



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Nr. 6 / Dezember 2009
www.berner-aerzte.ch

Themen dieser Ausgabe:

Beat Gafner
BEKAG-Präsident elect 2

Sitzung an historischer Stätte 3

Krisen als Wegbereiter des
medizinischen Fortschritts 4

Visana und Berner Ärzte
gehen voran 6

Grossratswahlen 2010 7

«Vom Krankheits- zum
Gesundheitsmarkt» 8

Integrierte Versorgungs-
netze – ein Missverständnis? 10

Grundversorgernetzwerke
als Treiber
impliziter Rationierung? 12

Veranstaltungshinweis
«Hausärzte-Tage Bern» 14

Was kann die BEKAG tun,
damit mehr junge Ärztinnen
und Ärzte eine Praxis
eröffnen? 15

Kreative Zerstörung durch Fortschritt



Das neue Credo heisst Gesundheit. Das irdische Leben wird zur letzten Chance. Die absolute Gesundheit ist gefordert. Das Einzige, worauf viele Menschen glauben, sich noch verlassen zu können, scheint ihr Körper zu sein. Wohl deswegen umhegen sie ihn, lassen ihn konservieren und reparieren. Gesundheit ist zum Recht geworden, Krankheit zum Unrecht und der Tod beinahe zum Skandal.

Absolute Gesundheit ist ein Ideal, ein teures Ideal. Absolute Gesundheit erlöst Menschen von allen Übeln. Das Glück steigt und gleichzeitig schwindet die Freiheit. Menschen, deren Lebensstil nicht diesem Ideal entsprechen – nicht nur Raucher und Übergewichtige – bekommen Probleme; möglicherweise bald auch mit den Versicherungen.

Nun vom Lästern zum Klagen – von der Gesundheit zum Gesundheitswesen. – Wir erfahren die Industrialisierung des Gesundheitswesens. Verglichen mit andern Dienstleistungsbereichen erlebt unser Gesundheitswesen diese Industrialisierung verzögert. Die heutigen Rahmenbedingungen führen allerdings dazu, dass die alten Strukturen vorerst ausgehungert, aber kaum neue aufgebaut werden. Beispiel dafür sind die tarifarische Abschaffung der Grundversorgerpraxen im ländlichen Raum oder der schwer aufholbare Investitionsrückstand öffentlicher Spitäler im Kanton.

Kreative Zerstörung dank Fortschritt, Vertrautes wird zugunsten neuer Inhalte und Strukturen abgebaut. Nutzen und Qualität, messbar gemacht, gewinnen an Gewicht.

Die Banker behaupten, eine Blase sei schwer zu erkennen, wenn man sich in ihr befinde. Möglicherweise gilt dies auch für das Gesundheitswesen.

Jürg Schlup,
Präsident der Aergtegesellschaft
des Kantons Bern

Grossratswahlen 2010

Kandidieren Sie für den Grossrat? Als Mitglied der BEKAG haben Sie jetzt die Gelegenheit, im doc.be Ihr Portrait zu veröffentlichen!

Seite 7

Beat Gafner BEKAG-Präsident elect

An der Delegiertenversammlung der Berner Ärztesellschaft vom 22. Oktober 2009 im alten Hörsaal des Anatomischen Instituts der Universität Bern wurde Dr. med. Beat Gafner – mit 44 Ja-Stimmen, bei 1 Enthaltung ohne Gegenstimme – zum neuen Präsidenten der Ärztesellschaft des Kantons Bern gewählt.

Text und Bilder: Urs Laederach, Presse- und Informationsdienst

Am 1. April 2010 wird der Neugewählte die Nachfolge des scheidenden Präsidenten Jürg Schlup antreten. Beat Gafner kann auf die tatkräftige Unterstützung des gut eingespielten Vorstandsteams zählen, wird jedoch keine leichte Aufgabe zu übernehmen haben: Die Baustellen im Gesundheitswesen sind zahlreich, und die Lösungsansätze werden auch innerhalb der BEKAG kontrovers diskutiert.

Die Sicherstellung der hausärztlichen Gesundheitsversorgung, die Realisation von Massnahmen zur Kostensenkung im Gesundheitsmarkt und die Stärkung der Position der Allgemeinmedizin im Gesundheitswesen gehören zu den grossen Herausforderungen des neuen Amtsinhabers.

Auch innerhalb der Standesorganisation warten auf den neuen Präsidenten schwierige



Ab 1.4.2010: Neuer Präsident der Ärztesellschaft, Dr. Beat Gafner.

gen Aufgaben: Die Anzahl weiblicher Mitglieder nimmt zu, ohne dass diese angemessen in den verbandspolitischen Gremien

vertreten wären. Soll die künftige Verbandsarbeit Frauen stärker integrieren, muss sie attraktiv und flexibel gestaltet werden, beispielsweise durch eine Anpassung der Sitzungsmodalitäten.

Beat Gafner ist dafür gut gerüstet, betreibt er doch seit 1986 eine Praxis für allgemeine Medizin in Niederscherli und setzt sich seit Jahrzehnten in verschiedensten Funktionen für die gesundheitspolitischen Belange der Berner Ärzteschaft ein. Von seinen langjährigen Erfahrungen wird die Standesorganisation zweifellos profitieren.

doc.be gratuliert Beat Gafner auch im Namen der Berner Ärzteschaft ganz herzlich zu seiner glanzvollen Wahl zum neuen BEKAG-Präsidenten und wünscht ihm zu all seinen Amtshandlungen in seiner neuen Funktion gutes Gelingen und viel Erfolg.



Moment der Entscheidung: Die Delegierten wählen ihren neuen Vorsitzenden.

Impressum

doc.be, Organ der Ärztesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesellschaft des Kantons Bern,
Bolligenstrasse 52, 3006 Bern / erscheint 6 x jährlich
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der
Ärztesellschaft 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 Dezember 2009

Sitzung an historischer Stätte

Am 6. Oktober 2009 tagte der Kantonalvorstandes im Stadthaus in Burgdorf – dem Gründungsort der Ärztesgesellschaft.



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

Für den zweiten Teil dieser geschichts-
trächtigen Vorstandssitzung – an welcher
auch der amtierende Dekan der Medizinischen
Fakultät, Prof. Peter Egli, sowie der
ehemalige Dekan, Prof. Emilio Bossi, teil-
nahmen – wurde neben dem Vorstand des
Bezirksvereins Emmental als Gast und
Referent eingeladen Herr PD Dr. med. Dr.
phil. **Hubert Steinke**, Oberassistent am
Institut für Medizingeschichte der Univer-

sität Bern und Lehrbeauftragter für Medizin-
geschichte an der Universität Basel. Herr
Steinke erläuterte den Anwesenden das
Selbstverständnis der Ärzte und die Rah-
menbedingungen der Arztpraxen im Kanton
Bern vor 200 Jahren. Dabei basierte er auf
seinem wichtigsten Forschungsgebiet, der
medizinischen Entwicklungsgeschichte
vom 16. bis zum 19. Jahrhundert und der
Historie der ärztlichen Praxis.

Warum sind wir hier? Weil die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern am 9. Oktober 1809 – also vor genau 200 Jahren in dieser Stadt gegründet worden ist. **Warum sind wir im Hotel Stadthaus?** Weil die Ärztesgesellschaft im damaligen Rathaus zu Burgdorf gegründet worden ist – in diesem Haus, in diesen Räumen. Und warum haben wir die Möglichkeit, uns nach 200 Jahren wiederum hier zu versammeln? Wegen der Stadthaus AG, welche das 250 Jahre alte Gebäude 1997 in baufälligem Zustand gekauft hat und stilgerecht renovieren liess. Für die Innenausstattung des Hauses wurden Möbel im Stil Louis XVI, des Empires und des herrschaftlichen Biedermeiers gewählt, entsprechend der ersten Blütezeit dieses Hauses. Hauptaktionär der Stadthaus AG ist der Burgdorfer Willy Michel, ein erfolgreicher Medizinaltechnikunternehmer.

Das Hotel **Stadthaus** in Burgdorf befindet sich auf reichem historischem Grund: Hier stand seit dem 14. Jahrhundert ein bekannter Gasthof mit dem Namen „Zum weissen Kreuz“ - erstmals urkundlich erwähnt 1376. 1745 musste er dem heutigen Stadthaus weichen, das ab 1750 als Rathaus und Gasthof diente. Es ist knapp 260-jährig und erlebte seine erste Blütezeit im späten 18. Jahrhundert und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts: Hier entwarfen 1830 die Gebrüder Schnell die erste demokratische Verfassung des Kantons Bern. Mit der Abschaffung des Patriziats ein Jahr später wurde das Stadthaus quasi zum «Rüti des Kantons Bern». Seit der Renovation 1997 erstrahlt das ruhmreiche Gebäude in neuem Glanz – und erlebt nun seine zweite Blütezeit.



Die Geburtsstätte der BEKAG erstrahlt nach der Renovation in neuem Glanz.
Oben: Restaurant «La Pendule». Unten: Aussenansicht des Stadthauses.

(Fotos: Stadthaus Burgdorf)

Medizinhistorische Bemerkungen zum 200. Geburtstag der BEKAG

Krisen als Wegbereiter des medizinischen Fortschritts

Die Medizin stand in ihrer Entwicklungsgeschichte immer wieder am Scheideweg. Auch die standespolitischen Anfänge der Ärzteschaft im Bernbiet gehen auf eine Zäsur zurück: Der gemeinsame Wille sich zu vereinen war mitverantwortlich für die spätere Akademisierung der Medizin, aus der therapeutische Innovationen hervorgingen, die schliesslich das gesellschaftliche Ansehen der Ärzteschaft hoben.



PD Dr. med. Dr. phil. Hubert Steinke, Oberassistent am Institut für Medizingeschichte der Universität Bern und Lehrbeauftragter für Medizingeschichte an der Universität Basel

Krise als Diktat

Das griechische Wort «krisis» bedeutet «Scheidung», «Trennung» und bezeichnet damit jenen Prozess, während dem die Entscheidung im Hinblick auf die eine oder andere Richtung fällt. Gerade in der Medizin war der Begriff von zentraler Bedeutung. In der Krise zeigte sich die entschei-

dende Wendung zu Genesung, Verschlechterung oder Tod. Insbesondere bei fiebrigen Krankheiten nahm man die Existenz bestimmter ‚kritischer‘ Tage an (am 5., 7., 9., 11. Tag), an denen sich die Wendung zum Guten oder Schlechten entschied.

In diesem Sinn der Krise als richtungweisende Entscheidung wurde auch eine Gruppe von Ärzten aktiv, als sie 1809 die Medicinisch-Chirurgische Gesellschaft des Kantons Bern gründete. Als ersten Zweck ihrer Vereinigung nannte sie «Nähere Bekanntschaft, engere Bindung» und «Erweckung des Gemeinsinns». Die Einheit des Ärztstandes war das Gebot der Stunde, denn auf dem damaligen Gesundheitsmarkt waren ganz verschiedene Anbieter tätig. Auf der einen Seite war dies eine grosse Gruppe von sehr unterschiedlich qualifizierten Kräuterweibern, ansässigen und fahrenden Heilern. Auf der anderen Seite war auch die ärztliche Gruppe sehr uneinheitlich, umfasste sie doch nebst akademisch ausgebildeten Medizinern auch Wundärzte, d.h. Chirurgen, die ihren Beruf primär in einer zünftigen Handwerkslehre gelernt hatten und nur teilweise über zusätzliche akademische Weiterbil-

Medizin in der Krise: vor 200 Jahren

Die Krise der Medizin wurde und wird immer wieder diagnostiziert. Heute werden je nach Standpunkt unterschiedliche Krisenherde wahrgenommen: Kostenexplosion, Tarmed, Selbstdispensation, Pflegenotstand, Spezialistentum, Entmenschlichung etc.

Eine veritable, grundlegende Krise wurde in den 1920er Jahren festgestellt. Nach langen Jahrzehnten raschen wissenschaftlichen Fortschritts begann man daran zu zweifeln, ob der eingeschlagene Weg hin zu einer perfektionierten, technifizierten Medizin der richtige sei. Viele hinterfragten den Machbarkeitsglauben, bedauerten den Verlust des Menschlichen und liessen sich durch nicht-ärztliche Heiler behandeln.

Auf die Zeit der Krise folgten sich abwechselnde Phasen der erstarkten Naturheilkunde, erneuter Dominanz der Schulmedizin und der Verbreitung alternativer Heilmethoden. Die Frage, auf welche Seite das Pendel ausschlägt oder ob beide Richtungen Hand in Hand gehen können, beschäftigt uns auch heute noch.



Ursprünglich waren auf dem Gesundheitsmarkt ganz verschiedene – mitunter dubiose – Anbieter tätig.

Bild: Der Quacksalber (1879) von Albert Anker.

(Foto: zvg)

dung verfügten. Von den 46 Mitgliedern im Gründungsjahr konnten nur 13 ein regulär mit dem Doktorat abgeschlossenes Medizinstudium vorweisen.

Der Weg zur Schulmedizin

In welche Richtung die Reise gehen sollte, wurde im dritten Artikel der Statuten festgelegt: Ziel war die «Erweiterung der Arzneykunst als Wissenschaft». Damit wurde die universitäre Medizin zum Mass aller Dinge erhoben. Dies bedeutete notwendigerweise eine Abwertung und zunehmende Ausgrenzung nicht-akademischer Heiler, ein Prozess, der das ganze 19. Jahrhundert prägte. Die wohl bekannteste Schrift, die aus diesen Bemühungen hervorging, ist «Anne Bäbi Jowäger». Die Sanitätsdirektion hatte Gotthelf 1842 auf Anregung des Berner Professors und Präsidenten der Kantonalen Gesellschaft, Emanuel Fueter, gebeten, ein Büchlein gegen die Kurpfuscherei zu schreiben. Fueter war ein Jugendfreund Gotthelfs und sein medizinischer Berater im Projekt, aus dem letztendlich der lange Roman hervorging.

Im Buch werden auf anschauliche und eindringliche Weise Rückständigkeit und Unverstand in breiten Kreisen der Bevölkerung geschildert, die zu mangelndem Vertrauen in die akademische Ärzteschaft, blindem Glauben an die Fähigkeiten von Quacksalbern und damit ins Verderben führen können.

Erst vor dem Hintergrund einer solch pointierten Ablehnung der nicht-universitären Medizin konnte sich die Identität der Ärzteschaft und letztendlich ein einheitlicher Stand mit eidgenössischen Medizinalprüfungen (1880) bilden. Ausdruck dieser Einheit war der Begriff der Schulmedizin, eine Bezeichnung, die anfänglich von den homöopathischen Gegnern als Schimpfwort verwendet wurde, aber bald Akzeptanz bei den Ärzten fand und sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts langsam verbreitete.

Die therapeutische Krise

Eine breit akzeptierte Schulmedizin konnte allerdings nur entstehen, weil damit nicht nur ein klares Programm, sondern auch Heilungserfolge verbunden waren. Zu Beginn und mehr noch in der Mitte des 19. Jahrhunderts befand sich die universitäre Medizin in einer wissenschaftlichen, aber vor allem therapeutischen Krise. Man

war sich im Klaren, dass die herkömmliche Medizin, wie sie seit der Antike bis ins 19. Jahrhundert hinein tradiert wurde, nicht mehr haltbar war. Die alte Säftelehre und andere, vor allem im 18. Jahrhundert geschaffene, theoretische Modelle genügten den neuen Ansprüchen an Wissenschaftlichkeit nicht mehr.

Die Laborforschung entwickelte chemische, physikalische und mikroskopische Untersuchungsverfahren und stellte das ganze Wissen auf eine neue Grundlage. Man verlangte den empirischen und experimentellen Nachweis der Wirksamkeit von Heilmitteln. Die alten Therapieformen mit Aderlass, Einläufen und Kräutertherapie konnten diesen Anforderungen nicht gerecht werden, doch neue Heilmittel hatte man kaum. So bemühten sich viele Ärzte darum, ihre eigene Praxis ausführlich zu dokumentieren, um daraus eine sichere empirische Grundlage für ihre Therapie zu gewinnen. Doch erst mit der entstehenden Laborforschung im letzten Drittel des Jahrhunderts begannen sich erste Erfolge in der Entwicklung neuer Heilmittel abzuzeichnen (Chloralhydrat, Salicylate etc.).

Grosse und kleine Krisen

Die Gründer der Kantonalen Ärztesellschaft hatten voll auf die Karte der Wissenschaft gesetzt und so dazu beigetragen, die therapeutische Krise dank den Errungenschaften der Wissenschaft zu überwinden. Mit dem Erfolg der Medizin wuchs auch das Ansehen der Ärzte. Während

im 18. Jahrhundert die Patienten noch wesentlich mehr Macht im Arzt-Patienten-Verhältnis innehatten und bei der Behandlung mitentschieden, so besass der Arzt um 1900 die alleinige Deutungs- und Handlungshoheit, der sich die Kranken zu fügen hatten. Diese Entwicklung ging einher mit einer Verlagerung der Behandlung vom Haus des Patienten zur Arztpraxis, zum Spezialisten und ins Spital. Die damit verbundene Entmachtung und Entpersonalisierung des Patienten war ein entscheidender Grund für die eingangs erwähnte Krise der 1920er Jahre. Die Medizin wurde erstmals zum Opfer ihres Erfolgs. Nach dem Zweiten Weltkrieg trat eine neue Epoche des Fortschritts ein, die der Medizin noch weit mehr Behandlungsmöglichkeiten eröffnete. Auch diese, noch anhaltende Phase führte ab den 1970er Jahren zu vermehrter Kritik. Doch steht damit die heutige Medizin keineswegs in einer Krise, wie sie sich in Form der therapeutischen Ratlosigkeit in der Mitte des 19. Jahrhunderts oder als Identitätskrise in den 1920er Jahren stellte. Im Vergleich zu früheren Epochen hat die heutige Schulmedizin trotz aller Kritik eine monopolartige Position. Die hohen Investitionen in Forschung und Infrastruktur, diagnostische Geräte und moderne Therapieverfahren sprechen eine deutliche Sprache. Wenn schon, dann können wir heute von unterschiedlichen Krisen im Sinne der Entscheidungsfindung sprechen. Die Entwicklung in Forschung, Gesellschaft und Politik ist ein kontinuierlich fortdauernder Prozess, der die Medizin immer wieder vor kleinere und grössere Scheidewege stellt.

Stephanie Matti – das neue Gesicht im BEKAG- Sekretariat

Seit dem 1. September 2009 arbeitet neu Frau Stephanie Matti im BEKAG-Sekretariat.

Frau Matti hat sich schnell eingearbeitet und sich gut ins Team integriert. In ihrer Freizeit liest sie gerne mal ein Buch oder hört Musik.

Das BEKAG-Sekretariat wünscht ihr alles Gute und viel Freude bei der neuen Arbeit.



Visana und Berner Ärzte gehen voran

Förderung der regionalen Grund- und Notfallversorgung

Visana und die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern wollen die medizinische Grundversorgung in Randgebieten längerfristig sicherstellen. Sie haben deshalb im Berner Oberland gemeinsam einen Pilotversuch lanciert, der vorübergehend eine höhere finanzielle Abgeltung der Leistungen jener Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich vorsieht, die als Grundversorger tätig sind.



Peter Fischer, CEO
Visana-Gruppe

Hausärzte leiden unter grossen Arbeitsbelastung, unter anderem durch die Notfallversorgung sowie unter sinkenden Erträgen: beispielsweise infolge der Labor-tarifreduktion oder Senkung der Vertriebskosten von Medikamenten. Dies hat zur Folge, dass es in den Regionen immer weniger Hausärzte gibt, welche die Grundversorgung sicherstellen. Dem tritt Visana entgegen: Durch ein neues System sollen finanzielle Anreize für Hausärzte in peripheren Gebieten geschaffen werden. Dies vor allem auch für potenzielle Übernehmer von Grundversorgerpraxen, da viele Hausärzte in den nächsten Jahren in den wohlverdienten Ruhestand gehen werden.

Grundversorgung gefährdet

Visana fordert schon lange die Einführung des Gatekeeper-Systems oder ähnlicher Systeme der vernetzten Leistungserbrin-

gung und die Förderung der regionalen Grund- und Notfallversorgung. Im Gatekeeper-System übernehmen die Hausärzte die Rolle des «Gesundheitsmanagers». Sie sind zuständig für die Erstbehandlung des Patienten und überweisen diesen im Bedarfsfall zur Behandlung an Fachärzte oder in stationäre Einrichtungen. Damit liesse sich die Attraktivität des Hausarztberufes steigern und gleichzeitig der Notfalldienst sicherstellen.

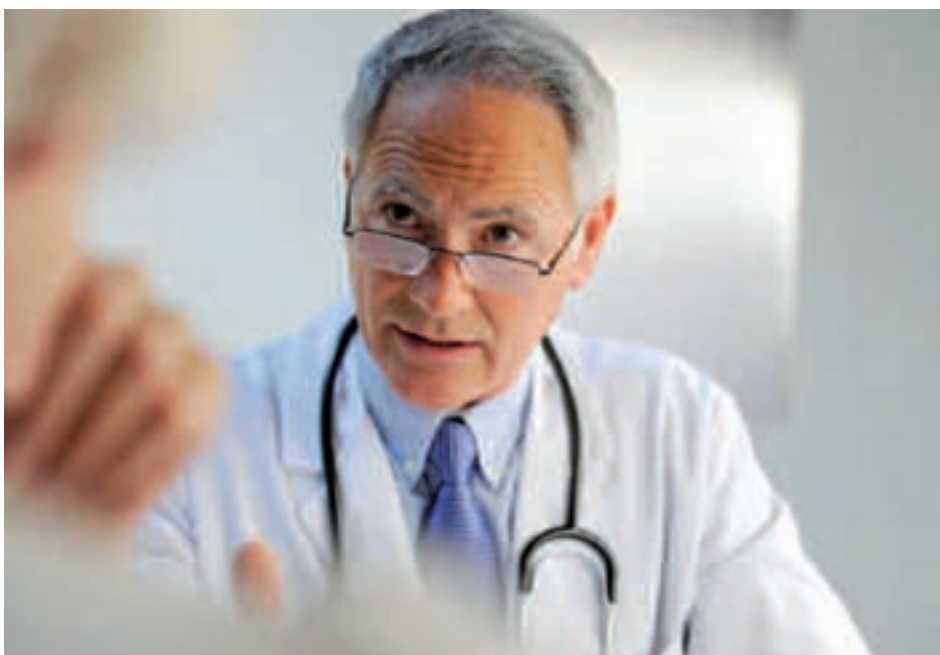
Dreh- und Angelpunkt im Visana-System sind die Grundversorger, also die Hausärzte. Bereits heute gibt es zu wenig Hausärzte. Die jungen Ärzte drängen mehrheitlich in die technischen und spezialisierten Bereiche und wollen sich in den grossen Ballungszentren niederlassen. Damit wird die Grund- und Notfallversorgung insbesondere in den Randgebieten gefährdet.

Visana hilft Grundversorgern

Visana unternimmt konkret etwas für die Grund- und Notfallversorgung der Bevölkerung: Sie hat im Rahmen eines Pilotprojektes mit den niedergelassenen Grundversorgern im Berner Oberland einen höheren Taxpunktwert vereinbart. Dieser beträgt 88 statt 86 Rappen pro Taxpunkt. Dieser Pilotversuch ist für eine Dauer von zwei Jahren geplant und soll danach ausgewertet werden.

Rahmenbedingungen für Hausärzte verbessern

Die regionale Grund- und Notfallversorgung ist durch falsche Anreize beziehungsweise wegen tieferer Entschädigung der Grundversorger gegenüber den Spezialisten und den besseren Rahmenbedingungen in den Zentren gefährdet. Visana will dieser Entwicklung nicht weiter tatenlos zusehen und hat deshalb diesen Pilotversuch lanciert, der die Hausärzte finanziell besser entschädigt.



Viele Hausärzte gehen in den kommenden Jahren in den Ruhestand. Da gilt es, attraktive Rahmenbedingungen für potenzielle Nachfolger zu schaffen.

Die 2004 mit der flächendeckenden Tarmed-Einführung anvisierten Aufwertung der intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen apparativen Leistungen konnte nicht erreicht werden. Im Grundsatz sollten zur Förderung der Attraktivität des Hausarztberufes die Leistungen der Hausärzte zulasten der Spezialisten höher bewertet werden. Da mit dem Tarmed innerhalb der Ärzteschaft diese Verlagerung nur ungenügend erreicht wurde, hat sich Visana gemeinsam mit der Berner Ärztesellschaft für einen Pilotversuch entschieden.

Ärzte und Visana gemeinsam

Ich bin glücklich, dass sich Ärzte und Visana gemeinsam zu diesem Pilotversuch gefunden haben. Er soll dazu beitragen,

die regionale Grund- und Notfallversorgung sicherzustellen. Alle Patientinnen und Patienten sollen sich im Bedarfsfall einfach und unkompliziert an einen Arzt in ihrer Region wenden können, der für die optimale Behandlung der Patienten sorgt.

Damit leistet Visana einen konkreten Beitrag zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im Berner Oberland. Die Politik redet gerne und viel von der Förderung der Hausarztmedizin, konkret unternommen wird allerdings nichts. Im Gegenteil, diverse Reformvorhaben wie die anvisierte Aufhebung der Selbstdispensation und die bereits beschlossene Senkung der Labortarife haben in letzter Zeit gerade die Hausärzte betroffen. Visana ist nicht bereit, die Schwächung der Hausarztmedizin tatenlos hinzunehmen.

Grossrats-Kandidatinnen und Grossrats-Kandidaten: bitte melden!

Kandidieren Sie für den Grossrat? Als Mitglied der BEKAG haben Sie jetzt die Gelegenheit, im doc.be ein Portrait zu veröffentlichen! Publiziert werden Name, Wohnort, Partei und bisherige Vorstösse sowie eine Fotografie. Der Platz ist eingeschränkt.

Frist: 22. Januar 2010

**Einzureichen bei:
tackenberg@forumpr.ch**



publik.ch

Wir lassen
Sie nicht
einfach
hängen

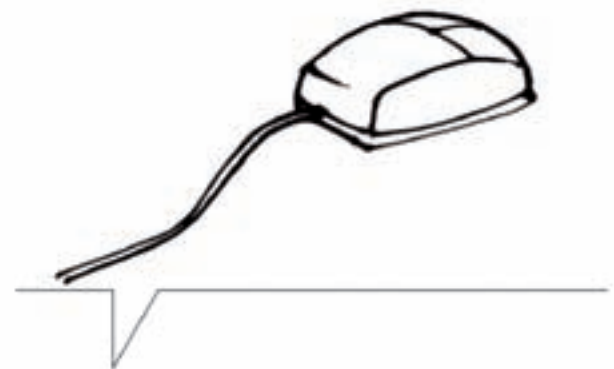
Existenzsicherung für Freipraktizierende

Besonders in schwierigen Zeiten braucht man Partner, auf die man sich verlassen kann. Als Genossenschaft ist die Ärztekasse einzig und allein ihren Kunden und Mitgliedern, den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten, verpflichtet. Mit ihren vielfältigen Dienstleistungen leistet sie einen bedeutenden Beitrag zur Existenzsicherung des Kleinunternehmens Arztpraxis.



Ä K ARZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
C M CASSA DEI MEDICI

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



Duri surft.

Ganz sein Vergnügen. So hat unser IT-Spezialist e-medics konzipiert, die online Abfrage und elektronische KG für Befunde, die alle Daten direkt in die Arztpraxis liefert. Das heisst für Sie: Ansicht und Archiv der aktuellen Berichte, Ausdruck der Kumulativbefunde aller Laborresultate für jeden Patienten und von jedem PC aus, Import in die elektronische Praxis-KG – und mehr Zeit, etwa zum Joggen.

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

Schlussveranstaltung 200-Jahr-Jubiläum - Berner Ärztetag 2009

«Vom Krankheits- zum Gesundheitsmarkt»

Die Gesundheitsindustrie entdeckt die Schönen und Gesunden als rentable Zielgruppe und bleibt für Banken ungebrochen lukrativ. Aber auch künftig dominieren Kostendruck und Risikoausgleich die Reformdebatte. Evidenzbasierte Medizin, medizinische Boards sowie die Konzentration der Spitzenmedizin werden an Bedeutung gewinnen.

Text und Bild: Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst

Der diesjährige Berner Ärztetag lockte mit dem provokativen Titel «High noon im Gesundheitswesen – wer überlebt?». Gleichzeitig stellte er den Abschluss der 200-Jahr-Jubiläumsspektakel dar. In seiner Begrüßungsrede zog Christoph Schaufelberger, Direktionsmitglied der Schweizerischen Mobiliar, Parallelen zwischen dem Versicherungs- und Gesundheitswesen: Beide Branchen hätten sich zu komplexen Marktpartnern entwickelt, wobei trotz grosser Regulationsdichte Transparenz und Übersicht verloren gegangen seien. BEKAG-Präsident Dr. Jürg Schlup spannte den Bogen zum Slogan der Veranstaltung – und beruhigte gleichzeitig die Anwesenden: «Das Gesundheitssystem überlebt.» Und dies, obwohl die Politik das Aushungern bestehender Strukturen zur Reformmaxime ausgerufen habe. Ärzte-

schaft und Pflegepersonal seien nach wie vor motiviert und vollbrächten hervorragende Leistungen. Doch bleibe das schweizerische Gesundheitssystem vielerorts reformbedürftig – auch in der Koordination zwischen akuter und ambulanter Medizin, so Schlup.

Anregungen aus Holland

Wie lässt sich unser Gesundheitssystem weiterentwickeln? Eine Anregung zur aktuellen Reformdiskussion lieferte der Volkswirtschaftsprofessor der Uni Bern, Robert Leu, anhand der Reorganisation der Akutpflege in den Niederlanden. Seit 2006 regelt Holland die Akutpflege über den regulierten Wettbewerb: Dank zentraler Organisation und geringer staatlicher Einflussnahme entstand ein Markt für medizi-

nische Leistungen – mit gewinnorientierten Krankenversicherern, Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich, privaten Spitälern und einem effektiven Risikoausgleich, bei dem Versicherer für bestimmte Leistungen Zuzahlungen erhalten. «Alle Einwohner sind bei einem Hausarzt eingeschrieben, der als echter Gatekeeper den Zugang zum Spezialisten koordiniert», so Leu weiter. Ist eine solche Reform auch in der Schweiz durchführbar? Der Volkswirt hat Bedenken: «Es fehlt ein übergeordneter Verfassungsartikel, und der föderale Staatsaufbau zersplittert die Aufgaben und Kompetenzen zwischen Bund und den Kantonen.» Hinzu kommt die problematische Rolle der Kantone im Spitalwesen, wo die Kantone gleichzeitig als Eigentümer, Betreiber, Finanzierer und Regulator auftreten. Diese Konstellation hemme angestrebte Reformen, folgerte Leu.

Ungebrochen lukrativ

Prämienschock, Kostendruck, Spitalfinanzierung – die gesundheitspolitische Reformdebatte sorgt neuerlich für Schlagzeilen. Doch auf die Kreditwürdigkeit von Spitälern und Ärzteschaft habe die negative Berichterstattung keinen Einfluss, versicherte Reto Heiz, Regionaldirektor UBS. Das Gesundheitswesen bleibe für die Banken ein ungebrochen lukrativer Markt: die medizinische Versorgung decke schliesslich Grundbedürfnisse des Menschen ab.



Namhafte Gesundheitsfachleute am diesjährigen Berner Ärztetag: v.l.n.r.: Prof. Robert Leu, Leiter Departement VWL Uni Bern; Peter Fischer, CEO Visana; Reto Heiz, Regionaldirektor UBS; Moderator und BZ-Journalist Peter Jost; Prof. Peter Suter, Präsident SAMW; Margrit Kessler, Präsidentin SPO; Dr. Jürg Schlup, Präsident BEKAG.

Niemand stelle die Leistungen des Gesundheitswesens in Frage. «Trotz allgemeinem Konjunkturabschwung boomt die Gesundheitsbranche weiterhin und bleibt ein stetig wachsender Markt», führte Heiz weiter aus.

Brisanter Vorschlag

Auf die Frage, welche Krankenversicherer es künftig noch brauchen wird, verblüffte der CEO der Visana Gruppe, Peter Fischer, die Anwesenden: «Die Krankenversicherer erfüllen ihren Auftrag nicht!» Die Zahl der Kassen müsse künftig reduziert werden. Es herrsche kaum effiziente Kostenkontrolle – vielmehr konzentrieren sich die über 80 Anbieter vornehmlich auf die Jagd nach gesunden Risiken. Dabei gebe es auch ungenutzte Synergiepotenziale innerhalb der Unternehmen, besonders im IT-Bereich, so Fischer weiter. Gesundheitspolitisch wartete der CEO der grössten Versicherungsgruppe im Kanton mit einem brisanten Vorschlag auf: «Die Grundversorgung – besonders in ländlichen Regionen – muss wirksam gestärkt und nachhaltig gefördert werden. Deshalb schlägt die Visana jetzt ein abgestuftes Gatekeeper-Modell vor, bei dem Grundversorger nach unterschiedlichen Taxpunkten abrechnen könnten.» (Siehe Artikel «Visana und Berner Ärzte gehen voran...» auf Seite 6 und 7.)

Weiterhin anspruchsvoll

Welche Ansprüche stellen die Patienten an die medizinische Versorgung der Zukunft? Einen Einblick wie sich das Patientenverhalten entwickeln könnte, erhielt die versammelte Ärzteschaft von Margrit Kessler, Präsidentin der Stiftung Schweizerischen Patientenorganisation SPO. Patientinnen und Patienten würden auch künftig hohe Erwartungen an die medizinische Versorgung stellen: «Gefordert wird die bestmögliche Behandlung, aber bitte kostengünstig und zu geringen Prämien», so die Patientenschützerin. Die Schweizerischen Patientenorganisationen dämpften aber schon heute übertriebene Forderungen der Patientenschaft – auch zum Schutz der Ärzte: Jährlich würden gegen 1000 Anfragen wegen möglicher Sorgfaltspflichtverletzungen von Ärztinnen und Ärzten geprüft. Trotz angespannter Kostenlage im Gesundheitswesen seien aber in Beratungsgesprächen noch keine Rationierungssängste auszumachen. Die freie Wahl des Arztes werde nach wie vor hoch geschätzt und viele möchten sie beibehalten. Was aber, wenn der Kostendruck weiter zunimmt? Dann, so Kessler, sind es vor allem die jungen Patienten, die sich vor-

stellen könnten, in Versorgungsmodelle mit eingeschränkter Arztwahl zu wechseln.

Rationalisierung statt Rationierung

Ist die Angst vor der Rationierung begründet? Die Frage sei falsch gestellt, denn eine Rationierung sei bei uns längst Tatsache, ver(un)sicherte der Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW Prof. Peter Suter, die Anwesenden: «Hausärzte unterlassen in gewissen Situationen bestimmte Untersuchungen, obwohl sie diese indiziert finden. Ältere Personen enthalten sich aus Kostenbewusstsein selber gesundheitliche Leistungen vor.» Vor allem Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation seien bereits heute medizinisch unterversorgt. Die Rationierung sei aber nicht programmiert, sondern resultiere aus komplexen Wech-

selwirkungen: Der gesellschaftliche Bedarf an medizinischen Leistungen steige unaufhörlich, ohne dass ins benötigte Fachpersonal investierte würde. Dieses Ungleichgewicht werde sich weiter verschärfen, weil sich neben dem Krankheitsmarkt, der für Heilung und Linderung von Krankheiten sorgt, eine neue Medizinalindustrie etabliere – ein Gesundheitsmarkt, bei dem sich alles um Prävention, Lifestyle und Schönheit drehe. Werden Ressourcen knapper, ist ein rationalerer Umgang mit den bestehenden Mitteln angezeigt – besonders bei teuren Therapiemethoden. Künftig werde die hoch spezialisierte Medizin die Wirksamkeit ihrer Behandlungsverfahren weit aus stärker belegen müssen: Evidenzbasierte Medizin, medizinische Boards und die Konzentration der Spitzenmedizin – heute spärlich umgesetzt – werden an Bedeutung gewinnen.

Nachfolge Vizepräsidium

Das Amt des 2. Vizepräsidenten der BEKAG ist ab April 2010 neu zu besetzen, weil der heutige Vizepräsident, Beat Gafner, auf diesen Zeitpunkt das Präsidentenamt als Nachfolger von Jürg Schlup antritt. Christian Gubler hat sich bereit erklärt, für das Amt des 1. Vizepräsidenten weiterhin zur Verfügung zu stehen.

Der Kantonalvorstand empfiehlt der Delegiertenversammlung vom 25. März 2010 einstimmig, das Mitglied des Kantonalvorstands, Rainer Felber, ab 1. April 2010 zum 2. Vizepräsidenten zu wählen. Der Kantonalvorstand bringt mit seiner Empfehlung zum Ausdruck, dass die Funktion des Vizepräsidenten durch ein erfahrenes Verbandsmitglied übernommen werden sollte.

Gemäss den Statuten kann jedes Mitglied der BEKAG als Vizepräsidentin oder Vizepräsident gewählt werden. Entsprechend bitten wir, allfällige weitere Kandidatinnen und Kandidaten ihre Kandidaturen für das 2. Vizepräsidium dem Präsidenten, dem Sekretär oder dem Sekretariat der BEKAG **bis spätestens 15. Februar 2010** schriftlich bekannt zu geben.

MPA-Lohnempfehlungen 2010

Basislohn

Fr. 3750.– x 13 bei einer Wochenarbeitszeit von 42 Stunden und 4 Wochen Ferien.

Dienstalterszulage

Fr. 100.– pro Monat Erhöhung (je Dienstjahr) für die dem ersten folgenden Dienstjahre. Die Dienstalterszulage soll ein Thema des jährlichen Qualifikationsgespräches bilden.

Funktionszulage

Es wird empfohlen, Medizinischen Praxisassistentinnen mit abgeschlossenem Lehrmeisterkurs und Ausbildungsfunktion in der Praxis eine Funktionszulage auszurichten.

Lehrlingslöhne

1. Lehrjahr: Fr. 250.–; 2. Lehrjahr Fr. 900.–; 3. Lehrjahr Fr. 1300.–. Ein 13. Monatslohn wird ausgerichtet.

Integrierte Versorgungsnetze – ein Missverständnis?

In der aktuellen politischen Diskussion rund um die Revision des KVG sind die sogenannten Integrierten Versorgungsnetze (IVN) eine Art kleinster gemeinsamer Nenner zwischen Politik, Ärzteschaft und den Krankenversicherern. Die Idee dahinter: Leistungserbringer vernetzen sich und erreichen durch eine engere und besser koordinierte Zusammenarbeit eine höhere Qualität der medizinischen Betreuung zu einem günstigeren Preis. So weit, so gut! Geht es aber um die konkrete Ausgestaltung dieser Netze, prallen gegensätzliche Vorstellungen aufeinander – besonders innerhalb der Ärzteschaft.



*Dr. med.
Adrian Wirthner,
M.H.A.
Facharzt FMH
für Allgemeine
Medizin
Leiter Praxis
Bubenberg/
mediX bern*

Um es vorwegzunehmen: Billigkassen, unangemessen grosse Rabatte auf die hohen Franchisen der gesunden Wohlhabenden und Pseudohausarztmodelle auf dem Buckel der Ärzte sind mehr als ein Ärgernis. Mit dem verbesserten Risikoausgleich, der Reduktion des maximalen Rabatts und dem in Aussicht gestellten Verbot von Billigkassen sowie der Einschränkung der Listenmodelle auf Regionen ohne Ärztenetze hat hier die Politik

erste Schritte in die richtige Richtung getan.

Richten wir den Fokus auf die Sicht der Ärzteschaft: Unbestritten ist wohl die Trägerschaft der IVN: die Ärztinnen und Ärzte sollen die Besitzer, Organisatoren und Betreiber dieser Netze sein. Ebenso unbestritten ist, dass die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern in einem *gemeinsam ausgehandelten Vertrag* geregelt werden muss. Und hier endet wohl schon der Konsens.

Organisation und Prozesse

Die Aufgaben, die den IVN von den Politikern und Krankenversicherungen zugeordnet sind, werden sehr komplex sein, so dass für die Netze *eine professionelle und unternehmerische Organisations- und Führungsstruktur* mit einem klaren *Leitbild und Unternehmenszielen* erforderlich sein wird. Genügt hier ein Verein, oder müssen es verbindlichere Organisationsformen

sein wie eine GmbH oder eine AG? Zudem muss in Reglementen festgelegt werden, an welche *Bedingungen eine Mitgliedschaft* der Ärzte im Netz geknüpft ist oder welche *Kriterien es für den Ausschluss* gibt. Sollen diese IVN ausschliesslich durch Grundversorger getragen werden (*horizontale Vernetzung*) oder sollen auch Spezialisten oder gar Spitäler (*vertikale Vernetzung*) eingebunden werden? Lassen sich die divergierenden Interessen, unterschiedlichen Philosophien und Einkommenskategorien unter einen Hut bringen? Zusammenarbeitsverträge der IVN mit den Partnerärzten sollen deren *Rechte und Pflichten* und ebenso die *Honorierungen* der zusätzlichen Aufgaben regeln. In einem *Betriebsreglement* müssten wohl die gemeinsamen Prozesse festgehalten werden, die ein Erreichen der Unternehmensziele ermöglichen. Im Zentrum stehen hierbei *Betreuungsprozesse* wie zum Beispiel Disease oder Case Management-Programme, Massnahmen zur Qualitätssicherung wie Qualitätszirkel, Guidelines oder Zertifizierungen und gemeinsame Einkaufsprojekte.

Will sich ein Ärztenetzwerk künftig von Konkurrenten unterscheiden, muss es den Unterschied dokumentieren, auch wenn das für viele Ärztinnen und Ärzte äusserst unbequem ist.

Unschwer zu erkennen, dass diese Erwartungen der Politik und der Krankenversicherer an die IVN bereits in der elementaren Ausgestaltung für die meisten der langjährig niedergelassenen Ärzte ein Graus sind. Die Realität zeigt, dass ein überwiegender Teil der Netze im Kanton Bern locker organisierte Vereine mit geringer Verbindlichkeit für die Mitglieder und kaum erkennbaren gemeinsamen Prozessen sind. Wenn ein Netz höhere Ziele anstrebt, hat grosse Mühe bei der Rekrutierung von Mitgliedern.



Wie müssen integrierte Versorgungsnetze rechtlich organisiert sein, damit sie die künftigen Aufgaben bewältigen können?

Abgeltung der Netzleistungen

Die Erfahrung und auch die Forschung weisen darauf hin, dass die Höhe der Kosteneinsparungen direkt mit dem Organisationsgrad der Netze einhergeht. Und je höher der Organisationsgrad der Netze, desto verbindlicher und lukrativer fallen die Verträge mit den Krankenversicherern aus: von bescheidenen *per-member-per-month-Beiträgen* über simple *Bonus-Malus-Zahlungen* je nach Ergebnis des Versichertenkollektivs bis hin zu hochkomplexen *Capitation-Verträgen* mit der heiss umstrittenen *Budgetmitverantwortung*, die für den Grossteil der Ärzteschaft inakzeptabel scheint. Die Zahlungsbereitschaft der Krankenversicherer an die Netze steigt ebenso mit deren Bereitschaft, ihre spezifischen Leistungen zu dokumentieren. Das Ziel der IVN aus Betreibersicht ist natürlich auch, den Partnerärzten neben den organisatorischen und fachlichen Vorteilen finanzielle Profite zu verschaffen, die sie neben dem regulären Tarmed-Tarif für eine effiziente Steuerung und optimierte Betreuung der Patienten honorieren. Aktuell erfordern die eher wenig strukturierten Netze von ihren Ärzten zwar kaum Aufwand bringen, aber leider auch – wenn überhaupt – nur einen unbedeutenden Zusatzverdienst. In gut organisierten Netzen mit Bereitschaft zur Budgetmitverantwortung können für die Mitglieder durchaus lukrative Zahlungen anfallen. Welche Art und welches Ausmass von Risikobeteiligung soll und darf hier durch die Ärzte zu welchem Entgelt übernommen werden?

IVN setzen auf eine Optimierung des Preis-Leistungs-Verhältnisses, also muss die Leistung nachgewiesen werden.

Elektronische Vernetzung als Voraussetzung

Zu guter Letzt: Eine integrierte Versorgung ohne eine *integrierte Informations- und Kommunikationstechnologie* ist an sich undenkbar. Überweisungen zu Spezialisten und Spitälern oder die Information über die angefallenen Kosten bei diesen Sekundärleistungserbringern müssen für die Ärzte auf elektronischem Weg greif- und austauschbar sein, wenn eine Steuerung qualitativ und finanziell effizient sein soll. Früher oder später werden die IVN nach den Vorstellungen der Politiker und Krankenversicherer ihre medizinische Betreuung in Form von Datenbanken dokumentieren müssen und dafür zusätzlich abgelingen. In einem Land wie der



Eine effiziente integrierte Versorgung ist ohne elektronische Vernetzung undenkbar.

Schweiz, in der nur 12% der Arztpraxen über eine elektronische Krankengeschichte verfügen und in grossen Teilen der Ärzteschaft im Praxisalltag eine scheinbar geringe Affinität zu den elektronischen Medien besteht, wohl ein schwieriges Unterfangen.

Wenn IVN nicht mehr als Spar- sondern als Qualitätsmodelle verkauft werden sollen, braucht es umso mehr die Dokumentation, Messung und Abgeltung der Qualitätsleistung.

Wie soll es weitergehen?

Die Hindernisse für die Etablierung von IVN unter den gegebenen Rahmenbedingungen in der Ärzteschaft scheinen derzeit kaum überwindbar. Nur ein kleiner Teil der Ärzte ist für die anstehenden Veränderungen bereit und gerüstet.

Einen entscheidenden Beitrag für eine erfolgreiche Umsetzung der IVN dürfte die Etablierung neuer Abgeltungen sein. Denkbar sind hier beispielsweise höhere Taxpunktwerte oder Steuerpauschalen für nachgewiesene und zertifizierte Qualitätsarbeit sowie neue Tarifpositionen oder Pauschalen für die Zusteuerung und Betreuung von Patienten in Betreuungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease Management, Chronic Care Management CMM).

Die Politik dürfte gut beraten sein, unter diesen Umständen auf eine Freiwilligkeit der IVN für Versicherte, Ärzte und

Krankenversicherer zu setzen. Obligationen führen unvermeidlich zu unerwünschten Pseudomodellen und Ausweichmanövern, wie Erfahrungen im In- und Ausland zeigen. IVN sollen im KVG in einem eigenen, neuen Artikel als Vertrag zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern definiert werden. Sie sollen mit positiven Anreizen gefördert werden wie etwa tiefere Kostenbeteiligungen, IVN als Standard und freie Arztwahl als Zusatzversicherung oder Ähnliches. Der Staat schafft dabei gute Rahmenbedingungen und ist bei der Reglementierung zurückhaltend. Die Vertragspartner bleiben in den Verhandlungen und in der Abwicklung der Verträge operationell unverändert eigenständig. In diesem Kontext scheint es möglich, dass sich die Vorstellungen der Akteure im Gesundheitswesen zur Ausgestaltung der IVN über die Jahre angleichen können. Die Zukunft wird uns allen mit Bestimmtheit viel Engagement und Flexibilität abverlangen.

Grundversorgernetzwerke als Treiber impliziter Rationierung?

Integrierte Versorgungssysteme sind der Inbegriff für eine effiziente medizinische Betreuung mit hoher Behandlungsqualität. Anlässlich der 200-Jahr-Feier der Ärztesgesellschaft diskutiert Dr. Jürg Nadig, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie, die Frage, welche Massnahmen nötig sind, damit Grundversorgernetze nicht zu Treibern impliziter Rationierung verkommen.



*Dr. med. Jürg
Nadig MAE
Facharzt für
Medizinische
Onkologie
und Innere
Medizin FMH*

Auch in integrierten Versorgungssystemen verlangt die Behandlung komplexer Krankheiten eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit unter den Spezialisten – sei es mit dem Einbezug von Grundversorgern oder der Integration von Spezialisten-netzwerken. Dies lässt sich anschaulich an der Behandlung des Mastdarmkrebses zeigen: Mindestens sechs verschiedene Spezialisten müssen koordiniert zusammenarbeiten, um eine gute Qualität zu erbringen. Nur so bietet die Behandlung als Ganzes dem Patienten den grössten Nutzen. Es genügt nicht, nur die Behandlungsqualität eines einzelnen Spezialisten zu erfassen. Denn: die Qualität einer komplexen Behandlung ist letztlich nur so gut, wie die schlechteste Behandlung in der ganzen Kette. Gleiches gilt für die (Erst-)Behandlung des Brustkrebses. Doch in der Schweiz gibt es weder prospektiver Daten zur Behandlungsqualität noch Daten zu den Vollkosten von Behandlungsketten. Ohne diese beiden Parameter lässt sich aber das Gesundheitswesen nicht nachhaltig steuern, geschweige denn verbessern.

Teure Medikamente verlängern Überlebenszeit – und erhöhen Fallkosten

Die Behandlung komplexer Krankheiten verursacht in der Regel hohe Kosten: Neue, effektive Medikamente zur Behandlung des metastasierenden Dickdarmkrebses haben die Überlebenszeit verdoppelt.

Zwar steigt die Überlebenszeit mit der Anwendung dieser Medikamente linear an, allerdings erhöhen sich die Medikamentenkosten in der dritten Potenz. Dies führt dazu, dass medizinische Onkologen, die diese Medikamente einsetzen, wesentlich höhere Fallkosten haben als solche, die diese Medikamente noch nicht einsetzen. Weil die heutige Form der ANOVA-Methode keine vernünftige Vorselektion der unwirtschaftlich arbeitenden Ärzte erlaubt, laufen diese Gefahr, in langwierige Wirtschaftlichkeitsverfahren verwickelt zu werden. Und wenn Versicherer aufgrund hoher Medikamentenkosten (in der Höhe von mehreren hunderttausend Franken) Rückforderungen stellen, kann es sein, dass Ärzte ihre Leistungen nicht vollumgänglich decken können und so indirekt Medikamentenkosten mitsubventionieren.

Steuerung über Kosten fördert Rationierung

Wird das Gesundheitswesen nur über die Kosten statt über die Qualität gesteuert, besteht die Gefahr, dass in budgetverantwortlichen Grundversorgernetzwerken den Kranken diese teuren, in der SL aber zugelassenen Medikamente aus Kostengründen vorenthalten werden. Patienten werden dann erst gar nicht dem Onkologen vorgestellt. Oder es werden nur jene Onkologen nur als Partnerärzte berücksichtigt, die diese zugelassenen aber teuren Medikamente sehr restriktiv einsetzen und damit den budgetverantwortlichen Netzwerken geringe Kosten verursachen.



In der Onkologie verlängern neue Medikamente die Überlebenszeit von Patienten substanziell, erhöhen aber auch die Fallkosten merklich.

Spezialistennetzwerke und Behandlungsregister

Deshalb ist es notwendig, für die Behandlung einzelner gesundheitspolitisch relevanter komplexer Krankheitsbilder interdisziplinäre Spezialistennetzwerke zu bilden, in denen der Patient durch die gesamte Behandlungskette hindurch betreut wird. Damit werden nicht nur die Schnittstellen in der Behandlungskette optimiert. In diesen krankheitsspezifischen Netzwerken erfassen die beteiligten Ärzte die Behandlungsqualität in interdisziplinären Behandlungsregistern. Diese Register erfassen die qualitätsrelevanten Indikatoren der verschiedenen beteiligten Spezialisten. Spezialisten, die Patienten mit solchen Krankheiten betreuen wollen, müssen bereit sein, ihre relevanten Behandlungsdaten offenzulegen. Dies steht im Gegensatz zu Bestrebungen, die Zulassung der Ärzte von Strukturqualitätsmerkmalen oder Mitgliedschaften in bestimmten selbstdefinierten Gruppen abhängig zu machen). Aufgabe der Versicherer ist es, die Vollkosten der ganzen Behandlungskette zu erfassen. So lassen sich mittelfristig Qualität und Vollkosten der ganzen Behandlungskette zusammenführen. Die verschiedenen Netzwerke werden vergleichbar. Damit wird – langfristig betrachtet – die Voraussetzung für mehr Markt im Gesundheitswesen geschaffen. Bereits heute wird das Behandlungsprogramm für Patienten mit Krebsleiden an interdisziplinären Tumorfallbesprechungen von den verschiedenen Spezialisten gemeinsam festgelegt. Nun gilt es, die Umsetzung dieser Behandlungsprogramme in Behandlungsregister zu überführen. Dafür eignen sich prospektiver pattern-of-care Studien. Leider fehlen bis heute entsprechende Finanzierungsmöglichkeiten: Für die Krankenkassen wäre das die Aufgabe der DRG AG. Der Nationalfonds müsste nicht nur die Spitzenforschung unterstützen, und auch die Oncosuisse müsste neben ihren Hauptanliegen – der Förderung der Grundlagenforschung und der klinischen Forschung – neue Forschungsfelder definieren und entsprechende Kredite sprechen.

Neue Datenbanken für bessere Vernetzung

Mit solchen Registern, die eng mit den bestehenden Krebsregistern vernetzt sein müssen, lassen sich in der Onkologie sowohl die Behandlungsqualität als auch die Umsetzung des medizinischen Fortschrittes erfassen. Dies kommt direkt den



Mit interdisziplinären Behandlungsregistern liessen sich qualitätsrelevante Indikatoren der beteiligten Spezialisten erfassen und würden so Transparenz schaffen.

Patienten zugute. Wenn für die Behandlungskette auch noch die Vollkosten vorliegen, lassen sich auch Fragen der Wirtschaftlichkeit schlüssiger beantworten als in den heute gängigen WZW-Verfahren von Santésuisse. Solche Datenbanken eignen sich für die Begleitforschung, die vom Gesetz im Rahmen der Einführung der DRG vorgeschrieben wird. Diese Daten-

banken können die Kostenverschiebungen zwischen stationär und ambulant abzubilden und monitorisieren gleichzeitig die Veränderung der Behandlungsqualität als Folge der neuen Finanzierung des Gesundheitswesens. Zudem können stationäre und ambulante Versorgung besser vernetzt werden.

Terminplan 2010

Januar

14. Präsidentenkonferenz, nachmittags

März

4. Bezirksvereinsversammlungen, kantonsweit

18. Delegiertenversammlung, nachmittags

Mai

20. erw. Präsidentenkonferenz, nachmittags

27. Bezirksvereinsversammlungen, kantonsweit

Juni

17. Delegiertenversammlung, nachmittags

September

16. erw. Präsidentenkonferenz, nachmittags

Oktober

28. Delegiertenversammlung, nachmittags

November

18. Bezirksvereinsversammlungen, kantonsweit



«Hausärzte-Tage Bern»

Donnerstag 11. März und Mittwoch, 27. Oktober 2010

**Eine neue Fortbildungsveranstaltung und «Teachers Teaching»
für Lehrärztinnen und Lehrärzte**



Als Ersatz für unsere Magglinger-Fortbildung sowie als «Teachers Teaching» für unsere Lehrärztinnen und Lehrärzte führt das Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) eine neue Fortbildungsveranstaltung ein, den «Hausärzte-Tag». Unterstützt werden wir dabei von der Klinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM) des Inselspitals Bern sowie vom Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte (VBH).

Der Hausärzte-Tag findet im 2010 versuchsweise zweimal mit demselben Programm statt. Einmal an einem Donnerstag, einmal an einem Mittwoch. Neben medizinischen Beiträgen und Sonographie haben wir am Nachmittag, speziell für unsere Lehrärztinnen und Lehrärzte, auch didaktische Workshops ins Programm aufgenommen. Für die Lehrärztinnen und Lehrärzte ist der Besuch des Nachmittagsprogramms und zweier didaktischer Workshops einmal alle zwei Jahre obligatorisch. Von der SGAM haben wir das Label erhalten: den Teilnehmenden werden 6 Stunden angerechnet. Die SGIM vergibt 6 Fortbildungscredits.

Weitere Informationen und das Programm sind zu beziehen bei:

Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM
Murtenstrasse 11, 3010 Bern
Tel. 031 632 89 91 / Fax 031 632 89 90
contact@biham.unibe.ch

Programm

09:00 – 09:45	Innere Medizin: Neue Modelle 11.03.2010: Prof. U. Bürgi, 27.10.2010: Prof. D. Aujesky (Thema offen)		
09:45 – 10:30	Kooperation von Spitzenmedizin und Grundversorgung – was können wir verbessern? Prof. Th. Carrel		
11:00 – 11:45	Versorgungsforschung – was ist das und braucht es das? Prof. Th. Rosemann		
11:45 – 12:30	Up to Date Radiologie – drei aktuelle Themen für den Hausarzt Prof. P. Vock		
13:30 – 14:15	Workshop 1 Keine Angst vor Breitkomplex-tachykardie Dr. med. F. Nohl	Workshop 2 = TT Wie gebe ich Feedback im Hausarzt-Praktikum? Dr. med. P. Frey	Workshop 3 = TT Wie unterrichte ich in meiner Praxis? Ein Austausch zwischen Landärzten Dr. med. M. Schaufelberger
	Workshop 4 Was gehört in den Notfal-koffer? PD Dr. med. M. Luginbühl	Workshop 5 = TT Algorithmen für Praxis und Ausbildung Dr. med. Ph. Furger	Workshop 6 Ultraschall: Was ich schon immer üben wollte! Dr. med. A. Oestmann
	Workshop 7 Indikationen und Interpretationen von Serologien PD Dr. med. S. Zimmerli	Workshop 8 = TT Wissensstand der Studierenden vom 1.–3. Studienjahr Dr. phil. nat. B. Yürüker Dr. phil. nat. S. Trachsel	Workshop 9 Ultraschall: Was ich schon immer üben wollte! Dr. med. A. Oestmann
16:15 – 17:00	Workshop 10 Medikationsrisiken: Was ist Praxis relevant? Prof. Dr. med. K. Fattinger	Workshop 11 Schweizer Forschung in HAM – aktuelle Situation Dr. med. P. Frey	Workshop 12 Ultraschall: Was ich schon immer üben wollte! Dr. med. A. Oestmann

Klausurtagung des Vorstands 2009

Was kann die BEKAG tun, damit mehr junge Ärztinnen und Ärzte eine Praxis eröffnen?

doc.be hat in einem ersten Teil über die diesjährige Klausurtagung berichtet («Die Ärztin und der Banker», Nr. 5/2009). Sie widmete sich der Frage, warum nicht mehr junge Ärztinnen und Ärzte den Schritt in die eigene Praxis wagen. In einem zweiten Teil geht es darum, was die Standesorganisation beitragen kann, um Ärztinnen und Ärzte für eine freie Praxistätigkeit zu motivieren.

Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst

Im Anschluss an die Klausurtagung wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt, welche den Vorstand in seinem Bestreben unterstützt, junge Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit in der freien Arztpraxis zu gewinnen. Präsi- diert wird sie vom Vorstandsmitglied Rainer Felber. Zu ihren Aufgaben gehört, das Umfeld einer Arztpraxis im Kanton Bern darzustellen: Wie präsentiert sich die Versorgungssituation in verschiedenen Regionen? Wie ist der Notfalldienst organisiert und welche Belastung bringt er mit sich? Wie sehr gefährden die Wirtschaftlichkeitsverfahren der Krankenkassen den Arzt in seinem Tun? Wesentlich ist darzulegen, wie standeseigene Organisationen den Praktiker entlasten und Hilfe bieten. Für zahlreiche Praxen bringt die ärzteeigene Notrufzentrale Medphone eine unverzichtbare Entlastung beim Notfalldienst. Und der Arzt, der via PonteNova seinen statistischen Praxispiegel zur Hand hat, kann sich wirkungsvoll gegen ungerechtfertigte Vorwürfe in einem Wirtschaftlichkeitsverfahren zur Wehr setzen, wie zahlreiche Fälle eindrücklich belegen.

Gruppenpraxen und Ärztehäuser

Anhand einer Dokumentation stellt die Arbeitsgruppe Formen der Praxisorganisation vor, die nicht mehr den Arzt als Einzelkämpfer bedingen: Modelle von Gruppenpraxen, Ärztehäusern und -zentren sollen anhand bestehender, gut funktionierender Beispiele vorgestellt werden. So erhalten junge Ärztinnen und Ärzte Orientierungshilfen für den Einstieg in die freie Arztpraxis.

Nichts ersetzt das persönliche Gespräch. Der Vorstand bestimmt darum Ansprechpersonen innerhalb der BEKAG, die bereit sind, ihren jungen Berufskolleginnen und -kollegen über eigene Erfahrungen zu berichten. Wie in der letzten Ausgabe von

doc.be dargelegt, sind Ärztinnen und Ärzte nach wie vor lukrative Kunden für die Banken. Und dies betrifft nicht nur die Kreditvergabe, wie Andreas Rieder von der Berner Kantonalbank betonte, sondern auch, ein paar Jahre später, die Vermögensverwaltung...

Die Ärztesgesellschaft wird – um dies gleichwohl festzuhalten – das gesellschaftliche und politische Umfeld einer Arztpraxis nicht so umpflügen können, dass das gelobte Land für die Leistungserbringer hervor- kommt. Aber mit den erwähnten standeseigenen Institutionen, namentlich Ponte- Nova und Medphone, hat sie doch Instru- mente geschaffen, die gerade die jungen

Ärztinnen und Ärzte effektiv schützen und unterstützen. Das KVG wird auch in den kommenden Jahren eine Grossbaustelle bleiben und die Politik wird die Ärzteschaft zweifelsohne mit tarifarischen Abwertungen und bürokratischen Auflagen weiter unter Druck setzen. Ob diesen Entwicklungen soll nicht vergessen werden, dass die Tätigkeit in der freien Arztpraxis trotz allem attraktiv ist und eine sinnvolle Lebensaufgabe bietet, wie dies in wenigen anderen Berufen der Fall ist. Junge Ärztinnen und Ärzte für eine selbstständige Tätigkeit zu gewinnen ist nicht zuletzt eine Aufgabe, die auch der «abtretenden Generation» zugute kommt, die ihre Patienten in guten Händen wissen will.



Medphone sorgt für wirkungsvolle Entlastung beim Notfalldienst

Bestellung gesundheitspolitische Zeitung «Politik + Patient»

«Politik + Patient» ist die einzige Publikation, welche die politische Haltung der Ärzteschaft einer interessierten Öffentlichkeit kundtut.

«Politik + Patient» bringt die Sicht der Leistungserbringer in die öffentliche Debatte ein.

Die politische Wirkung einer gesundheitspolitischen Zeitung ist umso grösser, je mehr Leserinnen und Leser die Ärzteschaft damit erreicht.

Ja, ich bestelle kostenlos weitere Exemplare von «Politik und Patient»

20 50 100

Name:

Vorname:

Adresse:

Stempel/Datum/Unterschrift:

Bitte Talon ausfüllen und per Fax oder Post schicken an:

Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Presse- und Informationsdienst
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

Fax: 031 310 20 82

Das beste Gesundheitssystem der Welt

Das Gesundheitssystem in den USA ist teurer als das schweizerische, ohne dass die Qualität besser wäre. 17 Millionen Bürger der USA haben keinen Versicherungsschutz. Zehntausende sa-
miniert oder sterben, weil niemand für ihre Behandlung aufkommt. Hillary Clinton ist in den 1990er Jahren mit ihren Reformplänen gescheitert. Nun wagt es Barack Obama weiter. Er will eine obligatorische Krankenversicherung für alle Bürger verwirklichen. Die Gegner der Reform warnen vor sozialen Zuständen, die Befürworter warnen umgekehrt vor einer medizinischen Betreuung.

Der Paul Krugman von der New York Times das Schweizer Modell. Andere Schweizer Gesundheitsysteme gar als «das Beste der Welt». Tatsächlich gehört unsere medizinische Betreuung weltweit zur Spitze. Die Kosten sind zwar hoch und steigen weiter an. Aber wir alle erleben im Krankheitsfall die unterschiedliche Behandlung, die freizügigkeit ist gewährleistet. Zu verbessern ist der Risikoausgleich, zu verbessern sind der obligatorische Leistungsbeitrag und die Spitalkosten. Wir leben in einem Land, in dem die Qualität des Gesundheitswesens zu verbessern ist. In einem Land, in dem die besten Gesundheitsysteme der Welt noch besser zu machen.

Wieviele Spitäler braucht die Schweiz?
Welche Spitalversorgung braucht die Schweiz in Zukunft? 250, 100 oder gar 50? Die Antworten fallen je nach Standort unterschiedlich aus. Seite 2

«Essen Nahrung...»
nicht zureichend und überwiegend Pflanzen. Michael Pollan im Interview mit dem Präsidenten des Plädoyer für gesunde Ernährung. Nicht die Organe, sondern die Lebensmittelindustrie und wohlmeinende Ernährungsexperten. Seite 3

Hausärzte unter Druck
Lange Jahre behauptete der Bundesrat, die ambulante medizinische Versorgung sei in allen Regionen der Schweiz gewährleistet. Doch jetzt ist auch offiziell anerkannt: Bis 2010 droht uns ein massiver Ärztemangel. Seite 4

Politik + Patient
Nummer 4/09 5. Jahrgang Herausgeber: Verband deutschschweizerischer Ärztesellschaften (VEDAG)
Politik + Patient ist eine Beilage der Sprechstunde
Verantwortlich für die Redaktion: Marco Tackenberg, Felix Adank, forum@p...

Eine Reformagenda für den neuen Gesundheitsminister!

Politik-Patient begrüsst den neuen Chef des Departement des Innern, Bundesrat Didier Burkhalter, auf der Grossbaustelle Gesundheitswesen. Und zeigt sieben Reformschritte auf, die Patienten und Prämienzahler gleichermaßen zugute kommen.

1. Führen Sie den Risikoaussgleich:
Durch einen fehlgeleiteten Wettbewerb wechseln jährlich viele gesunde Menschen mit grossem administrativem Aufwand ihre Krankenkassen, um so Prämienrücklagen zu sparen. Der heute geltende Risikoaussgleich zwischen den Krankenkassen berücksichtigt lediglich Alter, Geschlecht und Wohnort. Diese Merkmale erlauben keine sinnvolle Einschätzung des Krankheitsrisikos - Leidtragende sind ältere Versicherte und Chronischkranke. Deshalb brauchen wir dringend einen verbesserten morbiditätsorientierten Risikoaussgleich.

2. Verbessern Sie den Leistungsbeitrag:
Wir müssen endlich von der schmerzlichen Kostenbetrachtung wegblicken. Wenn z.B. ein invalider Polyarthritie-Patient dank moderner Therapie wieder arbeitsfähig wird und die IV-Rente entfällt, fallen zwar hohe Kosten im Gesundheitswesen an, der volkswirtschaftliche Nutzen wird aber nicht in Betracht gezogen. Wir brauchen eine volkswirtschaftliche Gesamtkostenbetrachtung. Dazu müssen Behandlung, Tagegeld und Renten unter einem Dach zusammengefasst werden, wie dies bei der SUNA längst der Fall ist. Dies sollte auch bei den Krankenkassen umgesetzt werden.

3. Beschränken Sie den Leistungskatalog auf das medizinisch Notwendige:
Der Leistungskatalog der obligatorischen Krankenversicherung enthält heute zum Teil Leistungen, die den gemässigten Anforderungen nach Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht entsprechen. Haben Sie den Mut, diese Leistungen zu streichen - und nur neue zuzulassen, die einen echten Zusatznutzen für den Patienten bringen.