behandlung zusätzlich.

Misstrauen

Positive Kostengutsprachen waren gekennzeichnet durch misstrauische juristi-

sche Rückzugsklauseln, die den effektiven Wert der Kostengutsprache in Frage stellten:

- «sofern sich eine Leistungspflicht herausstellt»
- «vorbehältlich einer näheren Überprüfung»
- «sofern kein anderer Kostenträger zuständig ist»
- «solange das Kassenmitglied bei uns versichert ist».

Die Wertlosigkeit einer solchen Verfügung zeigte sich bei Patienten mit dem Leistungserbringer nicht bekannten Prämienverzug. Auf Grund der positiven Kostengutsprache erfolgte die Operation. Bei der Rechnungsstellung wurde dann von der Kasse der Prämienverzug offen gelegt und die Bezahlung der Rechnung verweigert, auch wenn noch kein Betreibungsverfahren mit Fortsetzungsbegehren lief. Der Rechtsdienst der Kasse begründete das Verschweigen des Prämienverzugs bei der



Der Tiers payant verursacht administrativen Mehraufwand – zum Ärger des Praxisteam.

Erteilung der sozusagen «fiktiven» Kostengutsprache mit der Schweigepflicht.

Frustration

Die Rechnungsstellung frustrierte das erfahrene Abrechnungsteam in einer Spezialistenpraxis ausgiebig. Jede Kasse strich nach eigenen internen Richtlinien Leistungen, Material und Medikamente aus der Leistungspflicht heraus. Im TG merkt dies lediglich der Patient anlässlich der Rückerstattung. Im TP fällt dies in der Statistik unter die vom Leistungserbringer nicht korrekt erfolgte Rechnungsstellung. In der Abrechnung mussten Positionen so lange vom Pflichtleistungsanteil in den Nichtpflichtteil verschoben werden, bis es der jeweiligen Sachbearbeiterin passte. Auch wenn sich ganz offensichtlich zeigte, dass dabei die Patienten übervorteilt wurden. Dies kann einem versierten Abrechnungsteam die Arbeit total verleiden.

Vorsintflutliche Abrechnung

Die Rückerstattung der Kasse führte im TG einige Patienten – in einer Spezialistenpraxis wohl eher als beim Hausarzt – in Versuchung, das Geld für andere Zwecke abzuzweigen als für die Bezahlung der Arztrechnung, beispielsweise zur Tilgung vorliegender Schulden, besonders bei einer drohenden Betreibung, bis solche Patienten auch für die Arztrechnungen betrieben werden mussten. Der Zahlungsverkehr verlief im TP – im Gegensatz zum elektronischen Abrechnen im Tarmed und zum automatischen Bankverkehr im TG – geradezu vorsintflutlich. Die Kassen kündigten per Zahlungsanzeige eine bevorstehende Zahlung an. Die Überweisung erfolgte jedoch nicht mit dem Einzahlungsschein der Rechnung, sondern anonym ohne Rechnungs- oder Patientennummer. Die eingetroffenen Zahlungen mussten dann mühsam von Hand mit den ausstehenden Rechnungen und den eingetroffenen Zahlungsankündigungen der jeweiligen Kasse abgeglichen werden, für das Abrechnungsteam eine weitere Zumutung.

Höhere Patientenzufriedenheit im Tiers garant

Die Patientenzufriedenheit war im TG deutlich höher als im TP. Insbesondere Patienten mit einer Franchise höher als dem voraussichtlichen Rechnungsbetrag protestierten gegen die Wartezeit bis zur Kostengutsprache und beharrten auf einem



Mangelnde Infrastruktur der Kassen verkompliziert die Abrechnungsarbeit.

Vorgehen nach TG. Streichungen aus der Leistungspflicht wurden im TG in Form einer reduzierten Rückerstattung besser akzeptiert als im TP in Form einer nachträglichen Rechnungsstellung für Nichtpflichtleistungen.

Autor

Dr. med. Dr. med. dent. Roland R. Schmoker
Facharzt FMH für Plastisch-Rekonstruktive und
Ästhetische Chirurgie
Facharzt FMH für Kiefer- und Gesichtschirurgie
Spezialist SSO für Oralchirurgie
Belegarzt am Lindenhofspital Bern

Impressum

doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern,
Bolligenstrasse 52, 3006 Bern / erscheint 6 x jährlich
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der
Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Redaktion: Marco Tackenberg und Markus Gubler,
Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19,
3000 Bern 8, Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82;
E-Mail: tackenberg@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch
Inserate: P. Wolf, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern
Tel. 031 330 90 00; Fax 031 330 90 03;
E-Mail: pwolf@bekag.ch
Layout: forum | pr, Postgasse 19, 3011 Bern,
www.forumpr.ch
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern
Ausgabe Oktober 2009

Hausärztinnen und Hausärzte als Gesundheits- und Präventionsförderer

In der altersgerechten Gesundheitsprävention hat die Schweiz Nachholbedarf: Doch mit dem Gesundheits-Profil Verfahren, das von der Geriatrie Universität Bern zusammen mit mehr als 100 Hausärztinnen und Hausärzten entwickelt wurde, liegt nun ein Instrument vor, das als Grundlage für die Gesundheitsförderung und Prävention im Alter verwendet werden kann. Ab 2011 sollen neue Regeln die Grundversorger noch stärker in die Präventionsarbeit einbinden.



Prof. Dr. med. Andreas Stuck, Chefarzt Geriatri-sche Universitäts-klinik Spital Ziegler und Ordinarius für Geriatrie der Universität Bern

2.1% der Gesamtausgaben für das schweizerische Gesundheitssystem. Damit liegt die Schweiz unter dem OECD-Durchschnitt von 2.7%. Mit dem Gesundheits-Profil Verfahren (siehe Kasten S. 6), welches von der Geriatrie Universität Bern zusammen mit mehr als 100 Hausärztinnen und Hausärzten in über 10-jähriger Arbeit entwickelt wurde, liegt nun ein Instrument vor, welches als Grundlage für die Gesundheitsförderung und Prävention im Alter verwendet werden kann. Ende 2008 haben das Schweizerische Gesund-

heitsobservatorium (OBSAN) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zusammen mit nationalen Gremien das Gesundheits-Profil Verfahren kritisch evaluiert. Zentrales Ergebnis: Für eine erfolgreiche Umsetzung ist ein aktiver Einbezug der Hausärztinnen und Hausärzte erforderlich.

Neues Gesundheits-Profil Verfahren ab 2011

Die Geriatrie Universität Bern nimmt die Ergebnisse dieses Workshops zum Anlass, die Standards für den Einsatz des Gesundheits-Profil Verfahrens ab 2011 neu zu regeln. Mit interessierten Kantonen wird geprüft, inwieweit eine Unterstützung dieses Verfahrens zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ab 2011 möglich ist. In jenen Kantonen, die das Gesundheits-Profil Verfahren einführen, sollen künftig die Hausärztinnen und Hausärzte mitentscheiden, wie das Verfahren verbreitet werden soll. Auch soll das Gesundheits-Profil Verfahren mit persönlichen Beratungen wie z.B. Hausbesuchen kombiniert werden. Hausärztinnen und Hausärzte entscheiden zusammen mit

Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Personen unterscheidet sich wesentlich von derjenigen bei jüngeren Personen: Für ältere Menschen geniesst Gesundheit höchste Priorität im Leben. Sie sind deshalb besonders daran interessiert, was sie für ihre Gesundheit tun können. Im Alter kommen viele Risikofaktoren zusammen, und empfehlenswerte gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen gibt es unzählige, was eine geeignete Umsetzung nicht vereinfacht. Bei älteren Personen eignen sich generelle präventive Empfehlungen selten. Ratschläge müssen aufgrund von Komorbiditäten (z.B. Ernährung, Bewegung, Vorsorgeuntersuchungen) individuell angepasst werden. Prävention im Alter verlängert nicht nur die Lebenszeit, sondern, das belegen Studien, ältere Menschen gewinnen auch an Lebensqualität, sind durch gezielte Förderung selbständiger und müssen weniger in Heime eingewiesen werden.

Gesundheitsprävention im Alter – Schweiz mit Nachholbedarf

Die Schweiz hat hier Nachholbedarf. Im Jahr 2005 betragen die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung nur



Bei älteren Menschen müssen präventive Massnahmen individuell angepasst werden.

ihren Patientinnen und Patienten, ob und wie solche Beratungen in Anspruch genommen werden. Grundversorger erhalten damit nicht nur Zugang zum Gesundheits-Profil Verfahren, sondern auch die Möglichkeit, den individuellen Einsatz des Verfahrens zu bestimmen. Die Geriatrie Universität Bern wird 2009/2010 mit ausgewählten Hausärztinnen und Hausärzten einen Pilotversuch unter diesen neuen Rahmenbedingungen durchführen. Welche Erfahrungen damit gemacht wurden und wie es ab 2011 weitergehen soll, darüber wird doc.be an anderer Stelle berichten.



Dank gezielter Gesundheitsförderung gewinnen Senioren nachweislich an Lebensqualität.



*Dr. med.
Andreas Rothenbühler
Allgemeine Medizin
FMH Lyss, Präsident des
Berner Instituts für
Hausarztmedizin an der
Universität Bern
(BIHAM)*

«Ich befürworte die Stossrichtung der Geriatrie Universität Bern, wonach Prävention im Alter in der Kompetenz der Hausärztinnen und Hausärzte liegen soll. Aus eigener Erfahrung kenne ich das Gesundheits-Profil Verfahren als ein pragmatisches und effizientes Instrument, wie Prävention in der Praxis umgesetzt werden kann. Voraussetzung dazu ist aber, dass die Finanzierung eines Einsatzes gewährleistet ist und die Hausärztinnen und Hausärzte maximal entlastet werden.»

- **Zielsetzungen des Gesundheits-Profil Verfahrens**

Das «Gesundheits-Profil Verfahren» deckt Risikofaktoren auf, die zu Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Alter führen können. Damit bildet es die Grundlage für die individuelle Beratung durch Hausärztinnen, Hausärzte und Fachpersonen der Gesundheitsberatung sowie für die Beratung in der Gruppe in Form von Kursen.

- **Entwicklung des Gesundheits-Profil Verfahrens**

Das Gesundheits-Profil Verfahren wurde nach wissenschaftlichen Kriterien entwickelt und seine Machbarkeit und Wirksamkeit in Zusammenarbeit mit über 100 Hausärztinnen und Hausärzten in kontrollierten, randomisierten Studien und Praxisumsetzungsprojekten belegt.

- **Zielgruppe für das Gesundheits-Profil Verfahren**

Das Gesundheits-Profil Verfahren richtet sich an Personen, die

- über ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache verfügen, da das Verfahren zur Zeit nur in deutscher Sprache vorliegt;
- nicht auf dauerhafte Pflege angewiesen bzw. in einer Institution der Langzeitpflege untergebracht sind und
- nicht von einer demenziellen Erkrankung betroffen sind.

- **Elemente des Gesundheits-Profil Verfahrens**

Das Gesundheits-Profil Verfahren besteht aus folgenden Elementen:

- Dokumentationen für Hausärztinnen, Hausärzte, Med. Praxisassistentinnen und Fachpersonen der Gesundheitsberatung;
- Gesundheits-Profil-Fragebogen (zum Selbstausfüllen);
- Software für die Erfassung und Auswertung der Gesundheits-Profil-Fragebogen;
- Persönlicher Gesundheitsbericht als Standortbestimmung und Grundlage für die Beratung.

- **Einsatz des Gesundheits-Profil Verfahrens**

Seit dem Jahr 2000 wurde das Gesundheits-Profil Verfahren bei rund 7000 älteren Personen in der Schweiz eingesetzt, dies in den Kantonen Bern, Solothurn, Zug und Zürich. Ab 2009 werden zusätzlich in den Kantonen Basel-Landschaft und Schwyz Pilotprojekte, basierend auf dem Gesundheits-Profil Verfahren, durchgeführt.

Aufbruch und Gesundheit

Jürg Schlup, Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, hielt die Festansprache an der diesjährigen Staatsexamensfeier der Medizinischen Fakultät der Universität Bern. Darin blickt er auf die 200-jährige Geschichte der Fakultät und der Ärztesgesellschaft zurück, versucht, Gesundheit zu definieren und wirft einen kurzen Blick auf die medizinische Versorgung der Zukunft.



*Jürg Schlup
Dr. med., exec.
MBA-HSG,
Präsident der
Ärztesgesellschaft
des Kantons
Bern*

«Der Wahnsinn hat ein Ende» – hält ein Heidelberger Medizinstudent in einem Blog fest – «und man kann wieder frei aufatmen.» Und weiter: «Weil wir alle brav auswendig gelernt und nachts davon geträumt haben, haben wir Grund genug, den Tag der Erlösung gebührend zu feiern.» Zitat Ende. – Erlösung – heisst Aufbruch und Freude!

Freude, schöner Götterfunke, Tochter aus Elysium. Wir betreten feuertrunken, Himmelsche, dein Heiligtum.

Das war Vers 1–4, «An die Freude» von Friedrich Schiller. – Ein Funke Elysium – griechisches Paradies, ausschliesslich reserviert für Heldinnen und Helden – ein Funke Elysium für Sie, liebe junge Kolleginnen und Kollegen. Schiller schrieb dieses Gedicht vor 200 Jahren.

1. Aufbruchstimmung

Aufbruchstimmung herrscht bei Ihnen. Aufbruchstimmung herrschte auch vor 200 Jahren – in Europa und der Schweiz. Die erste Schreibmaschine kommt in Italien zum Verkauf. In Wien fanden die drei markantesten Achtel der Musik erstmals Gehör: Ludwig van Beethoven, Uraufführung seiner 5. Sinfonie. Im Dezember 1808 – vor 200 Jahren. An der Leipziger Buchmesse rüttelt Johann Wolfgang von Goethe mit der Erstausgabe seiner Arzt-Tragödie Faust I am damaligen klerikalen Weltgefüge: Das liebenswürdige und religiöse Gretchen fragt den neuzeitlichen Mediziner Faust: «Nun sag, wie hast du's mit der Religion?» Sie antwortet sogleich

selber: «Allein ich glaub, du hältst nicht viel davon.» Die moderne Chirurgie beginnt: der orthopädische Chirurg Johann Georg Heine revolutioniert die Behandlung von Beinbrüchen mit seiner Erfindung der Extension und Reposition. Damals wurde die Medizinische Fakultät zu Bern gegründet – 1805, eine Generation früher als die Universität. 1809 – vor genau 200 Jahren – wurde die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern gegründet; in Burgdorf, von zwei Dutzend Ärzten. «Medizinisch-chirurgische Gesellschaft des Kantons Bern» wurde sie genannt. Damit schlossen sich erstmals im Kanton handwerklich ausgebildete Wundärzte mit akademisch ausgebildeten Ärzten der Innern Medizin zusammen. Sie überwand damit den im Jahr 1215 vom 4. Laterankonzil beschlossenen Ausschluss der Chirurgie aus der akademischen Medizin.

Die älteste kantonale Ärztesgesellschaft der Schweiz ist seit 200 Jahren kontinuierlich aktiv. Sie ist 100 Jahre älter als die FMH. Wie die Medizinische Fakultät auch, ist die Ärztesgesellschaft älter als der heutige Kanton Bern und älter als unser heutiger Bundesstaat. Sie zählt heute 3000 Mitglieder und 32 Unterorganisationen und ist damit die zweitgrösste kantonale Ärztesgesellschaft der Schweiz. Beharrlichkeit, Bescheidenheit und Vertrauenswürdigkeit sind prägende Eigenschaften der Berner Ärztesgesellschaft.

2. Entwicklung bis heute – während 200 Jahren

1805 und 1809 -

Seither hat sich einiges entwickelt.

Die Fakultät entwickelt sich seit ihrer Gründung 1805 von einem Gelehrtenseminar mit drei Professoren und 50 Studenten verteilt auf vier Studienjahre zu einem internationalen Zentrum für Lehre, Forschung und Dienstleistung mit gegen 100 Instituten und Kliniken, 1000 Studentinnen und Studenten verteilt auf 6 Studienjahre. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts gab es keine Frauen in der Medizin, die Medizin war männlich. Den Frauen war das Studium an den Universitäten Europas verboten. 1874 doktorierten die ersten zwei Ärztinnen in Bern, sieben Jahre nach Europas erster Medizinerin, die in Zürich promovierte. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts galt die Medizinische Fakultät in Bern nachgerade als europäische Hochburg des Frauenstudiums. Es gab zwei Medizin-Professorinnen in Bern. Im Sommersemester 1909 – vor genau 100 Jahren – waren mehr als 50% der Studenten an der Berner Medizinischen Fakultät Frauen, zumeist Russinnen. Nach dem ersten Weltkrieg sank dieser Anteil der Studentinnen und lag bis 1950 um 10%. Seither hat dieser Anteil wieder deutlich zugenommen und liegt heute – wie bereits vor 100 Jahren – wiederum über 50%.

Die Ärztesgesellschaft entwickelt sich seit ihrer Gründung 1809

Von der Gelehrtenverbindung zur Berufsorganisation.

Von Ehre und Geselligkeit zu Ökonomie und Öffentlichkeit.

1880 eröffnete die erste Ärztin eine Praxis im Kanton Bern: Frau Dr. med. Hélène Delay in St. Imier. Sieben Jahre später eröffnete die erste Ärztin in der Stadt Bern eine Praxis. Heute sind unter den praktizierenden Ärzten lediglich ein Viertel Ärztin-



Ein Relikt aus Gründungszeiten: die Lade der Chirurgischen Societät der Stadt Bern.

nen. Angesichts der hohen Studentinnenzahlen (50–60%) wird deutlich, dass weiterhin 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. Hier suchen und fördern wir neue Organisationsformen für Arztpraxen. 1948 engagierte sich erstmals eine Kollegin im Vorstand eines Bezirksvereins der Ärztesgesellschaft. 1979 übernahm die erste Frau das Präsidium eines ärztlichen Bezirksvereins im Kanton Bern. Der rasche Strukturwandel seit dem Jahr 2000 hat dazu geführt, dass die Ärztesgesellschaft in den letzten acht Jahren ärztliche Firmen gegründet hat: ein Trust Center PonteNova AG, eine Schule für Medizinische Praxisassistentinnen und ein Call Center Medphone AG. Mit letztgenannter Firmengründung haben wir 2006 gar den Anna-Seiler-Preis gewonnen – für innovative Lösungen im Gesundheitswesen.

Das ärztliche Umfeld entwickelt sich in den letzten 200 Jahren

Vereinzelte Ortskrankenkassen werden zur obligatorischen Krankenversicherung. Die ärztliche Berufsausübung wird von der honorierten gesellschaftlichen Aufgabe zur tarifarisch entschädigten Dienstleistung. Die ärztliche Aufgabe entwickelt sich vom fürsorglichen Beistand zum paternalistischen Entscheidungsträger und weiter zum modernen Berater, der die Entscheidung seinem autonomen und einsamen Patienten überlässt.



Trotz hoher Studentinnenzahlen wagen nur wenige Ärztinnen den Weg in die Praxis.

Das Leben war eine unantastbare Leihgabe, die Gesundheit ein Privileg. Heute ist beides zu einem Recht geworden und damit einklagbar. Von der demütigen Dankbarkeit zur rechtlichen Empörung – dies auch eine Folge des medizinischen Fortschritts.

3. Was heisst krank?

«Bin ich krank?» fragte mich kürzlich in meiner Sprechstunde ein Patient. Eine schwierige Frage. Der Mann ist Unternehmer und hat sechs Stents in seinen Koronarien. Angesichts Ihrer guten Leistungsfähigkeit und Ihres Wohlbefindens sind Sie nicht krank – antwortete ich diplomatisch. «Bin ich also gesund?» fragte er. – Nachdem ich mich gesammelt hatte, antwortete ich: Gemäss WHO ist Abwesenheit von Krankheit eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für Gesundheit. Allerdings hielt bereits vor 2500 Jahren der griechische Dichter Simonidis von Ceus beruhigend fest, dass vollkommene Gesundheit den Göttern vorbehalten sei.¹ Die Genfer Philosophin Jeanne Hersch wies in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts darauf hin, dass vollständiges Wohlergehen allein schon deswegen illusorisch sei, weil der Mensch sich seiner Sterblichkeit bewusst sei. Leben umfasste für sie auch die Fähigkeit, krank zu sein. Ihre Definition von Gesundheit lautete: **«Gesund ist, wer die Perspektive seines Todes und einer möglichen Krankheit auszuhalten weiss.»**² – Dank dieser philosophischen Unterstützung von Frau Professor Hersch fühlte sich der «armierte» Unternehmer beim Verlassen meiner Sprechstunde gesund.

Die Gesundheitsdefinition von Jeanne Hersch hilft mir in meiner ärztlichen Berufsarbeit. Ich begegne immer wieder schwerkranken Menschen, die deutlich mehr auszuhalten wissen – gemäss Jeanne Hersch also gesünder sind – als manche Gesunden, mich selber eingeschlossen. Allerdings liegt zur Zeit diejenige Gesundheitsdefinition im Trend, welche vom Literaten Jules Romains dem französischen Physiologen und Mikrobiologen Claude Bernard (1813–1878) zugesprochen wird: «Gesunde sind Menschen, die nicht wissen, dass sie krank sind.» – Eine kürzlich durchgeführte Studie hat gezeigt, dass im Alter von 40 Jahren eine von vier Frauen und vier von fünf Männern der Bevölkerung Norwegens ein hohes kardiovaskuläres Risiko aufweisen und damit eine medizinische Behandlung benötigen. Dies aufgrund der Grenzwerte der «Guidelines» 2003 der Europäischen Gesellschaft



Gesundheit und gesund sein ist auch eine Definitionsfrage.

für Kardiologie.³ Die Zunahme von Diagnosen und damit Morbiditäten wird einen wesentlichen Einfluss haben auf die Zunahme der Nachfrage und der Kosten – und damit auf die Dauerhaftigkeit unseres heutigen Gesundheitssystems.⁴ Liebe Anwesende – schauen Sie sich in diesem Saal um. Denken Sie an die Krankheitshäufigkeit bzw. an den Anteil der Kranken und Gesunden in diesem Saal, also an die Morbidität. Betrachten Sie nun Ihre Mitmenschen in diesem Saal mit den Augen von Claude Bernard: «Gesunde sind Menschen, die nicht wissen, dass sie krank sind.» – sehen Sie mehrheitlich kranke Menschen hier. Nun betrachten Sie diesen Saal mit den Augen von Jeanne Hersch: «Gesund ist, wer die Perspektive seines Todes und einer möglichen Krankheit auszuhalten weiss.» – und Sie sehen viele gesunde Menschen hier im Saal. Welch ein gutes Gefühl!

4. Die Zukunft

Was ist in einigen Jahren? Das Gesundheitswesen der Zukunft: Die ganze Welt ein Krankenhaus? Wird der Staat über Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger bestimmen? Sie – liebe Kolleginnen und Kollegen – werden es erleben.

Ich denke:

- Wir werden seltener krank sein als heute.
- Wir werden die Gewissheit unseres Todes weiterhin ertragen müssen.

- Das Gesundheitswesen wird sich positiv verändern, auch wegen der weiblichen Tugenden unserer zahlreichen Kolleginnen.

Zwei Überlegungen spielen dabei mit: Frauen entscheiden rationaler und denken langfristiger als wir Männer. Dazu zwei Beispiele: Ich zitiere: «Frauen entscheiden viel rationaler als Männer, sie geraten am Berg nie in einen Testosteronrausch», behauptet der Lawinenexperte des Schweizerischen Bergführerverbandes. Ich zitiere weiter und in deutscher Übersetzung: «Ich bin schockiert, dass junge talentierte Frauen an einer Elite-Universität lieber Kinder möchten, als eine grosse Firma zu leiten und Millionen Dollar zu verdienen», sagt ein Dekan der Yale University, New Haven (Connecticut, USA). Er meint damit: Frauen denken längerfristiger als wir Männer. Und weiter in die Zukunft: Weder wird künftig Medizin-Totalitarismus herrschen

noch die totale Gesundheit. Und schliesslich wird Gotthelf weiterhin Recht behalten mit seiner Behauptung, dass die meisten Menschen ihrer Grossmutter weit mehr verdanken als allen studierten Doctores.

5. Aufbruch

Sie – liebe Kolleginnen und Kollegen, werden heute Ihr Diplom erhalten. Ich freue mich mit Ihnen. Ihr Lernen hat mit dem Studium begonnen – und geht nun weiter. Es folgt die Weiterbildung im Spital, die viele von Ihnen bereits begonnen haben. Und dann die Fortbildung, welche Ihre gesamte Berufstätigkeit in Klinik und Praxis begleitet wird. Ich ermuntere Sie, mit den Worten der Philosophin Jeanne Hersch: «Das Menschsein zu ergründen und es liebend anzunehmen.» Ich vertraue auf Ihre Empathie für den Patienten und Ihr Engagement zum Wohl des Patienten. Ich ermuntere Sie, Vertrauen zu haben, in sich

selber, in Ihre Vorgesetzten, in Ihre Kolleginnen, in das Pflorgeteam und in Ihre Patienten.

Wir Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis erwarten Sie und freuen uns auf Sie!

¹ Kundlien F. The old Greek Concept of «relative» Health. Journal of the behavioural Sciences 1973/9; p. 53–59

² Hersch J. Santé: l'utopie d'une définition. Schweizerische Aerztezeitung 1981/62; p. 1513–32

³ Getz L, et al. Estimating the high risk groups for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to 2003 European Guidelines: a modelling study. BMJ 2005; 331: 551–556

⁴ Domenighetti G. Médicalisation de la société et durabilité des systèmes de santé. Discours d'ouverture à l'anniversaire ans 200 de la Société des Médecins du Canton de Berne. Berthoud, le 25 octobre 2008.



publix.ch

Die Praxis-Software der Ärztekasse ist jetzt viel grösser, aber immer noch gratis!

Neu: inkl. elektronische Krankengeschichte

Die in der Basisversion kostenlose, tausendfach bewährte Software der Ärztekasse zur Leistungserfassung und -abrechnung kann jetzt noch mehr. CB6 beinhaltet neu die elektronischen Krankengeschichten Ihrer Patienten. Prüfen Sie auch weitere vorteilhafte Optionen. Jetzt sofort Mitglied werden und Geld sparen!

Die Ärztekasse – ganz klar auf Ihrer Seite



ÄRZTEKASSE
Genossenschaft
Steinackerstrasse 35 · 8902 Urdorf
Tel. 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 60
www.aerztekasse.ch
marketing@aerztekasse.ch



Simone, grüessech.

Egal ob Sie einen Termin brauchen, eine Frage oder einen Extrawunsch haben: Unsere freundliche Stimme am Telefon ist offen für jedes Anliegen. Und unsere Leitungen von Montag bis Freitag von 7.30 bis 20.00 Uhr, samstags von 8.00 bis 12.00 Uhr. Für Notfälle gibt's unseren 24h-Pikettdienst. All das unter einer Nummer: Telefon 031 372 20 02. Dafür stets mit einem «selbstverständlich, das machen wir gerne».

medics labor
professionell und persönlich

Medics Labor AG
Chutzenstrasse 24
3001 Bern
info@medics-labor.ch
www.medics-labor.ch

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44

Integrierte Versorgung auf dem Prüfstand

In der aktuellen Gesundheitsdebatte wird der Ruf nach vernetzten, integrierten und ganzheitlichen Behandlungsketten wieder lauter. Doch wie zukunftsfähig sind solche Modelle wirklich? An einer Diskussionsveranstaltung der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern anfangs September im Kultur-Casino Bern – an der 130 Mitglieder teilnahmen – bezogen Politiker, Grundversorger, Spezialisten und Krankenversicherer zu den vom eidgenössischen Parlament geforderten Netzwerken Stellung.

Text und Bilder: Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst

Integrierte Versorgung: ja, aber ...

Die standespolitische Haltung machte der Gastgeber und Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, **Jürg Schlup**, schon in seiner Eröffnungsrede deutlich: Grundsätzlich begrüsse die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern integrierte Versorgungssysteme sowie Managed-Care-Modelle, aber alles hänge von der richtigen Ausgestaltung ab. Ärztinnen und Ärzte im Kanton Bern seien gegenüber Ärztenetzwerken skeptisch eingestellt. Das belege eine unabhängige verbandsinterne Befragung der Mitglieder aus dem Frühjahr 2007. Zwar zeichne sich ein klarer Trend Richtung Mitgliedschaft in einem Netzwerk ab, doch befürchte die Mehrheit der Befragten, dass integrierte Versorgungssysteme zu administrativem Mehraufwand und einer Budgetmitverantwortung führe, welche in die Behandlungsfreiheit eingreife, damit das Arzt-Patienten-Verhältnis belaste und Risikoselektion provoziere. «Skeptisch beurteilen wir Managed-Care-Organisationen, welche von Krankenversicherern betrieben werden: Bei Vertragsverhandlungen sässen dann Krankenkassenvertreter auf beiden Seiten des Verhandlungstisches. Eine untragbare Konstruktion», so der BEKAG-Präsident. Allerdings bieten Ärztenetzwerke auch Vorteile. Neben Effizienzsteigerungen verbinden viele der Befragten mit Vernetzung auch mehr Sicherheit, besseren Informationsaustausch und Qualitätsgewinn durch gegenseitiges Lernen.

Interdisziplinäre Arbeit belohnen

Konsumentenschützerin und SP-Ständerätin **Simonetta Sommaruga** schärfte den Blick für eine ganzheitliche Betrachtung der Thematik: «Immer mehr Menschen leiden unter chronischen Krankheiten. Multimorbide Symptome nehmen zu, und viele Personen, besonders in urbanen Regionen, leben heute alleine.» Für diese Entwicklungen gelte es, neue medizinische



Die Veranstaltung rund um die integrierte Versorgung stiess auf reges Interesse.

Versorgungskonzepte zu erarbeiten. «Doch noch fehlt der Wille zur Koordination der Beteiligten: die Krankenkassen müssen Modelle mit eingeschränkter Arztwahl stärken und die Ärzteschaft anfallenden Mehraufwand auf sich nehmen», so Sommaruga weiter. Es sei nun an der Politik, der mangelnden Kostensensibilisierung entgegenzuwirken: «Interdisziplinäre Arbeit muss belohnt werden.»

Bestehende Gesetzgebung reicht aus

Über die Frage, was die Politik mit Ärztenetzwerken will, referierte der zweite politische Standesvertreter und Mitglied der parlamentarischen Kommission Gesundheit, FDP-Nationalrat **Pierre Triponez**, ausweichend: Eine Gesetzesvorlage zu Managed Care sei zwar in Ausarbeitung, doch aus seiner Sicht genüge die beste-

hende Gesetzgebung. Denn in der Praxis bewähre sich bereits heute eine ganze Reihe von integrierten Versorgungsmodellen. Auch sonst gewinnt Triponez unserem Gesundheitssystem trotz bevorstehenden Prämienanstiegen viel Positives ab. So sei heute jeder neunte Erwerbstätige in der Schweiz im Gesundheitsbereich tätig. Was fehle, sei eine gezielte Anreizsetzung, die helfe, Doppelspurigkeiten abzubauen. Hier fordert der freisinnige Nationalrat von den Anwesenden Nachsicht: «Unser Gesundheitswesen ist so komplex, dass auch die Politik nicht alles reglementieren kann.» Gerade deshalb seien Reformen im Gesundheitswesen auch stark von der Bereitschaft der Ärzteschaft abhängig.

Wunschskatalog

Wie die integrierte Versorgung gestärkt werden könnte, präsentierte **Adrian Wirthner**, Grundversorger und Leiter der ärztlichen mediX bern AG, in seiner Rede anhand eines Wunschskatalogs: Krankenkassen müssten den anfallenden Steuerungsaufwand in den Netzwerken finanziell mittragen und von reinen Listenmodellen wegkommen. Nach wie vor fehle vielen Ärztinnen und Ärzten der Mut zur Innovation. Wer sich unterscheiden wolle, müsse dies heute dokumentieren können, auch wenn das für viele unbequem sei. Denn wenn integrierte Netze als Qualitätsmodell etabliert werden sollen, ist eine umfassende Dokumentation zwingend. Von Politikern wünscht sich Wirthner, dass sie Ärztenetzwerke mit positiven Anreizen fördern: «Versicherer, Ärzteschaft und Kassen sollen sich freiwillig beteiligen können. Netzwerke sollen für Versicherte zu Opt-Out-Modellen werden, und mit den entsolidarisierenden Franchisen Rabatten muss Schluss sein.» Für Wirthner ist klar, dass sich Netzwerke nur zum Rückgrat der medizinischen Versorgung entwickeln können, wenn eine entsprechende Gesetzesgrundlage geschaffen werde.

Qualitätsindikatoren gegen implizite Rationierung

Trotz grossem Medienecho bleiben viele Managed-Care-Reformvorschläge im Detail unklar. In Zeiten knapper werdender Ressourcen stehen die Kostentreiber besonders im Fokus: Einer davon: die Spezialistenmedizin. Wie schwierig hoch spezialisierte Medizin zu steuern ist, demonstriert Dr. med. **Jürg Nadig**, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie, eindrücklich. Er fragt: «Wie entscheiden Sie, wenn die qualitativ bessere Behandlung die Lebensdauer um Monate verlängert, aber die Kosten in der dritten Potenz steigen?» Hier vermischen sich gesundheitspolitische Sparüberlegungen mit ethisch heiklen Fragen. Damit man solche Probleme überhaupt beurteilen kann, braucht es nach Nadig Qualitätsindikatoren und Vollkostenrechnungen. Beides existiert in der Schweiz bis heute nicht. An der Ärzteschaft wäre es, diese Qualitätsindikatoren zu erfassen. Und Versicherer müssten entsprechend die Vollkostenrechnungen für die ganzheit-

lichen Behandlungsketten beisteuern. Denn wenn das Gesundheitswesen nur über die Finanzen gesteuert wird, besteht die Gefahr impliziter Rationierung. «Qualitativ bessere, aber teurere Behandlungen – in der Onkologie oft der Fall – würden dann nicht mehr durchgeführt», konstatierte Nadig.

Ärztetzwerke als Qualitätsmodelle profilieren

Doch wie lässt sich das bestehende System mit den verfügbaren Ressourcen optimieren? **Stefan Kaufmann**, Direktor des Verbandes schweizerischer Krankenversicherer Santésuisse, sieht die integrierte Versorgung als Schlüsselfaktor. Das aktuelle Dilemma sei aber, dass viele kranke Versicherte aus den Hausarztmodellen aussteigen. Somit gehe das grösste Einsparungspotenzial verloren, was den Anreiz der Versicherer schwäche, solche Modelle attraktiver zu machen. Der daraus resultierende geringere Prämienrabatt schwäche wiederum den Beitrittsanreiz,

erläutert Kaufmann die Negativspirale. Versicherte müssen Ärztenetze erst als Qualitätsmodelle wahrnehmen. Besonders chronisch Kranken muss der Nutzen integrierter Versorgung aufgezeigt werden. Geht es nach Santésuisse, sollten Managed-Care-Modelle weder staatlich verordnet noch vereinheitlicht werden: Freiwilligkeit heisst auch hier das Schlagwort. Leistungserbringer und Versicherer sollen ihre Zusammenarbeit selber vertraglich regeln dürfen. Kantone sollten nur dort, wo eine Unterversorgung drohe, subsidiär eingreifen, so der Santésuisse-Direktor weiter.

An der abschliessenden Podiumsdiskussion, die von **Markus Brotschi**, Redaktor des «Tagesanzeiger», moderiert wurde, musste sich vor allem SP-Ständerätin Sommaruga hartnäckigen Fragen aus dem Publikum stellen. Eines zeigte sich deutlich: ob integrierte Versorgung als Netzwerke der Zukunft taugen, hängt auch von der künftigen Rolle der Hausärzte ab. Doch wie sagte Nationalrat Triponez jovial: «Die Ärzte werden noch reichlich Zeit haben, sich politisch einzubringen.»



Die Referenten standen an der abschliessenden Podiumsdiskussion Red und Antwort: v.l.n.r. Dr. Jürg Schlup, Präsident Ärztesellschaft des Kantons Bern; Dr. Adrian Wirthner, Leiter mediX bern AG; Stefan Kaufmann, Direktor Santésuisse; Dr. Jürg Nadig, Präsident Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie; SP-Ständerätin Simonetta Sommaruga; FDP-Nationalrat Pierre Triponez.

Klausurtagung des Vorstands 2009 *Die Ärztin und der Banker*

Das Bild des Arztes als Einzelkämpfer schreckt die jungen Ärztinnen und Ärzte von der Eröffnung einer Arztpraxis ab. Aufwand und Ertrag werden als Missverhältnis empfunden. Insbesondere Frauen äussern das Bedürfnis nach regelmässiger und limitierter Arbeitszeit. Anders die Sicht des Bankers: Junge Ärztinnen in eigenen Praxen sind ein rentables Kundensegment. Gemerkt haben es die Deutschen: Sie kommen und sind hoch motiviert. Erkenntnisse aus der diesjährigen Klausurtagung (Teil 1).

Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst

Drei Fragen bestimmten den Verlauf der diesjährigen Klausurtagung: Warum eröffnen immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte eine Praxis? Was braucht es, damit wieder mehr Praxen eröffnet werden? Und was kann die kantonale Ärztesgesellschaft dazu beitragen? Der Vorstand nahm sich damit einem Problem an, das in den letzten Jahren immer virulenter geworden ist. Bei den Hausärzten gehen die Praxiseröffnungen seit mehreren Jahren dramatisch zurück; aber auch bei den Spezialitäten verzeichnen viele Fachgebiete bereits heute eine Unterversorgung. Verschärfend kommt hinzu, was unter dem Stichwort «Feminisierung der Medizin» nur unzulänglich erfasst wird: Immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte – es betrifft eben auch die Männer – sind bereit, den Sprung in die freie Arztpraxis zu wagen. Sinkende Einkommenschancen, lange Arbeitszeiten, Notfalldienst, administrative Mehraufwände sowie politischer Druck ver-

gallen manchem den Schritt ins Unternehmertum.

Die Stimme der Jungen

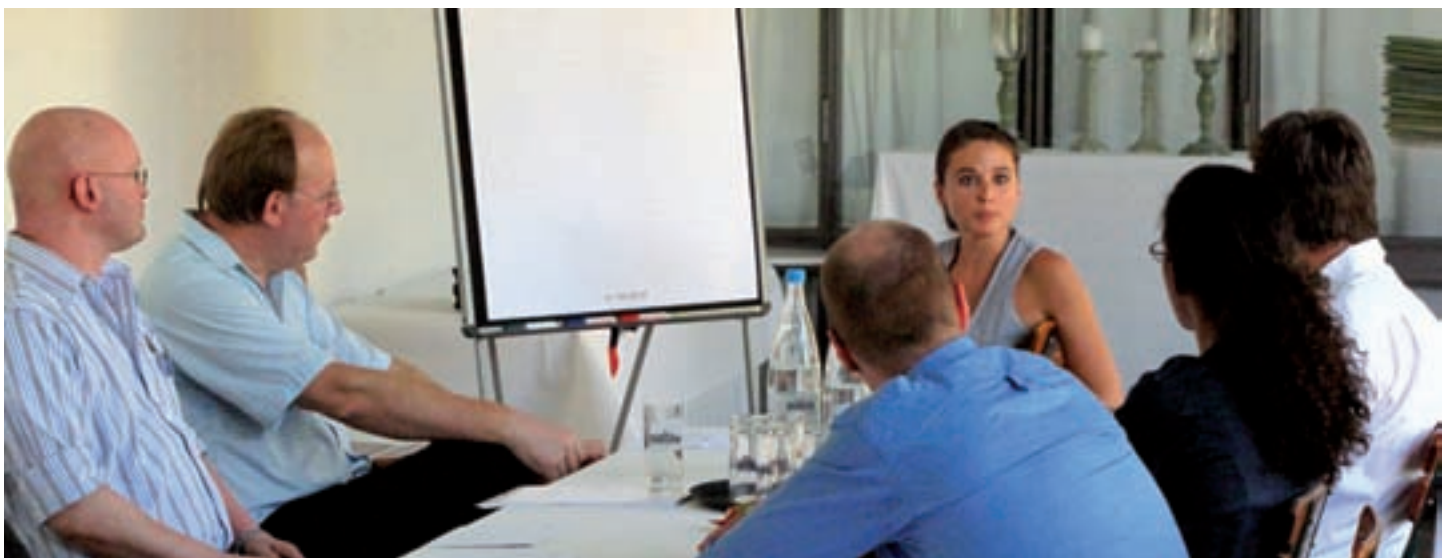
Um «die Jungen» selber zu Wort kommen zu lassen, lud der Vorstand die Ärztinnen Amara Willi, Nicole Albrecht und Jeanet Buatsi Reber sowie den Orthopäden Oliver Hatz ein. Die Familien(un)verträglichkeit des Arztes in eigener Praxis wurde genauso moniert wie drohende Wirtschaftlichkeitsverfahren und Isolation in der Einzelpraxis. Im Studium wird zudem die Hausarztmedizin nicht als eigenes Fach wahrgenommen, was den späteren Entscheidung zugunsten der Eigenständigkeit kaum fördert. Trotzdem wiesen gerade die jungen Ärztinnen auf positive Aspekte der Selbstständigkeit hin: Nicht zuletzt die Nähe zum Patienten, den man über lange Zeit hinweg betreut. Kommt hinzu, dass

Praxisformen wie Gemeinschaftspraxen oder Ärztezentren die Nachteile der Selbstständigkeit teilweise zu kompensieren vermögen. Oliver Hatz zog nach drei Monaten Berufstätigkeit sogar für seine Einzelpraxis eine positive Bilanz: Bei ihm sind es gerade die Entscheidungsfreiheit und die unternehmerische Herausforderung, die ihn reizen.

Motivierte Deutsche

Die ökonomische Sicht brachten Andreas Rieder, Kundenberater der Berner Kantonalbank und Per-Erik Diethelm, Betriebsökonom der Academix Consult AG, ein. Für den Banker – und hier staunten die Vorstandsmitglieder ein erstes Mal – sind Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich attraktive Kunden. Ihr Ertragspotenzial wird nach wie vor als gut bewertet. Das (negative) Selbstbild der hiesigen Ärzteschaft werde von anderen nicht geteilt: So sind es immer mehr Deutsche, die in der Schweiz eine Einzel- oder Gruppenpraxis übernehmen. Sie sind, so Rieder, «oft extrem motiviert». Ein ökonomischer Berater muss den jungen Ärzten aufzeigen, wie ein Bankkredit innert vernünftiger Zeit – das sind drei bis vier Jahre – zurückbezahlt werden kann.

Teil 2 in der nächsten Ausgabe von doc.be: Was kann die Standesorganisation tun, damit mehr junge Ärztinnen und Ärzte eine Praxis eröffnen?



Warum eröffnen immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte eine Praxis? Dr. Amara Willi, Oberärztin Klinik Sonnenhof Bern, diskutiert mit Vorstandsmitgliedern. (Foto: Jürg Schlup)