

Ideenskizze zur Wiederherstellung einer kostengünstigen, attraktiven Grundversorgung

## Die Reichweite der Grundversorgerpraxen verlängern ...

Emil Schalch

Präsident der kantonalen  
MPA-Delegierten der FMH

### Einige Binsenwahrheiten

- Die Politik muss ein qualitativ hochstehendes, aber bezahlbares Gesundheitswesen bewahren/erreichen.
- Die Krankenkassen müssen die Effizienz der Leistungserbringung prüfen/garantieren.
- Die Kantone müssen die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen sicherstellen.
- Die Arztpraxis als KMU-Unternehmung muss schwarze Zahlen schreiben bzw., um attraktiv zu bleiben, ein mit anderen Berufen vergleichbares Einkommen erzielen.
- Spitalbehandlungen – ambulant oder stationär – sind teuer.

### Haben Sie schon Ihre letzte Gärtnerrechnung angesehen?

Mein Gärtnermeister verrechnet in seiner letzten Rechnung die Arbeit des Lehrlings, des Arbeiters und seine eigene zu abgestuften Tarifen. Dies gibt ihm die Freiheit, sich um das Wesentliche zu kümmern und ohne finanzielle Einbusse einfachere Arbeiten delegieren zu können.

Die Tatsache, dass eine Praxis nichts abwirft, wenn der Arzt nicht da ist, führt zu der ungeheuren zeitlichen Belastung der Praxisinhaber, zur unattraktiven Tatsache, dass der Chef – will er den Aufwand auch verrechnen – die einfachste Handreichung selbst vornehmen muss. Jeder Arzt könnte seinen gut ausgebildeten Mitarbeiterinnen (MPA) ihren Kenntnissen entsprechend mehr medizinische Arbeit delegieren, tut dies aber nicht, weil er damit die finanzielle Existenz der Praxis gefährdet.

**Idee: Brachliegende Ressourcen nutzen – die Arbeit gut ausgebildeter medizinischer Praxisassistentinnen soll abrechenbar werden.**

Wenn mein 63jähriger Kollege im Dorf seine Praxis bald aufgibt und keinen Nachfolger findet, werden seine Patienten einen anderen Hausarzt suchen. Einige kann meine Praxis sicher noch verkraften; viele aber werden aus der Grundver-

sorgung versickern und gegebenenfalls auf der Notfallstation des Spitals landen. Wenn ich «Teamwork» abrechnen könnte, wäre ich bei entsprechender Arbeitsorganisation in der Lage, während meiner Arbeitszeit mehr Patienten in gewohnter Qualität zu sehen, weil die einfacheren Arbeiten an die Assistentinnen delegiert werden könnten. Jeder Patient, den ich so in der Grundversorgung halten kann, würde ein «billiger» Patient bleiben. Da ein Teil der anrechenbaren Arbeit (der meiner MPA) zu kostengünstigerem Tarif abgerechnet werden könnte, müssten die Behandlungskosten/Patient eigentlich sogar sinken, ohne dass dies zu Lasten der Praxis ginge, da ich ja gleichzeitig meine Arbeitskraft einem anderen Patienten zur Verfügung stellen kann.

### Gatekeeping

heisst nicht, dem Patienten Leistungen vorenthalten, sondern möglichst viele sinnvolle Leistungen in der günstigen Grundversorgung anbieten.

Falls ich die Leistungen meiner MPA abrechnen kann, kann ich im Chronischkrankenbereich Patienten in der Grundversorgung halten oder einige sogar vom Spital zurückgewinnen: Wenn meine Assistentin (relevante Ausbildung vorausgesetzt!) selbständig z. B. eine Wund- oder Diabetessprechstunde führen könnte, dann könnte ich Praxisräumlichkeiten und Infrastruktur auch am freien Nachmittag und während meiner Fortbildung usw. auslasten. Auch hier sehe ich Kostenvorteile für die Kassen, denn die Behandlung könnte zum «MPA-Tarif» erfolgen, und Patienten könnten aus den teureren Spitalambulatorien in die Grundversorgung zurückgeführt werden.

### Allheilmittel Gruppenpraxen

Uns Grundversorgern wird immer wieder doziert, dass eine Gruppenpraxis das Praxismodell der Zukunft sei. Dies mag für die Agglomerationen stimmen, fürs Landgebiet und vor allem für die Bergregionen hiesse dies, Abschied zu nehmen von einer patientennahen Versorgung.

Korrespondenz:  
Dr. med. Emil Schalch  
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
Fischmattstrasse 2  
CH-6315 Oberägeri  
emil.schalch@hin.ch

Gruppenpraxen nutzen Ressourcen gemeinsam und sind so für die Praxisinhaber finanziell interessanter. Für die Krankenkassen resultieren aber daraus weiterhin 3 oder 5 oder mehr Ärzte, die alle zum Kassentarif abrechnen – für ein kostengünstiges Gesundheitswesen ist mit einer Gruppenpraxis nichts gewonnen!

Wir müssen auch in den Randregionen Voraussetzungen schaffen, die eine Praxisführung attraktiv machen. Falls Leistungen der MPA abgerechnet werden könnten, hätte der Praxisinhaber betriebswirtschaftlich und für seine Arbeitsorganisation bedeutend mehr Freiheiten, deren Nutzung ihm allenfalls auch vernünftige Arbeitszeiten verschaffen könnte!

### **Die Sache mit den «nurse-practitioners»...**

kann in den Schubladen des BAG bleiben! Die Politik hat ja mittlerweile akzeptiert, dass Grundversorgerärzte in der Grundversorgung selbst ausgebildet werden sollten. Genauso wenig wie den Arzt kann man m. E. eine «nurse-practitioner» auf der Tertiärstufe unseres Bildungswesens für eine Grundversorgungstätigkeit ausbilden, denn das Wesentliche lernt man in der Praxis.

Der Gedanke, die sich abzeichnenden Engpässe in der Grundversorgung mit nichtärztlichem Personal aufzufangen, hat aber vieles für sich. Das dazu geeignete Personal sind aber nicht Krankenschwestern, sondern unsere in der Grundversorgung im Rahmen einer Lehre für ihre Tätigkeit durch uns praktizierende Ärzte bestens ausgebildete Medizinische Praxisassistentinnen. Falls die Tätigkeit der MPA abgerechnet werden könnte, könnte man die Reichweite der einzelnen Praxis enorm vergrössern – es käme harmonisch, von den einzelnen Praxen gesteuert, zur Kompensation von zunehmend fehlender ärztlicher Leistungskapazität durch nichtärztliches Fachpersonal, und zwar da, wo es verantwortbar ist. Wer könnte wohl besser beurteilen, was man einer nichtärztlichen Fachkraft überlassen kann, als der ärztliche Grundversorger! Die «nurse-practitioners» mit ihrer Tertiärausbildung sind teure Arbeitskräfte. Sie müssten spitalgestützt zum Einsatz kommen. Dass unter diesen Umständen «Zweifelsfälle» nicht in der Grundversorgung, sondern eben im teuren Spital behandelt würden, versteht sich wohl von selbst.

Wieso also nicht das Naheliegende tun? Wenn wir dafür sorgen, dass gewisse medizinische Leistungen des nichtärztlichen Fachpersonals unserer Praxen abgerechnet werden können, dann haben verbleibende Grundversorger-

praxen einen Anreiz und die Möglichkeit, durch vermehrte Eigenleistung eine (zeitlich und mengenmässig) erweiterte Grundversorgung zu erbringen. Verglichen mit einem «nurse-practitioner»-System würde hier nicht der Staat, sondern würden eben die Praxen die Kosten tragen, die notabene um einiges tiefer sein würden, weil keine oder nur wenig neue Infrastrukturkosten anfallen. Die Einführung von abrechenbaren Leistungen für unsere Assistentinnen erscheint mir politisch umsetzbar, weil keine der obigen «Binsenwahrheiten» dadurch gefährdet wäre.

### **Die Dignitäten des Praxisinhabers bestimmt das Angebot der Praxis**

Es ist einer Praxisentwicklung aber hinderlich, wenn man medizinische Dignität nur im Zusammenhang mit dem Praxisinhaber sieht. Wenn man mit fortbildungsbedingten Praxisabwesenheiten um seine Dignitäten kämpfen muss, kann eine Ausdehnung der ärztlichen Dignität kaum wirtschaftlich zur Verbesserung des Praxisangebotes eingesetzt werden. Ich bin der Meinung, dass man neu eine *Praxisdignität* schaffen sollte, bestehend aus den Dignitäten des Arztes und den Dignitäten des nichtärztlichen Fachpersonals. Da die Befriedigung der «Kundenwünsche» in einer Arztpraxis nur im Teamwork gelingt, müsste diese Tatsache eigentlich im TARMED abgebildet sein. Weil aber praktisch alles, was etwas einbringt, am Arzt oder an der Ärztin klebt, wird betriebswirtschaftlich sinnvolles Verteilen der Arbeitslast verhindert. Eine betriebswirtschaftlich geknebelte ambulante Medizin kann aber nie und nimmer auf den «Vertragszwang» – der betriebswirtschaftlichen Knebelung des Kostenträgers – verzichten. Beide «Knebel» sind in meinen Augen ein teurer Unsinn, weil sie die längst fällige Anpassung des Systems «ambulante medizinische Versorgung Schweiz» an die neuen, durch das KVG bestimmten Grundlagen verhindern oder verzögern. Tauschen wir doch «mehr betriebswirtschaftliche Freiheiten» für die Arztpraxen gegen den Vertragszwang, also mehr betriebswirtschaftliche Freiheit für die Kassen! Ich bin der Meinung und habe dies oben dargestellt, dass sogar eine Win-win-Situation für die Praxen, die Kassen und die Politik möglich wäre, ohne dass der Patient die Zeche zahlt. Dazu käme noch eine erhebliche Aufwertung des Berufs der MPA – eine Aufwertung, die unsere Assistentinnen mehr als nur verdienen!

### **Wieso das alles – und gerade jetzt?**

Momentan ist der Schreibende dabei, in einer Expertengruppe im Auftrag des Bundesamts für

Berufsbildung und Technologie die Bildungsverordnung, die den MPA-Beruf regelt, zu überarbeiten. Neben der Grundausbildung, die mit einem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis abschliesst, steht neu auch eine berufsbegleitende Weiterbildung zur Diskussion, die mit einer eidgenössischen Berufsprüfung bestätigt werden soll.

Weiterbildung macht aber nur Sinn, wenn diese für unsere Assistentinnen und auch für die Praxen einen zählbaren Mehrwert schafft, denn keine Praxis kann sich Angestellte leisten, die zwar das Recht haben, höher entlohnt zu werden, deren Zusatzkenntnisse die Praxis aber nur nutzen kann, wenn sie sich finanziell ruinieren will. TARMED-Tarifpositionen, mit einem MPA-Taxpunktwert hinterlegt, würden hier Abhilfe schaffen und müssten in meinen Augen für die

Kassen eigentlich ein Nullsummenspiel mit eher kostensenkender Tendenz sein. Grundversorgerpraxen, die dies wollen, könnten ihr Angebot mehr oder weniger unabhängig von der Leistungsgrenze des Praxisinhabers für die Praxis gewinnbringend – für das Gesamtsystem «ambulante Versorgung» sogar kostendämmend – ausbauen. Der einseitige Anreiz «Labor und Röntgen» könnte gemildert werden, ohne dass der Labortarif in den Keller gefahren und die Labordiagnostik in der Praxis verunmöglicht wird.

### Geniale Ideen sind einfach ...

Ob eine Idee genial ist, erweist sich, wenn sie einer eingehenden Prüfung standhält. Nur eben – prüfen muss man sie!

## E-Health – Sinn oder Unsinn?

Otto Friedmann

In der deklarierten Absicht, «die Gesundheitskosten zu senken und die medizinische Versorgung für Patienten zu verbessern», wird seit geraumer Zeit über die (zentrale) Speicherung der Patientendossiers diskutiert, ein Problem, das für die gesamte Bevölkerung datenschutzmassig von grösster Bedeutung ist. Kaum jemand weiss, worum es geht – oder noch schlimmer: Kaum jemand weiss, dass eine solche Massnahme überhaupt geplant oder vielleicht insgeheim beschlossen ist.

Die Vorteile zentral gespeicherter Patientendaten sind bekannt, es sind – theoretisch – reale Vorteile. Wie sieht es aber in der Praxis aus? Hier einige Gedanken über die zu erwartenden Kosten, Einrichtung, Handhabung, Datenschutz usw.

### Anschaffungs- und Einrichtungskosten

Damit dieses System funktionieren kann, muss jeder Arzt, jedes Spital und jede Klinik, mit allen Abteilungen und Praxen, über je einen PC, Monitor, ein Datensicherungsgerät und über eine stets aktualisierte, überall identische Software verfügen. In der Schweiz praktizieren etwa 46 500 Ärztinnen und Ärzte. Dazu kommen noch alle Spitäler und Kliniken mit unzähligen Abteilungen usw. Insgesamt ist mit etwa 55 000 Einheiten zu rechnen. Zu den Anschaffungskosten kommen noch die Installations-, Einrichtungs-, Schulungs- und Unterhaltskosten sowie die Kosten der Erfassung der alten (Anamnese) und

neu anfallenden Patientendaten. Das kann in die Milliarde gehen. Wer trägt diese Kosten? Die Ärzte, die Patienten oder die Kassen? Kostenreduktion ad absurdum geführt? Oder sollen diese Kosten durch massive Tarif-, Margen-, Taxpunkt- und Leistungsreduktionen «gegenfinanziert» werden? Ist beim BAG ein solches Konzept vielleicht in Vorbereitung? Falls ja, würde mich das nicht wundern.

### Handhabung und Gerätesicherheit

Bei der Erfassung der vielen Millionen alter Daten (Anamnese) und der neuen Daten können wegen der enormen Datenmenge, wegen des knappen Personals und des dadurch verursachten Zeitdruckes immer Verwechslungen und andere Eingabefehler vorkommen, mit möglicherweise fatalen Folgen für die betroffenen Patientinnen und Patienten. Auch die Gerätschaft kann technisch versagen, womit ein Zugang zu den Daten verunmöglicht wird, im Gegensatz zu den bisherigen handgeführten Dossiers, die sicher und immer verfügbar sind. Schlimmstenfalls werden alle Daten gelöscht, weil Datenträger definitiv ausfallen. Das ist von PCs her bestens bekannt. Dazu kommt noch die begrenzte Speicherkapazität der Karten, bezogen auf den Speicherbedarf aller bisherigen und zukünftigen Daten einer Person. Auch die Chips dieser Karten können beschädigt werden, was deren Unbrauchbarkeit zur Folge hat. Gleiches gilt auch

Korrespondenz:  
lic. iur. Otto Friedmann  
Schaufelbergerstrasse 28  
CH-8055 Zürich

für den zentralen Server. Was geschieht dann? Wer trägt die Verantwortung?

### Datenschutz

Die gespeicherten Daten im Zentralcomputer und auf den Karten der Patientinnen und Patienten müssen auch nach dem Eingeständnis aller Befürworter geschützt werden. Aber wie? Mit je einem Passwort? Müssten so viele Passwörter wie Karten vergeben werden? Müssen die Patientinnen und Patienten ihre Passwörter auswendig kennen, auch im Notfall? Oder haben alle Karten das gleiche Passwort? Oder gibt es gar kein Passwort? Wo bleibt dann der Datenschutz, im Wissen, dass es in jedem «besseren» Hobbyladen Kartenlesegeräte gibt, mit denen Daten auf beliebige PCs übertragen, gelöscht oder geändert werden können? Auch das Knacken von Passwörtern und das Eindringen in «geschützte» fremde Netzwerke ist für Profis kein Problem. Karten können jederzeit verlegt, gestohlen oder sonstwie abhanden kommen. Das sind keine Einzelfälle, sondern Alltag. Jeder von uns kann davon betroffen sein. Das ist mit den bisherigen, bei den Ärzten abgelegten Dossiers nicht der Fall. Wo bleibt in allen diesen Fällen der Nutzen? Wird das billigend in Kauf genommen? Auch hier: Wer verantwortet das?

### Zugriffsrecht

Eine andere Frage ist, wer und in welchem Umfang Zugang zu den Daten haben darf. Wer bestimmt, welche Daten wem zugänglich sind? Die Patientinnen und Patienten? Wie wird gesichert, dass deren Bestimmungen nicht umgangen werden können? Wird das gesetzlich geregelt oder nur technisch gelöst? Wieder mit Passwörtern? In einem kürzlich veröffentlichten Beitrag von Edith Graf-Litscher (TA-SWISS 04/2007, Seite 2) wird erwähnt, dass «es vorstellbar ist, dass [...] Krankenkassen [...], Arbeitgebende einen Zugriff auf die zentral gespeicherten Daten haben». So weit, so schlecht. Bisher wurde immer davor

gewarnt, dass Arbeitgeber und Krankenkassen Zugang zu solch sensiblen Daten erhalten, gleich in welchem Umfang. Soll das nun plötzlich «vorstellbar» sein? Was erwartet uns eigentlich?

### Abschliessend

Es wird behauptet (Schmid/BAG, TA-SWISS 04/2007), dass «*der Bund die verschiedenen Risiken wohl abwägt*». Das ist gewiss der Fall. Doch wurden diese Risiken wahrheitsgetreu und umfassend veröffentlicht und der gesamten Bevölkerung bekanntgegeben, damit man selbst entscheiden kann, wie mit den eigenen, sehr selektiv gespeicherten Patientendaten umgegangen wird? Auf die berechtigte Frage von nbz (TA-SWISS 04/20007), wo Schmid Risiken ortet, hat dieser eine nichtssagende Antwort gegeben. In Nebensätzen wird lediglich kurz erwähnt, dass die Senkung der Kosten bislang nirgends bewiesen ist (sic!) und dass über Kosten und Nutzen «noch nachgedacht» werden muss. In anderen Beiträgen werden «nur Vorteile» gesehen, auch wenn man zugibt, dass es «noch andere Risiken gibt, die mit dem Schutz persönlicher Daten einhergehen». Die Antwort, um welche Risiken es sich dabei handelt, bleibt uns auch hier geschuldet. Das alles ist äusserst schleierhaft.

Die Frage ist also nicht, ob wir alle bereit sind, mit neuen Technologien umzugehen und umzulernen, das tun die meisten von uns ohnehin täglich. Es geht primär darum, sich ein umfassendes Wissen über alle Aspekte dieses Problems anzueignen, um überhaupt entscheiden zu können. Viele wesentliche Fakten der E-Health sind angeblich (?) noch nicht bekannt oder werden den Betroffenen nicht zugänglich gemacht. So gesehen ist eine gesunde Skepsis und Ablehnung angebracht. Mehr Offenheit seitens der Befürworter, vor allem aber seitens des Bundes, wäre wohl fällig, um so mehr, als die Kosten und Risiken der E-Health deren Nutzen offensichtlich weit überschreiten.