

Das Magazin der Berner Haus- und Kinderärzt:innen

Verein Berner
Haus- und
Kinderärzt:innen | VBHK

VBHK

MAGAZIN

Ausgabe 3/2023



Inhalt

EDITORIAL

Zusammenarbeit als Schlüssel zum Erfolg

INTERVIEW

Strategien zur Förderung der Zufriedenheit von Assistenzärzt:innen in der Pädiatrie

KOMMENTAR

Der bürokratische Aufwand behindert den Dienst an den Patient:innen

INTERVIEW

«Früher gab es bei kleinen Kindern nie Essstörungen, das kam erst im Jugendalter vor.»

CARTE BLANCHE

Vielfältige Digitalisierung

POLITIK

«Integrierte Versorgung» muss von unten aufgebaut werden



EDITORIAL

Zusammenarbeit als Schlüssel zum Erfolg

Pünktlich zum Jahresende melden wir uns nochmals zu Wort. Nicht mit einem besinnlichen Rückblick, sondern mit einem hoffentlich spannenden Mix an Themen aus der aktuellen und weiterhin drängenden Gesundheitspolitik.

Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen

Die Schlagwörter der letzten Wochen wie «Prämienschock» und «Sparprogramme» stehen in krassem Gegensatz zu unserer Realität, welche die Versorgungskrise im Fokus hat – insbesondere auch mit den nunmehr realen Spitalschliessungen im Raum Bern.

Ein zentrales Thema ist die «Teilstrategie integrierte Versorgung», welche trotz kolossalem Scheitern der spitalzentrierten Struktur in Bern genau dieses System auf den Kanton hochskalieren will. Nicht wie durch uns propagiert «bottom-up», sondern «top-

down» mit einer spitalzentrierten Versorgung, so lautet das Dogma.

Hier werden wir sowohl als Verband als auch als Grundversorger:innen, eigentlich sind wir ja vielmehr die «Hauptversorger:innen», gefordert sein. Die gemeinsame Arbeit an diesen Zielen stärkt nicht nur unsere Position im Gesundheitssystem, sondern vor allem die Qualität der Patient:innenversorgung.

Julian Jakob, engagierter und forschender Jungpädiater, gibt uns spannende Einblicke in den Alltag und die damit verbundenen Belastungen der jungen Kolleg:innen während der

Weiterbildung. Ein spannendes Thema, welches für unsere Nachwuchsförderung zentral und wichtig ist.

COVID? Stimmt, da war doch mal was... Wie sieht die Realität der Endemie aus? Wie sieht unser Alltag aus? Was sind die Herausforderungen in den Praxen? Jürg Dräyer nimmt uns mit in seinen (und wohl auch unseren) Alltag.

In der Sprechstunde machen wir einen Exkurs zu einem besonders sensiblen Thema. Essstörungen brauchen eher zunehmend unsere Aufmerksamkeit. In einer Welt, die von äusseren Einflüssen und gesellschaftlichem

Druck geprägt ist, ist es unerlässlich, frühzeitig auf mögliche Anzeichen zu reagieren und die betroffenen jungen Menschen zu unterstützen. Gerade in der Kinder- und Jugendmedizin und im Rahmen des akuten Versorgungsmangels in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind wir hier zunehmend gefordert.

Insgesamt bietet diese Ausgabe eine vielschichtige Perspektive auf die aktuellen Themen, die unseren Alltag bewegen. Wir hoffen, dass die Artikel und Interviews Sie nicht nur informieren, sondern auch zum Nachdenken anregen und den Austausch untereinander fördern. Unsere Zusammenarbeit ist der Schlüssel zu einer erfolgreichen und nachhaltigen Gesundheitsversorgung in Bern.

Vielen Dank für den grossen Einsatz für das Wohl unserer Patient:innen.

In diesem Sinne wünsche ich uns allen trotz allem ein beschauliches Jahresende.

Stefan Roth



INTERVIEW

Strategien zur Förderung der Zufriedenheit von Assistenzärzt:innen in der Pädiatrie

Assistenzärzt:innen sind aufgrund ihrer Situation als lernende Fachkräfte vielseitigen Stressoren ausgesetzt. Julian Jakob ist Assistenzarzt am Spitalzentrum Biel und hat eine Studie zu diesem Thema durchgeführt. Im Gespräch mit unserem Vorstandsmitglied Eva Hugentobler erzählt er, wie man die Zufriedenheit von Assistenzärzt:innen verbessern könnte.



Julian Jakob / Assistenzarzt
Spitalzentrum Biel
Die hohe Arbeitsbelastung und die vielen Arbeitsstunden sind entschei-

dende Faktoren, die das Wohlbefinden der Assistenzärzt:innen reduzieren. Wie sieht das bei Ihnen persönlich aus?

Die Weiterbildungszeit empfinde ich als sehr lehrreich und spannend, allerdings sind es lange Arbeitstage und viele Dienste, sodass das Sozialleben unausweichlich tangiert wird. Dem Wunsch nach «persönlicher Erfüllung» auch ausserhalb des Spitals nachzugehen, finde ich sehr wichtig – dies angelehnt an das Prinzip der «Säulen

der Resilienz» (Aktivitäten diversifizieren = stärkere psychologische Stabilität).

Ich plane meine Forschungszeit im Wechsel zu meiner klinischen Tätigkeit ein. Das ermöglicht mir eine freiere Planung und das stärkt wiederum meine Motivation in der medizinischen Praxis.

Was könnte man gegen die hohe Arbeitsbelastung tun?

Man könnte mehr Teilzeitstellen schaffen, eine 42-Stunden-Woche einführen (was bei fast allen anderen Berufen Standard ist). Ausserdem könnte man den Alltag durch strukturelle Unterstützung, wie z.B. Spracherkennung zum Diktieren, Case Management für organisatorische Anliegen oder intuitive IT-Programme, effizienter gestalten.

Julian Jakob ist Assistenzarzt am Spitalzentrum Biel, PhD Student am Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) und an der Kinderklinik des Inselspitals in Bern und Vertreter der Assistenzärzt:innen bei Pädiatrie Schweiz (SGP).

Er hat die Studie **Assistenzärztinnen und -ärzte in der Pädiatrie** durchgeführt.

Sind bereits Pilotstudien zur Evaluation der 42-Stunden-Woche und mehr Teilzeitarbeit geplant?

Ja, in Zürich auf der Intensivstation gibt es das **Pilotprojekt «42+4-Stunden-Woche»**. Dieses scheint sehr gut zu funktionieren, die Assistenzärzt:innen sind zufriedener, und durch effiziente Planung mussten nicht mehr Stellen geschaffen werden. (Anm. der Redaktion: Das Unispital Zürich wurde für ihre Reduktion bei der Arbeitszeit mit der **«Spitalrose»** ausgezeichnet. Die «Spitalrose» belohnt Kliniken bzw. Spitäler, welche die Situation der Ärzt:innen mit gezielten Massnahmen verbessern.)

Assistenzärzt:innen wünschen sich eine Optimierung bei der Weiterbildung. Zum Beispiel zum Thema Ultraschall-Curriculum. Wie könnte man diesen «Flaschenhals» angehen, damit möglichst viele Assistenzärzt:innen davon profitieren könnten?

Aktuell werden bereits während des Medizin-Studiums Ultraschall-Curricula angeboten. Dazu gibt es immer mehr POCUS-Instruktor:innen, sowohl in Funktion von Oberärzt:innen im Spital, wie auch bei niedergelassenen Pädiater:innen. Das ermöglicht eine direkte Supervision für Assistenzärzt:innen im klinischen Alltag. Des Weiteren werden Rotationen auf der Radiologie angeboten und man kann externe Kurse besuchen (z.B. der SGUM).

Studie: Assistenzärzt:innen in der Pädiatrie

Assistenzärzt:innen sind aufgrund ihrer Situation als lernende Fachkräfte vielseitigen Stressoren ausgesetzt. Aus Studien über Assistenzärzt:innen in der allgemeinen inneren Medizin weiss man, dass die Arbeitsbelastung hoch und die Zufriedenheit gemischt ist. Ziel der Studie war eine Beschreibung der Weiterbildungsstrategien, Meinungen und Sorgen von Assistenzärzt:innen in der Pädiatrie in der Schweiz.

Der Altersmedian lag bei 30 Jahren. Die Mehrheit der Assistenzärzt:innen arbeitete ausschliesslich in der Klinik, nur wenige in der Praxis und/oder Forschung. Im Median wurde eine Wochenarbeitszeit von 55 Stunden bei einer 100%-Anstellung angegeben. Insgesamt war rund die Hälfte der Teilnehmenden der Ansicht, dass sie zu viel arbeiteten, was auf unzureichende administrative Unterstützung oder Unzufriedenheit mit der klinischen Software zurückgeführt wurde.

Die multimedialen Lernressourcen sollen mit einer digitalen pädiatrischen Bildungsplattform ergänzt werden. Gibt es schon eine konkrete Umsetzung?

Auf der **Bildungsplattform von Pädiatrie Schweiz** gibt es verschiedene Möglichkeiten, sich weiterzubilden. Man findet dort «E-Learnings» (inkl. Credits nach Lernkontrolle), «Guidelines» oder «Essentials» (= Basiswissen für alle). Als Mitglied der SGP hat man kostenlosen Zugang.

Zudem gibt es viele Kurse (sowohl Weiter- wie auch Fortbildung), die auf der Website von Pädiatrie Schweiz oder Kinderärzte Schweiz (spezialisiert auf Praxispädiatrie) angeboten werden.

Zur Stressreduktion der Assistenzärzt:innen hat man mittels Pediatric Integrative Medicine in Residency Program in den USA versucht, mit strukturierten Ausgleichsaktivitäten wie Achtsamkeitstraining entgegenzuwirken, jedoch nur mit moderatem Erfolg. Warum?

Kognitive Verhaltenstherapie braucht Zeit – und genau das ist das Problem. Eine Möglichkeit wäre es, dass man das Achtsamkeitstraining in den klinischen Alltag einbaut. Das wäre ein guter Ansatz, um die Resilienz zu stärken.

Allerdings bringt auch ein hohes Mass an Resilienz nur wenig, wenn die Strukturen kein effizientes und sinnstiftendes Arbeiten ermöglichen. Neben der Stärkung der Resilienz sollte meiner Meinung nach vor allem bei der hohen Arbeitsbelastung angesetzt werden. Stichwörter dazu: Dienstplanung, Bürokratie, Umgang mit Verantwortung und strukturierte Weiterbildung.

Durch organisatorische Massnahmen könnte man die Zufriedenheit der Assistenzärzt:innen gemäss Studie deutlich steigern. Warum funktioniert dies in der Realität nicht?

Die Digitalisierung in Spitälern steckt

im Vergleich zu anderen wirtschaftlichen Zweigen in den Kinderschuhen – viele Prozesse sind ineffizient und zeitintensiv.

Die Unzufriedenheit der Assistenzärzt:innen hat zum Teil auch mit einem gewissen Generationenkonflikt zu tun. Früher war das Bild «Medizin als Berufung» führend. Heute möchten Ärzt:innen neben ihrem Beruf auch ein Sozialleben gestalten und die Möglichkeit haben, sich für Engagements neben der Hauptarbeit einzusetzen.

Der Trend in der Medizin geht dahin, dass angehende Ärzt:innen vor allem in kleinen Gemeinschaftspraxen in Teilzeit arbeiten möchten. Im Spital-Setting ist dies schwieriger zu organisieren. Das könnte Auswirkungen auf die Rekrutierung von motiviertem Nachwuchs haben. Wie könnte man dieses Problem angehen?

Ich bin überzeugt, dass dies auch im Spital-Setting funktionieren kann. Zum Beispiel im Rahmen eines Job-Sharings. Dies könnte sogar eine Chance sein – wenn jemand krank ist, kann die andere Person einspringen. Dadurch hat man mehr Reserven, als wenn alle 100% ausgelastet sind. Aktuell sind Soll-Arbeitszeit und maximale Arbeitszeit beide bei 50 Stunden, das lässt wenig Spielraum. In Zukunft wird es für die Assistenzärzt:innen wohl mehr Kollaborationen im Praxis-Spital geben, insbesondere bei der Tendenz zu mehr ambulanten und weniger stationären Behandlungen.

Ich möchte nochmals betonen, was in der Erhebung klar signalisiert wurde: Insgesamt sind die aktuellen Assistenzärzt:innen hochmotiviert, sie lieben ihren Beruf und den Kontakt zu ihren Patient:innen. Viele Assistenzärzt:innen äussern aber klar das Bedürfnis, neben dem Hauptberuf Zeit in weitere Interessen investieren zu kön-

nen.

Das Gespräch führte Eva Hugentobler.

Eva Hugentobler



KOMMENTAR

Der bürokratische Aufwand behindert den Dienst an den Patient:innen

Wieso sind viele Hausärzt:innen zur Zeit nicht aktiv beim Boostern gegen COVID-19? Das Beispiel zeigt das Dilemma zwischen dem unermüdlichen Einsatz der Hausärzt:innen für das Wohlergehen der Patient:innen und der überbordenden Bürokratie.

Im Alltag der Hausärzt:innen ist es essentiell, dass die administrativen Abläufe schlank gehalten werden, so dass möglichst viel Zeit für den direkten Patient:innenkontakt bleibt. Die Grippeimpfung ist ein gutes Beispiel. Nach einem Gespräch zur Impfung und nach ihrer Verabreichung, braucht es nur ein paar Clicks damit, die Impfung registriert wie auch abgerechnet ist.

Es ist nachvollziehbar, dass zu Beginn der Impfung gegen Covid-19 viel Unsicherheit bestand und auch aus epidemiologischer Sicht ein effizientes Monitoringsystem nötig war. Wenn

auch umständlich, war das VacMe-Portal eine gute Lösung.

Der grösste Teil von uns Hauptversorger:innen waren denn auch bereit, das System zu unterstützen, im Bewusstsein, dass es zwar zweckmässig, aber nicht praktisch, geschweige denn wirtschaftlich war. Provokativ kann man auch sagen, dass die Behörden die Gutmütigkeit der Hauptversorger:innen bewusst ausgenutzt haben. Man wusste, dass sie sich, auch wenn es mühsam und unrentabel war, für ihre Patient:innen einsetzen würden.

Es ist hingegen unverständlich, dass

es nicht möglich war, nach einer so langen Vorlaufzeit die aktuellen Covid-19 Impfstoffe ganz normal in die Spezialitätenliste aufzunehmen. Damit hätten sie einfach registriert und abgerechnet werden können.

Hausärzt:innen berichten, dass es aktuell bis zu 15 Minuten braucht, bis eine Impfung im VacMe-Portal registriert ist (fehlende Codes und Passwörter etc.). Bei der in dieser Jahreszeit sowieso hohen Belastung der hausärztlichen Sprechstunden ist es nicht erstaunlich, dass einige Hausärzt:innen lediglich auf die Corona-impfung hinweisen und im besten Fall

bestehende Impfsprechstunden empfehlen. Dabei wären sie gerade während der Zeit der Grippeimpfung prädestiniert, auch die Covid-19 Impfung durchzuführen.

Obwohl das BAG verspricht, dass der Coronaimpfstoff bald in die Regelversorgung überführt werden soll, ist das bis jetzt nur für das Paxlovid geschehen, ein antivirales Medikament. Dieses kommt nur in bestimmten Fällen bei der COVID-19 Erkrankung zum Einsatz und spielt in der hausärztlichen Praxis kaum eine Rolle.

Jürg Dräyer



INTERVIEW

«Früher gab es bei kleinen Kindern nie Essstörungen, das kam erst im Jugendalter vor.»

Sandra Burri erklärt im Interview, wie sie als Kinderärztin damit umgeht, dass ihre Patient:innen mit Essstörungen immer jünger werden und welchen Einfluss Social Media auf die Essgewohnheiten der Jugendlichen hat.

Link Video: <https://vimeo.com/896227013?share=copy>

Cynthia Ringgenberg



CARTE BLANCHE

Vielfältige Digitalisierung

Viele Patienten und Patientinnen wurden in früheren Zeiten medizinisch «digitalisiert», mit gutem Erfolg. Mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens, sprich e-Health, aber hapert es. Ein Blick auf zwei ungleiche Digitalisierungen.

Menschen, die an einer Herzinsuffizienz litten, wurden früher «digitalisiert». Mit Digitalis behandelt, einem Glycosid des Roten Fingerhuts. Digitalis war die Königin der Herzmedikamente, bevor es durch die heute üblichen Wirksubstanzen abgelöst wurde. Als Zeichen seines hohen Ranges stand es auf Medikamentenlisten in der Regel an oberster Stelle.

Digitalis verstärkt mit seiner positiv inotropen und gleichzeitig negativ dromotropen und chronotropen Wirkung die Kontraktionskraft des Myocards und senkt die Schlagfrequenz. Zwei wichtige therapeutische Effekte zur Verbesserung der Herzfunktion. Die medikamentöse «Digitalisierung» erforderte einige Erfahrung und we-

gen der geringen therapeutischen Breite von Digitalis eine sorgfältige Beobachtung auf unerwünschte Wirkungen. Digitalis entfaltete seine volle Wirkung erst nach einer Woche. Diese Aufsättigungsphase konnte auf 24 Stunden verkürzt werden, indem man am ersten Behandlungstag drei- bis viermal eine Tagesdosis, nötigenfalls intravenös, verabreichte.

Vorsicht war aber angebracht, besonders bei alten Menschen und einer beeinträchtigten Nierenfunktion. Übelkeit, Sehstörungen und Bradycardie waren Zeichen einer Intoxikation. Eine Hypokaliämie drohte insbesondere in Kombination mit dem ausschwemmenden Furosemid. Eine ST-Senkung und T-Inversion im EKG waren fast

obligat und konnten zu Fehlinterpretationen betreffend einer koronaren Herzkrankheit führen.

Während die medikamentöse «Digitalisierung» herzkranker Menschen verschwand, kam vor gut drei Jahrzehnten sukzessive die IT-Digitalisierung der Medizin auf.

Inzwischen sind die meisten ärztlichen Praxen und medizinischen Institutionen digitalisiert. Einerseits zum Guten, aber auch mit Risiken sowie unerwünschten, oft «chronophagen» Nebenwirkungen. Beispielsweise lassen sich digitalisierte Daten so schnell

und mühelos in Berichte umwandeln und mit «copy & paste» kopieren, dass aus Bequemlichkeit oft Massen roher Daten ohne Selektion übermittelt werden. Aus diesen muss die Empfängerin dann mühsam und zeitaufwändig die für ihre Fragestellung relevanten Informationen herausuchen.

Mit der digitalen Vernetzung unter verschiedenen Praxen und Institutionen – eine Grundvoraussetzung für die seit langem geforderte e-Health-Strategie des Gesundheitswesens – geht es aber einfach nicht vorwärts. Diese Blockade dürfte unter anderem auch daran liegen, dass die Daten der unterschiedlichen IT-Systeme nicht konvertierbar sind und sich nicht medienbruchfrei gegenseitig integrieren lassen.

Der Datenaustausch erfolgt mit PDF-Dokumenten, die einzeln geöffnet und wieder geschlossen werden müssen. Sogar deren teils kryptischen Dateinamen müssen in der Empfängerpraxis einzeln angepasst werden, damit die Berichte vernünftig auffindbar sind. Mit der Zeit muss man sich durch einen veritablen PDF-Dschungel kämpfen. Wer in eine andere Praxis wechselt, erhält seine Krankengeschichte auf einer CD mit zahllosen Einzeldateien. Es ist kaum besser als damals mit der Papier-KG und dem Fax. Vielleicht sogar schlechter, weil man nicht mehr rasch durch sauber abgelegte Papiere mit offen einsehbaren Informationen blättern kann.

Ein nostalgischer Rückfall? Nein, sondern mein inniger Wunsch, die Digitalisierung des Gesundheitswesens möge bald zu einem erfolgreichen Resultat kommen. Sie möge so überzeugen, wie damals die medikamentöse «Digitalisierung». Sie möge den Menschen dienen. Den Ärztinnen und Ärzten Arbeit abnehmen und nicht neue aufbürden. Ihnen Zeit freischaufeln, die

sie ihren Patientinnen und Patienten sowie ihrem eigenen Wohlbefinden widmen können.

Bruno Kissling, Bern, Hausarzt im Ruhestand

Bruno Kissling



POLITIK

«Integrierte Versorgung» muss von unten aufgebaut werden

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Bern wischt Bedenken der Stakeholder beiseite und legt eine Teilstrategie «integrierte Versorgung» vor, in der die Spitäler eine zentrale Rolle übernehmen sollen. Damit zäumt sie das Pferd von hinten auf – und verschenkt das Potenzial einer echten Koordination in der Gesundheitsversorgung.

Die Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020-2030 steht seit August 2020. Gut drei Jahre später, laufen die Arbeiten an der ersten von sechs Teilstrategien, anhand derer einzelne Bereiche konkretisiert werden sollen. Diese Teilstrategien sollten zusammen mit so genannten externen Begleitgruppen erarbeitet werden. Ziel: Stakeholder einbeziehen, die Teilstrategie «bottom up» entwickeln.

Nach einer Sitzung der Begleitgruppe im Sommer und schriftlichen Rückmeldungen der Stakeholder zum Vorentwurf der Teilstrategie «integrierte Versorgung» erreicht uns im Oktober

die Einladung zur Teilnahme am öffentlichen Konsultationsverfahren. Plötzlich geht es schnell – und zwar ohne Berücksichtigung der von den Stakeholdern zuvor eingebrachten Bedenken und Vorschläge.

Im Schreiben an die Begleitgruppe heisst es denn auch: «Aus Ihren mündlichen und schriftlichen Rückmeldungen ist deutlich geworden, dass die Leistungserbringer:innen und ihre Verbände eine andere Erwartungshaltung an den Zweck, die Ausrichtung und den Detaillierungsgrad der Teilstrategie haben als das Gesundheitsamt bzw. die Verwaltung.

(...). Das Gesundheitsamt hält daher am eingeschlagenen Weg fest.» Man nimmt es ernüchtert zur Kenntnis.

Falsch aufgezümt: Spitalzentrierte Ausrichtung sorgt für Kritik

Die Kritik an der Teilstrategie ist keine Kritik an der «integrierten Versorgung», sondern richtet sich dagegen, «integrierte Versorgung» «top-down» zu entwerfen. So tut es die Teilstrategie, denn sie sieht die Spitäler künftig in der zentralen Rolle, wenn es um «integrierte Versorgung» geht oder die GSI beim Aufbau von Netzwerken.

Übrigens: Nicht nur die Haus- und

Kinderärzt:innen und andere Grundversorger:innen üben Kritik an dieser «top down»-Logik mit Leistungserbringern aus dem stationären Setting als Drehscheiben, auch die Spitäler selber haben grosse Bedenken geäussert.

Ein Modell, bei dem die Spitze der Versorgungspyramide (Spitäler) Behandlungspfade koordiniert, macht keinen Sinn, allein schon aus Kapazitätsüberlegungen. Es zäumt das Pferd von hinten auf. Rund 94 % der medizinischen Anliegen können durch die Grundversorgerpraxen abschliessend behandelt werden, sie verursachen dabei knapp 8 % der Gesundheitskosten.

Der Aufbau der Strategie muss deshalb mit Fokus auf die Grundversorgung erfolgen. Selbstverständlich sollen die weiteren Leistungserbringer dieser Sparte (Spitex, Sozialdienste, Physiotherapie, psychiatrische Dienstleister, Prävention etc.) ebenso eingebunden und berücksichtigt werden wie die Anliegen der Patient:innen.

Vernetzung in der Grundversorgung fördern

Der koordinierten Versorgung gehört die Zukunft, sie ist zu fördern, darüber bestehen keine Zweifel. Die Haus- und Kinderärzt:innen leben diese in der täglichen Praxis und im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten seit eh und je. Die Steuerung von Behandlungswegen unserer Patient:innen und die Koordination mit anderen Leistungserbringern gehört zu den eigentlichen Kernaufgaben der haus- und kinderärztlichen Praxistätigkeit. Die Vernetzung muss deshalb zwingend «bottom up» geschehen.

Im Zentrum einer Gesundheitsstrategie muss die Bevölkerung stehen, umgeben von einer vernetzten Grundversorgung, diese ihrerseits umgeben von einer effizienten Spitallandschaft. Erfolgreiche Modelle von funktionie-

renden Ärztenetzwerken gibt es im Kanton Bern viele und dies bereits seit über 20 Jahren. Ihr Erfolg beruht mitunter auf den verbesserten Rahmenbedingungen für die an den Netzen angeschlossenen Grundversorger:innen und Patient:innen.

Hier liegt denn auch das grösste Potenzial zur Förderung der koordinierten Versorgung: Es gilt, die Voraussetzungen für die in der Grundversorgung tätigen Leistungserbringer:innen zu verbessern, damit die Koordination im Sinne der «integrierten Versorgung» gelingt.

Wenig vielsprechend scheint dagegen, auf dem Reissbrett unter dem Label «integrierte Versorgung» und mit viel Public Relations neue Modelle zu promoten, hinter denen in erster Linie private Spitalanbieter und Versicherungen stecken, die aber noch kaum Patient:innen gesehen haben. Der Beweis, dass ein spitalzentriertes Modell wie das Réseau de l'Arc funktioniert, steht jedenfalls noch aus.

Rahmenbedingungen verbessern

Wer echte «integrierte Versorgung» fördern will, tut dies nicht über verordnete Zuweisung von Rollen, sondern durch Anpassungen von Rahmenbedingungen, wie sie seit Jahren diskutiert, aber kaum umgesetzt werden. Einige Beispiele und konkrete Vorschläge:

- Die Tätigkeiten von MPA (medizinischen Praxisassistentinnen) und MPK (medizinische Praxiskoordinatorinnen) müssen gefördert und angemessen entschädigt werden, ebenso muss ihre Ausbildung im Hinblick auf die Herausforderungen der Zukunft besser gefördert werden.
- Auch und gerade «integrierte Versorgung» braucht Personal, das an den entsprechenden Orten, also insbesondere in den Praxen, aus-

und weitergebildet wurde. Notwendig ist gezielte Nachwuchsförderung in Grundversorgerpraxen (v.a. Assistenzarztprogramme, MPA- / MPK-Ausbildung).

- Es braucht Anpassungen auch auf der Tarifebene, einerseits durch eine längst fällige Anhebung des Taxpunktwertes (TPW), gegebenenfalls mit einem TPW-Splitting. Zudem muss andererseits Koordinationsarbeit im Sinne der «integrierten Versorgung» zwingend entschädigt werden, auch die von nichtärztlichen Berufen geleistete Koordination.
- Ein wichtiger Bestandteil der «integrierten Versorgung» bildet die Präventionsarbeit. Sie wird tarifarisch heute kaum abgebildet. Präventionsleistungen müssen gefördert und auch entsprechend entschädigt werden. Sie leisten den nachhaltigsten Beitrag zur Kostendämpfung.
- Pilotversuche müssen unkompliziert genehmigt und finanziell unterstützt werden, damit Innovation gelingen kann. Innovation entsteht oftmals kleinräumig, zu hohe Anforderungen an Pilotversuche behindern solche Modelle und damit echten Fortschritt, der «bottom up» wächst.

Für die geforderte «bottom up»-Versorgung wäre eine zentrale Stellung der Grundversorger:innen unbedingt nötig. Diese betreuen die Patient:innen primär und können den Grossteil der Probleme im ambulanten Setting lösen. Der grösste Teil der Patient:innen hat gar keinen Spitalkontakt, wieso gerade die Spitäler dann die führende Rolle im Rahmen einer «integrierten Versorgung» übernehmen sollen, erschliesst sich nicht.

Connor Fuhrer

IMPRESSUM

Verein Berner Haus- und Kinderärzt:innen

Geschäftsstelle:

Geschäftsstelle VBHK
Effingerstrasse 2
CH-3011 Bern
sekretariat@vbhk.ch

Erscheinung:

3 x jährlich

Technik und Gestaltung:

deinmagazin.ch

Redaktion:

Geschäftsstelle VBHK
Effingerstrasse 2
CH-3011 Bern
sekretariat@vbhk.ch