



doc.be

Das Magazin der
Aerztegesellschaft des
Kantons Bern

Nr. 6
Dezember 2017

Themen dieser Ausgabe

**FMH-Präsident Jürg Schlup
zum Globalbudget**

**Interview mit Nicole
Thönen und Dr. med. Marc
Jungi über die Rolle
und Tätigkeit der MPK in
der Praxis**

Anpassung bei MEDPHONE

Ein Deckel auf die Gesundheit?



Eine vom Bund eingesetzte Expertengruppe schlägt vor, in der Schweiz umfassende Globalbudgets zur Deckelung der Gesundheitsausgaben einzuführen. Diese Globalbudgets sollen dazu dienen, das Kostenwachstum in den Griff zu bekommen. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen aber, dass ein Globalbudget vor allem drei gewichtige Nachteile mit sich bringt:

Juristisch steht es in Widerspruch zu Artikel 117 der Bundesverfassung, welcher den Bund verpflichtet, eine Krankenversicherung einzurichten. Und eine Versicherung zeichnet sich eben dadurch aus, dass sie eine bestimmte Leistung bei Eintritt des befürchteten Ereignisses erbringt. In diesem Sinne ist ein Globalbudget für eine Versicherung wesensfremd, wie der St. Galler Rechtswissenschaftler Ulrich Kieser jüngst erklärte.

Volkswirtschaftlich wirft das Globalbudget Fragen auf, welche unsere Nachbarländer in 20 Jahren nicht beantworten konnten. An welchen Kriterien soll das Globalbudget ausgerichtet werden? Meist wird das Lohn- oder Wirtschaftswachstum als Referenzgrösse beigezogen. Die Orientierung am medizinischen Behandlungsbedarf geht so einmal mehr verloren.

Das Globalbudget schadet aber vor allem dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten. Erfahrungen aus Deutschland und Italien belegen, dass sich Patienten bei gedeckelten Budgets schnell der Willkür ausgesetzt fühlen. Kein Wunder, sind doch beispielsweise Terminverschiebungen ins Folgequartal ein gängiger Mechanismus in solchen Systemen. Die Patienten merken, dass die Ärztin und der Arzt bei der Behandlung durch die ökonomische Brille blicken – viel mehr, als dies heute schon der Fall ist.

Damit trägt der Vorschlag der Expertengruppe, Globalbudgets einzuführen, zu einer weiteren Entwertung des Arztberufes bei. Besser wäre es, das System auf eine Weise zu reformieren, welche Ärztinnen und Ärzten in ihrer Professionalität stärkt.

Marco Tackenberg
Leiter Presse- und Informationsdienst

Inhalt

4 «Die Politik will das Global-budget»
FMH-Präsident Jürg Schlup warnt vor einem Ausnahmezustand in der Gesundheitspolitik.

6 «Wirtschaftlich ist, wer sich von kranken Menschen fernhält»
Ein Seminar der wichtigsten gesundheitspolitischen Organisationen der Schweiz zeigt auf, welche Auswirkungen Globalbudgets auf die Patienten haben.

9 Rolle und Stellenwert der MPK in der Grundversorgung
Welche Tätigkeiten übernehmen Medizinische Praxiskoordinatorinnen und wie werden diese tarifarisch abgegolten? An der BEKAG-Klausurtagung 2017 wurden hierzu konkrete Handlungsanweisungen entwickelt.

12 «Die grosse Nachfrage hat uns überrascht»
Nicole Thönen und Dr. med. Marc Jungi erklären im Interview, wieso sich die Weiterbildung zur Medizinischen Praxiskoordinatorin für alle Beteiligten lohnt.

16 Der Nachwuchs hat die Qual der Wahl
Die BEKAG ist zum wiederholten Male an der MEDIfuture präsent und engagiert sich für den Nachwuchs.

18 Digitale Dynamik ohne Grenzen?
Die Digitalisierung eröffnet in der Medizin unzählige Anwendungsfelder. Weshalb die Bedürfnisse der Patienten weiterhin im Vordergrund stehen müssen, war Thema am diesjährigen Hplus Kongress.

21 Neuer Minutentarif und neue Anrufnummer
Die Ärztenotrufzentrale MEDPHONE hat den Minutentarif erhöhen müssen.

22 Schrittweise zurück in den Berufsalltag
Der Verband medical women switzerland (mws) fördert mit dem Projekt «Steigbügel» den Wiedereinstieg in den Arztberuf nach familiär bedingter Auszeit.

Jubiläumskonzerte 50 Jahre Medizinerorchester

DINER DANSANT Jubiläumskonzert

Apéro – Konzert – Diner – Ball
Kursaal Arena Bern
Samstag, 3. Februar 2018, ab 18 Uhr

**Konzert mit Musique
dansante (ohne Diner)**
Kursaal Interlaken, Theatersaal
Samstag, 27. Januar 2018, 20 Uhr

Das Medizinerorchester jubiliert und schaut stolz auf die letzten 50 Jahre zurück. Feiern Sie dieses Jubiläum mit uns! Das Konzertprogramm mit Tanzmusik wird Sie aus den Stühlen reissen. Wir spielen Bach und Piazzolla, Dvorak und Strauss, Brahms und Tschaikowsky, Tico-Tico und Haydn...

Vorverkauf

Internet:
www.kulturticket.ch

Telefon:
0900 585 887 oder 0900kultur
(Mo–Fr 10.30–12.30,
Fr. 1.20/Min. ab Festnetz)

Vorverkaufsstellen:
Tonträger music & more
(Schweizerhofpassage Bern)
Zentrum Paul Klee
Thun-Thunersee Tourismus
Interlaken Tourismus

www.medizinerorchester.ch



Impressum

doc.be, Organ der Aerztegesellschaft des Kantons Bern; Herausgeber: Aerztegesellschaft des Kantons Bern, Postgasse 19, 3000 Bern 8 / erscheint 6 × jährlich; Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der Aerztegesellschaft des Kantons Bern; Redaktion: Marco Tackenberg, Simone Keller und Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst BEKAG, Postgasse 19, 3000 Bern 8, T 031 310 20 99, F 031 310 20 82; tackenberg@forumpr.ch, keller@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch; Inserate: Simone Keller, keller@forumpr.ch; Gestaltung/Layout: Definitiv Design, Boll; Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern; Titelbild: Marco Zanoni

«Die Politik will das Globalbudget»

FMH-Präsident Jürg Schlup warnt die BEKAG-Delegierten vor einem Ausnahmezustand in der Gesundheitspolitik. Die Herausforderungen seien nur zu bewältigen, wenn die Ärzteschaft in wichtigen Fragen geschlossen auftritt.

Text: Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst
Bild: Marco Zanoni

Ärzte streiten um Geld. Ärzte versenken Tarifreform. Ärzte amputieren den Kompromiss. Selbst die Weltwoche, sonst stolz auf eigenständige Positionen, stimmt in das Lamento ein. Sie mahnt dringend einen Kurswechsel an, da wegen steigender Prämien immer mehr Menschen das Wasser am Hals spürten. Jürg Schlup, FMH-Präsident, startet sein Referat mit einer kleinen Presseschau. Er zeigt auf, wie sich die Urabstimmung über den neuen Tarif – im Juni 2016 lehnte eine Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte das Reformprojekt ab – medial verheerend auf die Verhandlungsposition der FMH auswirkte.

Die Politik nimmt die gehässige Stimmung auf: Ständerätin Anita Fetz wirft der FMH eine Verweigerungshaltung vor. Der Bundesrat wird aufgefordert, mit einem Tarifeingriff zu drohen. Und zum vielleicht ersten Mal in der Geschichte der Neujahrsansprachen hält Bundesrätin Doris Leuthard am 1. Januar 2017 fest, die steigenden Kosten strapazierten die Solidarität im Gesundheitswesen.

Schlup zeichnet nach, wie jetzt alle im Bundesrat vertretenen Parteien Eingriffe zur Kosteneindämmung und Kostensenkung befürworten. Mehr noch: Die Forderungen zielen in eine Richtung, die einem Umbau des Gesundheitssystems gleichkäme. So verlangt eine parlamentarische Initiative, dass die Ärzteschaft dem Bundesrat diejenigen Daten

kostenlos bekannt gibt, die für die staatliche Festsetzung von Tarifen und Preisen notwendig sind. Schlup: «Die Politik diktiert uns Ärzten den Tarif.»

«Sie setzen dann das Globalbudget um, nicht die CVP und nicht der Bundesrat!»

«Wer setzt das Globalbudget um?»

Vor allem ein grober Klotz gewinnt im politischen System an Kontur: Die Politik will ein Globalbudget festlegen. Und dieses Budget soll knapp bemessen werden. Eine Koalition, die von der SP bis zur CVP reicht, spricht sich für einen Kostendeckel aus. Während der CVP-Parteitag im August 2017 Schritte zur Einführung einer Kostenbremse forderte, will die SP die Prämien auf zehn Prozent des Einkommens beschränken. Schlup warnt die anwesenden Ärztinnen und Ärzte: «Sie setzen dann das Globalbudget um, nicht die CVP und nicht der Bundesrat!»

Der ehemalige BEKAG-Präsident rechnet vor, wie durch Kosteneinsparungen der Druck auf die Ärzteschaft erhöht werden kann. Und das geht so: Die Strategie «ambulant vor stationär» senkt insgesamt Kosten – man spricht von rund 30 Prozent. Da aber der ambulante Sektor, im Gegensatz zum stationären Bereich, vollständig durch Prämiegelder finanziert wird, steigt in Folge dieser Verlagerung



Der ehemalige BEKAG-Präsident Jürg Schlup rechnet an der Delegiertenversammlung vor, wie durch Kosteneinsparungen der Druck auf die Ärzteschaft erhöht werden kann.

die Prämienlast um 57 Prozent an. Was sowohl medizinisch wie auch volkswirtschaftlich Sinn macht, erweist sich damit als Falle für die Leistungserbringer.

Eine Falle, weil der Bundesrat auch diesen Punkt bedacht hat und jetzt bereits fordert, die absehbare Erhöhung der Prämien verlange nach einer Ausschöpfung von Effizienzreserven. Dazu hat das Eidgenössische Departement des Inneren einer Expertengruppe den Auftrag gegeben. Im Herbst 2017 hat diese einen Bericht veröffentlicht, der gleich eingangs postuliert, es gebe ein Effizienzsteigerungspotenzial ohne Qualitätsreduktion in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von rund 20 Prozent. Dieses Argument mit den angeblichen 20 Prozent Einsparpotenzial weist eine erstaunliche Karriere auf. Obwohl in zahllosen Berichten geschrieben wird, es gebe 20 Prozent «Luft im System», findet sich dazu keine seriöse Studie. Es handelt sich um einen Mittelwert, der sich aus der vorhandenen Literatur zur Wirkung von Managed-Care-Modellen zusammensetzt.

Pay-for-Performance

In welche Richtung die Kostendämpfungsmassnahmen gehen, legt der Bericht in einer Weise dar, die Bitteres für den ärztlichen Berufsstand befürchten lässt. So heisst es wörtlich: «Wegen der falsch gesetzten Anreize müssen auch die Mengen beziehungsweise die Gesamtkosten gesteuert werden, um das Gesundheitssystem bezahlbar zu halten. Langfristig sind möglichst viele Gebote und Verbote zu Gunsten einer korrekten Anreiz-

systematik (im besten Falle: Bezahlung für jede gewonnene Gesundheitseinheit) wieder aufzuheben.» Erkennbar ist hier der Wille, immer mehr in die ärztliche Kompetenz einzuwirken. Medizin hat künftig nach den Imperativen der industriellen Produktion – Pay-for-Performance – zu erfolgen.

Jürg Schlup analysiert: «Die Ärzteschaft hat wegen ihrer internen Grabenkämpfe politisch an Gewicht verloren. Eine breite Allianz politischer Parteien baut die staatliche Steuerung aus.» Welche Remedur empfiehlt der oberste Arzt der Schweiz? Die Herausforderungen seien nur zu bewältigen, so Schlup, wenn die Ärzteschaft in wichtigen Fragen geschlossen auftritt. Dies betreffe vor allem die Wiedererlangung der Tarifautonomie. Nur so lasse sich ein Amtstarif verhindern.

«Wirtschaftlich ist, wer sich von kranken Menschen fernhält»

Aus der Politik und aus den Medien kommt die Forderung nach Globalbudgets in der Medizin. Experten mit Erfahrung mit gedeckelten Budgets folgten der Einladung der wichtigsten gesundheitspolitischen Organisationen der Schweiz nach Bern zum Seminar «Auswirkungen von Globalbudgets auf die Patienten».

Text: Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst

Es ist eine erstaunliche Veranstaltung, welche der Gesundheitsökonom Willy Oggier hier moderiert. Für einmal finden die Ärzteorganisation FMH, der Krankenkassenverband Santésuisse, die Pharmaorganisationen, die Spitäler und nicht zuletzt die Schweizerische Patientenorganisation zu einem gemeinsamen Seminar zusammen – und sind sich im wesentlichen Punkt einig: flächendeckende Globalbudgets bergen schwerwiegende Nachteile.

Der Jurist Rainer Hess, der seit bald vier Jahrzehnten in deutschen Gesundheitssystem tätig ist, berichtet über die Erfahrungen seines Landes mit gedeckelten Budgets. Zwar habe Deutschland kein Globalbudget im Sinne einer «festen Ausgabengrenze über alle Versorgungsbereiche hinweg». Mit dem «Grundsatz der Beitragssatzstabilität» versuchte man aber, die Menge der erbrachten Leistungen in den Griff zu bekommen, was nicht gelang. Dafür habe sich eine grauenhafte Kultur entwickelt: «Der Arzt guckt durch die ökonomische Brille – viel schlimmer, als dies je zuvor der Fall war. Patienten mussten teils zu wildfremden Ärzten. Auch Terminverschiebungen ins Folgequartal sind ein gängiger Mechanismus in solchen Systemen.» Deutschland liege bei vielen medizinischen Ein-

griffen weltweit an der Spitze – ohne dass diese medizinisch indiziert wären. Für Hess klar eine Folge der Ökonomisierung des Gesundheitssystems. Indikationsausweitungen würden aus Budgetgründen gemacht. Dies seien typische Fehlentwicklungen, welche die Schweiz tunlichst vermeiden sollte. Nachvollziehbar legt Hess dar, dass es ein homogenes System brauche, damit ein Globalbudget funktionieren könne. Die Schweiz mit ihren enormen regionalen Unterschieden, ihren städtischen Agglomerationen und ländlichen Regionen ist dazu wenig prädestiniert. Kommt hinzu, dass in der Schweiz die Kantone die Gesundheitspolitik immer noch wesentlich prägen, und dass die Stadt- und Landkantone jeweils sehr unterschiedliche Interessen verfolgen.

Der Bayreuther Finanzwissenschaftler und Gesundheitsökonom Volker Ulrich räumt offen ein, dass man ohne irgendeine Form der Mengensteuerung die Kosten wohl nicht in den Griff bekomme. Jegliche Referenzgrößen für das Globalbudget bergen aber Tücken und Gefahren. Koppelt man das Budget an das Wirtschaftswachstum, dann schlägt eine Rezession voll auf das Gesundheitswesen durch. Und warum soll Gesundheit überhaupt nur in jenem Masse wachsen, wie die Wirtschaft? Es ist ein falsches – aber faut de mieux der Not geschuldetes Kriterium. Denn differenziert man,

wie in Deutschland, nach geographischen Kriterien, so machen die süddeutschen Länder geltend, dass sie Versorgungsstrukturen für Patienten aus ganz Deutschland eingerichtet haben. Die Bayern sagen: «Es stimmt ja, dass wir die jüngeren und gesünderen Leute haben als Mecklenburg-Vorpommern, dafür haben wir aber ganz andere Versorgungsstrukturen!» Lässt man sich auf solche regionalen Vergütungen ein, so riskiert man, ineffiziente Strukturen zu erhalten. Schwerer wiegt aber jene Kritik am Globalbudget, welche in Form eines bösen Spruchs kursiert: «Das Globalbudget führt dazu, dass derjenige wirtschaftlich ist, der es schafft, sich von der Versorgung kranker Menschen fernzuhalten.»

Globalbudget wesensfremd für eine Versicherung

Der St. Galler Rechtswissenschaftler Ulrich Kieser bringt einen fundamentalen Aspekt in die Debatte ein. Artikel 117 der Bundesverfassung verpflichtet den Bund, eine Krankenversicherung einzurichten. Und eine Versicherung zeichnet sich juristisch dadurch aus, dass sie eine bestimmte Leistung bei Eintritt des befürchteten Ereignisses erbringt. In diesem Sinne sei ein Globalbudget «wesensfremd» für eine Versicherung. Kieser zieht ein erstes Fazit: «Das Globalbudget kann die Leistungspflicht nicht einschränken.» Dies sei vom Bundesgericht auch immer wieder so bestätigt worden. Was wäre denn die Folge, wenn das Globalbudget ausgeschöpft ist? Der Leistungsanspruch des Patienten darf jedenfalls nicht begrenzt werden. Also müsse eine Korrektur über die Entschädigung der Leistungserbringer erfolgen. Dies wiederum dürfe aber nur im Rahmen des Rechtsgleichheitsgebots und des Willkürverbots geschehen. Rechtlich öffnet sich hier ein weites Feld!

Einen Kontrapunkt bringt Oliver Peters, stellvertretender Generaldirektor am CHUV, dem Uni- und Kantonsspital des Waadtlandes. Aus seiner Sicht hat sich am CHUV das Globalbudget «eher bewährt». Vergleiche man die Kostenentwicklung mit Bern, so liege man darunter. Peters wertet das Globalbudget als nützliches Instrument, um das Mengenwachstum zu kontrollieren. Damit es wirksam sei, müssten aber alle Leistungserbringer einbezogen werden. Drohende Rationierungseffekte liessen sich beispielsweise durch einen Aufnahmewang verhindern.

Zu einer gerade gegenteiligen Einschätzung kommt Christian Camponovo, Direktor der Clinica Luganese Moncucco in Lugano. Seiner Meinung nach habe das Globalbudget im Tessin zu keiner Kostenreduktion geführt, aber viele zusätzliche Probleme für Patienten und Leistungserbringer geschaffen. Mit Blick auf Lausanne fügt er scharfzüngig an: «Je näher ein Spital dem Kanton steht, umso einfacher sind die Budgetverhandlungen...»

Falsche Prämisse führt zu Forderung nach Globalbudget

Welches Fazit lässt sich ziehen? Sowohl die Forderung nach einer Deckelung der Gesundheitsausgaben via Globalbudget wie auch die Volksinitiative der CVP für eine Kostenbremse im Gesundheitswesen gehen von derselben Prämisse aus: Sie unterstellt, dass wir uns in der Schweiz die steigenden Gesundheitsausgaben nicht mehr leisten können. Das ist falsch, wie es beispielsweise die beiden Gesundheitsökonomien Pius Gyger und Fridolin Marty in der NZZ (05.05.2017) darlegten: «Ein steigender Anteil der Gesundheitsleistungen am BIP ist aus Sicht der Finanzierbarkeit (...) nicht besorgniserregend. Wir können es uns gut leisten.» Das heisst nun nicht, dass das System keine Reformen benötigt. Aber es gibt schlechte Reformvorschläge, und ein Globalbudget mit all seinen rechtlichen, sozialen und ökonomischen Unsicherheiten gehört in diese Kategorie. Die Erfahrungen der anwesenden Experten legen nahe, dass die Effekte des Globalbudgets auf die Gesamtkostenentwicklung nicht belegt sind. Aber die Fehlsteuerungen sind offensichtlich. Und an die Leistungserbringer gerichtet hält Jürg Schlup, FMH-Präsident, fest: «Sie müssen dann das Globalbudget umsetzen. Nicht die CVP und nicht der Bundesrat.»

Dieser Artikel entstand im Anschluss an ein Seminar der FMH und weiterer Organisationen zum Globalbudget, im Rahmen einer Kooperation des doc.be und dem Swiss Dental Journal SSO.

Globalbudget

Ein Globalbudget ist definitorisch eine feste Ausgabenbegrenzung über alle Versorgungsbereiche hinweg. Oft spricht man auch von «gedeckelten Budgets». Ein Globalbudget wird ex ante, also im Voraus nach Kriterien wie Demographie, Bedarfsschätzungen, Einkommens- und Wirtschaftswachstum oder Region festgelegt. Es soll dazu dienen, die Menge der abgerechneten Leistungen in den Griff zu bekommen. Leistungserbringer, die das Budget überschreiten, werden dafür sanktioniert: ihre Vergütung wird entsprechend gekürzt. Bewegen sie sich aber unter dem vereinbarten Budget, so können sie dafür finanziell belohnt werden. Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass gerade letzterer Punkt zu ethischen Diskussionen führt.



Rolle und Stellenwert der MPK in der Grundversorgung

Welche ärztlichen Tätigkeiten können medizinische Praxiskoordinatorinnen klinischer Richtung übernehmen? Wie kann ihre Tätigkeit tarifarisch abgegolten werden? Wie grenzen sie sich von anderen nichtärztlichen Berufsfeldern ab? Das und mehr war Thema der diesjährigen Klausurtagung der Aerztegesellschaft des Kantons Bern.

Eine tarifarische Abbildung der Arbeit der MPK ist für Reto Egloff, Vorsitzender der Geschäftsleitung der KPT, und Christoph Engel, Leiter Leistungseinkauf Visana, nur unter bestimmten Bedingungen realistisch.

Text: Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst
Bilder: Martin Bichsel

Der Zug nimmt langsam Fahrt auf: Im Kanton Bern hat Grossrat Hans-Peter Kohler 2016 die Motion «Delegieren ärztlicher Tätigkeiten an medizinische Praxisassistentinnen MPA» eingereicht. Sowohl der Regierungsrat wie auch der Grosse Rat unterstützen den Vorstoss. Auch die FMH fördert die gezielte Weiterbildung und Delegation im Praxisbetrieb. Sie setzt sich für eine sachgerechte Tarifierung in der Arztpraxis erbrachter Leistungen ein. Bereits vor zwei Jahren hat der Kanton Zug in seiner Gesundheitsverordnung Regelungen über die Tätigkeit der medizinischen Praxisassistentinnen auf Anordnung und in Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes erlassen.

Die Verantwortung bleibt beim Arzt

Wie der Einsatz einer MPK klinischer Richtung in der Praxis aussieht, demonstrieren die beiden Ärzte Adrian Gödlin und Marc Jungi von Sanacare. Sie haben Behandlungspfade als Praxisleitfaden für die Delegation ärztlicher Leistungen entwickelt. Wichtig sei es, die Patienten mit an Bord zu holen. Sie müssten realisieren, dass Arzt, MPA

und MPK ein Behandlungsteam bilden. Zu den Erfolgsfaktoren zählen Gödlin und Jungi: eine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten, direkte Kommunikation mit allen Beteiligten, der Arzt muss für Rückfragen erreichbar sein. Am Schluss liege die Gesamtverantwortung klar beim Arzt. Die MPK ist verantwortlich für die Schulung und für das Selbstmanagement des Patienten. Noch ist der Aufwand für diese Prozesse sehr hoch. Es müssen Leitfäden und Hilfsmittel entwickelt werden. Für eine kleine Praxis lohnt sich das nicht, hilfreich wären hier Netzwerke aus mehreren Arztpraxen.

Die Lohnfrage

Mit Nicole Thönen und Marianne Schenk zeigen die Präsidentin bzw. Vizepräsidentin des Schweizer Verbands medizinischer Praxisfachpersonen SVA aus ihrer Perspektive auf, wie die MPK klinischer Richtung den Praxisinhaber bei der Betreuung chronisch kranker Patienten entlasten kann. Wenn eine MPA aber Zeit und Geld in eine Fortbildung investiert, dann will sie dies – verständlicherweise – auch im Lohn abgebildet sehen. Und hier beginnen die Probleme. Wie rechnet der Arzt die Leistungen seiner MPK klinischer Richtung ab? Dazu gehen die Meinungen auseinander: Können die Tarifpositionen 00.1430/1410 «Nichtärztliche

Behandlung und Betreuung ambulanter, onkologischer, hämatologischer, diabetologischer Patienten» oder 00.1370 «Nachbetreuung Überwachung in der Arztpraxis» zur Anwendung kommen?

Im Tarif enthalten – oder doch nicht?

Während der FMH-Tarifdienst davon abrät, hat der Hausärzterverband mfe sein Okay gegeben. Die Vertreter der Versicherer, Reto Egloff, Vorsitzender der Geschäftsleitung der KPT, und Christoph Engel, Leiter Leistungseinkauf Visana, sind in der Beurteilung dieser Frage zurückhaltend. Für sie ist die Entschädigung der MPK grundsätzlich im Tarif enthalten. Weil dieser Tarif die Realität nicht mehr abbilde, sei aber Handlungsbedarf gegeben. Im selben Atemzug warnen die Kassenvertreter: In Anbetracht der steigenden Gesundheitskosten dürfe es insgesamt nicht mehr kosten. Eine tarifarische Abbildung der Arbeit der MPK ist für Egloff und Engel nur unter folgenden Bedingungen realistisch: Wenn nachvollziehbar dargelegt wird, dass es nicht zu einer Mengenausweitung kommt und dass es keine Kostensteigerung geben wird. Dazu sei ein wissenschaftlich begleitetes Projekt nötig, durchgeführt gemeinsam von Ärzten und Krankenversicherern.

Für eine sachgerechte Tarifierung der durch die MPK erbrachten Leistungen steht auch die FMH ein, betont Carlos Quinto, der die Sicht des Departements Public Health und Gesundheitsberufe der FMH einbringt. Im Rahmen des Tarifrevisionsprojektes TARCO sind vier Positionen im nichtärztlichen Bereich geplant. Spezifisch für MPA/MPK bietet sich die Position AM.0004 an («nichtärztliche Leistungen im Rahmen der delegierten Chronic Care in der Arztpraxis, pro 5 Min.»). Dass viele Leistungen der MPA bereits in den ärztlichen Positionen (und dort über die Technische Leistung, IPL oder TL) abgegolten sind, erschwert die Schaffung spezifischer Tarifpositionen.

Fünf Resultate der Klausurtagung

Ein Wort zur Klausurtagung an sich: Sowohl die inhaltliche Ausrichtung des Anlasses, wie auch die Vorgespräche und die Einladung der externen

Referenten wurden durch den BEKAG-Präsidenten Beat Gafner in wochenlanger Vorbereitungsarbeit wahrgenommen. An der Klausurtagung selber konnte Beat Gafner dann leider nicht teilnehmen. Ein unvorhergesehener Spitalaufenthalt hielt ihn just in jenen Tagen vom Anlass fern. Der Vorstand der BEKAG hatte aber aus früheren Tagungen sein Credo verinnerlicht und wusste, worauf es dem Präsidenten ankam: Konkrete Handlungsanweisungen für den Kanton Bern entwickeln.

1. Berufsbild der MPK bekanntmachen

Das Berufsbild der MPK ist bei den Ärztinnen und Ärzten im Kanton Bern noch zu wenig bekannt. Deshalb wird die BEKAG ihre Mitglieder in den kommenden Monaten über die Kompetenzen und möglichen Einsatzfelder der MPK informieren. doc.be wird u. a. ein Interview mit Nicole Thönen vom SVA führen und mit Ärzten über ihre Erfahrungen im Praxisalltag sprechen. In einem zweiten Schritt sollen auch die Patienten über die Tätigkeit der MPK orientiert werden.

2. Tarifarische Möglichkeiten ausloten, Projekt aufgleisen

Damit der Einsatz der MPK in der Arztpraxis tarifarisch korrekt abgebildet werden kann, braucht es fundierte Argumente. Zu diesem Zweck will die BEKAG zusammen mit den Versicherern die tarifarischen Optionen ausloten. Eine wissenschaftliche Begleitstudie soll für den Kanton Bern empirische Grundlagen über die Auswirkung des Einsatzes der MPK liefern. Es gilt zu klären, inwiefern die MPK zur Sicherung der Grundversorgung beitragen kann. Versicherer, BEKAG und die GEF könnten die Studie gemeinsam finanzieren. In einem nächsten Schritt soll ein Runder Tisch einberufen werden: Eingeladen sind die beiden Krankenversicherer KPT und Visana, ärztliche Netzwerke, der Schweizerische Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen SVA und die BEKAG. Für die Übernahme der wissenschaftlichen Begleitung soll das Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM ins Boot geholt werden.



Um Rolle und Stellenwert der MPK in der Grundversorgung genauer zu definieren, wurden an der BEKAG-Klausurtagung 2017 fünf Handlungsfelder entwickelt.

3. Lohnempfehlungen MPK für 2019

Seit den 1990er Jahren werden die Lohnempfehlungen für Medizinische Praxisassistentinnen nicht mehr gesamtschweizerisch, sondern von den kantonalen Ärztesellschaften publiziert. Diese Empfehlungen dienen als Basis für Einstellungsgespräche und Lohnverhandlungen. Ab dem Jahr 2019 will die BEKAG neu auch für MPK Lohnempfehlungen aussprechen.

Bei der Frage der tarifarischen Abgeltung sind sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Klausurtagung einig, dass die MPK ihre Leistungen nicht selbständig über die OKP abrechnen soll. Ein solches Ansinnen wäre politisch chancenlos. Die Abrechnung von Leistungen der MPK via Praxisinhaber ist hingegen erwünscht.

4. Teamplaying mit Praxisteam fördern (Schärfung des Begriffs «Interprofessionalität»)

Interprofessionalität spielt eine immer grössere Rolle im Gesundheitswesen. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen kann ein Erfolgsfaktor zur Qualitätssicherung und Kostenkontrolle sein. Als Profession im eigentlichen Sinne gelten dabei Berufe mit einer akademischen Grundbildung. Zu ihren Merkmalen gehören unter anderem ein wissenschaftlich fundiertes Sonderwissen und eine hohe Autonomie in der Berufsausübung. Die Zusammenarbeit mit nicht akademischen Berufen wie der MPK ist abzugrenzen vom Begriff der Interprofessionalität. Die BEKAG sieht die MPA als

Teampayer, als integrierter Teil des Praxisteam. Auch wenn Ärzte und MPK nicht im Sinne der Interprofessionalität zusammenarbeiten, können aus Sicht der BEKAG beide Formen der Kooperation helfen, die Grundversorgung auch in Zukunft zu sichern.

5. Modi der Weiterbildungsfinanzierung definieren

Diskussionsbedarf herrscht bei der Frage nach der Finanzierung der MPK-Weiterbildung. Es wird die Idee einer Mitfinanzierung durch die BEKAG aufgegriffen. Aus finanziell unterstützten MPK liesse sich ein Pool aufbauen, auf welchen BEKAG-Mitglieder bei Bedarf zurückgreifen könnten. Die BEKAG wird diese Idee weiterverfolgen.

Ein Fazit zum Schluss: Der Zug rollt, die medizinische Praxiskoordinatorin klinischer Richtung hat Potenzial, den behandelnden Arzt zu entlasten und damit einen Beitrag zur Sicherung der Grundversorgung zu leisten. Dafür sind aber noch einige Gleise richtig zu stellen, wobei die tarifarischen nicht die unwichtigsten sind.

«Die grosse Nachfrage hat uns überrascht»

Seit Februar 2015 können Medizinische Praxisassistentinnen (MPA) in der Schweiz die Weiterbildung zur Medizinischen Praxiskoordinatorin (MPK) absolvieren. Nicole Thönen, Zentralpräsidentin des Schweizerischen Verbands Medizinischer Praxis-Fachpersonen SVA, und Dr. med. Marc Jungi, leitender Arzt der Sanacare Gruppenpraxis in Bern, erklären im Interview, wieso sich die Weiterbildung zur MPK lohnt – und zwar für Arzt, Patient und MPA.

Interview: Simone Keller, Presse- und Informationsdienst
Bild: Marco Zanoni

Doc.be: Frau Thönen, die Gesundheitsbranche boomt und es gibt immer mehr Ausbildungsangebote. Eine noch junge Weiterbildung ist diejenige der Medizinischen Praxiskoordinatorin. Wie viele Personen haben sie bisher absolviert?

Thönen: Bis Sommer 2017 haben gesamtschweizerisch 116 Personen die Prüfung abgeschlossen, 17 davon im Kanton Bern. Bezüglich der beiden Ausbildungsrichtungen – klinisch oder praxisleitend – geht der Trend stark in die praxisleitende Richtung. Diese wird fast doppelt so häufig gewählt. Für die nächste Berufsprüfung Ende November 2017 haben wir bereits 90 Anmeldungen, davon 12 alleine im Kanton Bern. Die grosse Nachfrage hat uns überrascht. Wir mussten neue Räumlichkeiten sowie französischsprachige Prüfungsexpertinnen und -experten finden, da erstmals französischsprachige MPK ausgebildet werden.

Welches sind konkrete Tätigkeiten einer MPK?

Thönen: Die klinische Richtung ist auf das Coaching von chronisch kranken Patienten ausgerichtet, beispielsweise bei Diabetes, Herz- und Kreislauferkrankungen, Lungenerkrankungen oder bei der Wundbehandlung. Im Coaching geht es darum, gewisse Ziele zu erreichen, die zusammen mit dem Arzt definiert werden. Die praxisleitende Richtung beinhaltet die Administration und die Organisation einer Praxis, wie beispielsweise die Arbeits- und Ferienplanung oder die Leitung des MPA-Teams. Dadurch ergibt sich in einer Praxis eine klare Hierarchie: Die Ärzte geben ihre Anliegen der MPK weiter und sie bricht diese herunter auf das MPA-Team.

Jungi: In unserer Praxis beschäftigen wir sowohl klinische als auch praxisleitende MPK. Die MPK in klinischer Richtung nennen wir Coach, weil dieser Begriff für die Patienten fassbarer ist. Für dieses Coaching könnte ich auch eine andere Fachperson, beispielsweise eine Advanced Practice Nurse, einstellen. Der Vorteil bei einer MPK für



Nicole Thönen und Marc Jungi sind überzeugt: der Einsatz von MPK generiert Mehrwert für alle Beteiligten.

mich als Leiter einer hausärztlichen Praxis ist jedoch, dass sie einerseits die Patienten schon kennt und dass ich sie andererseits weiterhin als MPA einsetzen kann. Neben der Coaching-Sprechstunde nimmt sie Aufgaben als MPA wahr. Unsere MPK in praxisleitender Richtung leitet und führt das gesamte MPA-Team; sie entlastet mich als Praxisleiter stark, auch in organisatorischen Dingen.

Kann eine MPA die administrative Leitung einer Praxis nicht übernehmen?

Thönen: Doch, es ist gut möglich, dass eine MPA mit viel Erfahrung und insbesondere in einer kleinen Praxis eine leitende Funktion innehat.

«Als MPK muss man halt ein wenig erfinderisch sein.»

Nicole Thönen

Das heisst, eine MPA in einer Einzelpraxis braucht die Weiterbildung nicht?

Thönen: Nein, diese Aussage kann ich definitiv nicht bestätigen. Die Weiterbildung bringt sehr viel nützliches Zusatzwissen, dank welchem die MPK den Arzt optimal unterstützen kann. Ich selber bin seit zehn Jahren in einer Gruppenpraxis tätig und leitende MPA. Weil ich die praxisleitende Richtung nicht abgeschlossen habe, möchte ich zumindest einzelne Module nachholen.

Herr Jungi, Sie haben gesagt, dass eine MPK klinischer Richtung weiterhin Aufgaben als MPA wahrnimmt. Wie sieht das im Praxisalltag konkret aus?

Jungi: Jede MPK hat bei uns ihre festen Sprechstunden und arbeitet zwischen 20 und 40 Prozent in der Beratung. In der übrigen Zeit führt sie MPA-Arbeiten aus. Für die Sprechstunde steht den MPK ein Behandlungszimmer zur Verfügung, das speziell für das Coaching eingerichtet ist und in dem die MPK ihre Hilfsmittel lagern können.

Thönen: Das klingt nach einem Luxusleben für eine MPK! Bei mir sieht es etwas anders aus: Mein Material verstau ich in einem Schrank und auf einem Wagen. Mit diesem fahre ich jeweils ins freie Sprechzimmer und führe dort meine Beratungen durch. Als MPK muss man erfinderisch sein. Ich höre von Ärzten oft, dass sie keine MPK ausbilden, weil ihnen die Räume für die Beratungen der MPK fehlen. Dieses Argument lasse ich nicht gelten – wo ein Wille ist, ist auch ein Weg!

Jungi: Das ist ein gutes Stichwort. Wenn man wirklich will, gibt es immer Möglichkeiten, innovative Ansätze zu leben – auch wenn möglicherweise die Rahmenbedingungen nicht optimal sind. Es gilt: Probieren geht über Studieren.

Aus welchen weiteren Gründen wollen Ärzte keine MPK ausbilden?

Thönen: Ein weiteres Argument ist – vor allem in kleinen Praxen – dass während der Sprechstunden der MPK die MPA fehlt. Ich bin der Meinung, dass

dies reine Planungssache ist. Als wir in unserer Praxis Personalmangel hatten, habe ich mich bereit erklärt, einmal pro Woche eine Abendsprechstunde anzubieten und konnte das Coaching weiterführen. So habe ich im Team der MPA nicht gefehlt. Auch die Kosten sind immer wieder ein Thema. Nicht alle Ärzte sind bereit, die Weiterbildung mitzufinanzieren. Ich bin aber überzeugt, dass sich die Investition lohnt, denn eine MPK generiert für eine Praxis auf jeden Fall Mehrwert.

«Dank dieser Weiterbildung kann ich motivierten MPA eine Perspektive bieten.»

Marc Jungi

Jungi: Da kann ich nur zustimmen. Die MPK sind für unsere Praxis eine riesige Entlastung – sowohl klinischer wie auch praxisleitender Richtung. Für mich steht aber ein anderer Aspekt im Vordergrund: Dank dieser Weiterbildung kann ich motivierten MPA eine Perspektive bieten. Davor habe ich mehrere gute Mitarbeiterinnen verloren, weil sie keine Entwicklungsmöglichkeit sahen.

Welchen Mehrwert bieten MPK den Patienten?

Thönen: Gerade auf dem Land kann sich der Einsatz einer MPK für den Patienten positiv auswirken. Stellen wir uns vor: Ein Patient, nicht mehr der Jüngste, sollte zu einem Diabetologen in die Stadt. Das ist gar nicht so einfach. Da ist es doch viel praktischer, wenn er zu seinem Hausarzt kann und dort von einer MPK betreut wird.

Jungi: Sehr viele Patienten sprechen gut auf die Coaches an und erreichen ihre Behandlungsziele. Auch wenn die Coaches teilweise dieselben Informationen vermitteln, wie ich als Arzt: Es kommt beim Patienten anders an.

Wie erklären Sie sich das?

Thönen: In der Ausbildung werden MPK intensiv darin geschult, wie sie den Patienten wahrnehmen und entsprechend auf ihn eingehen können. Zudem verwenden Coaches andere Hilfsmittel

als Ärzte und die Konsultationsdauer bei einem Coach ist in der Regel länger. Die Behandlung wird dadurch stark individualisiert.

Herr Jungi, fühlen Sie sich als Arzt in Ihrer Rolle nicht bedroht?

Jungi: Nein, auf keinen Fall. Wieso soll ich mich bedroht fühlen? Hierzu braucht es vonseiten des Arztes zwingend ein Überdenken der Rollenbilder. Er muss die MPK als Fachfrau mit Kompetenzen wahrnehmen und ihr dementsprechend Vertrauen entgegenbringen. Gerade in Anbetracht des künftigen Hausärztemangels ist es meines Erachtens wichtig, Kompetenzen an andere Fachleute abzugeben.

Apropos Rollen: Frau Thönen, wie haben Sie den Wechsel von der MPA zur MPK erlebt?

Thönen: Ich habe ausschliesslich positive Erfahrungen gemacht. Ich habe auch noch nie gehört, dass eine MPK in ihrem Team plötzlich Probleme bekam, nur weil sie neuerdings MPK oder Teamleiterin war. Die übrigen MPA in einer Praxis profitieren von der MPK und lernen von ihr viel Neues.

Jungi: Nicht nur die MPA, sondern auch ich als Arzt lerne von den MPK. Wir lassen die MPK manchmal interne Weiterbildungen durchführen – so profitieren wir alle von ihrem Wissen.

«Gerade in Anbetracht des künftigen Ärzteressourcenmangels ist es meines Erachtens wichtig, Kompetenzen an andere Fachleute abzugeben.»

Marc Jungi

Wie verändert sich das Verhältnis vom Arzt zu den Patienten?

Jungi: Dieses Verhältnis ändert sich für mich grundsätzlich nicht. Die MPK bildet zusammen mit mir und dem Patienten ein Behandlungsteam. Ich schätze dies als Bereicherung, denn ich arbeite sehr gerne im Team. Dank der intensiven Kommu-

nikation werde ich gut über das Coaching informiert. Dies ist sehr wichtig, denn ich bin weiterhin verantwortlich für die Fallführung. Und ich merke: die Patienten empfinden es als Mehrwert, von einer weiteren Person betreut zu werden.

Welches sind Erfolgsfaktoren für die Teamarbeit zwischen Arzt und MPK?

Jungi: Die Verantwortlichkeiten müssen klar abgegrenzt sein und der Arzt muss für Fragen immer ansprechbar sein. Nur so können Fehler vermieden werden.

Thönen: Vertrauen und intensive Kommunikation sind die wichtigsten Voraussetzungen. Am Anfang ist zudem ein täglicher Austausch wichtig. Das heisst auch, dass der Arzt mehr Zeit investieren muss. Dank diesem persönlichen Austausch wird das Vertrauen aufgebaut und gestärkt.

«Vertrauen und intensive Kommunikation sind die wichtigsten Voraussetzungen.»

Nicole Thönen

Weshalb hat sich die Sanacare dazu entschieden, MPK auszubilden?

Jungi: Wir sehen uns als innovatives Unternehmen, das Lösungen im Gesundheitsbereich erarbeiten will. Im Jahr 2012 hat sich bereits ein Ärzteressourcenmangel abgezeichnet. Zudem haben Studien der OECD gezeigt, dass die Schweiz bei der Betreuung von chronisch kranken Patienten Verbesserungspotential hat. Deswegen haben wir uns vertieft damit auseinandergesetzt, welche alternativen Betreuungsformen es für unsere Patienten gibt. Wichtig waren uns dabei drei Aspekte: die hohe Qualität sicherstellen, den Mitarbeitenden eine Entwicklungsperspektive bieten und ein sinnvolles System im heutigen Gesundheitswesen schaffen.

Medizinische Praxiskoordinatorin / Medizinischer Praxiskoordinator

Seit Februar 2015 können sich medizinische Praxisassistentinnen zur Medizinischen Praxiskoordinatorin (MPK) weiterbilden. Für die MPK sind zwei Einsatzbereiche vorgesehen, entsprechend dazu wird die Berufsprüfung in zwei Fachrichtungen abgenommen:

1. MPK klinischer Richtung arbeiten in einer Arztpraxis und betreuen unter der Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes Menschen mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten. Bei Krankenkassen und Versicherungen können sie als Gruppenleiterinnen im Rahmen des Case Managements zum Einsatz kommen.
2. MPK praxisleitender Richtung verbinden klinisch-medizinische Erfahrung mit dem Geschäftsführungs-Knowhow. Sie arbeiten in einer Kaderfunktion und führen in einer Arztpraxis selbständig das Personal, das Einkommensmanagement, das Praxismarketing und die Qualitätssicherung. Bei Krankenkassen und Versicherungen können sie als Gruppenleiterinnen im Rahmen des Case Managements zum Einsatz kommen.

Die Ausbildung ist modular aufgebaut und wird mit einem eidgenössischen Fachausweis abgeschlossen. Weitere Informationen: www.odamed.ch

Der Nachwuchs hat die Qual der Wahl

Zum zehnten Mal hat der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) im November junge und angehende Ärztinnen und Ärzte über die zahlreichen Facetten des Arztberufes informiert. Immer öfter geben die Arbeitsbedingungen den Ausschlag für ein Fachgebiet oder einen Arbeitgeber. Erstmals am MEDIfuture war das Angebot der Laufbahnberatung.

Text: Simone Keller, Presse- und Informationsdienst
Bild: Marco Zanoni

Mit einem Aufruf wendet sich Angelo Barrile, Nationalrat und Vizepräsident des VSAO, zu Beginn an die angehenden Ärztinnen und Ärzte: «In der öffentlichen Diskussion wird viel über uns gesprochen, doch wir selber sind kaum präsent – das muss sich ändern!». Im Parlament setzt er sich für die Interessen seiner Berufsgruppe ein. Mit der Motion «Arbeitszeiten in den Spitälern. Keine Rückkehr ins Postkutschenzeitalter!» will er verhindern, dass die Arbeitszeit in Spitälern weiter ansteigt. Denn wie die aktuelle Mitgliederbefragung des VSAO zeigt, arbeitet über die Hälfte der Assistenz- und Oberärzte in Spitälern mehr als gesetzlich erlaubt.

Marcel Marti, Leiter Politik und Kommunikation beim VSAO, führt die Umfrageergebnisse aus: Bei einem Vollzeitpensum sind Assistenz- und Oberärzte in Spitälern im Schnitt fast 56 Stunden pro Woche im Dienst. Erlaubt wären 50 Stunden – zusätzlich geleistete Stunden werden häufig nicht gemeldet. Jeder Zweite fühlt sich oft oder meist müde, jeder Dritte sogar ausgelaugt. Dies bleibt nicht ohne Folgen und kann Auswirkungen auf die Patientensicherheit haben. Hinzu kommt, dass Ärztinnen und Ärzte im Spital mittlerweile lediglich einen Drittel ihrer Arbeitszeit für die Kranken einsetzen. Den Rest verbringen sie mit Büroaufgaben. Der VSAO will diesen Trend stoppen und präsentiert in seiner Kampagne «Medizin

statt Bürokratie» Lösungsvorschläge. Abhilfe soll insbesondere das Delegieren von administrativen Aufgaben an andere Fachpersonen schaffen. Der VSAO nennt als Beispiel die Codierung erbrachter Leistungen oder das Diktieren von ärztlichen Befunden.

Die Teilzeitstelle selber schaffen

Die diesjährige Ausgabe von MEDIfuture lockt über 300 Teilnehmende aus der ganzen Schweiz in die Champions Lounge im Stade de Suisse. Der Blick auf die Warteschlange beim Eingang verrät: Die Zukunft der Medizin ist weiblich. Im Jahr 2016 haben in der Schweiz gemäss Bundesamt für Statistik deutlich mehr Frauen (6106) als Männer (4392) Humanmedizin studiert.

Mit der steigenden Anzahl an ausgebildeten Ärztinnen verändern sich die Ansprüche an Arbeitgeber und Arbeitsstelle. «Ist Jobsharing in der Chirurgie möglich?», fragt Dr. med. Lea Stoll, Oberärztin für Viszeralchirurgie am St. Claraspital in Basel. Sie zeigt auf: Wer als Ärztin Kind und Karriere will, muss ein extremes Engagement an den Tag legen. Weil Stoll ihren Kinderwunsch und ihr Berufsziel – nämlich Chirurgin zu werden – unter einen Hut bringen wollte, hat sie sich ihre Teilzeitstelle selber geschaffen. Zusammen mit einer Kollegin arbeitet sie heute im Jobsharing. Die beiden Chirurginnen wechseln sich wochenweise ab, sind aber in der arbeitsfreien Woche erreichbar. Denn eine intensive Kommunikation ist das A und O.



Die designierte Präsidentin Esther Hilfiker weiss: Die von der BEKAG herausgegebene Broschüre «Ä Praxis, wo fägt!» ist beim Nachwuchs beliebt. Sie bietet jungen Ärztinnen und Ärzten Orientierung bei der Gründung oder Übernahme einer Praxis.

Nicht alles ist planbar

Stoll ist überzeugt, dass solche Arbeitsmodelle künftig vermehrt gefragt werden: «Es braucht mehr Teilzeitstellen, auch für Männer. Das heisst, dass wir das Rollenbild des männlichen, vollzeitarbeitenden Chirurgen hinterfragen müssen.» Den Frauen gibt sie folgenden Rat: «Bleiben Sie erfinderisch und halten Sie immer einen Plan B und einen Plan C bereit.»

Dass es mit den Plänen gar nicht so einfach ist, weiss Dr. med. Oliver Kummer, Facharzt für Gastroenterologie und allgemeine innere Medizin. In seiner Karriere ist es gleich mehrmals anders gekommen, als geplant, und nicht selten hat er sich dabei als Spielball übergeordneter Mächte gefühlt. So wurde beispielsweise eine Studie, bei welcher Kummer mitarbeiten sollte, vorzeitig abgebrochen, weil ein Proband verstorben war. Er macht dem Publikum bewusst: Nicht alles ist planbar – aber das ist gut so.

Mandelbärli und andere «Bhaltis»

Auch abseits von Referaten und Diskussionen wird den Teilnehmenden viel geboten: Rund 40 Ausstellende informieren über ihre Institution und stehen für Fragen und Gespräche zur Verfügung. Potentielle Arbeitgeber buhlen mit diversen «Bhaltis» um die Gunst der Nachwuchskräfte. Mit dabei ist auch die BEKAG als Berner Vertretung der Berufsverbände. Auf geschwungener Plane und gut angeleuchtet macht der BEKAG-Bär die Teilnehmenden auf die Standesorganisation aufmerksam, passend dazu werden leckere Berner

Mandelbärli verteilt. Für den Vizepräsidenten der BEKAG, Rainer Felber, ist der Austausch mit angehenden Ärztinnen und Ärzten bereichernd und notwendig: «Mit unserem Stand engagieren wir uns für die Nachwuchsförderung. Wir beantworten Fragen rund um den Ärzteberuf und insbesondere zur Praxiseröffnung.»

Digitale Dynamik ohne Grenzen?

Biologisches Gewebe aus dem 3D-Drucker, personalisierte Medikamente, Vitaldatenmessung per Smartphone: Die Digitalisierung eröffnet in der Medizin unzählige Anwendungsfelder. Doch ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse der Patienten werden sich technologische Innovationen nicht durchsetzen. Dies wurde am diesjährigen Kongress des Spitalverbandes Hplus deutlich.

Text: Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst

Bild: Hplus Kongress, zvg

Hacking Healthcare: Der Titel des Einführungsreferates am diesjährigen Kongress des Spitalverbandes Hplus mutet verwerflich an. Doch der Referent beschwichtigt bereits in den ersten Minuten. Dr. Stephan Sigrist, Gründer und Leiter des Think Tank W.I.R.E, versteht unter Hacking nicht das verbrecherische Attackieren des Gesundheitswesens und seiner Organisationen. Vielmehr soll das System in Bestandteile aufgespalten werden. Diese Betrachtungsweise sei Voraussetzung, um die Prozesse der Digitalisierung besser zu verstehen. Sigrist analysiert seit vielen Jahren interdisziplinär Entwicklungen in Wirtschaft, Wissenschaft und Gesellschaft und beschäftigt sich schwerewichtig mit den Folgen der Digitalisierung.

Die Digitalisierung ist von Menschen gemacht. Genauer: Sie ist ein Produkt technischer Innovationen. Individuen und Organisationen entwickeln Technologien und generieren dabei Daten, setzen Sensoren ein, vermessen menschliches Verhalten, verarbeiten diese Daten und speichern sie zentral oder dezentral. In Sigrists Verständnis bildet Technologie das Fundament, auf dem für Organisationen und Individuen unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten entstehen.

Automatisieren, Virtualisieren, Vernetzen und Realisieren

Sigrist unterscheidet vier verschiedene Dimensionen: Automatisieren, Virtualisieren, Vernetzen und

Realisieren. Und liefert auch gleich konkrete Beispiele: Automatisierte Prozesse ermöglichen schon heute, dass Patienten mit dem Smartphone ihre Vitaldaten messen. Kliniken testen selbstfahrende Rollstühle, die Patienten auf direktem Wege zum behandelnden Arzt bringen. Roboter desinfizieren mit UV-Licht Operationssäle. Chirurgen und Orthopäden führen im virtuellen Raum Testoperationen durch und verfeinern so ihr Handwerk. Virtuelle Realitäten wirken sich bei Patienten mit chronischen Schmerzen positiv auf das Schmerzempfinden aus. Weiter präsentiert Sigrist verschiedene Netzwerke, wo Patienten via Applikation Wissen und Erfahrungen über Krankheiten austauschen. Biologisches Gewebe oder menschliche Organe lassen sich schon bald am 3D-Drucker produzieren. Die Digitalisierung, davon ist Sigrist überzeugt, macht die Medizin effizienter, qualitativ besser und unabhängiger. Sie eröffnet neue, weniger personalintensive Therapie- und Betreuungsansätze. Sigrist spricht gar vom Übergang in eine prädiktive Medizin. Patientendaten sind künftig integraler Bestandteil der medizinischen Diagnostik und bilden die Basis für die Betreuung und Therapieüberwachung der Patienten. Geht es nach den Befürwortern der Digitalisierung stehen wir an der Schwelle zum perfekten Gesundheitssystem. Doch Sigrist relativiert. Nach wie vor haben nur wenige Anbieter Zugang zu qualitätsgeprüften Daten. Die technischen Schwierigkeiten sind noch nicht gelöst. «Wir produzieren viel mehr Daten, als wir speichern können». Und dem Patienten geht die Entwicklung zu schnell. Er ist überfordert. Der blinde Glaube an die Machbarkeit der Technik



Patientendaten sind künftig integraler Bestandteil der medizinischen Diagnostik und bilden die Basis für die Betreuung und Therapieüberwachung der Patienten, ist Gründer und Leiter des Think Tank W.I.R.E Dr. Stephan Sigrist überzeugt.

verschleiert den Blick auf die Risiken. Technologien, so Sigrist, führen zu einer Entpersonalisierung in der Medizin. Empathie und menschliche Nähe gehen in diesem Szenario mehr und mehr verloren. Deshalb plädiert Sigrist dafür sich der – mitunter zuwiderlaufenden – Bedürfnisse der Patienten stärker bewusst zu werden. Nicht was technisch machbar sei, müsse im Vordergrund stehen, sondern was dem Patienten letztlich nütze. Sigrist appelliert an die Entscheidungsträger. Es brauche eine realistische Vision über das digitale Gesundheitssystem. Sigrist empfiehlt, Veränderungen im Kleinen zu initiieren. Eben: das Gesundheitssystem hacken!

Digitale Führungsqualitäten

Technologie und Digitalisierung bieten für Unternehmen wie Novartis unzählige Chancen für neue Geschäftsmodelle, führt Dr. Monika Jänicke, CEO Novartis Schweiz, aus. Das Konsumverhalten ändert sich rasant – von analog zu digital. Neue Akteure kommen auf den Markt, besetzen zuerst Nischen und wachsen dank ihrer Agilität zu globalen Marktführern. Dazu zählt Jänicke Apple, Facebook und Amazon. Von diesen Erfolgsgeschichten gelte es zu lernen, denn auch unsere Gesundheit werde immer digitaler. Patienten wollen sich mitteilen und selbstbestimmt Verantwortung übernehmen. Bei Novartis stehe der Patient schon immer im Zentrum. «Im Jahr 2016 haben wir mit unseren Produkten eine Milliarde Patienten erreicht.» Jänicke betrachtet Innovation als eine Kernkompetenz ihres Unternehmens und sieht Novartis als eine Pionierin in der Digitalisierung. Neben Mikrosensoren in Tabletten ist der Pharmariese

darin, in Kooperation mit Google Kontaktlinsen mit Mikroprozessoren zu entwickeln. Diese Linsen korrigieren nicht nur Sehfehler, sondern überwachen den Blutzuckerspiegel von Diabetespatienten. Dazu analysieren die Prozessoren pausenlos die Zusammensetzung der Tränenflüssigkeit. Innovationen wie diese seien riskant, betont Jänicke. In Forschung und Entwicklung investiere Novartis Milliardenbeträge – mit unsicherem Ausgang. Von der Digitalisierung verspricht sich Novartis bei der Entwicklung von Medikamenten erhebliche Produktivitätssprünge. Ihr Unternehmen sitze auf einer Million Patientendaten aus über 3000 Studien, die bislang nicht systematisch weiterverarbeitet worden sind, berichtet Jänicke. Daneben investiere Novartis in Projekte wie Science37 mit dem Ziel, globale, virtuelle Klinikumgebungen zu schaffen, wo sich Patienten an klinischen Studien beteiligen können. Würden geeignete Probanden schneller gefunden, senke dies die Forschungs- und Entwicklungskosten erheblich, erläutert Jänicke. Novartis wandle sich mehr und mehr von einem Pharmaunternehmen zu einer datenbasierten Unternehmung. Dies wirke sich auch auf die Organisation aus. «Wir müssen uns von hierarchischen Führungsstrukturen verabschieden und neue Kulturen der Zusammenarbeit fördern. From me to we.»

Digitalisierung hilft heilen

Im Rahmen eines gesellschaftlichen Engagements von IBM sollte Bart de Witte in Afrika zusammen mit der WHO ein Register für Gebärmutterhalskrebs aufbauen. Doch der heutige Direktor der Digital-Health-Abteilung von IBM Deutschland

musste frustriert unverrichteter Dinge wieder abreisen. Es fehlte das Geld für HPV-Screenings und die dazugehörige Labordiagnostik. An Gebärmutterhalskrebs sterben alleine in Afrika jährlich über 58000 Frauen. Für de Witte sind diese Todesfälle vermeidbar. Der Digitalisierung und dem maschinellen Lernen sei Dank. IBM investiert in leistungsstarke Computer und künstliche Intelligenz. Sie nützt Big Data, um diese Maschinen lernen zu lassen. Daraus entstehen immer feinere Lernalgorithmen, die dem Leistungsvermögen des menschlichen Gehirns überlegen sind. Maschinelles Lernen ermögliche, so de Witte, neue Einblicke in Krankheitsbilder – gerade in der Bildgebung und Bilderkennung. IBM hat für Smartphones ein Melanom-Screening entwickelt, das die Hautkrebszellen besser erkennt als Dermatologen. Das Ziel sei aber nicht, Ärztinnen und Ärzte zu ersetzen, sondern dass Mensch und Algorithmus zusammenarbeiten. Algorithmen sollten Ärzte in ihrer Arbeit unterstützen und die Diagnostik- und Behandlungsqualität verbessern. De Witte blickt am Ende des ersten Teils seines Referates noch einmal nach Afrika. Die technologische Innovation ist mittlerweile soweit fortgeschritten, dass Frauen dank einem Bildgebungsverfahren auf das humane Papillomvirus untersucht werden können. Neben der Kamera brauche es nur ein Smartphone und eine Internetverbindung, führt de Witte aus. Kosten für die Untersuchung: fünf Cent. Und als Nebenprodukt der flächendeckenden Untersuchungen baue sich das Krebsregister nahezu von alleine auf.

Plattformökonomie

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens erfordere, so De Witte, eine neue Denkweise: das Denken in Plattformen. Plattformen lösen die unsichtbare Hand als Organisationsprinzip des Marktes mehr und mehr ab. Das erfordere neue Unternehmensstrategien. Vernetztes Denken und die Fähigkeit, mit Netzwerken spielen zu können, werde immer wichtiger. Wer auf überraschende Weise einfach ist, werde Kunden auf seine Plattform locken und Konkurrenten hinter sich lassen. De Witte beschreibt das Bild einer positiven Endlosschleife: Mit jedem neuen Nutzer auf der Plattform, steige der Mehrwert für die bestehenden Kunden. Dadurch fließen neuen Daten in die Plattform, was dem Betreiber erlaubt, den Algorithmus zu verbessern, um noch mehr neue Kunden anzulocken. Plattformökonomie und bestehende medizinische Versorgungsstrukturen schliessen sich aber nicht aus, ist de Witte überzeugt. «Es gilt die aktuelle Forschung, das medizinische Fachpersonal, das vorhandene medizinische

Fachwissen sowie die Patientennetzwerke gezielt zu nutzen». De Witte präsentiert zum Schluss seines Referates, wie IBM Deutschland Spitäler auf ihrem Weg zur Plattform unterstützt. IBM Deutschland ist mit dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein eine Partnerschaft eingegangen und hat einen Innovation Hub gegründet. Der Hub soll als Marktplatz für digitale Innovationen dienen und eigene Projekte wie die Roboterchirurgie oder die tastaturlose Klinik vorantreiben.

Digitales Manifest für die Schweiz

Ist die Schweiz, ist Europa auf diese industrielle Revolution vorbereitet? Fathi Derder, FDP-Nationalrat und Vorstandsmitglied von Digitalswitzerland, zeichnet ein zwiespältiges Bild der Schweiz. Zwar liege sie im aktuellen Ranking des Global Innovation Index auf der Spitzenposition, doch die Schweiz stelle im internationalen Vergleich zu wenig Risikokapital bereit, um junge, innovative Startups zu finanzieren. Dabei müsse die Schweiz – mangels Alternativen – konsequent auf Innovation, Wissen und Forschung setzen. Deshalb habe Digitalswitzerland, der von Bundesrat und Wirtschaft unterstützten Standortinitiative, ein digitales Manifest verfasst, so Derder. Um die besten Talente in die Schweiz zu locken, brauche es mehr Risikokapital, höhere Forschungsbudgets und weniger Regulierungen für Firmengründungen.

Den rund 400 Kongressteilnehmenden im Kurssaal Bern ist ein abwechslungsreiches Programm geboten worden. Neben spannenden Plenumsreferaten seien auch die neuen interaktiven Knowledge Lounges auf positives Echo gestossen. Sie hätten zu mehr Dialog und Interaktion zwischen Teilnehmenden und Experten geführt, als dies bei den bisherigen Workshops möglich war, hält der Veranstalter auf Nachfrage fest. Er zieht ein positives Fazit: «Der H+ Kongress 2017 war ein Erfolg.»

Der Artikel ist im VLSS Info 2/17 erschienen. Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Zeitschrift.

Neuer Minutentarif und neue Anrufnummer

Mitte November 2017 hat die Ärztenotrufzentrale MEDPHONE den Minutentarif für seine medizinischen Beratungs- und Vermittlungsdienste im Kanton Bern erhöhen müssen. Grund sind die laufenden Sparmassnahmen des Kantons. Für Kunden mit Prepaid-Guthaben hat MEDPHONE eine neue Anrufnummer aufgeschaltet.

Text: Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst

Bisher hat der Kanton Bern die ärztliche Notrufzentrale MEDPHONE jährlich mit 200000 Franken unterstützt. Im Zuge der Sparmassnahmen wird dieses Engagement nicht erneuert. Deshalb sieht sich MEDPHONE gezwungen, den Minutentarif von 1.98 auf 3.23 Franken anzuheben.

Neu profitieren Anrufende von gebührenfreien Wartezeiten. Sind alle Beraterinnen besetzt, schaltet sich eine kostenlose Warteschleife ein, bis eine Mitarbeiterin frei wird. Ermöglicht haben dies technische Neuerungen bei der Swisscom.

Eine weitere Innovation betrifft Kunden mit Prepaid-Guthaben. Ihre Anrufe wurden bislang von Swisscom-Servern abgewiesen und konnten nicht zu MEDPHONE durchgestellt werden. Dies ändert sich ab Anfang November 2017. MEDPHONE richtet für Prepaid-Nutzer eine eigene Anrufnummer, 0900 57 67 48, ein. Die Beratungsdienste über diese Nummer, eine 0900-Nummer mit Industrietarif, werden mit 3.50 Franken pro Minute verrechnet.

MEDPHONE ist bestrebt, seine Dienstleistungen möglichst kostengünstig anzubieten. Die Betriebskosten von MEDPHONE werden zu 75 Prozent von der Ärzteschaft getragen. 25 Prozent werden über den Minutentarif sowie mit Dienstleistungen für Dritte erwirtschaftet. So koordiniert MED-

PHONE beispielsweise in der ganzen Schweiz den technischen Support von Fresenius Kabi, dem Anbieter von Sonden- und Infusionsernährung. Damit die Ärztenotrufzentrale für Letztere künftig noch attraktiver wird, hat MEDPHONE seine Website technisch und optisch erneuert. Patienten wie Kunden finden www.medphone.ch noch schneller, da der Online-Auftritt suchmaschinenoptimiert ist.

Seit der Gründung von MEDPHONE im Jahr 2004 hat sich das Anrufvolumen mehr als verfünffacht. Aktuell werden jährlich gegen 130000 Anrufe bearbeitet. Die Beraterinnen stellen den Notfallbetrieb an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr sicher. Sie alle verfügen über eine mehrjährige Expertise in verschiedenen Gesundheitsberufen. Regelmässige technische Investitionen gewährleisten den umfangreichen Betrieb und die Datensicherheit für hilfesuchende Notfallpatienten.

Schrittweise zurück in den Berufsalltag

Der Wiedereinstieg nach einer familiär bedingten Pause fällt vielen Ärztinnen und Ärzten schwer. Deswegen lanciert der Verband medical women switzerland (mws) das Projekt «Steigbügel». Gesucht sind interessierte Kandidatinnen und Kandidaten.

Text: Simone Keller, Presse- und Informationsdienst

Eine vom VSAO publizierte Studie zeigt: Rund zehn Prozent der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte sind wenige Jahre nach Studienabschluss nicht mehr kurativ tätig. Gemäss einer Umfrage von mws möchten jedoch insbesondere Ärztinnen gerne mit Patientinnen und Patienten arbeiten. Der Verband hat deshalb das Projekt «Steigbügel» ins Leben gerufen: «Wir wollen den Mangel an ärztlichem Personal in der Grundversorgung verringern und die zahlreichen fast oder voll ausgebildeten Fachärztinnen für Allgemeine Innere Medizin, die aus familiären Gründen die Berufstätigkeit unterbrochen haben, ermutigen, den Einstieg in die Hausarztmedizin zu wagen», erklärt Marianna Bodenmann-Zanetti, eine der Initiantinnen und Vorstandsmitglied von mws.

Besondere Bedürfnisse berücksichtigt

Das Projekt orientiert sich am Praxisassistenten-Programm mit einer Anstellung im Umfang von 50 Prozent während eines Jahres. Diese Zeit kann für die Facharztausbildung angerechnet werden, falls nur noch sechs Monate für den Abschluss fehlen. Das Programm berücksichtigt die besonderen Bedürfnisse von Wiedereinsteigenden, indem es zusätzlich zu den üblichen Veranstaltungen im Rahmen von Praxisassistenten Einzel- und Gruppencoachings anbietet. Ein vermindertes Selbstwertgefühl stellt beim Wiedereinstieg in den Berufsalltag das Haupthindernis dar. Die speziell geschulten Lehrpraktiker unterstützen Wiedereinsteigende auch in weiteren Themen, beispielsweise fehlende Routine, rascher Wandel des Fachwissens oder bei Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Kinderbetreuung. Diese spezifische Beratung soll helfen, den Weg zurück in den Beruf erfolgreich zu bewältigen.

Das Pilotprojekt startet im März 2018 und ist zunächst auf drei Jahre ausgelegt. Diverse Lehrpraxen haben sich bereits angemeldet; es fehlen noch interessierte Kandidatinnen und Kandidaten. Das Institut für medizinische Lehre in Bern ist zuständig für die wissenschaftliche Begleitevaluation. Die Resultate werden nach der Pilotphase allen Fachgesellschaften für Nachfolgeprogramme zur Verfügung gestellt. So soll sichergestellt werden, dass langfristig weniger Ärztinnen und Ärzte aus dem Beruf aussteigen beziehungsweise nach familiär bedingter Pause wieder einsteigen.

Das Projekt

Mit dem Projekt «Steigbügel» fördert der Verband medical women switzerland gemeinsam mit der Medbase-Gruppe den beruflichen Wiedereinstieg in die Grundversorgung nach einer familiär bedingten Auszeit. Es wird unterstützt vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung, von der Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin (WHM) sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine (fast) abgeschlossene Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und das Interesse, nach einer Familienpause wieder in eine berufliche Tätigkeit in der medizinischen Grundversorgung einzusteigen. Interessentinnen und Interessenten melden sich bei Marianna Bodenmann-Zanetti: marianna.bodenmann@medicalwomen.ch.

Weitere Informationen: www.medicalwomen.ch.

Ort der Taten: in der Laborzukunft angekommen.

Seien Sie gespannt.
Wir sind es auch.

Medics jetzt an der
Südbahnhofstrasse 14c
in Bern.



Medics Labor AG
www.medics.ch

professionell
und persönlich

DER SPRUNG IN DIE ZUKUNFT

Neue Perspektiven: Mit der Ärztekasse ist der Wechsel
zur elektronischen Krankengeschichte und Agenda einfach
und kostengünstig.

Beratung + Service + Software +
Schulung = Ärztekasse
www.aerztekasse.ch

ÄRZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
 CASSA DEI MEDICI

Terminplan 2018
Aerztegesellschaft des
Kantons Bern

1. März
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit

15. März
Delegiertenversammlung,
nachmittags

24. April, 14.00 Uhr
Berner KMU, ordentliche Frühjahrs-
Delegiertenversammlung

3. Mai
FMH Ärztekammer, ganzer Tag
in Biel

7. Juni
erw. Präsidentenkonferenz
(Bezirksvereins- und
FachgesellschaftspräsidentInnen),
nachmittags

14. Juni
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit

16. August
Klausurtagung, Vorstand

20. September
erw. Präsidentenkonferenz
(Bezirksvereins- und
FachgesellschaftspräsidentInnen)

17. Oktober, 17.00 Uhr
Berner KMU, ordentliche
Herbstdelegiertenversammlung

18. Oktober
Delegiertenversammlung,
nachmittags

25. Oktober
FMH Ärztekammer, ganzer Tag
in Biel

15. November
Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit



BEKB | BCBE

Neu: die bärenstarken BEKB Vorsorgefonds.

Sinnvoll. Nachhaltig.

Jetzt
kostenlos
zeichnen
Keine
Depotgebühren

bekb.ch