



doc.be

Das Magazin der
Aerztesellschaft des
Kantons Bern

Nr. 5
Oktober 2023



Themen dieser Ausgabe

Mittagsveranstaltung

Pilotprojekt «SCRIPT»

Prävention in der Schweiz

Drogen und Sucht



Die Zerschlagung der offenen Drogenszenen in der Schweiz ist um die dreissig (!) Jahre her. Der Konsum von Drogen hat seither aber nicht abgenommen. Vielmehr haben sich Drogenangebot und Konsumverhalten verändert. Auch die Pandemie hat dazu beigetragen, dass das Suchtverhalten zugenommen hat, vor allem bei Adoleszenten und der jugendlichen Bevölkerung. Sucht, als ein Zustand zwanghafter Abhängigkeit von einer Substanz oder einem Verhalten, beeinflusst die physische, psychische und soziale Gesundheit. Die Politik hat dieses Thema mit der Nationalen Strategie Sucht (2017–2024) aufgenommen. Die Strategie gründet auf einer Vier-Säulen-Politik: Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression.

Substanzkonsum und Sucht sind Themen dieser Ausgabe des doc.be. Alkohol ist in allen Gesellschaftsschichten weiterhin die am häufigsten konsumierte Droge. Die Klinik Südhang, spezialisiert auf Alkohol- und Drogensucht, stellt in diesem Heft spannende neue, sehr erfolgversprechende Therapieansätze vor. Cannabis ist die schweizweit am meisten konsumierte psychoaktive Substanz. Kontrollierte Cannabis Abgabe und Beratung sind Teil der SCRIPT Studie, die Prof. Dr. med. Reto Auer vorstellt. Hauptziel der Studie ist die Schadensbegrenzung beim Cannabiskonsum. Mit der Sammlung von Daten im Rahmen der Studie sollen aber nicht nur die Auswirkungen von Cannabis auf Körper und Psyche untersucht werden, die Studie soll den politischen Gremien die Entscheidungsfindung auf dem Weg einer allfälligen Regulierung erleichtern.

Welchen Platz Drogen in einer Gesellschaft einnehmen sollen und ob es ein Recht auf Rausch gibt, ist letztlich eine Frage der Ethik. Die Entscheidung darüber erfolgt aber politisch und muss von der Bevölkerung mitgetragen werden.

Dr. med. Esther Hilfiker
Co-Präsidentin Aerztegesellschaft des Kantons Bern

Titelseite:

Dr. rer. pol. Fridolin Marty an der
BEKAG-Mittagsveranstaltung

Inhalt

4 **Mittagsveranstaltung: Fünf Mythen in der Schweizer Gesundheitspolitik**

An der diesjährigen BEKAG-Mittagsveranstaltung hielt Dr. rer. pol. Fridolin Marty ein Referat zu prekären Mythen in der Gesundheitspolitik, das anschliessend mit Grossrätinnen und Grossräten rege diskutiert wurde.

9 **SCRIPT: Cannabisregulierung in der Schweiz**

Die Studie zur regulierten Abgabe von Cannabis erhielt im Mai 2023 grünes Licht. Der Studienleiter Prof. Dr. med. Reto Auer traf sich mit doc.be zum grossen Interview.

14 **Behandlungsprogramm «Mensch und Sucht» der Klinik Südhang**

Seit Januar 2023 ist das innovative Behandlungsprogramm «Mensch und Sucht» der Klinik Südhang klinikweit implementiert und besticht durch seine konsequente Patientenorientierung.

18 **Herausforderung Prävention** Prävention hat in der nationalen Gesundheitspolitik einen schweren Stand. Die Beteiligung zahlreicher Akteure bietet aber Chancen.

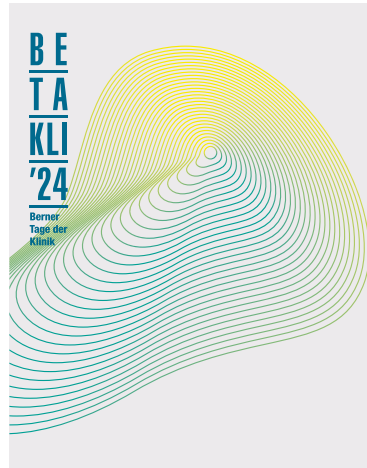
20 **Das Berner Darmkrebs- Screening-Programm feiert sein 1-jähriges Bestehen**

Im ersten Jahr meldeten sich bereits 8279 Bernerinnen und Berner für einer Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchung an. Durch Kooperation mit der Berner Ärzteschaft sollen die Zahlen weiterhin steigen.

22 **Der eMediplan für Therapie- sicherheit, Adhärenz und Effizienz**

Sichere und effiziente Medikation ist der Ärzteschaft ein zentrales Anliegen. eMediplan ermöglicht dies und treibt gleichzeitig die digitale Transformation voran.

Save the Date: Berner Tage der Klinik BETAKLI 2024



Die traditionellen Berner Tage der Klinik, BETAKLI, werden das nächste Mal vom **23.–26. Oktober 2024** stattfinden. An diesem grössten medizinischen Fortbildungsanlass im Kanton Bern treffen sich Hausärztinnen und Hausärzte zu einem Austausch zwischen Grundversorgern, Fachärzten, Spitalkliniken und universitärer Medizin. Organisiert werden die BETAKLI durch die BEKAG gemeinsam mit dem Inselehospital.

Bitte notieren Sie sich den Termin im Herbst 2024 schon heute. Die detaillierte Ausschreibung folgt zu gegebener Zeit.

MPA-Lohnempfehlungen 2024

Mindestlohn

CHF 4200.– × 13 bei einer Wochenarbeitszeit von 42 Stunden und 4 Wochen Ferien.

Dienstalterszulage

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

Funktionszulage

Es wird empfohlen, Medizinischen Praxisassistent/-innen mit abgeschlossenem Berufsbildnerkurs und Ausbildungsfunktion in der Praxis eine Funktionszulage auszurichten.

Impressum

doc.be, Organ der Aerztesgesellschaft des Kantons Bern; Herausgeber: Aerztesgesellschaft des Kantons Bern, Amthausgasse 28, 3011 Bern; erscheint 6x jährlich; verantwortlich für den Inhalt: Geschäftsführender Ausschuss der Aerztesgesellschaft des Kantons Bern; Redaktion: Nicolas Felber, NOLA – Linguistic Services, T 031 330 90 00 nicolas.felber@berner-aerzte.ch; Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst BEKAG, Postgasse 19, 3000 Bern 8, T 031 310 20 99, gubler@forumpr.ch; Inserate: Markus Gubler, gubler@forumpr.ch; Gestaltung / Layout: Definitiv Design, Bern; Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern; Titelbild: Dan Riesen, berneer-fotograf.ch

Für Medizinische Praxiskoordinator/-innen? (MPK) mit eidgenössischem Fachausweis gilt die Empfehlung mind. + CHF 500.– pro Monat (je nach Umfang ihres Tätigkeitsbereichs).

Teuerungszulage

Die Teuerungszulage ist jährlich individuell mit den Arbeitnehmenden zu vereinbaren.

Lehrlingslöhne

1. Lehrjahr CHF 500.–
2. Lehrjahr CHF 900.–
3. Lehrjahr CHF 1300.–

Ein 13. Monatslohn wird ausgerichtet.

Äusserungen unserer Gesprächspartner und Beiträge von Dritten geben deren eigene Auffassungen wieder. Das Editorial widerspiegelt die Auffassung der jeweiligen Autorinnen und Autoren. doc.be macht sich Äusserungen seiner Gesprächspartner in Interviews und Artikeln nicht zu eigen.

Mittags- veranstaltung: Fünf Mythen in der Schweizer Gesundheits- politik

An der diesjährigen Mittagsveranstaltung der BEKAG am 12. September hielt Dr. rer. pol. Fridolin Marty, Leiter Gesundheitspolitik von *economiesuisse*, ein Referat über die grossen und kleinen Mythen in der Schweizer Gesundheitspolitik. Im Anschluss wurden die frischgewonnenen Erkenntnisse mit den anwesenden Grossrätinnen und Grossräten rege diskutiert.

Text: Nicolas Felber, Verantwortlicher Printmedien BEKAG

Bild: Dan Riesen, berner-fotograf.ch

Marty startete sein Referat mit einer Erklärung zum Begriff «Mythos» in Verbindung mit Gesundheitspolitik. Er sieht den Ursprung von schlechter Gesundheitspolitik in den falschen Narrativen, die zirkulieren und einen Mythencharakter angenommen haben. Durch den Glauben an diese populären Mythen wiederum wird die Gesundheitsversorgung stark gefährdet – nicht zuletzt wegen der entstehenden Imageschäden für die Gesundheitsbranche und des daraus resultierenden Fachkräftemangels. Marty plädierte, dass diese gefährlichen Mythen durch adäquate Datenanalysen widerlegt und klargestellt werden können und müssen. Nichtsdestotrotz betonte er aber, dass sein

Referat nicht die Meinung vertritt, dass das Gesundheitswesen perfekt sei oder kein Reformbedarf existiere. Sein Referat sei «reine Kritik» und dafür da, gängige Falschauffassungen in der Gesundheitspolitik aufzudecken.

1. Kosten- explosion

Der erste Mythos, den Marty widerlegen will, ist die oft diskutierte «Kostenexplosion». Sowohl in den Medien wie auch in der Bevölkerung sei die Meinung gängig, dass die Kosten im Gesundheitswesen explosionsartig in die Höhe schiessen würden. Dies ist aber gar nicht der Fall gemäss Marty. Er zeigte das



**Der Referent Dr. rer. pol.
Fridolin Marty mit Dr. iur.
Thomas Eichenberger,
Sekretär der BEKAG.**

Kostenwachstum anhand einer Grafik auf, die illustrierte, dass sich das Kostenwachstum linear und nicht exponentiell entwickelt. Da die öffentliche Finanzierung stärker steigt als die private, wirke sich dies dementsprechend auf die OKP-Kosten aus. Eine zentrale Feststellung hierzu: Die Kostenwachstumsraten in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP sinken trotz Ausschlägen in gewissen Jahren. Dies wurde gemäss Marty von Bundesrat Alain Berset vor kurzem sogar in einem Interview bestätigt.

2. Zwei Sündenböcke: Krankenkassen und Pharma

Als Nächstes widmete sich Marty zwei beliebten Sündenböcken in der Ursachendiskussion für das strapazierte schweizerische Gesundheitswesen. Einerseits werden die Krankenkassen oftmals als Schuldige für die – bereits widerlegte – Kostenexplosion identifiziert. Hierbei sei ein gängiger Mythos, dass die immensen Verwaltungskosten, die die Krankenkassen generieren würden, einen direkten Einfluss auf die angeblich wachsenden Kosten hätten. In den letzten über 20 Jahren ist der Verwaltungsaufwand aber

relativ gesunken und trägt laut Marty somit sicherlich nicht zu einem Kostenwachstum bei. Es sei jedoch möglich, dass sich dieser Trend in den nächsten Jahren ändere, da 2021 erstmals seit langer Zeit wieder ein Anstieg dokumentiert wurde. Dass die Verwaltungskosten aber ohnehin nur fünf Prozent der Nettokosten betragen, unterstreicht die Überbewertung der Verwaltungskosten für ein massgebliches Kostenwachstum.

Ein zweiter angeblicher Sündenbock sind die hohen Medikamentenkosten, die zwangsläufig zu hohen Prämien führen sollen. Marty betont hierzu jedoch, dass die Medikamentenkosten in Relation zu den Bruttokosten pro Kopf leicht unterdurchschnittlich ansteigen würden und dass auch hier nicht von einer «Explosion» gesprochen werden kann. Das Wachstum der Medikamentenpreise steige nicht stärker an als dies in anderen Bereichen des Gesundheitswesens der Fall sei. Ganz im Gegenteil zum kursierenden Mythos, dass Medikamentenkosten überdurchschnittlich zur Kostenentwicklung beitragen, sei in der OKP der Kostenanteil stabil; die Medikamentenkosten würden sich weniger stark entwickeln als andere Leistungsbereiche. Wo hingegen eine grössere Kostendynamik zu verzeichnen sei, ist bei Spitalmedikamenten (ambulant), deren Gesamtkostenanteil mit 4,1% aber tief sei. Zusätzlich unterstrich Marty, dass das Wachstum der Bruttowertschöpfung pharmazeutischer Produkte



Dr. med. Esther Hilfiker,
Co-Präsidentin der BEKAG,
während der Begrüssung
der Gäste.

massiv höher sei als die Kostenentwicklung der Medikamente in der Grundversicherung.

3. Zuwanderung als Schuldiger in der Kosten- entwicklung

Martys dritter zu widerlegender Mythos war die Verantwortung der Zuwanderung in Sachen Kostenentwicklung. Dazu galt es zuerst zu klären, welche demographische Gruppe die höchsten Kosten verursacht: Hier lässt sich eine klare Grenze ziehen zwischen unter 60-Jährigen und über 60-Jährigen. Während unter 60 Jahren die Kosten pro Kopf im Jahr 2021 zwischen 1200.– bis 4500.– CHF lagen, betrug sie bei über 60-Jährigen 4500.– bis 19 500.– CHF! Die Gesundheitskosten würden klar mit dem Alter einer Person korrelieren. Dies gilt es nun auf die Zuwanderung in der Schweiz anzuwenden. Nur circa 4% der Zuwanderer sind über 60 Jahre alt, während es in der Schweizer Bevölkerung rund 25% sind. Die ständige Bevölkerung ist an der Spitze der Alterspyramide stärker vertreten als die eingewanderten Personen. 52% der Gesundheitskosten in der Schweiz werden durch über 60-jährige Personen verursacht und dementsprechend erhöht die Zuwanderung die Kosten

nicht, ganz im Gegenteil, sie senkt diese sogar im Durchschnitt pro Kopf, weil die zugewanderten Personen jünger sind.

4. Kosten- beteiligung in der Grund- versicherung

Ein Narrativ, das sich ebenfalls hartnäckig hält, ist die Mär, dass die Kostenbeteiligung in der Grundversicherung in der Schweiz zu den weltweit höchsten gehört. Effektiv ist gemäss Marty die Schweiz in Sachen Kostenbeteiligung ohne Zahngesundheit aber sogar eher tief im internationalen Vergleich; denn seit 2004 wurde die Kostenbeteiligung nicht mehr an die Kostenentwicklung angepasst. Somit sei unsere Kostenbeteiligung weltweit durchschnittlich. Die Kostenbeteiligung habe unter anderem zwei zentrale Vorteile: sie senke die Prämienlast gesunder Personen und könne die Überbeanspruchung gewisser Leistungen dämpfen. Für die Zukunft sei es aber wichtig zu beachten, dass die Franchise nicht so stark erhöht werde wie die Selbstbehaltobergrenze, da letztere diejenigen Personen am meisten belastet, die bereits mit bis zu 90%-Rabatt stark vom Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG profitieren würden. Marty vertritt die Meinung, dass

die Franchise niedrig gehalten werden sollte, sodass die Bevölkerung nicht von der gesundheitlichen Versorgung ferngehalten wird. Die Selbstbehaltobergrenze hingegen könnte und sollte erhöht werden, da – wie vorherig festgehalten – seit langem keine Anpassung an die Kostenentwicklung mehr stattfand. Eine höhere Kostenbeteiligung würde helfen, das Prämienniveau zu senken.

5. Kostentrend als Gefahr für unser Gesundheitswesen

Martys letzter Fokus in der Dekonstruktion der populären Mythen zur Schweizer Gesundheitspolitik betraf die weitverbreitete Angst, dass sich die Schweizer Bevölkerung ihr Gesundheitswesen zukünftig nicht mehr leisten kann, falls der angebliche Kostentrend anhält. Er begann seine Gegenargumentation damit, dass er die Reserven der OKP mit denen anderer Sozialversicherungen verglich. Während die OKP 2021 10636 Mio. CHF Reserven plus 5,8 Mrd. CHF Rückstellungen hatte, war beispielsweise die Invalidenversicherung (IV) mit 10284 Mio. CHF verschuldet. Zusätzlich zeigte er auf, wie in den Jahren 1996–2021 die Reserven kontinuierlich aufgebaut werden konnten und 2021 33,9% der Nettoleistungen betragen. Da die Daten aber aus 2021 stammen und keine späteren offiziellen Zahlen existieren, konnte er nicht beurteilen, ob die Reserven, wie in den Medien behauptet, seither stark gesunken sind.

Eine grundsätzliche Unterscheidung ist laut Marty zentral im Verständnis der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Indexierung versus absolute Werte. Obwohl die Prämien nämlich prozentual höher ansteigen würden als das durchschnittliche Einkommen, sei der absolute Wert des Einkommensanstieges in Franken pro Monat höher als der Prämienanstieg. In den Jahren 2015–2020 schwankten die Prämien für die Grundversicherung zwischen 6,3%–6,7% und stiegen somit keineswegs immens an. Der prognostizierte Anstieg der Finanzlast von Haushalten durch die Grundversicherung hat sich bis anhin noch nicht bestätigt, müsse aber weiter beobachtet werden. In zwanzig Jahren könne beispielsweise die Prämienbelastung einer Familie auf 9% ansteigen, was aber immer noch finanziert werden könnte. Finanzschwächere Haushalte sollten mit Prämienverbilligungen auf ein akzeptables Niveau der Prämien subventioniert werden, da sonst für gewisse Haushalte die

Belastung bis auf 15%–20% steigen könnte.

Marty sieht die Verbreitung des Mythos dieser ominösen Übertreibung des Gesundheitswesens durch die Medien befeuert, die schon «jahrelang» mahnen würden, dass es «fünf vor zwölf» sei und der baldige Kostenkollaps drohe. Er beteuerte, dass die Prämien für die Normalbevölkerung zwar «lästig» seien, diese aber kein reelles finanzielles Problem darstellen würden. Zusätzlich sei es möglich, die Prämienbelastung durch Prämienverbilligungen zu entschärfen. Sollten die Wachstumsraten des Bruttoinlandsproduktes und der Gesundheitskosten gleichbleiben wie in den letzten Jahren, sei das Schweizer Gesundheitswesen auch in Zukunft «systemisch gut finanzierbar».

Ausblick

Zum Schluss seines Referates bot Marty den Zuhörenden Tipps an, die dem Abbau der destruktiven Mythen in der Schweizer Gesundheitspolitik dienen sollen. Ein erster, zentraler Schritt zur Besserung sei ein Blick auf die wirkliche Datenlage. Die mediale oder auch von einzelnen Meinungsmachern betriebene Bewirtschaftung von Mythen sei nicht im Geringsten hilfreich und eine schlichte Konsultation von öffentlichen Daten könne bereits einige verbreitete Mythen widerlegen. Während das Schweizer Gesundheitswesen einige Aspekte in sich trage, die verbessert werden könnten, sei es keineswegs kurz vor dem Kollaps. Ein Blick über die Landesgrenzen würde genügen, um zu realisieren, dass die Schweiz sich in Sachen Gesundheitswesen «im Vorraum des Paradieses» wähen dürfe. Darum kämen auch so viele ausländische Gesundheitsfachpersonen in die Schweiz, um ihren Berufen nachzugehen. Es sei zukünftig essenziell, dass die Schweizer Politik und Bevölkerung dieses erwiesene Erfolgsmodell weder im Gesundheitswesen noch in der Wirtschaft gefährde oder zerlege.

Diskussion

Im Anschluss an Martys Referat leitete Dr.med.Esther Hilfiker, Co-Präsidentin der BEKAG, die Diskussion mit den anwesenden Grossrätinnen und -räten ein. Sie fragte Marty provokativ: Gibt es für das Gesundheitswesen keine Lösung, weil es kein Problem gibt? Marty versicherte daraufhin, dass Probleme definitiv bestünden. Allen voran betonte er die Versorgungsproblematik, die durch die Babyboomergeneration und deren Pension entstünde. Schliesslich appellierte Marty an die

Grossrätinnen und Grossräte: «Es gibt viel zu tun, aber man muss die richtigen Massnahmen ergreifen.» Daraufhin meldeten sich diverse Gäste zu Wort und diskutierten ihre Fragen und Gedanken mit Marty. Die prägnantesten Wortmeldungen sind untenstehend zusammengefasst:

Ein erster Grossrat erkundigte sich, ob es kantonale Unterschiede bezüglich der Reserven gebe. Marty betonte hierzu, dass Krankenkassen kantonsübergreifend aktiv seien und dass kantonale Reserven dementsprechend schwierig zu berechnen sind. Gleichzeitig plädierte er dafür, dass man nur schweizweite Zahlen beachtet: «Kantonale Reserven machen versicherungstechnisch keinen Sinn». Einzelne Versicherte einer in einem gewissen Kanton wenig vertretenen Krankenkasse können mit sehr hohen Einzelkosten die Gesamtkosten dieser Kasse derart verzerren, dass sie nicht mehr repräsentativ sind. Solche Versicherte können die Reserven in diesem Kanton stark beeinflussen.

Ein weiterer Teilnehmer fragte Marty anschliessend, welche Lösungsansätze er für die Gesundheitspolitik sehe. Primär sei hierzu auf das Prämienverbilligungssystem zu fokussieren, erwiderte Marty. Dieses müsse genau überprüft und weiterentwickelt werden. Mit dem gleichen finanziellen Aufwand könnte man durch gezielte Anpassungen sozialpolitisch viel verbessern. Ein weiterer Lösungsansatz: die Verbesserung des Images der Gesundheitsbranche. Dieses habe sich stark verschlechtert und müsse unbedingt aufgebessert werden. Es gelte nicht die Schattenseiten der Gesundheitsberufe aufzuzeigen, sondern deren Attraktivität und Stärken zu betonen.

Die nächste Frage zur Finanzierung kam vom Gast Dr.med.Jürg Schlup, Past-President der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, der in Erfahrung bringen wollte, wie Marty die Einheitliche Finanzierung EFAS (einheitliche Finanzierung ambulant und stationär) und deren Einfluss auf die Gesundheitskosten einschätzt. Marty stellte daraufhin erneut klar, dass der stationäre Bereich mit 55% eine viel höhere steuerbasierte Finanzierung erfährt als der ambulante. Sollte also nun der steuerbasierte Bereich wegen der Förderung der ambulanten Leistungen (Zielsetzung «ambulant vor stationär») weiter zurückgehen und derjenige durch die Krankenversicherungen immer weiter steigen, würde sich dies direkt auf die Kopfprämien auswirken, die steigen würden. Dies würde Druck auf die Prämien generieren, der nicht nötig sei. Marty vertrat die Meinung, dass man den steuerfinanzierten Anteil mit der Umsetzung von EFAS gleich halten könne. Durch «kleine Tricks» könnten also Prämienruckprobleme gelöst werden, was es für die Politik sehr



**Grossrätinnen und
Grossräte an der BEKAG-
Mittagsveranstaltung.**

wichtig macht, sich mit dem Thema Finanzierung auseinanderzusetzen. Sie habe sich zu lange nur mit der Steuerung beschäftigt, da man die Finanzierung nicht diskutieren wollte. So sei der privat finanzierte Bereich von 45% auf 32% zurückgegangen, ohne dass dies die Politik explizit beschlossen habe.

In einer weiteren Wortmeldung wurde angestossen, die Rolle der Ärzteschaft und der Therapie zu diskutieren. Marty erklärte hierzu, dass heutzutage viel früher interveniert wird als früher. Jeder und jede wolle schnellstmöglich behandelt werden und seine oder ihre Probleme gelöst wissen. Noch vor zwanzig Jahren sei dies anders gewesen. Als Beispiel nannte er hohen Blutdruck: Während ein Blutdruck über 120 vor zwanzig Jahren noch geduldet worden sei, würde er heutzutage und nach neuen Richtlinien stärker gesenkt. Die Schwelle zum Krankheitsstatus sei gesunken. Zusätzlich sei die Medizin bereits präventiv tätig und würde Gebrechen früher und intensiver therapieren. All dies führte in der Vergangenheit zu zusätzlicher Mengenausweitung, die nun weitgehend abgeschlossen sei. Die Kostenentwicklung sei auch deshalb stabilisiert worden sei, weil die Schweiz heute bereits ein sehr hohes Mass an gesundheitlicher Versorgung erreicht habe. Einzig in der Psychiatrie mangle es da und dort an ausreichender Versorgung.

Die letzte Frage in der Diskussionsrunde der diesjährigen BEKAG-Mittagsveranstaltung

betrifft die unklaren Modalitäten für die Fakturierung von «neuen» Leistungen wie z.B. Robotereinsätzen. Marty betonte daraufhin die Wichtigkeit dieser Frage, und dass dies momentan ein riesiges Diskussionsthema sei. Das BAG weigere sich bisher, neue, moderne Entwicklungen in den Leistungskatalog mit einzubeziehen. Bei jeder neu aufkommenden Leistung, wie es der Einsatz von digitalen Gesundheitsanwendungen sei, müsse genau überlegt werden, wie diese am zielführendsten einzusetzen und abzurechnen sei. Wie in den anderen Facetten der Finanzierung des Gesundheitswesens müsse auch hier die Politik aktiv werden und sich engagiert mit der Thematik befassen.

Abschliessend bedankte sich Esther Hilfer bei Fridolin Marty für sein fundiertes und aufrüttelndes Referat und bei den Grossrätinnen und Grossräten für ihre rege Teilnahme an der Diskussion. Die Gespräche mit ihnen zeigten, dass sie etliche Gedankenanstösse in die Sessionsarbeit und in ihre politische Tätigkeit mitnahmen.

SCRIPT: Cannabisregulierung in der Schweiz

Nach einem langen Bewilligungsprozess erhielt die Studie «The Safer Cannabis – Research In Pharmacies randomized controlled Trial» der Universitäten Bern und Luzern, kurz «SCRIPT», im Mai 2023 grünes Licht. Vor dem operativen Start des Pilotprojekts traf sich der Studienleiter Prof. Dr. med. Reto Auer mit doc.be zum grossen Interview. Neben Erläuterungen zum Studiendesign berichtet er auch von den Chancen, die das Programm bietet, und der gesellschaftlichen Brisanz des Cannabiskonsums in der Schweiz.

Text: Nicolas Felber, Verantwortlicher Printmedien BEKAG

Bild: Keystone, Portrait: Markus Iseli

Das Interview fand am 11. Juli 2023 statt.

Reto Auer, es dauerte eine Weile, aber im Mai dieses Jahres erhielt SCRIPT endlich grünes Licht durch das Bundesamt für Gesundheit und die relevanten Ethikkommissionen. Sind Sie erleichtert?

Unser ganzes Team ist sehr stolz, dass wir es geschafft haben. Wir sind besonders froh über unsere gute und enge Zusammenarbeit mit den Behörden, den Städten Bern und Biel und der Kantonspolizei Bern. Noch wichtiger für uns Forscherinnen und Forscher ist jedoch die Unterstützung durch den Schweizer Nationalfonds, die uns erlaubt, die Studie unabhängig durchzuführen. Neu dürfen wir uns auch über die Unterstützung des Tabakpräventionsfonds freuen, die es uns erlaubt, unsere Beratungsangebote mit Fachpersonen aus der Tabakprävention weiterzuentwickeln.

Welche Aspekte verzögerten den Bewilligungsprozess?

Es kommt darauf an, von welchem Zeitpunkt wir sprechen. Der Entscheid des BAG im Jahr 2017, dass die Betäubungsmittelverordnung für eine solche Studie nicht angewendet werden kann, spielte eine grosse Rolle. Die grösste Verzögerung entstand dadurch, dass

infolgedessen durch das Parlament und den Bundesrat entschieden werden musste, dass man solche Studien durchführen darf.

Wann wird das Pilotprojekt operativ?

Der Start ist im Oktober vorgesehen. Die potenziellen Teilnehmenden werden sich ebenfalls ab Herbst anmelden können. Zur Anmeldung wird eine Webseite aufgeschaltet. Basierend auf der angegebenen Anrede und dem deklarierten Alter wählen wir die Teilnehmenden so aus, dass möglichst viel Diversität gegeben ist. Ende Herbst oder Anfang Winter sind die ersten Einschlüsse in die Studien geplant und daraufhin folgen die ersten Abgaben.

Könnten Sie das Studiendesign erläutern?

Es handelt sich um eine randomisierte, kontrollierte Studie, die durch eine Beobachtungskohorte verfolgt wird. Wir testen den Vergleich zwischen dem weiterhin illegalen Kauf von Cannabis und dem regulierten Kauf in Apotheken, der mit einer Beratung verbunden ist. Die Teilnehmenden konsumieren bereits vor der Studie – wir untersuchen nicht die Folgen von Cannabiskonsum auf Individuen, die vorher nicht konsumiert haben. Der vorherige Cannabiskonsum muss durch eine Urinprobe belegt werden. Anschliessend erfassen unabhängige Gesundheitsfachpersonen die Daten der Teilnehmenden. Dann entscheidet ein

Computer per Zufall, ob man als Teil der Interventionsgruppe direkt Cannabis in der Apotheke beziehen darf oder ob man sechs Monate warten muss. Die Personen in der Kontrollgruppe, die nicht direkt in der Apotheke beziehen dürfen, kaufen ihr Cannabis wie zuvor. Nach sechs Monaten unterziehen sich alle Teilnehmenden einer erneuten klinischen Visite, wo wieder alle Daten erfasst werden, was uns erlaubt, einen Vergleich durchzuführen, der die gesundheitlichen und sozialen Folgen beider Gruppen analysiert. Im Anschluss dürfen die Mitglieder beider Gruppen für maximal zwei Jahre Cannabis in den ausgewählten Apotheken beziehen und werden halbjährlich telefonisch befragt.

«Unser ganzes Team ist stolz, dass wir es geschafft haben.»

Welche Erkenntnisse erhoffen Sie sich als Resultat der Studie?

Dies hängt sehr davon ab, wen man fragt. Für uns als Forscherinnen und Forscher ist die Hauptfragestellung von SCRIPT, wie viele Teilnehmende aus der Interventionsgruppe auf risikoärmere Formen des Cannabiskonsums umsteigen und mit Tabakkonsum aufhören oder fortlaufend risikoärmere Nikotinkonsumformen wählen.



**Cannabis im regulierten
Verkauf in einer Basler
Apotheke.**

Da die Teilnehmenden wissen werden, welcher Gruppe sie angehören, müssen wir bestätigen können, dass sie tatsächlich keinen Rauch mehr durch Cannabis oder Tabak inhalieren. Eine einfache und valide Methode hierfür ist die Kohlenmonoxidexhalation. Die gesundheitlichen Folgen von Cannabiskonsum resultieren hauptsächlich vom Rauchprozess, da 70–80% der Cannabiskonsumierenden in der Schweiz das Cannabis mit Tabak mischen und auch zusätzlich rauchen. Seit fünfzehn Jahren erforschen wir die Folgen des nicht-medizinischen Cannabiskonsums in unserer Forschungsgruppe und jedes Mal ist das Resultat dasselbe: Cannabiskonsum ist grundsätzlich für die Lunge unbedenklich, aber das Tabakrauchen an sich ist schädlich. In Bezug auf das Herz kann nicht bestätigt werden, dass Cannabis schädlich ist – das Tabakrauchen jedoch schon. SCRIPT ist eine Chance für Gesundheitsfachpersonen, die Teilnehmenden gründlich darüber zu informieren, dass das Vaporisieren, Verdampfen oder die orale Einnahme ebenfalls eine Konsummöglichkeit sind. Gepaart mit Rauchkonsum-Beratungen kann dies positive Effekte für die Gesundheit der Cannabiskonsumierenden nach sich ziehen. Rauchkonsum-Beratungen sind erfahrungsgemäss bei Cannabiskonsumierenden schwierig, da sie vielleicht das Rauchen aufgeben, aber weiterhin Cannabis mit Tabak mischen. Aus dieser Problemstellung entstand die Fragestellung ursprünglich. Es geht darum, eine

hoch-restriktive, sichere Studie durchzuführen, die gesundheitliche und soziale Folgen auf der individuellen Ebene analysiert. Dieser Fokus auf die Individualität zeichnet unseren Pilotversuch aus und ist weltweit einmalig.

**Ist die Förderung der individuellen
gesundheitlichen Sicherheit von
Cannabiskonsumierenden Ihr Ziel?**

Genau! Die zentralen Elemente sind, dass die Regulierung den Konsumierenden erlaubt zu wissen, was im gekauften Produkt drin ist und dass die Herstellung der Cannabisprodukte streng durch das BAG kontrolliert wird. Zusätzlich haben wir durch die Unterstützung des BAG in den letzten zwei Jahren Laboranalysen durchgeführt, die untersuchen, wie hoch der Schadstoffausstoss von verschiedenen inhalierbaren Cannabiskonsummethoden ist – geraucht mit/ohne Filter, per Vaporisierer, E-Joints etc. Durch den Miteinbezug dieser Daten können wir die Teilnehmenden besser über die Sicherheit von alternativen Verabreichungsmethoden informieren. Schliesslich ist auch die Rolle der Apothekerinnen und Apotheker zentral für die Sicherheit. Sie können gesundheitliche Probleme wie potenzielle Psychosen bereits beim versuchten Bezug in der Verkaufsstelle erkennen und entsprechend reagieren, indem sie Kontakt zu den entsprechenden Fachpersonen herstellen – beim Kauf auf dem illegalen Markt ist dies natürlich nicht gegeben.

Sind Apotheken die einzigen Verkaufsstellen in SCRIPT?

Ja, wir beschränken uns für diesen Versuch auf Apotheken. Dies war der Vorschlag der involvierten Städte. Sie präferierten die Apotheken, da sie bereits Erfahrung mit der Abgabe von Betäubungsmitteln haben.

Welche Apotheken wurden ausgewählt? Gab es bestimmte Qualifikationen, die erfüllt werden mussten?

Die gewählten fünf Apotheken in Bern haben uns bereits im Jahr 2015 eine Zusage erteilt. Die kleine Anzahl ermöglicht es uns, das Fachpersonal adäquat zu schulen und den Überblick zu behalten. Die Motivation dieser Apotheken ist die öffentliche Gesundheit und nicht die Selbstbereicherung durch den Cannabisverkauf. Das ist auch uns wichtig. Deshalb ist der Regulierungsvorschlag, den wir im Versuch testen wollen, ein nicht-gewinnorientierter Verkauf. Wir sehen auch die Gelegenheit, die Apotheken mit anderen Gruppierungen im Gesundheitswesen wie den Hausärztinnen und Hausärzten, Spezialärztinnen und Spezialärzten und der Polizei zu vernetzen.

«Sehr viele Individuen in der Schweiz betreiben einen gelegentlichen Cannabiskonsum und wenige einen hochproblematischen Konsum.»

Wird das Fachpersonal in den Apotheken spezifisch ausgebildet?

Selbstverständlich. Wir haben in Zusammenarbeit mit Fachstellen wie der Berner Gesundheit ein Ausbildungsteam im Berner Institut für Hausarztmedizin aufgebaut, um zwei Module anbieten zu können. Ein halbtägiges vor Ort und ein Onlinetraining. Im Verlauf der Studie beobachten wir die Beratungen durch die Fachpersonen und werden dadurch kontinuierlich Anpassungen vornehmen können. Es ist von höchster Wichtigkeit, dass wir diese Ausbildung als unabhängige Stelle durchführen. Auf den Webseiten von Vertretern der Cannabisindustrie ist ersichtlich, dass diese ebenfalls in der Beratung und Schulung involviert sein wollen. Wir als Studienteam unterstützen dies aber nicht, da wir eine andere Perspektive einnehmen.

Unser Anliegen ist es nicht, Cannabis zu verkaufen, sondern eine unabhängige Beratung durch Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen anzubieten.

Wie gut ist der Cannabiskonsum in der Schweiz erforscht?

Die Datenlage in der Schweiz ist ein Schwachpunkt. Die Datenerfassung in Sachen Tabakkonsum findet alle fünf Jahre statt, während in anderen Ländern jährliche Erhebungen stattfinden. Cannabiskonsum war schon immer schwieriger zu erfassen als Tabakkonsum. Sucht Schweiz ist aber sehr bemüht, Daten zu generieren und hat festgestellt, dass etwa 4% der Schweizer Bevölkerung Cannabis konsumieren. 50% des verbrauchten Cannabis wird aber von einem Zehntel dieser 4% konsumiert. Sehr viele Individuen in der Schweiz betreiben einen gelegentlichen Cannabiskonsum und wenige einen hochproblematischen Konsum.

Welche gesundheitlichen Probleme können sich durch Cannabiskonsum ergeben?

Potenziell können Psychosen auftreten. Hauptsächlich entstehen die Probleme durch Cannabis aber im Mischkonsum mit anderen Substanzen. Ebendieses Mischkonsum mit Tabak wollen wir untersuchen. Wir wollen testen, ob die regulierte Abgabe von Cannabis an ausgewählten Fachstellen hierbei Abhilfe schaffen kann. In diesem Pilotversuch können wir einen Vorschlag machen, wie die Regulierung von Cannabis aussehen könnte. Darum sind wir als in der Prävention tätige Gesundheitsfachpersonen für einen sehr strikten, regulierten, nicht-gewinnorientierten Cannabisverkauf. Wir wissen von den illegalen Drogen, dass die Kriminalisierung der Konsumierenden negative gesundheitliche und soziale Folgen hat. Gleichzeitig wissen wir aber auch, dass ein voll-kommerzieller Markt ebenfalls zu Problemen führt, weil wirtschaftliche Anreize geschaffen werden, dass mehr Leute konsumieren. Somit benutzen wir das Wort Regulierung und nicht Legalisierung. Unter «Legalisierung» versteht man relativ uneingeschränkten Cannabis-Verkauf, analog zur derzeitigen Verkaufspraxis von Alkohol. Die Schweiz hat Personen, die Cannabis konsumieren, bereits vor einigen Jahren entkriminalisiert.

Wird eine Regulierung in der Schweizer Politik momentan diskutiert?

Politische Diskussionen befassen sich momentan mit einer Regulierung der Produktion

und des Verkaufs von Cannabis. Die Eidgenössische Kommission für Suchtfragen und nicht-übertragbare Krankheiten (EKS/N) beauftragt in ihrer Stellungnahme zur Regulierung von Cannabis eine möglichst strenge Regulierung, da ihre Kernpfeiler die öffentliche Sicherheit und der Jugendschutz sind. Entsprechend versuchen wir, die Vorschläge der EKS/N in SCRIPT einzubauen. Unser Ziel ist die Gesundheitsrisikoreduktion für Konsumierende, aber man muss auch anerkennen, dass zwei weitere Faktoren bezüglich Regulierung langfristig eine Rolle spielen: die Kontrolle der Nachfrage und die Kontrolle des Angebots. Die Kontrolle der Nachfrage erfolgt durch die Werbung und momentan haben wir keine Kontrolle über diese. Die Werbung funktioniert schleichend durch Mund-zu-Mund-Propaganda und Social Media, was wir beides zurzeit nicht kontrollieren können. Es gibt auch keine Präventionskampagnen, die die Kontrolle darüber stärken wollen. Ein Werbeverbot oder Präventionsaktivitäten könnten hier Abhilfe schaffen. Die Kontrolle des Angebots funktioniert über die Restriktion der Stellen, an denen Cannabis erhältlich ist. Fachpersonen, die im Bereich Regulierung arbeiten, sind sich bewusst, dass dies keine gute Option ist, um den Schwarzmarkt schnell zu bekämpfen. Zur Eindämmung des Schwarzmarktes wären eine tiefe Besteuerung, weit verbreitete Verkaufsstellen und Werbung am effektivsten. Dies wirkt sich aber wiederum negativ auf den Jugendschutz aus. Unser Versuch ist sehr strikt – der strikteste, den es gibt: In SCRIPT wird das Cannabis relativ teuer in neutralen Verpackungen (sogenanntes «Plain Packaging») verkauft und der Vertrieb ist auf Apotheken mit geschultem Fachpersonal beschränkt, wobei der Verkauf nicht-gewinnorientiert ist. Mit SCRIPT haben wir eine einmalige Gelegenheit, die positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit von Cannabiskonsumierenden in einer solch strikten Regulierung gründlich und unabhängig zu untersuchen.

Sind Sie Vorreiter für die Implementierung einer staatlichen Regulierung des Cannabismarktes?

Nein. Es ist nicht an uns Forschenden, diese Rolle einzunehmen. Wir prüfen die Auswirkungen einer strikten Regulierung mit der Hoffnung, dass die Studienergebnisse in den parlamentarischen Debatten nützlich sein werden. In der Planung von SCRIPT flossen die Einblicke der Städte, Polizei, verschiedenen Fachpersonen, Präventionsstellen, Cannabis-Konsumierenden, eidgenössischen

Kommission für Sucht- und übertragbare Krankheiten, Apotheken und der Ärzteschaft ein.

Sie haben soeben die Ärzteschaft erwähnt – welche Rolle kann sie spielen?

Wir müssen uns bewusst sein, was die Risiken der verschiedenen Konsumformen des Cannabis sind. Hier müssen Kompetenzen aufgebaut werden. Durch das lange Verbot entstand bei der Ärzteschaft und auch bei weiteren Gesundheitsfachpersonen ein Informationsdefizit und jetzt werden wir mit Werbung für medizinische Cannabisprodukte bombardiert, deren Qualität teilweise sehr zweifelhaft ist. Ein Wissensaufbau muss stattfinden, sodass wir als glaubwürdige Fachpersonen auftreten können. In meiner Tätigkeit als Hausarzt beispielsweise lege ich speziellen Fokus auf die auftretenden Lungen- und Herzerkrankungen als Resultat des Tabakrauchens von Cannabis-konsumierenden. Psychiaterinnen und Psychiater hingegen fokussieren sich beispielsweise auf die psychischen Folgen von problematischem Cannabiskonsum. Rechtsmedizinerinnen und -mediziner, als weiteres Beispiel, beschäftigen sich mit der Bestimmung der Fahrtauglichkeit. In allen Gebieten der Medizin ist das bessere Verständnis von Cannabiskonsum hilfreich in einer gezielteren Behandlung der Cannabis-Konsumierenden. Darum sind wir stolz, solch eine interprofessionelle und interdisziplinäre Forschungsgruppe im Pilotprojekt zu haben. Es stellt einen weiteren Schritt in der Reduktion des Wissensmangels dar. Wir haben zu diesem Thema viel voneinander zu lernen.

Wie soll es nach Beendigung der Studie weitergehen? Sind Folgeprojekte geplant?

Schweizweit gibt es aktuell mehrere Pilotversuche, die unterschiedliche Fokusse haben und unterschiedliche Verkaufsstellen testen. Wir sind eng im Kontakt mit den Forschenden, die diese Studien leiten, insbesondere damit wir die Daten so erfassen, dass spätere Vergleiche vereinfacht werden. Dies wird in den Debatten über die Regulierung ein zentrales Element sein. Das angenommene Postulat von Nationalrat Heinz Siegenthaler im Jahr 2021 – das eine direkte Regulierung verlangt, ohne die Ergebnisse der Pilotprojekte abzuwarten – führte dazu, dass momentan ein neuer Gesetzestext verfasst wird, der vor der Publikation der Resultate von SCRIPT vervollständigt werden könnte. Entsprechend werden wir unsere Erfahrungen und Ergebnisse aus SCRIPT möglichst rasch kommunizieren.



Prof. Dr. med. Reto Auer

Reto Auers berufliche Tätigkeit ist mannigfaltig. Er ist Associate Professor am Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) der Universität Bern, wo er der Leiter Substanzkonsum ist. Zusätzlich ist er in mehreren prominenten Forschungsprojekten engagiert und Studienleiter von SCRIPT. Seine Wurzeln als Hausarzt hat er dabei nie vergessen und praktiziert heute noch in einer Gemeinschaftspraxis in Bern.

KEINE SORGE,
DER GEHT AUFS
HAUS...



Behandlungs- programm «Mensch und Sucht» der Klinik Südhang

Nach einer intensiven Planungs- und Projektphase hat die Klinik Südhang im Januar 2023 das Behandlungsprogramm «Mensch und Sucht» offiziell klinikweit implementiert. Dr. med. Alexander Wopfner, Chefarzt und Stv. CEO der Klinik, und doc.be trafen sich zum Gespräch, um über den Entwicklungsprozess und die Vorteile des neuen Programms zu berichten.

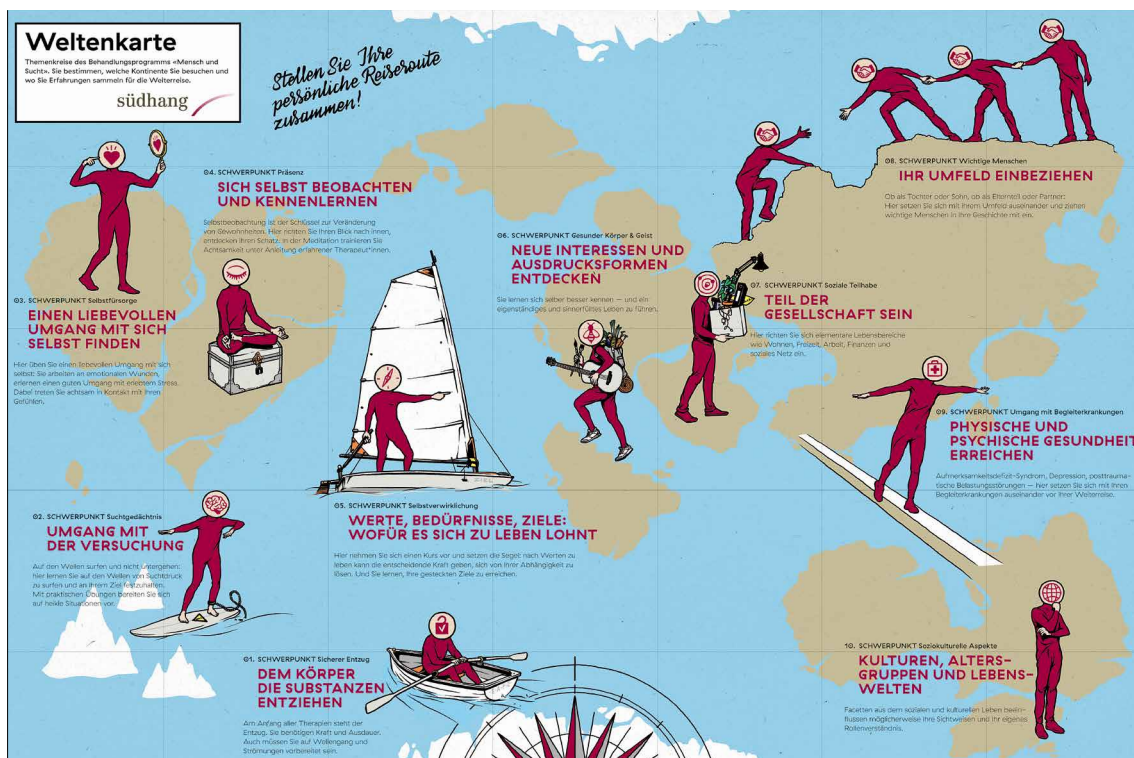
Text: Nicolas Felber, Verantwortlicher Printmedien
BEKAG
Grafik und Bild: zVg

In ihrer langjährigen Geschichte als eine der führenden Suchtkliniken im Kanton Bern bestach die Klinik Südhang stets mit Progressivität und einem Fokus auf das Patientenwohl. Entsprechend dieser Tradition stellte die Klinikleitung um Alexander Wopfner in den Jahren vor der Konzeption des Behandlungsprogramms «Mensch und Sucht» fest, dass das Vorgängerprogramm zwar Individualisierung für Patientinnen und Patienten zulies, aber zu wenig Flexibilität in Sachen Wahlmöglichkeiten und Aufenthaltsdauer möglich war. Das Resultat: «Wir haben uns entschieden «Tabula rasa» zu machen und das gesamte Behandlungsprogramm der Klinik zur Diskussion zu stellen. Ziel war es, das bereits hohe Ausgangsniveau durch zusätzliche

Individualisierung und Modernisierung der Therapieangebote zu verbessern und mehr Flexibilität zu erlauben». Durch den Einbezug aller involvierten Disziplinen und Hierarchiestufen der therapeutischen Behandlung in den Konzeptionsprozess sollte sichergestellt werden, dass das neue Programm sowohl theoretisch als auch praktisch umsetzbar und für die Patienten und Patientinnen optimiert ist. «Der Weg führte vom «Störungsmodell» hin zum Modell «Mensch und Sucht», das ein anderes Menschenbild in sich trägt, an dem wir uns orientieren», antwortet Wopfner in Bezug auf die Philosophie, die dem Programm zugrunde liegt.

Zentrale Therapieansätze: «Weltenkarte» und durchgehende Fallführung

Im halbjährigen theoretischen Vorlauf und der zweijährigen Projektphase wurde das neue Programm auf Herz und Nieren getestet und seine Effektivität und



Praktikabilität konnte nachgewiesen werden. Das Behandlungsprogramm basiert auf dem Konzept der «Weltenkarte», das eigens für die Umsetzung an der Klinik Südhang kreiert wurde. Das Konzept weist zehn thematische Schwerpunkte auf, die durch die Kontinente auf der Weltenkarte dargestellt werden und sich auf das modulare Therapieprogramm beziehen. Jeder Schwerpunkt umfasst wiederum verwandte Module, die sich einem gemeinsamen Therapiethema widmen und inhaltlich sinnvoll zusammengehören. Gemäss Wopfner wurden die zehn Schwerpunkte für Interessenten und Zuweisende allgemeinsprachlich übersetzt, sodass sie zugänglicher sind und den Inhalt auch für Laien verdaulich präsentieren.

«Der Weg führte vom «Störungsmodell» hin zum Modell «Mensch und Sucht», das ein anderes Menschenbild in sich trägt.»

Die Nutzung der Weltenkarte in der Therapie unterscheidet sich in den zwei grundlegenden Programmen, die die Klinik Südhang anbietet. Das vorgefertigte «Qualifizierte Entzugsprogramm» besteht aus einer reinen Entgiftung und einer psychotherapeutischen Intervention, dauert vier Wochen und durchläuft die Schwerpunkte der Weltenkarte ohne die Individualisierung durch den Patienten oder die Patientin. Dies eigne sich laut Wopfner vor allem für Patientinnen und Patienten, die zum ersten Mal in stationärer Behandlung sind, nach einem Rückfall nur eine kurze Krisenintervention brauchen oder nicht die Möglichkeit haben, sich länger in Therapie zu begeben. Das «Individuelle Psychotherapieprogramm» hingegen ermögliche es der Patientin oder dem Patienten, sich

nach einer Orientierungsphase, die dem «Qualifizierten Entzugsprogramm» ähnelt, die Schwerpunkte oder Module auf der Weltenkarte im Austausch mit dem behandelnden Fachpersonal frei zu wählen und sich ein individuelles Programm für die folgenden vier bis acht Wochen zusammenzustellen. Durch die Orientierungsphase könne gewährleistet werden, dass gemeinsam mit den Fallführenden eine «shared decision» getroffen werden könne, die einen positiven Behandlungsverlauf unterstütze. «Die Individualität, die durch diesen Ansatz erreicht werden kann, ist einer der grössten Vorteile unseres neuen Programms, da die Präferenzen und Stärken der Patientin oder des Patienten im Fokus stehen und gefördert werden», betont Wopfner, als er nach den Stärken des Behandlungsprogramms gefragt wird.

Massgeblich beteiligt am Erfolg des Programms sei auch die Implementierung der durchgehenden Fallführung, die eine konstante Therapiebeziehung ermögliche: «Die Forschung hat in den letzten hundert Jahren immer wieder bestätigt, dass die Therapiebeziehung essenzieller Bestandteil des Therapieerfolgs ist, und wir haben uns früh in der Konzeption des Programms entschieden, dies als Maxime zu wählen». Während im Vorgängerprogramm die Fallführung ein- bis zweimal wechselte, bleiben die primäre Ansprechperson und das interprofessionelle Team für Patientinnen und Patienten im Behandlungsprogramm «Mensch und Sucht» vom Eintritt bis zum Übergang in die ambulante Behandlung die gleiche. Trotz der organisatorischen und logistischen Schwierigkeiten, die diese Umstellung mit sich bringe, stelle die Klinik Südhang bereits einen geringeren Informationsverlust an Schnittstellen und ein erhöhtes Vertrauenswachstum fest. Die Tagesklinik wird als Übergang zurück in den Alltag durch die kontinuierliche Begleitung konsequenter genutzt und es kommt zu einer Verkürzung stationärer Aufenthalte. Wenngleich die Organisation komplexer geworden sei,



**Aussenaufnahme der
Klinik Südhang in
Kirchlindach.**

sorge die durchgehende Fallführung für Effizienzgewinne, die sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Klinik lohnenswert seien. Obwohl das Programm exklusiv für die Klinik Südhang entwickelt wurde, erklärt Wopfner, dass andere therapeutische Institutionen im Kanton Bern sich an den Therapieansätzen und Maximen orientieren könnten, um die Versorgung im Kanton zu verbessern.

Gegenwart und Entwicklungspotenzial

Die Vorteile des Programms werfen die Frage auf, welche Stellung die Klinik Südhang nun gegenüber der Konkurrenz im Kanton Bern bezieht. Wopfner lehnt die Möglichkeit eines Konkurrenzkampfes aber dezidiert ab: «Aufgrund der Überlastung der Versorgungslandschaft sieht die Klinik Südhang keinen Konkurrenzkampf mit anderen Suchtkliniken und bemüht sich, die Herausforderung gemeinsam anzugehen». Seit 2022 wurden bereits über achthundert ambulante und fünfhundert stationäre Patienten an der Klinik Südhang in Kirchlindach behandelt. Durch die Effizienzgewinne des neuen Programms werden die stationären Eintritte dieses Jahr auf circa sechshundert gesteigert werden. Hauptsächlich leiden die Behandelten an einer Alkohol- oder Drogensucht, Verhaltensabhängigkeiten treten aber teilweise als Komorbidität auf. Bezüglich der demographischen Parameter der Patientinnen und Patienten stelle die Klinik Südhang Tendenzen fest, begründe diese aber nicht durch das neue Programm, sondern durch die generellen Veränderungen im Suchverhalten der Bevölkerung des Kantons Bern: «Wir bemerken, dass die Patientinnen und Patienten deutlich jünger werden. Zusätzlich findet momentan eine Verschiebung

der Hauptproblemsubstanz statt: Während der Alkohol immer noch am verbreitetsten ist, hat der Kokainkonsum in den letzten ein bis zwei Jahren stark zugenommen, was sich mit den Preis- und Verfügbarkeitsentwicklungen in der Schweiz deckt».

«Wir bemerken, dass die Patientinnen und Patienten deutlich jünger werden.»

Ein weiteres sich entwickelndes Problem in der Behandlung von Süchtigen sei das veränderte Konsumverhalten von Adoleszenten und jungen Erwachsenen. Die Verherrlichung des polytoxischen Mischkonsums von Alkohol, Kokain und Benzodiazepinen etc. durch Musik und soziale Medien spiele hier eine Rolle. Es entstünde eine Versorgungslücke (doc.be berichtete in der Ausgabe 02/2023 über die Problematik des Mischkonsums). Als Resultat der «Spezialität» des Mischkonsums müssen Behandlungsstrategien und -programme gemäss Wopfner überdacht und angepasst werden. Zusätzlich erschwert würde dies durch die «arbiträre Trennung der Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie durch die Grenzziehung ab dem achtzehnten Lebensjahr». Momentan prüfe die Klinik Südhang mit ihren strategischen Partnern, ob in den nächsten acht bis zehn Monaten ein Angebot entwickelt werden solle, um einen Beitrag zur Schliessung dieser Versorgungslücke zu leisten. Bezüglich des Potenzials zur Weiterentwicklung des Behandlungsprogramms «Mensch und Sucht»

erwähnt Wopfner die Anpassung und Spezialisierung der vorhandenen Strukturen und Prozesse auf weitere Substanzen. Das modulare Therapieangebot sei hierfür prädestiniert. Zusätzlich investiere die Klinik Südhang momentan auch Ressourcen in die methodische Entwicklung eines Therapieangebots, das auf dem Einsatz von Psychedelika im Therapieprozess basiere. Die Schweiz sei hierin eine Vorreiterin, da sie den legalen Rahmen biete, um diese nach ersten empirischen Hinweisen hochwirksame Methode einzusetzen.

Für die Weiterentwicklung des Programms sind konstruktive Rückmeldungen essenziell. Wopfner erklärt hierzu, dass die Klinik Südhang seit Beginn des Programms wöchentlich Feedback der Patientinnen und Patienten einhole, um eine konstante Qualitätskontrolle und -optimierung zu garantieren. Neben vielseitigen Verbesserungsvorschlägen würden die Behandelten betonen, dass die gesteigerte Individualisierung ihre Therapieerfahrung merklich verbessere. Ein konkreter Ansatzpunkt zur Optimierung seien die organisatorischen Fehler, die durch die komplexen individualisierten Therapiepläne, die wöchentlich neu erstellt würden, entstünden. Auf der Seite der strategischen Partner falle das Feedback durchwegs sehr positiv aus. Sie würden sich von der konsequenten Patientenorientierung, dem vertretenen Menschenbild und der breiten Palette an Therapieangeboten begeistert zeigen. «Seit Jahren wird der modulare Ansatz in der Psychiatrie postuliert, aber oft nicht konsequent verfolgt. Wir haben nun unsere gesamte Klinik darauf ausgerichtet und dies wird von den Expertinnen und Experten in unserem Fach wertgeschätzt», ergänzt Wopfner.

Durch die aufwändige Umgestaltung des gesamten Behandlungsprogramms unterstreicht die Klinik Südhang ihren Wunsch nach stetiger Optimierung ihres Therapieangebotes und der Gewährleistung eines erfolgreichen Behandlungsverlaufes für ihre Patientinnen und Patienten. Speziell aufgrund der momentanen psychiatrischen Unterversorgung im Kanton Bern und der ganzen Schweiz sind innovative, modulare Therapieansätze notwendig und zielführend.

Klinik Südhang

Seit über 130 Jahren therapiert die Klinik Südhang Suchtkranke. Obwohl die Klinik ihren Ursprung in 1891 als «Trinkheilstätte Nüchtern» hat, die schlicht Arbeit und Beschäftigung als Therapiemassnahme sah, entwickelte sich seither ein Verständnis der Sucht als Krankheit, das die sich verändernde Haltung der Gesellschaft gegenüber Sucht und Konsum stets in Betracht zieht.

Herausforderung Prävention

Gesetzlich schwach verankert und kaum finanzielle Mittel: Prävention hat in der nationalen Gesundheitspolitik einen schweren Stand. Prävention ist Spielball zahlreicher Akteure – darunter der Ärzteschaft. Diese Fragmentierung bietet aber auch Chancen.

Text: Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst

Unser Gesundheitswesen ist für den Krankheitsfall ausgelegt. Im Fokus der Politik stehen Gesetze und Finanzierungsmechanismen für kurative Behandlungen. Dagegen ist der Stellenwert von Gesundheitsförderung und präventiven Leistungen im Krankenversicherungsgesetz noch immer gering. Unabhängig davon, ob es sich um Programme handelt, welche die Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention betreffen (siehe Kasten). Während die Gesundheitsausgaben seit Jahren kontinuierlich ansteigen, stagnieren die Ausgaben für Prävention. 2019 gab die Schweiz schätzungsweise 1,8 Mrd. Franken für Gesundheitsförderung und Prävention aus. Das entspricht rund 2,7% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens. Damit liegt die Schweiz in der unteren Hälfte der OECD-Staaten.¹

Kein nationales Präventionsgesetz

Auf nationaler Ebene stossen politische Bemühungen, die Prävention stärker gesetzlich zu verankern, auf Widerstand. Sinnbildlich dafür steht das Ringen um ein nationales Präventionsgesetz. Dabei machten die Befürworter erhebliche Zugeständnisse. Sie verzichteten auf ein geplantes Präventionsinstitut. Auch hätte das neue Gesetz keine zusätzlichen finanziellen Aufwendungen mit sich gebracht. Gleichwohl scheiterte die Vorlage im September 2012 an einer Mehrheit im Ständerat. Die fehlende Gesetzesgrundlage auf Bundesebene hat auch dazu geführt, dass sich in der Schweiz eine fragmentierte Präventionslandschaft gebildet hat: Bund, Kantone, Ärzteschaft, Stiftungen und zahlreiche weitere Akteure kümmern sich um Prävention und Gesundheitsförderung.

Dabei nehmen die Kantone ihre Verantwortung sehr unterschiedlich wahr. So investierte der Kanton Basel-Stadt im Jahr 2019 9,6 Prozent seiner gesamten Gesundheitsausgaben in gesundheitsfördernde Massnahmen oder Präventionsprogramme. Der Kanton Bern war deutlich zurückhaltender: Mit einem Anteil von 3,5 Prozent liegt Bern auf Platz 20 aller erfassten Kantone. Nur Glarus, Aargau, Solothurn, Luzern und Appenzell Innerrhoden gaben noch weniger Geld für Prävention aus.²

Stiftung mit zentraler Rolle

Eine zentrale Akteurin ist die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Ihr Aufgabengebiet ist breit, ihre Zielsetzungen ambitioniert: Kantone, Betriebe und Akteure in der Gesundheitsversorgung sollen sich vernetzen und ihr Engagement in der Prävention und Gesundheitsförderung ausbauen. Innovative Projekte werden durch eine eigene Projektförderung finanziell unterstützt. Zudem hat die Stiftung – in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen – in den letzten Jahren Aktionsprogramme lanciert, um Kinder, Jugendliche und ältere Menschen über die Bedeutung und die positiven Folgen psychischer Gesundheit, ausgewogener Ernährung und ausreichender Bewegung aufzuklären – mit einigem Erfolg. Ausser in Glarus konnten in allen Kantonen Aktionsprogramme umgesetzt werden.

Nationale Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten

Der Bund gibt sich in Sachen Prävention nach wie vor zurückhaltend. Breit lancierte Programme auf nationaler Ebene sind selten. Eine Ausnahme bildet die Nationale

Strategie gegen nichtübertragbare Krankheiten (NCD). In der Schweiz leiden mehr als 2 Millionen Menschen an nichtübertragbaren Krankheiten wie Diabetes, Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auf NCD entfallen rund 80 Prozent aller Kosten im Gesundheitswesen. Ein Grossteil dieser Kosten lässt sich mit gezielten Verhaltensänderungen verringern. Denn rund die Hälfte der nichtübertragbaren Krankheiten sind die Folge eines ungesunden Lebensstils. Die NCD-Strategie wird von Bund, Kantonen und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz umgesetzt. Gemeinsam haben sie Massnahmen und Handlungsfelder definiert, die zwischen 2017 und 2024 realisiert werden.

«Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen haben sich in den letzten Jahren zahlreiche innovative und auch erfolgreiche Programme entwickelt.»

Präventionsempfehlungen im Praxisalltag

Den Leistungserbringern, allen voran der Ärzteschaft, wird bei zahlreichen Programmen eine tragende Rolle zugewiesen. Die Ärzteschaft ist aber auch selbst initiativ und hat eigene Projekte ins Leben gerufen. Zwei davon sind besonders nennenswert: EviPrev³ und PEPr⁴. EviPrev steht für Evidenzbasierte Prävention in der medizinischen Grundversorgung, ist als Verein organisiert und wird von mehreren universitären Kliniken und dem schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut getragen. PEPr ist eine Dienstleistung der FMH und weiterer Trägerorganisationen. Beide Programme zielen auf primär- und sekundärpräventive Massnahmen. Sie wollen mit Informationen, Checklisten, Tools sowie Fortbildungen die Prävention und Früherkennung von Krankheiten in der ambulanten Gesundheitsversorgung fördern. Mehr noch: Die Programme zeigen der Ärzteschaft und Praxisteams auf, wie sich Präventionsleistungen abrechnen lassen. Präventive Leistungen werden nämlich von der obligatorischen Krankenversicherung bislang nur eingeschränkt vergütet.

Herausforderungen bleiben

Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen haben sich in den letzten Jahren zahlreiche innovative und auch erfolgreiche Programme entwickelt. Darauf lässt sich aufbauen. Doch die Herausforderungen bleiben. Denn die Finanzierung der Programme ist meist nicht nachhaltig gesichert, auch weil die gesetzlichen Grundlagen

fehlen. Einen Ausweg könnte der Experimentierartikel im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) bieten. Damit liesse sich Prävention testweise stärker gesetzlich verankern. Die gemachten Erfahrungen könnten dann die Grundlage für eine politische Diskussion im und ausserhalb des Parlaments bilden. Dank der eidgenössischen Wahlen diesen Herbst werden die Karten neu gemischt. Es ist nicht auszuschliessen, dass die Prävention im neu zusammengestellten Parlament mehr Gehör finden wird.

3 Stufen der Prävention

In der akademischen Diskussion hat sich ein dreistufiges Modell etabliert, auf das sich auch die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) abstützt. Es wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Primärprävention zielt darauf ab, die Gesundheit zu erhalten und Krankheiten vorzubeugen. Sie richtet sich an gesunde Menschen. Früherkennung und Krankheitsfortschritte zu verhindern, ist die Aufgabe von Massnahmen in der Sekundärprävention. Folgeerkrankungen, Komplikationen oder Rückfälle einer bestehenden Krankheit zu unterbinden, übernehmen Interventionen in der Tertiärprävention.

¹ www.ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/ausgaben-fuer-gesundheitsfoerderung-und-praevention-nach-leistungen

² www.ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/ausgaben-fuer-gesundheitsfoerderung-und-praevention-nach-finanzierungsregime

³ www.eviprev.ch

⁴ www.pepra.ch/de

Das Berner Darmkrebs-Screening-Programm feiert sein 1-jähriges Bestehen

8279 Bernerinnen und Berner haben das neue Darmkrebs-Vorsorge-Angebot des Kantons im ersten Jahr bereits genutzt und täglich kommen neue Anmeldungen hinzu. «Ein niederschwelliges Angebot für alle zwischen 50 und 69 Jahren» hatte der Kanton Bern gefordert, als man sich entschied, ein kantonales Vorsorge-Programm aufzubauen. Und genau dies spiegelt sich nun in der rasch steigenden Zahl von Teilnehmenden wider, von denen viele durch aktive Berner Hausärztinnen und Hausärzte über das Angebot informiert werden.

Text: Krebsliga beider Basel
Grafik: zVg

Wieso ist Vorsorge so wichtig?

Für die Berner Ärzteschaft ist die Antwort klar: Wenn zugewartet wird, bis Beschwerden auftreten, ist Darmkrebs schon fortgeschritten. Belastende und teure Therapien sind nötig und trotzdem ist eine Heilung oft nicht möglich. Mit einer Screening-Untersuchung, bevor Symptome auftreten, kann dies verhindert werden. Die Vorteile der Screening-Untersuchung sind so offenkundig, dass sich 286 Hausärztinnen und Hausärzte, 32 Gastro-Praxen/Spitäler, 76 Apotheken sowie 6 Pathologie-Institute aus voller Überzeugung am Programm beteiligen.

Auch wissenschaftlich ist der Nutzen des Darmkrebs-Screenings längst etabliert: Aus diesem Grund bietet der Kanton Bern seiner Bevölkerung seit Juni 2022 ein kantonales Darmkrebs-Screening-Programm an. Daran teilnehmen können Bernerinnen und Berner im Alter von 50 bis 69 Jahren. Interessierte haben die Wahl zwischen dem Blut-im-Stuhl-Test (FIT), der alle zwei Jahre wiederholt wird, und der Darmspiegelung, die alle zehn Jahre wiederholt wird.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt bei Frauen und Männern im Alter von 50 bis 69 Jahren die Kosten für die Screening-Untersuchung. Findet die Untersuchung im Rahmen des Programms statt, sind diese Leistungen von der Franchise befreit, sodass für Programmteilnehmende lediglich 10 Prozent Selbstbehalt anfallen.

Das erste Jahr in Zahlen

Entsprechend der Altersstaffelung wurden im ersten Jahr 49 250 Einladungen und 25 057 Erinnerungsschreiben an die bernische Zielbevölkerung versandt.

Bis zum 31. Mai 2023 wurden bereits 8279 Vorsorgeuntersuchungen erfasst – davon waren 3509 (42,4%) Stuhltests und 4770 (57,6%) Darmspiegelungen (Abb. A). Für das erste Jahr wurde eine Aktivitätsrate (= Anz. Untersuchungen / (Anz. Einladungen – Anz. ungültige Einladungen)) von rund 19% berechnet. Die Zahl der monatlich durchgeführten Screening-Untersuchungen ist weiter steigend (Abb. B).

Bei den Stuhltests zeigten 4,8% einen positiven Befund. Bei rund 59% der erfassten Darmspiegelungen

wurden Gewebeproben entnommen. Eine detaillierte Auswertung der Gewebeproben erfolgt, sobald sämtliche Untersuchungen der letzten Monate vollständig dokumentiert wurden.

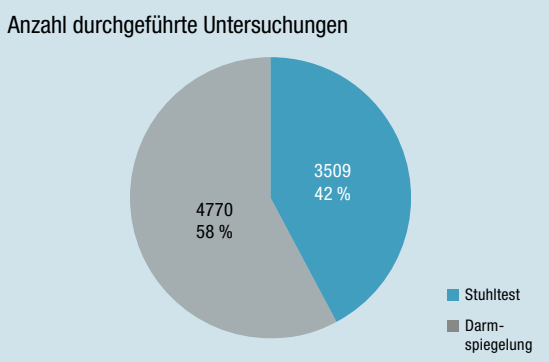


Abb. A

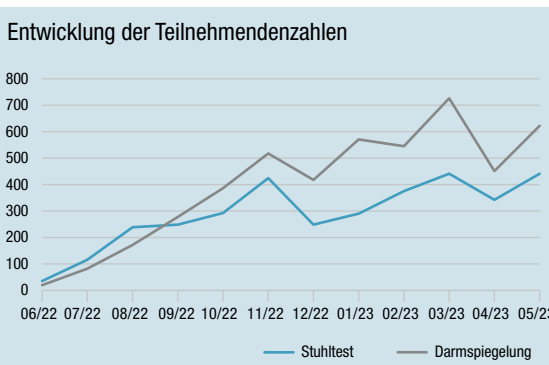


Abb. B

«Die Zusammenarbeit zwischen den Hausarztpraxen und den Magendarm-Spezialistinnen und -Spezialisten funktioniert im Kanton Bern hervorragend. Die Abläufe, die im Programm zum Teil etwas vom bisherigen Alltag abweichen, werden bewundernswert umgesetzt – sehr zum Wohle der Screening-Teilnehmenden» berichtet Frau Prof. Dr. med. Viviane Hess, Ärztliche Leiterin des Berner Darmkrebs-Screening-Programms der Krebsliga beider Basel.¹

Es gibt allerdings auch Arztpraxen, die bisher den Schritt am Programm teilzunehmen noch nicht gewagt haben – aus Sorge, dass weitere administrative Hürden ihren Alltag komplizieren könnten. Das einjährige Jubiläum des Programmes soll daher auch nochmal Gelegenheit bieten, über die Abläufe des Programmes zu informieren:

Wie funktioniert das kantonale Programm?

Teilnahmeberechtigt sind alle im Kanton Bern wohnhaften Personen im Alter von 50 bis 69 Jahren, die in den letzten 10 Jahren nicht bereits eine Darmspiegelung hatten. Ausserdem richtet sich das Screening an gesunde, beschwerdefreie Personen. Patientinnen und Patienten für eine Screening-Untersuchung anmelden, dürfen grundsätzlich alle Grundversorgenden. Wer als Hausärztin/Hausarzt am

¹ Das Programm wird durch die Krebsliga beider Basel geleitet und koordiniert, in Zusammenarbeit mit der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern (GSI). Für alle weiteren Fragen rund um das Thema Krebs ist die Krebsliga Bern die Anlaufstelle.

Programm teilnimmt, wird auf der Website aufgeführt www.screening-be.ch/ueber-uns und darf zusätzlich eine Franchise-befreite Beratung über die Programm-Tarifpauschalen abrechnen. Wer noch nicht angemeldet ist, kann dies jederzeit über dieselbe Website nachholen.

Zuweisungen für Darmspiegelungen an teilnehmende Gastropraxen/Spitäler erfolgen (ausschliesslich!) per Mailformular bzw. «Medforms» www.screening-be.ch/hausaeerzte. Zusätzlich zur Überweisung ist immer die Registrierung durch die teilnehmende Person (zwecks Einverständniserklärung), ebenfalls über die Website www.screening-be.ch/registrierung, erforderlich.

Der Stuhltest wird als Screening-Untersuchung noch zu wenig genutzt

Nicht nur die Darmspiegelung, sondern auch die neue Generation der Stuhltests kann dank ihrer hohen Zuverlässigkeit und ihrer Akzeptanz zu einem verbesserten Bevölkerungsscreening beitragen. Erstaunlicherweise wählten im ersten Jahr im Kanton Bern nur 42 % der Teilnehmenden den Stuhltest. «Insbesondere für die jüngeren Menschen im Programm (50+), die keine Familienmitglieder haben, die an Darmkrebs erkrankt sind, ist der Stuhltest eigentlich die unkomplizierte und ebenfalls sichere Variante der Vorsorge», so Viviane Hess. Vorbei sind die Zeiten, als ein Stuhltest (damals Hämoccult®) noch mit Diäten und Wiederholungen an mehreren Tagen verbunden war. Der heutige quantitative FIT (OC Sensor®) weist kleinste Mengen von Blut im Stuhl immunochemisch nach. Ein einziger Test genügt. Dieser wird im Screening-Programm zu Hause durchgeführt und ins Analyselabor geschickt. Der Test wird alle 2 Jahre wiederholt; nach einem positiven Befund erfolgt eine Koloskopie zur weiteren Abklärung. Teilnehmende bestellen den Stuhltest über die Website www.screening-be.ch/registrierung-stuhltest, aber auch Hausärztinnen und Hausärzte können das Test-Kit gemeinsam mit ihren Patientinnen oder Patienten anfordern.

Fazit vom ersten Jahr und Ausblick

Das Berner Darmkrebs-Screening-Programm hat sich dank vieler engagierter Fachpersonen im Kanton Bern solide etabliert. Der Aufwärtstrend der Teilnehmendenzahlen hält weiter an, dürfte jedoch noch deutlich zunehmen, wenn – wie in anderen Kantonen – die Möglichkeit des Stuhltests als Screening-Test noch mehr genutzt wird. Die neu auf der Website www.screening-be.ch zur Verfügung gestellten Informations-Filme mit einfacher Bildsprache dürften ebenfalls helfen, den Zugang zum Programm noch niederschwelliger zu gestalten.

Der eMediplan für Therapiesicherheit, Adhärenz und Effizienz

Die Aerztegesellschaft des Kantons Bern ist seit kurzem Mitglied der IG eMediplan. Damit unterstreichen die Berner Ärztinnen und Ärzte, dass ihnen die sichere und effiziente Medikation ein zentrales Anliegen ist – ein Anliegen, das viel interprofessionelle Zusammenarbeit bedeutet. Zudem lässt sich mit dem eMediplan die digitale Transformation in der Gesundheitsversorgung pragmatisch und effektiv vorantreiben.

Text: Andreas Bühner, Dr. sc. nat. et med.,
Co-Präsident IG eMediplan
Grafik: zVg

Der eMediplan umfasst die *gesamte aktuelle Medikation* einer Patientin, eines Patienten. Er dient Gesundheitsfachpersonen gleichermaßen wie Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen.

Ergänzend zu einer einfachen Medikamentenliste zeichnet sich der eMediplan wie folgt aus:

- 1 Die Medikamente können mit Hilfe eines Bildes einfacher identifiziert werden. Dies hilft den Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen und den Gesundheitsfachpersonen.
- 2 Auf dem eMediplan sind die wichtigsten medizinischen Informationen im Zusammenhang mit der Medikation festgehalten. Diese ermöglichen die bessere Beurteilung der verschriebenen Medikamente und deren Dosierung.
- 3 Der Grund für die Einnahme des Medikaments ist aufgeführt. Das unterstützt die Wirkung und die Adhärenz.

4 Es ist hinterlegt, wer das Medikament verordnet hat. Das vereinfacht das Nachfragen.

5 Alle Informationen auf dem Plan sind im QR-Code enthalten. Die Fachpersonen können diesen Code einlesen. Patientinnen und Patienten scannen den Code mit ihrer Patienten-App.

Den eMediplan gibt es als Papier- oder PDF-Variante mit 2D-Barcode sowie als digitalen Datensatz. Der eMediplan kann in Apps verwendet und mit Erinnerungsfunktionen zur Medikamenteneinnahme oder zur Beschaffung neuer Medikamente kombiniert werden.

Vielfältiger Nutzen

Der eMediplan bietet folgenden Vorteile:

- Er erleichtert und verbessert die Medikamentenanamnese.
- Er vereinfacht die Anleitung der Patientinnen und Patienten durch Gesundheitsfachpersonen.
- Er hilft den Patientinnen und Patienten, die Medikamente korrekt einzunehmen, und den Angehörigen, sie dabei zu unterstützen.
- Er erhöht die Arzneimitteltherapiesicherheit und die Adhärenz.

– Er vereinfacht die Kommunikation entlang der Behandlungskette. Ein Fallbeispiel dazu sehen Sie hier: www.emediplan.ch/bevoelkerung/fallbeispiel/

– Er ist bereit für das elektronische Patientendossier (EPD).

– Er bildet den Ausgangspunkt für das E-Rezept.

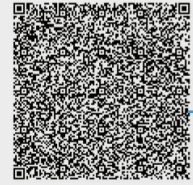
– Der eMediplan kann die Sorgfaltspflicht, Aufklärungspflicht und die Dokumentationspflicht in der Arztpraxis unterstützen.

Die FMH hat dazu in der «Schweizerischen Ärztezeitung» Stellung genommen: www.doi.org/10.4414/saez.2023.21458

– Der eMediplan-Standard ist frei und kostenlos nutzbar. Das vereinfacht und vergünstigt die Implementation in die Praxissoftware und Klinikinformationssysteme.

Stand der Einführung

Die Grundidee des eMediplan genießt breite Akzeptanz. Wichtige Softwarehäuser aus den Bereichen Arztpraxis, Apotheke, Spital, Pflegeeinrichtung und Spitex haben den eMediplan implementiert und können diesen mindestens ausdrucken. Kontaktieren Sie bei Fragen hierzu Ihren Softwareanbieter oder die IG eMediplan. Verschiedene App-Anbieter nutzen den eMediplan als Basis. Ausserdem ist der eMediplan Teil der Einführung des EPD.



Ausstellungsdatum: 09.02.2023 09:42

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Einheit	Von	Bis u. mit	Anwendungsinstruktion	Anwendungsgrund	Verordnet durch
ANTIBIOTIKUM Tabl 800/160mg Disulfonotetraprim, Monoketozam	1	-	1	-	Stk	09.02.2023	19.02.2023	nach dem Essen	Infektion	Dr. Not Franz, Frauenfeld
CO-ANTIHYIP Filmtabl 160/12.5 mg Balsorten, Hydronatriazid	1	-	-	-	Stk				Bluthochdruck	Dr. Sarah Docteur, Porrentruy
CHOLETS Filmtabl 20 mg Otamustitan	½	-	1	-	Stk				Cholesterinsenker	Dr. Séverine Example, Martigny
ANTIKRAMPF Inj Lös 10 mg/2ml i.m./i.v. Trifluopam	2	-	-	-	ml			nur i.m., nur durch instruierte Personen!	Beruhigung	Dr. Karl Rezept, Langenthal

Reservemedikation

Essigwickel	-	-	-	-	-			bei Bedarf	Fieber	Selbstmedikation
ANTIPYRETIC Filmtabl 500 mg Antipyretic	siehe Anwendungsinstruktion							bis zu max. 4 mal täglich 1 Tablette einnehmen	Schmerzen	Selbstmedikation

Bemerkung:

Der Patient ist vom Medikationsplan begeistert!

eMediplan Beispiel

Es bestehen zahlreiche Initiativen, die den eMediplan bereits eingeführt haben. So auch im Kanton Bern, zum Beispiel healthyEmmental mit dem Spital Emmental (Burgdorf und Langnau), Apotheken, Arztpraxen, Spitex oder mediX Bern. Allerdings erhalten noch zu wenige Patientinnen und Patienten einen eMediplan. Deshalb bringen erst wenige einen eMediplan in die Sprechstunde, die Apotheke oder beim Spitaleintritt mit. Die Einführung des eMediplan ist eine klassische digitale Transformation und damit ein Veränderungsprojekt – also weit mehr als eine reine IT-Angelegenheit. Veränderungen sind mit Unsicherheiten und Ängsten verbunden. Das gilt auch für Ärztinnen und Ärzte. Dem steht der unbestreitbare Nutzen des eMediplan gegenüber: mehr Sicherheit, bessere Adhärenz, mehr Transparenz, höhere Effizienz. Jetzt gilt es, die nötige Überzeugungsarbeit zu leisten – bei den Gesundheitsfachpersonen ebenso wie bei den Patientinnen und Patienten. Denn der eMediplan soll sich bottom-up durchsetzen und nicht top-down verordnet werden.

IG eMediplan

Die IG eMediplan koordiniert als nicht profitorientierter Verein die Einführung und Pflege des eMediplan und des eMediplan-Standards auf nationaler Ebene. Als Nonprofit-Organisation ist die IG eMediplan auf Mitglieder und Gönner angewiesen.

IG eMediplan, Geschäftsstelle
 Ikarusstrasse 9, 9015 St. Gallen
 T 071 282 20 15
 info@emediplan.ch

www.emediapl.ch



Mehr Zeit für das Wichtige

Ihre Entlasterin

Die Ärztekasse unterstützt Sie mit zahlreichen Informatikprodukten und Dienstleistungen rund um Ihre Praxisadministration. So können Sie sich auf die medizinische Arbeit konzentrieren. Das freut auch die Patientinnen und Patienten.



Weitere Infos und Angebote auf aerztekasse.ch

Ä K **ÄRZTEKASSE**
CAISSE DES MÉDECINS
C M **CASSA DEI MEDICI**

Terminplan 2023
Aerztegesellschaft des
Kantons Bern BEKAG

09. November
FMH Ärztekammer

16. November
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit



Aus Werten wird Wissen.


schnell. exakt. praxisnah.