



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Nr. 5 / Oktober 2010
www.berner-aerzte.ch

Themen dieser Ausgabe:

<u>Der Verein für freie Arztwahl bezieht zu Managed Care Stellung</u>	2
<u>Klausurtagung vom 18.8.: Managed Care revised!</u>	3
<u>Die ärztliche Versorgungssituation des Kantons Bern</u>	6
<u>Interview mit P. Wolf: «Ich habe einfach zugehört»</u>	8
<u>Neuer Anlauf für die Einheitskasse</u>	10
<u>Einheitskasse – Ende des Scheinwettbewerbs oder der Wahlfreiheit?</u>	11
<u>eHealthSuisse – Gesundheitsdaten digital</u>	13
<u>Ware Gesundheit</u>	14

Notfalldienst – spannende Herausforderung oder Schikane?



Zu den Fakten: Die lokale Notfallsituation kann für eine junge Kollegin, einen jungen Kollegen ausschlaggebend sein für eine Praxisübernahme. Ärztinnen und Ärzte sind heute bereit, mehrere tausend Franken Ersatzabgabe zu bezahlen, um keinen Notfalldienst leisten zu müssen. In städtischen Agglomerationen setzen sich immer mehr gewinnorientierte private Notfallorganisationen fest. Und die FMH fordert eine bessere Integration der Notfallärzte in die Rettungskette. Zugleich wachsen im Kanton Bern innovative Versorgungsmodelle für den ambulanten Notfalldienst. Die jüngsten Entwicklungen belegen: Stimmt das organisatorische Umfeld, ist der Notfalldienst medizinisch interessant und attraktiv.

Der Notfalldienst gibt zu reden: er sorgt – neben der integrierten Versorgung – in der Berner Ärzteschaft am meisten für Gesprächsstoff. Die Streitpunkte sind kontrovers, politisch geladen und häufig auch von Partikularinteressen geleitet. Von den genannten Fakten gefällt mir persönlich der letzte Punkt am besten: Notfalldienst leisten ist spannende Arbeit. Sie soll aber gut strukturiert, stressfrei und nicht zuletzt auch angemessen entschädigt sein. Einige Bereiche können wir selber beeinflussen, andere leider weniger. Die Ärzteschaft und ihre Standesorganisationen müssen hier aktiv mitarbeiten. Es wäre aus meiner Sicht ein Verlust für das Berufsbild des Praktikers, wenn der ambulante ärztliche Notfalldienst ohne uns funktionieren würde. Die BEKAG betreibt seit Jahren eine vorausschauende aktive Politik zugunsten des Notfalldienstes.

Obschon der Weg teilweise steinig und mühsam ist, können wir doch erste Erfolge erkennen: Die Hausarztposten reihum, das medizinische Call Center MEDPHONE, die politischen Vorstösse im Grossen Rat zugunsten der ambulanten Medizin, die Interessensgemeinschaften Spital/Notfallkreis beweisen den richtigen Ansatz.

Noch haben wir, Kolleginnen und Kollegen, die Chance, den Notfalldienst nach eigenen Vorgaben attraktiv zu machen – nutzen wir sie!

Daniel Marth
Vorstandsmitglied Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Verein für freie Arztwahl
und für mehr Basisdemokratie

Der Verein für freie Arztwahl bezieht zu Managed Care Stellung

Im Rahmen der freien Meinungsbildung und im Interesse einer hohen Transparenz ermöglicht der Vorstand der BEKAG dem «Verein für freie Arztwahl» die nachfolgende Stellungnahme. Der Text ist nicht identisch mit der Meinung des Vorstandes der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern zu integrierten Netzen. Es sei an dieser Stelle auf den Artikel zu diesem Thema in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 34 verwiesen und auf die Reaktion des Zentralvorstandes der FMH.



Dr. med. Daniel Bracher,
Präsident Verein für freie
Arztwahl

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die vom Nationalrat verabschiedete und vom Zentralvorstand der FMH (ohne Legitimation durch eine Urabstimmung) unterstützte Managed-Care-Vorlage verletzt mehrfach und grob die von unserem Vorstand erarbeitete Position. Welches ist der Hauptpunkt unserer Opposition und was ist zu tun?

Der **Hauptpunkt** ist die **Wettbewerbsverzerrung**. Bisher galt: Der Gesetzgeber bestimmt die Rahmenbedingungen, die Krankenkassen kalkulieren die Prämien, der Versicherte wählt. Neu wollen die klugen Politiker die dummen Versicherten auf den ‚richtigen Weg‘ der Netzwerke mit Budgetmitverantwortung (NmBmV) zwingen, indem sie **als Gesetzgeber festlegen**, dass alle nicht NmBmV-Versicherten, durch einen doppelten Selbstbehalt bestraft werden.

Konkret: Der chronisch Kranke zahlt bei freier Arztwahl und einer Franchise von Fr. 300.– u.E. zu Recht eine höhere Prämie, sieht aber zusätzlich auf jeder Rechnung seine Rückvergütung neu um 20% gekürzt. Bei Jahreskosten von Fr. 5'300.– zahlt er neu Fr. 1'300.– bzw. Fr. 500.– mehr aus dem eigenen Sack als der NmBmV-Versicherte. Zudem kann der Bundesrat eine Erhöhung der Obergrenze verordnen, so dass der Versicherte bei Jahreskosten von Fr. 7'300.– neu Fr. 1'700.– bzw. Fr. 700.– mehr selber bezahlt. Die gewollten Folgen sind klar: Nur noch ca. 20 Prozent werden sich den Sondervertrag freie Arztwahl leisten, ca. 80 Prozent der Bevölkerung versichern sich aus Kostengründen im neuen Normvertrag NmBmV, alles andere (Hausarztmodelle) entfällt.

Diese Bevorzugung der NmBmV ist deshalb nicht gerechtfertigt, weil es Vorbehalte gibt: Der direkte Gang zum Augen- oder Hautarzt usw. kann effizienter sein als der Umweg über den Hausarzt. Es ist nicht einzusehen, wieso Netze ohne Budgetmitverantwortung weniger effizient sein sollen. Netze mit Budgetmitverantwortung können auch zu verdeckter Rationierung führen. Andere Massnahmen im Gesundheitswesen, wie z.B. die monistische Finanzierung, wären dringender einzuführen. Siehe für Details im Forum (s.u.) These 9.

Was ist zu tun? Kümmert Euch um Politik, wenn Ihr unliebsame Folgen vermeiden wollt. Lest in <http://vfa.forencity.ch> unsere Thesen, und unter ‚Frühere Verlautbarungen‘ unseren Aufruf, die Replik des Zentralvorstandes, unsere Duplik und die zweite Replik des ZV. Urteilt, und wenn Ihr kämpfen wollt, so geht auf unsere Homepage www.verein-freie-arztwahl.ch und tretet der Vereinigung bei. Noch heute. (Mitgliederbeitrag freiwillig, empfohlen Fr. 30.–.)

Beschliesst an der DV, dass, falls die Bestrafung durch den doppelten Selbstbehalt nicht aus dem Gesetz gestrichen wird, die BEKAG das Referendum unterstützt.

Klausurtagung vom 18. August 2010 der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern

Managed Care revised!



Marco
Tackenberg,
Presse- und
Informations-
dienst BEKAG

Im Höchhus Steffisburg traf sich der Vorstand der BEKAG, um die eigenen Positionen zu Managed Care – die letztmals 2003 formuliert wurden – einer kritischen Überprüfung zu unterziehen. Unter welchen Bedingungen kann die Ärzteschaft im Kanton Bern integrierten Versorgungsnetzen zustimmen? Aus der intensiven und teilweise auch kontroversen Diskussion ergaben sich folgende neun Rahmenbedingungen. Vorauszuschicken ist, dass der Vorstand unter einem integrierten Versorgungsnetz eine Gruppe von Leistungserbringern versteht, die sich zum Zweck einer verbesserten Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen.



Die Zeit vergeht, der Konsens steht noch aus: Präsident Beat Gafner und Vorstandsmitglied Peter Baumgartner (sitzend).

Foto: Marco Tackenberg



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Gesundheitspolitische Positionen des Vorstandes der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern zu Integrierter Versorgung

1. Zentrale Voraussetzungen für die Einführung integrierter Versorgung sind ein **morbiditätsorientierter, verfeinerter Risikoausgleich** und eine wissenschaftliche **Begleitevaluation**.
2. Es braucht eine **ärztliche Patientenführung über die ganze Behandlungskette des Netzwerks hinweg** und damit eine Optimierung der Behandlungsqualität. Die Netzwerke integrieren Grundversorger, Spezialisten, Spitäler und nachgelagerte Betreuungsstrukturen.
3. Integrierte Versorgung braucht ein **Qualitätsmanagement und eine Qualitätskontrolle**. Die Fokussierung ist auf **Qualität und Patientennutzen** gerichtet und nicht auf direkte Kostenfolgen.
4. Die **freie Arztwahl** innerhalb eines Netzwerkes muss gewährleistet sein. Die Patientenführung kann sowohl von einem Grundversorger wie von einem Spezialisten ausgeübt werden.
5. Eine **Budgetverantwortung** – im Sinne eines Globalbudgets – wird abgelehnt.
6. Eine allfällige **Budgetmitverantwortung** der Leistungserbringer muss **freiwillig** sein. Die Regelungen müssen in diesem Fall **ethisch** vertretbar sein. Eine Budgetmitverantwortung kann **nur beim Netzwerk** und darf nicht beim einzelnen Arzt liegen. Eine Kostenkontrolle muss über eine Periode von mehreren Jahren angewendet werden. Wo ein **Bonus oder Malus** zur Geltung kommt, muss der Betrag begrenzt sein. Die Leistungserbringer fordern eine **Mitsprache bei der Prämiengestaltung**.
7. Verschiedene Modelle eines einzelnen Krankenversicherers in der Grundversicherung sind vorerst mit **identischen Prämien** einzuführen. Der Anreiz zum Eintritt in ein integriertes Versicherungsmodell darf nicht über Kostenunterschiede (wie differenzierte Selbstbehalte) gehen. Vielmehr müssen **Qualitätsmerkmale** ausschlaggebend sein.
8. Es gilt eine **eidgenössische Tarifstruktur** mit einem nach unten begrenzten Taxpunktwert. Die Vergütung der Leistungen wird zwischen Versicherer und Leistungserbringer vertraglich geregelt.
9. In Ärztenetzwerken mit integrierter Versorgung regelt das Netzwerk die **Funktion des Vertrauensarztes**.

Vorstandsmitglied Marcel Stampfli unterstrich – und diesem Punkt konnten alle zustimmen – dass Spezialisten zum Netzwerk gehören und auch die koordinierende, Funktionen für den Patienten übernehmen können (Punkt 4). Vor der «Black Box Budgetmitverantwortung» warnte Daniel Marth. Wenn überhaupt Budgetmitverantwortung, so die Arbeitsgruppe um Vizepräsident Rainer Felber, dann müsse es sich um eine mehrjährige Kostenkontrolle handeln (Punkt 6). Auch der Sekretär, Thomas Eichenberger, warnte vor einer Budgetmitverantwortung, die sich letztlich als eine Art Globalbudget entpuppe: «Wir kennen die Mechanik von den LeiKoV-Verhandlungen. Nur würde das Budget in diesem Fall nicht mehr zentral verwaltet, sondern atomisiert über das ganze Land verteilt. Der organisierten Verhandlungsmacht der Krankenkassen drohen die vereinzelt Netzwerke relativ hilflos zu begegnen.»

Die ganze Reform steht und fällt, so Peter Baumgartner, mit dem morbiditätsorientierten, verfeinerten Risikoausgleich und einer begleitenden, wissenschaftlichen Evaluation (Punkt 1). Weniger einig waren sich die Vorstandsmitglieder, ob integrierte Versorgungsnetze mit einem differenzierten Selbstbehalt für Patienten zu fördern seien. Thomas Heuberger: «Wenn wir via Beitragssystem die Patienten in Managed-Care-Modelle lenken, torpedieren wir unsere bisherige Politik für die freie Arztwahl.» Andere argumentieren, dass die Reform nur dann Spareffekte bringe, wenn sich ein Grossteil der Patienten für



Vorstandsmitglieder ringen um die passende Formulierung der gesundheitspolitischen Positionen. (v.l.n.r. Andreas Bieri, Thomas Heuberger, Rainer Felber, Roland Brechbühler und Manfred Studer)

Foto: Marco Tackenberg

diese Modelle entscheide – und dafür brauche es einen differenzierten Selbstbehalt. Am Schluss setzte sich die Meinung durch, dass sich die Netzwerke über eine bessere Qualität positionieren sollen. Finanzielle Anreize könnten sogar hinderlich sein: Weil damit das Vorurteil der Billigmedizin bekräftigt würde.

Es war der umsichtigen Gesprächsführung des Präsidenten, Beat Gafner, zu verdanken, dass aus der teilweise er-

schöpfenden Diskussion zu guter Letzt neun Eckwerte hervorgingen, hinter die sich die Vorstandsmitglieder stellen können.

McKinsey will mehr Best-Practice

Auf grosse Beachtung stiess das Inputreferat des McKinsey-Beraters Arjen Iwema zu «Patientenorientierter Gesundheitsreform» (cf. Artikel in Politik+Patient 2-2010: «McKinsey kommt»). Iwema, der



Arjen Iwema, Junior Partner bei McKinsey & Company, zeigte auf, dass die Schweiz zwar ein sehr gutes und entsprechend teures Gesundheitssystem hat. Bei vielen Krankheiten werden aber zu wenig systematisch Best-Practice-Elemente angewendet.

Foto: Marco Tackenberg

seine Trouble-Shooter-Qualitäten gleich zu Beginn anhand der Beamer-Technologie im Höchhus unter Beweis stellte, präsentierte konkrete Reformideen für das schweizerische Gesundheitswesen.

Anklang fand beispielsweise der Ansatz, drei Krankheitsbilder zu bestimmen, bei welchen die Schweiz im internationalen Vergleich unterdurchschnittlich punkto Best-Practice-Behandlungen abschneidet. Raucherkrankheiten, Hypertonie sowie die Behandlung des Mamma-karzinoms, so der Vorschlag, sollen im Fokus einer Managed-Care-Reform stehen. Leitgedanke ist nicht die Kostenreduktion, sondern die bessere Behandlungsqualität.

Glauser versus Cassis

Einen freundlichen, aber intensiven Schlagabtausch zu Managed Care lieferten sich Rosmarie Glauser, politische Sekretärin des VSAO, sowie Ignazio Cassis, FDP-Nationalrat und FMH-Vizepräsident. Glauser warnte die Ärzteschaft vor zuviel Optimismus bei Managed Care. Gerade die «finanziellen» Aspekte könnten dazu führen, dass Leistungserbringer, die nicht in einem Managed-Care-Modell sind, kaum noch Patienten haben.

Wie soll beispielsweise eine junge Ärztin, die eine Praxis eröffnen will, einen Businessplan gegenüber dem Kreditgeber vorlegen, wenn sie auf Gedeih und Verderb auf das Mitmachen in einem Netzwerk angewiesen ist? Cassis wiederum betonte, dass die integrierten Versorgungsnetze von den Leistungserbringern gebildet werden und unabhängig von den Krankenversicherungen mit eigener juristischer Form funktionieren müssen.

Damit werden bewusst andere Managed-Care-Modelle – wie sie beispielsweise von Versicherungen mit angestellten Ärzten angeboten werden – ausgeschlossen. Es gelang Cassis aufzuzeigen, wie sich die FMH im Sinne der Patienten und Leistungserbringer in den Reformprozess eingebracht hat – und immer noch einbringt.



Rosmarie Glauser, politische Sekretärin VSAO, warnt vor versteckter Rationierung und Willkür der Kassen in Folge der Managed-Care-Reform.

Foto: Marco Tackenberg



Ignazio Cassis, FMH-Vizepräsident und freisinniger Nationalrat, flankiert von den Vorstandsmitgliedern Thomas Heuberger (links) und Marcel Stampfli.

Foto: Marco Tackenberg

Die ärztliche Versorgungssituation des Kantons Bern Umfrage 2010

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung muss nachhaltig gesichert sein. Eine umsichtige Planung bedingt zunächst eine fundierte Kenntnis des Status Quo. Wie verteilt sich die ärztliche Versorgung im Kanton Bern? Sind alle Disziplinen genügend vertreten oder besteht ein Über- oder Mangelangebot? Diese Fragen beantwortet die hier präsentierte Umfrage zur ärztlichen Versorgungssituation des Kantons Bern.



Dr. med.
Andreas Bieri,
Studienleiter und
BEKAG-Vorstandsmitglied

Die Befragung richtete sich an Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxis im Kanton

Bern. Von den 2'103 verschickten Fragebogen kamen 40% beantwortet zurück. Damit fällt der Rücklauf leicht hinter den Stand der letzten Umfrage: Vor einem Jahr waren es 1'863 Fragebogen mit 45% Rücklauf. Die Rücklaufquoten lagen in den Regionen zwischen 31% (Bern Stadt) und 55% (Oberland Ost).

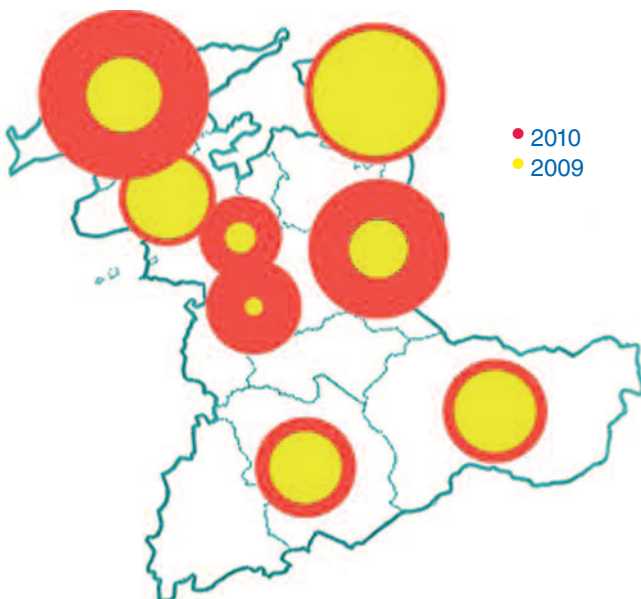
Die Ärztinnen und Ärzte wurden gefragt, ob sie einen Mangel in ihrem eigenen oder in einem anderen Fachgebiet wahrnehmen. Wie schon bei der letzten Umfrage erfolgte die Auswertung auch dieses Mal nach der folgenden Formel: Alle angeschriebenen

Ärztinnen und Ärzte konnten die Versorgungssituation von 35 unterschiedlichen Facharzttiteln in ihren Bezirksvereinen beurteilen. Das Pluszeichen steht für Überversorgung, das Minuszeichen für Unterversorgung. Die Gesamtzahl der Antworten pro Facharzttitel ergeben 100%. Plus- und Minus-Angaben neutralisieren. Das Resultat wird angegeben in % der überschüssigen Überversorgungs- oder Unterversorgungs-Beurteilungen. Als relevant wurden nur Resultate mit mehr als 25% betrachtet. In den folgenden Resultaten ist die Prozentangabe im Interesse der Übersichtlichkeit ausgelassen.

1. Mangelbeurteilung für Hausärzte

Flächendeckend beurteilen die Allgemeinmediziner eine Mangel-situation für Hausärzte im ganzen Kanton.

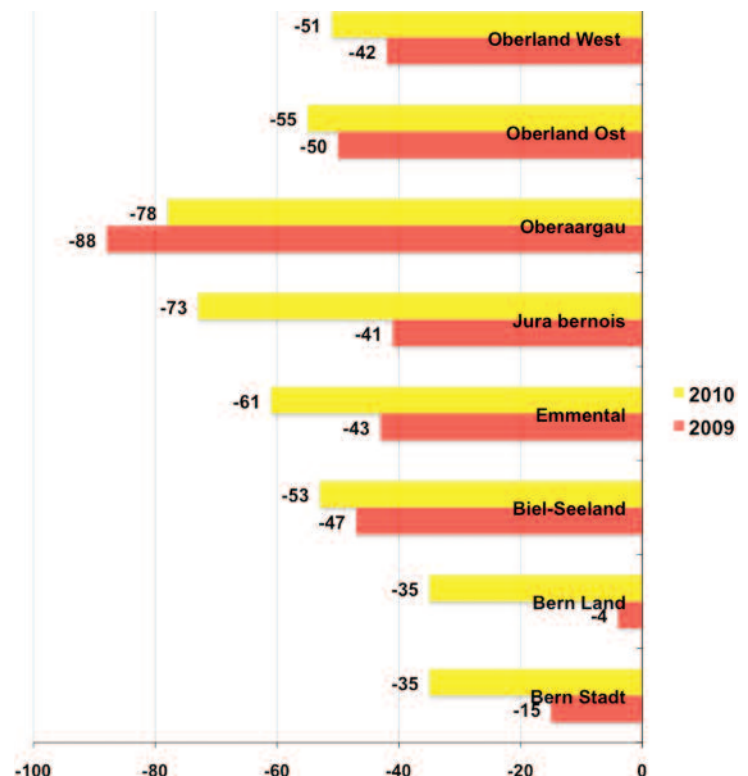
Grafik 1: Topografie der Unterversorgung in der Allgemeinmedizin



Die grössten Versorgungsengpässe registrierten die Befragten im Berner Jura, dem Oberaargau sowie dem Emmental. Im Berner Jura und im Emmental hat sich die Versorgungssituation seit 2009 erheblich verschlechtert. Und 2010 melden nun auch

Grundversorger aus der Stadt und der Region Bern, dass Hausärztinnen und Hausärzte fehlen.

Grafik 2: Hausärztemangel nach Regionen

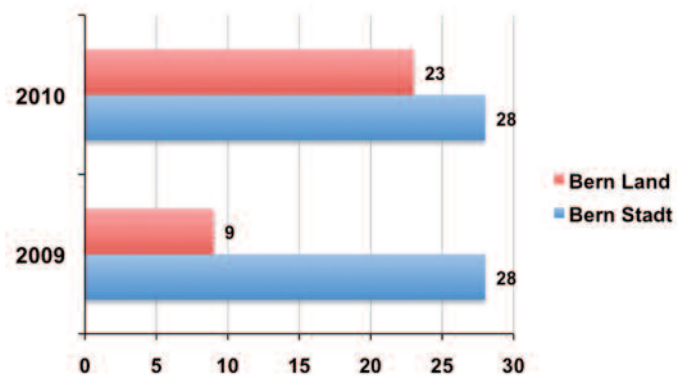


Die Resultate sind in Prozent angegeben (gemäss der beschriebenen Formel).

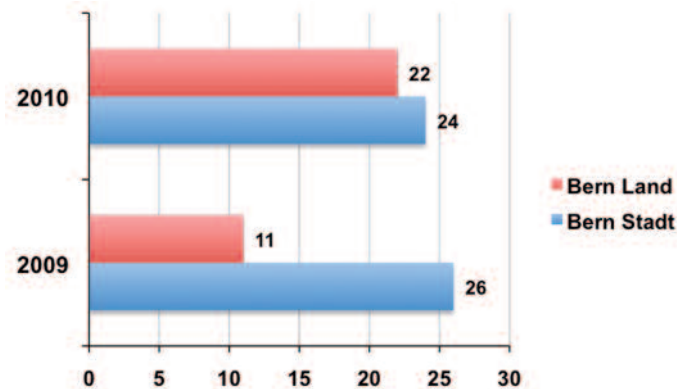
2. Überversorgung für einen Drittel der Berner Bevölkerung

Während die Hausärzteversorgung auch in der Region Bern zur Mangelware wird, bestätigt sich für die Stadt Bern eine Überversorgung für einige Fachgebiete, die sich neu auch in die Umgebung ausbreitet. Für die Region Bern, in der ein Drittel der Kantonsbevölkerung lebt, präsentieren sich andere Versorgungsprobleme als in den ländlichen Regionen. Das verdeutlichen die drei Grafiken zur Versorgungssituation in der orthopädischen Chirurgie, der Kardiologie sowie Radiologie. Nach 2009 beurteilen die Befragten auch 2010, dass diese drei Fachgebiete überversorgt sind.

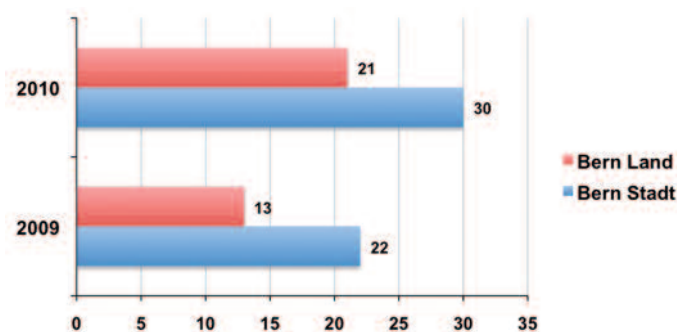
Grafik 3: Versorgungssituation orthopädische Chirurgen in Bern und Umgebung 2009 und 2010



Grafik 4: Versorgungssituation Kardiologen in Bern und Umgebung 2009 und 2010



Grafik 5: Versorgungssituation Radiologen in Bern und Umgebung 2009 und 2010



3. Die Versorgung mit Spezialisten ist kantonsweit fast generell gewährleistet

Für die Fachrichtungen Angiologie, Kardiologie und Nephrologie gibt es keine Mangelmeldungen. Für Dermatologie und Rheumatologie wurde in vier Regionen, für Neurologie in drei Regionen ein Mangel angegeben. Der Vergleich mit dem Vorjahr zeigt, dass die Spitalzentren ihr Angebot an Spezialisten ausgebaut haben.

4. Spezielle Mangelmeldungen

Psychiatrie:

Im ganzen Kantonsgebiet wird ein Mangel für Psychiater angegeben. Im Gegensatz zu anderen Disziplinen ist die Selbstbeurteilung in Bezug auf Mangelsituationen durch die Psychiater selber meist höher als durch die anderen Ärzte. Auf dem Land waren die Mangelbeurteilung betreffend Psychiatrie erheblich zurückhaltender.

Kindermedizin:

In diesem Fachgebiet wurde durchwegs ein hoher Mangel konstatiert. Eine Erklärung liegt in den vergleichsweise bescheideneren Ertragsmöglichkeiten von Kinderarztpraxen.

Ophthalmologen:

Das Fach Ophthalmologie generiert kantonsweit die grössten Mangelmeldungen. Dieser Befund erstaunt angesichts der Tatsache, dass der Kanton Bern über eine Augenklinik verfügt! Erklärungen sind unklar. Der Mangel an Ophthalmologen führt dazu, dass ein Teil der Bevölkerung durch ausserkantonale Augenzentren versorgt wird.

5. Die Studie ist lebendig

An zwei Beispielen kann man zeigen, dass die Studie Änderungen registriert.

Beispiel 1:

Neue Onkologin im Spital Langenthal ab Herbst 2009
Umfrageergebnis Onkologie: 2009 - 22%
2010 - 6%

Beispiel 2:

Neuer Angiologe im Spital Langenthal ab Frühjahr 2010
Umfrageergebnis Angiologie: 2009 - 18%
2010 - 2%

6. Zusammenfassung und Kommentar des Studienleiters

Der Mangel an Hausärzten, Kinderärzten und Augenärzten hat sich im ganzen Kanton akzentuiert. Neu wird dieser Fachkräftemangel auch in der Stadt und Agglomeration Bern relevant. Die Versorgung durch fachmedizinische Spezialisten ist für das ganze Kantonsgebiet gewährleistet. Zudem wurden einige Lücken geschlossen. Die Überversorgung in der Stadt Bern durch orthopädische Chirurgen, Kardiologen und neu Radiologen etabliert sich und erfasst die ganze Region Bern.

Betrachtet man nur die Versorgungsdichte – im Jahr 2009 kamen im ambulanten Sektor auf 100'000 Einwohner 206 Ärztinnen und

Ärzte – scheint der Kanton Bern über ausreichend Personal zu verfügen. Aber die fachliche und räumliche Aufteilung ist ungleich verteilt. Überversorgung und Mangelsituationen bringen Konfliktpotential und Gefahr von unnötigen Kosten. Wir sind alle in der Pflicht: Die Politik, die Regierung und die GEF genauso wie die

medizinische Fakultät, die Ärztesellschaften und die Spitäler. Der Spagat zwischen der Besetzung von Spitzenplätzen in der Medizin und der Sicherung einer angemessenen Grundversorgung ist für einen finanziell angeschlagenen Kanton schwer zu schaffen. Dabei wäre keine andere medizinische Fakultät

so prädestiniert, Hausärztinnen und Hausärzte auszubilden wie die Berner. Positive Beispiele aus Grossbritannien und den USA wären vorhanden. Doch nur 2 Prozent der heutigen Medizinstudenten wollen noch Hausarzt werden. Auf uns wartet viel Überzeugungsarbeit!

Jubiläums-Interview Piroshka Wolf – seit 25 Jahren im Dienste der BEKAG

«Ich habe einfach zugehört»

Seit 25 Jahren führt Piroshka Wolf das Sekretariat der Ärztesgesellschaft. doc.be traf die Jubilarin zum Gespräch und erhielt einen sehr persönlichen Einblick in gelebte Verbandsgeschichte.

Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst BEKAG

doc.be: Sie sind seit 25 Jahren Sekretariatsleiterin der BEKAG. Wie hat sich Ihr persönliches Aufgabenfeld im Laufe der Zeit gewandelt?

Piroshka Wolf: Enorm. Allein schon die technische Entwicklung. Es kommt mir vor, als wäre es erst gestern gewesen, als wir im Sekretariat noch mit Matrizenschreiber und Kugelkopfschreibmaschine arbeiteten. Und wie mich die Bürogemeinschaft im Sekretariat beneidete, als ich 1995, im Rahmen des RoKo-Pilotprojektes, als erste einen eigenen Computer bekam. Ein Geschenk von Anton Prantl von der Ärzteskasse. Die nötigen Computerkenntnisse eignete ich mir selber an. Bis heute habe ich nie einen PC-Kurs besucht. Mein Motto lautete stets «learning by doing». Dies gilt auch für mein Aufgabenfeld, das sich mit den Jahren laufend vergrössert hat. Ich hatte viele Jahre kein Pflichtenheft! Als Folge alltäglicher Herausforderungen habe ich heute viel mehr Kompetenzen und trage mehr Verantwortung – sicherlich ein positiver Aspekt meiner Arbeit.

Und was haben Sie für sich in dieser Zeit gelernt?

Sich in schwierigen Situationen zu behaupten und dabei das Persönliche nie aus den Augen zu verlieren. Eine Geschichte, die mich auch nach Jahren noch immer bewegt: Unser Sekretariat lag früher in der Berner Innenstadt. An der Hausfassade stand in grossen Buchstaben «Ärztesgesellschaft» geschrieben. Viele Patienten nahmen dadurch fälschlicherweise an, wir

wären eine Arztpraxis. Einmal kam eine alte Frau mit einer Puppe in der Hand in unser Büro. Sie war völlig verwirrt, wusste weder wie sie hiess noch wo sie war. Erst nach langem Zuhören und etlichen Telefonaten fanden wir heraus, dass die alte

Dame einem Heim ausserhalb von Bern entlaufen war. Wir brachten sie dann persönlich zum Bahnhof und setzten sie in den Zug. Durch Vorfälle wie diesen habe ich gelernt, wie wichtig es ist, Menschen einfach zuzuhören.



«Früher traten Mitglieder und Patienten sehr oft mit persönlichen Anliegen und Problemen an uns heran.»

Das Sekretariat war demnach mehr als nur Geschäfts- und Administrationsstelle. Wie haben sich die Anliegen der Patienten und Mitglieder seither verändert?

Früher traten Mitglieder und Patienten sehr oft mit persönlichen Anliegen und Problemen an uns heran. Dieser offene Kontakt hat merklich abgenommen, was ich sehr bedaure. Inzwischen kommt kaum jemand persönlich im Sekretariat vorbei. Das hängt stark mit der modernen Kommunikationstechnologie zusammen. Zuerst Telefon und heute E-Mail haben unseren Informationsaustausch zwar effizienter, aber auch distanzierter gemacht. Aus dem Verbandssekretariat ist ein professionelles Kompetenzzentrum geworden. Heute klären wir vornehmlich Tariffragen ab, kümmern uns um juristische Belange oder um Anliegen, welche die Notfalldienstpflicht betreffen.

Wo liegen derzeit die Herausforderungen des Verbandssekretariats?

Wir sind nach wie vor bestrebt, den Mitgliedern guten Service zu bieten. Dabei zeigt sich: die Kommunikation ist deutlich schneller geworden. Das wirkt sich auf die administrative Arbeit aus: Jeder will rasche Antworten, am besten umgehend. Und Patienten sind heutzutage viel besser informiert und stellen höhere Ansprüche an die medizinische Versorgung, was vor allem Mehraufwand für den Ombudsmann bedeutet. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist dadurch komplexer geworden. Früher war das Sekretariat auch Anlaufstelle für medizinische Fragen. Wenn nötig, haben wir sogar medizinische Hilfe geleistet. Meistens habe ich aber einfach zugehört und mir die Probleme der Anrufer ausgiebig angehört. Vielen half dies bereits.

Erzählen Sie uns bitte etwas Anekdotisches über das Verbandsleben während der Anfänge!

Damals als ich anfang, kannte man die so genannte Gruppeneinteilung. Patienten wurden nach unterschiedlichen Einkommensklassen gruppiert. Im Sekretariat war eine Person einzig und allein damit beschäftigt herauszufinden, in welchen wirtschaftlichen Verhältnissen Patienten lebten. Dafür musste sie bei Steuerämtern die entsprechenden Angaben erfragen. Lukrativ waren vor allem die vermögenden Patienten, denen man die ärztlichen Leistungen nach Privattarif verrechnete. Für Ärzte waren das paradiesische Zeiten! Die Ärztesgesellschaft war schon immer fest in Männerhand. Daran gewöhnte ich mich

rasch. Nicht aber ans Rauchen. An den Vorstandssitzungen und Delegiertenversammlungen wurde praktisch ununterbrochen geraucht. Persönlich habe ich sehr darunter gelitten und habe es auch offen mitgeteilt. Unterstützung erhielt ich dann von einer der ersten weiblichen Delegierten, die einen Antrag auf rauchfreie Versammlungen stellte. Heute wird, zum Glück, an den Sitzungen nicht mehr geraucht.

Sie haben mittlerweile schon vier BEKAG-Präsidenten erlebt. Wie haben sie sich unterschieden?

Walther Flury war eine starke Persönlichkeit. Er gab stets den Ton an und entschied viel im Alleingang, aber immer höflich im Umgang und ein wahrer Charmeur. Als Präsident war er ein harter und überzeugender Verhandlungspartner. Reinhold Streit war gradlinig und direkt, dabei immer äusserst korrekt. Er war einer der aufrichtigsten, ehrlichsten, loyalsten und zuvorkommendsten Menschen, die mir je begegnet sind. Jürg Schlup wiederum ist ein echter Vollblutpolitiker, voller Elan und Tatendrang, innovativ und mit vielen neuen Ideen. Sein Fokus war stets zukunftsorientiert. Beat Gafner schliesslich ist der Archäologe und Historiker, sehr belesen und viel herumgekommen. Und er ist, trotz seiner konservativen Natur, offen für Neues und sehr lernwillig. Jede Präsidentschaft war – und ist auf ihre eigentümliche Art – einzigartig. Ich möchte die Zeit mit keinem Präsidenten missen, sie war und ist spannend und lehrreich.

Wie sieht die Verbandsarbeit der Zukunft aus? Und wo steht die BEKAG in zehn Jahren?

Die Digitalisierung wird voranschreiten und die administrative Arbeit weiter verändern. Dokumente, die wir heute noch in Papierform verschicken, leiten wir bald nur noch elektronisch weiter. Gut möglich, dass das doc.be künftig nur noch digital erscheint. Bei gewissen Ärztopublikationen ist dies ja bereits der Fall. Die andere grosse Herausforderung stellt das fehlende standespolitische Interesse der Ärzteschaft dar. Schon heute beobachten wir einen Mitgliederschwund, der sich künftig noch verstärken wird, wenn wir jetzt nicht handeln. Es braucht Überzeugungsarbeit, gerade bei den Frauen. Wie können wir Frauen standespolitisches Engagement schmackhaft machen? Wahrscheinlich kommen wir nicht umhin, die Organisationsstruktur der Ärztesgesellschaft zu überdenken. Ansonsten besteht die Ärztesgesellschaft letzten

Endes nur noch aus einem kleinen elitären Zirkel, ohne politischen Einfluss, ohne Legitimation. Und was geschieht mit den BETAKLI, der allseits geschätzten Fortbildungsveranstaltung, die alle drei Jahre 350 bis 400 Mitglieder anlockt? Es ist höchste Zeit, dass die Ärzteschaft wieder enger zusammensteht. Nur wenn alle am gleichen Strang ziehen, haben wir politisches Gewicht und können etwas bewegen.

Zum Schluss habe ich noch ein persönliches Anliegen: Ich möchte mich bei allen Personen herzlich bedanken, mit denen ich über all die Jahre zusammengearbeitet habe; ganz speziell erwähnen möchte ich Frau Marie-Therese Zurkinden, Thomas Eichenberger und Urs Hofer. Ich bedanke mich für die Unterstützung und für die Geduld, die Ihr mir entgegengebracht habt. Namentlich möchte ich vier Personen nennen, deren Tod mir nahe gegangen ist: Walther Flury, Reinhold Streit, Hans-Jakob Peter und François Bossard.

Piroschka Wolf, vielen Dank für dieses Gespräch!

Neuer Anlauf für die Einheitskasse

Die Einführung von kantonalen oder regionalen Einheitskassen in der Grundversicherung macht erneut Schlagzeilen und sorgt für Gesprächsstoff. Auch die Delegiertenversammlung der FMH hat sich in einem Workshop Gedanken zu den Vorstössen gemacht.



Dr. med.
Thomas
Heuberger,
Vorstandsmitglied
BEKAG,
Grossrat Grüne
Kanton Bern

2007 wurde eine ähnliche Initiative der SP Schweiz deutlich verworfen, aus Angst vor einer zukünftigen Staatsmedizin in Kombination mit einer zusätzlichen fiskalischen Belastung der Einwohner durch einkommensabhängige Prämien. Die Ärzteschaft hatte sich damals mehrheitlich gegen die Idee ausgesprochen – trotz dem weit verbreiteten und nicht immer unberechtigten Missmut gegenüber den traditionellen Versicherern, deren Aktivitäten sehr oft nicht als partnerschaftliches Verhalten von Gesundheitsakteuren erlebt wurden, sondern eher als gegnerische Phalanx mit Machtgehabe und fragwürdigem Kontrollaktivismus ohne Empfinden für die Qualität der Leistungen.

Mehr Anhänger

Jetzt zeichnet sich ein neuer Anlauf in Richtung Einheitskasse ab – und vor dem Hintergrund der Entwicklungen der letzten Jahre könnte es durchaus sein, dass diese Idee mehr Anhänger findet: Das Klima im Gesundheitswesen hat sich bei der Bevölkerung und bei den Leistungsträgern nochmals verschlechtert. Es droht versteckte Rationierung, der Kostendruck verstärkt sich und die Qualitätsfrage scheint im Versicherungs-Umfeld nur noch eine Kostenfrage zu sein. Die Entwicklung, dass der Kassen-Wettbewerb immer nur die Kosten betrifft und auf einer aggressiven Risikoselektion durch die Kassen beruht, stösst immer mehr auf Widerstand. Wir fordern, dass sich der Wettbewerb beim Patientennutzen, somit bei der Qualität und

nicht bei den Kosten auswirken sollte. Bei einer Einheitskasse wäre Wettbewerb nicht mehr möglich. Auch unter dem Aspekt der anstehenden Einführung von DRG wird die bereits bestehende Verwirrung der meisten Akteure im Gesundheitswesen vergrössert. Mehr und mehr entsteht eine angsteinflössende Unsicherheit.

Die Delegiertenversammlung der FMH hat sich anlässlich eines Workshops mit dem Thema Einheitskasse intensiv auseinandergesetzt. Kontradiktorisch wurde mit SP-Nationalrat Jean-François Steiert, einem Befürworter, und dem Gesundheitsökonom Willy Oggier, einem Gegner der Einheitskasse, diskutiert. Kann die Schweiz von internationalen Erfahrungen profitieren? Kennen auch andere Länder vereinheitlichte Versicherungssysteme? Volkswirtschaftsprofessor Robert Leu regte dank seiner Aussenansicht auf das schweizerische Gesundheitswesen die Meinungsbildung zusätzlich an.

Zentrale Argumente

Pro: Der **Wettbewerb** ist heute unecht und generiert nur die unselige Risikoselektion. **Kassenverwaltungen** sind aufgebläht und verschlingen grosse Summen, die den Patienten verloren gehen. Es besteht ein grosses Malaise wegen dem **Umgang** der Kassen mit den Kunden. Die **Jagd nach guten Risiken** findet mit Einheitskassen ein Ende.

Contra: Es entsteht ein riesiger Moloch unter der Fuchtel des **Staates** oder ein zusätzliches Amt in der **Staatsverwaltung**. Er oder sie wird alles bestimmen und auch den Leistungskatalog eigenrechtlich definieren. Eine Staatsmedizin führt zum Zentralismus, da das System einer Einheitskasse als generelle Basis unbedingt eine potente Zusatzversicherung braucht. Dürfen Einheitskassen auch Zusatzversicherungen anbieten, haben sie alle Vorteile im Konkurrenzkampf. Sie besitzen ja bereits sämtliche Daten der Versicherten. Wird den Einheitskassen das Geschäft mit der Zusatzversicherung verboten,

müssten alle Versicherten für ihren Schutz vor Krankheit Verträge mit mindestens zwei verschiedenen Gesellschaften abschliessen. Tiers **Garant** ist weg und der **Datenschutz** ist pulverisiert.

Funktionierender Risikoausgleich macht Einheitskasse überflüssig

Holland unternahm vor einigen Jahren einen völligen Systemwechsel im Gesundheitswesen und Versicherungssystem. Ausschlaggebend waren, so Professor Leu, der gemeinsame **Leidensdruck** der Bevölkerung, der Politik und der Versicherer. So konnten sich die verschiedenen Akteure einigen. Die Ausgangslage in der Schweiz ist eine andere. Noch steckt viel Optimierungspotenzial im bestehenden System: Ein Risikoausgleich könnte – wenn gut ausgebaut und seriös betrieben – eine Einheitskasse gänzlich überflüssig machen.

Wir konnten uns an der Delegiertenversammlung auf keine gemeinsame Position einigen. Das auch deshalb, weil der Initiativtext noch nicht detailgetreu feststeht und wir, die Delegierten der FMH, die aktuelle Einstellung der Basis der Ärzteschaft zur Einheitskasse (noch) nicht kennen.

Aufruf!

Wie beurteilen die Mitglieder der kantonalen Gesellschaften und Dachverbände die Idee von kantonalen oder regionalen Einheitskassen? Ihre Meinung interessiert uns. Deshalb ersucht die FMH um die Mithilfe der Ärztesellschaft und Bezirksvereine. Melden Sie sich! Teilen Sie Ihre Meinung entweder direkt dem Zentralvorstand oder dem Vorsitzenden der Delegiertenversammlung mit. Wir sind auf Ihre Stellungnahmen gespannt.

Einheitskasse – Ende des Scheinwettbewerbs oder der Wahlfreiheit?

Weil der Wettbewerb unter den Krankenkassen nicht funktioniert, sprechen sich jetzt auch Kantone und bürgerliche Politiker für eine Einheitskasse in der Grundversicherung aus. Weshalb hat die Idee, welche vor drei Jahren an der Urne wuchtig verworfen wurde, wieder Auftrieb?

Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst BEKAG

Den Stein ins Rollen brachte der Kanton Glarus: «Eine kantonale oder überregionale Einheitskasse ist als Alternative prüfenswert», befand der Glarner Regierungsrat im Dezember letzten Jahres. Sechs weitere Ostschweizer Kantone folgten. Inzwischen hat die Konferenz der Ostschweizer Gesundheitsdirektoren eine Studie in Auftrag gegeben. Dies obwohl das Schweizer Stimmvolk erst im März 2007 die Volksinitiative für die Einführung einer sozialen Einheitskrankenkasse mit über 71 Prozent deutlich verworfen hat. Der Hauptgrund für die Ablehnung lag damals allerdings in der Kombination mit den einkommensabhängigen Prämien. Inzwischen bezeichnen auch prominente Bürgerliche wie der SUVA-Präsident und frühere FDP-Nationalrat Franz Steinegger die Idee einer Einheitskrankenkasse als prüfenswert. Dies nicht zuletzt, weil in der Grundversorgung kein echter Wettbewerb stattfindet.

Kassenwechsel kosten jährlich mehrere 100 Millionen Franken

Ein funktionierender Wettbewerb scheiterte bisher an den ökonomischen Rah-

menbedingungen. Krankenversicherungen wünschen möglichst wenig Kunden mit höherem Krankheitsrisiko. Wer überdurchschnittlich viele «schlechte Risiken» in seinem Kundenstamm hat, muss höhere Prämien verlangen, da der gesetzliche Risikoausgleich völlig ungenügend ist. Also versuchen die Kassen vor allem eins: «Schlechte Risiken» durch «gute Risiken» (sprich junge gesunde Männer) zu ersetzen. Allein für Akquisition und Werbung geben die Krankenkassen jährlich 200 Millionen Franken aus. Die Krankenkassenwechsel kosten sie zusätzlich mehrere hundert Millionen Franken. Peter Wiedersheim, Präsident der Konferenz der Ostschweizer Ärztesellschaften, hat in einer einfachen Hochrechnung festgestellt, dass bei der Prämienrunde 2008/2009 durch die Kassenwechsel bereits ein Budgetdefizit von einer Milliarde Franken resultierte. Konsequenz: insgesamt standen 1,5 Milliarden Franken weniger für die Leistungsabgeltung zur Verfügung. Aktuell hat jeder sechste Versicherte die Krankenkasse gewechselt – die nächste Prämienhöhung ist vorprogrammiert.

Ende des Scheinwettbewerbs

Krankenversicherer müssen von Gesetzes wegen in der Grundversicherung die gleichen Leistungen anbieten. Der Wettbewerb spielt, systembegünstigt, vor allem über Prämien. Häufige Kassenwechsel und verlockende Rabatte sind die logische Folge. Dadurch werden dem Gesundheitswesen jährlich Millionen entzogen, die gescheiter für verbesserte Leistungen eingesetzt würden. Einheitskassen, sind die Befürworter überzeugt, würden diesem Scheinwettbewerb unter den Versicherungen ein Ende bereiten. Kantonale Einheitskassen müssten, gesetzlich vorgeschrieben, identische Leistungen anbieten. Die unterschiedliche Prämienbelastung würde sich aus den kantonalen Unterschieden sowie der Risikostruktur der Kassen ergeben. Auch die kostspieligen Werbe- und Marketingstrategien der Versicherer würden hinfällig. Reserven und Rückstellungen könnten aufgelöst werden, weil nun kantonale Behörden die Kassen verwalten. Hinzu kommt, dass Einheitskassen die Bereiche KVG und Zusatzversicherung klarer voneinander trennen würden. Konzerninterne Quersubventionen via Billigkassen liessen sich so wirksam unterbinden. Alles dies erklärt, weshalb die Idee gegenwärtig bei Kantonen und Politikern auf viel Sympathie stösst.

Politisch motivierte Rationierung

Dabei wird aber gerne übersehen, dass eine Einheitskasse das bestehende System grundlegend verändert. Die Schaffung einer Einheitskasse, sei sie regional oder kantonal, stellt eine Monopolisierung dar. Sie eliminiert die Konkurrenz unter den Kassen in der Grundversicherung – auch positive Aspekte des Wettbewerbs. So würde beispielsweise ein verbesserter Risikoausgleich, der die Versicherer verpflichtet, bestmöglichen Service und Qualität anzubieten, durch fehlende Konkurrenz hinfällig. Faktisch käme einer solchen Einheitskasse die Aufgabe einer zentralen Planungsstelle zu, die – je nach «politischem» Bedarf – die Preise selber festlegt.



Gibt es bald nur noch regionale Einheitskassen in der Grundversicherung?

Die Preise im Gesundheitswesen würden sich nicht mehr wettbewerblich bilden, sondern von einem einzigen Leistungseinkäufer diktiert. Damit stiege auch die Gefahr einer haushaltspolitisch motivierten Rationierung. Es bestünde die Gefahr eines Klumpenrisikos: Im Fall von Misswirtschaft müsste eine allfällige Sanierung mit Steuergeldern berappt werden. Ein gewichtiger Schritt in Richtung Verstaatlichung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Folgen für die Ärzteschaft wären einschneidend: Bei Kostensteigerungen droht ein unverhältnismässiger Tarifdruck. Schon heute argumentieren die Befürworter, eine Einheitskasse könne dank ihrer geballten Marktmacht tiefere Preise durchsetzen! Ärztinnen und Ärzte hätten zudem kaum mehr eine Möglichkeit, ausserhalb des Systems erwerbstätig zu sein. Denn wer seine Leistungen nicht zu Lasten der Einheitskasse abrechnen kann, wird faktisch mit einem Berufsverbot belegt.

Keine Wahlfreiheit

Die Systemumstellung auf Einheitskassen hätte auch für Patienten massive Auswirkungen. Besonders betroffen wären kostenintensive Patienten. Für chronisch Kranke und Menschen mit polymorbiden Gebrechen droht die Ausgrenzung. Diese könnte auf subtile Weise geschehen: lange Wartezeiten für Kostengutsprachen oder die Vorschreibung von Therapiemethoden. Und verweigert die Einheitskasse die Übernahme von Leistungen, könnten Patienten nicht einfach den Anbieter wechseln – Alternativen gäbe es keine mehr. Die Wahlfreiheit würde abgeschafft. Hinzu kommt, dass die Schaffung von Einheitskassen eine immense administrative Herausforderung darstellt. Während der Übergangszeit könnten dadurch gar Versorgungslücken entstehen. Und was viele nicht bedenken: werden Einheitskassen auf bestehenden Strukturen umgesetzt, kommt dies einer Zwangsfusion der kantonalen Versicherer

gleich. Schafft man aber eine neue, zentrale Institution, verlieren tausende Arbeitnehmer in den Kantonen ihre Stelle oder müssen den Arbeitgeber wechseln.

Qualität zählt

Die Ärzteschaft hat schon früher gegen die Einheitskasse Stellung bezogen. Aus Sicht der Leistungserbringer muss stets die Frage nach der medizinischen Qualität im Vordergrund stehen. Ein gutes Gesundheitswesen für die Bevölkerung in der Schweiz ist primäres Ziel einer verantwortungsvollen Politik. Noch liegt viel Optimierungspotenzial im heutigen System. Eine Verfeinerung des Risikoausgleichs zum Beispiel. So verlockend «neue» Ideen manchmal sind, Kantone und Politiker sind gut beraten, Bestehendes zu reformieren, bevor sie sich auf unsichere Experimente einlassen.

publicis.ch

Ausbaupläne?

CB7 passt sich Ihren Zukunftsvisionen an



Die neue Praxissoftware: einfacher, effizienter, schneller

CB7 ist eine netzwerkfähige Software für Einzel- und Gruppenpraxen. Die Komplettlösung beinhaltet unter anderem ein leistungsstarkes Dokumentationsmanagement sowie Instrumente für die Leistungserfassung und Abrechnung. Die kostenlose Basisversion lässt sich jederzeit mit weiteren modernen Modulen ausbauen.

Unverbindliche Demonstration bei Ihnen in der Praxis: www.aerztekasse.ch

Ä K **ÄRZTEKASSE**
CAISSE DES MÉDECINS

C M **CASSA DEI MEDICI**

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



Das Berner Labor, das auch Ihnen gehört.

Der Kanton Bern liegt uns am Herzen. Deshalb stehen wir ganz im Dienste unserer Region.
Mehr noch: Wir gehören unseren Kunden. Wie das geht? Sie sind unsere Aktionäre. Ganz einfach.

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

eHealthSuisse – Gesundheitsdaten digital

Unter dem Begriff «eHealth» werden alle elektronischen Gesundheitsdienste zusammengefasst. Mit dem Slogan «Meine Gesundheitsinfos. Zur richtigen Zeit am richtigen Ort» wirbt das Koordinationsorgan «eHealthSuisse» von Bund und Kantonen für seine Zielsetzungen.

Urs Laederach, Presse- und Informationsdienst BEKAG

Dank der Digitalisierung gesundheitsrelevanter Informationen können die Abläufe im Gesundheitswesen optimiert und die Beteiligten – Patienten, Ärzte, Therapeuten, Versicherte, Versicherungen, Labors, Apotheken, Spitäler und Pflegende – vernetzt werden. Die politische Verantwortung für die Umsetzung und Einführung der eHealth-Strategie in der Schweiz liegt bei Bund und den Kantonen, weshalb diese eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen und das gemeinsame Koordinationsorgan eHealthSuisse geschaffen haben.

Koordination verschiedener Interessen

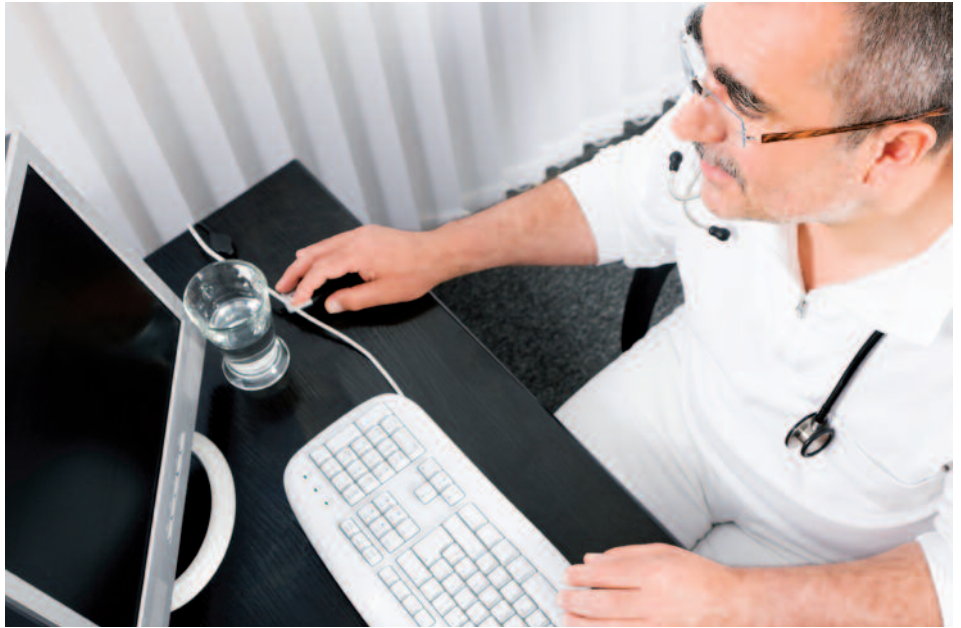
Um die Austauschbarkeit der Daten zu gewährleisten, müssen die Aktivitäten auf verschiedenen Ebenen aufeinander abgestimmt werden: Auf politischer Ebene, bei Versicherern, in der Privatwirtschaft, bei Spitälern und bei Ärzten. eHealthSuisse fungiert dabei als Planungs- und Informationsplattform für alle Beteiligten. Durch Einigung auf ein koordiniertes Vorgehen können Fehlinvestitionen verhindert und die Investitionssicherheit für alle Beteiligten gewährleistet werden.

Interoperabilität als wichtiges Anliegen

Ein Kernanliegen von eHealthSuisse ist die Gewährleistung des kompatiblen Datenaustausches zwischen allen Anbietern und Systemen. Technische, organisatorische und rechtliche Leitplanken sind so zu setzen, dass sich eHealth organisch weiterentwickeln kann. Die Projektziele müssen auf die Bedürfnisse der Behandlungsregionen abgestimmt und dort konkretisiert werden. Damit sind für alle Akteure freie Systemwahl und jederzeitige Wechselmöglichkeit des elektronischen Gesundheitsdienstes sichergestellt.

Zeitplan und Finanzierung

Schweizerinnen und Schweizer sollen bis 2015 den Fachleuten ihrer Wahl unabhängig von Ort und Zeit relevante Informa-



Vorausgesetzt der Datentransfer zwischen allen Anbietern und Systemen funktioniert, sollen Ärztinnen und Ärzte bis 2015 auf elektronische Patientendossiers zugreifen können.

Foto: iStockphoto

tionen über ihre Person mittels elektronischem Patientendossier zugänglich machen können. Deshalb unterstützt eHealthSuisse die nachhaltige Umsetzung von Reformen in der Schweiz (z.B. Swiss DRG oder Managed Care). Die Aktivitäten des Koordinationsorganes werden vom Bund und von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren finanziert.

ehealthsuisse

Weitere Informationen:
<http://www.e-health-suisse.ch>

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: forumpr.ch, Postgasse 19, 3011 Bern,
www.forumpr.ch
Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern
Ausgabe Oktober 2010

Ware Gesundheit

Erstmals in der Geschichte hat Krankheit — rein ökonomisch betrachtet — positive Auswirkungen für die Entwicklung der Volkswirtschaft. So sind die vielen Facetten der jüngsten Dynamik im Gesundheitswesen verständlich. Wer die Entwicklungen im Gesundheitswesen verstehen will, dem sei die Lektüre des von Paul U. Unschuld verfassten Buches «Ware Gesundheit» empfohlen.

Anna-Christina Zysset, Presse- und Informationsdienst BEKAG

Die medizinische Heilkunst ist die Antwort auf körperliche und seelische Leiden, die ihre Zuversicht aus der Erfahrung von Krise und Harmonie nährt. Sie hat zum Ziel, die Gesundheit der Patienten wieder herzustellen oder zu erhalten sowie Leiden zu lindern. Bis zum Ende des zwanzigsten Jahrhunderts hatte die Ärzteschaft die weitgehende Definitionsmacht, was Krankheit ausmacht und welche medizinischen und medizinisch-politischen Massnahmen dagegen ergriffen werden sollten.

Gemäss Paul U. Unschuld, Direktor des Horst-Görtz-Stiftungsinstituts an der Charité in Berlin, naht das Ende dieser klassischen Medizin. Technischer Fortschritt, geänderte Formen der Wissensbildung, gesellschaftlicher Wandel und an erster Stelle die zunehmende Ökonomisierung haben die Ärzte als zentrale Entscheidungsträger verdrängt und neue Akteure an die Macht gebracht, die erstmals in der Geschichte den Kranken als Ressource und Gesundheit als Ware betrachten.

Das Buch «Ware Gesundheit» dokumentiert das Ende der klassischen Medizin und erläutert die Neuorientierung der Heilkunde. Es legt dar, warum Ärzte und Apotheker, Berufsgruppen, die jahrhundertlang im Zentrum der angewandten Heilkunde standen, in jüngster Zeit rapide als Entscheidungsträger an Bedeutung verloren haben. Die Diskussionen um die Umwandlung des herkömmlichen Gesundheitswesens sind mannigfaltig. Die Ausführungen des Autors beziehen sich auf Deutschland.

Von einer Stärkung der Ärztenetzwerke erhoffen sich gegenwärtig Schweizer Politiker eine bessere medizinische Versorgung und Einsparungen. Experten bezweifeln, ob die vorgetragene Rechnung aufgeht. (Einzelkämpfer wie bis anhin oder Ärztenetzwerke?) Bei der Frage, wie die Hausärzte künftig ihre Patienten versorgen, sind sich Volk und Politiker bisher uneins. Der Nationalrat hat im Juni eine Vorlage für eine Versorgung mit Ärztenetzwerken, das sogenannte Managed-Care-Modell ange-

nommen. Nimmt der Ständerat die Vorlage in ihrer jetzigen Form an, so wird die Aufsicht über alle Behandlungen und Kosten des Patienten einem einzigen Arzt übergeben. Dieser persönliche Gesundheitsmanager soll dabei stets den Überblick über alle Diagnosen, Behandlungen und Verschreibungen behalten. In dieser Rolle soll er unnötige Tests oder heikle Wechselwirkungen zwischen Medikamenten verhindern. Ob die hohen Erwartungen vieler Politiker an Managed Care gerechtfertigt sind, kann aufgrund der bisher zur Verfügung stehenden Zahlen nicht festgestellt werden.

Produkt Mensch

Die heute in den Industrienationen praktizierte Medizin — so die provokative These des Autors — verbessert und korrigiert den Menschen wie ein Produkt. Beseelt vom Glauben, selbst für die Länge und Qualität des eigenen Lebens verantwortlich zu sein, unternehmen viele Menschen grosse Anstrengungen, um den jeweiligen Idealen der Gesellschaft zu entsprechen. An dieser Verbesserung können sämtliche medizinischen Disziplinen mitwirken und entsprechend Profit erwirtschaften. Was an diesem Produkt verbesserungswürdig ist, bestimmt der Zeitgeist. Abhängig von den Leistungen der Sozial- und Krankenversicherung wird das Produkt Mensch über kurz oder lang die Autonomie über seinen Organismus verlieren. Diese Entwicklung hat sich bereits deutlich angekündigt; sie ist nicht mehr aufzuhalten. So wird späteren Generationen unfassbar erscheinen, dass es keine Vorkehrungen gab, um Un-



Das Produkt Mensch ist das einzige Produkt, das sich selbst korrigieren kann, wenn man ihm nur die Möglichkeiten dazu einräumt.



Vier Jahre nach seinem Schlaganfall liegt der frühere israelische Ministerpräsident Ariel Sharon noch immer im Koma. Ob der 81-jährige Sharon jemals das Bewusstsein wiedererlangen wird, ist unklar.

verträglichkeiten zwischen bestimmten Funktionen des Organismus und den Substanzen, die zu seiner Therapie aufgenommen werden müssen, von vornherein auszuschliessen. Die Chiptechnologie und die elektronische Datenvernetzung der Individuen mit bestimmten Überwachungsinstanzen werden die Risiken der Vergangenheit aufheben. Als Nutzniesser dieser Ent-

wicklung werden wir dankbar auf die neuen Errungenschaften der Daseinsoptimierung schauen.

Die Fortschritte in der Medizin rufen neue Krankheitsformen hervor. Die Medizin selbst ist deshalb als pathogener Faktor nicht zu unterschätzen. Unübersehbar und unzählbar sind die fatalen Folgen medizinischer Irrtümer, die sie begangen hat und begeht. «Vergleicht man die Zahl von 135 000 Abtreibungen in Deutschland mit dem zähen Bemühen der Krankenhäuser, dementen und biologisch sterbebereiten alten Menschen durch immer neue chemisch-pharmazeutische und technische Massnahmen den natürlichen Tod zu verweigern, dann ist eine gewisse Diskrepanz unübersehbar», so der Autor des Buches. Der Koalition der Lebensverlängerer um jeden Preis sind auch die Religionsgemeinschaften beigetreten, dürfen sie doch nicht in den Verdacht kommen, in irgendeiner Weise an der Unterscheidung von «lebenswertem» und «lebensunwertem» Leben beteiligt zu sein.

Evolution versus Religion

Zweieinhalb Jahrtausende hat die Medizin die Freiheit des Menschen erstrebt, im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit die Existenz selbst zu formen. Zweieinhalb Jahrtausende vertreten Anhänger sämtlicher Religionen den Glauben an die Kraft Gottes, aus dessen Hand der Mensch geschöpft worden sei. Das Menschenbild, welches Forscher in sich tragen, bestimmt deren Arbeit. Diese diametral verschiedenen Weltanschauungen werden auch zukünftig den medizinischen Diskurs mitbe-

stimmen und eine zeitgemässe Ausrichtung von Naturwissenschaft und Medizin erschweren. Die Medizin war schon immer Spiegelbild menschlicher Ängste und Zuversicht und damit der wohl sensibelste Indikator kulturellen Wandels.



Erschienen: August 2009
EAN: 9783406592843
ISBN-10: 3-406-59284-8
Seitenzahl: 124
Sprache: nur in Deutsch
Erschienen bei: C. H. Beck

Prof. Dr. phil. Paul U. Unschuld, M.P.H., studierte Pharmazie, Sinologie und politische Wissenschaften in München sowie Public Health in Baltimore. Er begann seine Universitätslaufbahn 1977 im Department of Behavioral Sciences an der Johns Hopkins University. Von 1986 bis 2006 war er Professor und Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Seit 2006 ist Unschuld Direktor des Horst-Görtz-Stiftungsinstituts für Theorie, Geschichte und Ethik Chinesischer Lebenswissenschaften der Charité Universitätsmedizin Berlin. Im Mittelpunkt seiner Forschung stehen die medizinischen Traditionen der Gesundheitssysteme in Europa und China.

MPA-Lohnempfehlungen 2011

Mindestlohn

Fr. 3'800.– 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, Medizinische Praxisassistentinnen mit abgeschlossenem Lehrmeisterkurs und Ausbildungsfunktion in der Praxis einer Funktionszulage auszurichten.

Lehrlingslöhne

1. Lehrjahr: Fr. 250.–; 2. Lehrjahr: Fr. 900.–; 3. Lehrjahr: Fr. 1'300.–.
Ein 13. Monatslohn wird ausgerichtet.

POLITIK+PATIENT

6. Jahrgang
 Herausgeber: Verband deutschschweizerischer
 Ärztgesellschaften (VEDAG)
 Verlag Rosenfluh Publikationen AG
 Politik+Patient ist eine Beilage der Sprechstunde
 Verantwortlich für die Redaktion:
 Marco Tackenberg, Felix Adank; forum | pr
 Layout: forum | pr; Druck: Stämpfli AG

«Managed Care» — ist die Lösung das Problem?

Ganz unabhängig von politischen Diskussionen um Details: «Managed Care» ist ein der Sache nicht angemessener Begriff. Aber er beeinflusst seinerseits die Wirklichkeit auf problematische Weise. Der Anglizismus irritiert, weil ein Arzt anders arbeiten muss als ein Manager. Irritierend ist auch die deutsche Übersetzung von «Managed Care»: Sie oszilliert zwischen «gelenkter», «geführter» oder «manipulierter» Pflege oder Betreuung. Der Begriff, ergänzt noch «mit Budgetverantwortung», impliziert das Gegenteil einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung: Passive Patientinnen konsumieren medizinische Dienstleistungen und sollen zugleich daran gehindert werden, dies übermässig zu tun, während Ärzte via finanzielle Anreize steuerbar sind. Was hier an Unterstellungen mitschwingt,

ist schlecht für das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Patient. Es wird vorweggenommen, was zur sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden könnte: Patienten, die lieber den Betreuungskonsum maximieren statt gesund zu werden; und Ärztinnen, die sich an ihren Patienten bereichern. Seit jeher müssen Ärzte fallspezifische Anforderungen abstimmen auf ökonomische und zeitliche Einschränkungen. Ob künftig mit derselben Selbstverständlichkeit das Vertrauensverhältnis aufrechterhalten werden kann, ist allerdings fraglich.



POLITIK+PATIENT

Powerplay um Managed Care

Nach dem Willen des Nationalrates sollen sich immer mehr Patienten in integrierten Versorgungsnetzwerken behandeln. Die Ratslinie wie auch Teile der Ärzteschaft und Patientenvereinigungen befürchten Qualitätsverluste und drohen mit dem Referendum. Die Bundsratswahlen verleihen dem Sachgeschäft zusätzliche Brisanz.

«Managed Care» — ist die Lösung das Problem?

Ganz unabhängig von politischen Diskussionen um Details: «Managed Care» ist ein der Sache nicht die Wirklichkeit auf problematische Weise. Der Anglizismus irritiert, weil ein Arzt anders arbeiten muss als ein Manager. Irritierend ist auch die deutsche Übersetzung von «Managed Care»: Sie oszilliert zwischen «gelenkter», «geführter» oder «manipulierter» Pflege oder Betreuung. Der Begriff, ergänzt noch «mit Budgetverantwortung», impliziert das Gegenteil einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung: Passive Patientinnen konsumieren medizinische Dienstleistungen und sollen zugleich daran gehindert werden, dies übermässig zu tun, während Ärzte via finanzielle Anreize steuerbar sind. Was hier an Unterstellungen mitschwingt, ist schlecht Patient. Es wird vorweggenommen, was zur sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden könnte: Patienten, die lieber den Betreuungskonsum maximieren statt gesund zu werden; und Ärztinnen, die sich an ihren Patienten bereichern. Seit jeher müssen Ärzte fallspezifische Anforderungen abstimmen auf ökonomische und zeitliche Einschränkungen. Ob künftig mit derselben Selbstverständlichkeit das Vertrauensverhältnis aufrechterhalten werden kann, ist allerdings fraglich.

Dr. Marlene Ruchner ist Stabschefin und Partnerin beim Büro für Sozialpolitik (www.sozialpolitik.ch). Sie leitet u. a. Organisationen im Gesundheitswesen. Das illustrierte Foto ist ein Werk von 2006 im VS Verlag für Qualitäts- und Gesundheitspolitik.

Publik+Patient 3/10

Bestellung von Politik+Patient

Politik+Patient ist die gesundheitspolitische Stimme der Ärzteschaft. Nur hier kommentieren Ärzte aktuelle Themen der öffentlichen Gesundheitsdebatte. Stets im Visier: das Wohl der Patienten. Und das ab jetzt in neuem Look, aber mit dem gleichen hohen Qualitätsanspruch beim kritischen Blick auf die Gesundheitspolitik.

Bestellen Sie das neue Politik+Patient noch heute – kostenlos!

Ja, ich bestelle kostenlos weitere Exemplare von Politik+Patient

20

50

100

Name/Vorname:

Adresse:

Stempel/Datum/Unterschrift:

Bitte Talon ausfüllen und per Fax oder Post schicken an:
 Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
 Presse- und Informationsdienst
 Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

Fax: 031 310 20 82