

Forum ZV



Änderungen in der MPA-Ausbildung

Unsere Gemeinschaftspraxis bildet seit zehn Jahren MPA-Lehrtöchter aus. Gestern haben wir nun an einer Informationsveranstaltung erfahren, dass unsere Lehrtöchter in Zukunft im zweiten und dritten Lehrjahr zwei Tage pro Woche die Berufsschule besuchen werden, anstatt wie bisher einen Tag. Diese Neuerung gilt bereits für die Lehrtöchter, die im August 2010 ihre Lehre beginnen, deren Lehrverträge also häufig bereits unterschrieben sind. Es erstaunt uns, dass so weitreichende Veränderungen der MPA-Ausbildung so kurzfristig kommuniziert werden. Ausserdem steht diese Änderung, wie so viele andere, quer zum hehren Ziel, die Grundversorger zu unterstützen.

Die um 25 % reduzierte Präsenz der Lehrtöchter im zweiten und dritten Lehrjahr, also in einer Zeit, in der die Lehrtöchter in der Praxis immer mehr eine Hilfe sind, erhöht die Unkosten der Lehrpraxen ebenso wie Lohnerhöhungen für Lehrlinge, wie sie beispielsweise in St. Gallen vorgesehen sind.

*Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel,
Gemeinschaftspraxis Zahnershueb, Uzwil*

Antwort

Sehr geehrte Frau Kollegin Diethelm
Bevor die neue Bildungsverordnung (BiVo) MPA am 1. Januar 2010 in Kraft getreten ist, lag sie allen wichtigen Gremien zur Vernehmlassung vor. Die Änderung der BiVo fällt gerade zugunsten der Grundversorger aus, da durch die inhaltlichen Verbesserungen des Lehrplans unter anderem die Eigenverantwortlichkeit

der MPAs gefördert wird. Somit werden die MPAs in Zukunft die Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit noch besser unterstützen und somit die Qualität der Praxisarbeit anheben können.

Ich erlaube mir den Hinweis, dass die Umsetzung der BiVo betreffend Schultage kantonal erfolgt. Inwieweit es in Ihrem Kanton zwingend war, im zweiten und dritten Lehrjahr mehr Schultage einzuführen, kann ich nicht beurteilen. Tatsache ist aber, dass in vielen Kantonen, so zum Beispiel auch in Zürich, die Anzahl der Schultage unverändert blieb. Zudem wird die Arbeit der MPAs interessanter und die Attraktivität des Berufes angehoben. Wir benötigen auch in Zukunft voll motivierte und gut ausgebildete MPAs.

*Dr. med. Ernst Gähler, Vizepräsident FMH,
Verantwortlicher Ressort Paramedics*

Briefe an die SÄZ



Carte professionnel de la santé et carte d'assurés

Je vous remercie pour les précisions que vous apportez à la question de la carte de professionnel de la santé (CPS ci-après) aux pages 1832 et 1833 du BMS N° 47 [1,2]. En effet, malgré la lecture des informations sur le site de la FMH et un téléphone à la hotline, il semblait que cette carte était gratuite pour les membres, ce qui m'étonnait quelque peu en cette époque où les charges de nos cabinets explosent (HIN, Ctésias ou autres centres fiduciaires, etc.) Vous écrivez donc que la première carte est comprise dans une cotisation spéciale perçue auprès des membres de la FMH, puis que le renouvellement, en principe tous les trois ans, sera payant. Merci encore pour cette information enfin claire.
Je suis par contre beaucoup moins rassuré par votre réponse au Dr S. Lüscher [3,4]. L'imposition par la Confédération d'une carte d'assuré, l'apparition d'une carte CPS «au développement d'une fonctionnalité encore non existante» – je vous cite mot à mot – laisse augurer des tâtonnements pénibles et un risque de pagaille dont on se passerait volontiers. Les innombrables failles de sécurité des PC sous Windows, les risques liés à la moindre erreur de date, de diagnostic ou de posologie sur un support unique de données comme la carte d'assuré impliquent que la mise en place d'un tel système soit soumise à des contrôles stricts et des procédures rigoureuses. Or, dans votre réponse [1] au Dr G. Schilling [2], c'est exactement l'inverse qui apparaît: «il faut développer tout un ensemble de solutions touchant à des niveaux si différents que cela devient aussi complexe qu'un corps humain» dites-vous. Cela laisse entendre que la carte d'assuré et la CPS ont été créées avant d'avoir déterminé comment leur utilisation conjointe va se faire concrètement et quelles données ou interfaces devront être développées. Cela me rappelle la fin des années 70 où l'on entendait certains apprentis chercheurs dire «on met nos données dans l'ordinateur et on regarde ce qui en sort». Depuis, il me semblait que la majorité avait compris que l'on commence par élaborer un concept avant de déterminer quelles données y mettre, puis comment le faire et comment y accéder.

Manifestement, ce n'est pas la procédure suivie dans le cas des cartes d'assurés et de la CPS et c'est fort dommage. Ce ne sont certainement pas les gestionnaires ou les informaticiens qui vont en faire les frais, mais bien les patients et les médecins. Comme si, en ces temps où l'on manque de généralistes, de psychiatres et, surtout, de pédopsychiatres, on n'avait rien d'autre à faire qu'à corriger les futures errances d'un système de gestion mal conceptualisé au départ...

*Dr B. Scherler, Psychiatre
psychothérapeute FMH et
Psychiatre psychothérapeute d'enfants
et d'adolescents FMH, Neuchâtel*

- 1 Gauthey M. Réponse. Bull Méd Suisses. 2009;90(47):1832-3.
- 2 Schilling G. Zum Editorial «Die HPC ist auf Kurs!». Bull Méd Suisses. 2009;90(47):1832.
- 3 Gauthey M. Réponse. Bull Méd Suisses. 2009;90(47):1833.
- 4 Lüscher S. HPC auf Kurs? Bull Méd Suisses. 2009;90(47):1833.



Deprofessionalisierung

Dem Artikel von Herrn Kollege Bauer [1] über die zunehmende Deprofessionalisierung und Fremdbestimmung bei der ärztlichen Tätigkeit kann ich nur zustimmen. Es mehren sich die Anzeichen, dass sich heute im Umfeld der Medizin eine parasitäre Industrie etabliert, die uns Ärzte von unserer eigentlichen Arbeit am Patienten fernhält. Wer von uns kennt keine aufgeblähten Verwaltungsapparate, übertriebenes Qualitätsmanagement, teure Zertifizierungsapparate, Grafik-Designer, Coaches, Trainer und Kurse für alle möglichen und unmöglichen Themen und Probleme?

Spätestens wenn der Zeitaufwand für die Erstellung von Berichten so gross wird, dass die Zeit für die Patientenbetreuung darunter leidet, oder wenn die Corporate Identity beinahe wichtiger wird als der Inhalt eines Dokumentes, beginnt sich die Frage nach den sinnvollen Prioritäten zu stellen.

KVG-Leistungen müssen die Kriterien «wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam» erfüllen. Ob die obenerwähnten Firmen und Abteilungen, die vom Honigtopf der Medizin alimentiert werden, diese Kriterien erfüllen, ist leider nicht immer ganz klar.

So lange diese Industrie zur besseren Effizienz und zur Qualitätsverbesserung unserer Arbeit beiträgt und der Nutzen den Aufwand überwiegt, ist der Einkauf solcher Dienstleistungen sicher auch sinnvoll.

Leider steigt aber der Zeitbedarf für Kurse, Seminare und administrative Arbeiten ständig. Schliesslich will diese Industrie von der Ärzteschaft mit viel Zeit und Papier bedient werden. Unsere Arbeit am Patienten leidet dadurch und wird in zunehmendem Masse papierorientiert.

Dr. Urs Klemmer, Neerach

- 1 Bauer W. Deprofessionalisierung – ein nüchternes Wort für eine unerfreuliche Diagnose. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(5):196.



Kommentar zum Leserbrief von Dr. med. U. Sager [1]

Ohne Bezug zu einem entsprechenden Artikel in der Ärztezeitung glaubt Kollege Sager, diffamierende Worte über Kollege Zweifel äussern

zu müssen, weil er diesbezüglich etwas in der «Presse» gelesen habe. Korrekturen vonseiten Dr. Zweifels werden mit einfachen Argumenten übergangen. Dabei verteilt Kollege Sager – ganz im Sinne von Hippokrates? – auch gleich Ratschläge an die Zürcherische Ärztesgesellschaft, nämlich dass diese sich vom Kollegen Zweifel distanzieren soll.

Es ist für mich nicht nachvollziehbar, was Kollege Sager zu seinem Leserbrief motiviert hat und wie er den idealen Politiker sieht. Soll politische Korrektheit verlangen, dass man «ehrlich» – und nachhaltig – lügt, das Glaubensbekenntnis zur globalen Erwärmung und zum Gutmenschentum ablegt und solches auch noch in Prozenten und Promillen quantifiziert? Ist es das? Nennt man solches professionelle Politik? Das ist hypokritisch, nicht hippokratisch. Direktheit scheint gemäss dem Echo von Kollege Sager nicht gefragt zu sein. Ich schätze einen politischen Gegner, der mir offen entgegentritt, und sehe im abgeschliffenen – und profillosen – Meuchelmörder den gefährlicheren Kontrahenten. Wäre ein Politiker von der Offenheit Dr. Zweifels nicht einmal eine echte Bereicherung in einer Gilde von abgefahrenen Winterpneus, welche vor lauter eigener Interessevertretung nur noch das vorbringt, was vom Publikum gewünscht und beklatscht wird und das sichere Punkte im Wahlkampf verspricht? Eine Gesellschaft, die immer mehr Transparenz fordert, sollte keine falsche Entrüstung heucheln, wenn einer einmal den Mut hat, transparent zu sein. Sicher hat man längst gemerkt, dass ich Dr. Zweifel kenne, als Arzt und als Freund, der meinen Vater mit grossem Geschick von seinen Schmerzen und seiner Pese befreit hat und die Genesung mit Empathie und Humor beschleunigte. Ganz, wie es Hippokrates gewünscht hätte. Übrigens, ich berichte über eigene Erfahrung, und ich zitiere nicht, was ich irgendwo in der «Presse» gelesen habe. Gerade im Lichte der von Kollege Bauer in der gleichen Ausgabe der SÄZ geschilderten Entwicklung unseres Berufsstandes (Deprofessionalisierung – ein nüchternes Wort für eine unerfreuliche Diagnose) [2] – habe ich keine Zweifel, dass Dr. Zweifel der richtige Mann ist.

Prof. Dr. H.E. Killer, Aarau

- 1 Sager U. Zweifel an Kollege Z. aus Z. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(5): 173.
2 Bauer W. Deprofessionalisierung – ein nüchternes Wort für eine unerfreuliche Diagnose. Schweiz Ärztezeitung. 2009;91(5):196.



Allerhöchste Zeit

Zur Volksinitiative Hausarztmedizin

Für diese Initiative ist es wirklich allerhöchste Zeit. Die Folgen einer hemmungslosen Ausdünnung der Hausarztliche, insbesondere auf dem Lande, würde einer Entwicklung Vorschub leisten, die ich aus Deutschland zur Genüge kenne. Dort war es erklärtes Ziel, die frühere Hausarztstruktur abzuschaffen und stattdessen das Polykliniksyste einzuführen. Also Ärztezentren mit möglichst preisgünstigen und ebenso preisgünstig arbeitenden Ärzten, deren Arbeitgeber grosse Medizinketten sind und nach grösstmöglichem Profit sehen. Diese Ärztezentren werden sich aus Kostengründen nur in grösseren Orten befinden, Patienten des flachen Landes werden zum Beispiel in Niedersachsen, Mecklenburg usw. bereits jetzt gezwungen, ca. 20 km zur nächsten Allgemeinpraxis zu fahren. Betagte und Gehbehinderte werden möglichst in der Nähe bestehender MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) in «Pflegeheimen» mit minimiertem Personalschlüssel untergebracht. Im MVZ sind Wartezeiten bis 4 Stunden normal und natürlich sieht der Patient bei jedem Besuch einen anderen Arzt, da ja meistens teilzeitarbeitende Frauen in einem derartigen MVZ zu finden sind. Dies ist alles kein Märchen, sondern rauhe Wirklichkeit in Niedersachsen und einigen anderen Bundesländern Norddeutschlands. Und insbesondere durch ein radikal ausgedünntes Honorarsystem bei zunehmendem Arbeitsaufwand entstanden. Daher verlassen selbst ältere Kollegen, die auf dem Land praktizierten, ihr Heimatland. Politisch sehr geschickt gemacht, da sich die deutschen Bürger überhaupt nicht wehrten und wehren. Herr Couchepin hat als Totengräber des hiesigen Systems mit der Laborreform bereits die erste Grube ausgeschaufelt. Mit dem Ende der Arzneimitteldispensiermöglichkeit – vor allem auf dem Lande – würde man bereits deutlich tiefer graben! Ist es denn hier dasselbe Ziel der Politik, wie ich im Vorangegangenen beschrieben habe? Es wäre äusserst verwerflich, wenn auch hier diese bössartigen Schildbürgerstreich wider alle Vernunft zu bitterem Ernst würden. Dann werden auch hier die Allgemeinmediziner in Scharen das Land verlassen!

Axel-Roland Kantner, Löhningen