



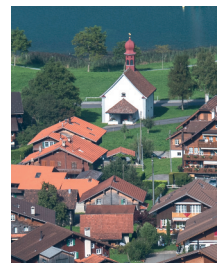
Gastkommentar

Heiner Sandmeier, stellvertretender Geschäftsführer Interpharma, über die Versorgungssicherheit in der Krise. Seite 2



Medizin statt Bürokratie

Ärztinnen und Ärzte wollen mehr Zeit mit ihren Patienten verbringen und weniger Schreibtischarbeiten erledigen. Seite 3



Gesundheitszentren gegen den Hausärztemangel?

Zwei Perspektiven auf ein umstrittenes Thema. Seite 4

POLITIK+PATIENT

Coronavirus

«Es wird wieder sichtbar, dass ärztliche und pflegerische Leistungen keine Produkte sind»

Gespräch mit dem Soziologen Ulrich Oevermann und der Soziologin Marianne Rychner darüber, wie die Krise unseren Blick auf das Gesundheitswesen verändert und warum sie die aktuelle Diskussion über Patientenverfügungen für problematisch halten.



Prof. Dr. Ulrich Oevermann und Dr. Marianne Rychner sprachen mit P+P über soziologische Aspekte der Corona-Krise.

Bild: Marco Zanoni

Herr Oevermann, Frau Rychner, wie wird das Verhältnis zwischen Arzt, Ärztin und Patient von der aktuellen Coronavirus-Krise beeinflusst?

Es verändert sich grundsätzlich nichts im konkreten Falle der Erkrankung einer Patientin, warum sollte

dies der Fall sein? Es tritt nur deutlicher zutage, was sonst oft vergessen geht, dass es bei ärztlicher Praxis nicht um marktförmige Produkte geht, die gekauft und verkauft werden, sondern um stellvertretende Krisenbewältigung. Genauso, wie Patienten nicht wegen

Fortsetzung auf Seite 2

Differenzierte Einheitsfinanzierung

Für einen sanften Übergang zur ambulanten Versorgung

Seit zehn Jahren will das Parlament die Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen vereinheitlichen. Für die Umsetzung dieses Monismus-Projekts wären Gesetzesänderungen nötig, doch die liegen noch in weiter Ferne.

Um aus der Sackgasse herauszufinden und den Anstieg der Krankenkassenprämien schon vorher einzudämmen, hat die Société Médicale de la Suisse Romande SMSR einen Vorschlag: Ein Teil der Einsparungen, die im stationären Bereich erzielt werden, soll für die ambulante Versorgung aufgewendet werden. Namentlich für bestimmte ambulante Leistungen, die seit dem 1. Januar 2019 nur noch übernommen werden, wenn sie ambulant erfolgen (z. B. Leistenbruch- und Krampfademoperationen oder Kniearthroskopie). Hier soll das Prinzip der kantonalen Mitfinanzierung eingeführt werden. So würden diese Kosten dank Subventionen der Kantone nicht mehr zu 100 % durch die Krankenkassenprämien gedeckt und damit weniger Kosten auf die Versicherten abgewälzt.

Im Kanton Waadt würde eine solche Finanzierungslösung mit mehreren hunderttausend Franken zu Buche schlagen. Das erscheint als durchaus zumutbar – zumal sich die Ausgaben für Prämienverbilligungen auf mehr als 700 Mio. Franken (Quelle: 24heures) jährlich belaufen und die Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen und die Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch die Spitäler auf mehr als 800 Mio. Franken (Quelle: Kanton Watt, Annexe Technique au Contrat de Prestations 2019).

Kommentar: Philippe Eggimann, Präsident der Société Médicale de la Suisse Romande und der Waadtländer Ärztesellschaft SVM

jedem Wehwehchen den Notfall aufsuchen sollen, orientiert sich der Arzt am hippokratischen Eid und damit am Gemeinwohl. Dies tritt nun wieder stärker ins Bewusstsein. Das ist notwendig, damit das für den Genesungsprozess notwendige Vertrauen vorhanden ist. Neben der individuellen Ebene gibt es in der aktuellen Krise nun die kollektive Ebene, dort treten die Ärztinnen und Patienten indirekt in Erscheinung. Die Öffentlichkeit sieht und hört vor allem Virologen und Epidemiologinnen, die als Dienstleister der Politik agieren, die dann entscheidet. Die Vermittlung gelingt Daniel Koch, dem Leiter der Abteilung Übertragbare Krankheiten beim BAG, doch eigentlich sehr gut. Er spricht nicht wie ein Politiker, sondern eher wie ein Arzt.

Die Bedeutung der Pflege war in den letzten Jahren ein grosses Thema in der Schweiz, zu erwähnen ist etwa die Pflegeinitiative. Öffentlich wurde das Thema in erster Linie unter dem Kostenaspekt diskutiert. Wie verändert die Krise den Blick auf den Pflegeberuf?

Der Pflegenotstand, der ja schon bekannt war, ist noch deutlicher sichtbar geworden. Auch hier gilt wie bei der ärztlichen Praxis, dass es sich bei pflegerischen Leistungen nicht um Produkte handelt. Diese Haltung wurde in den letzten Jahren oft als etwas antiquiert belächelt. Dass heute nun aber viele Menschen für Ärzte und Pflegepersonal applaudieren, zeigt, dass diese Leistung etwas Besonderes ist und dass es auch nach dieser Krise wichtig sein wird, sich dessen bewusst zu sein und dies bei der Ausbildung, den Arbeitsbedingungen und der Entlohnung des Pflegepersonals zu berücksichtigen.

Ist es richtig, wenn nun kommuniziert wird, jeder müsse sich jetzt, im Hinblick auf die Engpässe bei den Beatmungsgeräten, Gedanken machen, ob er künstlich beatmet werden will?

Sicher ist es aus der Sicht der potenziellen Patientin sinnvoll, sich solche Gedanken zu machen und festzuhalten, was man auf keinen Fall will in Grenzbereichen des Machbaren. Das war aber immer schon so. Die Schwierigkeit ist dabei, dass man als Laie nie genau wissen kann, was denn die eine oder andere Massnahme zu einem bestimmten Zeitpunkt wirklich bedeutet. Letztlich ist man auf stellvertretende Krisenbewältigung durch Professionelle angewiesen, den absolut mündigen Patienten halten wir für eine Illusion. *Overmann:* Ich selber zum Beispiel habe vor ein paar Jahren, wenn ich mich recht erinnere, festgehalten, dass ich nicht reanimiert und künstlich beatmet werden will, wenn es so weit kommt. Angesichts der aktuellen Epidemie bin ich mir trotz meines Alters aber

nicht mehr sicher, und zwar deshalb, weil die Atembeschwerden hier ja offenbar konstitutiv sind für einen schweren Krankheitsverlauf, die Beatmung also die wichtigste Medizin ist. Nun bleibt natürlich die Frage, unter welchen Bedingungen, mit welchen Vorerkrankungen eine Genesung ohne beeinträchtigende bleibende Schäden möglich ist. Wer weiss das im Voraus? Der Arzt, dem ich vertraue, kann es im Zweifelsfall wohl besser einschätzen als ich selber. Die aktuell medial vermittelten Empfehlungen halten wir also für problematisch, nicht nur, weil sie ältere Leute unter Druck setzen können, sondern auch, weil damit suggeriert wird, es existierten objektive Kriterien, die das Abwägen im Einzelfall durch den behandelnden Arzt ersetzen können.

Die Triage bzw. Rationierung waren immer schon Teil der ärztlichen Tätigkeit.

Erreichen diese Entscheidungen in der Krise eine neue Qualität?

Solche Entscheidungen sind im Grunde genommen das Alltagsgeschäft von Ärztinnen und Ärzten, selbst in einem guten Gesundheitssystem gibt es immer Dinge, die nicht unbeschränkt vorhanden sind, etwa Zeit. Von einem Arzt, der solche Entscheidungen nicht treffen kann, möchte ich nicht behandelt werden. Ich muss mich jedoch darauf verlassen können, dass der Arzt nicht einfach nach Schema F entscheidet, sondern dass er seine Kenntnisse über den konkreten Fall selbstverständlich in den Entscheidungsprozess einbezieht.

Dieser Artikel ist in Kooperation mit dem Swiss Dental Journal der SSO entstanden. Das Gespräch fand Ende März statt.

Zu den Personen

Prof. Dr. Ulrich Overmann ist emeritierter Soziologieprofessor der Universität Frankfurt, wo er in den 1960er Jahren als Assistent von Jürgen Habermas am Lehrstuhl für Philosophie und Soziologie gearbeitet hat. Er hat sich in zahlreichen Forschungsprojekten mit ärztlichem Handeln beschäftigt.

Dr. Marianne Rychner ist Historikerin und Soziologin, sie doziert an verschiedenen Hochschulen in der Schweiz. In ihrer Dissertation «Grenzen der Marktlogik» untersuchte sie die Logik ärztlichen Handelns.

Gastkommentar

Zentrale Versorgungssicherheit in der Krise

Die Aufrechterhaltung der Produktion und der globalen Lieferketten in der Industrie ist in der Pandemie zentral. Die Zulieferung von Rohstoffen, Vorpräparaten und Halbfertigprodukten muss sichergestellt bleiben. Der Bund verpflichtet die Kantone seit kurzem, ihre aktuellen Bestände an medizinischem Material, unter anderem auch gewisser Arzneimittel, zu melden. So sollen Versorgungsengpässe frühzeitig erkannt und behoben werden. Sorgen bereiten die irrationalen Hamsverkäufe und Abschottungsversuche einzelner Länder. Die Firmen halten verschiedene Versorgungskanäle offen, um möglichst flexibel reagieren zu können.

Im Fall der neuen Testverfahren von Roche zeigt sich dies exemplarisch. Die Instrumente kommen aus der Schweiz, die Tests aus den USA und die Verbrauchsmaterialien aus Deutschland. Alle drei Komponenten sind für die Tests notwendig. Schliesst ein Land seine Grenzen, sind die Testkapazitäten gefährdet. Bereits wird gefordert, den gesamten Wertschöpfungsprozess in die Schweiz zurückzuverlagern. Das ist unrealistisch in einem globalisierten Wirtschaftssystem. Wir werden nicht alle wichtigen Medikamente autark produzieren können. Mit Pharma-Exporten von 88,2 Mrd. Franken (2018) und einem Umsatz unserer Mitglieder hierzulande von 3,8 Mrd. würde die Schweiz auch zu den grössten Verliererinnen einer solchen Politik gehören. Dass wir aber weiter mehr Resilienz einbauen und nach der Krise eine Neubeurteilung der Lieferketten unter dem Gesichtspunkt der Versorgungssicherheit vornehmen, ist wichtig und richtig.

Die Diversifizierung der Versorgung mit Rohstoffen, Vorpräparaten und Halbfertigprodukten gilt es weiter zu stärken. Auch in Zukunft werden wir weiterhin auf offene Grenzen für Waren und Mitarbeitende angewiesen sein.



Dr. Heiner Sandmeier
MPH, Stv. Geschäftsführer,
Interpharma



In einer Studie im Auftrag der FMH gaben Assistenzärzte an, gleich viel Zeit für medizinische wie für dokumentarische Aufgaben aufzuwenden.
Bild: iStock

Bürokratie in der Arztpraxis

Weniger Bürokratie, mehr Zeit für die Patienten

Ärztinnen und Ärzte wollen wieder mehr Zeit mit ihren Patienten verbringen statt am Schreibtisch. Das wäre durchaus möglich. Aber die aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik laufen diesen Forderungen zuwider. Wird die Corona-Krise die Diskussion neu lancieren?

Ärzte verbringen immer mehr Zeit am Computer statt am Patientenbett. Und das nicht freiwillig. Grund ist die zunehmende Bürokratie in Arztpraxen und Spitälern. Das ist einerseits ein Problem für die Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf nicht so ausüben können, wie sie es möchten. Andererseits ist es auch ein Nachteil für die Patienten, weil die Behandelnden weniger Zeit für sie haben. Und schliesslich wirkt es sich auch finanziell aus: Mehr Administration bedeutet mehr Kosten.

Sensibilisierung und konkrete Massnahmen

«Medizin statt Bürokratie!» fordern nun Ärztinnen und Ärzte, unterstützt von der gleichnamigen Kampagne des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (vsao). Die Spitalleitungen und die Leitungen der Weiterbildungsstätten sollen für das Problem sensibilisiert werden; man will zeigen: Gegen die zunehmende Bürokratie ist man nicht einfach machtlos; man kann etwas dagegen unternehmen.

In diesem Sinne hat der vsao systematisch Lösungsmodelle gesammelt und unter [www.medizin-statt-](http://www.medizin-statt-buerokratie.ch)

[buerokratie.ch](http://www.medizin-statt-buerokratie.ch) zusammengetragen. Ein Beispiel aus der ständig wachsenden Liste: Im Hôpital du Jura hat man das Sekretariat der Abteilung Innere Medizin reorganisiert, damit dessen Mitarbeitende die Ärzte entlasten können. Seit Herbst 2019 unterstützt der Verband zudem zwei Kliniken bei einem Pilotprojekt, das die Reduzierung der Administration zum Ziel hat. «Zusammen mit den Assistenzärztinnen und -ärzten vor Ort und mit Hilfe einer spezialisierten Beratungsfirma haben wir Probleme identifiziert und erarbeiten nun massgeschneiderte Lösungen», erklärt Marcel Marti, stellvertretender Geschäftsführer des vsao. Resultate liegen in einigen Monaten vor.

Zwei Stunden administrative Arbeit täglich

Wie nötig diese Bemühungen tatsächlich sind, zeigt die Statistik. Eine Studie im Auftrag der FMH zum Thema Arbeitsplatzzufriedenheit von Assistenz- und Oberärzten¹ hat ergeben: In der Akutsumatik tätige Ärzte wenden für Dokumentationsarbeiten rund um das Patientendossier im Schnitt 20 Prozent ihrer Arbeitszeit auf, das entspricht 119 Minuten täglich. Im Vergleich dazu machen medizinische patientennahe

Tätigkeiten rund 34 Prozent der Arbeitszeit aus. Assistenzärzte gaben an, sogar gleich viel Zeit für medizinische wie für dokumentarische Aufgaben aufzuwenden.

Die Studie zeigt auch, dass die administrative Arbeit zunimmt: Im Jahr 2011 gaben die Ärzte an, 86 Minuten täglich für Dokumentationsarbeit aufzuwenden, also noch 33 Minuten weniger. In der Rehabilitation sehen die Zahlen ähnlich aus.

Globalbudget und Kostenbremse sind eine schlechte Idee

Die aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitspolitik werden das Problem kaum entschärfen. Zum Beispiel die Einführung eines Globalbudgets gemäss den bundesrätlichen Massnahmenpaketen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen: «Zwar wissen wir nicht genau, wie ein Globalbudget oder eine Kostenbremse umgesetzt würden. Sicher ist, wenn weniger Geld zur Verfügung steht, geraten die Ärzte, vor allem junge Ärzte, noch stärker unter Druck als sie ohnehin schon sind», sagt Marcel Marti. Zudem stünden auch weniger Mittel zur Verfügung, um den Zuwachs an Bürokratie zu kompensieren, etwa durch Reorganisationen oder durch eine Aufstockung des Personals.

Corona-Pandemie lanciert die Diskussion neu

Marti ist überzeugt, dass die Erfahrungen während der Corona-Pandemie die Diskussion neu anstossen werden. «Nach dieser Krise werden wir überlegen, was funktioniert hat und was nicht. Genügte die personelle Dotation in den einzelnen Abteilungen? Konnten die Spitäler ihren Auftrag erfüllen? Wurde in der Vergangenheit vielleicht zu viel gespart?» Den Ärzten und dem Pflegepersonal werde in diesen Tagen viel abverlangt, stellt Marti fest. «Und es ist selbstverständlich, dass sie in solchen Extremsituationen beispielsweise längere Arbeitszeiten und kürzere Ruhezeiten in Kauf nehmen. Aber nach der Krise müssen wir über die Bücher gehen.»

Dieser Artikel ist in Kooperation mit dem Swiss Dental Journal der SSO entstanden.

¹ Erhebung von GFS Bern, Juni/Juli 2019, 1572 Ärztinnen und Ärzte haben teilgenommen. Schweizerische Ärztezeitung 101: 4-6 (2020)

Praxisnetzwerke gegen den Hausärztemangel?

In ländlichen Regionen haben Hausärzte grosse Schwierigkeiten, ihre Nachfolge zu regeln. Praxisgruppen mit angestellten Ärzten sind ein immer beliebterer Lösungsansatz. Connie Raif, CEO und Miteigentümerin der Kette Doktorhaus Gruppe AG, und Aldo Kramis, Hausarzt und Eigentümer einer Gemeinschaftspraxis, über Vor- und Nachteile dieses Ansatzes.



Besonders in ländlichen Regionen fällt es Hausärzten zunehmend schwer, Nachwuchs für ihre Praxis zu finden.

Bild: Keystone

Frau Raif, Sie erwerben Einzelpraxen von Ärzten, die keine Nachfolger finden – mit welchen Überlegungen?

Der Hausärztemangel war schon in Zeiten vor dem Coronavirus einer der Brennpunkte in unserem Gesundheitssystem. Die Gründe dafür sind vielfältig. Einerseits nimmt die Spezialisierung in der universitären Ausbildung weiterhin stark zu. Andererseits scheint der klassische Hausarzt für viele Ärzte an Attraktivität verloren zu haben. Nicht aus medizinischen Gründen, sondern wegen der Rahmenbedingungen, in denen sich Hausärzte heute behaupten müssen. Die Folge ist eine Unterversorgung, insbesondere in vielen ländlichen Regionen der Schweiz.

Wie können Sie als Gruppe dem entgegenwirken?

Da wir als Gruppe Aufgaben wie Personalwesen, Buchhaltung oder Einkauf poolen können, ergibt sich für eine Nachfolgelösung in einer Einzelpraxis eine neue Ausgangslage: Unsere Ärztinnen und Ärzte können sich in erster Linie um ihre Patientinnen und Patienten kümmern. Sie haben mit uns einen attraktiven Arbeitgeber, der ihnen die unternehmerische Freiheit einer

KMU offeriert. Bei einer Anstellung in einem Grossbetrieb hätten sie diese Freiheit nicht.

Welche Ärztinnen und Ärzte können sich der Doktorhaus Gruppe anschliessen?

In erster Linie sind es Allgemeinmediziner mit ausreichender Berufserfahrung, die wieder «back to the roots» und ihre Patienten ganzheitlich betreuen möchten.

Setzen Sie Anreize, um der Personalfluktuations entgegenzuwirken?

Mit dem Stichwort «Personalfluktuations» sprechen Sie einen entscheidenden Punkt an. Nicht allen Netzwerken gelingt es, die Mitarbeitenden langfristig an sich zu binden. Ich denke, unser Leistungspaket und die Tatsache, dass wir sehr nah beim einzelnen Arzt und seinem Praxisteam sind, ohne uns hinter Hierarchien zu verstecken, sind zwei entscheidende Faktoren für Ärztinnen und Ärzte, die den Weg zur Doktorhaus Gruppe finden. Die Ärztinnen und Ärzte, die die Nachfolgelösung für ihre Praxis mit uns sicherstellen, haben die Gewissheit, dass wir sorgfältig mit ihrem Patientenstamm umgehen und die Weiterführung der Praxis nahtlos sicherstellen.

Müssen Ärzte bestimmte Kosten- und Leistungsziele erreichen?

Selbstverständlich. Diese setzen wir partnerschaftlich fest.

Haben Sie eine netzwerkinterne Qualitätssicherung?

Unsere Ärztinnen und Ärzte und die MPAs nehmen an den Qualitätszirkeln der lokalen Ärztenetzwerke teil, denen wir angehören.¹ Darüber hinaus bieten wir separate Schulungen durch unsere Lieferanten wie z.B. Laborpartner oder Medikamentenlieferanten oder ziehen bei Bedarf auch externe Referenten bei.

¹ Anmerkung d. Red.: Es gibt aber auch Netzwerke, die nur ärztzeigene Einzel- und Gemeinschaftspraxen aufnehmen.

Kommentar von Aldo Kramis, Leiter Redaktionskommission P+P VEDAG und Hausarzt in einer ärzteigenen Gemeinschaftspraxis in Emmenbrücke

Frau Raif weist auf ein grosses Problem hin: Auch ich kenne viele Kolleginnen und Kollegen, die Mühe haben, eine Nachfolge für ihre Praxis zu finden. In letzter Konsequenz können sie gezwungen sein, ihre Selbstständigkeit aufzugeben und sich einer Kette anzuschliessen.

Das kann eine Lösung sein: Es gibt viele positive Beispiele, in denen Praxisteam und Patienten nach der Übernahme durch eine Praxisgruppe zufrieden sind. Die Administration wird extern erledigt, man kann eventuell Kosten sparen und muss das unternehmerische Risiko nicht alleine tragen. Die Nachfolge ist gesichert und man muss nicht alles aufgeben, was man über die Jahre aufgebaut hat.

Es läuft aber nicht immer so reibungslos. Mir sind Fälle bekannt, in denen es nach der Übernahme einer Praxis durch eine Kette zu Problemen kam. Man hört von Fluktuation unter dem Personal und Ärzten, weil der Kostendruck aufs Personal abgewälzt wird – grössere Strukturen allein beseitigen den Fachkräftemangel nicht. Hohe Fluktuationen erschweren die hausärztliche Vertrauensbeziehung. Es gibt sogar Beispiele, in denen pensionierte Ärzte ihre eigene Praxis wieder übernehmen und weiterpraktizieren, da die Nachfolge nicht funktioniert hat und die Leute im Dorf den Arzt angefleht haben.

Wenn eine Praxisgruppe nicht komplett auf Profit getrimmt wird und Ärzte freie, unabhängige Entscheide fällen, kann eine Gruppe gut funktionieren. Aber: sie darf nicht zur einzigen Lösung werden, um die hausärztliche Versorgung auf dem Land zu garantieren. Der Hausärztemangel muss bekämpft werden, damit es nicht zum Ausverkauf der unabhängigen Ärzteschaft kommt. Dafür braucht es unternehmerisches Flair und politische Fördermassnahmen.