



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser

Erneut dürfen Sie sich einen anspruchsvollen und textreichen, aber zugleich aussagekräftigen und spannenden VHBB-Newsletter zur aufmerksamen Lektüre vornehmen. Nicht weniger als das Wesen und die Kernkompetenzen unseres Arztseins, das auch als Berufung und nicht nur als Beruf bezeichnet werden könnte, stehen im Fokus.

Neben einem ausgezeichneten Grundsatzreferat des Medizin-Ethikers Prof. Dr. med. Giovanni Maio, das unser leitender Redaktor Bernhard Stricker auszugsweise wiedergibt, beleuchten die Kollegin Karin Meier und die Kollegen Peter Strohmeier und Christoph Hollenstein das «War, Ist und Werden» des konkreten Alltags als Hausärztin/Hausarzt.

Es brauchte uns immer, es braucht uns auch heute, und es wird uns wohl noch mindestens so lange brauchen, bis auf unserem Planeten friedliche, gesunde und rundum harmonische biologische, ökonomische und ökologische Zeiten angebrochen sind.

Dass die sozialen, gesetzlichen und ökonomischen Bedingungen so sind, dass sie uns ermöglichen, unsere Aufgabe als menschliche Ärztinnen und Ärzte zum individuellen und massgeschneiderten Wohl der uns ihre Gesundheit anvertrauenden Menschen auszuüben, dafür setzt sich auch die VHBB ein. Reden Sie mit, teilen Sie uns und den verantwortlichen politischen und administrativen Instanzen unseres Schweizer Gesundheitswesens Ihr Lob und Ihren Tadel, Ihre Meinungen, Anregungen und Befürchtungen mit.

Sie können dies im persönlichen Kontakt, aber auch via Mitteilung auf unsere Homepage www.vhbb.ch tun. Oder via sekretariat@vhbb.ch

Eine anregende Lektüre wünscht Ihnen



Dr. med.
Stefan P. Kradolfer,
Präsident VHBB

«Der Ermessensspielraum wird den Ärzten weggenommen, weil das System nicht verstanden hat, was ärztliche Betreuung wirklich ist.»

Das Grundproblem der modernen Medizin besteht nach Ansicht des Medizinethikers Prof. Dr. med. Giovanni Maio darin, dass die Ärzte ihre eigentliche Leistung jeden Tag unter Wert verkaufen und deswegen glauben, sich einem System anpassen zu müssen, das ihre Tätigkeit durch immer mehr Kontrollen und Überwachung zusehends einschränkt – auf Kosten des Patientenkontaktes. Er plädiert stattdessen dafür, die Kernqualifikation eines Arztes hochzuhalten und gegen jeden Kontrollwahn zu verteidigen [1].

Seit einigen Jahren wird das Gesundheitssystem im stationären wie im ambulanten Bereich so aufgebaut, als ginge es gar nicht um die ärztliche Erfahrung, die ärztliche Kompetenz, sondern um den Einsatz von klar bestimmbar Algorithmen. Immer mehr etabliert sich dann ein Verständnis von Medizin, das reduziert wird auf die Einhaltung von Protokollen, Ablaufplänen und einer Fülle an Dokumentationen und Leistungsnachweisen – und Kontrollen. All das, was nicht gemessen werden kann, fällt aus dem Raster der Bewertung heraus. Und kontrolliert wird nur das Messbare. (...)

Bei der Behandlung von Patienten (...) geht es um nichts anderes als um den Wert der Umsicht und Behutsamkeit. Dass genau dieser Wert heute entlegitimiert wird, ihm keinerlei Bedeutung mehr beigemessen wird, liegt an der grundlegend falschen Konzeption einer Medizin als Produktionsbetrieb. Nur vor dem Hintergrund eines so falschen Denkens können wir auch verstehen, warum in der modernen Medizin heute so selbstverständlich falsche Anreize gesetzt und auch falsche Kontrollsysteme eingeführt werden, die unweigerlich reduktionistisch sind. Durch den verhängten Kontrollimperativ, den man aus der Industrie entlehnt hat, werden die Ärzte zwar ständig kontrolliert, aber de facto wird ihre eigentliche Leistung in dem industrialisierten System überhaupt nicht erfasst.

Wenn die ärztliche Leistung ein Produktionsprozess wie in der Industrie sein soll, dann bedeutet dies ja nichts anderes, als dass man die ärztliche Betreuung reduziert auf die Addierung von Vollzügen. Im Vollzug ist aber all das, was ein Arzt tatsächlich geleistet hat, gar nicht enthalten. Die Fokussierung auf den Vollzug bedeutet eine Entwertung der eigentlichen Leistung des Arztes. Die Leistung der Ärzte wird im Zuge der Industrialisierung der Medizin illegitimerweise auf den dokumentierbaren Eingriff reduziert und der dem Eingriff vorausgehende Prozess des Sich-an-die-Diagnose-Herantastens, der Prozess der vielen informellen

Gespräche, der Prozess des Nachdenkens, all das wird nicht in Anschlag gebracht.

Die Kernqualifikation eines Arztes liegt im gekonnten Umgang mit Komplexität, in der Bewältigung von Unsicherheit, im professionellen Umgang mit Unwägbarkeiten und durch diese Qualifikationen hindurch letzten Endes in der sorgsam Erkundung dessen, was für den konkreten Patienten das Beste ist. All diese Abwägungsprozesse machen die Leistung des Arztes aus, und sie zeigen auf, dass der Arzt, um ein guter Arzt zu sein, jeden Tag Probleme lösen muss und jeden Tag sich etwas einfallen lassen muss, um dem jeweils unverwechselbaren Patienten gerecht zu werden.

Die Tätigkeit des Arztes kann also nicht einfach auf die Organisation eines reibungslosen Ablaufs reduziert werden, weil Ärzte eben nicht einfach die ausführenden Hilfskräfte von aussen vorgegebenen Prozessen oder Vollzugsagenten von vorgegebenen Unternehmenszielen sind.

Sie sind vielmehr gefordert, in der Begegnung mit dem kranken Menschen patientengerechte – und das heisst singuläre – Entscheidungen zu fällen. In den allermeisten Fällen handelt es sich um Situationen der Unsicherheit und nicht um einen Umgang mit absoluten Sicherheiten. Und weil die Situationen daher immer einen Rest an Unbestimmtheit übriglassen, braucht der Arzt einen Ermessensspielraum, um situationsgerecht entscheiden zu können. Er braucht eine Entscheidungsfreiheit, die ihm erlaubt, eine gute Abwägung vorzunehmen, die primär auf den Patienten ausgerichtet ist. Dieser Ermessensspielraum wird den Ärzten weggenommen, weil das System nicht verstanden hat, was ärztliche Betreuung wirklich ist.

1 Dieser Text ist eine Zusammenfassung des Vortrages von Prof. Maio anlässlich der Basler Ärztagung vom 9. Juni 2015 in Liestal unter dem Motto «Arzt und Patient im Wandel der Zeit: Wo bleibt die ärztliche Ethik im Spannungsfeld von Medien, Guidelines, Ökonomie und Politik?». Auch wenn der Vortrag schon vier Jahre zurückliegt, hat er nichts von seiner Aktualität und Brisanz verloren. Im Gegenteil!

Je mehr Medizin als Produktionsprozess betrachtet wird, desto mehr wird Aktionismus befördert, das Machen belohnt, das Zuhören bestraft, die Interventionszeit berechnet, die Beratungszeit übersehen, die Steigerung des Durchlaufs zum Wert erhoben und die Behutsamkeit und Sorgfalt als etwas angesehen, was den Betrieb nur aufhält. (...) Leitlinien und Vorgaben können nur eine Richtschnur geben, sie können aber dem Arzt die individuelle Entscheidung nicht abnehmen. Sie sind eben nur eine Stütze und nicht der Weisheit letzter Schluss. (...)

Die Gefahr des Aktionismus ergibt sich unter anderem aus dem System. Sie ergibt sich dort, wo den Ärzten nicht mehr erlaubt wird, nach ärztlich-medizinischen Gesichtspunkten zu entscheiden, sondern wo ihnen durch entsprechende Anreize suggeriert wird, dass die medizinische Logik korrigiert werden muss. Aber das ist grundlegend falsch. Zur ärztlichen Logik gehört nicht primär Effizienz, Output und Beschleunigung, sondern Sorgfalt, Ruhe, Weitblick, Geduld und Reflexivität. Zur ärztlichen Logik gehört ein ganzheitliches Denken, ein Wille, zunächst den ganzen Menschen sehen zu wollen, bevor man als Arzt eine Diagnostik ansetzt. Wie soll ein Arzt heute in grossen Zusammenhängen denken, wenn die gesamte Organisation der modernen Medizin so ist, dass dieses reflexive Vorgehen überhaupt nicht vorgesehen ist und derjenige, der diese

dennoch in Anschlag bringt, nicht als Prototyp des guten Arztes angesehen wird, sondern eher als jemand, der den ganzen Betrieb nur aufhält. Daher sind die Ärzte selbst dazu aufgerufen zu verdeutlichen, worin ihre eigentliche Leistung besteht. Die Ärzte selbst müssten mit Entschiedenheit verdeutlichen, dass das, was der hilfsbedürftige kranke Mensch zu Recht von ihnen erwartet, etwas anderes ist, als das politische System gegenwärtig aus den Ärzten machen möchte.

Das gegenwärtige System begünstigt die einfachen Lösungen, es begünstigt das algorithmische Denken im Sinne einer Komplexitätsreduktion. Das mag manchmal vernünftig sein, aber für die allermeisten Patienten ist die Komplexitätsreduktion verhängnisvoll. Je mehr das System in die beschriebene Richtung drängt, desto mehr werden Ärzte vom System her davon abgehalten, sich um die komplexen Patienten zu kümmern. Dies ist jedoch genau das Gegenteil dessen, was wir in Zukunft brauchen, weil die Zukunft der Medizin eine Medizin der Komplexität sein wird. Die zukünftigen Patienten werden zu einem grossen Teil chronisch kranke und alte Patienten sein, die mehr als je zuvor echte ärztliche Qualität benötigen, und das heisst nicht weniger als die Fähigkeit, Komplexität zu bewältigen und sie gerade nicht zu simplifizieren.

Daher sollten sich die Ärzte von den politischen Vorgaben nicht auf die Rolle von Voll-

zugsagenten vorgegebener Ablaufpläne reduzieren lassen. Im Interesse ihrer Patienten müssen die Ärzte zum Ausdruck bringen, dass die Medizin der Zukunft nur dann eine qualitativ hochwertige Medizin sein kann, wenn sie ganz andere Werte hochhält, als sich die gegenwärtige politische Agenda auf ihre Fahnen schreibt. Eine gute Medizin kann es nur geben, wenn sie auf Werte setzt wie Sorgfalt als Ergänzung zur Schnelligkeit, Geduld als Ergänzung zur Effizienz, Beziehungsqualität als Ergänzung zur Prozessqualität. Vielleicht lässt sich die Qualität der Medizin auch auf die Formel bringen, dass es in jedem Gespräch mit dem Patienten nur darum gehen kann, Sachlichkeit und Zwischenmenschlichkeit, Evidenz und Beziehung zusammenzuführen. Das eine geht nicht ohne das andere, und für beide Säulen muss die Medizin kämpfen, nicht allein für die Säule, die politisch hochgepriesen wird, sondern auch für die Säule, die doch eigentlich die Säule war, wegen der man sich einst entschieden hat, Arzt zu werden.

Bearbeitung: Bernhard Stricker

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.,
ist Inhaber des Lehrstuhls für Medizinethik
und Direktor des Instituts für Ethik
und Geschichte der Medizin an der
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.

Hausarztmedizin – so war es vor 35 Jahren

Es war einmal. So beginnen viele Märchen. Und wenn man sich vor Augen hält, wie einfach es vor 35 Jahren noch war, eine Praxis zu eröffnen, dann kommt man sich wirklich fast wie im Märchen vor: Mit dem Bestehen des Staatsexamens erhielt man die Berechtigung, auf dem Gebiet der Schweiz «Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe» auszuüben. Grundsätzlich war es möglich, unmittelbar nach Bestehen des Staatsexamens eine Praxis zu eröffnen. Neben dieser fachlichen Qualifikation war noch die Mitgliedschaft bei der kantonalen Ärztesellschaft nötig, die aber einfach zu erreichen war, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt waren. Meist ging es darum, einen gewissen Bezug zum Kanton nachzuweisen, in dem die Praxiseröffnung geplant war. De facto entschieden eigentlich die Kreditgeber, sprich Banken, ob das Projekt «neue Praxis» realisiert werden konnte. Glücklicherweise konnte sich, wer eine bestehende Praxis übernehmen konnte. Dank Patientenstamm war ihm ein sorgloser Start ins Praxisleben garantiert, es sei denn, er habe seinem Vorgänger zu viel für Praxisinventar und Goodwill bezahlen müssen. Für die anderen war mindestens in unserer Region der Start oft schwierig. Denn anders als heute sprach man damals nicht vom (Haus-)Ärztemangel, sondern von der Ärzteplethora. Schon als Studenten hörten wir, es würden zu viele Ärzte ausgebildet. Tatsächlich gestaltete sich die Stellensuche für die Weiterbildung zum

Facharzt nicht einfach. Für jede offene Stelle gab es eine Vielzahl von Bewerbern. Und schliesslich stiess man bei der Suche nach einem möglichen Praxisstandort bei den etablierten Kollegen oft auf Widerstand, wenn nicht gar auf offene Ablehnung. Die alten Zeiten zu glorifizieren wäre deshalb sicher nicht richtig.

Wenn der Entscheid zur Praxiseröffnung einmal gefallen war, dann bestimmte der Praxisinhaber über das Angebot in seiner Praxis. Ob er röntgt, welche Laboruntersuchungen aus der kantonalen Laborliste er anbietet, ob er Kleinchirurgie macht, ob er in Kantonen mit Selbstdispensation Medikamente abgibt, dies alles lag in seinem Ermessensspielraum. Es brauchte keine zusätzlichen Fähigkeitszeugnisse oder Zertifikate. Man bestimmte selbst, was man «kann und gelernt hat». Selbstverantwortung war die oberste Maxime. Dass diese wahrgenommen wurde, beweist die Tatsache, dass es schon damals Wartungs- und Qualitätskontrollen für Röntgengeräte gab. Ebenso wie die externen Qualitätskontrollen für das Labor dienten sie der Sicherheit und dem Vertrauen in die eigene Arbeit. Sie erfüllten ihren Zweck, ohne dass damit ein administrativer Dokumentationsaufwand betrieben werden musste.

Ein beträchtlicher Unterschied zu heute lag auch bei den Mitgliedschaften zu den diversen Standesorganisationen. Mitgliedschaft bei der FMH und bei der kantonalen Gesellschaft – das war's! MFE, SGAIM, VHBB, Ortsgruppen von

praktizierenden Ärzten, Qualitätszirkel, Hausärztevereinigungen zum Abschluss von Kassenverträgen («Hausarztmodell, HMO-Modell») existierten damals alle noch nicht. Standeseigene «Kontrollinstanzen» wie die SWIF, die über das Fortbildungsprogramm wacht, gab es ebenso wenig. Doch auch ohne diesen «Fortbildungszwang» gab es eine Vielzahl an Fortbildungen, die dafür sorgten, dass man in der Praxis über neue Entwicklungen orientiert blieb.

Herrschten also früher paradiesische Zustände? Ich denke nein. Gewiss war vieles anders. Ob es besser war, wage ich nicht zu behaupten. Verantwortungsvolles Arbeiten war damals wie heute anspruchsvoll. Wenn wir heute über überbordende Reglementierung und unnötige administrative Schikanen klagen und uns mehr Selbstverantwortung wünschen, dann kann nicht ausgeblendet werden, dass früher die Selbstverantwortung auch nicht immer wahrgenommen wurde. Wenn wir Ärzte im eigenen Haus für mehr Ordnung gesorgt hätten, müssten wir uns heute vielleicht über weniger unsinnige Vorschriften und Reglemente ärgern. So haben andere, nicht selten selbst ernannte Experten für uns diese Aufgabe übernommen. Damit diese Entwicklung nicht weitergeht, müssen wir das Heft selbst in die Hand nehmen. Wenn wir nicht selbst handeln, tun es andere für uns!

Dr. med. Peter Strohmeier

Hausarztmedizin – so sieht es heute aus

Bei meiner Praxiseröffnung 2002 war gerade Krise: Kaum eine Bank war bereit, meine (bescheiden geplante) Praxis zu finanzieren, weil allen die Tendenz vor Augen stand, dass Hausärzte in den drei Jahrzehnten davor 50% Reallohnverlust hinnehmen mussten, währenddem dies bei den Spezialisten nicht der Fall war. Trotz entgegengesetzten Behauptungen von jenen, die solche Dienstleistungen anbieten, braucht es keinen Treuhänder. Hingegen ist das Versicherungswesen derart kompliziert, dass hier ein grosser Aufwand geleistet werden müsste, welcher sich nicht lohnt. Als Arbeitgeber hätte man (zu) viele Vorschriften, Gesetze und Fristen zu beachten.

Es ist schwierig, seine Fachkompetenzen zu behalten, da immer mehr Kontrollen und Qualitätsnachweise einerseits einen (z.T. wirklich unsinnigen) zeitlichen, finanziellen und zusätzlichen Einsatz verlangen, andererseits die ärztliche Behandlungsfreiheit immer mehr eingeschränkt wird. So sinkt auch die intrinsische Motivation, in der Praxis zu arbeiten. Behörden und Ämter verbieten immer mehr Tätigkeiten (bzw. die Entschädigung über die obligatorische Krankenversicherung), ohne dass für jede nicht gerade täglich ausgeführte Handlung ein Fähigkeits- oder Fertigkeitennachweis erbracht wurde (inkl. deren periodischer «Rezertifizierung»). Jede Fortbildung gibt «Credits», welche z.T. noch in bestimmte Kategorien unterteilt werden, in welchen sie für sich einen bestimmten Punktestand erreichen müssen.

Versicherer, aber eben auch Amtsstellen, wollen immer mehr Kontrolle über die ärztliche Tätigkeit, und der Glaube an Richtlinien wächst in diesen Kreisen mehr und mehr. Es drohen «Pay for performance»-Konstrukte, bei welchen sich die Entschädigung nach der erreichten «Behandlungsqualität» (z.B. einem verbesserten HbA_{1c}-Wert) richtet. Oder ein Globalbudget, welches nachgewiesenermassen gerade die angestrebte Qualität unterhöhlt – und nebenbei unter den behandelbaren bzw. behandelten Patienten ein Mehrklassensystem schafft.

Andererseits fehlt die Standardisierung dort, wo sie wirklich sinnvoll wäre: Bei der Datenverarbeitung und -übermittlung. Unsere elektronischen Praxisinformationssysteme sind proprietär und untereinander inkompatibel. Dazu fehlen Intermediäre, welche fähig wären, die Daten von einem System ins andere zu transkribieren. Dies ist schon seit über 10 Jahren erkannt, ein Fortschritt ist dennoch bis heute kaum zu erkennen.

Traditionelle Praxisdienstleistungen, welche nachgewiesenermassen sinn- und für den Patienten wertvoll sind, werden systematisch entwertet. So ist am Praxislabor kaum mehr zu verdienen, an den Hilfsmitteln – wegen amtlich festgesetzter, minimalster Marge – ohnehin nichts mehr. Steht ein Röntgengerät in der Praxis, muss es genutzt werden, so oft wie nur möglich – sonst sind schon die monatlichen Grundkosten höher als die Einnahmen durch dessen Gebrauch.

Wenn wir Hausärzte uns «daneben benehmen», d.h. überdurchschnittlich viele besondere Leistungen abrechnen, kommen wir in den Verdacht der «Überarz tung». Ein solcher Verdacht kann dann schwer auf dem Hausärzte-Alltag lasten. Nicht nur wegen der zigtausend Franken Rückforderungen der Krankenversicherer. Gerade so schmerzlich ist die demütigende Position, in welche solche Drohungen und Unterstellungen den Arzt drängen. Auch in den Medien wird Misstrauen geschürt. Unter dem Motto: Jeder Hausarzt ist ein Halsabschneider (oder Scharlatan) – ausser vielleicht der meine.

Doch noch ist die Arbeit in der Hausarztpraxis auch anregend, interessant, sinnvoll. Unzählige Patientenkontakte können jeder für sich zu einem unschätzbaren Erfolgserlebnis und zu tiefer Befriedigung führen. Zumindest, solange es sich bei der hausärztlichen Tätigkeit um einen Beruf (bzw. um eine Berufung) und nicht nur um einen «Job» handelt. Über 10 Jahre aktive Standespolitik haben bewirkt, dass Hausarztmedizin ein universitäres Fach wurde und dass Hausärzte und deren Wertschöpfung (auch) für das Gemeinwesen grosse Beachtung erlangt haben. Ausserdem werden heute rund 100 Ausbildungsstellen von der öffentlichen Hand finanziert. Das sind Fakten, von denen man vor 20 Jahren höchstens träumen konnte.

Dr. med. Christoph Hollenstein

Hausarztmedizin – so sollte es morgen sein

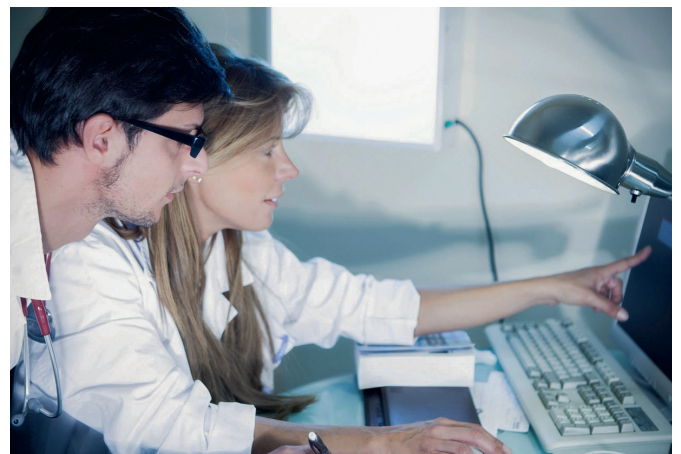
Morgen sollten wir Hausärztinnen und Hausärzte uns wieder mehr zutrauen dürfen und können, denn auch wir sind Spezialisten in unserem Fach und können unsere Qualitäten einsetzen. Dazu braucht es aber noch mehr Struktur in der Ausbildung. Fertigkeiten wie Gelenksinfiltrationen, Punktionen, Gipsen, Lungenfunktion, Ergometrie, Röntgenbefundung und viele mehr müssen konsequenter erlernt werden können. Zudem sollte die Sonographie und dosisintensives Röntgen Teil des Curriculum AIM sein und während der Assistenzarztzeit durchgeführt werden. Ebenfalls braucht es noch mehr und schneller verfügbare Rotationsstellen in Spezialgebieten.

Morgen sollte die Hausarztmedizin von Hausärzten geführt werden, und es sollte noch mehr engagierte Hausärzte geben, die mit Freude an der Selbständigkeit ihre Einzel- oder Gruppenpraxen selber führen und nicht fremden Händen überlassen. Dazu braucht es gut verfügbare, transparente und uneigennützige Unterstützung in Wirtschafts- und Finanzfragen, gut geregelte Notfalldienste und eine weitere Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Spitälern. Meiner Meinung nach

liegt die Zukunft der Hausarztmedizin nicht in grossen, unpersönlichen Zentren, sondern in kleineren, von den Ärzten selber geführten Praxisgemeinschaften, die mit ihrem persönlichen Feuer weitere Nachfolger dafür begeistern können. Diese bilden eine bessere Betreuungskontinuität und ermöglichen – wenn sie gut organisiert sind – eine gute Work-Life-Balance.

Wir Hausärzte von morgen haben gut funktionierende und einfach zu bedienende elektronische Krankengeschichten mit minimalstem administrativem Aufwand, und via elektronisches Patientendossier haben wir stets eine gute Übersicht über Berichte und Laborbefunde. Diese Entwicklung ist im Gange, muss aber sicher noch weiter vorangetrieben werden.

Und zum Schluss gibt es natürlich Dinge, die wir Hausärzte morgen nicht mehr brau-



chen. Dazu gehören ungerechtfertigte Regressforderungen der Krankenkassen und Diskussionen über das drohende Globalbudget. Der Dialog zwischen (Haus-)Ärzten, Krankenkassen und Politik sollte viel einfacher und unkomplizierter möglich sein.

Liebe Hausärzte – freuen wir uns auf das, was vor uns liegt.

Dr. med. Karin Meier

TARDOC für Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte

FMH und curafutura haben – unter Dauerfeuer der *santésuisse*, aber ohne valablen Gegenvorschlag von dieser Seite – im Juli 2019 die gemeinsam ausgearbeitete neue Tarifstruktur «TARDOC» beim Bundesrat eingereicht. Einige Anliegen, welche Haus- und Kinderärzte betreffen, fanden darin ihren Niederschlag, einige nicht. Der Wechsel von einem Tarifsystem zum anderen muss gemäss geltendem Gesetz (KVG) kostenneutral vonstatten gehen. Es ist Ansichtssache, ob es sich bei TARDOC um einen «renovierten TARMED» oder um ein neues Tarifsystem handelt. Der Bundesrat hat einer derartigen Diskussion jedoch einen Riegel geschoben, indem er – als Genehmigungsbehörde – den TARDOC ohnehin nur unter dem Aspekt der Kostenneutralität beurteilen will.

Folgende 6 Punkte sind hervorzuheben, die für die Haus- und Kinderärztinnen relevant sind:

1. Limitationen: Solche «Leitplanken auf dem Weg zum Globalbudget» sind weiter vorgesehen, wenn auch – zumindest für hausärztliche Leistungen – z.T. deutlich weiter gefasst. Andererseits können nur noch 20 Minuten «Hausbesuch» abgerechnet werden. Gerade auf Hausbesuchen, z.B. im Notfalldienst, geht es aber vorerst oft (zuweilen ausgiebig) um Klärung der Rollen, Beziehungsaufnahme oder Bestandsaufnahme von örtlichen Ressourcen (zugunsten der Kooperation bzw. später der Therapietreue) – also nicht um spezifische Beratung oder ähnliche, anderweitig abrechenbare Leistungen, sondern um eine Grundleistung im

wahrsten Sinn des Begriffs. Eine noch engere Limitation als bisher an dieser Stelle ist somit absurd, aber eben vorgesehen.

2. Es gibt neu ein Kapitel «spezielle Leistungen der Hausärzte». Hausärzte sind Fachärzte AIM oder KJM (und nur diese), welche Patienten mit jeder Art von Beschwerden über einen längeren Lebensabschnitt betreuen. Andere Ärzte können sich allerdings aus dem Kapitel «ärztliche Grundleistungen» bedienen, was von den Taxpunkten her (vorderhand) gleich gut gewichtet wird.
3. «Minüteln» muss der Hausarzt bzw. die Kinderärztin weiterhin, und zwar noch mehr als bisher. Dies war schon im TARMED für niemanden nachvollziehbar, geschweige denn als Parameter zur Rechnungskontrolle. Hier wurde eine Chance verpasst, Übersichtlichkeit, Einfachheit und auch Vertrauen zu verbessern.
4. Wie schon beim TARMED wird auch beim TARDOC eine Tarifpflege versprochen. Diese könnte (!) zu Anpassungen im Tarif führen, welche diesen auch zukunftsfähig erscheinen lassen. Je flexibler der Tarif sich dann verhält, desto mehr wird auch um ihn herum argumentiert (um nicht zu sagen: gezankt) werden, desto weniger werden sich die Versicherer flexibel zeigen wollen. Zur Erinnerung: Die rudimentäre (und schliesslich ganz fehlende) Tarifpflege war letztlich hauptverantwortlich für die aktuelle Totalrevision.
5. Es gibt neue Positionen für nichtärztliche Beratungsleistungen (entschädigt zu weniger als 50% der Beratung durch den Arzt). Damit diese abgerechnet werden können, muss die

Beraterin (MPA) über ein Reihe von Qualifikationen (in der Regel 3 Ausbildungsmodule) verfügen. Zudem muss sie (z.B. vom delegierenden Haus- oder Kinderarzt) regelmässig geschult werden. Es ist nicht wahrscheinlich, dass Kleinpraxen von diesen neuen Positionen profitieren können; ihre MPA werden Diabetiker, Asthmatiker oder Herzinsuffiziente gratis beraten (müssen). Aber auch in Grosspraxen wird es so sein, dass sich die neuen Positionen nur bei effizientem Management auszahlen werden, da entsprechend qualifiziertes Personal auch höher entschädigt werden muss. Hier werden u.a. aber wohl echte Mehrleistungen anfallen.

6. Da künftig mehr Leistungen abgerechnet werden (können), wird die geforderte Kostenneutralität dazu führen, dass der Wert der einzelnen Leistung sinken wird. Dies werden die Haus- und Kinderärztinnen zu spüren bekommen. Nachdem die Fixkosten der Arztpraxen in den letzten Jahren weiter gestiegen sind, die Taxpunktswerte in all den TARMED-Jahren aber nur in ganz wenigen Ausnahmen nach oben angepasst, sonst aber gesenkt wurden, droht eine weitere Einkommens- und damit auch Attraktivitätseinbusse in diesen beiden Fachrichtungen. Der TARDOC ist weit weg von einer institutionalisierten Indexierung und ist auch nicht fähig, anderweitige Einkommenseinbussen (z.B. von Seiten schwindender Medikamenten- und Hilfsmittelmargen oder auch schwindender Entschädigungen für Laborleistungen) auch nur annähernd zu kompensieren.

Dr. med. Christoph Hollenstein

Projekt Grundversorgerinstitut

Wir haben bereits mehrfach über ein Projekt der VHBB berichtet, die Hausarztmedizin (mit Schwerpunkt Grundversorgung) auch im Spital zu etablieren – als Drehscheibe zwischen Spital und Praxis.

Das Projekt, welches zum Ziel hat den Austausch zu fördern und die Patientenbetreuung (Medikation bei Austritt, Kommunikation und Denkweisen Spital/Hausarzt) besser zu koordinieren, ist weiter gediehen; die Planung schreitet voran und konkretisiert sich.

Konkret geht es nun darum, potenzielle Kandidaten zu finden und auch die Finanzierung zu sichern. In einer der nächsten Ausgaben des VHBB-Newsletters möchten wir das Projekt noch einmal aus verschiedenen Blickwinkeln vorstellen. Wichtig ist sicher eine breite Abstützung auch in der kantonalen Politik. Die Hausarztmedizin braucht ihren Platz auf allen Ebenen.

Bist Du neugierig geworden oder könntest Dir vorstellen mitzuarbeiten? Dann melde Dich für weitere Informationen beim Sekretariat «sekretariat@vhbb.ch». Weitere Informationen findest Du auf unserer Homepage www.vhbb.ch/projekt/Grundversorgung

Dr. med. Johannes Manggold

Radiologie-Fortbildung durch Imamed künftig kostenlos

Nachdem die VHBB die Fortbildungspflicht Radiologie nicht kommerziellen Anbietern überlassen wollte (sozusagen als Prototyp für einen weiteren Fortbildungsmarkt), haben wir mit Imamed eine Partnerfirma gefunden, mit der wir am 12.9.2019 die erste Fortbildung für die Ärzteschaft durchführen konnten. Die dabei entstandenen Kosten wurden umgelegt (Räumlichkeiten, Kost etc.).

Imamed fand die Fortbildung sehr positiv und hat sich nun dazu entschlossen, die Fortbildungen in Zukunft in Eigenregie und für ihre Zuweiser gratis anzubieten. VHBB-Mitglieder können sich weiterhin (das ist die Zusage) bei Imamed für die Fortbildung anmelden. Die MPA-Fortbildungen mit Cornelia Ruf werden ebenso von Imamed in Eigenregie fortgeführt, bleiben aber kostenpflichtig. Weitere Auskünfte

zu den Daten, Kosten und Anmeldemodalitäten sind unter www.imamed.ch/fortbildungen.html abrufbar.

Verständlicherweise könnte es nun sein, dass sich einige Teilnehmer der ersten Veranstaltung ungerecht behandelt fühlen, da Imamed die weiteren Fortbildungen als Zuweiserpflege gratis durchführen wird. Dies lässt sich aber leider nicht mehr ändern und war nicht absehbar. Ohne die Initiative der VHBB hätte es diese Fortbildung aber nie gegeben. Wir hoffen, dass sie auch als Beitrag gesehen wird, einen weiteren Fortbildungsmarkt zu verhindern. Wir werden uns auch weiterhin engagieren und versuchen, entsprechende Impulse zu geben.

Dr. med. Johannes Manggold

Herausgeber

Vereinigung der Hausärzte beider Basel (VHBB), Sekretariat, Freie Str. 3/5, 4001 Basel
Tel. 061 560 15 18, E-Mail: sekretariat@vhbb.ch, www.vhbb.ch

Termine

GV VHBB: Donnerstag, 6. Februar 2020