

EDITORIAL

Die Uhr tickt und tickt ...

Mit dieser Herbstsession laufen die parlamentarischen Fristen für unsere Initiative «JA zur Hausarztmedizin» ab. Wo stehen wir also?

In den Masterplanverhandlungen der letzten 18 Monate haben wir viel erreicht. Wir vertrauen darauf, dass die wesentlichen Punkte für die Aus- und Weiterbildung der Haus- und Kinderärzte im MedBG die parlamentarischen Beratungen überstehen. Bei der «Bildung und Forschung» wurde die akademische Verankerung der Hausarztmedizin verbessert: Die Hausarztinstitute können ausgebaut und eine Versorgungsforschung kann etabliert werden. Die Verhandlungen in den Bereichen, in denen es um Geld geht, waren schwieriger, wobei sich beim Praxislabor nun eine Lösung abzeichnet. Im Bereich des TARMED bewirkt der drohende subsidiäre Eingriff des Bundesrates aktuell hektische Bemühungen der Tarifpartner. Unsicher ist jedoch, ob eine späte Einigung die notwendige bundesrätliche Genehmigung erhalten wird. Bei diesen beiden zentralen Forderungen unserer Initiative fehlen nach wie vor konkrete Resultate. Vieles liegt daher in der Hand von Bundesrat Alain Berset.

Aber auch die kommenden Entscheide des Parlamentes sind wichtig für uns. Ein griffiger Gegenvorschlag würde helfen, den Druck auf die Umsetzung des Masterplans aufrechtzuerhalten, er ist deshalb eine der Voraussetzungen für einen Rückzug der Initiative. Es zeichnet sich auch ab, dass der ständerätliche Gegenvorschlag eher eine parlamentarische Mehrheit finden wird. Hausärzte Schweiz unterstützt diese Variante auch unter dem Aspekt der Interprofessionalität, damit die medizinische Grundversorgung und die Hausarztmedizin ihren Stellenwert in der Verfassung erhalten.



Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Marc Müller
Präsident Hausärzte Schweiz



Welche Berufsgruppe ist für welche Leistung am besten geeignet? (Foto: © goodluz | fotolia.com)

NEUES RESSORT BEI «HAUSÄRZTE SCHWEIZ»

Interprofessionalität oder Skillmix?

Hausärzte Schweiz übernimmt die Rolle als einende Kraft.

> Eine älter werdende Bevölkerung, Multimorbidität und Kostenexplosion sind Herausforderungen, vor denen die Gesellschaft, das Gesundheitssystem und natürlich die

det, und die anderen Fachpersonen führen mehr oder weniger folgsam die Anordnungen aus.

Hausärzte als Koordinatoren

Nun werden die Pflegefachpersonen, Psychologen, Ergotherapeuten, Ernährungsberater und sogar die MPA in den neuen Ausbildungen aber dazu angehalten, ihren Beruf autonomer, ja sogar in Eigenverant-

«Dem Hausarzt ist das Arbeiten in Netzwerken mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens vertraut.»

Hausärzte angesichts eines zunehmenden Ärztemangels stehen. Als eine Lösung – obgleich diese im Grunde nicht besonders neu ist – zeichnet sich die Bildung von interprofessionellen Behandlungsteams ab, in den angelsächsischen Ländern als «Skill Mix» bezeichnet. Dem Hausarzt ist das Arbeiten in Netzwerken mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens (Spitex, Physiotherapeuten, Psychologen, MPA, Ernährungsberater usw.) vertraut. Dabei arbeiten alle an einem Fall beteiligten Akteure in einer hierarchischen Struktur unter der Verantwortung des behandelnden Arztes. Der Arzt verordnet und entschei-

«Hintergrund der Reformen ist der Mangel an Fachkräften.»

wortung und unabhängig auszuüben. Hintergrund dieser Reformen ist der Mangel an Ärzten wie auch an Pflegekräften, den das Gesundheitssystem in naher Zukunft nicht ausgleichen können wird. Eine hervorragende Gelegenheit also, den Wandel und eine Anpassung des Systems herbeizuführen. Aufgabe des Hausarztes wird es sein, in horizontalen Beziehungen – auf Augenhöhe – mit den anderen Akteuren zu >>



kooperieren. Wengleich er einerseits ein wenig von seiner Allmacht verliert, gewinnt er andererseits Sicherheit und Entlastung (synergetische Nutzung von Wissen und Teilen von Verantwortung). Sein neues Berufsprofil ist komplex. Er ist vollständiges und gleichwertiges Mitglied eines Teams, bestehend aus auf ihrem Gebiet hoch qualifizierten Fachpersonen. Gleichzeitig fungiert er als Koordinator und als Führungsorgan, ist kreativ, leitet an, begleitet und harmonisiert die Arbeit eines um einen Patienten mit komplexen Krankheiten aufgebauten Teams.

«Der <neue> Arzt ist nicht mehr anordnender oder delegierender Chef, sondern <Teamleiter>.»

Er muss das Können und die Haltung eines jeden Teammitglieds respektieren und wertschätzen und gleichzeitig die Koordination übernehmen, wenn es die Komplexität der Aufgabe erfordert. Damit ein solches System funktionieren kann, ist eine präzise Definition der Kernkompetenzen und der optimalen Arbeitsbedingungen jedes Berufes erforderlich. So arbeiten beispielsweise die beim Hausarzt angestellte

MPA, ein selbständiger Physiotherapeut und eine Pflegendende mit Spezialisierung in Diabetologie Seite an Seite. Sie alle sind Mitglieder eines Teams und verfügen über, im Vergleich zu heute, grössere Entscheidungs- und Handlungsbefugnisse.

Welche Vorteile bringt dieses Modell?

In erster Linie stimuliert es die Motivation. Es ermöglicht jeder Fachperson im Behandlungsteam, ihre speziell ausgebildeten Kompetenzen einzubringen. Die Kommunikation im Team ist der Schlüssel zum Erfolg. Der «neue» Arzt ist nicht mehr anordnender oder delegierender Chef, sondern «Teamleiter», der über menschliche Kompetenzen verfügen muss, um die Behandlungsleistungen zu optimieren und zu harmonisieren. Dadurch eröffnen sich dem Arzt neue Horizonte! Denn wahrscheinlich werden ihm durch das Modell gewisse Aufgaben abgenommen, was angesichts einer drohenden Überlastung zu begrüßen ist. Einer grossen Literaturreview zum Thema interprofessionelles Arbeiten, die Prof. Thomas Rosemann und sein Team durchgeführt haben, ist zu entnehmen, dass die strukturierte Arbeit in interprofessionellen Teams im Hinblick auf die Kosten keinen unbedingten Vorteil bringt, dass sie aber

die Zufriedenheit der Patienten deutlich verbessert.

Ziele für das Jahr 2013

Bevor wir aber zu optimalen Organisationsformen interprofessioneller Teams kommen, ist zunächst mit Schwierigkeiten unterschiedlicher Natur zu rechnen. Zuerst muss jeder Gesundheitsberuf seine Kernkompetenzen und sein Handlungsfeld bezogen auf den Patienten identifizieren und eindeutig formulieren. Anschliessend

«Hausärzte Schweiz will die Akteure zusammenbringen und die Kommunikation und den Austausch erleichtern.»

ist gründlich zu analysieren, welche Aufgaben in den Kompetenzbereich mehrerer Berufe fallen (Overlap), wie bspw.: Ernährungsberatung für Diabetiker durch eine Ernährungsberaterin, eine auf chronische Krankheiten/Diabetes spezialisierte Krankenschwester oder eine speziell zur Betreuung dieser Patienten geschulte MPA. Diese «Überlappungen» sind zunächst zu erkennen, um dann die Berufsgruppe benennen zu können, die je nach Ort der Leistungserbringung am besten für die Leistung geeignet ist. Und schliesslich ist es von zentraler Bedeutung, Ängste und Vorbehalte in den einzelnen Berufsgruppen gegenüber einem solchen Projekt endlich beim Namen zu nennen, denn sie verhindern Veränderungen. Hausärzte Schweiz will die Akteure zusammenbringen, Kommunikation und Austausch erleichtern, eine Analyse und ein besseres Verständnis der Arbeit der anderen Berufe fördern und vor allem zeigen, dass niemand die Kompetenzen seiner Partner usurpieren will. Diese Ziele sind unsere Prioritäten für das Jahr 2013.

Brigitte Zirbs Savigny <



Hausärzte Schweiz und die «2020-Strategie» des Bundesrates

> Im Frühjahr dieses Jahres verabschiedete der Bundesrat die gesundheitspolitische Agenda «Gesundheit2020» auf Vorschlag des EDI. Unschwer ist zu erkennen, dass das EDI versucht, die im Gesundheitssystem erwarteten Reformen – Verbesserung

«In den Prioritäten von «Gesundheit 2020» finden sich Themen, für die sich Hausärzte Schweiz bereits stark engagiert.»

der Transparenz und Massnahmen zur Modernisierung des Systems, Koordination und Steuerung der heute zu stark fragmentierten Leistungen – massiv voranzutreiben. In diesen Prioritäten finden sich Themen wieder, für die sich «Hausärzte Schweiz» bereits stark engagiert: eHealth und das Projekt zur Einrichtung eines Instituts für Praxisinformatik sowie Interprofessionalität bzw. «Skill Mix». Diese Aspekte sind untrennbar miteinander verbunden.

Unser Verband hat dabei eine führende Rolle übernommen, um die Partnerorganisationen in das Konzept der Interprofessionalität einzubinden. So hat das vom

Bundesrat formulierte Ziel, «mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal»



bereitzustellen, unsere Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Der Entwurf zum Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe bietet uns die Gelegenheit, zur dringend notwendigen Koordination der Leistungen der einzelnen Berufsgruppen und insbesondere zu den notwendigen Komplementaritäten in der Grundversorgung und Hausarztmedizin Stellung zu nehmen. Unser Verband strebt an, neben der Arbeit für die Initiative «JA zur Hausarztmedizin» im Hinblick auf die Konkretisierung der Prioritäten von «Gesundheit2020» des Bundesrates eine Schlüsselrolle zu übernehmen.

Vinciane Frund <

Die Strategie «Gesundheit2020» legt die Prioritäten in der Schweizer Gesundheitspolitik für die kommenden Jahre fest. Aus vier zentralen Handlungsfeldern – Versorgungs- und Lebensqualität, Transparenz sowie Chancengleichheit – wurden zwölf Ziele festgelegt, die mit 36 Massnahmen erreicht werden sollen. Ausschlaggebend für diese künftige Neuausrichtung sei dabei in erster Linie die Sicherung der Finanzierung. Es ist die Rede von einem Einsparpotential von über 10 Milliarden Franken bei den jährlichen Gesundheitskosten von 64 Milliarden Franken. Grundsätzlich begrüsst der Schweizer Verband der Haus- und Kinderärzte den Willen zur Steuerung und eine übergeordnete Strategie. Die bundesrätlichen Kompetenzen, richtig – und nur subsidiär – eingesetzt, werden helfen, die gerade im ambulanten Bereich bestehenden Unter- und Überversorgungen anzugehen.

NATIONALE TAGUNG AM 16. MAI 2013

Rückblick auf die Tagung Hausarztmedizin «Eine attraktive Disziplin mit Zukunft»

> Am 16. Mai 2013 fand auf Anregung von Bundesrat Alain Berset und dem Bundesamt für Gesundheit in Bern die erste nationale Tagung für Hausarztmedizin statt. Die Veranstaltung hatte zum Ziel, die Rolle der Hausärzte in Vernetzung mit anderen Partnern im Gesundheitswesen zu diskutieren und die Beteiligten anzuregen, sich mit den heutigen Herausforderungen und den zukünftigen Aufgaben und Strukturen auseinanderzusetzen. Aus Sicht des Vorstands von Hausärzte Schweiz hat die Tagung dieses Ziel erreicht. Zahlreiche prominente Vertreter der Gesundheitspolitik, der Bundesbehörden, der kantonalen und kommu-

nalen Verwaltungen, der Ärzteschaft sowie aus Bildung und Forschung veranschaulichten durch ihre Teilnahme und in ihren Voten zudem den Stellenwert der Hausarztmedizin, aber auch die Dringlichkeit, die es heute erfordert, um die Grundversorgung von morgen sicherzustellen. Die Tagung zeigte, dass die wichtigen Handlungsfelder – Finanzierung, Bildung und Forschung sowie neue Versorgungs- und Zusammenarbeitsmodelle – erkannt sind und sich die anwesenden Akteure einig sind. Jetzt gilt es jedoch, den Worten Taten folgen zu lassen.

Petra Seeburger <

Workshops zum Berufsbild Hausarzt

Vier Foren am Nachmittag thematisierten die Strukturen, die Zusammenarbeit, die Finanzen und die Bildung und Forschung. Im Forum über die Strukturen ging es um die künftige Grundversorgung u.a. am Beispiel interprofessioneller Ärztezentren. Ein weiteres Forum thematisierte neue Skillmix-Modelle. Ein Finanzforum zielte auf die Organisation und neue Versorgungsmodelle. Im Forum Bildung und Forschung ging es um Bildungsthemen der medizinischen Grundversorgung.

EPDG – das gut gemeinte Gesetz wird enorme praktische Umsetzungsprobleme haben

> In Kürze wird das elektronische Patientendossier-Gesetz (EPDG) im Parlament beraten werden. Zwar ist es sinnvoll, gesetzliche Grundlagen für ein EPD zu schaffen. Solange aber die banalsten Grundvoraussetzungen für die elektroni-

«Die Prioritäten bei eHealth müssen geändert werden.»

sche Dokumentation fehlen (Standards, Schnittstellen, Architektur der eKrankengeschichten, elektronische Dokumentation), ist ein EPD nicht umsetzbar. Analoge Projekte in England und Holland wurden gestoppt und vom englischen Gesundheitsminister als «huge disaster»¹ bezeichnet. Die Schweiz täte gut daran, von diesen Misserfolgen zu lernen.

Heikle Punkte im Gesetzesentwurf sind zweifelsohne die Fragen der Vertraulichkeit und der nie (!) vollständig garantierbare Datenschutz im Internet. Problematisch sind die nur in der Botschaft, nicht aber im Gesetz verankerte doppelte Freiwilligkeit sowie die nicht geklärten Kostenfragen. Unverständlich und kontraproduktiv ist die Beschränkung der Anschubfinanzierung nur auf Stammgesellschaften. Im Ausland sind die Projekte zudem an der Praktikabili-

tät und der Zuverlässigkeit der Daten gescheitert.

Hausärzte Schweiz und das Institut für Praxisinformatik (IPI) halten an ihrer grundsätzlichen Kritik fest: Die Prioritäten bei eHealth müssen geändert werden. Schwergewichtig muss zuerst die elektronische Dokumentation in den Arztpraxen gefördert und die dazu notwendigen Grundvoraussetzungen geschaffen werden. Andernfalls bauen wir mit dem EPD ein Leitungsnetz in der Wüste ohne Wasser resp. ohne austauschbare Daten.

Gerhard Schilling <

1 Editorial, BMJ. 2013;347:9



Foto: © Cammeraydave, Dreamstime.com

Impressum

Herausgeber: Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz (Hausärzte Schweiz)

Auflage gesamt: 2000 Exemplare, 4 x jährlich
Druckerei: Schwabe AG, Muttenz
Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
 Farnburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
 Tel. 061 467 85 54, Fax 061 467 85 56

Geschäftsstelle:

Effingerstr. 54, Postfach 6052, 3001 Bern,
 Tel. 031 389 92 92, E-Mail: gf@hausarztswiss.ch

Redaktionskommission: Dr. Marc Müller,
 Dr. François Héritier, Dr. Margot Enz Kuhn,
 Dr. Gerhard Schilling; Reto Wiesli, Vinciane Frund,
 Yvan Rielle und Petra Seeburger (Leitung).

P4P – Pay for Performance

Das Patentrezept zur Aufwertung der Hausarztmedizin?

> Der Direktor des BAG, P. Strupler, bestätigte anlässlich der nationalen Tagung zur Hausarztmedizin am 16. Mai erneut: «JA zur Aufwertung der Hausarztmedizin, aber vor allem Sicherstellung einer hohen Behandlungsqualität». Würde es also genügen, Qualitätsindikatoren zu definieren und diese bei Erreichen besser zu vergüten, um diese doppelte Forderung zu erfüllen? Diese Argumentation liegt nämlich dem Konzept P4P, «Pay for Performance», zugrunde, das seit 2004 in den USA und in der Folge auch in Grossbritannien umgesetzt wird. Was aber sagen die Forschungsergebnisse?

Hunderte von Artikeln zum Thema und zwei Metaanalysen in namhaften Fachmagazinen, die 2011 [1] und 2012 [2] veröffentlicht wurden, beurteilen das P4P-Konzept sehr ähnlich: «There is insufficient evidence to support or not support the use of financial incentives to improve the quality of primary health care», ist bei *Cochrane* zu lesen [1]. Die anderen Autoren ziehen wiederum das Fazit [2], dass, wenngleich eine Verbesserung der Leistungsqualität bei chronischen Krankheiten erkennbar sei, so sei sie doch sehr gering, und die Auswirkungen auf die Kosten, die Haltung der Ärzte und die Erfahrungen der Patienten blieben ungewiss.

«Beide Publikationen warnen vor überzogenen Erwartungen.»

Zudem warnen beide Publikationen die Entscheidungsträger der Gesundheitssysteme einhellig vor überzogenen Erwartungen: Auch nach zehn Jahren bringt in den angelsächsischen Ländern das an P4P gekoppelte Anreizsystem nicht unbedingt den erwarteten Nutzen. Daher sollten wir kritischen Geist und Kreativität beweisen, bevor wir Patentrezepte anwenden, die sich in anderen Ländern nicht bewährt haben und die letztendlich Patienten ohne Krankheiten mit Qualitätsindikatoren sogar schaden können.

François Héritier <

1 The Cochrane Library 2011, Issue 9

2 Ann Fam Med. 2012;10:461–8