

# Die Rolle der MPK in der zukünftigen Grundversorgung

Dr. med. Emil Schalch

Hausarzt

MPA-Delegierter der Ärztegesellschaft des Kt. Zug  
ehemaliger Präsident der OdA Berufsbildung MPA

# Ausgangslage:

18. Mai 2014: 88% JA zur «Hausarztabstimmung»

## Folge:

„Der Verein *Ja zur Hausarztmedizin* wird anlässlich des SFD-Kongresses im August 2014 offiziell aufgelöst. Die **Ergebnisse sprechen für sich und die Ziele wurden erreicht**: Die Hausarztmedizin hat eine **Aufwertung** erfahren. ...“

SGAM-Präsident François Heritier

im Jahresbericht des Präsidenten anlässlich der 37. GV der SGAM vom 28.8.2014

# Gegenvorschlag „Ja zur Hausarztmedizin“

- Bund und Kantone setzen sich im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine allen zugängliche **medizinische Grundversorgung** von hoher Qualität ein. Sie anerkennen und fördern die **Hausarztmedizin** als einen **wesentlichen Bestandteil** dieser Grundversorgung.
- Der Bund erlässt Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung für **Berufe der medizinischen Grundversorgung** und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe.  
Er kann:
  - a) sich an der Erarbeitung von Grundlagen zur Weiterentwicklung und **Koordination der medizinischen Grundversorgung** beteiligen;
  - b) Massnahmen zur **Gewährleistung der Qualität der Leistungen** treffen.

# Medizinische Grundversorgung: Schweizerische Definitionen

Unter **medizinischer Grundversorgung** wird die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch **ärztliche Grundversorger** sowie weitere **Gesundheitsberufe** verstanden wie Pflegefachpersonen, Apotheker, Hebammen, Physio- und Ergotherapeutinnen, Ernährungsberaterinnen sowie Assistenzberufe wie **Medizinische Praxisassistentinnen** und oder Fachangestellte Gesundheit.

Unter **neue Versorgungsmodelle** in der medizinischen Grundversorgung werden ganz allgemein **neue Formen der Leistungserbringung** in der medizinischen Grundversorgung verstanden.

Bericht der Arbeitsgruppe «*Neue Versorgungsmodelle für die Medizinische Grundversorgung*» von GDK und BAG, April 2012 (S. 5)

dialog ständige  
nationale plattform  
gesundheits von bund  
politik und kantone

# Zweck aller neuen Modelle...

...ist das Lösen von 3 ernsthaften Problemen

## Demographie

Unsere Bevölkerung wird  
immer älter

1

## Mangel

Hausärztemangel muss  
kompensiert werden

2

## Kosten

Unser Gesundheits-  
wesen soll **bezahlbar**  
bleiben

3

dialog ständige  
nationale plattform  
gesundheits von bund  
politik und kantone

# Die bekanntesten Modelle

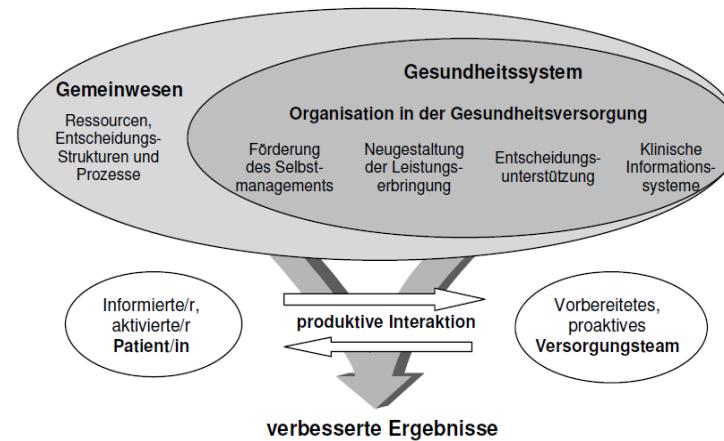


Abbildung 1: Das Chronic Care-Modell (in Anlehnung an Bodenheimer et al. 2002)

Wagner's  
Chronic Care Modell

Patient Centered  
Medical Home



Guided Care

# Alle Modelle erfordern einen Wechsel in der Versorgungskultur unser Patienten

auf  
Patientenebene

## Überdenken der Versorgung

- Patienten als Grundversorger bei akuter Krankheit
- Selbstmanagement chronischer Krankheiten

auf  
Praxisebene

## Restrukturieren der Versorgung

- Telefon, Gruppensprechstunde, Web-basierte Versorgung

auf  
Praxisteam-  
Ebene

## Umschulen auf partnerschaftliche Versorgung

- Förderung des Verständnisses für und die Fähigkeit zur partnerschaftlichen Versorgung im Team

# Vier wesentliche Defizite aktueller Hausarztmedizin aus Patientensicht



# Defizite aus Ärztesicht

Hausärzte verbringen den grössten Teil ihres Arbeitstages damit, Patienten mit chronischen Krankheiten zu behandeln.

Betreuung und Überwachung dieser Patienten ist zeitintensiv. Zeit ist für den Hausarzt ein Luxusgut.

Über Jahre abnehmende Einkünfte führten dazu, dass Hausärzte immer mehr Patienten in weniger Zeit behandeln müssen.

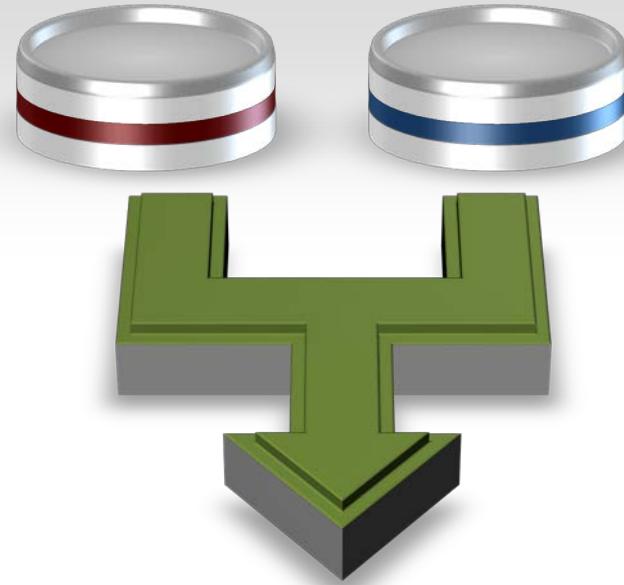
Lösung

## Teamansatz und Delegation von ärztl. Aufgaben

Etablierung neuer Kompetenzprofile nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe  
-> Weiterbildung der MPA zur MPK auf Tertiärstufe

# Selbstsorge bei Bagatellen wäre möglich

Über 80% aller medizinischen Symptome werden selbstdiagnostiziert und könnten ohne professionelle Hilfe selbst behandelt werden.



Patienten sind eigentlich die wahren medizinischen Grundversorger für sich und ihre Angehörigen.

## Frage:

*Wie kann unser Gesundheitssystem die wahren Grundversorger – unsere Patienten – anleiten, ausrüsten und für diesen Job befähigen?*

# Leben mit chronischer Krankheit ist komplex

## Die Krankheit bewältigen

- Ändern der Essens- und Fitnessgewohnheiten
  - Management von Schmerzen, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Kurzatmigkeit, etc.
  - Interaktionen mit dem Gesundheitssystem

## Die alltäglichen Aktivitäten und Funktionen bewältigen

- Aufrechterhalten der Rolle als Ehepartner, Eltern, Arbeitnehmer, etc.

## Die Emotionen bewältigen

- Umgang mit Ärger, Ängsten, Depression, Vereinsamung, etc.



## Frage:

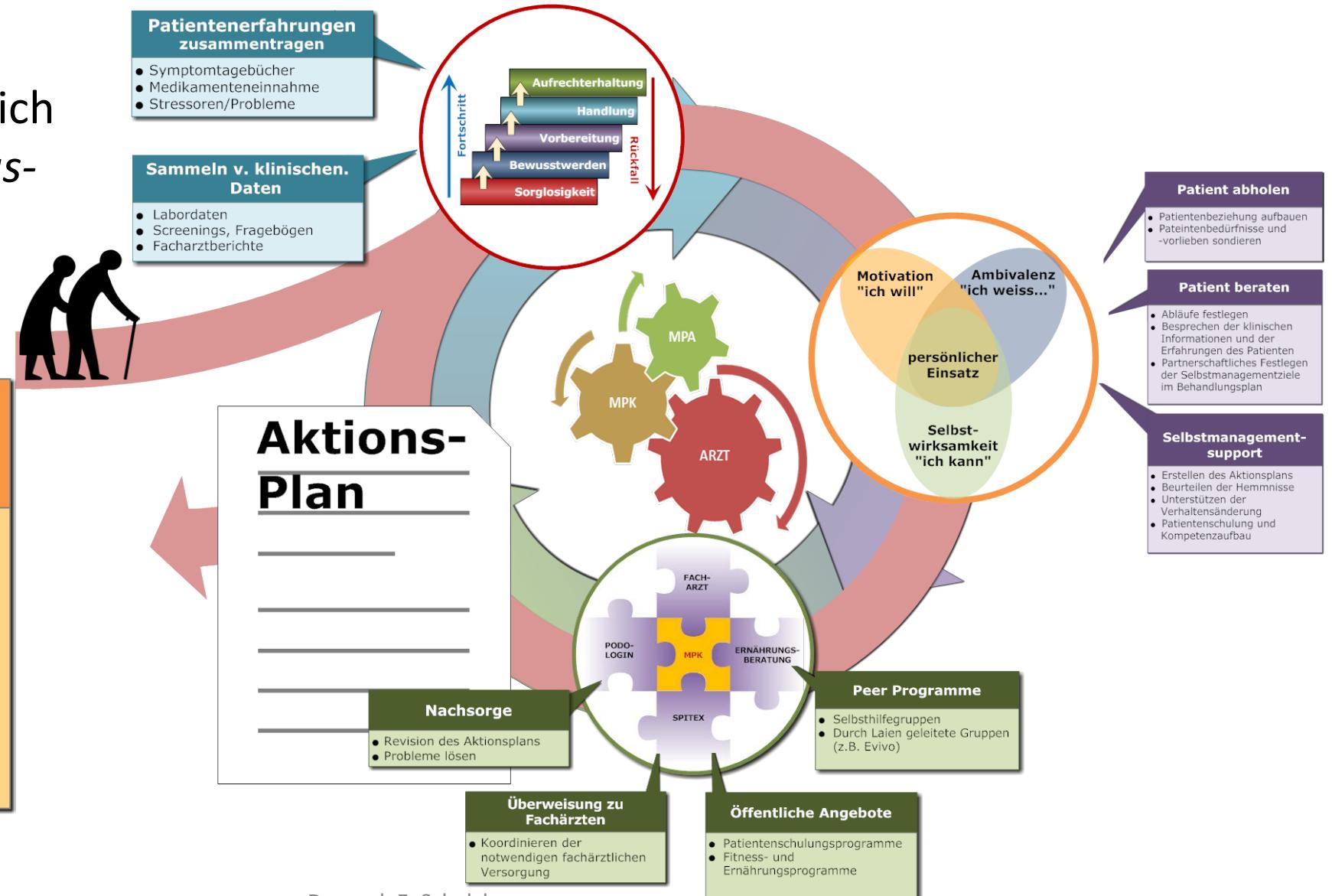
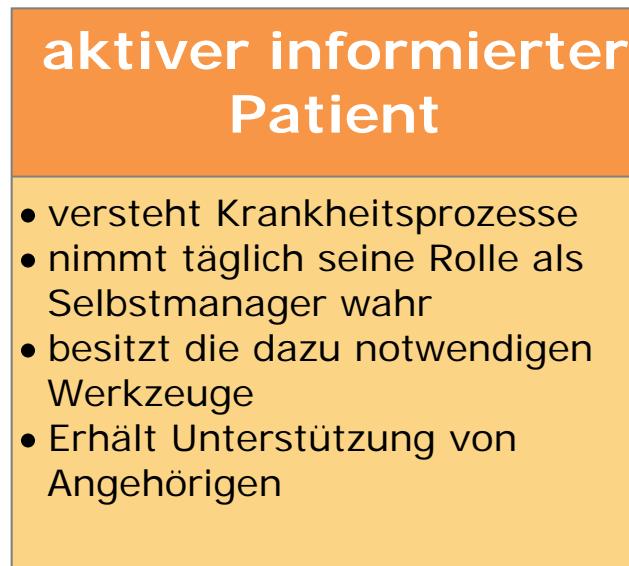
Wie kann unser Gesundheitssystem unsere chronisch kranken Patienten anleiten, ausrüsten und für diesen Job befähigen?

# Versorgungsstruktur: z.B. «Patient Centered Medical Home»



# Arbeitsabläufe

**Ziel:** Der Patient soll für sich selbst zum *Hauptleistungserbringer* werden



# Der Hausarzt braucht Hilfe und findet sie bei der MPA/MPK



Sie

- kennt die Praxisabläufe
- spricht die Sprache der Patienten
- hat häufig ein ausgeprägtes Vertrauensverhältnis zu Patienten

Sie kann zahlreiche verantwortungsvolle Aufgaben übernehmen:

- Beratung
- Schulung
- Coaching
- Monitoring von Patienten

Eine spezifische Weiterbildung in Chronic Care Management auf Tertiärstufe (MPK) ist in der Zwischenzeit realisiert und in die bestehenden Strukturen integriert.

# Das Projekt «flying MPK»



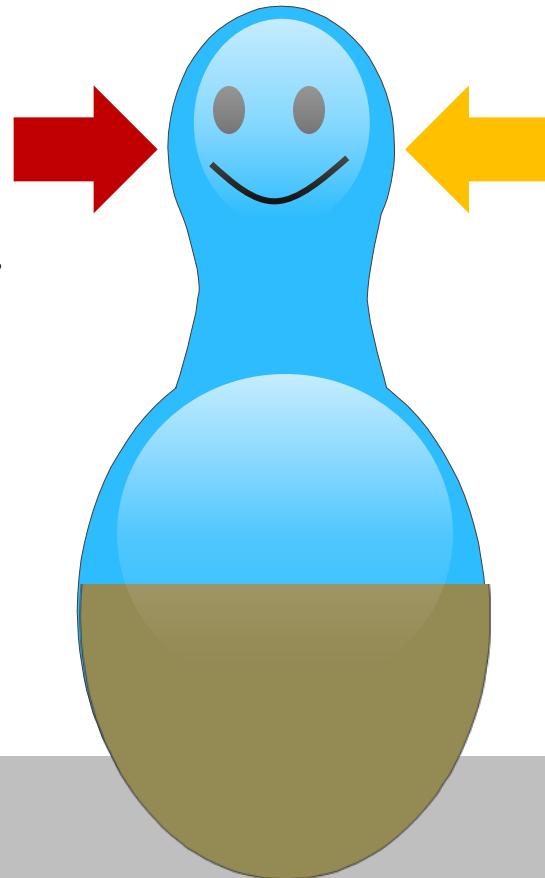
1. Preis Forum Managed Care (FMC) 2018  
“Modell guter Praxis” vom BAG



- Eine fixe MPK mit regelmässiger Sprechstunde vor Ort in der Praxis, angestellt durch Oviva (gleiches Modell wie Oviva Ernährungsberatung)
- Strukturierte Programme zur Patientenbetreuung, durchgeföhrt von CCM unter ärztlicher Aufsicht (z.B., Typ 2 Diabetes, Herzinsuffizienz, KHK)
- Eskalation an den Arzt bei Unregelmässigkeiten, Anpassungen Medikamente oder Verordnungen
- Abrechnung CCM Leistungen durch Arzt, wovon die Praxis einen Teil verdient
- Oviva Technologie für Prozesserleichterung und bessere Patientenbetreuung

# Bisherige Hindernisse für neue Versorgungsmodelle

Die Hausärztliche Praxis wird aktuell durch Qualitätsvorschriften und Sparübungen in ihren betriebswirtschaftlichen und unternehmerischen Freiheiten immer mehr eingeschränkt. Es fehlt daher die Motivation, die im Rahmen eines neuen patientenzentrierten Versorgungsmodells nötigen Anpassungen im Betrieb, sowie höhere Löhne bei qualifizierteren Mitarbeiterinnen, die notwendige Schulung etc. auf sich zu nehmen.



Patienten zahlen gleichviel Prämie, ob sie die Mühen eines konsequenten Selbstmanagements auf sich nehmen oder weiterhin einfach professionelle Leistungen an 24h/7 Tagen zum Vorzugspreis konsumieren.

**Gesucht: Innovatives Finanzierungsmodell!**

# Ein kleiner Lichtblick für MPA und CCM: aktueller Stand des neuen Tarifs

- Aktualisierung der Wirtschaftsdaten mit Neuberechnung des Referenzeinkommens und der Lohn- und Infrastrukturkosten
- Abschaffung der halbierten letzten 5 Minuten
- Einführung des Minutentakts für Zeitleistungen (ausser erste 5 Minuten)
- Untersuchungspositionen Status klein, mittel, gross
- Dringlichkeitspauschale während der Sprechstundenzeit
- Neue Leistungspositionen für Palliative Care, Leistungen im Auftrag des Versicherers
- **Neue nicht-ärztliche Leistungen (chronic care management)**
- Kinderzuschlag bis Alter 12 Jahre (nur für pädiatrische Fachrichtungen)
- Der vom Bundesrat nur als Übergangslösung verordnete Hausarztzuschlag entfällt



---

Was die Zukunft betrifft,  
so ist deine Aufgabe nicht,  
sie vorauszusehen, son-  
dern sie zu ermöglichen.

*Antoine de Saint-Exupéry (1900-1944)*