



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Nr. 1 / Februar 2013
www.berner-aerzte.ch

Themen dieser Ausgabe:

<u>Jahresbericht der Ombudsstelle</u>	2
<u>Neu im Vorstand der BEKAG: Alex Schallberger</u>	2
<u>Kleine Akutspitäler unrentabel? – eine Studie rüttelt auf</u>	3
<u>Ein Sorgenkind wird 30</u>	5
<u>BEKAG trifft Berner KMU</u>	8
<u>«Unsere Interessen sind oft deckungsgleich»</u>	9
<u>MEDPHONE sorgt für ruhigere Nächte</u>	10
<u>Kontroverse um ärztliche Qualitätsmessung</u>	11
<u>Leadership 2.0 fordert neue Führungskultur der leitenden Spitalärzteschaft</u>	13

Von medizinisch Notwendigem und politisch Erzwungenem



«Wieso nicht gleich», ist man versucht zu sagen, als unser Gesundheitsminister kürzlich seine neuen Pläne zur Spitalversorgung präsentierte. Es ist ein Einlenken. Nachdem sich – zu seinem Erstaunen – massiver Widerstand regte. Der Grossrat, allen voran die bürgerlichen Parteien, sind nun gefordert. Der Gesundheitsminister hat den schwierigeren Weg gewählt: Schon an den Spitzengesprächen von GEF und BEKAG habe ich ihn auf die Möglichkeit hingewiesen, vom grossen Fachwissen der Spitalversorgungskommission zu profitieren. Doch lieber haben er und seine Gesundheitsdirektion – weitab von jeder Realität – viel gearbeitet und dafür die Quittung erhalten.

Dass der Kanton unser Gesundheitssystem steuern will und muss, ist sein unbestrittenes Recht. Es geht aber nicht an, dass er damit den Wettbewerb verfälscht. So birgt vor allem ein Ausgleichsfonds, in welcher Form auch immer, die Gefahr der Planwirtschaft und vor allem der Strukturhaltung. Die bernische Spitallandschaft in ihrer heutigen Form wurde Ende des 19. Jahrhunderts geschaffen. Damals galt: Jeder Berner, jede Bernerin erreicht mit Ross und Wagen in einer Stunde ein Spital. Seither haben sich Medizin und Kommunikation revolutioniert. Heute lassen sich in Sekundenschnelle – auch über grosse Distanzen – Röntgenbildern und EKGs versenden. Mit wenigen Mausclicks hat auch der Grundversorger Zugang zum Spezialisten. Die Wege werden kürzer. Gleichzeitig spitzt sich der Konkurrenzkampf unter den Spitalern zu. Eine Konzentration der Spitalstandorte bedeutet aber keinesfalls, dass die Qualität der Versorgung leiden muss.

Wenn man aber aus versorgungspolitischer Überlegungen an Standorten und Leistungen festhält, sie mit Zuschüssen aus einem Fonds künstlich am Leben erhält, untergräbt man den Wettbewerb. So lassen sich die Gesundheitskosten kaum eindämmen. Hier zeigt sich die Diskrepanz zwischen dem medizinisch Notwendigen und dem politisch Erzwungenem. Ärzteschaft und Politik sind gemeinsam gefordert!

Dr. med. Christian Gubler
Vizepräsident Ärztegesellschaft
des Kantons Bern

Jahresbericht der Ombudsstelle

Im Jahre 2012 behandelten wir 60 Anfragen, von denen 2 bis zum Jahresende nicht abgeschlossen werden konnten. Diese Anfragen beschäftigen uns weiterhin. Wie schon im Vorjahr meldeten sich mehr Frauen als Männer: 34 gegenüber 26.

Der Hauptkonfliktspunkt zwischen Arzt und Patient, insgesamt 31 Fälle, sind Kommunikationsprobleme, die zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen führten. Auffallend ist, dass von den 31 Klagen 19 Klagen Beanstandungen beziehungsweise Fehlinterpretationen von Arztrechnungen waren.

Unzufriedenheit mit einem Behandlungsergebnis (Operation, Medikamentenwirkung u.a.) war in 22 Fällen ursächlich für ein Hilfesuch. In 9 Fällen wurden die erfolgten Behandlungen von Kommunikationsproblemen begleitet. Bei 5 Gesuchen ging es um Versicherungsfragen (IV, SUVA). Zwei dieser Gesuche sind noch nicht abschliessend bearbeitet und werden uns auch im 2013 noch beschäftigen.

Die zwischenmenschlichen Kommunikationsprobleme konnten wir grossmehrheitlich in Gesprächen zwischen den Ombudsleuten und den Patienten klären, begleitet von gegenseitigen Briefwechseln und Telefonaten, auch mit den betroffenen Ärztinnen und Ärzten (31).

In 5 Fällen (bei 2 Versicherungsfragen, bei 2 Kommunikationsproblemen und bei 1 Klage wegen Unzufriedenheit mit einer Behandlung und Rechnung) musste unser Rechtsdienst in Anspruch genommen werden, bevor die Klagenden in erneuten gegenseitigen Gesprächen zufrieden, beziehungsweise in 3 Fällen einigermassen zufrieden gestellt werden konnten.

*Beat & Helene Baur,
Ombudsleute BEKAG*

Neu im Vorstand der BEKAG: Alex Schallberger

Seit Sommer 2012 vertritt Alex Schallberger den ärztlichen Bezirksverein Berner Oberland im Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern. Ein Selbstporträt.

*Alex Schallberger,
Vorstandsmitglied Ärztesgesellschaft*

Ich wuchs zusammen mit zwei Geschwistern in einer intakten Familie in Stans, Kanton Nidwalden, auf. Im elterlichen Landmaschinen-Fachbetrieb fand ich als begeisterter «Bastler» bald Freude am Handwerk, an der Statik und Mechanik. Mit dem Berufsziel des Orthopäden absolvierte ich das Medizinstudium in Bern, welches ich im November 2000 erfolgreich abschloss. Meine medizinischen und orthopädischen Grundkenntnisse durfte ich in den Kantons- und Spitälern Nidwalden und Fribourg sowie im Inselspital Bern erlernen. 2007 erlangte ich den Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Mein Hauptinteresse galt schon früh der Schulter und der Traumatologie. Im Rahmen der Weiterbildung erhielt ich die Möglichkeit, mein Wissen in Schulter- und Ellbogenchirurgie als Oberarzt bei Prof. Gerber in der Uniklinik Balgrist sowie als Observer Fellow in Kanada, den USA und in Frankreich bei weiteren ausgewiesenen Spezialisten zu vertiefen. Als Kontrast zur modernen und hochspezialisierten Medizin lernte ich im Rahmen eines AO Reversed Fellowships in Eritrea die medizinische Versorgung und die therapeutischen Möglichkeiten in einem Entwicklungsland kennen.

Dieses heute noch laufende Projekt bot mir eine höchst interessante, lehrreiche und unvergessliche Erfahrung! Seit November 2010 arbeite ich als Leitender Arzt an der Orthopädischen Klinik im Spital Interlaken. Neben der Traumatologie des Bewegungsapparates und der orthopädischen Grundversorgung darf ich hier als Verantwortlicher der Oberen Extremität mit grosser Begeisterung sämtliche elektiven Eingriffe in Schulter- und Ellbogenchirurgie durchführen. Diese Arbeit erfüllt mich in hohem Mass.

Seit 2004 bin ich glücklich verheiratet. Ende letzten Jahres durften wir die Geburt unseres Sohnes Lorin erleben. Die Familie sowie unser Freundeskreis geben mir Energie und



den nötigen Rückhalt. Den Ausgleich zur täglichen Arbeit finde ich im Sport, das Berner Oberland bietet mir unzählige Möglichkeiten zum Biken, Joggen und Skifahren.

Die lokale wie die nationale Politik interessiert mich seit meiner Jugend. Politisch engagierte Ärzte können ihre Standpunkte und Anliegen einbringen und die Gesundheitspolitik mitgestalten. Mit Freude werde ich die Interessen des öffentlichen Spitals und die Ärzteschaft des östlichen Berner Oberlandes vertreten.

Kleine Akutspitäler unrentabel? – eine Studie rüttelt auf

Das Spitalversorgungsgesetz bringt die Frage der Spitalstandorte wieder aufs Tapet. Überkapazitäten sollen abgebaut werden. Die kleinen peripheren Akutspitäler werden weiter unter Druck geraten. Zu ungünstig sei ihre Kostenstruktur, so die landläufige Meinung von Gesundheitsökonominnen und Spitalmanagern. Das Ärztenetzwerk Langnau gibt mit einer Studie, die es durch das Beratungsunternehmen MKR Partner erarbeiten liess, Gegensteuer.

Hans Hoppeler, Markus Bieri, Jürg Müller, Oliver Richner

Das vorhandene Schweizer Zahlenmaterial zeigt: Grössere Spitäler arbeiten nicht günstiger. Eine Auswertung der Spital-Benchmark-Daten von 2006¹ zeigt, dass Spitäler mit 3'000 bis 15'000 Fällen die günstigsten Fallkosten aufweisen. Die Spannweite allerdings ist gross (siehe Grafik 1, Seite 4). Dies ist ein starkes Indiz, dass andere Faktoren die Fallkosten eines Spitals weitaus stärker beeinflussen. Die Daten zeigen indes eines überaus deutlich: Die Fallkosten ab ca. 20'000 Fällen pro Jahr steigen sehr stark an. Es ist zu vermuten, dass dieser Anstieg zumindest teilweise auf die steigende Komplexität grosser Spitäler und der damit verbundenen Ineffizienzen (zusätzliche Hierarchiestufen, Kommunikationskosten, Sortiment, Technologieansprüche etc.) zurückzuführen ist.

Kleine Spitäler unter Druck

Die kleineren peripheren Spitäler sind im Kanton Bern meist mit einem grösseren Mutterhaus verbunden und dabei seit Jahren einem Schliessungsdruck ausgesetzt – direkt oder schleichend durch den Abbau von Angeboten oder den Verzicht auf notwendige Investitionen. Dies löst in der Bevölkerung, aber auch unter den Hausärzten der betroffenen Spitalregionen Widerstand aus, so zum Beispiel auch in Langnau. Das Spital Langnau (2616 Fälle stationär, 8078 ambulant für 2011) bildet zusammen mit dem Spital Burgdorf (5953 Fälle stationär, 30 055 ambulant) das Regionalspital Emmental, das vom Regierungsrat den Leistungsauftrag für die Versorgung der Bevölkerung in dieser Region hat.

Moderater Ausbau oder Status quo als günstigste Szenarien

Basis der Studie von MKR Partner ist eine verursachergerechte Verteilung der Kosten und Erträge auf die beiden Spitalstandorte Burgdorf und Langnau. Dies ermöglichte, verschiedene Alternativszenarien (siehe

Grafik 2, Seite 4) zum Status quo (V1) für das Spital in Langnau zu zeichnen:

- die ersatzlose Schliessung des Spitals Langnau (V2),
- die Schliessung des Spitals Langnau und dem gleichzeitigen Aufbau eines Gesundheitszentrums (V3),
- die Optimierung der Auslastung des Spitals Langnau (V4) sowie
- den Alleingang und die Loslösung aus dem Spitalverbund RSE (V5).

Das Modell berücksichtigt auch volkswirtschaftliche Kosten wie z. B. zusätzliche Patiententransporte, Kosten für Besuchertransporte sowie lokale Steuerausfälle. Die Studie kommt zu folgenden, teilweise überraschenden Ergebnissen: Nach einer verursachergerechten Aufteilung der Erfolgsrechnung bleibt das Spital Langnau im positiven Bereich. Allerdings ist der Abstand zum Break-Even sehr klein und eine Reduktion der Fälle um mehr als 200 pro Jahr würde Langnau in die roten Zahlen führen. Die Alternativszenarien «Schlies-

sung von Langnau» und «Aufbau eines Gesundheitszentrums» sind wegen fehlender Rentabilität und der Höhe der benötigten Investitionen wesentlich ungünstiger. Eine optimierte Auslastung in Langnau (Steigerung um ca. 500 Fälle stationär pro Jahr) wäre günstiger als der bestehende Zustand. Die Fixkosten würden besser verteilt, die dazu notwendigen Investitionen wären vertretbar.

Qualitative Argumente für die peripheren Akutspitäler

Die Studienverfasser führen daneben auch qualitative Argumente zur Stärkung der kleineren Spitäler an. Diese sind aus ärztlicher Sicht besonders interessant: Das periphere Akutspital als Weiterbildungsstätte: Die meisten der im Einzugsgebiet des Spitals Langnau tätigen Hausärzte haben einen Teil ihrer Weiterbildungszeit am Spital Langnau (oder in einem vergleichbaren Kleinspital) geleistet. Für die Berufsentscheidung und die Wahl des Praxisstan-



Periphere Spitäler wie Langnau sind wichtige Weiterbildungsstätten und zentrale Knotenpunkte des lokalen Netzwerkes von Spital- und Hausärzten.

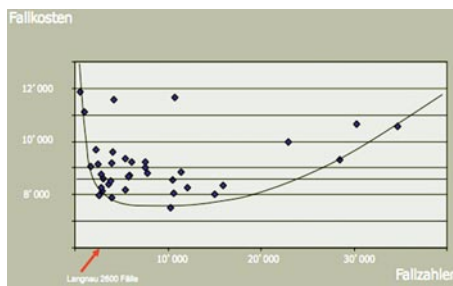
Foto: zvg

dort sei dies von ausschlaggebender Bedeutung gewesen. Damit kommt einem peripheren Akutspital für die nachhaltige Versorgung der Region mit Hausärzten eine grundlegende Bedeutung zu.

Das periphere Akutspital als medizinische Ressource: Im Zusammenhang mit der Fort- und Weiterbildungstätigkeit an einem peripheren Akutspital entsteht ein enges lokales Netzwerk, bestehend aus Spital- und Hausärzten. Dies bringt in der Kommunikation eine erhebliche Erleichterung. Die zunehmende Spezialisierung und die kürzeren Weiterbildungszeiten formen einen neuen Typ von Grundversorgern. Die kommende Generation von Hausärzten und Hausärztinnen arbeiten nicht mehr allein, sondern im Praxisverbund – exponierte Praxisstandorte werden gemieden. Ein peripheres Akutspital kann die Hausärzte in der Notfallversorgung unterstützen. Bei Verlust dieser Akutspitäler ist damit zu rechnen, dass mittelfristig auch die Hausärzte in der Peripherie fehlen werden.

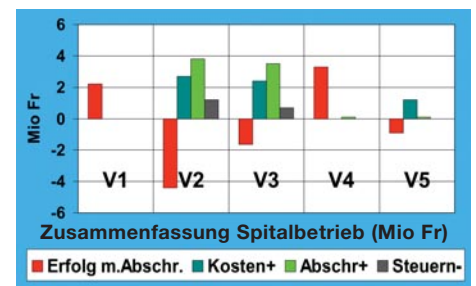
Stärkung des Standortes Langnau im RSE-Verbund

Die Studienverfasser empfehlen eine Stärkung des Standortes Langnau im Rahmen der Organisationsstruktur. Allerdings sollten die leitenden Ärzte künftig unabhängiger vom Spital Burgdorf praktizieren können. Eine Steigerung der Anzahl Fälle in Langnau werde lediglich über verantwortliche Standortsleiter möglich sein, denn: Die Zuweiser beginnen schon heute, ihre Patienten für Chirurgie und Orthopädie in Spitäler ausserhalb des Spitalverbundes zu platzieren.



Grafik 1: Fallkosten

Eine Auswertung der Spital-Benchmark-Daten von 2006 zeigt, dass Spitäler mit 3'000 bis 15'000 Fällen die günstigsten Fallkosten aufweisen.



Grafik 2: Kosten

Die Studie errechnete für das Spital Langnau fünf verschiedene Szenarien. Ihr Fazit: eine Optimierung der Auslastung wäre die günstige Lösung (V4).

Kurzinterview

Das Studiendesign wirft Fragen auf. doc.be hakt nach.

doc.be: Die Studie basiert auf einer verursachergerechten Verteilung der Kosten und Erträge der untersuchten Spitäler. Was meinen Sie damit? Und welche Vorteile bringt diese Betrachtung?

Wenn man die Diskussion um die Aufrechterhaltung oder Schliessung von Spitalern seriös führen will, sollte man für jeden einzelnen Spitalstandort eine eigene Erfolgsrechnung führen. Dies ist heute nicht der Fall, denn Erfolgsrechnungen werden nur auf der Ebene Unternehmen (in unserem Fall auf der Ebene des RSE geführt). Damit sind Aussagen über Erfolg und Rentabilität schlicht unmöglich. Unsere Studie schliesst hier eine Lücke, indem sie sämtliche fixen und variablen Kosten den Verursachern direkt oder mit plausiblen Verteilschlüsseln belastet. Das ermöglicht erstmals eine fundierte Diskussion, und zwar nicht nur über die Optionen «Schliessen» oder «Aufrechterhalten», sondern auch über weitere denkbare Szenarien.

Sie beziehen neben betriebswirtschaftlichen Fakten der Spitäler auch volkswirtschaftliche Kosten für Patienten und Steuerzahler in Ihre Berechnungen mit ein. Wie sichern kürzere Anfahrtswege das finanzielle Überleben eines Spitals? Ist eine solche Modellrechnung nicht bloss ein methodologischer Trick?

Es ist vorerst eine andere Methode, oder noch besser eine andere Betrachtungsweise. Sie ist weder besser noch schlechter als eine rein betriebswirtschaftliche Sicht. Sie will aber den Blick öffnen, von einer kurzsichtigen Optik wegführen und mehr Tiefenschärfe in der aktuellen Diskussion ermöglichen. Wir können keinem Spitalmanager verübeln, wenn er seine Aufgabe aus einer betriebswirtschaftlichen Optik angeht. Unsere Gesundheitsversorgung ist aber eine öffentliche Aufgabe. Die verantwortlichen Gesundheitspolitiker haben deshalb nicht nur betriebswirtschaftliche Daten zu aggregieren, sondern das Problem auch aus einer volkswirtschaftlichen Optik anzugehen. Dann kommen Fragen der ganzen Versorgungskette (Hausarzt – Grundversorgung in der Akutmedizin – Spitzenmedizin) und damit auch der Erreichbarkeit in den Fokus. Kurze Anfahrtswege dienen deshalb nicht dazu, ein unrentables Landspital zu erhalten, sondern sie dienen dazu, die medizinische Grundversorgung unserer Bevölkerung sicher zu stellen.

¹ Der Spital-Benchmark ist ein Verein, dem sich Spitäler freiwillig anschliessen, um sich zu vergleichen. Die aktuellen Daten des Benchmarks bilden 35 Prozent aller stationär behandelten Patienten in der Schweiz ab.

Ein Sorgenkind wird 30

Benedikt Horn blickt auf 30 Jahre Hausarztmedizin an der Universität Bern zurück und stimmt uns auf den Jubiläum-Hausärzte-Tag vom 7. März 2013 ein.

Prof. emer. Benedikt Horn

Spiritus rector – lenkender Geist – der ersten akademischen Hausarzt-Institution der Schweiz war eine Frau. Susanne Burke aus Steffisburg. Leider ist sie kurz nach der Gründung der FIAM – Fakultäre Instanz für Allgemeinmedizin – an ihrem Krebsleiden verstorben. Mit Simon Burkhardt verliess uns drei Jahre später eine weitere treibende Kraft der Hausarztmedizin. Susanne und Simon hätten grosse Freude, wenn sie erleben könnten, was aus ihren Visionen geworden ist! Die übrigen Gründungsmitglieder der FIAM, Paul Brütsch, Hugo Flückiger und Werner Ringli, haben die Doppelbelastung Praxis und 20 Prozent FIAM wie Benedikt Horn, Aloys von Grafenried und später Andreas Rothenbühler während teilweise über zwanzig Jahren schadlos überstanden.

Motion Kipfer und akademische Anerkennung

Natürlich ging das alles nicht ohne Politiker und Fakultät. 1977 hat Grossrat Kipfer eine Motion eingereicht, die eine Ausbildung der Studierenden in hausärztlichen Kompetenzen verlangte. Immerhin 6 Jahre später, am 19. Januar 1983, beschloss die Regierung, es seien im Rahmen einer Oberarztstelle externe Ärzte zu je 20 Prozent öffentlich-rechtlich anzustellen. Knappe drei Jahre später, im Dezember 1985, hat die medizinische Fakultät die FIAM bestätigt. Damit war die Hausarzt-Medizin an der Uni Bern definitiv akademisch anerkannt. Während fast 20 Jahren war das paritätisch aus praktizierenden Kollegen und Fakultätsmitgliedern zusammengesetzte Kollegium für Allgemeinmedizin KAM ein unerlässliches Bindeglied zwischen Fakultät und Hausärzten. Prof. Hugo Studer, später Prof. Edgar Heim und schliesslich August Wick waren dank ihrer umsichtigen Führung für das Schicksal der FIHAM von grösster Bedeutung. Urban Wirz, Michael Duppeler, Martin Isler und Isabelle Taddei haben in der FIHAM nachhaltige Spuren hinterlassen

und gleichzeitig aufgezeigt, dass die Doppelbelastung Praxis und FIHAM für Praxis und Familie problematisch sein kann.

Psychohygiene für den Hausarzt

Anlässlich des zehnjährigen Jubiläums der FIAM hielt Thomas Vögeli aus Zürich ein aufrüttelndes Referat zum Thema «wie viel Psychohygiene braucht der Hausarzt?». Der Stellenwert unserer Familie als Ressource kann nicht hoch genug beziffert werden! Dies gilt es auch in Zukunft bei jeder Planung und jedem Engagement zu berücksichtigen! Am gleichen Anlass verlieh die Fakultät den fünf FIHAM-Mitgliedern die Honorar-Professur, als Dank für geleistete und Verpflichtung für künftige Arbeit. Das Ziel der Ausbildung hatte ich bereits vor 20 und dann vor 10 Jahren pragmatisch formuliert: Ärztin und Arzt fallen nicht in Ohnmacht, wenn auf einem Langstreckenflug nach einem Arzt gerufen wird. Dies setzt die Latte sowohl für die Studierenden, wie auch für Dozierende und Lehrärzte in der Praxis hoch. Etwas akademischer ausgedrückt ist das Ziel der universitären Ausbildung in Hausarztmedizin die Sicherstellung der hausärztlichen Grundversorgung durch «Spezialisten für Multimorbidität», die auch imstande sind, mit gezielter Anamnese und klinischer Untersuchung eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose zu stellen und die notwendigen Schritte zeitgerecht einzuleiten (von der sofortigen Alarmierung und kardiopulmonalen Reanimation bis zum «abwartenden Offenlassen»).

Lehre am Tatort

Während Jahren gab es einen zweitägigen Blockkurs Allgemeinmedizin im Hörsaal, eigentlicher Schwerpunkt war aber stets der Gruppenunterricht in der Praxis: Fünf Studierende wurden während fünf Wochen jeweils einen halben Tag lang unterrichtet. Das war wenig, aber intensiv, rationell und für viele Studierende sehr nachhaltig. Leh-

re «am Tatort», dort, wo Menschen leben, arbeiten, erkranken, Hilfe suchen und diese hoffentlich auch in Zukunft erhalten. Später wurde die Mitarbeit von Hausärzten in themenbezogenen Vorlesungen intensiviert. An dieser Stelle sei den Verantwortlichen von Kliniken und Instituten für ihre Kooperation bestens gedankt, allen voran Ueli Bürgi. Selbstverständlich geht der Dank auch an alle Kolleginnen und Kollegen, vom Oberhasli bis in den Jura Bernois, die jeweils für eine Stunde Lehre im Zentrum einen halben Tag Praxis opfern mussten. Von kritischen Studierenden wurde der Hausarzt im Hörsaal aber oft als wirklichkeitsfremd wahrgenommen. Die Lehre in Hausarztmedizin hat sich in Bern in der Folge stark vom universitären Zentrumsspital in die Praxis verlagert, das ist sehr erfreulich, stellt aber das BIHAM – Berner Institut für Hausarztmedizin – bereits jetzt vor Probleme, die in naher Zukunft dramatisch werden könnten.

Bestnoten dank 600 Lehrärzten

Heute zieht sich die Ausbildung in der Hausarztpraxis wie ein roter Faden durchs Studium. Dies ist nur möglich dank engagierter Mitarbeit von über 600 – kein Druckfehler! 600 – Lehrärzten in der Praxis. Die Hausarztmedizin in Bern wird sowohl von einem internationalen Expertengremium wie auch von den Studierenden mit Bestnoten ausgezeichnet.

Die Rahmenbedingungen unserer Arbeit haben sich in dreissig Jahren erstaunlich wenig verändert. Im Vordergrund steht die Zusammenarbeit

- mit den Fachgesellschaften und der kantonalen Ärztesgesellschaft
- mit allen Instanzen der medizinischen Fakultät unserer Universität
- mit hausärztlichen Instituten im In- und Ausland (dank dem Pionier Werner Ringli)
- mit Studienplanung und Institut für medizinische Lehre (grosser Verdienst von Peter Frei)

- mit interessierten Grossräten und mit der Erziehungsdirektion
 - mit der spitalexternen Pflege, wo dies noch nicht der Fall ist, wird es in unmittelbarer Zukunft zwingend
- Diese Zusammenarbeit charakterisiert uns als eigenständiges Fachgebiet!

Die Uni Bern hat auf Antrag der FIHAM zwei Kollegen zu Ehrendoktoren ernannt: Dr.h.c. Herrmann Oberli hat als Chirurg und Orthopäde in Honiara auf den Salomoninseln exzellente Aufbauarbeit geleistet und dabei auch zahlreiche Studierende aus Bern in die Geheimnisse der Chirurgie eingeweiht – mit Bestnoten. Dr.h.c. Tino Röthlisberger aus Arosa hat in seiner Praxis über 30 Praxisassistenten die Möglichkeit gegeben, während Monaten praktische Medizin von A bis Z weitab eines Spitalen zu lernen. Zudem war er während drei Jahrzehnten eigentliche Seele des Arosener Fortbildungskurses für Hausärzte. Lieber Hermann, lieber Tino, wir danken Euch für Euer feu sacré herzlich. Euch beiden ist gemeinsam, dass Ihr bei hochstehender, medizinischer Qualität durchaus pragmatisch denkt und handelt.

Mehr Hausärzte für gleich viel Geld?

Und in Zukunft? Nachdem Politiker während über 10 Jahren nicht realisieren wollten, dass auch Hausärzte älter werden, wurden wohl einige durch persönliche Erfahrungen belehrt. Nun fordern Parlamentarier von rechts bis links lautstark höhere Zahlen von Studierenden und mehr Hausärzte – natürlich bei gleich bleibenden Kosten. Das Ausgabenmoratorium lässt grüssen. Dies in einer Zeit, da die Bevölkerung den Staat jährlich um 120 Mio. prellt, um billiger Auto fahren zu können. Das wird

wehtun, unter anderem im Bildungswesen. Hausärzte, die nicht in Pension gehen, schliessen sich in Gruppenpraxen zusammen, um bei der Nachfolgeregelung bessere Chancen zu haben. Dies ist sicher richtig und zukunftsweisend, aber mit fatalen Folgen für die Lehre beim Hausarzt. Wo bisher 5 Hausärzte 5 Studierende ausbildeten besteht die Gefahr, dass in Zukunft eine Gruppenpraxis nur einen Studierenden in die Geheimnisse der Medizin in der Praxis einweicht. Liebe Kolleginnen und Kollegen, das BIHAM bittet Euch dringend, auch in Gruppenpraxen Studierende auszubilden. Und wenn Sie – ausnahmsweise – einmal einen mühsamen Kerl ausbilden sollten, nutzen Sie die Chance, um aus ihm einen brauchbaren, vielleicht sogar einen guten Arzt zu machen. Zudem wird die nächste Studierende eine blitzgescheite, initiative und hochmotivierte Studentin sein. Auch hier gibt es eine Gauss'sche Verteilungskurve...

Der Lockruf der Fachspezialität

Ein weiterer problematischer Dauerbrenner war, ist und bleibt die Weiterbildung. Das vor 30 Jahren von Professor Mumenthaler ins Leben gerufene Weiterbildungs-Curriculum scheiterte letztlich nach 10 erfolgreichen Jahren an häufigen, kurzfristigen Kündigungen durch die Assistenten. Nach wie vor entschliessen sich während der Weiterbildung leider viele Assistenten, nun doch nicht Hausarzt, sondern Fachspezialist zu werden. Selbstverständlich sind die Anforderungen an den Spezialisten für Multimorbidität sehr hoch. «Machs nah» steht über einem Seiteneingang am Berner Münster. Die Weiterbildung ist untrennbar verbunden mit dem Namen Bernhard Rindlisbacher. Er setzt sich seit Jahren hartnäckig für unsere Praxistauglichkeit ein. Die regelmässige Wiederholung der Facharztprüfung muss gut überlegt sein. Beschlossen ist eine solche Prüfung rasch, der Teufel steckt wie immer im Detail. Mit einer reinen Wissensprüfung ist es nicht getan. Was nützt es, wenn ein Arzt weiss, dass bei einem Kreislaufstillstand eine Herzmassage Leben retten kann, wenn er nicht sofort und ohne jegliche Hilfsmittel den Kreislaufstillstand feststellen und unverzüglich mit korrekter Thorax-Druckmassage beginnen kann? Wichtiger ist die Einsicht bei niedergelassenen Ärzten, dass Fertigkeiten – Skills – regelmässig geübt werden müssen. Es würde sich lohnen, das Projekt EVA – Evaluation der Praxisführung vor Ort durch Kollegen, hervorzuholen. Es scheiterte vor 15 Jahren daran, dass sich der Schweizer nicht gern in die Karten blicken lässt. Ich halte fest: EVA ist genial!

Der Rückblick in die letzten 30 Jahre lässt weitere »Dauerbrenner« erkennen:

- Die hohen Erwartungen der Bevölkerung vs. restriktive Finanzpolitik
- Der Verdacht der Spezialisten, die Ausbildung beim Lehrarzt erfolge ohne unité de doctrine, zuwenig akademisch und zu pragmatisch-praktisch
- Der Vorwurf, einigen Lehrern mangle es an didaktischem Geschick
- Die Forschung in der Praxis hat ein gewaltiges Potential, ist aber aufwändig – eine enge Kooperation der 5 Institute für Hausarztmedizin ist zwingend

Wir dürfen aber trotz Problemen auch an Erfolge erinnern:

- Kein Problem war bisher das Motivieren der Patienten für den Unterricht. Dies spricht für ein vorbildliches Beachten der heiklen Rahmenbedingungen durch Lehrarzt und Studierende. Wir dürfen aber den Karren nicht überladen!
- Der Schritt von Gruppenunterricht in der Praxis und Frontalunterricht im Zentrum hin zum 1:1 teaching in der Lehrarztpraxis als roter Faden während des ganzen Studiums ist ein enormer Erfolg.
- Die Integration der Hausärzte in Examina ist für die Festlegung des Stellenwertes der Hausarztmedizin innerhalb der Fakultät von zentraler Bedeutung
- Der Übergang der FIHAM in ein Berner Institut für Hausarztmedizin ist Zeichen des Vertrauens seitens Fakultät und Politik, zugleich aber eine grosse Verpflichtung

Vom Männergremium zur Frauenpower

Während über 20 Jahren war die FIHAM ein reines Männergremium: 5 Hausärzte, die sich jede Woche in Bern zu einer Koordinationssitzung trafen. Unsere Arbeit wäre unmöglich gewesen ohne unerlässliches Verständnis und Rückhalt in der Familie und unsere Sekretärin Doris Hunn, die während 15 Jahren ruhender Pol, Ansprechperson und zentrale Persönlichkeit der FIHAM Bern war. Seit 10 Jahren ist es nun Lis Tomasschett, die koordiniert, vermittelt und sicher da und dort auch einfach bei einer «Chropfläärete» zuhört und tröstet. Am Anfang der Idee FIHAM – BIHAM stand eine Frau. Heute steht eine Frau an der Spitze des BIHAM, Mireille Schaufelberger. Liebe Mireille, wir danken Dir herzlich für Deinen immensen Einsatz während der letzten Jahre und sind zuversichtlich, dass Du die anstehenden Probleme geschickt und mit Charme lösen wirst. FIAM – FIHAM – BIHAM vom Männergremium zu «Frauenpower», das ist sinnvoll, denn die hausärzt-

Impressum

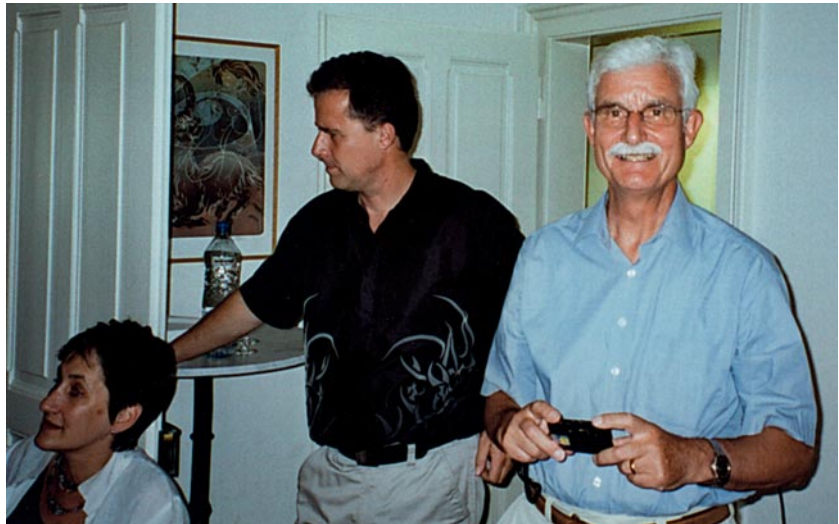
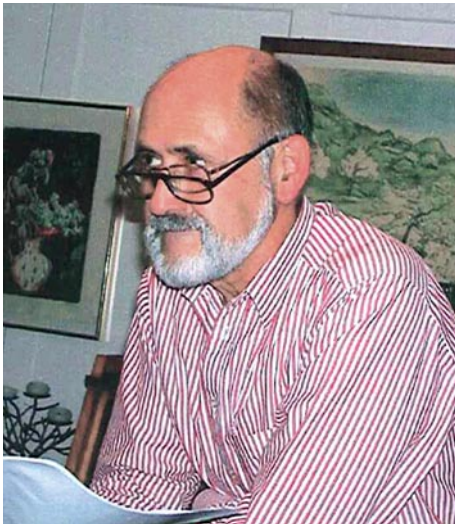
doc.be, Organ der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Herausgeber: Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern / erscheint 6 x jährlich
Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
Redaktion: Marco Tackenberg und Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst BEKAG, Postgasse 19, 3000 Bern 8, Tel. 031 310 20 99; Fax 031 310 20 82; E-Mail: tackenberg@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch
Inserate: Frau P. Wolf, Bolligenstrasse 52, 3006 Bern Tel. 031 330 90 00; Fax 031 330 90 03; E-Mail: pwolf@bekag.ch
Layout: Claudia Bernet, Bern
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern
Ausgabe Februar 2013

liche Versorgung in Zukunft wird durch Frauen sichergestellt. Mit Kompetenz und Empathie.

Gut Ding will Weile haben

Die Entwicklung von der FIAM über die FIHAM zum BIHAM erfolgte nicht als Revolution, sondern evolutiv, mit bernischem Tempo. Gut Ding will Weile haben. Überhastete Entscheide haben oft wenig Bestand. Dabei ist wichtig, dass sich alle beteiligten «Player» in die Augen schauen

können, und dass wir in einem Ton diskutieren können, der zu unserer Kultur gehört. Letztlich erreichen wir mit einem Konsens in der Regel weit mehr als mit Hahnenkämpfen, die enorme Ressourcen verschlingen und nichts bringen.



Oben: Einer der Gründungsmitglieder der FIAM: Benedikt Horn

Unten: Meisterte über 20 Jahre lang die Doppelbelastung Praxis und FIAM: Aloys von Graffenried

Fotos: zvg

Oben: Männergremium mit starker Frauenpower: Sekretärin Doris Hunn (Mitte), während 15 Jahren ruhender Pol und zentrale Ansprechperson der FIHAM beim Lunch mit den beiden FIHAM-Vorstandsmitgliedern Andreas Rothenbühler und Marcus Grossenbacher (v.l.n.r.).

Unten: Seit 10 Jahren koordiniert, vermittelt, entlastet und leitet Lis Tomaschett (links) nun das FIHAM-, beziehungsweise BIHAM-Sekretariat. Hier zusammen mit Andreas Rothenbühler und Werner Ringli an einer Klausurtagung.

Fotos: zvg

BEKAG trifft Berner KMU

Ist Ihnen bewusst, liebe Leserinnen und Leser, dass wir freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte seit jeher Klein- und Kleinstunternehmer sind? Erinnern Sie sich daran, dass Ihre Praxis im Gemeindekataster als Gewerberaum deklariert ist? Abgesehen von akademischen Weihen verbinden uns mit anderen Gewerbetreibenden viele Gemeinsamkeiten betreffend Administration, Nachfolgeregelung, Arbeitsbelastung, Umgang mit Behörden und Amtsschimmeln, Kostensteigerungen und sinkenden Margen. Die 42 Berufsverbände wie Zahnärzte, Tierärzte, Ärzte und andere aus den Sparten Dienstleistungen (z. Bsp. Banken, Kommunikation, Versicherungen), Handel (u. A. Apotheker, Drogisten) oder Verkehr

und Transportgewerbe prägen die Berner KMU ebenso wie die über 12'000 Einzelmitglieder. Die BEKAG profitierte im vergangenen Jahr viel von der politischen Unterstützung durch die Berner KMU.

Die ehemaligen örtlichen Gewerbevereine haben sich in Zusammensetzung und Aufgabenlösung fundamental verändert. Sie haben die Chance eines geschlossenen Zusammengehens erkannt, sich persönlich und elektronisch untereinander vernetzt und melden ihre Ansprüche selbstbewusst auf kantonaler und nationaler Ebene an. Die Arbeit im Leitenden Ausschuss der Berner KMU ist interessant und nutzbringend. Ich möchte sie nicht missen. Mit der Artikelse-

rie «BEKAG trifft Berner KMU» möchte ich Ihnen einzelne Repräsentantinnen und Repräsentanten vorstellen. Überlegen Sie sich doch, ob die Mitgliedschaft in der örtlichen Sektion Ihres lokalen Gewerbeverbandes nicht auch für Sie eine gute Möglichkeit zur Vernetzung und Kundenbindung wäre?

*Beat Gafner
Präsident der Ärztesgesellschaft
des Kantons Bern*

publix.ch

Setzen Sie den Papiertiger auf Diät



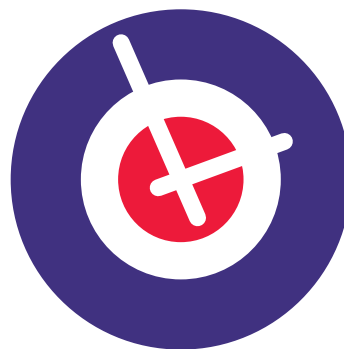
Ärztelasse-Berater zeigen Ihnen, wie Sie das Praxisbüro schön schlank halten

Ein ausgewachsener Papiertiger liebt viel Papier und frisst Ihnen Ihre Zeit und Ihren Ertrag weg. Ein effizient organisiertes Praxisbüro ist die einzige Möglichkeit, diesem gefräßigen Untier Einhalt zu gebieten. Die erfahrenen Berater der Ärztelasse zeigen Ihnen, wo der Papiertiger lauert und wie Sie ihn erfolgreich auf Diät setzen.

Beratung + Service + Software = Ärztelasse



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



Schnell, schneller, Medics Labor

So schnell ist ein lokales Labor: Kurz vor der Mittagszeit holen unsere Kuriere die Proben in Ihrer Praxis ab. Und noch bevor der Nachmittag richtig begonnen hat, liegen die Laborbefunde bereits vor Ihnen. Entweder per Fax oder mittels direktem Eintrag in die elektronische Krankengeschichte. Länger warten war gestern.

medics labor
professionell und persönlich

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

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44
info@medics-labor.ch

«Unsere Interessen sind oft deckungsgleich»

Martin Stucki betreibt in Roggwil eine Autogarage. Er ist leidenschaftliches Mitglied der Berner KMU. Wie er Kundenwünsche zufriedenstellt, welche Ziele er verfolgt und welche Bedeutung die BEKAG im Gewerbeverband hat, erzählt er im persönlichen Interview.

Markus Gubler,
Presse- und Informationsdienst

doc.be: In der Arztpraxis nimmt administrative Belastung durch die vermehrten Nachfragen von Krankenversicherern und dem Datenhunger des Bundes übermässig stark zu. Steigen die administrativen Aufwände auch in Ihren Betrieb? Und wo spüren Sie die Belastung am stärksten?

Martin Stucki: Der administrative Aufwand steigt auch in unserem Betrieb ständig. Gerade im Bereich der Betriebssicherheit. Seit einigen Jahren müssen wir unsere Arbeitsschritte und Betriebsabläufe dokumentieren und in Audits kontrollieren lassen. Diese Dokumentationsvorschrift – in Kleinbetrieben oft Chefsache – geht zu Lasten der Arbeitszeit.

Die steigende Anspruchshaltung der Kundschaft / Patienten steht oft im Widerspruch zur Bereitschaft diese Ansprüche auch zu bezahlen. Wie gehen Sie damit um?

Es ist eine Gratwanderung, einerseits die Kundenansprüche zufrieden zu stellen, andererseits die wegfallenden Margen zu kompensieren. Eine gute und offene Beratung des Kunden ist dabei sehr wichtig. Deshalb schlagen wir zeitwertgerechte Reparaturen vor: Bei Altwagen ist es manchmal sinnvoller, günstige Occasions- teile einzubauen.

Halten Sie als Geschäftsinhaber / Geschäftsführer die 40-Stunden-Woche Ihrer Angestellten persönlich ein? Arbeitet Ihre Partnerin im Betrieb mit?

In unserem Betrieb beträgt die wöchentliche Arbeitszeit 42,5-Stunden (inkl. Pause). Als Betriebsinhaber ist es kaum möglich, diese einzuhalten. Ich führe den Betrieb alleine, eine Partnerin, die mitarbeitet kann aber eine gewisse Entlastung bedeuten.

Haben Sie Vorstellungen von der ökonomischen Situation in einer Hausarztpraxis?



Als Patient versuche ich mir vorzustellen, wie die Praxis meines Hausarztes 'funktioniert'. Ich kann mir gut vorstellen, dass der Kostendruck enorm ist und die Gewinne in den letzten Jahren eingebrochen sind.

Wie wichtig erscheint Ihnen die politische Ausrichtung und Parteizugehörigkeit eines Berner KMU-Mitgliedes?

Die Parteizugehörigkeit ist sekundär. Ein unternehmerisches, tendenziell bürgerliches Denken ist aber sicher von Vorteil.

Sie engagieren sich im Gewerbeverband Berner KMU. Mit welchen Zielen?

Die gewerblichen Interessen sind heute in den Parlamenten oftmals untervertreten. Um diese vermehrt bekannt zu machen und durchzusetzen, engagiere ich mich bei Berner KMU.

Wo sehen Sie die aktuellen Herausforderungen der kleineren und mittleren Unternehmen im Kanton Bern?

Die sinkenden Margen durch zusätzliche Kunden und Angebote zu kompensieren: Wir bieten spezielle Frühlingsschecks an oder vermieten Dachboxen. Die Dachträger zum Befestigen der Boxen müssen unsere Kunden aber kaufen. So schaffen wir neue Absatzmöglichkeiten.

Wegen neuer Bestimmungen, wie etwa zur Betriebssicherheit, wächst der administrative Aufwand auch in der Autogarage Stucki AG stetig.

Foto: zvg

Die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern ist Mitglied der Berner KMU. Ein Gewinn für den Gewerbeverband?

Ohne Zweifel. Die Interessen sind oft deckungsgleich, da sich Ärzte mit eigener Praxis ebenfalls den ständig wechselnden Bedingungen stellen müssen.

Besten Dank, Herr Stucki, für dieses Gespräch!

Autogarage Stucki AG

Martin Stucki ist Inhaber und Alleinaktionär der Autogarage Stucki AG in Roggwil. Die Garage hat er 1996 von seinem Vater übernommen und beschäftigt heute acht Mitarbeitende. Martin Stucki ist seit 17 Jahren Mitglied des örtlichen Gewerbevereins, des Autogewerbeverbands und der Berner KMU.

Ambulanter Notfalldienst

MEDPHONE sorgt für ruhigere Nächte

Mittlerweile koordinieren viele Notfalldienstkreise ihre Dienstpläne und Einsatzzeiten über das Callcenter MEDPHONE. Im persönlichen Gespräch erzählt Liselotte Hochuli, Koordinatorin des Notfalldienstkreises Grauholz, über ihre Aufgaben, durchgeschlafene Nächte und den Preis, den die Ärzteschaft für die wirksame Telefontriage bezahlt.

Markus Gubler,
Presse- und Informationsdienst

doc.be: Sie leiten den Notfalldienstkreis Grauholz. Was sind Ihre Aufgaben?

Liselotte Hochuli: Ich organisiere den Dienstplan und bin für den ärztlichen Bezirksverein und für MEDPHONE Ansprechpartnerin bei Problemen. Häufig sorgen Fehler beim Weiterleiten von Anrufen für Ärger. Ich bespreche die Vorfälle zuerst mit den Betroffenen und dann mit MEDPHONE. Weiter führe ich ein bis zweimal im Jahr Gespräche mit den Verantwortlichen der Notfallstation des Tiefenausspitals. MEDPHONE leitet die Anrufe der hilfesuchenden Patienten nachts ans Tiefenausspital um. Während der Nacht stehen unsere Ärztinnen und Ärzte aber weiterhin für Hintergrunddienste wie z.B. Hausbesuche bereit.

Wie sieht Ihr Notfalldienstkreis aus? Wie entwickelt er sich?

Im Notfalldienstkreis Grauholz arbeiten zurzeit 34 Ärztinnen und Ärzte. Mit dem Anschluss von Schönbühl vor gut drei Jahren hat sich das Versorgungsgebiet verdoppelt. Unser Gebiet erstreckt sich heute von Zollikofen, über Münchenbuchsee, Rapperswil, Wengi, Mülchi bis nach Fraubrunnen sowie die Gemeinden um Jegentorf und Schönbühl. Weil sich aber die Notfalldiensttage auf mehr Notfallärzte verteilen lassen, hat die Arbeitsbelastung – trotz grösserem Versorgungsgebiet – in den letzten Jahren deutlich abgenommen.

Was läuft in Ihrem Notfalldienstkreis gut, was weniger?

Ich sehe keine grösseren Probleme. Es läuft wirklich gut. Die Zusammenarbeit mit MEDPHONE funktioniert. Allerdings steht und fällt die Servicequalität mit den medizinischen Beraterinnen bei MEDPHONE. Es ist ärgerlich, wenn man von einer Beraterin mitten in der Nacht zweimal hintereinander geweckt wird – aus Unachtsamkeit. Das ist aber die Ausnahme.



Dank MEDPHONE und der engen Zusammenarbeit mit dem Spital Tiefenau schlafen Ärztinnen und Ärzte des Notfalldienstkreises Grauholz die Nächte mehrheitlich durch.

Foto: iStockphoto.com

Der Notfalldienstkreis Grauholz setzt auf MEDPHONE. Weshalb?

Aus Tradition: Grauholz war schon bei der Vorgängerin von MEDPHONE angeschlossen. Wir haben schon früh auf die externe Triage gesetzt – und waren sehr zufrieden damit. Als sich die Notfalldienstkreise Jegentorf und Schönbühl uns anschliessen wollten, machten wir die Kooperation mit MEDPHONE zur Bedingung.

Welche Rückmeldungen bezüglich MEDPHONE erhalten Sie von Ihren Notfalldienst leistenden Ärztinnen und Ärzten?

Ich bekomme selten Rückmeldungen. In den zwei drei E-Mails, die ich pro Jahr erhalte, werden vor allem Fehler beim Weiterverbinden beklagt: Wenn der falsche Arzt geweckt wurde oder die angerufene Ärztin nicht für die entsprechenden Notfälle zuständig ist.

Wie entlastet MEDPHONE den ärztlichen Notfalldienst?

MEDPHONE entlastet den Notfalldienst erheblich. Das spüren vor allem Kolleginnen und Kollegen aus Schönbühl und Jegentorf, die sich MEDPHONE erst vor wenigen Jahren angeschlossen haben. Dank der Anrufumleitung und der Zusammenarbeit mit dem Spital Tiefenau schlafen sie die Nächte mehrheitlich durch. MEDPHONE filtert Notfall-Anfragen wirksam: Uns erreichen nur jene Notfälle, die umgehend medizinische Hilfe brauchen. Einfachere Anliegen beantworten die Beraterinnen selber.

Was könnte MEDPHONE verbessern?

Nichts. Die Infrastruktur von MEDPHONE zahlt sich aus. Wir spüren wie die Telefontriage den Notfalldienst wirksam entlastet. Dafür bezahlen wir aber einen erheblichen Preis. MEDPHONE sollte sich selber finanzieren können – mit Hilfe des Kantons wie auch der Patienten.

Kontroverse um ärztliche Qualitätsmessung

Die Messung medizinischer Qualität sorgt für Diskussionen: In offenen Briefen legen sich Christoph Ramstein, Leiter der Steuerungsgruppe des Qualitäts-Basis-Moduls des VEDAG, und Peter Baumgartner, Qualitätsbeauftragter der BEKAG, gegenseitig ihre persönlichen Sichtweisen dar.

Replik

Lieber Peter

Ich kenne und schätze Dich als kritisch denkenden Qualitäts-Beauftragten der BEKAG, in deren Funktion Du ja auch in den letzten Jahren regelmässig an den VEDAG-Klausurtagungen zum Thema «Qualität in der ärztlichen Praxis» aktiv teilgenommen hast.

Ich danke Dir auch, dass Du Zeit und Energie findest, um bürokratischen Zeitaufwand im ärztlichen Alltag verhindern zu wollen.

Als standespolitisch aktiver Kollege setzt Du Dich auch – wie wir dies im VEDAG und in der KKA seit einigen Jahren an vorderster Front tun – für einen adäquaten Risikoausgleich ein, welcher die Voraussetzung ist für eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Medizin, ohne dass die chronisch Kranken und Polymorbiden «selektioniert» werden.

Nun hast Du als Idee vorgeschlagen «die Prozessqualität mit den entsprechenden Inkonvenienzen für den Praxisbetrieb sollte nur dort in den Fokus rücken, wo ein Leistungserbringer in den beschriebenen Anfangs- oder Endzonen der Qualitätsachse auffällig würde, zum Beispiel durch Vernachlässigung der Fortbildung oder ein ungünstiges Ergebnis in der morbiditätsgeschichteten Kostenmessung.» Das scheint mir ein sehr gefährliches Unterfangen!

Zwar ist zum einen die «Wirtschaftlichkeit» wie die Fachqualität, Servicequalität, oder die logistische Qualität (z.B. Labor- und Röntgen-Qualitätskontrolle) ein Aspekt der Qualität. Wie Dir bekannt sein dürfte, ist seit längerer Zeit eine Arbeitsgruppe der FMH daran, zusammen mit der Santésuisse, und unter Einbezug der Fachgesellschaften, ein Modell zu entwickeln, welches die ANOVA-Methode ablösen soll. In diesem Modell stehen die Beurteilungsgrundlagen, die Rechtsstellung der Leistungserbringer

und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeitsverfahren im Fokus. Doch weist auch Du aus Erfahrung, dass es für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit nie eine ideale Methode geben wird. Auffällige Kollegen werden auch künftig ans Messer der Versicherer geliefert werden. Ihre Rechtfertigung gelingt meist nur mit einem enormen psychischen, physischen und finanziellen Aufwand. Währendem andere Kollegen mit «kostengünstigen» Mess-Resultaten nicht automatisch den Beweis erbringen, dass ihre erbrachten Leistungen von hoher Qualität sind.

Zum anderen wirst Du mit mir einig sein, dass die erbrachten Fortbildungen und deren Bescheinigungen nicht automatisch aussagen, dass das allfällig Erlernte umgesetzt worden ist und sich damit die Qualität verbesserte.

Ich nehme an, dass Du auch unsere Auffassung teilst, dass wir endlich von der reinen Kostenbetrachtung im Gesundheitswesen wegkommen und uns auf die Kosten-Nutzen-Betrachtung fokussieren müssen sowie auf der politischen Ebene die gesamten volkswirtschaftlichen Kosten betrachten sollten. Es ist auch richtig, dass bei vielen Qualitätsarbeiten ein «Zeit-Defizit» vorhanden ist, was die investierte Zeit anbelangt, wenn man dies aus der reinen «Kostenperspektive» betrachtet. Beim von Dir kritisierten QBM jedoch – und dies belegen die bisherigen Erfahrungen aus den Pilotphasen – ergeben sich im Verlauf, u.a. durch die Sensibilisierung auf Qualitätsaktivitäten und die Optimierung von Prozessen sowohl eine Verbesserung der Qualität als auch ein Zeitgewinn.

Du erwähnst in Deinem Artikel, dass «die Ärzteschaft in Qualitätsfragen die Führungsrolle innehaben resp. zurückgewinnen sollte». Dies ist ja – wie Dir wohl bekannt ist – eine der Hauptforderungen und der verfolgten Ziele in der Qualitätsarbeit des VEDAG (siehe «Leitbild ärztliche

Qualität» – «Qualität – ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld» – SÄZ, S. 2055 – 2059, 2005). Dies dürfte auch einer der Hauptgründe sein, weshalb wir auf der eidgenössischen Ebene mit unsere Qualitäts-Aktivitäten bei einigen Gremien (BAG, Versicherer, Politiker) auf sehr positives Gehör gestossen sind.

Damit allein haben wir – dies ist uns bewusst – unsere Ziele noch nicht erreicht und unsere Hausaufgaben längst noch nicht erfüllt. So sind – und dies im 17. Jahr nach Einführung des KVG – die Art. 22 a, 43, 58 KVG und Art. 77 KVV noch nicht umgesetzt. Der Anhang 6 des TARMED-Rahmenvertrages ist nach wie vor leer und die Ärzteschaft ist im ambulanten Bereich für die Erfüllung der Q-Strategie des Bundes nicht gerüstet.

Wie Du in Deinem Artikel erwähnst, sind «die Player weitgehend an der Ergebnisqualität interessiert». Dabei ist Dir offenbar entgangen, dass Stufe 2 und Stufe 3 (Per-Reviews, interne und externe Audits) gerade die Ergebnisqualität messen will. Die entsprechende Datenqualität ist jedoch nur möglich, wenn die Themen vorher identifiziert und vor allem dokumentiert werden. Dies geht jedoch leider nicht ohne eine entsprechende Datensammlung über einen definierten Beobachtungszeitraum. Ich gehe jedoch mit dir einig, dass auch beim QBM noch Verbesserungsbedarf besteht. Die jetzt laufende Pilotphase macht Schwachstellen sichtbar und wir sind für Rückmeldungen dankbar. Aber dazu muss man zuerst einmal mitmachen!

Der VEDAG versteht sich als logistischer Verband. Er stellt seinen Mitgliedern (den ihm angeschlossenen Kantonalen Ärztesellschaften) mit dem QBM ein Instrument der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zur Verfügung – ohne Absicht, die Ärztinnen und Ärzte «zum Glück zwingen zu wollen». In diesem Sinne versucht er, die Zeichen der Zeit zu erkennen. Die Ärzteschaft, so die Meinung des VEDAG, soll

unabwendbare Aufgaben selber in die Hände nehmen und sie so gut wie möglich steuern. Sonst werden uns Ärzten aufoktroziert.

Als leitender Co-Präsident dieses Verbandes und als Projektleiter QBM komme ich nicht umhin, Dich in diesem Zusammenhang auf einen biblischen Text zu verweisen, dem «Gleichnis der klugen und törichten Jungfrauen» (Matthäus 15, 1-13). Als Psychiater wirst Du diesen Text im metaphorischen Sinne verstehen.

Christoph Ramstein

Duplik

Lieber Christoph

Das Qualitäts-Basis-Modul ist ein sehr gutes Werkzeug, fachlich bestens fundiert. Dessen optimaler Einsatz hingegen bleibt für mich vorderhand offen.

Mit dem «positiven Gehör» durch das BAG meinst Du vielleicht die Stellungnahme von Andreas Faller (siehe QBM-Newsletter 1/12). Diese klingt für mich eher diplomatisch gewunden und könnte auch übersetzt werden mit «Soweit so gut, aber es muss noch viel mehr kommen».

Ich bin weiterhin davon überzeugt, dass in den bisherigen ärztseitigen Qualitätsbemühungen für Behörden und Versicherer einfach noch zu wenig «fassbare» Ergebnisqualität drin ist.

Was versteht man beim VEDAG ganz konkret unter Ergebnisqualität? Dies bleibt, nicht nur für mich, vorderhand im Dunkel: In der QBM-Demoversion, Stufe 2 waren für mich keine Indikatoren auszumachen, welche der Ergebnisqualität im engeren Sinne zuzuordnen wären. Die konkrete Ausgestaltung der Stufe 3 mit «Peer Reviews» und «internen und externen Audits» ist mir (noch) nicht bekannt resp. geht aus der Website www.vedag-qbm.ch nicht hervor. Warum wird dies nicht offengelegt?

Keine Angst: Auch für mich besteht die Ergebnisqualität keinesfalls einfach aus Kostenbetrachtung, sondern zwingend in der simultanen Erfassung von Kosten und Nutzen. Das längst überfällige Einbinden der Morbidität in die Qualitätsbemühungen wäre eben gerade die entscheidende Abkehr von der reinen Kostenbetrachtung und die Hinwendung zu einer realistischen Kosten-Nutzen-Betrachtung in der Ergebnisqualität.

Leider sträubt sich die Mehrheit der Akteure im Gesundheitswesen nach wie vor dagegen, nicht nur die Versicherer! Unterdessen dreht sich die ärzteinterne Debatte

weiter in vielen Varianten um den Nutzen unseres Tuns, während die Versicherer mit Rückendeckung der Behörden weiterhin mehr oder weniger unverhohlen auf die Kosten fokussieren.

Solange wir nicht ein konsensuelles Kosten-Nutzen-Modell auf die Beine kriegen, werden sich all diejenigen Kollegen, welche vorrangig chronisch kranke Menschen behandeln, weiterhin vor einäugigen Versicherern fürchten und halbe Nächte die Finger wund schreiben beim Verfassen von Rechtfertigungen.

Ich finde, wir sollten bezüglich Terminologie in Qualitätsdingen den Ball flach halten und möglichst innerhalb derjenigen Begriffe bleiben, welche auch bei unseren Mit- und Gegenspielern gebräuchlich sind. Wir dienen der ganzen Sache nicht, wenn wir in der Qualitätsdebatte einseitig «Neologismen» lancieren. Wir stossen damit vielleicht weitere kluge akademische Dispute an, zögern aber gleichzeitig den Übergang zum klugen Handeln hinaus.

Unser neuer FMH-Präsident fordert völlig zu Recht baldige praktikable Lösungen, nicht unbedingt weitere Jahre akademischer Dispute. Es kommt mir manchmal vor, als streite man im Angesicht eines schwerstkranken Patienten zwar klug und umfassend, aber v.a. endlos über die zutreffende Diagnose und bestmögliche Therapie (vgl. die orientalische Metapher mit dem Elefanten und den Blinden). Wir riskieren allerdings, dass uns unterdessen der Patient stirbt ...

Du bemängelst zu Recht unser aktuelles Fortbildungssystem. Sein Nutzen ist in der Tat fragwürdig. Es kann aber mit Blick auf die Beharrungskräfte an unserer Basis auch nicht einfach umgekrempelt werden. Dennoch muss einmal mehr die unbequeme Frage nach der Selbstdeklaration gestellt werden: Sowohl das QBM-System des VEDAG wie auch die geltende Fortbildungsordnung basieren weitestgehend darauf. Ist dies sachgerecht im Vergleich zu anderen Berufssparten mit vergleichbarem Verantwortungsniveau? Eine periodische externe Überprüfung wäre einfach glaubwürdiger.

Darüber hinaus muss, nicht nur beim QBM, sondern bei allen Q-Systemen auf Indikatorbasis, weiterhin auf das Kernproblem hingewiesen werden: Die Fokussierung auf die von den Indikatoren abgedeckten Bereiche führt zu einem Qualitätsverlust in den zwischenliegenden Bereichen.

Mein Fazit ist daher zweiteilig:

1) Auf der Ebene von Struktur- und Prozessqualität sind nur Systeme für unsere

Partner glaubwürdig, welche nicht auf Selbstdeklaration beruhen. Zudem müssten die gewählten Indikatoren ausreichend häufig gewechselt werden, ansonsten das oben erwähnte Lückenphänomen eintritt.

2) Behörden und Versicherer, aber auch Patienten sind primär an Ergebnisqualität interessiert. Diese muss aber zwingend die Morbidität einbeziehen, d.h. neben den Kosten unbedingt auch den Nutzen der ärztlichen Leistungen aufzeigen. Andernfalls bleibt Ergebnisqualität ein kaltes ökonomisches, unethisches Monster wie der bisherige ANOVA-Index der Santésuisse. Solches könnten allenfalls die Versicherer insgeheim wollen, alle anderen Kreise sicherlich nicht, schon gar nicht die beiden Keyplayer jedes Gesundheitswesens, die Patienten und ihre Ärzteschaft.

«Es gibt nichts Gutes, ausser man tut es». Insofern sollten wir bald einmal griffige QS-Instrumente vorschlagen, sonst könnte mit der Zeit durchaus der folgende ungemütliche «worst case» eintreten:

Wir widmen uns zähneknirschend und zeitintensiv der weiteren Perfektionierung unserer Prozessqualität, weil wir selber dies so wollten. Unterdessen müssen die Versicherer bei sich selber aber immer noch nicht gleichziehen, sitzen damit weiterhin am längeren Hebel und lassen uns nun zusätzlich noch die von ihnen definierte, kostenorientierte Ergebnisqualität dokumentieren. Diese enthält zum Schaden der Chronischkranken weiterhin völlig unzureichende Morbiditätselemente, weil die Ärzteschaft es versäumt hat, rechtzeitig geschlossen dafür einzutreten!

Epilog: Ein Grossteil der Ärzteschaft fand bisher das Thema Risikoselektion, Morbidität und Risikoausgleich bloss überflüssiges Geschwätz perseverierender Stänkerer. Vielfach hat man sich aber bisher noch nicht genügend mit diesem «Retrovirus des Gesundheitswesens» auseinandergesetzt. Viel schlimmer ist aber dies: Ein kleinerer Teil unseres Berufsstandes zog womöglich bisher bereits materiellen Nutzen aus der Risikoselektion oder richtet sich zumindest für die Zukunft darauf ein. Kollegiales Wegsehen wäre hier fehl am Platz, weil es in diesem Kontext eher einer Komplizenschaft gleichkäme, unserer Berufsehre unwürdig: Wir sind in erster Linie Behandelnde der uns vertrauenden Patienten. Die Ökonomie sollte dieser zentralen Achse des Gesundheitswesens dienen und nicht umgekehrt!

Peter Baumgartner

VLSS Mitgliederanlass 2012

Leadership 2.0 fordert neue Führungskultur der leitenden Spitalärzteschaft

Der diesjährige Mitgliederanlass des VLSS stand ganz im Zeichen der Fallpauschale. Welche Folgen DRG für Spitäler und Kaderärzteschaft hat, präsentierte der Autor und Dozent Jens Hollmann anhand von Erfahrungen aus Deutschland.

Markus Gubler

Am Mitgliederanlass des VLSS tritt der bekannte Buchautor und Dozent zum ersten Mal in der Schweiz auf. «Jens Hollmann ist ein Pionier. Psychologisch und pädagogisch fundiert hat er die Auswirkungen von DRG auf den Spitalalltag von Kaderärzten aufgearbeitet», stellt Carlo Moll, VLSS-Präsident, ihn den Anwesenden im kleinen Saal des Zürcher Hotels Schweizerhof vor. Hollmann habe als Erster erkannt, welche Veränderungen DRG mit sich bringe. Welche Führungskompetenzen und Managementfähigkeiten DRG von den Kaderärzten abverlange und welche Begehrlichkeiten sie bei den Spitalverwaltungen wecke, so Moll.

Keine Nischen für Ärzte

Jens Hollmann hat nicht nur Bücher zu DRG und den sich verändernden Führungsaufgaben der leitenden Ärzteschaft geschrieben, sondern er berät heute auch Firmen und Spitäler. Zu Beginn seines Referats wirft er einen Blick auf den deutschen Kanton und seine Gesundheitsreformen der letzten Jahre. Ganze 14 Reformen, die zwischen 1989 und 2011 umgesetzt wurden, hatten Auswirkungen auf Kaderärzte. «Abrechnung, Dokumentation, Qualitätsmanagement wurde immer wieder neu in den Fokus genommen», rechnet Hollmann. Menge und Frequenz der Reformen werde vermutlich so weitergehen. Denn man möchte verhindern, dass sich Ärzte und Kliniken auf das System einstellen und es verstehen. Und wenn sie es verstanden haben, folge der nächste Umbau, sodass sie es nicht nutzen können.

Politisch gewolltes Kliniksterben

Hollmann übt Kritik am DRG, wie sie in Deutschland eingeführt wurde. Plakativ zeigt er die Folgen: «In Deutschland hat man sich entschieden, nicht mehr in Kliniken zu investieren. Die staatlichen Zuschüsse wurden massiv zurückgefahren. Und schafft es ein Klinikum gerade so, eine schwarze Zahl

zu schreiben, fehlt das Geld für Investitionen.» So spreche man in der deutschen Gesundheitspolitik davon, dass rund 400 von insgesamt 2'200 Kliniken schliessen oder in neue Trägerschaften übergehen.

Hollmann blickt in den Saal und fragt: «Wie viele Kliniken gibt es in der Schweiz?». Das Publikum rätselt. Niemand kennt die Zahl. «In Deutschland wird Ihnen vermutlich jeder Chefarzt sagen können, wie viele Kliniken bestehen, weil er sich ständig fragen muss: Wird es meine Klinik schaffen?». Deutsche Chefarzte seien tief mit wirtschaftlichen Themen betraut, weil sie wissen, dass es auch um ihre Arbeitsplätze gehe.

Ihre Furcht ist berechtigt: Die Website «Kliniksterben.de» führt einen elektronischen Friedhof mit Kliniken, die es nicht

geschafft haben. Eine lange Liste. Und man gehe davon aus, so Hollmann, dass – politisch gewollt – in den nächsten Jahren hunderte Kliniken vom Markt verschwinden – durch Fusionen, Übernahmen oder Trägerschaftswechsel. «Dieser Wandel ist dem DRG-System geschuldet», sagt Hollmann.

13'000 Fachleute für die Kontrolle der Kontrolle

DRG hat die medizinische Arbeit in den Spitätern tiefgreifend verändert. Deutschland arbeitet seit neun Jahren mit dem System – mit erkennbaren Folgen. Im deutschen Gesundheitssystem beschäftigen sich immer Menschen mit dem Jonglieren von Zahlen. So nahmen Kliniken zwischen 2004 und 2009 durch das Optimieren von DRG-Ziffern zwischen zwei und drei Milliar-



In Deutschland werden leichtere Babies geboren, weil Kliniken dank DRG mehr Geld für Früh- und Leichtgeburten erhalten.

Foto: Fotolia.com



Der makroökonomische Trend der Gesundheitswirtschaft verschiebt sich zunehmend vom Patientenwohl zum Renditewohl», erklärt Jens Hollmann.

Foto: Markus Gubler

den Euro ein, wie eine Dresdner Studie vorgerechnet hat. «Der medizinische Dienst der Krankenkassen, eine gemeinsame Institution der deutschen Krankenkassen, hat rund 6'500 Mitarbeiter, die nur damit beschäftigt sind, die Rechnungen zu kontrollieren, welche die Krankenkassen anzweifeln. Und deutsche Kliniken haben schätzungsweise 7'000 Mitarbeitende eingestellt, die Rechnungen so ausstellen, dass sie für die Klinik möglichst gut codiert sind. Im deutschen Gesundheitssystem arbeiten heute 13'000 Fachleute, die nur für die Kontrolle der Kontrolle zuständig sind», fasst Hollmann zusammen.

Diese Verschlüsselung von Krankheiten, die optimale Vercodung zwischen Haupt- und Nebendiagnosen, verändert auch die Arbeit der Ärzteschaft in den Spitälern: «Heute verbringen viele Chefarzte weit über 50% ihrer Arbeitszeit mit nichtärztlichen Tätigkeiten.» DRG hat nicht nur den Administrationsaufwand erhöht, sondern auch zu befremdenden Effekten geführt: «In Deutschland werden leichtere Babies geboren. Der Grund: Kliniken erhalten dank DRG mehr Geld für Früh- und Leichtgeburten. Bereits winzige Unterschiede im dokumentierten Geburtsgewicht führen zu einer anderen Fallpauschale, was einem Krankenhaus bis zu 20.000 Euro mehr einbringt.»

Vom Patientenwohl zum Renditewohl

Fallpauschalen haben ökonomische Sichtweisen in die Medizin gebracht und ungeahnte Konfliktfelder geschaffen: Das naturwissenschaftliche Menschenbild bröckle und mit ihm die ursprüngliche Funktion des Arztes als Therapeut, so Hollmann. «Der Patient wird zum Kunden und der Arzt immer stärker zum Unternehmer. Wie lange belegt dieser Patient das Spitalbett? Wie lässt sich seine Krankheit verschlüsseln?». Solche Überlegungen zu Grenzweildauer und zu Verschlüsselungen von Krankheiten seien mittlerweile Alltag in jeder deutschen Klinik. Der makroökonomische Trend der Gesundheitswirtschaft verschiebe sich zunehmend vom Patientenwohl zum Renditewohl. Dies binde auch die Kräfte der Kaderärzte – ohne nennenswerte und nachhaltige Verbesserungen. «Dadurch entstehen Konflikte innerhalb der Spitäler. Viele Chefarzte in Deutschland haben mittlerweile erkannt, dass sie auf Augenhöhe mit der Geschäftsleitung kommen müssen. Sonst werden sie nur noch Getriebene sein.»

Wie stark sich der berufliche Alltag mit DRG gewandelt hat, zeigt Hollmann anhand des aktuellen Ärztemonitors. Darin geben lediglich 16 Prozent der befragten Ärzte an, noch ausreichend Zeit für die Behandlung der Patienten zu haben. Der höhere Adminis-

trationsaufwand gepaart mit dem zunehmenden Kostendruck führe in den Kliniken, so Hollmann, zu zahlreiche Konfliktarten: Verteilungskonflikte zwischen Chefarzten nehmen zu, was dazu geführt hat, dass der eine gegen den anderen wegen zu geringer Erlöse ausgespielt wird. «Gleichzeitig verschärfen sich auch Ziel-, Bewertungs- und Einstellungskonflikte in den Kliniken. Die bekannten Schlagworte sind: Rendite versus Patientenwohl.»

Fehlender offener Diskurs

Ein Zuhörer bekundet mit dieser Gegenüberstellung Mühe. Hollmann gibt ihm Recht. Er fügt aber an, dass sich der Widerspruch Rendite und Patientenwohl nur auflösen lässt, wenn die medizinischen und ökonomischen Entscheidungsträger ebenbürtig sind. «Im Idealfall sind beide Perspektive deckungsgleich. Dies ist aber in den wenigsten Kliniken Realität», ergänzt er. Verschiedene Anwesende berichten von eigenen Erfahrungen. «In welchen Spitälern haben Administratoren Verständnis für medizinische Belange und umgekehrt?», fragt ein Zuhörer. Hollmann widerspricht: «Die Zeiten sind vorbei, wo in einer Klinik gesagt werden kann: «Es ist euer Problem». Gute Kliniken sagen: «Es ist unser Problem». Das hat viel mit Kultur zu tun. Nach dem Motto: «we have to be safe to dis-



Im deutschen Gesundheitssystem arbeiten heute 13'000 Fachleute, die nur für die Kontrolle der Kontrolle zuständig sind.

Foto: Fotolia.com

agree.» Doch dieser offene Diskurs, bei dem die administrativen, ökonomischen und medizinischen Sichtweisen angehört und berücksichtigt werden, wird nur wenigen Krankenhäuser gepflegt.»

Deshalb kaufen in Deutschland die ersten Ärzte Kliniken. Sie wollen sich nicht länger vom Kaufmann führen lassen, so Hollmann. «Es sind vor allem jüngere Ärzte, die einen MBA machen und dann die Klinikleitung übernehmen. Sie vereinen beide Perspektiven. Ein neues Bild.»

«Ich liebe meinen Beruf und hasse meinen Job»

Wie stark die Spitalärzte mit DRG unter Druck geraten sind, verdeutlicht Jens Hollmann anschliessend an der Restrukturierung des Unispitals Zürich. In einer Studie wurde das betroffene Personal nach den Gewinnern und Verlierern der Restrukturierung gefragt – mit einem klaren Ergebnis: Klinikdirektoren, Spitalärzte und Patienten verlieren auf Kosten der Bereichsleitung, Administration und Spitaldirektion.

Deshalb empfiehlt Hollmann, sich frühzeitig nach Mitarbeitenden Ausschau zu halten, die nichtärztliche Administrationsaufgaben übernehmen. «Sonst sind Spitalärzte irgendwann keine Ärzte mehr. Oder wie ein Schweizer Arzt während eines Seminars resümierte: ich liebe meinen Beruf und hasse meinen Job.»

Schweizer Kaderärzte unvorbereitet

Diese Aussage widerspiegelt die konservative Grundhaltung vieler Kaderärzte. Doch je mehr sich die Führungsorganisation dezentralisiert, desto mehr muss sich der Kaderarzt auch mit Sachfragen und Managementthemen beschäftigen. Noch messen viele Schweizer Kaderärzte Management- und Führungskompetenz wenig Bedeutung bei, wie Hollmann anhand einer Masterarbeit aufzeigt. Die Masterarbeit fragt, weshalb viele Kaderärztinnen und -ärzte nicht über einen Abschluss in Führung und Management verfügen. Ein Drittel antwortet darauf, keine Zeit zu haben, ein Viertel bemängelt die Unterstützung durch den Arbeitgeber und jeder Zehnte meint, eine derartige Ausbildung sei für ihre Funktion gar nicht nötig. Die Arbeit kommt zum Schluss, dass Kaderärzte in der Schweiz nicht systematisch auf ihre Funktionen vorbereitet werden. Für Hollmann steht fest: «Ein grosser Teil hat die Bedeutsamkeit von Personalführung und Management nur partiell erkannt.» Ganz anders in Österreich. Hier werden leitende Positionen nur an

Ärztinnen und Ärzte vergeben, die eine Ausbildung in Personal- und Organisationsführung absolviert haben.

Leadership 2.0

Hollmann hätte sich gewünscht, dass Kaderärzte von sich aus die Zeichen der Zeit erkennen: aus Notwendigkeit zur Einsicht. Denn die nächste Generation, die sich heute in den Spitälern ausbilden lasse, stelle andere Ansprüche, so Hollmann. Junge Ärzte verfolgen beruflichen Karrieren nicht mehr um jeden Preis. Privatleben und persönliche Freiheiten seien genauso wichtig. «Wir erleben eine Ärztegeneration, die engagiert ist und die vollen Einsatz leistet – bis 17.00 Uhr.» Viele Kliniken in Deutschland bekunden Mühe mit den veränderten Bedürfnissen. «Wir erleben momentan eine Abstimmung mit den Füssen. Mehr und mehr deutsche Kliniken führen so genannte Exit-Interviews mit ehemaligen Mitarbeitenden, um herauszufinden, weshalb sie gegangen sind. Es wird momentan viel Geld ausgegeben für Reparaturen anstelle einer strategischen Personalentwicklung.»

Ein Umdenken sei aber im Gange. Dies sei auch notwendig. «Organisationsstrukturen und Führungskräfte werden sich neu legitimieren müssen. Das System ist sehr viel dynamischer, komplexer und offener geworden: Klinikübernahmen sind an der Tagesordnung und die Konkurrenz zwischen den Ärzten verschärft sich. Kündigungen von Chefarzten sind mittlerweile normal. Vor zehn Jahren war das undenkbar», fasst Hollmann die jüngsten Entwicklungen im deutschen Gesundheitssystem zusammen. Führungskräfte, dazu zählt Hollmann auch Kaderärztinnen und Kaderärzte, müssen sich mit diesen Komplexitäten und dem Unsicherheiten auseinandersetzen. Denn in dieser dynamisch-komplexen Umwelt des Gesundheitssystems, sind sie auf Mitarbeiter angewiesen. «Die Medizin der Zukunft ist eine Team-Medizin», zitiert Hollmann den FDP-Nationalrat Ignazio Cassis. Die neue Führungslehre, Leadership 2.0, verlange von der leitenden Ärzteschaft, dass sie ihre Mitarbeiter motivieren, inspirieren und wertschätzen. «Diese Dinge lassen sich nicht mit Geld kaufen. Menschen machen es, weil sie es machen wollen», schliesst Jens Hollmann sein Referat.

Der Abdruck des Artikels erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Referenten und des VLSS.

Von der FFE zur FU

Ergänzende Information
zum Artikel
in doc.be 6/2012

Auf Anfrage hat sich ergeben, dass die GEF im Bereich Fürsorgerische Unterbringung (FU) keine eigenen Informationen mehr publiziert. Die GEF ersetzt den Leitfaden zur Fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE) nicht mehr. Die Zuständigkeit liegt nunmehr bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), die neu auch das Formular für die FU herausgibt. Die GEF hat die KESB darauf hingewiesen, dass Ärztinnen und Ärzten den Leitfaden und die Checkliste als sehr hilfreich empfanden. Sie hat das Anliegen deponiert, dass diese Dokumentation auch in Zukunft wieder angeboten werden sollte. Da die KESB derzeit sehr stark mit Einführungsarbeiten beschäftigt ist, steht noch nicht fest, ob und ab wann die Unterlagen verfügbar sein werden.

*Dr. iur. Oliver Macchi,
Rechtsberatungsstelle BEKAG*

BEKAG-Fortbildungsveranstaltung zum neuen Erwachsenen- und Kinderschutzrecht

Prof. Marco Zingaro, Fürsprecher und Dozent an der Berner Fachhochschule für soziale Arbeit, referiert im grossen Saal des Landgasthofs Schönbühl. Mit anschliessendem Apéro. Sie ist für BEKAG-Mitglieder kostenlos.

**Donnerstag, 28. März 2013
15.00 - 17.00 Uhr
Landgasthof Schönbühl**

Die Teilnehmenden erhalten 2 Fortbildungspunkte. Interessierte melden sich bitte bis am Freitag, 15. März, beim Sekretariat an: info@bekag.ch oder 031 330 90 00.



SCHWEIZERISCHE HIRNLIGA
LIGUE SUISSE POUR LE CERVEAU
LEGA SVIZZERA PER IL CERVELLO

Die schweizerische Hirnforschung gehört zur Weltspitze. Um diese Forschung weiter zu unterstützen und voranzutreiben, haben engagierte Wissenschaftler 1995 die Schweizerische Hirnliga gegründet. Die bedeutenden Fortschritte in der Behandlung von Hirnschlägen, Multipler Sklerose und der Parkinson Krankheit weisen darauf hin, dass sich die Forschung auf dem richtigen Weg befindet. Die Schweizerische Hirnliga fördert diese Entwicklungen ebenso wie die Bestrebungen, Therapien von Alzheimer-Krankheit, Depressionen, Hirntumoren und Suchtkrankheiten zu verbessern.

Zu ihren wichtigsten Anliegen gehört auch, die Bevölkerung über die Möglichkeiten zur Gesunderhaltung des Gehirns zu informieren. Dazu gibt die Schweizerische Hirnliga viermal im Jahr das Magazin «das Gehirn» heraus.

«Das Gehirn» bestellen Sie auf www.hirnliga.ch oder telefonisch unter 031 310 20 90. Übrigens: Spenderinnen und Spender der Schweizerischen Hirnliga erhalten «das Gehirn» kostenlos.

Schweizerische Hirnliga
Postgasse 19, Postfach
CH-3000 Bern 8

Tel. 031 310 20 70
Fax 031 310 20 82
info@hirnliga.ch

Spendenkonto PC 30-229469-9

das Gehirn



SCHWEIZERISCHE HIRNLIGA
LIGUE SUISSE POUR LE CERVEAU
LEGA SVIZZERA PER IL CERVELLO

Inhalt Nr. 1/2013

Editorial

2

«Roosevelt sässe heute nicht im Rollstuhl». Replik vom Präsidenten der Schweizerischen Hirnliga Christian W. Hess

3

Intuition statt Reflexion – verblüffende Denkfehler

4-5

«Für sich alleine zu kochen heisst, sich etwas Gutes zu tun.» Interview mit Annermarie Wildeisen.

6-7

Vorschau

8

Das Gehirn schläft nie



Bild: Fotolia

Die Leuchtziffern des Weckers stehen auf 04:00. Hellwach liegt Franziska Bracher im Bett. Nun versteht sie, was ihre Freunde gemeint haben, als sie sie vor dem Jetlag gewarnt haben! Seit sie vor zwei Tagen aus Los Angeles zurückgekommen ist, passt nichts mehr: Tagsüber kämpft sie, um sich am Bürotisch wach zu halten, nachts im Bett fühlt sie sich lebhaft und munter.

Schlafprobleme sind weit verbreitet. Ein Grund dafür ist, dass wir zu wenig auf den Rhythmus unseres Körpers hören. Schlaf Forscher erklären, dass die Erfindung der Glühbirne den menschlichen Schlaf durcheinander gebracht hat. Während unsere Vorfahren Schlaf und Arbeit nach dem natürlichen Tageslicht ausgerichtet

haben, können wir heute nachts das Gleiche machen wie tagsüber – in unterbrochen. Die Nacht zum Tag zu machen hat Folgen, wie Alexander Borbély, Schlaf Forscher und emeritierter Professor der Universität Zürich, erklärt: «Der Schlaf-Wachzyklus wird von einem körpereigenen Rhythmus mitbestimmt, der eine Periodik von ungefähr 24 Stunden aufweist. Wir können unsere Schlafgewohnheiten nicht beliebig verändern.»

Das Gehirn ist immer aktiv

Schlafen wir zu wenig oder zur falschen Tageszeit, fühlen wir uns nicht wohl – wir sind unkonzentriert, weniger leistungsfähig und reagieren langsamer als nach einer durchge-