

Bruno Kissling

Medizinisches Zentrum Chur (MeZ), Gleis D

Im Februar 2008 wurde das «Medizinische Zentrum Chur» (MeZ) eröffnet. Betrieben wird es von einem interdisziplinären Team von neun Ärztinnen und Ärzten: Eine Hausärztin und drei Hausärzte, eine Gynäkologin, drei Kinderärzte und ein Pneumologe. Ein wöchentlicher kardiologischer und rheumatologischer Konsiliardienst ist integriert. PrimaryCare hat dieses bemerkenswerte Pionierprojekt im Oktober 2008 besucht. Der Autor reflektiert zusammen mit Franz Marty, einem der Promotoren des MeZ, einige Belange, die sich bei der Umstellung von Einzel- zu Grosspraxen ergeben.

Nur wenige Schritte neben dem frisch renovierten Bahnhof Chur stehen nahe beieinander drei schlichte, moderne, neue Gebäude. Auffallend grosse Fenster dominieren deren Erscheinungsbild. Ein Haus beherbergt das MeZ, die beiden anderen das Bildungszentrum Gesundheit und Soziales sowie die Höhere Fachschule Südostschweiz.

Von der Vision zur Umsetzung

Ein Baugespann neben dem Bahnhof Chur zündete im Oktober 2004 bei den beiden Initiatoren Urs Fischer und Jachen Vonzun die Vision von einer Grosspraxis. In einer abtastenden Phase wurden Kolleginnen und Kollegen persönlich kontaktiert. Es fand sich ein Kern von einer Ärztin und vier Ärzten, die das Projekt in Angriff nahmen. Bald stiessen zwei weitere Ärztinnen und ein Arzt dazu. Schritt für Schritt wurde die Idee während drei Jahren in die Tat umgesetzt.

MeZ Chur – ein cooles Projekt in einem coolen Gebäude

Ein kühles Betontreppenhaus – natürlich mit Lift – erschliesst die drei Stockwerke des MeZ. Im ersten Stock finden sich die vier Hausärzte, auf der mittleren Etage der Pneumologe und die Konsiliarii, zuoberst die Gynäkologin, die Pädiaterinnen und der Pädiater. Es hat noch Raumreserven für weitere Kolleginnen und Kollegen. Einer der Reserveräume beherbergt zur Zeit die Computer der alten Praxen, die noch in Funktion bleiben müssen, bis die letzten Abrechnungen aus der Zeit vor dem MeZ abgewickelt sein werden. Innen zeigt sich ein schlichtes, angenehmes und einheitliches Design, anthrazitfarbene Schieferböden, die Wände weiss verputzt. Eine Ausstellung mit modernen Gemälden eines Kunstmalers dekoriert den gesamten öffentlichen Bereich. Auf allen Stockwerken bewegt man sich vom Etageneingang direkt auf einen grossen, offenen und einladenden Empfang mit freundlichen MPA zu. Ein langer und breiter Korridor weist viele Türen auf und biegt an beiden Enden rechtwinklig ab. Auf den Innenseiten beider Eckpartien finden sich hinter einer Glaswand halboffene Warteräume. Die Sprechzimmer und Arztbüros werden von grossen Fenstern



Abbildung 1

Blick in die helle und freundliche Praxis der Gynäkologin.

dominiert. Einige geben einen offenen, durch blosse Distanz geschützten Blick frei auf ein städtisches Churer Quartier mit Bergsilhouetten am fernen Horizont. Andere öffnen sich angenehm auf den Innenhof zwischen den beiden andern Gebäuden. Wenige müssen sich mit gezogenen Vorhängen – in pastellfarbenem Gelb, Ocker und Braunrot – gegen die indiskret nahen Fenster der Fachhochschule schützen. Die einheitliche Möblierung ist schlicht: Tisch, Stühle, Liege, Büchergestell, Schubladenstöcke. Einige Ärztinnen und Ärzte respektieren diese Einrichtung streng, andere geben ihren Praxisräumen mit Zusatzmöblierungen und speziellen Gerätschaften eine individuelle Note. Imposante Geräteparks beraten die Spezialisten.

Alle Arbeitszimmer sind durch Türen direkt miteinander verbunden und gestatten so ein niederschwelliges Zusammenarbeiten. Jedem Arzt stehen zwei Zimmer zur Verfügung, die er individuell nutzen kann. Flachbildschirme stehen elegant auf jedem Pult. Am zentralen Empfang im Hausärzte-Stock finden sich 4, im MeZ insgesamt 36 Arbeitsstationen – was etwa vier Arbeitsstationen pro Arzt entspricht. Telefon und Computer sind vernetzt. Die Netzwerkleitungen führen zur Etagenverteiltzentrale und von dort zu einem zentralen Server im Keller. Jeder Arzt hat von seinem Pult aus Zugriff auf die digitalen Röntgenbilder. Die Laborresultate werden automatisch in die elektronische Krankengeschichte abgelegt. Die Patientendaten in der Krankengeschichte sind für alle Ärztinnen und Ärzte einsehbar. Die zentrale Agenda ist ein ganz wichtiges Arbeitsinstrument.

Die elektronische Krankengeschichte bietet viele Vorteile, hat aber auch ihre Tücken.



Abbildung 2
Die Aussicht aus dem MeZ – im Vordergrund der architektonisch ansprechend gestaltete Vorplatz, dahinter der Bahnhof Chur.

Elektronische Krankengeschichte – eine Umstellung mit grossem Aufwand an Zeit und Kosten

Die elektronische Krankengeschichte ist für alle beteiligten Ärztinnen und Ärzte neu. Eine kurze Präsentation zeigt, dass auch nach einem halben Jahr noch nicht alle wichtigen Funktionen vertraut sind. Einige Masken erweisen sich im Alltag als wenig praktikabel und füllen den Bildschirm ohne Informationswert. Wichtige Aufzeichnungen wie Handnotizen, Mindmaps oder Zeichnungen, die während der Sprechstunde, insbesondere bei psychosomatisch und psychosozial dominierten Arzt-Patienten-Kontakten, entstanden sind, landen hingegen im Papierkorb. Sollten diese nicht festgehalten werden?

Offen ist die Frage, wie detailliert die Aufzeichnungen in der elektronischen Krankengeschichte, die allen ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitenden offen stehen, sein dürfen oder sollen. Im Gegensatz zu einer herkömmlichen handschriftlichen Krankengeschichte sind alle Einträge gut und leicht lesbar. Gut für die



Abbildung 3
Das MeZ in Chur – grosse Fenster dominieren die Fassade des neuen Gebäudekomplexes.

medizinisch-sachlichen Einträge. Doch sollte daneben nicht eine verschlüsselte Datenablage mit persönlichen Notizen und vertraulichen Angaben geführt werden können? Gemeint sind jene Aufzeichnungen, die in der handschriftlichen KG dank der unleserlichen Ärzteschrift «kodierte» waren.

Einige Arztpulte, überfüllt mit abgegriffenen papierenen Krankengeschichten, zeugen vom zu bewältigenden Arbeitsaufwand beim Übergang von der papierenen zur elektronischen Version. Insbesondere die «dicken» Krankengeschichten von langjährigen polymorbiden Patienten erfordern einen bedeutenden Zeitaufwand für eine zusammenfassende Kürzung auf das heute Wesentliche. Was soll eingetippt, was eingescantet werden? Der zeitliche Aufwand für einen reflektierten Datentransfer dürfte pro Krankengeschichte zwischen zehn Minuten und einer Stunde betragen; im Durchschnitt bestimmt eine Viertelstunde.

Bei 1000 Patienten ergäben sich pro Arzt mindestens 250 Arbeitsstunden mit Kostenfolge von 40000.– bis 50000.– Schweizer Franken (Tarmed Position 00.0140). Und selbstverständlich müsste dieser Betrag, wollen sich die Ärzte nicht mit einer Absenkung des Taxpunktwertes infolge «Mengenausweitung» bestrafen, ausserhalb der Kostenneutralität angesiedelt werden.

Für die Hard- und Software beliefen sich im MeZ die Investitionen pro Arbeitsstation auf ungefähr 10000.– Schweizer Franken. Das ergibt pro Arzt rund 40000.– Schweizer Franken (vier Arbeitsstationen pro Arzt). In einer Einzelpraxis dürften eher mehr als vier Arbeitsstationen nötig sein. Für die Transition von der papierenen zur elektronischen Krankengeschichte sollte man zudem die nötige Zeit einplanen und den Praxisbetrieb während der ersten Wochen reduzieren. Diese Erfordernis darf bei der Vollkostenberechnung nicht vergessen werden.

Wie diese Übersichtsrechnung zeigt, dürfte sich der Gesamtaufwand für die vollelektronische Aufrüstung eines Hausarztes, ob in einer Einzel- oder Grosspraxis tätig, auf rund 80000.– bis 90000.– Schweizer Franken belaufen.



Abbildung 4

Der freundlich und hell gestaltete Empfangsbereich – die MPA sind sichtlich zufrieden.

Klammer: Dies sind interessante Zahlen – auch im Hinblick auf die landesweite Einführung von E-Health, das auf einem vollelektronischen Datenaustausch basiert. Allein für den Hausarztbereich wird ein Finanzierungsbedarf im hohen dreistelligen Millionenbereich erforderlich sein. Dieser enorme finanzielle Aufwand darf nicht den Hausärzten überlastet werden.

Lohnt es sich?

Lohnt es sich für ältere Hausärztinnen und Hausärzte, ihre Einzel- oder Doppelpraxis aufzugeben und in eine neue Grosspraxis einzusteigen? Diese Frage berührt viele Aspekte und kann nicht einfach mit ja oder nein beantwortet werden.

Aus *finanzieller* Sicht können für den einzelnen Arzt in der Grosspraxis sicher folgende Positionen wesentlich von der aufgegebenen Kleinpraxis unterschieden werden: Kosten für Miete, Einrichtung, Material, Betriebsunterhalt, Verwaltung und technische Geräte. Beispielsweise genügt ein einziges digitales Röntgengerät für alle. Das Labor kann mit einem einzigen zentralen Grosslaborgerät betrieben werden, mit kostengünstiger Nasschemie anstatt mit teuren Trockenchemietestplättchen. Ebenso sinkt die Anzahl der medizinischen Praxisassistentinnen und deren Lohnkosten pro Arzt. Und nicht zuletzt unterscheidet sich der Verkaufswert bei der Übergabe der Praxis an einen Nachfolger.

Im Hinblick auf die *Arbeitsorganisation* und die *Lebensqualität* finden sich einige interessante und bedenkenswerte Aspekte:

Der Patient hat auch bei Abwesenheit seines persönlichen Hausarztes Zugang zu medizinischer Versorgung in der gleichen Praxis. Bei chronisch kranken und polymorbiden Patienten kann die kontinuierliche Betreuung gewährleistet werden, denn der stellvertretende Arzt hat Zugang zum Krankheitsverlauf und den erhobenen Daten. Der Patient hat ein «medical home», auch wenn sein Hausarzt dereinst in Pension gehen wird.

Der Arzt kann seine Arbeitszeit besser planen und sein Arbeitspensum freier wählen. Er kann unbesorgt Fortbildungsveranstaltungen besuchen oder in die Ferien reisen. Er weiss seine Patienten gut betreut. Je nach Betriebsform und kantonalem Gesundheitsgesetz kann ein Arzt – ohne finanzielle Investitionen und Risiken – im Angestelltenverhältnis tätig werden.

Diverse Aufgaben wie Personalbetreuung, Finanzen, Buchhaltung, Unterhalt und Administration können auf die mitarbeitenden Ärztinnen und Ärzte aufgeteilt werden.

Falls in der alten Praxis im Bereich des Röntgens oder des Labors Investitionen anstehen oder eine umfassende Renovation der Räumlichkeiten nötig sein sollte, dürfte sich ein Wechsel in eine Grosspraxis vermutlich in den meisten Fällen lohnen.

Die Praxisübergabe an eine Nachfolgerin oder an einen Nachfolger bei der Pensionierung dürfte in einer Grosspraxis weniger problematisch sein als bei einer Einzelpraxis, denn das Angebot ist für viele junge Ärztinnen und Ärzte attraktiver – Arbeit im Team, mögliche Teilzeittätigkeit, weniger Investitionen, attraktivere Notfalldienste ...

Und: Ein Wechsel in eine Grosspraxis ist eine Investition in die Zukunft der Hausarztmedizin!

**Ein Wechsel in eine
Grosspraxis ist eine
Investition in die
Zukunft der
Hausarztmedizin!**

Korrespondenz:

Dr. med. Bruno Kissling
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Elfenauweg 6
3006 Bern
kissling@primary-care.ch