



Themen dieser Ausgabe

**MPK-Studie: Wie die  
Hausärzteschaft bei der  
Diabetes-Betreuung  
entlastet werden kann**

**BEKAG-Klausurtagung  
zum Globalbudget**

**Teacher of the Year 2021**

# TARDOC – kommst Du?



Seit Januar 2004 ist TARMED, der Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz, in Kraft. Der veraltete Tarif hat zwei fragwürdige, die gesetzlichen Tarifgrundsätze teilweise aushebelnde bundesrätliche Eingriffe erfahren. 2019 haben die Tarifpartner FMH, curafutura und die MTK (Medizinaltarif-Kommission UVG) gemeinsam erreicht, mit TARDOC einen neuen, nun wiederum sachgerechten und transparenten Tarif beim Bundesrat einzureichen. Nach detaillierter Prüfung durch den Bundesrat und Auflagen für die inhaltliche Überarbeitung lag TARDOC in der mittlerweile vierten Fassung (TARDOC 1.3) seit Ende 2021 wieder beim Bundesrat – in einer Version, welche die hohen Anforderungen an ein neues Tarifwerk erfüllt.

Während die oben erwähnten Tarifpartner hinter TARDOC 1.3 stehen, forcieren santésuisse und H+ zusammen ein Tarifsysteem für ambulante Pauschalen. Am Tarifdelegiertentag der FMH vom 12. Mai 2022 haben Dr. oec. HSG Willy Oggier, Gesundheitsökonom, und Prof. Dr. iur. Ueli Kieser, Experte für Sozialversicherungsrecht, ihr gemeinsames Gutachten zu den beiden Tarifsystemen vorgestellt. Sie kommen zum Schluss, dass TARDOC als System deutlich entwickelter ist und zudem alle ärztlichen Leistungen des ambulanten Spektrums umfasst. Sie legten auch dar, wieso es sinnvoller ist, TARDOC vollständig einzuführen und erst auf dieser Basis ambulante Pauschalen zu entwickeln, anstatt weiterhin zuzuwarten bis ambulante Pauschalen weiterentwickelt sind. Die Autoren empfehlen der Genehmigungsbehörde, TARDOC vor den ambulanten Pauschalen einzuführen.

Am Freitag vor dem Pfingstwochenende kommt er, der unverständliche Entscheid des Bundesrates: Nicht-Genehmigung! So wird uns der veraltete Tarif auch die nächsten Jahre noch begleiten, im schlimmsten Fall mit einem neuerlichen Eingriff des Bundesrates. FMH und curafutura jedenfalls werden erst nach eingehender Analyse entscheiden, ob und wie es mit TARDOC weitergeht.

Dr. med. Esther Hilfiker  
Präsidentin der Aerztegesellschaft des Kantons Bern

**Titelbild:**

FMH-Präsidentin Yvonne Gilli an der  
Klausurtagung 2022 der BEKAG

# Inhalt

## 4 **MPK-Studie: Wie die Hausärzteschaft bei der Diabetes-Betreuung entlastet werden kann**

Die Querschnittsstudie «Interprofessionalität in der Grundversorgung bei Typ-2-Diabetes» von BIHAM, BEKAG, INFRAS, KPT, Visana und SVA zeigt das grosse Potenzial des Einsatzes von MPKs im Chronic Care Management.

## 7 **«Als Hausarzt bin ich froh über alle Aufgaben, die ich einer vertrauenswürdigen Person übergeben kann»**

Gespräch mit den beiden Hauptautoren der neuen MPK-Studie über die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten von MPKs (Medizinische Praxiskoordinatorinnen), Konkurrenzdenken in der Praxis und die gesundheitspolitische Bedeutung ihrer Ergebnisse.

## 12 **Lässt sich das Rad der Zeit zurückdrehen?**

An seiner Klausurtagung ist der Vorstand der BEKAG Ende März in Langenthal zu einer gesundheitspolitischen Grundsatzdiskussion zusammengekommen.

Es ging um nicht weniger als die grösste Bedrohung des Gesundheitssystems in den letzten Jahrzehnten.

## 17 **«Ethik sieht auch Chancen, nicht nur Bedenken»**

Rouven Porz ist vom Abschlussjahrgang der Berner Medizinierenden zum Teacher of the Year 2021 gewählt worden. Interview.

## 20 **Kosten sparen auf dem Buckel der Patienten**

Wo bleibt der Patient, die Patientin bei all den Restrukturierungen und den Plänen des BAG? Dieser Frage widmeten sich Fachpersonen aus Medizin und Politik an der Frühjahrs-Academy on Health Care Policy.

## 22 **Ausgezeichneter Nachwuchs**

David Rösli und Cornelia Wälchli haben den Preis der BEKAG für die besten Abschlüsse im Medizinstudium an der Universität Bern im Jahr 2021 erhalten.

## Wichtiger Hinweis Fahreignungsabklärungen

Hinweis für Mitglieder der BEKAG, die Fahreignungsabklärungen im Auftrag des Strassenverkehrsamtes durchführen: In letzter Zeit häufen sich bei der BEKAG Meldungen, wonach im Kanton Bern zuständige, auf [medtraffic.ch](http://medtraffic.ch) aufgeführte Ärztinnen und Ärzte die Fahreignungsabklärung davon abhängig machen, dass die betreffenden Patientinnen und Patienten

Hausarztpatienten werden. Die Fahreignungsabklärung von einer solchen Bedingung abhängig zu machen, ist nicht zulässig. Wir behalten uns deshalb vor, in Zukunft entsprechende Verstösse direkt dem Strassenverkehrsamt zu melden.

### Impressum

doc.be, Organ der Aerztesgesellschaft des Kantons Bern; Herausgeber: Aerztesgesellschaft des Kantons Bern, Postgasse 19, 3000 Bern 8 erscheint 6 × jährlich; verantwortlich für den Inhalt: Geschäftsführender Ausschuss der Aerztesgesellschaft des Kantons Bern; Redaktion: Nicole Weber und Marco Tackenberg, Presse- und Informationsdienst BEKAG, Postgasse 19, 3000 Bern 8, T 031 310 20 99, F 031 310 20 82; [weber@forumpr.ch](mailto:weber@forumpr.ch), [tackenberg@forumpr.ch](mailto:tackenberg@forumpr.ch) Inserate: Nicole Weber, [weber@forumpr.ch](mailto:weber@forumpr.ch) Gestaltung / Layout: Definitiv Design, Bern; Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern; Titelbild: Béatrice Devènes

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.

# Wie die Hausärzteschaft bei der Diabetes-Betreuung entlastet werden kann

Die Querschnittsstudie «Interprofessionalität in der Grundversorgung bei Typ-2-Diabetes» des Forschungsteams um Anna-Katharina Ansorg und Sven Streit am BIHAM zeigt das grosse Potenzial des Einsatzes von MPKs im Chronic Care Management.

Text: Judith Trageser und Christoph Petry (INFRAS)

Studienautoren/-innen: Anna-Katharina Ansorg (BIHAM), Katharina Tabea Jungo (BIHAM), Esther Hilfiker (BEKAG), Rainer Felber (BEKAG), Judith Trageser (INFRAS), Beat Pierre Arnet (KPT), Marianne Schenk (Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen SVA), Sven Streit (BIHAM)  
Grafik: Marc Siegenthaler, Les Graphistes

Ärztmangel und steigende Gesundheitskosten erfordern neue Lösungen. Welche Chancen bieten interprofessionelle Betreuungsmodelle? Das Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) hat als Folgeprojekt einer Klausurtagung der BEKAG zur Rolle der Medizinischen Praxiskoordinatorinnen und -koordinatoren (MPKs) die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes in Praxen mit und ohne MPKs untersucht. Die Ergebnisse zeigen: MPKs können die Hausärzteschaft auf einem qualitativ hohen Behandlungsniveau entlasten.

Die Querschnittsstudie vergleicht die Behandlung von Typ-2-Diabetes in Praxen mit und ohne MPK. Sie ist die erste Studie in der Schweiz, welche die Wirkungen der Arbeit von MPKs untersucht. Die breite Unterstützung der Studie u.a. durch die FMH, die Versicherer KPT und Visana, Diabetes Schweiz und die Schweizerische Diabetes-Stiftung unterstreicht die Aktualität und das grosse Interesse an interprofessionellen Betreuungsmodellen.

Teilgenommen haben 22 Praxen aus der Deutschschweiz, darunter zwölf mit MPK. Die Stichprobe umfasst rund 170 Patientinnen und Patienten, die bei Beginn der Untersuchung im August 2020 seit mindestens einem Jahr in Behandlung waren. Der Wirkungsvergleich basiert auf «Patient-reported outcome/experience measures» (PROMs und PREMs) sowie den Kriterien der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) für «gutes» Disease-Management Diabetes. Die Patientensicht und diabetesspezifische Lebensqualität stehen damit im Hauptfokus.

Abbildung 1 zeigt die Kernergebnisse im Überblick. Die Studie verdeutlicht, dass Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes von Hausarztpraxen ohne MPK auf einem sehr hohen Qualitätsniveau behandelt werden. Und: Die untersuchten Praxen mit MPKs erzielen bezüglich der Behandlungsqualität, Zufriedenheit mit der Behandlung sowie Behandlungslast gleich gute Resultate.

Was lässt sich daraus schliessen? Es zeigt, dass auch bei komplexen und zeitintensiven Betreuungsaufgaben ein «Task Shift» von der Hausärzteschaft zu MPKs möglich ist. Von Blutzuckermessungen über Fussuntersuchungen bis hin zur Ernährungs- und Bewegungsberatung – MPKs können bei der Betreuung von Diabetes-Patientinnen und -Patienten viele Leistungen gleichwertig übernehmen. Angesichts des sich akzentuierenden Hausärztemangels können diese Betreuungsmodelle somit für

Entlastung sorgen, ohne die hohe Versorgungsqualität zu beeinträchtigen.

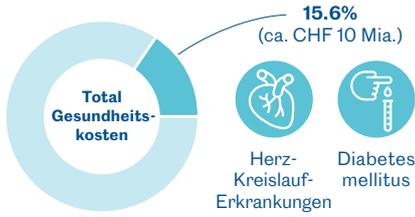
Ob das Modell Kosten spart, kann die Studie nicht beantworten. Die Ergebnisse suggerieren jedoch, dass MPKs die Arbeit der Hausärzteschaft meistens substituieren. Lediglich rund ein Fünftel der untersuchten Praxen gab an, dass der Einsatz von MPKs zusätzlich zur Betreuung durch die Hausärzteschaft erfolgt.

Die Studienresultate stützen die laufenden Bestrebungen, die interprofessionelle Versorgung im Gesundheitswesen zu stärken. Bei der Umsetzung stossen Ärztinnen und Ärzte jedoch auf Hindernisse. So ist es derzeit nicht möglich, die Leistungen der MPKs an chronisch kranken Patientinnen und Patienten abzurechnen. Chancen bietet das neue Tarifmodell TARDOC: Dieses sieht spezielle Tarifpositionen für MPKs vor. Nach mehreren Überarbeitungen lag TARDOC dem Bundesrat in seiner nun vierten Version seit Ende 2021 zur Genehmigung vor – und wurde Anfang Juni 2022 erneut zurückgewiesen. Die Ärzteschaft und MPKs hoffen, dass die nun nachgewiesenermassen qualitativ hochstehende Arbeit der MPKs trotzdem ihre Abbildung in der Tarifstruktur findet.

*Originalstudie im Swiss Medical Weekly:*  
<https://doi.org/10.4414/smw.2022.w30180>

*Dieser Artikel erscheint parallel in der Schweizerischen Ärztezeitung SÄZ 25/26.*

## Diabetes in der Schweiz



Quellen: Huber, CA. Die Schweiz zahlt hohen Preis für nicht-übertragbare Krankheiten. SAEZ. 2018, 99 (33), pp. 1054-1056. Zeller, A. Resultate der 4. Workforce Studie. Primary and Hospital Care – Allgemeine Innere Medizin. 2020, 20 (11), pp. 325-328.

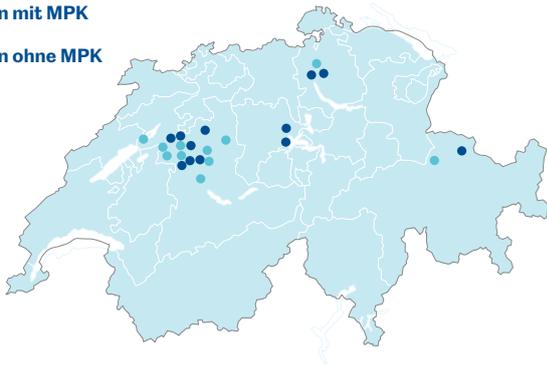
## Können neue Betreuungsmodelle dabei helfen Hausärzt\*innen bei der Behandlung von Patient\*innen mit Diabetes zu unterstützen?

Die MPK Studie ist die erste Studie in der Schweiz, welche die Wirkung der Arbeit der Medizinischen Praxiskoordinatorinnen mit klinischer Richtung (MPK) untersucht.

Wichtigste Erkenntnis vor dem Hintergrund des Hausärzt\*innenmangels in der Schweiz: **MPKs können Hausärzt\*innen bei der Versorgung von Diabetespatient\*innen entlasten.**

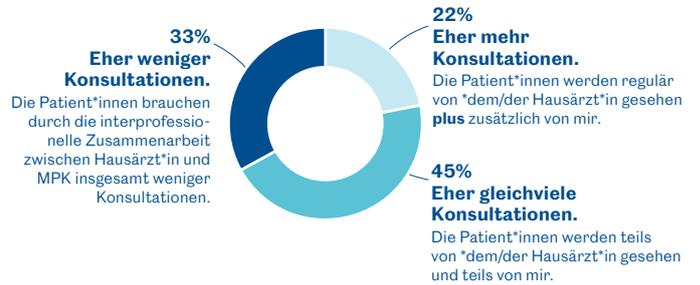
## Teilnehmende Praxen

- Praxen mit MPK
- Praxen ohne MPK

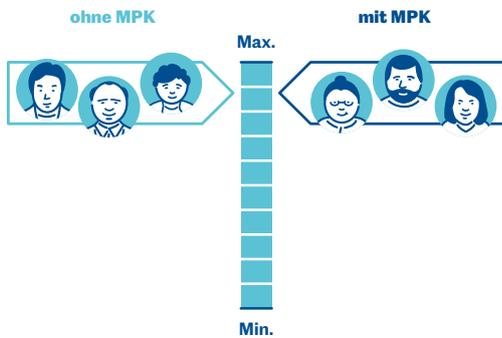


## Anzahl Konsultationen bleibt gleich resp. verringert sich

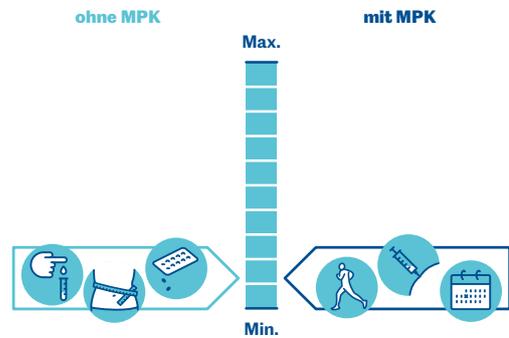
Wir möchten verstehen, ob in Praxen mit MPK im Vergleich zu Praxen ohne MPK weniger, gleichviel oder mehr Konsultationen insgesamt wegen Diabetes stattfinden. Welche Aussage trifft auf Ihre Praxis zu?



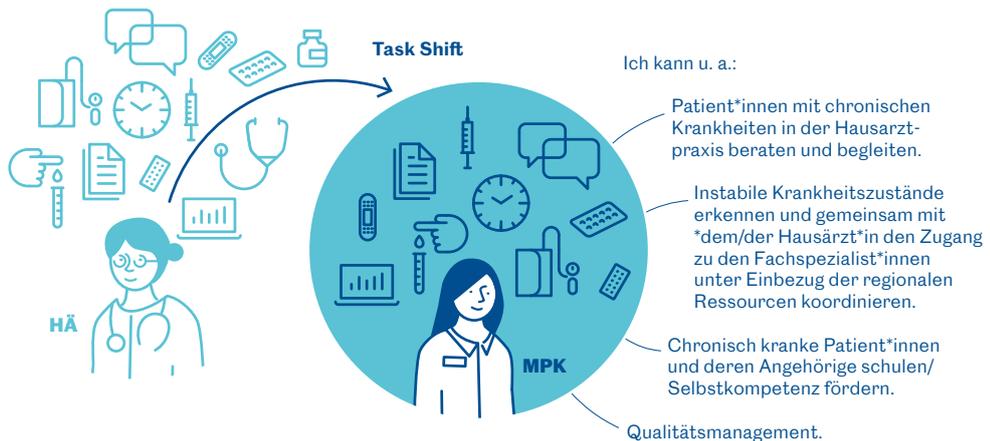
## Gleich hohe Behandlungsqualität und Zufriedenheit in beiden Betreuungsmodellen



## Gleich niedrige Behandlungslast mit Diabetes in beiden Betreuungsmodellen



## Task Shift



LIEGT DIE  
BEGRÜSSUNG DES  
PATIENTEN NOCH IM  
GLOBALBUDGET?

KLICK



10M  
12

# «Als Hausarzt bin ich froh über alle Aufgaben, die ich einer vertrauenswürdigen Person übergeben kann»

Gespräch mit den beiden Hauptautoren der neuen MPK-Studie über die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten von MPKs, Konkurrenzdenken in der Praxis und die gesundheitspolitische Bedeutung ihrer Ergebnisse.

Interview: Nicole Weber, Presse- und Informationsdienst (PID)  
Fotos: zVg

**Ihre Studie hat die Behandlungsqualität von Diabetespatienten in Arztpraxen mit und ohne Medizinische Praxiskoordinatorin (MPK) verglichen. Das Resultat ist eindeutig: Es gibt keinen Unterschied in der sehr hohen Qualität – ob die gesamte Behandlung durch den Hausarzt, die Hausärztin erfolgt oder ob MPKs involviert sind. Was genau macht eine MPK?**

Anna-Katharina Ansorg: MPKs sind ursprünglich als Medizinische Praxisassistentinnen (MPAs) ausgebildet. Nach einigen Jahren Berufspraxis können sie die Zusatzausbildung zur MPK machen. Berufsbegleitend dauert das etwa zwei Jahre, aber man kann es auch länger strecken.

Dort können sie zusätzliche Qualifikationen erwerben, unter anderem in den Bereichen Chronic Disease Management, Qualitätsmanagement, dosintensives Röntgen, Rechnungswesen und Praxismanagement. Mit diesen Qualifikationen können sie Patienten mit chronischen Krankheiten in einer Praxis selbstständig betreuen und begleiten.

Sven Streit: In Praxen kennen wir bisher vor allem die administrativen MPKs, die eine Leitungsfunktion gegenüber den MPAs übernehmen. Wir haben uns nun für diejenigen MPKs interessiert, die sich im klinischen Bereich weitergebildet haben, um die Hausärzteschaft bei chronischen Krankheiten wie zum Beispiel Diabetes zu unterstützen.

### **Inwiefern profitieren die Patientinnen und Patienten vom Einsatz der MPKs?**

Streit: Das kann auf verschiedenen Ebenen ein Vorteil sein. Die MPK ist häufig eine altbekannte MPA in der Praxis. Das bedeutet, die Patientinnen und Patienten kennen sie schon lange Jahre und es besteht ein gewisses Vertrauensverhältnis. Sie ist eine Fachperson, die die Abläufe und ärztliche Arbeitsweise bereits kennt. Zusätzlich dazu können die MPKs mehr Zeit für Beratungen anbieten, was im Praxisalltag besonders hilfreich ist, wenn Personen mehrere Beschwerden haben, die sie gerne besprechen möchten.

**«Die MPK ist eine Fachperson, die die Abläufe und ärztliche Arbeitsweise bereits kennt.»**

### **Wie gross ist die Akzeptanz von MPKs bei den Patientinnen und Patienten?**

Ansorg: Die 171 Patienten, die an unserer Studie teilgenommen haben, haben sich alle durchwegs – sowohl beim Hausarzt, der Hausärztin als auch bei der MPK – sehr gut betreut gefühlt. Alle haben die Betreuungsqualität mit Bestnoten bewertet. Da gab es keinen Unterschied.

### **Gibt es weitere Bereiche, in denen die Ärztinnen und Ärzte von dieser zusätzlichen Hilfe in der Praxis profitieren können?**

Ansorg: Es hat auch Vorteile für das ganze Team, wenn man sich über Patienten austauschen kann. Die MPK wird sich mit dem Patienten über andere Dinge unterhalten und vielleicht andere Informationen bekommen als der Hausarzt. Das fördert den gegenseitigen Wissenszuwachs und eine verbesserte Patientenbetreuung.

Streit: Ich kann mir auch eine gewisse Schwerpunktsetzung vorstellen. Praxen mit klinischen MPKs sind häufig Gruppenpraxen, da können die verschiedenen Ärztinnen und Ärzte sowie MPKs verschiedene Themen fokussieren, beispielsweise eine Impfberatung oder die Instruktion zur Benutzung von Inhalativa.

### **Die MPK bauen ein Vertrauensverhältnis zu ihren Patientinnen und Patienten auf. Wie gehen die Ärztinnen und Ärzte mit dieser Konkurrenz in ihrer Praxis um?**

Ansorg: Es gibt eine Studie, die vor einigen Jahren den Langzeiteffekt davon untersucht hat, dass MPAs mit der MPK-Zusatzausbildung in Diabetes selbst Patienten betreuen. Und man hat tatsächlich festgestellt, dass Hausärzte sich schwertun, dauerhaft Verantwortung abzugeben. Aber ob das wirklich der Konkurrenzgedanke ist?

### **In Ihrer Studie war das kein Thema?**

Ansorg: Die Ärztinnen und Ärzte, die bei uns teilgenommen haben und bei denen eine MPK arbeitet, haben die interprofessionelle Zusammenarbeit durchweg positiv bewertet. Sie haben schon angegeben, dass sie natürlich nicht 100 % der Verantwortung abgeben können. Aber einen sinnvollen Rahmen dafür kann man ja in Leitlinien praxisintern festlegen.

Streit: Also ich würde ganz provokativ sagen, wer MPKs als Konkurrenz sieht, tut seiner Praxis einen schlechten Dienst. Wie gesagt, unsere Situation ist so, dass wir stark ausgelastete Praxen haben – viele können gar keine Patienten mehr aufnehmen. Das heisst, jede Entlastung ist willkommen.

### **Es gibt verschiedene Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit, zum Beispiel mit Advanced Nurse Practitioners (ANP) oder mit Apothekerinnen und Apothekern. Weshalb fokussieren Sie gerade auf die MPKs?**

Streit: Es war keine Entscheidung für oder gegen eine Berufsgruppe. 2017 war die Rolle der MPK in der Grundversorgung das Thema einer Klausurtagung der BEKAG. Es wurde diskutiert, wie man die Rolle der MPK stärken könnte. Man holte uns vom BIHAM in der Rolle der wissenschaftlichen Beratung dazu. Und als Projektgruppe haben wir dann gemeinsam mit INFRAS die Querschnittstudie als machbares Studiendesign gewählt.

### **Was war das erkenntnisleitende Interesse Ihrer Studie?**

Streit: Wie die Qualität der Diabetesbehandlung interprofessionell gestärkt werden kann. Das

ist für alle beteiligten Akteure interessant: Als Hausarzt bin ich froh über alle Aufgaben, die ich einer vertrauenswürdigen Person übergeben kann. Einerseits weil wir viel zu tun haben in der Praxis, andererseits weil sie sich um Punkte kümmern, die gerne vergessen gehen. Bei einem Diabetiker ist es beispielsweise wichtig, immer die Füsse zu kontrollieren. Es gibt aber auch ein Interesse vonseiten der MPAs und MPKs selbst, zu sehen, dass das ein Beruf mit Zukunft ist, der zu einer hohen Behandlungsqualität beiträgt. Und schliesslich waren auch Krankenversicherungen dabei, weil das auch für sie von Interesse ist.

#### **Hilft der Einsatz der MPK, die Gesundheitskosten zu dämpfen?**

Streit: Das ist die Gretchenfrage. Wir können nur von Hinweisen berichten. Und wir haben deutliche Hinweise auf das Potenzial geringerer Kosten in einem Modell mit MPK. Was wir im Rahmen dieser Studie nicht untersuchen konnten, aber natürlich ein Fakt ist: Jeder Diabetiker, jede Diabetikerin, die qualitativ besser betreut wird, «verursacht» auf lange Sicht gesehen, auf Jahrzehnte, weniger Gesundheitskosten. Deswegen unser Fokus auf die Qualität: Es geht um eine Investition in die Zukunft.

#### **Über welche Tarifposition kann die Arbeit der MPK verrechnet werden?**

Ansorg: Die Arbeit, die die MPK leistet, kann aktuell im TARMED nicht abgebildet werden. Deswegen konnten wir auch nicht genau berechnen, wie hoch die Kosten sind. Entsprechend wichtig ist es für die Zukunft, dass in einem neuen sachdienlichen Tarif TARDOC solche Positionen vorgesehen sind.

#### **Eine weitere «Gretchenfrage»: Kann der Einsatz von MPK den Grundversorgermangel entschärfen?**

Ansorg: Aktuell haben wir ungefähr 200 MPKs mit klinischer Fachrichtung in den Praxen. Das ist noch nicht sehr viel, aber die Anzahl MPKs entwickelt sich weiter nach oben.

Streit: Die Frage unserer Studie war ja nicht, was man tun kann, um den Hausärztemangel zu entschärfen, sondern ob man Aufgaben bei der Behandlung von Diabetes an die MPKs übertragen kann, ohne dass sich die Behandlungsqualität

#### **Danksagung der Studienautoren**

Die Autoren sprechen allen teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten, MPKs, Patientinnen und Patienten ihren Dank für das grosse Engagement während Pandemie-Höchstzeiten aus. Für die grosszügige finanzielle Unterstützung bedanken sie sich herzlich bei der BEKAG, der Schweizerischen Diabetes Stiftung, der KPT, der Visana und der FMH. Für die tatkräftige Hilfe bei der Rekrutierung, der Entwicklung des Fragebogens, der Auswertung der Daten und bei der Verbreitung der Ergebnisse bedankt sich das Projektteam herzlich beim SVA, dem Patientenvertreter, Diabetesschweiz, der SGED und ganz besonders bei INFRAS.

verändert. Und dass wir das bejahen konnten, weist schon auf eine gewisse Erleichterung hin. Die interprofessionelle Arbeit wird uns helfen, mehr Sprechstundenzeit für die komplexeren Patienten bereitzustellen. Aber entschärfen – da braucht es viele Massnahmen, die zusammentreffen.

#### **«Wir haben deutliche Hinweise auf das Potenzial geringerer Kosten in einem Modell mit MPK.»**

#### **Wenn diese Form der Zusammenarbeit zu einer grösseren Entlastung der Grundversorgerinnen und Grundversorger führen soll, müssten mehr MPKs ausgebildet werden. Gibt es genügend Ausbildungsplätze?**

Ansorg: Das Angebot ist sehr gross. Es gibt sehr viele unabhängige Schulen, die die Ausbildung anbieten. Durch den modularen Aufbau der Weiterbildung lässt sie sich gut berufsbegleitend im eigenen Tempo absolvieren.

#### **Und wie hoch ist die Nachfrage seitens MPA?**

Ansorg: Auch das Interesse wäre relativ hoch. Die Ausbildung kostet aber um die 12000 Franken –



#### **Anna-Katharina Ansorg**

Anna-Katharina Ansorg ist Ärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Team von Professor Sven Streit. Von 2012 bis 2019 hat sie in verschiedenen Spitälern im Raum Bern ihre Praktika absolviert und arbeitet seit 2019 in der Gruppenpraxis Grenchen als Assistenzärztin für Allgemeinmedizin.

daher ist auch immer die Frage, ob ein Hausarzt, eine Hausärztin bereit ist, etwas zu investieren. Allein wird eine MPA das eher nicht finanzieren. Hier gibt es aber übrigens auch staatliche Subventionsmöglichkeiten.

Streit: Für MPAs kann die Arbeit in den Praxen karrieretechnisch eine gewisse Sackgasse sein. Man hat früh sehr viel Verantwortung, aber nicht wirklich eine Karrierechance in der Praxis. Das MPK-Modell bietet hier eine Hilfe; administrativ oder klinisch. Und wir hoffen, dass unsere Studie Mut macht, mehr klinische Aufgaben zu übernehmen.

**«Es ist wichtig für die Zukunft, dass in einem neuen sachdienlichen Tarif TARDOC Positionen für MPKs vorgesehen sind.»**

#### **Welche Forderungen an die Politik ergeben sich aus Ihrer Studie?**

Ansorg: Wir brauchen eine überarbeitete Tarifstruktur für die ambulanten medizinischen Leistungen, mit der die MPK ihre Leistungen separat abrechnen kann.

Streit: Ich finde aber das Schöne an dieser Studie, dass sie nicht die Botschaft hat: Liebe Politik, jetzt müsst ihr bezahlen. Die Botschaft ist: Hier können alle gemeinsam, Ärzte mit MPKs mit Patientenvertretern mit Versicherern, dazu beitragen zu evaluieren, ob Interprofessionalität für Patienten mit Diabetes einen Nutzen hat. Und daraus ergibt sich eigentlich logisch: Wenn man Interprofessionalität fördern will – wie vom Bund auch vorgesehen – dann muss man auf verschiedenen Ebenen entsprechende Möglichkeiten schaffen. Sicherlich ist zuvorderst ein sachdienlicher Tarif wichtig. Aber es sind alle gefordert. Wir Ärzte müssen uns auf Interprofessionalität einlassen, das heisst Vertrauen haben, Arbeiten abgeben und die MPAs und MPKs auf diesem Berufsweg unterstützen. Die Studie zeigt, dass Interprofessionalität möglich ist – die Qualität ist hoch und die Behandlungslast tief.

Das ist wichtig im Zusammenhang mit dem Tenor von zu hohen Kosten im Gesundheitswesen: Wir haben eben auch eine sehr hohe Qualität.

**Welche Fragen gilt es weiter zu erfor-  
schen?**

Streit: Wir haben noch keine Langzeitresultate. Wir wissen nicht, wie es den Patientinnen und Patienten aus unserer Studie in 10 Jahren geht. Und: Wir haben Praxen rekrutiert, die wahrscheinlich sowieso schon eine sehr, sehr gute Arbeit leisten. Wir wollten ja möglichst vergleichbare Praxen haben, mit und ohne MPKs. Es waren daher vor allem Praxen, die schon in Ärztenetzwerken aktiv sind, Guidelines verwenden und so weiter. Die Frage ist, ob das Bild der sehr hohen Qualität, das unsere Studie ergeben hat, überall zutrifft. Für die ganze Schweiz können wir das so noch nicht beantworten.

**Welche Ratschläge haben Sie für Praxen,  
die sich für eine Zusammenarbeit mit einer  
MPK interessieren?**

Ansorg: Am besten informiert man sich bei der odamed, das ist ein Verein, der MPKs ausbildet und die Prüfung abnimmt; oder direkt beim SVA. Da sind sehr hilfreiche Webseiten, wo man alles erfährt.

Streit: Es ist eine Investition in die Zukunft. Für mich, der selbst eine Praxis führt, hatte diese Studie zur Folge, dass ich mir überlege, wer von unserem Team Richtung MPK gehen kann. Damit wir künftig diesen Service auch in unserer Praxis anbieten können.



**Prof. Dr. med. Dr. phil. Sven Streit**

Sven Streit schloss 2008 das Medizinstudium an der Universität Bern ab. Nach seiner Promotion 2009 wurde er 2014 Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und begann seine Forschungstätigkeit am Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM). 2018 habilitierte er an der Universität Bern und wurde zum Assistenzprofessor ernannt. Sven Streit engagiert sich für eine interprofessionelle Grundversorgung und den Nachwuchs in den involvierten Berufen und arbeitet selbst in einer Hausarztpraxis in Konolfingen, die seine Frau und er gemeinsam leiten. Seit 2020 besetzt er gemeinsam mit Prof. Dr. Alice Panchaud die neue Doppelprofessur Pharmazie (Grundversorgung in Pharmazie und Medizin) am BIHAM.



# Lässt sich das Rad der Zeit zurückdrehen?

An seiner Klausurtagung ist der Vorstand der BEKAG Ende März in Langenthal zu einer gesundheitspolitischen Grundsatzdiskussion zusammengekommen. Es ging um nicht weniger als die grösste Bedrohung des Gesundheitssystems in den letzten Jahrzehnten. Moderiert wurde der Anlass von Birgit Voigt, Redaktorin Wirtschaft «NZZ am Sonntag»

**Yvonne Gilli, Präsidentin der FMH, zeigt an der Klausurtagung auf, wie der Kostendruck in der Medizin als Vorwand genommen wird, um die zunehmende Staatsmedizin zu legitimieren.**

Text: Marco Tackenberg, Leiter  
Presse- und Informationsdienst (PID)  
Fotos: Béatrice Devènes

Esther Hilfiker, Präsidentin, eröffnet die BEKAG-Klausurtagung vom 31. März 2022 mit der ergebnisoffenen Frage: «Können wir angesichts drohender Rationierung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens das Rad noch zurückdrehen?» Im Hinblick auf politische Vorstösse, die auf ein schädliches Globalbudget hinauslaufen (siehe Kasten), drohen mehr Bürokratie, aber kein Nutzen für die Patientinnen und Patienten. Hilfiker verweist auf das Beispiel Deutschland, das nach entsprechenden leidvollen Erfahrungen den Weg des Globalbudgets wieder verlassen will.

## **Mit Statistiken Politik machen**

Yvonne Gilli, Präsidentin der FMH, zeigt an der Klausur auf, wie der Kostendruck in der Medizin als Vorwand genommen wird, um die zunehmende Staatsmedizin zu legitimieren. Mit Statistiken zur Entwicklung der Krankenkassenprämien wird Politik gemacht. Der Prämienanstieg wird verzerrt dargestellt und dramatisiert, um damit drastische Sparmassnahmen zu rechtfertigen. Dabei macht Gilli deutlich, dass es bessere Massnahmen gibt, um Kosten zu sparen, als ein schädliches Globalbudget. Aber just diese Lösungen werden blockiert. Als Beispiel führt Gilli die einheitliche Finanzierung von ambulanten

und stationären Leistungen auf (EFAS). EFAS könnte ein Effizienzpotenzial von drei Milliarden Franken realisieren! Oder der ambulante Arzttarif, der heute veraltet ist und zu falschen Anreizen führt. Der überarbeitete TARDOC liegt seit 2019 vor. Gilli fasst zusammen: «Kosten werden skandalisiert, Schuldige vorgeführt und sinnvolle Lösungen blockiert.»

Nora Wille, wissenschaftliche Mitarbeiterin der FMH-Präsidentin, zeigt anhand eines Faktenblattes des BAG mit dem Titel «Zielvorgabe für Kostenentwicklung im Gesundheitswesen» auf, wie mit Statistik Politik gemacht wird. Eine rote Diagonale suggeriert, dass der Prämienanstieg im Vergleich zum Wachstum des BIP enorm steil verläuft. Prüft man die Grafik, sieht man wie hier der Eindruck stark steigender Prämien forciert wird. Zum Beispiel wird der Anstieg der sogenannten «Standardprämie» abgebildet. Aber im Jahr 2020 haben weniger als 15 % der Versicherten diese «Standardprämie» bezahlt. Die real bezahlte mittlere Prämie betrug 2020 mit 364 Franken hundert Franken weniger als die «Standardprämie». Und nicht zu vergessen: Heute werden mehr medizinische Leistungen über die Prämien (OKP) finanziert als früher.

Hinzu kommt das Problem der Indexierung: Das BAG vergleicht prozentuale



**Nora Wille, FMH, legt dar, wie mit Statistiken zur Entwicklung der Krankenkassenprämien Politik gemacht wird. Der Prämienanstieg wird verzerrt dargestellt, um damit drastische Sparmassnahmen zu rechtfertigen.**

Anstiege mit völlig unterschiedlicher Basis, wenn es das Bruttoinlandprodukt dem Prämienwachstum gegenüberstellt. Eine Verdoppelung der Prämien im Laufe von zwei Jahrzehnten mag erschrecken – wenn unterschlagen wird, dass das Haushaltseinkommen in dieser Zeit um rund 1000 Franken gewachsen ist.

**«Was hier mit dem Globalbudget geplant ist, verträgt sich nicht mit einem Versicherungssystem.»**

#### **Es ist das Wesen der Versicherung, im Schadenfall zu zahlen**

Eine Einordnung des Globalbudgets aus rechtlicher Sicht nimmt Prof. Dr. iur. Ueli Kieser vor: «Was hier mit dem Globalbudget geplant ist, verträgt sich nicht mit einem Versicherungssystem.» Kieser erläutert dies anhand des Beispiels einer Motorfahrzeughaftpflichtversicherung. «Es wäre auch nicht zulässig, hier festzulegen, dass, wenn es zu viele Autounfälle gibt, die Garagisten eine tiefere Entschädigung erhalten. Das würde niemandem in den Sinn kommen. Es ist das Wesen der Versicherung, beim Eintritt eines Risikos einen fixen Beitrag zu zahlen.» Das Bundesamt für Justiz hat sich mit einem

entsprechenden Gutachten von Kieser beschäftigt und bestätigt, dass ein Kostenziel nicht dazu führen dürfe, dass Leistungen nicht mehr erbracht werden. Wolle man wirklich Kosten sparen, so Kieser, dann müssten die Leistungen überprüft werden. Das wolle die Politik aber nicht.

Tobias Eichenberger, Präsident der Ärztesellschaft des Kantons Basel-Land, kritisiert anlässlich der Klausurtagung, dass die aktuellen Fehlentwicklungen mehr Kosten generieren werden und dem Patienten nichts nützen. Er mahnt eindringlich an, dass sich Ärztinnen und Ärzte besser vernetzen und zusammenschliessen, um gemeinsam den Herausforderungen zu begegnen. Ärztinnen und Ärzte sind aufgerufen, sich in den öffentlichen Diskurs einzubringen. Von der Ärzteschaft erwartet Eichenberger die Bereitschaft, sich jetzt mit Mut und Entschlossenheit zu wehren. Politisch ist es elementar, sich offensiver auszurichten: «Eine geeinte Ärzteschaft kann alles erreichen!» Dass dies möglich ist, hat Eichenberger schon vor Jahren bewiesen, als er mit seinen Verbündeten erfolgreich den Kampf gegen die Managed-Care-Vorlage angeführt hat.

#### **Ungünstige politische Mischung**

Birgit Voigt, Wirtschaftsredaktorin NZZ am Sonntag, wirkt als Moderatorin der Klausurtagung. Voigt bezweifelt, dass Schritte hin



**Tobias Eichenberger, Präsident der Ärztesgesellschaft Basel-Land, ruft die Ärztinnen und Ärzte zur Einigkeit auf: «Eine geeinte Ärzteschaft kann alles erreichen!»**

zur Staatsmedizin im Sinne der Patientinnen und Patienten sind. Eine Analyse der politischen Kräfteverhältnisse stimmt sie pessimistisch: Die Babyboomer gehen in Pension, grosse finanzielle Herausforderungen kommen auf uns alle zu, die Kostendebatte wird künftig noch härter geführt werden. Anders als noch vor wenigen Jahren erhält der Bundesrat in jüngster Zeit Unterstützung durch die Mitte-Partei und linke Parteien. Dies zusammen ergibt eine ungünstige politische Mischung.

**«Kosten werden skandalisiert, Schuldige vorgeführt und sinnvolle Lösungen blockiert.»**

Nora Wille unterstreicht, dass ein gutes Gesundheitswesen seinen Preis hat. Daraus ergibt sich die Verpflichtung, die finanziellen Ressourcen effizient einzusetzen. Der Nutzen muss besser berücksichtigt werden. Ein geheiltes Knie spart Kosten in anderen sozialen Bereichen. Wille ruft in Erinnerung, dass das Gesundheitswesen durch viele Dienstleistungen geprägt ist. Dienstleistungen lassen sich nicht gleich rationalisieren wie zum Beispiel eine Industrieproduktion.

Von Prof. Kieser will Voigt wissen, ob es denn eine Klagemöglichkeit gibt, wenn ein Globalbudget doch – wie von ihm begründet – gegen die Verfassung verstösst. Kieser, ohne zu zögern, verneint: «Weil wir in der Schweiz keine Verfassungsgerichtsbarkeit haben, kann ein Entscheid des Parlaments nicht vor Gericht angefochten werden.»

#### **Wie erreichen wir die Bevölkerung?**

Zu den negativen Erfahrungen Deutschlands mit Kostenzielen und Globalbudgets weiss Nora Wille zu berichten: «Wenn Sie mal in einer deutschen Arztpraxis einen Termin haben wollen, dann leidet vor allem die MPA darunter, die den Patienten erklären muss, warum sie nicht jetzt einen Termin bekommen.» An diesen Punkt knüpft Rainer Felber, Vizepräsident der BEKAG, an: «Die entscheidende Frage lautet: Wie erreichen wir – zusammen mit der FMH und verbündeten Kräften – die Bevölkerung? Letztlich sind es unsere Patientinnen und Patienten, die bei einem Referendum an der Urne entscheiden werden. Es ist wichtig, dass unsere Mitglieder ihre Patienten und Bekannten über die schädlichen Auswirkungen eines Globalbudgets informieren.»

An der Diskussion am Nachmittag der Klausurtagung – nun ohne Gäste und Referenten – stellt der Vorstand der BEKAG einerseits die Dringlichkeit des Kampfes gegen das Globalbudget fest, andererseits



**Rechtsprofessor Ueli Kieser zeigt auf, dass ein Globalbudget in Konflikt steht mit dem unbedingten Leistungsanspruch, wie er im Versicherungssystem besteht.**

aber auch die Tatsache, dass noch nicht alle Ärztinnen und Ärzte diese Dringlichkeit erkannt haben. BEKAG-Sekretär Thomas Eichenberger stellt zugespitzt, aber treffend fest: «Die Behörden sind nicht auf unserer Seite, das Parlament auch nicht, die gesunden Prämienzahler auch nicht. Und ein gewisser Teil unserer Mitglieder verspricht sich fälschlicherweise viel von staatlichen Lösungen.»

Der Vorstand ist geschlossen der Meinung, dass die BEKAG-eigene Kampagne gegen ein Globalbudget jetzt schweizweit verbreitet werden soll. Er leitet entsprechende Schritte ein.

#### **Das gesundheitspolitische Umfeld**

Die SP betreibt mit ihrer «Prämien-Entlastungs-Initiative» Symptombekämpfung. Die Mitte-Partei (CVP) lockt mit einer «Kostenbremse-Initiative», deren Umsetzung sie selbst nicht zu erklären vermag. Und der Bundesrat will – trotz Kritik – Kostenziele in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einführen. Verlieren werden dabei auf jeden Fall Patientinnen und Patienten, vor allem ältere, chronisch- und mehrfacherkrankte. Verlieren wird auch die Ärzteschaft. Alle Massnahmen zielen in Richtung Staatsmedizin. Und Kostenziele, die auf ein Globalbudget hinauslaufen, untergraben das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen, Ärzten und ihren Patienten. Der Patient kann dann nicht mehr sicher sein, ob sein Arzt eine bestimmte Therapie ablehnt, weil sie für den Patienten nicht geeignet ist – oder ob der Arzt schlicht zum Sparen gezwungen ist.

# «Ethik sieht auch Chancen, nicht nur Bedenken»

---

Rouven Porz ist vom Abschlussjahrgang der Berner Medizinstudierenden zum Teacher of the Year 2021 gewählt worden. Im Gespräch mit doc.be verrät er, was ihm in der Lehre wichtig ist, wie sich das ethische Interesse seiner Studierenden in den letzten 10 Jahren verändert hat und wieso er manchmal behauptet, etwas nicht zu wissen, obwohl es gar nicht stimmt.

Interview: Nicole Weber, Presse- und Informationsdienst (PID)  
Foto: zVg

**Herr Porz, die Medizinstudierenden der Universität Bern haben Sie für Ihre Lehre im letzten Jahrgang im Jahr 2021 zum Teacher of The Year gewählt. Wir starten immer mit dieser Frage: Wieso, denken Sie, hat man Sie gewählt?**

Ich habe mich riesig gefreut, aber ich weiss nicht, wieso ich die Auszeichnung bekommen habe. Natürlich bemühe ich mich, guten Unterricht zu machen. Aber womöglich hat es auch mit meinem Fach zu tun. In der Corona-Zeit war Ethik in aller Munde – vielleicht haben die Medizinstudierenden bemerkt, dass das Fach doch wichtiger ist, als sie bisher gedacht haben.

**Wie gestalten Sie denn Ihre Vorlesung im letzten Studienjahr, die so überzeugt hat? Ist es reiner «Frontalunterricht»?**

Es ist eine grosse Vorlesung mit 250 oder 300 Studierenden über ethische Dimensionen in der Klinik. Ich zeige an einigen beispielhaften Themenfeldern auf: Achtung, wenn euch in der Assistenzzeit diese oder jene Situation begegnet, dann kann man sie ethisch so und so analysieren. Aber es ist schön, dass Sie das mit dem Frontalunterricht fragen – ich unterrichte sehr gern. Ich war früher Gymnasiallehrer für Biologie, Philosophie und Ethik in Deutschland. Und daher bin ich vielleicht mit einigen didaktischen Dingen vertrauter als andere und gestalte auch die grossen Vorlesungen immer interaktiv. Auch wenn da 250 Leute sitzen, stelle ich Fragen oder gebe Pausen, wo sie selbst arbeiten können. Es ist kein Monolog.

**Hat das auch im Jahr 2021 via Zoom funktioniert?**

Ich muss sagen, dass Zoom überraschend gut funktioniert hat. Es hatte sogar Vorteile: Wenn ich normalerweise 250 Studierenden eine Frage stelle, antwortet niemand. Aber bei Zoom konnte ich fragen: Wie schätzen Sie diese Situation ein; würden Sie sich für A oder für B entscheiden? Schreiben Sie es in den Chat. Und da kamen auf einmal 100 A's und 50 B's. Vielleicht noch ergänzt mit einigen lustigen Fragen: Wie gut finden Sie das von 1 bis 10 wer ist für 9, wer ist für 10, ... Diese einfache Chatfunktion hat viel Interaktion in Zoom reingebracht.

**Welche Themen interessieren die Studierenden in Ihren Veranstaltungen jeweils besonders? Welche ethischen Fragen stellen Ihnen angehende Ärztinnen und Ärzte?**

(Überlegt lange) Ich glaube, sie interessieren sich zunächst oft gar nicht so sehr für Ethik. Was sie erwarten, sind spektakuläre klinische Fälle. Aber davon bin ich gar kein Freund, da entsteht so ein Betroffenheitspathos, ein bisschen wie im Zoo... Ich interessiere mich in meinem Unterricht und meiner Forschung viel mehr für alltägliche Ethik, für kleine Situationen, in denen Unsicherheiten aufbrechen, wie man sich verhalten soll. Deshalb fokussiert mein Ethikunterricht stark auf die aktuelle Lebenswelt der Studierenden. Ihren Alltag, ihre Moralvorstellungen. Und ich glaube, dass es sie dann am meisten interessiert: Wenn sie merken, dass Ethik immer mit dabei ist, dass es keine komische Bedenkendisziplin ist, sondern eine Chance, mal anders und manchmal auch lustig über den eigenen Alltag nachzudenken. Denn Ethik sieht auch Chancen, nicht nur Bedenken.

**Haben Sie ein Beispiel dafür, wie Sie Ethik auf den Alltag der Studierenden beziehen?**

Oft beginne ich meinen Unterricht damit, dass ich frage, ob sie letzte Woche eine Situation erlebt haben, wo sie sich nicht entscheiden konnten. Oder ob etwas passiert ist, wo sie gedacht haben: «Oh je, das kann doch wohl nicht wahr sein, so darf die Welt nicht sein». Junge Leute haben in der Regel starke Vorstellungen davon, was sie richtig oder falsch finden. So gehen sie von den persönlichen Moralvorstellungen dazu über, was sie im Beruf, wenn sie den weißen Kittel anhaben, für Vorstellungen haben.

**Haben sich die ethischen Fragen Ihrer Studierenden im Laufe Ihrer Lehrtätigkeit verändert?**

Ich unterrichte seit rund zehn Jahren an der Uni Bern. Ich habe das Gefühl, dass sich das Interesse an Ethik vergrößert hat (zögert) aber vielleicht selbstbezogener geworden ist. Den Studierenden ist es wichtiger geworden, schon früh zu sagen:

Arzt, Ärztin ist nicht meine ganze Identität. Ich will über den Tellerrand hinausschauen, ich will noch mehr im Leben. Früher war man Arzt, Ärztin und Punkt. Inzwischen ist der Ethikunterricht oft getragen von Fragen zu Work-Life-Balance oder Gender Issues: Wie sind die zukünftigen Arbeitszeiten, wie kann ich meinen Beruf so gestalten – und jetzt wird es ethisch –, dass es gut für mich ist.

**Was finden Sie selbst an Ihrem Fach besonders wichtig? Was wollen Sie der angehenden Ärzteschaft mitgeben?**

Erstens dass Ethik eine Geisteswissenschaft ist. Keine Naturwissenschaft und keine Medizin, sondern eine Geisteswissenschaft, die ihnen beim Denken helfen soll. Die Medizin wird immer stärker evidenzbasiert, man versucht Fakten zu finden, Sicherheit zu generieren und dann zu entscheiden. In der Ethik dagegen sage ich auch gegenüber den Studierenden: Hier müssen wir mit der Unsicherheit leben. Oder: dazu gibt es noch gar keine Forschung. Die ersten Entscheidungen in der Corona-Phase haben wir beispielsweise quasi im Dunkeln getroffen. Dieses geisteswissenschaftliche Paradigma auszusprechen, zu sagen: hier ist jetzt nur Interpretation, ist mir sehr wichtig. Wenn mir Studierende Fragen stellen, dann antworte ich manchmal sogar aus didaktischen Gründen, dass ich es nicht weiss, obwohl ich etwas darüber wüsste. Um zu zeigen, dass es in der Ethik auch offene Fälle gibt und nicht alles klar ist. Und was mir zweitens wichtig ist: Dass mein Fach auch Spass machen kann. Ethik ist, wie ich eben schon gesagt habe, nicht immer nur ein Bedenkenträger, sondern sie sieht auch Chancen und Positives.

**In der Corona-Pandemie sind medizinethische Fragen zu Triagen oder zur Impfpflicht in den Fokus gerückt, kürzlich kam mit der Abstimmung zur Widerspruchslösung sogar eine medizinethische Frage an die Urne. Wie tragen Sie als professioneller klinischer Ethiker zu solchen Diskussionen bei?**

Ich glaube, es ist der Job der klinischen Ethik, zunächst einmal alle Möglichkeiten aufzuzeigen. Wenn die Ethik zu schnell Partei ergreift, wird sie zum Moralapostel. Das wollen wir nicht. Das heisst, ich würde mich als Ethiker nicht für oder gegen die Widerspruchslösung aussprechen. Aber ich würde Leute vom Fach nennen, die erklären können, aus welchen Gründen sie dafür sind. Zur Transplantationsmedizin haben wir gerade eine Vorlesung konzipiert. Da war uns dieser Aspekt sehr wichtig: Die Studierenden sollen verstehen, dass unsere Transplantationsmediziner hier im Haus generell für die Widerspruchslösung sind, aber der ethische Diskurs darüber trotzdem im Pro und Contra stattfinden kann.

**Also äussern Sie sich allgemein nicht mit einer konkreten Meinung zu medizin-ethischen Fragen, beispielsweise gegenüber den Medien?**

Ich würde sagen, mit Empfehlungen, aber nicht mit eindeutigen Ratschlägen. Wir verstehen unsere Rolle eher so, dass wir auch den Medien die Komplexität oder die Reihenfolge der Argumente aufzeigen. Die Medien möchten oft eine klare Meinung hören. Wenn das gefordert wird, machen wir aber nicht mit. Dafür sind nämlich all diese Themen viel zu komplex.

**Noch einmal zurück zum Teacher of the Year: Wo sehen Sie selbst trotz Ihrer Auszeichnung noch Verbesserungspotenzial in Ihrer Lehre? Haben Sie hier Ziele für die Zukunft?**

Einerseits gibt es da ganz viel... (überlegt lange)  
Tatsächlich sehe ich das grösste Risiko in meinem eigenen Älterwerden. Ich glaube, die jeweiligen Generationen hören einem nur neugierig zu, wenn man selbst neugierig auf ihre Lebenswelt ist und sie das merken. Gerade in der Medizin neigen ältere Dozierende oft dazu, alles Heutige abzutun im Sinne von «früher war es besser». Ich weiss noch nicht genau, wie man es schaffen könnte, am Puls der jeweiligen Generation zu bleiben.



**Prof. Dr. phil. Rouven Porz**

Hat Biologie und Philosophie an der Universität Saarbrücken im Saarland studiert und kurz als Gymnasiallehrer gearbeitet. Danach hat er an der Universität Basel in Medizinethik promoviert und in Post-Doc-Projekten zu Reproduktionsmedizin, Stammzellforschung und genetischen Tests gearbeitet. Seit 2008 arbeitet er als Ethiker im Inselspital; zuerst als wissenschaftlicher Mitarbeiter, mittlerweile als assoziierter Professor für Medizinethik. Zurzeit ist er auch Gastprofessor für Ethik in Cluj-Napoca in Rumänien.

# Kosten sparen auf dem Buckel der Patienten

Wo bleibt der Patient, die Patientin bei all den Restrukturierungen und den Plänen des BAG? Dieser Frage widmeten sich Fachpersonen aus Medizin und Politik an der Frühjahrs-Academy on Health Care Policy.

Text: Andrea Renggli, Presse- und Informationsdienst

Gleich zwei aktuelle Trends im Gesundheitswesen diskutierten die Expertinnen und Experten an der diesjährigen Frühjahrs-Academy on Health Care Policy: Versorgungssicherheit und Kostenziele. Im Fokus stand die Frage: Wo bleiben der Patient und die Patientin?

## Engpässe bei den Arzneimitteln

Bei der Versorgungssicherheit gibt der Medikamentenmarkt seit längerem Anlass zur Sorge. Ein Bericht des Bundesamts für Gesundheit vom Februar 2022 hält fest, dass die Versorgung mit Arzneimitteln in der Schweiz nicht mehr oder nur mit sehr grossem Mehraufwand sichergestellt werden könne. Und die Engpässe nehmen zu. Genaue Zahlen konnte aber keiner der Referenten nennen. Denn es existiert derzeit keine nationale Datenbank, die einen systematischen Überblick gibt. Neben der Meldestelle für lebenswichtige Humanarzneimittel des Bundes gibt es noch die Datenbank [drugshortage.ch](http://drugshortage.ch). Letztere wurde von Enea Martinelli, Vizepräsident Pharmasuisse und Chefapotheker der Spitäler fmi AG, aufgebaut.

## «Ohne Anreize funktioniert es nicht»

Die Ursachen für diese Medikamentenengpässe sind komplex. Einer der Gründe sei der Preis- und Kostendruck, so die Vertreter der Pharmaindustrie. Regulatorische Anforderungen, Preisreduktionen oder Referenzpreissysteme würden Produkte unrentabel machen. In der Folge investierten

die Unternehmen nicht mehr in das Medikament, oder sie zögen sich aus dem Land zurück, erklärte Christoph Stoller, der den Verband Medicines for Europe vertritt. Zwar werden in der EU noch Medikamente hergestellt, allerdings würden keine neuen Werke mehr gebaut. Ausserdem sei man auf die Wirkstoffe aus dem Ausland angewiesen. Nur 20 Prozent der Wirkstoffe, die in Europa für die Arzneimittelherstellung verwendet werden, werden hier produziert. «Ohne ökonomische Anreize funktioniert es nicht», betonte Stoller eindringlich.

Die unsichere Versorgung mit Arzneimitteln ist nicht nur in der Schweiz ein Problem. Die europäischen Länder sowie die EU haben jeweils eigene Strategien entwickelt, um Engpässe zu verhindern. In vielen Ländern ist eine umfassende Meldepflicht Standard, dies im Gegensatz zur Schweiz, wie Enea Martinelli bedauert. Die Schweiz hat immerhin kürzlich eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe eingesetzt. Sie soll die Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation im Lauf des Jahres 2022 prüfen.

## Gefährden Kostenziele die Patientenversorgung?

Das zweite Thema des Abends waren die Kostensteuerungssysteme in der Gesundheitspolitik. Mehrere Vorlagen werden zurzeit im Parlament diskutiert. Auch hier spielt die Versorgungssicherheit eine Rolle: Gedeckelte Gesundheitskosten durch Kostenziele gefährden die Versorgung der Patienten. FMH-Präsidentin Yvonne Gilli betonte: «Bei den Kostenzielen geht es



**Wo bleiben die Patientinnen und Patienten, wenn Kostendruck zu Medikamentenengpässen führt und die Ärzteschaft zwingt, ihre Zeit zu verknappen? V.l.n.r. diskutieren: Birgit Voigt, Thomas Christen, NR Thomas De Courten, Dr. med. Yvonne Gilli, Dr. pharm. Enea Martinelli.**

nicht um die Patienten. Es geht um Tarife, um Versicherer und Massnahmen, aber vor allem geht es um die Kosten.

Anderer Meinung ist Thomas Christen, Vize-Direktor des Bundesamts für Gesundheit. Er sieht Kostenziele als eine Chance für das Gesundheitswesen. Gesundheitskosten und Prämien seien untrennbar verknüpft, sie stiegen parallel. Die Einführung von Kostenzielen mache sichtbar, welche Kostenerhöhungen medizinisch notwendig und welche ungerechtfertigt sind.

#### **Auf dem Weg in die Planwirtschaft**

Yvonne Gilli liess diese Argumente zugunsten der Kostenziele nicht gelten. Zwar seien die Krankenkassenprämien in den letzten 20 Jahren gestiegen – die durchschnittlichen Haushaltseinkommen aber noch stärker. Und um die Effizienz zu steigern und Überversorgung zu verhindern, gebe es deutlich geeignetere Massnahmen, zum Beispiel die Förderung der Qualitätsentwicklung, die Umsetzung des Tarifs TARDOC und die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen EFAS.

Die Einführung von Zielvorgaben hingegen bedeute nichts anderes als eine Planwirtschaft in der Gesundheitsversorgung, so Yvonne Gilli: «Der Staat weiss besser, was nötig ist, als Ärzte und Patienten.»

Letztere könnten «unter die Räder geraten», befürchtet die Ärztepräsidentin. Die Massnahmen des BAG fördern die Versorgungssicherheit der Patienten jedenfalls nicht.

*Dieser Artikel erscheint parallel im Swiss Dental Journal 6/22.*

#### **Academy on Health Care Policy**

Die Frühjahrs Academy on Health Care Policy wird jährlich von mmconsult mit Unterstützung zahlreicher wichtiger Akteure des Gesundheitswesens organisiert. Referenten waren Gregor Pfister, Director Supplier Relations & Offering Management IQVIA, Christoph Stoller, Board Member und Past President Medicines for Europe, Enea Martinelli, Vizepräsident Pharmasuisse und Chefapotheker der Spitäler fmi AG, Thomas Christen, stv. Direktor Bundesamt für Gesundheit, sowie Yvonne Gilli, Präsidentin FMH. Auf dem Podium diskutierte zusätzlich SVP-Nationalrat Thomas de Courten.

# Ausgezeichneter Nachwuchs

Alljährlich vergibt die BEKAG ihren Preis für die besten Abschlüsse im Medizinstudium an der Universität Bern. Dieses Jahr haben David Rösli und Cornelia Wälchli die Auszeichnung erhalten.

Text: Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst (PID)

Foto: Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst (PID)

In den Abschlussprüfungen des Medizinstudiums gab es im Jahr 2021 zwei Bestleistungen: David Rösli schwang in der theoretischen Prüfung (MC) obenaus, während Cornelia Wälchli die beste Note bei den Clinical Skills (praktische Prüfung) erzielte. Esther Hilfiker, Präsidentin der Aerztegesellschaft des Kantons Bern, hat ihnen im April 2022 je einen auf CHF 1500.– dotierten Preis der BEKAG für die Jahrgangsbesten überreicht.

Beide Preisträger haben klare berufliche Vorstellungen. Cornelia Wälchli absolviert ihre Weiterbildung im BESAS Berner Spitalzentrum für Altersmedizin Siloah und strebt einen Facharzttitel

in Allgemeiner Innerer Medizin an. David Rösli arbeitet im Bürgerspital Solothurn in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie und will sich später in Viszeralchirurgie weiterbilden.

Die Aerztegesellschaft des Kantons Bern gratuliert den beiden Preisträgern und wünscht ihnen für ihre weitere berufliche Karriere alles Gute.

**BEKAG-Präsidentin  
Esther Hilfiker überreicht den  
Jahrgangsbesten des medizini-  
schen Staatsexamens 2021  
der Universität Bern die  
wohlverdienten Anerkenn-  
ungspreise.**



Suche nach

Soft|ware

Softshelljacke

Softeis

Softdrink

Soft Skills

Softie

Softrock

**Alles was Sie für Ihr Praxismanagement brauchen, finden Sie bei der Ärztekasse.**

Die Ärztekasse ist eine Genossenschaft, arbeitet exklusiv im schweizerischen Gesundheitswesen, hat 58 Jahre Erfahrung und bedient über 18'000 aktive Kundinnen und Kunden. Wir bieten alles, was eine Praxis für die Administration im Alltag braucht.

Auf der Suche nach einer Partnerin für Ihr Praxismanagement? Dann sprechen Sie erst mal mit uns, der Ärztekasse.



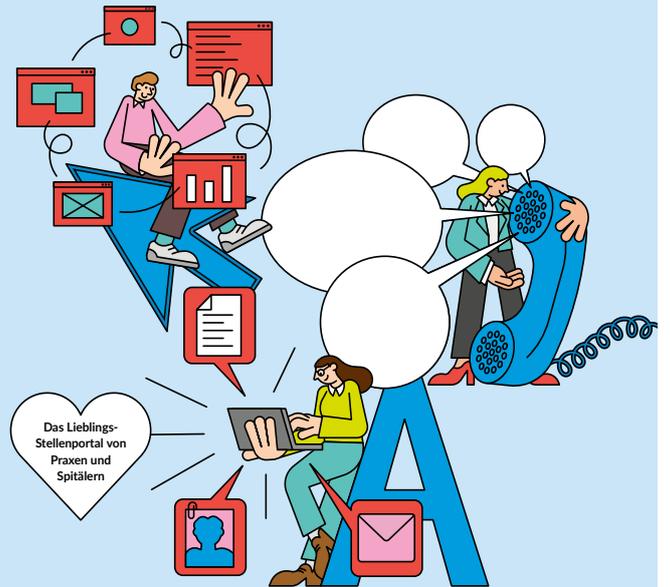
Weitere Infos und Angebote auf [aerztekasse.ch](http://aerztekasse.ch)



ÄRZTEKASSE



CAISSE DES MÉDECINS  
CASSA DEI MEDICI



## We love happy teams!

Zufriedene Teams liegen uns am Herzen, bei unseren Kunden, aber auch bei uns. Darum arbeiten wir im Hintergrund von praxisstellen jeden Tag mit neuem Enthusiasmus, damit das beliebte Stellenportal gut bleibt und noch besser wird. Für all Ihre Fragen rund um die Personalanstellung stehen wir Ihnen jederzeit mit Rat und Tat zur Seite.

**praxisstellen**.ch

Das führende Stellenportal für medizinisches Praxispersonal



Aus Werten wird Wissen.

 **medics**  
schnell. exakt. praxisnah.

---

## Terminplan 2022

Aerztegesellschaft des  
Kantons Bern BEKAG

---

### 15. September

BEKAG Präsidentenkonferenz  
oder erw. Präsidentenkonfe-  
renz (Bezirksvereins- u. Fach-  
gesellschaftspräsidi) –  
Reservetermin

---

### 19. Oktober

Berner KMU, ordentliche Herbst-  
Delegiertenversammlung

---

### 20. Oktober

BEKAG Delegiertenversammlung,  
nachmittags

---

### 27. Oktober

FMH Ärztekammer

---

### 10. November

Bezirksvereinsversammlungen,  
kantonsweit

Aufgrund der Entwicklung der Pandemie sind die  
Formate der Veranstaltungen noch unklar.

## Die BEKAG ist auf Twitter und LinkedIn. Folgen Sie uns!

Wir nutzen unsere Social-Media-  
Kanäle vielfältig. Hier publizieren  
wir Medienmitteilungen, veröff-  
fentlichen Ausschnitte aus doc.be  
oder berichten live von BEKAG-  
Veranstaltungen und verweisen auf  
Medienberichte mit Statements von  
BEKAG-Kadern.

Folgen Sie uns auf Twitter und  
LinkedIn, indem Sie untenstehende  
QR-Codes scannen.

LinkedIn



Twitter

