

Die Synapse und den Fortbildungskalender finden Sie unter

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

www.aerzte-bl.ch
www.medges.ch

Sonderheft
Urabstimmung MC
SwissDRG

Leitartikel

Freie Arztwahl: JA – Aktuelle Managed Care-Vorlage: NEIN!

Wir fordern eine Urabstimmung aller FMH-Mitglieder!

Tobias Eichenberger, Präsident Ärztesgesellschaft Baselland

Auszug aus einem Positionspapier der Ärztesgesellschaft Baselland, der Medizinischen Gesellschaft Basel, der Kantonalen Ärztesgesellschaft Schaffhausen, der Association des Médecins du Canton de Genève, der Société Suisse de Dermatologie, der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft und der Schweizerischen Gesellschaft für Otorhinolaryngologie (Teil 2):

Die Gesetzesvorlage 04.062 Managed-Care ist kontraproduktiv und lenkt von den wirklich wichtigen Problemen ab. Unsere Hausärzte pflegen traditionsgemäss eine enge und konstruktive Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Spezialisten und den Kolleginnen in den öffentlichen und privaten Spitälern. Sie pflegen den fachlichen und informellen Austausch, um den Patienten bestmöglich zu behandeln. Informelle Netzwerke haben schon immer bestanden. Eine gute Medizin kann nur in enger Zusammenarbeit und mit der Integration der verschiedenen Spezialisten in einen Behandlungsplan betrieben werden. Ohne die wirklichen Probleme zu berücksichtigen, glauben die Politiker fälschlicherweise, durch Erzwingen von Managed Care-Modellen Kosten sparen zu können.

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- FMH und SwissDRG: Bitte um Konsequenz 4
- SwissDRG kommt – bleibt das Patientengeheimnis erhalten? 5
- Fallpauschalensystem – eine pauschale Falle für Kinderspitäler? 7
- Leserbriefe Managed Care 8
- Job Coaching – eine Stütze beim beruflichen Wiedereinstieg 11
- «6. IV-Revision: Anspruch und Wirklichkeit» 12
- Wegweiser zur Praxisassistenten 14
- VHBB-Herbstbummel 14

Editorial

Starke Hausarztmedizin JA – Managed Care-Vorlage NEIN

Die Positionen der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel sind klar: Starke Hausarztmedizin: JA – Volksinitiative «JA zur Hausarztmedizin»: JA – Managed Care: JA – Managed Care-Vorlage: NEIN!

In der letzten Synapse haben wir die Vorkommnisse an der Ärztekammer vom 26. Mai 2011 aufgezeigt. In der aktuellen Ausgabe erfolgt der 2. Teil des Textes. Das Positionspapier der 7 Gesellschaften (Ärztesgesellschaft Baselland, Medizinische Gesellschaft Basel, Kan-

tonale Ärztesgesellschaft Schaffhausen, Association des Médecins du Canton de Genève, Société Suisse de Dermatologie, Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft und Schweizerische Gesellschaft für Otorhinolaryngologie) wurde am 7. Juli 2011 der Schweizerischen Ärztezeitung zur Publikation übermittelt. Allerdings hat die FMH-Führung eine Publikation blockiert. Unterdessen konnten aber dank intensiver Anstrengungen der Initianten Termin und Modalitäten der (gegenüber der für Ende September vorgesehenen Parlaments-Abstimmung) rechtzeitigen FMH-Urabstimmung festgelegt werden. Sie werden in den nächsten Tagen von der FMH

die entsprechenden Abstimmungs-Unterlagen erhalten. Bitte stimmen Sie ab! Es geht um unsere Zukunft!

Nebst den 7 Gesellschaften hat auch der VSAO mit seinen 18 500 Mitgliedern eine Urabstimmung verlangt. Zusammen vertreten die 8 Organisationen rund 25 000 der 35 000 FMH Mitglieder. Wir hoffen, dass die Basis die aktuelle Managed Care-Vorlage klar ablehnen und der FMH den Auftrag geben wird, ihre diesbezügliche Politik zu ändern.

Dr. Tobias Eichenberger,
Präsident Ärztesgesellschaft Baselland
Dr. Felix Eymann,
Präsident MedGes Basel

Das wirkliche Problem besteht im drohenden Ärztemangel, der zum Beispiel bei den Hausärzten schon jetzt spürbar ist und dramatisch zunehmen wird. Noch sind vorwiegend die (v.a. peripher gelegenen) Hausarztpraxen betroffen. Bereits wirkt sich der Nachwuchsmangel aber auch in den ersten Spezialgebieten aus, indem Facharztstellen in den öffentlichen Spitälern nicht mehr oder nur mit ungenügend Qualifizierten besetzt werden können. Verstärkt wird diese Problematik durch die zunehmende Feminisierung, die Zunahme von Teilzeit Arbeitenden und die «artfremde» Weiterbildung (Industrie, Pharma, Codierer). Somit müssen mehr ÄrztInnen ausgebildet werden! Dies kostet und braucht Zeit (Verzögerung von 10 bis 12 Jahren). Energische Anstrengungen zur Ausbildung zusätzlicher ÄrztInnen sind aber kurzfristig zwingend, die entsprechende Investition wird sich lohnen.

Die Rolle des Hausarztes ist unverzichtbar. Keineswegs kann er als erste Anlaufstelle durch Pflegepersonal ersetzt werden, wie es gewissen Politikern vorschwebt. Es ist sicherzustellen, dass die neu ausgebildeten ÄrztInnen in genügender Zahl die Laufbahn des Hausarztes wählen.

Doch die Abschaffung der freien Arztwahl und die Zwangseinführung von Managed Care sind nicht geeignet, den Beruf des Hausarztes attraktiver zu gestalten – im Gegenteil! Stattdessen müssen endlich die Arbeitsbedingungen und die Entlohnung der Hausärzte verbessert werden. Gefragt sind eine gesteigerte Wertschätzung und eine angemessene Honorierung der anspruchsvollen hausärztlichen Tätigkeit, damit für junge Mediziner ein überzeugender Anreiz geschaffen wird, den Beruf des Hausarztes zu ergreifen.

Ohne plausibel zu erklären, warum, und entgegen den Ankündigungen von Dr. de Haller bei der Präsentation des ursprünglichen MC-Projektes 2006, unterstützt die Führung von FMH und VEDAG seit Jahren einen politischen Kurs, welcher, anstatt eine freie Auswahl von verschiedenen Modellen anzubieten, in einem staatlich verordneten Obligatorium für Netzwerke mit Budgetmitverantwortung endet.

Bei den durchgeführten Befragungen der Basis in den Kantonen und Fachgruppen sieht es ganz anders aus. Deshalb fordern 4 Kantonalgesellschaften (BL, BS, GE, SH), 3 Fachgesellschaften (Dermatologen, Ophthalmologen, ORL) und der VSAO eine Ur-

abstimmung zum Kurs der FMH in Bezug auf die Managed Care-Vorlage. Unterstützt werden diese Gesellschaften von kantonalen Fachgruppen, der Psica und PULSUS. **Wichtig ist, dass die oben genannten Gesellschaften nicht grundsätzlich gegen Managed Care sind, sondern nur gegen den Zwang zu dieser Form der Zusammenarbeit, die obligatorische Budgetmitverantwortung und den differenzierten Selbstbehalt.** Managed Care soll sich ohne Querfinanzierung, d.h. Subventionen, in einem freien Markt bewähren und seine Vorteile zeigen können.

Länder mit planwirtschaftlichen Gesundheitswesen zeigen explodierende Gesundheitskosten. Der Grund liegt u.a. in einem überbordenden Management aus nichtmedizinischen Caremanagern, welche sich mit bürokratischen Vorgaben direkt in die ärztliche Behandlung einmischen. Seit 1995 steigt in Grossbritannien die Zahl der Gesundheitsmanager mehr als doppelt so schnell wie die von Ärzten und Pflegedienstleistenden zusammen. (1) In der Schweiz liegt der jährliche Zuwachs an Gesundheitsausgaben im Schnitt unter 5%. Das bewährte Zusammenspiel von Einzelpraxen, freiwilligem Managed Care und Spitälern ist offensichtlich im Längsverlauf kostengünstig. Die mehr als 20%igen jährlichen Ausgabensteigerungen in Ländern mit einer flächendeckenden Managed Care-Versorgung schneiden dagegen schlecht ab. (2) So basiert das weitaus teuerste Gesundheitswesen der Welt (USA) auf Managed Care-Modellen.

Wir sollten der nächsten Arztgeneration die freie Entscheidungsmöglichkeit bewahren, in welchem System sie sich bewegen möchte. Mittun in einem der bestehenden Netzwerke, Gründung neuer, innovativer Produkte oder Arbeiten im traditionellen, informellen Netz sollte auch in Zukunft eine freie Entscheidung der ÄrztInnen sein und bleiben. Die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit hängt nicht zuletzt davon ab, ob unsere Profession auch zukünftig ein «métier libre» bleibt.

Die bisherige Politik der FMH mit enger Anlehnung an «Bundesbern» hat uns weder vor der Abwertung des Praxislabors, vor der obligatorischen Budgetmitverantwortung in der aktuellen Managed Care-Vorlage oder anderen Fehlentwicklungen verschont. Mit einem klaren Auftrag der

Basis im Rücken sollte es der FMH eher möglich sein, unsere Interessen gegenüber der Politik zu vertreten.

Dabei brauchen wir vor keinem Drohszenario Angst zu haben. Durch die 35 000 Mitglieder sind (wären!) wir in der Lage, bei gezielten Aktionen über unsere Praxen, die Wartezimmer von Spitälern und, wenn es sein muss, durch die Beilage bei Rechnungen und mit Inseraten in der Tagespresse die Wahrheiten im Gesundheitswesen publik zu machen, um so durch unsere Patienten gleichzeitig die Steuerzahler und Stimmbürger zu erreichen.

Letztendlich geht es um die Frage des Vertrauens. Vertrauen wir den Bundespolitikern oder unseren KollegInnen? Vertrauen wir darauf, dass die Politiker die derzeit seit 7 Jahren (!) kontrovers diskutierte Vorlage schon noch zu einem für die Ärzteschaft und ihre Patienten guten Ende bringen werden? Dass ein Parlament, in dem der Präsident der ständerrätlichen Gesundheitskommission eine gravierende Unkenntnis des Gesundheitswesens bezeugt (SÄZ 2011;92:25, 923), uns nicht wie schon oft (Abwertung Praxislabor, Hindernisse bei der DMA) ein weiteres Mal enttäuschen wird? – Oder vertrauen wir unserer Basis? – **Wir haben deutlich mehr Vertrauen in unsere Mitglieder!**

Zusammenfassung:

Unsere 7 Gesellschaften und der VSAO fordern eine Urabstimmung über den Kurs der FMH in Sachen Gesetzesvorlage 04.062 Managed-Care. Das Parlament diskutiert diese Vorlage seit Jahren erfolglos. Die Schweizer Ärztinnen und Ärzte sind in der Lage, freiwillig und erfolgreich Netzwerke zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten zu entwickeln und zu betreiben.

1 <http://www.telegraph.co.uk/health/health-news/7213118/NHS-managers-numbers-rise-at-twice-rate-of-doctors-report-finds.html>

2 http://www.saez.ch/pdf_d/2009/2009-46/2009-46-681.PDF

FMH und SwissDRG: Bitte um Konsequenz!

Tobias Eichenberger, Präsident Ärztegesellschaft Baselland

Regelmässig lesen wir in der Schweizerischen Ärztezeitung (letztmals am 27.7.2011 in der Ausgabe 30/31 auf S. 1141) die von Herrn Kollege Pierre-François Cuénoud (Mitglied Zentralvorstand FMH) ausführlich dargelegten Probleme mit der Einführung von SwissDRG per 1.1.2012. In einem 10-seitigen Mail vom 5.8.2011 werden die Argumente in Bezug auf Arztgeheimnis und Datenschutz umfassend dargestellt:

«Argumente gegen die Vereinbarung von H+ und santésuisse zur Einführung der Tarifstruktur SwissDRG – Bern, 22. Juli 2011: Arztgeheimnis und Datenschutz müssen gewahrt bleiben

Nachfolgend werden die Gründe aufgeführt, aufgrund derer die FMH die am 10. Juli 2011 zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und santésuisse getroffene Vereinbarung über ergänzende Anwendungsmodalitäten bei der Einführung der Tarifstruktur SwissDRG hinsichtlich der vorgesehenen Datenübermittlung ablehnt:

- Übermittlung der Diagnosen- und Prozedurendaten ist gesetzwidrig und unverhältnismässig.
- Austritts- und Operationsberichte gehören in die Hand des Vertrauensarztes.
- Kein Schutz der Spitäler vor noch weitergehenden Datenlieferungsforderungen der Versicherer.
- Krankenversicherer will die Patientenaufklärung zensurieren.
- Krankenversicherer riskieren technisches Chaos statt Datensicherheit.
- Spital hat keine wirksamen Mittel, sich gegen Datenphishing der Krankenkassen zu wehren.

- Beabsichtigte Trennung der gekoppelt übermittelten Daten ist Augenwischerei.
- Daten werden nur in begründeten Fällen zuhanden des Vertrauensarztes gekennzeichnet, auch dann sind sie an die Versicherungsadministration zu liefern.
- Krankenversicherer wollen Patientendaten dauerhaft speichern.
- Datensatz führt zu einer Datensammlung im wahrsten Sinne des Wortes.»

Schon früher sind diverse Mitteilungen diesbezüglich erfolgt (Auswahl):

«Medienmitteilung – Bern, 10. Februar 2011 Die FMH zum Fallpauschalensystem SwissDRG

Ärzteschaft fordert national einheitliche Übergangsregelung

Eine Übergangsregelung ist für die Einführung von SwissDRG zwingend.

Ab 2012 müssen alle Spitäler ihre Leistungen gemäss dem Fallpauschalensystem SwissDRG abrechnen. Dies wurde im Rahmen der letzten Revision des KVG beschlossen.

Aus Sicht der FMH gilt es, rasch eine national einheitliche Übergangsregelung für die Einführungsphase zu schaffen, damit sich Systemverzerrungen verhindern lassen.

Ebenso fordert die FMH eine überzeugende Begleitforschung, um unerwünschte Effekte zu reduzieren und diese möglichst schnell zu korrigieren.»

«Medienmitteilung – Bern, 20. April 2011 Datenschutz und eHealth

Abschaffung des Patientengeheimnisses

Unter dem Vorwand der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle fordern Krankenversicherer Zugang zu allen Patientendaten, insbesondere unter Swis-

sDRG detaillierte Angaben zu Diagnosen und Behandlungen. Das bedeutet die Abschaffung des Patientengeheimnisses. Erste Signale des BAG bei SwissDRG gehen in die gleiche Richtung, entgegen der Haltung des Parlaments. Dabei sind Kontrollen sehr wohl möglich, ohne den Datenschutz zu verletzen. Die FMH appelliert darum an Bundesrat Burkhalter, das Patientengeheimnis zu schützen und damit eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung der Bevölkerung zu sichern.»

Die Argumente der FMH sind differenziert und nachvollziehbar. Die FMH müsste aber die einzig logische Konsequenz ziehen, sich so lange gegen die Einführung von SwissDRG zu wehren, bis diese Forderungen auch erfüllt sind! Ob der Beitritt zum Moratorium dafür geeignet ist, sei dahingestellt (die Ärztesgesellschaft Baselland ist als bisher einzige Kantonalgesellschaft dem Moratorium bereits Ende letzten Jahres beigetreten). Aber wir müssen uns bewusst sein, dass die Ärzteschaft nach Einführung von SwissDRG, somit ab 1.1.1012, machtlos sein wird, was die weitere Entwicklung anbelangt. Die FMH hält lediglich 8% des Aktienkapitals von SwissDRG und hat im Verwaltungsrat eine Stimme ohne Vetorecht!

Der folgende Artikel des Juristen Thomas H. Meier (Büro des Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten EDÖB) gibt dazu wichtige Hintergrundinformationen.

SwissDRG kommt – bleibt das Patientengeheimnis erhalten?

Thomas Henrik Meier, lic. iur.,
verantwortlicher Jurist Bereich Gesundheitsdaten EDÖB

SwissDRG hat in den vergangenen Wochen und Monaten für viel Gesprächsstoff gesorgt. So wurde allenthalben vom Verkauf des Patientengeheimnisses gesprochen, oder das Gespenst des gläsernen Patienten geisterte durch die Medien. Klar ist, der Systemwechsel ist beschlossene Sache, und mit SwissDRG werden bedeutend mehr und detailliertere Informationen zu den Versicherten fließen, als dies bisher der Fall ist. Welche Gesundheitsdaten es tatsächlich sein werden, kann zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Artikels noch nicht genau gesagt werden.

Mit der neuen Spitalfinanzierung ab 1. Januar 2012 wird SwissDRG zur Anwendung kommen. DRG steht für Diagnoses Related Groups und stellt eine Fallkostenpauschale dar. Das Spital erhält für eine bestimmte Behandlung von der Versicherung einen im Tarifvertrag vereinbarten Betrag. Die klassische Berechnung nach Spitaltagen kommt nicht mehr zur Anwendung. Davon verspricht man sich mehr Effizienz. Es soll für ein Spital kein Anreiz bestehen, einen Patienten möglichst lange zu behalten.

DRG sind nicht etwas grundsätzlich Neues. APDRG (All Patient Diagnoses Related Groups) – quasi der Vorläufer von Swiss DRG – wird in der Schweiz seit 1998 verwendet. Gemäss Angaben des Vereins APDRG Suisse hat im Jahr 2006 bereits ungefähr die Hälfte der Spitäler in der Schweiz die Leistungen mit APDRG-Fallpauschalen abgerechnet. Warum also jetzt die Aufregung? Zum einen wahrscheinlich alleine aufgrund der Tatsache, dass mit SwissDRG im akutsomatischen, stationären Bereich erstmals ein Tarifstrukturvertrag geschaffen wird, der für die ganze Schweiz und damit für alle Spitäler Gültigkeit haben wird. Zum anderen sicher, weil es bei SwissDRG fast doppelt so viele DRG gibt wie bei APDRG (1100 gegenüber 600 gemäss Internetseite SwissDRG AG). Damit ist auch klar, dass ein DRG gemäss SwissDRG viel de-

taillierter Auskunft über die zugrundeliegende(n) Diagnose(n) und durchgeführten Prozeduren gibt, als dies bisher der Fall war. Mit der Bekanntgabe eines DRG gemäss SwissDRG an den Versicherer wird der Patient – aber auch das Spital – gegenüber dem Versicherer transparenter. Selbstverständlich sind in der laufenden Diskussion noch weitere Punkte – wie zum Beispiel die Überwachung der Kostenentwicklung und Leistungsmengen oder die Abgeltung der Anlagenutzungskosten – relevant, doch darauf soll hier nicht eingegangen werden.

Verhältnismässigkeit wahren

Aus der Sicht des Datenschutzes ist von besonderem Interesse, welche weiteren Informationen – also zusätzlich zum DRG – die Versicherer systematisch mit jeder Rechnung übermittelt bekommen sollen. Das KVG sagt, dass der Versicherer Anspruch auf eine detaillierte und verständliche Rechnung hat. Zudem hat er auch Anspruch auf alle Informationen, die er benötigt, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung zu prüfen (Artikel 42 Absatz 3 KVG). Es gilt der Grundsatz der Verhältnismässigkeit. Der Versicherer soll bekommen, was er braucht – aber nicht mehr. Das Bundesverwaltungsgericht hat diese Position in einem Entscheid vom 29. Mai 2009 (C-6570/2007) bezüglich APDRG bestätigt und konkretisiert: Es hält fest, dass die systematische Übermittlung von codierten Diagnosen und Prozeduren bei der Rechnungsstellung für die Zwecke der Rechnungsprüfung zulässig ist, wenn dabei die Prinzipien der Verhältnismässigkeit und des Datenschutzes eingehalten werden. Nun stellt sich die Frage, was das konkret bedeutet. Und hier gehen die Meinungen sehr weit auseinander. Administrative Daten, DRG und Rechnungsbetrag reichen, finden die einen. Hauptdiagnose, die Nebendiagnose(n) und alle durchgeführten Prozeduren, finden die anderen.

Im Laufe der durchaus hitzig geführten Diskussionen sind offenbar zwei Dinge vergessen gegangen. Erstens: Krankenversicherer haben im Bereich der obliga-

torischen Krankenversicherung gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) einen gesetzlichen Auftrag. Sie sollen nur Leistungen übernehmen, wenn deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) feststeht. Es versteht sich von selbst, dass die Krankenversicherer für die WZW-Prüfung über die geeigneten Informationen verfügen sollen und müssen. Zweitens: Krankenversicherer haben nur Anspruch auf diejenigen Informationen, welche für die WZW-Prüfung tatsächlich notwendig sind. Das KVG orientiert sich somit an dem im Bundesgesetz über den Datenschutz festgehaltenen Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Artikel 4 Absatz 2 DSG). Hier zeigt sich nun ein systeminhärentes Problem. Für die Ermittlung eines DRG muss zwingend der von der SwissDRG AG normierte Grouper verwendet werden. Der Grouper ist praktisch gesehen einfach ein Programm, in das verschiedene Informationen (neben vielen anderen eben auch: Haupt- und Nebendiagnose[n] gemäss ICD-10 und Prozeduren gemäss CHOP) eingegeben werden und woraus man den DRG ermittelt. Erhält der Versicherer nun ebenfalls diese Informationen, so kann er – da er ja den gleichen Grouper verwendet – nur zum gleichen Resultat kommen. Möglich ist, dass der Versicherer mit den erhaltenen Informationen ein wenig «herumspielt» – er prüft zum Beispiel, ob Haupt- und Nebendiagnosen vertauscht wurden, weil sich so ein lukrativerer DRG ergibt – und er kann diese Informationen mit bereits in der Versicherung für den betreffenden Patienten vorhandenen Informationen abgleichen und die Rechnung so plausibilisieren. Ganz sicher kann er mit diesen Informationen aber nicht die Richtigkeit der Codierung überprüfen. Hierfür müsste er über die Informationen verfügen, welche der Codierstelle des Spitals als Basis für die Codierung gedient haben. Konkret handelt es sich dabei um Operations- und Austrittsberichte. Da aber nicht alle Rechnungen durch die Versicherer so detailliert überprüft werden, wäre eine systematische Übermittlung von Austritts- und Operationsberichten klarerweise

unverhältnismässig und damit rechtswidrig. Deshalb ist im Tarifstrukturvertrag SwissDRG auch eine Codierrevision vorgesehen. Diese erfüllt aber nicht die Aufgabe der Rechnungskontrolle.

Übermittlung an den Vertrauensarzt löst das Problem nicht

Problematisch ist die derzeit von den Tarifpartnern vorgesehene Spezifikation des Datensatzes, welcher bei der Rechnungsstellung systematisch an die Versicherer übermittelt werden soll. Es handelt sich dabei, mit ganz kleinen Einschränkungen, um den Datensatz, welchen das Bundesamt für Statistik (BFS) für das Erstellen der medizinischen Statistiken verlangt und der dem BFS nur in einer pseudonymisierten Form (mittels des sogenannten anonymisierten Verbindungscode, der nur vom Spital aufgelöst werden kann) übermittelt wird. Dieser Datensatz wurde aber für einen ganz anderen Zweck definiert, nämlich zu einer möglichst genauen statistischen – und somit anonymen – Erfassung der in den schweizerischen Spitälern durchgeführten Behandlungen und von soziodemographischen Merkmalen der Patienten. Dieser Datensatz enthält deshalb zum Beispiel auch die Information, dass der Patient sich vor dem Spitaleintritt in einer Strafvollzugsanstalt befunden hat und nach dem Spitalaustritt auch wieder dorthin gegangen ist. Oder dass es sich bei der einweisenden Behörde um eine Strafvollzugsbehörde gehandelt hat. Diese Information ist für eine medizinische Statistik sicher interessant und auch relevant, doch den Krankenversicherer hat das bei der Rechnungsprüfung nicht zu interessieren. Nun könnte vielleicht die Meinung bestehen, dass das alles kein Problem ist, weil der Patient die Übermittlung an den

Vertrauensarzt der Versicherung verlangen kann, oder das Spital dies in begründeten Fällen aus eigenem Antrieb veranlassen kann (Artikel 42 Absatz 5 KVG). Die Übermittlung an den Vertrauensarzt kann aber nicht als quasi absolutive Lösung betrachtet werden. Denn auch der Vertrauensarzt hat nur Anspruch auf diejenigen *medizinischen* Informationen, welche für die Beurteilung des konkreten Falls *wirklich* nötig sind. Übermittelt das Spital also zu viele Informationen – was bei einer integralen Übermittlung von Austrittsberichten der Normalfall sein dürfte – an den Vertrauensarzt, so verstösst es gegen den Datenschutz, und der Versicherer verstösst ebenfalls gegen den Datenschutz, wenn er diese «überschüssigen» Daten bearbeitet. Dass die Bearbeitung durch den Vertrauensarzt erfolgt, ist dabei nicht relevant.

Vertrauensärzte werden mehr Arbeit bekommen

In Bezug auf den Vertrauensarzt wird SwissDRG weitere Probleme kreieren. Mit SwissDRG wird es höchst wahrscheinlich verstärkt zu Übermittlungen an den Vertrauensarzt (VAD) kommen, weil dies von den Patienten gewünscht wird. Diese Mehrbelastung muss in den Versicherungen bewältigt werden. Der Beizug von (noch) mehr Hilfspersonen im VAD dürfte die einfachste Form der Bewältigung darstellen. Zudem verfügen Vertrauensärzte üblicherweise nicht über eine Ausbildung als medizinische Codierer. Für die Überprüfung der Codierung werden also entweder im VAD Codierspezialisten arbeiten müssen, oder die Versicherer werden diese Aufgabe durch externe Dienstleister erledigen lassen. Gerade die zweite Variante, welche aus wirtschaftlichen Gründen wahr-

scheinlicher ist, wird für zusätzliche Datenschutzprobleme sorgen. Stichwort: Outsourcing in einem Bereich mit gesetzlicher Geheimhaltungspflicht.

Neue Lösungen sind notwendig

Die laufenden Diskussionen zeigen, dass es in der Praxis sehr schwierig wird, den erwähnten Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts umzusetzen. Sowohl Spitäler als auch Versicherer müssten Konzessionen machen und gemeinsam neue Lösungen finden. Insbesondere müssen die Möglichkeiten einer pseudonymisierten Übermittlung der Gesundheitsdaten und das Schaffen einer unabhängigen Clearingstelle seriös geprüft werden. Zudem braucht es für SwissDRG sicher einen eigenen spezifischen Datensatz, welcher wirklich nur diejenigen Informationen enthält, die der Versicherer für die WZW-Prüfung benötigt. Ansonsten sind Datenschutzverletzungen unumgänglich. Auch die organisatorischen Massnahmen der Versicherer zur Wahrung des Datenschutzes werden mit SwissDRG verstärkt überprüft werden müssen. Der Schutzwall zwischen obligatorischer und überobligatorischer Versicherung einerseits und Verwaltung und Vertrauensarzt andererseits muss undurchdringbar sein. Selbstverständlich muss für alle Patienten in der Schweiz das Gleiche gelten. Es kann nicht sein, dass die Patientenrechte je nach Versicherer respektive behandelndem Spital unterschiedlich ausgestaltet sind. Für individuelle Vereinbarungen zwischen Spital und Versicherer bezüglich der Übermittlung von Gesundheitsdaten lässt SwissDRG definitiv keinen Raum mehr. Die Tarifpartner haben jetzt dafür zu sorgen, dass auch mit SwissDRG das Patientengeheimnis noch ernsthaft seinen Namen verdient.

Aktionskomitee KIND IM KRANKENHAUSE E.V.

Fallpauschalensystem – eine pauschale Falle für Kinderspitäler?

Acht Jahre deutsche DRG-Erfahrung in Kinderkliniken

Julia von Seiche-Nordenheim
Bundesvorsitzende und Pressesprecherin
AKIK Bundesverband e.V.



Angesichts der bevorstehenden Einführung des Fallpauschalensystems in der Schweiz lohnt es sich, emotionslos dieses Vergütungssystem, seine His-

torie und die Erfahrungen aus Deutschland zu betrachten, um weitere Fallen zu vermeiden. Die Gefahr, Fehler bei der Einführung der DRGs zu machen, ist systemimmanent gross.

Historisch gesehen war das DRG-System von seinen Erfindern an der amerikanischen Universität Yale gedacht als Instrument zur Patientensteuerung innerhalb grosser Kliniken sowie als Messinstrument für Leistungsqualität an und für Patienten. 1992 wurde das System in Australien im Bundesstaat Victoria mit monetären Werten für Verrechnungszwecke hinterlegt. Zu dieser Zeit begannen in den meisten westlichen Nationen die Gesundheitskosten aus dem Ruder zu laufen. Anstelle einer genauen Fehleranalyse dieser Kostenexplosion griffen Spital- und Kostenträger, vor allem aber die Politik, den Gedanken «*Gleiches Geld für gleiche Leistung*», mit dem sie das australische System verbanden, begeistert auf. Deutschland machte sich für die Einführung dieses Fallpauschalen-Systems besonders stark. Nach der Wiedervereinigung sah man sich in Berlin damit konfrontiert, dass aufgrund der unterschiedlichen medizinischen Versorgungssysteme in Ost und West regional unterschiedlich verteilt zu viele Krankenhausbetten, auch für Kinder, aufgestellt waren. Eine gütliche Einigung bzw. Absprache zwischen den Klinikträgern kam naturgemäss nicht zustande. Man hoffte mit Hilfe des DRG-Systems auf eine «natürliche Selektion» innerhalb des Spital-

sektors. Konkret entschied man, flächendeckend und alle Fachgebiete (ausser Psychiatrie) umfassend die australische «Victoria»-Variante als Grundlage für die deutschen, «G-DRG» genannten Fallpauschalen einzuführen.

Trotz warnender Stimmen aus dem gesamten Lager der Pädiatrie meinten der Gesetzgeber und seine Berater in der anfänglichen Euphorie, der «Handvoll Kinder» in der ersten DRG-Version nicht Rechnung tragen zu müssen. Das war der Beginn einer Kette von Denkfehlern, die bis heute im Jahre acht nach Einführung gravierende (Versorgungs-)Spuren und Lücken hinterlassen haben.

Im australischen System wurde von Beginn an die Behandlung von Patienten unter 16 Jahre nicht erfasst mit der Begründung, dass die Patientengruppe unterhalb dieser Grenze zu heterogen für eine einheitliche Vergütung sei. Die Zusammensetzung einer DRG-Ziffer beruht auf einer komplizierten mathematisch-statistischen Formel. Notwendig hierfür ist die Erfassung einer statistisch relevanten Patientengruppe. Dazu bedarf es einer hinreichenden Anzahl von Patienten mit identischem Behandlungsbedarf. Ein Umstand, den man mit Kinderpatienten nicht erreichen kann.

Das erkannten die Australier und haben den Fachabteilungen für Kinderheilkunde Sonderentgelte bzw. Vergütungszuschläge gewährt. Nachdem die angeblich dringendsten Probleme im Zusammenhang mit der DRG-Einführung abgearbeitet waren, erkannte man in Deutschland, dass die pädiatrischen Einrichtungen in eine gefährliche finanzielle Schieflage geraten waren. Inzwischen aber hatte die fatale Denkweise einer **Ökonomisierung der Medizin** so weit um sich gegriffen, dass die «Heilungsversuche» in der Kinder- und Jugendmedizin nur noch halbherzig ausfielen.

Nationale wie internationale Studien belegen, dass Kinder im Spital einen gut

30% höheren Versorgungsaufwand haben als Erwachsene. Nachvollziehbar am Beispiel einer Blutabnahme: Kommt die Laborschwester in ein Krankenzimmer mit Erwachsenen, ist die Blutabnahme in kürzester Zeit erledigt. Bei einem Einjährigen sind die Blutgefässe nicht so leicht zugänglich, und es ist ihm nicht plausibel zu machen, dass diese Prozedur jetzt notwendig ist. Diesem Mehraufwand wird bis heute kaum Rechnung getragen. Dabei ist Kinderheilkunde eine vergleichsweise «preiswerte Medizin»: 13% der deutschen Bevölkerung sind Kinder bis zum 15. Lebensjahr. Die Ausgaben im Gesundheitsbereich für diese Altersgruppe betragen jedoch nur 6%. Im Kinderspital arbeiten alle Mitarbeiter unter der Prämisse, die kleinen Patienten so schonend und zügig wie möglich zu behandeln, damit sie rasch wieder nach Hause können. Beweis hierfür ist der Indikator der **Verweildauer** im Krankenhaus: für **Kinder** liegt sie inzwischen bei **4,3 Tagen**, bei Erwachsenen immer noch bei über 7 Tagen.

AKIK: Der AKIK-Bundesverband und seine Gruppen setzen sich für die bestmögliche medizinische, pflegerische, therapeutische, pädagogische und psychosoziale Behandlung akut und chronisch-kranker Kinder im Krankenhaus ein. Zahlreiche Aktivitäten verfolgen das Ziel, kranke Kinder und ihre Familien in deren schwieriger Situation zu unterstützen. AKIK verfasste zusammen mit anderen europäischen Schwesterverbänden die EACH (European Association for Children in Hospital)-Charta. Darin werden basierend auf entsprechenden Artikeln der UN-Kinderrechtskonvention in zehn Punkten die Rechte von kranken Kindern im Krankenhaus und deren Umsetzung beschrieben. AKIK ist initiativ sowohl für die Zeit vor als auch während und nach dem Krankenhaus-Aufenthalt eines Kindes.

Zwei DRG-Korrekturen sind in Deutschland vordringlich: die komplette Herausnahme der Kinder und Jugendlichen aus dem DRG-System, d.h. die Vergütung der Kinderversorgung nach australischem Vorbild. Ebenso wichtig ist die Entlastung des medizinischen Dienstes von der DRG-Dokumentationspflicht bzw. deren Vereinfachung. Ein Arzt hat seinen hippokratischen Eid nicht geleistet, um Listen ordnungsgemäss auszufüllen, sondern um all sein Wissen für die Heilung der Kranken einzusetzen. Zeit zum Ausfüllen der durch die DRGs immens gewach-

senen Zahl von Checklisten, Formularen und anderen Dokumenten geht immer auf Kosten der Behandlungszeiten von Patienten, da die personelle Ausstattung der Kliniken im ärztlichen und pflegerischen Bereich nicht dem Mehrbedarf für Verwaltungstätigkeit angepasst wurde.

Ein fatales und bedenkliches Indiz für die gefährdete Situation deutscher Kinderkliniken ist seit Juni 2011 auf der deutschen Plattform des Internet-Auktionshauses eBay zu finden: Hier wird eine hervorragend eingerichtete, seit Jahr-

zehnten zur Zufriedenheit aller betriebene Kinderklinik zum Kauf angeboten. Der bisherige Träger sagte in einer Stellungnahme, seit Einführung der Fallpauschalen sei die Kinderklinik nicht mehr kostendeckend zu betreiben.

Zu Auktionen bringt man, was man nicht mehr will oder braucht. Fallen jetzt in Deutschland auch Kinderkliniken in diese Kategorie? Dann allerdings sind die Fallpauschalen tatsächlich eine pauschale Falle für alle Kinderspitäler.

Leserbriefe

Leserbriefe zum Thema Managed Care

Reaktionen auf die Artikel zum Thema Managed Care in Synapse 5/Juli 2011

Verständnisprobleme

Dr. med. Christoph Hollenstein, Facharzt FMH für Allgemeine und Innere Medizin, Laufen

Es ist schwer verständlich, dass die Exekutive der FMH nicht alles daran setzt, in Bälde Klarheit über die Meinung der Mitgliederbasis zur aktuellen Managed-Care-Vorlage zu gewinnen. Ein solches Verhalten kann den Eindruck erwecken, dass dem einzelnen Arzt und Unternehmer (!) nicht zugetraut wird, die Folgen politisch-wirtschaftlicher Eingriffe für sich und seine Patienten abschätzen zu können. Oder dann lässt es vermuten, dass eine übergeordnete Strategie bedroht ist, welche den Mitgliedern (= zu denken gewohnten Akademikern) nicht genügend erklärt werden kann.

Es geht nicht darum, das Für und Wider «Managed Care» auszubreiten. Es geht auch nicht darum, einzelne Exponenten zu kritisieren bzw. sie wegen anderer Beurteilung einzelner Argumente generell in ihrer Kompetenz anzuzweifeln. Es geht schlicht und einfach darum, alle Betroffenen zu Wort («ja» oder «nein») kommen zu lassen.

Für mich steht fest: Eine Urabstimmung zur Haltung der FMH muss durchgeführt werden, und sie wird auch durchgeführt. Als urdemokratisches Mittel kann sie eigentlich nur dann Verlierer hervor-

bringen, wenn sie zu spät durchgeführt bzw. ihr Resultat zu spät veröffentlicht wird. Selbst wer Feuer und Flamme für die Strategie der FMH bzgl. Managed Care ist, muss zugeben, dass sich in ihren Reihen erhebliche Opposition breitgemacht hat. Dies äusserte sich bei der Ärztekammersitzung vom Mai 2011 darin, dass ein Vorstoss zur Strategieänderung dokumentiert mehrheitsfähig war. Es ist nichts als legitim, wenn im dadurch entstandenen Dilemma die Meinung aller Mitglieder als wichtigste Ressource erfragt wird. Stör- und Verzögerungsaktionen wären zum Schaden für das Kollegium (gegen «innen» und «ausen»), das Verfahren selbst jedoch kann nachhaltig nützen.

So kann ich die MC-Vorlage nicht gutheissen

Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Basel

Die Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie BS hat schon mehrfach darauf hingewiesen (z.B. Synapse Juli 2008), dass die vollständig freie Therapeutenwahl für einen positiven Therapieprozess von herausragender Bedeutung ist, weil diese den Vorgang der «Passung» von Therapeut und Patient am besten gewährleisten kann. Das Zusammenpas-

sen von Therapeut und Patient ist nach dem Kenntnisstand der Psychotherapieforschung der wichtigste Faktor für ein positives Therapieresultat. Wir Psychiater vertreten deshalb die Ansicht, dass die freie Psychiaterwahl in jedem System gewährleistet sein muss. Dies ist in der jetzigen MC-Vorlage nicht der Fall: Sind nur die einem Netzwerk angeschlossenen Psychiater für MC-Patienten zugänglich, bedeutet dies das Ende der Freiheit der Therapeutenwahl. Der politische Entscheidung, die freie Arztwahl durch höhere Selbstbehalte zu belegen, wird vielen – finanziell oft schlecht gestellten und darum ein MC-Modell wählenden – psychiatrischen Patienten verunmöglichen, ihren Therapeuten weiter frei wählen zu können. Dies schadet dem übergeordneten Therapie-Interesse der Passung. Deswegen kann ich die MC-Vorlage so nicht gutheissen.

Besten Dank

Dr. med. Romaine Viollier Spichty, Prakt. Ärztin FMH, Basel

Sehr geehrter Herr Dr. Eichenberger
Ich danke Ihnen herzlich für Ihren Bericht von der Ärztekammer vom 26. Mai 2011. Ich bin schockiert, wie hier die Demokratie mit Füßen getreten wird. Anscheinend müssen die Delegierten so

abstimmen, wie es der FMH-Präsident vorschlägt. Wenn die Abstimmung nicht der Meinung vom ZV bzw. FMH-Präsidenten entspricht, wird so lange diskutiert und erneut abgestimmt, bis der Entscheid stimmt.

Warum sollte eine Ur-Abstimmung eine Katastrophe sein? Dass die FMH-Mitglieder anderer Meinung sein dürfen als der FMH-Präsident und der ZV, das entspricht der Meinungsfreiheit und dem demokratischen Prinzip. Sonst könnte man ja auf Abstimmungen verzichten. Mag sein, dass die Mehrheit eine «falsche Meinung hat» – aber liegt es nicht AUCH an der FMH, ihre Mitglieder so zu informieren, dass eine Meinung gebildet werden kann? Und ist es nicht auch das Recht eines FMH-Mitgliedes, sich an anderen Stellen zu informieren und gegebenenfalls eine andere Meinung zu bilden? Wenn es nicht mehr möglich ist, eine Abstimmung nach den demokratischen Prinzipien durchzuführen und das Ergebnis umzusetzen, dann haben wir eine Diktatur.

Ich hoffe auf möglichst viele Ärztekammer-Delegierte wie Sie, Herr Dr. Eichenberger, welche das Geschehen an der Ärztekammer wachsam verfolgen!

Besten Dank!

MC-Vorlage: Lassen wir den Puls der Basis fühlen

Dr. med. Jürg Jutzi, Facharzt FMH für Innere Medizin, Bubendorf

Vor bald 20 Jahren wurden in der Schweiz die ersten Netzwerke für die hausärztliche Grundversorgung gegründet. Entstanden sind diese aus dem Idealismus einiger motivierter Kolleginnen und Kollegen, die in dieser Versorgungsform eine qualitativ gute und trotzdem kostengünstige Alternative sahen. Nach anfänglichen Pilotmodellen haben sich diese Versicherungsformen etabliert. Sie werden heute als Managed Care und neuerdings als Integrierte Versorgungsmodelle bezeichnet. Gut die Hälfte der Grundversorger/innen sind inzwischen

an einem MC-Versicherungsmodell angeschlossen. Wesentlich ist, dass alle diese Verträge freiwillig abgeschlossen wurden. Das trifft auch auf die Netzwerke mit Budgetmitverantwortung zu. Mit der MC-Vorlage wird ein bisher gut funktionierendes System durch Zwangsmassnahmen von oben diktiert werden. Die FMH hat diese Vorlage bisher vorbehaltlos unterstützt. Eine Befragung der Basis hat aber nie stattgefunden.

Mit der anstehenden Urabstimmung können wir unsere Meinung zum Ausdruck bringen. Nehmen wir diese Chance wahr und stellen wir uns gegen weitere Zwangsmassnahmen in unserer Praxis!

Warum es MC braucht!

Eva Kaiser, Fachärztin Allgemeinmedizin, Delegierte MFE

Das aktuell gültige Gesundheitsgesetz erlaubt es Krankenkassen, gesonderte Versicherungsmodelle anzubieten, bei denen sich die Arztwahl auf kostengünstige Ärzte beschränkt. Damit werden unter dem Titel «Hausarztmodell» Sparmodelle von den Kassen an ihre Kunden verkauft. Qualität oder eine Absprache mit diesen Ärzten im Rahmen von Verträgen sind dabei fakultativ, was Ärzten, die sich für eine sinnvolle Medizin mit Augenmass einsetzen, ein Dorn im Auge ist. Um diesen Missstand zu beheben, wurde während Jahren die Vorlage zum neuen Gesundheitsgesetz ausgearbeitet, ein Verhandlungsprodukt mit Vor- und Nachteilen, welches noch immer nicht definitiv vorliegt und möglicherweise im Konflikt zwischen National- und Ständerat auch ganz scheitern wird.

Es liegt im Interesse der Hausärzte, dass Hausarztmodelle ausschliesslich auf Verträgen zwischen Ärztenetzen und Kassen basieren, die unabhängig voneinander sind. Nur so können Hausärzte die integrierte Versorgung nach qualitativen Gesichtspunkten gestalten und unter dem selbstaufgelegten Druck die Kosten dabei im Auge behalten.

Die in Verträgen geregelte integrierte Versorgung hat daher nichts mit einer

Zwei-Klassen-Medizin zu tun. Die freie Wahl, direkt zu einem Spezialisten gehen zu dürfen, führt erwiesenermassen nicht zu einer besseren Medizin. Der Zugang zu den Spezialisten soll im MC-Modell nicht aus Kostengründen eingeschränkt, sondern gezielt durch den Hausarzt in die Wege geleitet oder, wenn aus medizinischen Gründen nicht angebracht, vermieden werden.

Die Verhandlungen zur MC-Vorlage sind aktuell weiterhin im Gange. Dabei sind die zwei wesentlichen von MFE und FMH geforderten Punkte, dass die Vorlage einen differenzierteren Risikoausgleich (aktuell werden Risikogruppen alleine anhand von Geschlecht und Alter gebildet) und die Unabhängigkeit zwischen Kassen und Ärztenetzen bringen soll. Wird im Herbst eine definitive Vorlage diese Punkte nicht beinhalten, werden die Delegierten unserer Berufsverbände neu entscheiden, ob die Vorlage unterstützenswert ist. Dies ist dann auch der richtige Zeitpunkt, über eine Urabstimmung nachzudenken, welche von den Verbänden lediglich zum jetzigen verfrühten Zeitpunkt abgelehnt wurde.

Behauptungen zu Managed Care, die von Verlust der freien Arztwahl, Knebelverträgen und gläsernen Patienten sprechen, zeugen von einer grossen Unkenntnis der betreffenden Systeme. Die bisher in Netzwerken organisierten Ärzte, immerhin 50% der Hausärzte, sind weder dumm, noch haben sie sich an die Kassen verkauft. Auch stehen sie wegen einer Budgetmitverantwortung nicht persönlich unter finanziellem Druck, da lediglich eine Kollektivverantwortung des Netzwerkes besteht, und der einzelne Arzt unverändert über TARMED abrechnet. Vor allem aber schaden Netzwerkärzte ihren Patienten nicht. Äusserungen von Prof. Maassen in der Synapse 11-5, die den Verdacht aufkommen lassen, dass dies so sei, muss im Namen all dieser Kollegen entschieden widersprochen werden.

(Zur Erleichterung des Leseflusses erlaube ich mir, die männliche Form zu wählen, wenn auch wir Frauen gemeint sind.)

Ihre Meinung interessiert uns!

Die Redaktion der Synapse interessiert sich sehr für den Dialog mit der Leserschaft. Senden Sie Ihre Ideen, Kritik, Lob und Anregungen an die Redaktion. Auch Leserbriefe sind jederzeit willkommen. Ihr Mail erreicht uns unter: synapse@emh.ch.

Job Coaching – eine Stütze beim beruflichen Wiedereinstieg

Christine Hersperger, Job Coach

Die Rückkehr an die Arbeitsstelle nach einer psychischen Krise oder Erkrankung stellt hohe Anforderungen an die Betroffenen und ihr Arbeitsumfeld, derer sich die Beteiligten oftmals nicht bewusst sind. Die Betroffenen werden nach einer Phase, in der Krankheit und Gesundung Tagesablauf und -inhalt prägten, nun wieder mit fachlichen Anforderungen konfrontiert. Es gilt, sich erneut im sozialen Kontext zu behaupten und Druck standzuhalten. Zwischen Arbeitnehmerin und Arbeitgeber besteht trotz des gemeinsamen Ziels einer vollständigen und nachhaltigen Integration grundsätzlich ein Interessenkonflikt. Der Arbeitgeber steht unter wirtschaftlichem Druck, für klärende Gespräche und eine Planung der Eingliederung ist nicht viel Zeit verfügbar, er benötigt eine möglichst reibungslos funktionierende Arbeitskraft. Die Arbeitnehmerin ihrerseits ist unsicher in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, mit geringem Selbstvertrauen und in Angst um ihren Arbeitsplatz. Sie braucht zu Beginn zusätzliches Verständnis und Flexibilität bei der Arbeit. Die Tatsache, dass psychische Erkrankungen in unserer Gesellschaft ein Tabu sind, führt dazu, dass wichtige Fragen nicht angesprochen werden. Die Arbeitnehmerin möchte dem Geschäft nicht noch mehr zur Last fallen oder für sich Sonderwünsche einfordern, die Vorgesetzte ist sich vielleicht der Komplexität der Situation nicht bewusst oder sie weiss nicht, wie sie das Thema ansprechen soll, ohne in die Privatsphäre einzudringen. Hemmungen auf beiden Seiten verhindern ein klärendes Gespräch.

Informationsaustausch dient der Reintegration

Für eine erfolgreiche Integration ist es notwendig, die Rahmenbedingungen sowohl der Psychiatrie wie auch der Arbeitswelt zu berücksichtigen. So sind Arbeitgeber beispielsweise auf möglichst genaue Informationen über Einsetzbarkeit, Leistungsfähigkeit und krankheitsbedingte Grenzen ihrer Mitarbeitenden

angewiesen, um die anstehenden Arbeitspläne zu können. Die Tatsache, dass bei psychischen Erkrankungen der Genesungsprozess Schwankungen unterworfen und meist schwer zu prognostizieren ist, steht dieser Notwendigkeit entgegen. Werden Vorgesetzte diesbezüglich von einer Fachperson informiert und beraten, erhöht sich ihr Verständnis und damit auch ihre Bereitschaft, Hand zu bieten für Anpassungen in Bezug auf Aufgabengebiet, Arbeitszeiten oder räumliche Verhältnisse. Dass durch eine psychische Krise Verunsicherung und Ängste hervorgerufen werden und dass die betroffene Person beim Wiedereinstieg ihr Selbstvertrauen erst wieder aufbauen muss, ist Aussenstehenden oft nicht bewusst. Weiss der Arbeitgeber um diese Zusammenhänge, ist er in der Regel bereit, fördernde Bedingungen wie eine klare Ansprechperson und regelmässiges Feedback anzubieten. Viele Arbeitgeber schätzen den Austausch mit einem fachlichen Partner, der sie über die aktuellen Einschränkungen, aber auch die Möglichkeiten zur Unterstützung und Förderung informiert.

Auch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Planung einer Steigerung ist die Zusammenarbeit von medizinischer Seite und von Vertretern der Arbeitswelt ein Gewinn, spielen doch dabei Faktoren aus beiden Fachbereichen eine wichtige Rolle. Psychiater und andere medizinische Fachpersonen können aufgrund von Rückmeldungen von dritter Seite die Situation umfassender einschätzen. Auch können sie Einfluss nehmen, dass die aus ihrer Sicht wichtigen Punkte im Arbeitsprozess beachtet werden. Durch den Austausch mit der Arbeitsstelle gewinnen sie manchmal zusätzlich wichtige Informationen für die Therapie.

Entlastung durch Job Coach

Wie wichtig nun auch ein Austausch zwischen den Bereichen Arbeitswelt und Psychiatrie sein mag, diesen regelmässig zu pflegen, sprengt im Normalfall den Rahmen einer psychiatrischen Behandlung. Und für Arbeitgeber ist eine professionelle Unterstützung bei der Planung

des Eingliederungsprozesses eine grosse Entlastung.

Es ist deshalb von Vorteil, Koordination und Begleitung des Betroffenen einem Job Coach zu übergeben. Dieser pflegt Kontakt mit dem Psychiater, nimmt an Gesprächen zur Planung und Begleitung des Wiedereingliederungsprozesses beim Arbeitgeber teil und führt zusätzliche Coaching-Gespräche mit der betroffenen Person. Ein Job Coach bietet Unterstützung bei Zielsetzung und Evaluation der einzelnen Eingliederungsschritte, bespricht mit der Arbeitnehmerin evtl. vorhandene Ängste, vermittelt Strategien. Den Arbeitgeber informiert er bezüglich arbeitsrelevanter Einschränkungen und berät ihn im Umgang mit dem betroffenen Mitarbeiter. Manchmal ist es erforderlich, dass er zwischen den beiden Parteien «übersetzt», d.h. beiden die Sicht des Anderen verständlicher macht. Psychiater und Psychotherapeuten berichten über eine Entlastung durch das Job Coaching: Die Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber steht im Widerspruch zu ihrer therapeutischen Aufgabe, und die Delegation der arbeitsbezogenen Fragen ermöglicht ihnen, in den Therapiesitzungen wieder vermehrt an den persönlichen Themen zu arbeiten.

Wichtig: Information der Betroffenen und ihrer Arbeitgeber

Akut ist eine Situation oft zu einem Zeitpunkt, wo noch keine IV-Anmeldung gemacht wurde, und die Möglichkeit eines Job Coaching ist Betroffenen und ihren Arbeitgebern meist nicht bekannt. Umso wichtiger ist es, dass Ärzte und Psycho-

Christine Hersperger ist Psychologin FSP und Berufs- und Laufbahnberaterin mit einer Weiterbildung in Eingliederungsmanagement CAS.

Seit 2008 unterstützt sie als Job Coach bei der PSAG Menschen mit einer psychischen Erkrankung bei ihrer beruflichen Integration. Zuvor war sie mehrere Jahre als Berufsberaterin bei einer IV-Stelle tätig.

Kontakt: 061/ 335 92 28

christine.hersperger@psag.ch

therapeutinnen das Angebot kennen und gegebenenfalls darauf hinweisen oder dieses einleiten können. Job Coaching kann als Frühintervention über die IV oder andere Sozialversicherungen zur Verhinderung von Renten beitragen. Teilweise führen es Eingliederungsverantwortliche der IV-Stellen selbst durch, teilweise werden externe Anbieter damit beauftragt. In den letzten Jahren sind verschiedene entsprechende Angebote entstanden.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft PSAG bietet seit 2008 Job Coaching für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung und deren Arbeitgeber an (www.psag.ch). Nach unserer Erfahrung dauert ein Job Coaching durchschnittlich 3–6 Monate, zu Beginn meist in wö-

chentlichen Kontakten, dann zunehmend in grösseren Abständen. Es lohnt sich, bereits den ersten Wiedereinstieg sorgfältig zu planen und zu begleiten und nicht abzuwarten, bis nach wiederholten Versuchen die Geduld des Arbeitgebers und das Selbstvertrauen der Arbeitnehmerin am Ende sind. Manchmal ist, um eine Arbeitsstelle zu sichern, ein Job Coaching auch ohne Arbeitsunfähigkeit – im prophylaktischen Sinne – angezeigt.

Um ein Job Coaching bei der IV zu beantragen, ist eine Anmeldung des Versicherten mit dem Gesuch um Hilfe bei der beruflichen Eingliederung erforderlich. Möglich ist in einem ersten Schritt auch eine Meldung (mit dem entsprechenden Formular) durch Ärztin oder Therapeut,

dann folgt die Anmeldung später. Es hilft, wenn die behandelnde Person die Situation schildert und ihre Empfehlung abgibt.

Die PSAG bietet auch Kurzberatungen an. Diese sind ohne Kostenträger möglich und umfassen bis zu drei Sitzungen für Standortbestimmung oder Klärung von Fragen zur beruflichen Integration. Der Zugang zur Kurzberatung ist einfach – eine telefonische Anmeldung durch den Klienten selbst genügt. Manchmal steht am Anfang auch eine telefonische Diskussion der Möglichkeiten mit dem behandelnden Arzt oder Therapeuten.

Des Weiteren bietet die PSAG Beratungen für Arbeitgeber im Umgang mit psychisch kranken Mitarbeitern an.

Veranstaltung

MedGes Podiumsdiskussion zum Thema:

«6. IV-Revision: Anspruch und Wirklichkeit»

Wir möchten Sie auf eine durch die Medizinische Gesellschaft Basel organisierte öffentliche Podiumsdiskussion zum Thema: «6. IV-Revision: Anspruch und Wirklichkeit» aufmerksam machen. Die Rückführung von 16 000 IV-Rentnern in die Arbeitswelt der Wirtschaft ist das erklärte Ziel dieser Revision. Das ist sehr ehrgeizig. Die Öffentlichkeit soll jenseits

von politischen Schlagwörtern auf Möglichkeiten, v.a. auch auf die Grenzen dieses Anspruches hingewiesen werden. Auch über mögliche unbeabsichtigte Folgen wird informiert.

Die Veranstaltung findet voraussichtlich im November oder Dezember statt. **Der definitive Termin wird in Synapse 7**

publiziert. Nach diversen Kurzreferaten von ausgewiesenen Fachpersonen wird eine durch Roger Thiriet moderierte Diskussion geführt werden können. Bitte reservieren Sie sich dieses Datum, das genaue Programm werden Sie separat per Mail erhalten.

Impressum

Anschrift der Redaktion
Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion
Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
Dr. med. Katja Heller, Kinderärztin FMH
Dr. med. Ch. Itin, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH,
Redaktor Fortbildungskalender
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünke, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Dr. med. Lukas Wagner, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH

«Synapse»-Archiv im Internet www.aerzte-bl.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 55, Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

Layout, Satz und Druck
Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise
erscheint achtmal jährlich

Abonnementskosten
Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Ariane Furrer, Assistentin Inserateregie
Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 88, Fax +41 (0)61 467 85 56
afurrer@emh.ch



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland
Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. +41 (0)61 976 98 08, Fax +41 (0)61 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel
Dr. Jennifer Langlois-Wetterwald
Marktgasse 5, CH-4051 Basel
Tel. +41 (0)61 560 15 15, Fax +41 (0)61 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Einträge von Veranstaltungen im Fortbildungskalender: Veranstaltungen bitte mit Angabe von Datum, Zeit, Ort, Referenten, Thema und Veranstalter frühzeitig bei Dr. med. Ch. Itin (E-Mail: christoph.itin@hin.ch) anmelden. Der Fortbildungskalender wird momentan mit der aktuellen Synapse auf www.aerzte-bl.ch und www.medges.ch aufgeschaltet.

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 23.9.2011

Wegweiser zur Praxisassistenz

Auch dieser Weg ist steinig, aber kurz und kann zum Glück führen.

Dr. med. Louis Litschgi

Voraussetzungen:

Lehrerztkurs. Ohne diese Schulung, einen Kurs von 2 halben Tagen, zahlt der Kanton keinen Beitrag, und dem Assistenten wird die Zeit nicht als Curriculum für den FMH angerechnet (Ausnahmen sind möglich, dazu mit P. Tschudi Kontakt aufnehmen). Genauere Informationen, Kosten und Daten der Kurse finden sich unter: www.whm-fmf.ch.

Weitere Voraussetzungen für den Lehrarzt: ein Fortbildungsdiplom der FMH, das automatisch alle drei Jahre neu ausgestellt wird, wenn die Fortbildungsprotokolle zur Selbstdeclaration jährlich eingereicht wurden. Facharzttitel und 2 Jahre Praxistätigkeit.

Gewünscht wäre, dass die Praxis über ein Labor, evtl. eine Bildgebung und vor allem über ein eigenes Sprechzimmer für die Assistentin verfügt.

Mögliche Dauer:

Maximal 6 Monate 100% oder in entsprechender Teilzeit länger (zum Beispiel 50% 12 Monate)

Wie findet die Assistentin zum Lehrarzt?

Interessenten finden eine Liste von Lehrärzten unter: www.fmh.ch, dort Links Weiterbildung/Weiterbildungsstätten/Arztpraxen anklicken, beim IHAMB oder VHBB. Natürlich gibt es auch die Mund-zu-Mund-Propaganda und die aktive Suche, alles ist möglich.

Voraussetzung für die Praxisassistentin: mindestens 2 Jahre Weiterbildung nach dem Staatsexamen, wovon ein Jahr in Innerer Medizin.

Gesuch um Mitfinanzierung:

Bei der Finanzierung hilft die Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin (WHM). Das Gesuch muss 3 Monate vor Beginn gestellt werden.

Die Kantone BS und BL haben zusätzliche Programme und bieten deutlich bessere Bedingungen an, haben aber ihre Kontingente. Sie zahlen in der Regel $\frac{3}{4}$ vom üblichen Assistentenlohn in den Spitälern. $\frac{1}{4}$ zahlt der Lehrarzt. Vertretungen werden etwas anders geregelt.

Adresse für Basel-Stadt: Sanitätsdep. BS, Abt. Gesundheitsdienst, Kantonsärztliche Dienste, St. Alban-Vorstadt 12, 4001 Basel. Baselland: Dominik Schorr, Kantonsarzt BL, Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal, T +41 61 552 59 24, F +41 61 552 69 92.

Konkretes Vorgehen

Zeigt eine Praxisassistentin Interesse an einem Vorstellungsgespräch, so sollte sie sich beim Leiter des IHAMB persönlich melden (Peter.Tschudi@unibas.ch). Auch soll der Lehrarzt die vorgesehene Anstellung dem kantonsärztlichen Dienst mitteilen und gleichzeitig nach der Checkliste für den Antrag auf Assistentenbewilligung in Hausarztpraxen fragen. Unter anderem wird ein ausgefüllter Arbeitsvertrag mit dem Praxisassistenten eingefordert.

Ein Mustervertrag dazu kann übers Netz gefunden werden unter: Fmh.ch, dort übers Login mit «hin» zu myFMH, dann Dokumentenbibliothek. Darin Recht wählen, dann die Sprache und schliesslich die Musterverträge. Dort erscheint der gewünschte «Arbeitsvertrag für Praxisassistenz im Rahmen der Weiterbildung». Wenn alle Blätter bei der Kantonsärztin vorliegen, wird der Lehrarzt belohnt mit einer Bewilligung für die Anstellung sowie einem Vertrag zur Finanzierungshilfe.

Schweisstreibend bleibt die Lohnabrechnung

Taggeld, Pensionskasse und AHV müssen vom Lehrarzt für den Assistenten organisiert werden. Auch die zusätzliche Haftpflichtversicherung muss angemeldet werden (es gibt eine kleine Prämien-erhöhung) Den Lohn zahlt der Lehrarzt dem Assistenten monatlich, er bekommt vom Kanton nachträglich $\frac{3}{4}$ rückvergütet, den 13. Monatslohn ganz. Bei den $\frac{3}{4}$ Lohn wird der Arbeitgeberanteil für die Sozialleistungen auch bezahlt, was zwar etwas bringt, aber zum Rechnen nicht lustig ist.

Dennoch viel Spass, am Ende lohnt es sich, am Ende.

Voranzeige

VHBB-Herbstbummel

Am Donnerstagnachmittag, 27. Oktober 2011, findet der VHBB-Herbstbummel seine dritte Auflage. Nach einer leichten Wanderung in der Region werden wir bei einem Zvieriplättli gemütlich zusammensitzen, aber auch rechtzeitig wieder an den Ausgangspunkt zurückkehren.

Details folgen «online». Unkostenbeitrag wie bisher Fr. 20.–.