

Synapse

Die Synapse finden Sie unter:

www.synapse-online.ch

- 3 «Ich erlebe meine Kollegen eher als bescheiden und nicht als elitär»
- 5 «Von der Stütze der Gesellschaft zum Rebell»
- 6 Ein schöner Beruf wird entwertet
- 8 «Krisen sind in der Ärzteschaft immer noch ein extremes Tabu»
- 10 Vom Einzelkämpfer zum Teamplayer

Schwerpunktthema: **Arztbild im Wandel**

- 11 Sind Belegärzte ein Auslaufmodell?
- 13 Die Ärztesellschaften im Wandel der Zeit
- 13 «WinWinWin»: Wenn Hausärzte und Psychiater zusammenarbeiten, gewinnt vor allem der Patient!

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel



Editorial

Leitartikel / Der Wandel des Arztbildes aus der Sicht eines Chefarztes



Ärzte im Wandel der Zeit

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

«Change», «Transition», «Transformation», «Policy Shift»: Das Englische hat diverse Möglichkeiten, den Wandel auszudrücken. Wandel scheint in unserer globalisierten und hektischen Welt allgegenwärtig zu sein und macht auch vor der Medizin, vor dem Gesundheitswesen und vor dem Beruf des Arztes nicht halt. Dass eine Krankenschwester nicht mehr Krankenschwester heisst, sondern Pflegefachfrau, ist wohl nicht entscheidend. Wir haben uns auch daran gewöhnt, dass der Laptop bei der Visite am Krankenbett fester Bestandteil ist. Bleibt dann aber keine Zeit für ein Gespräch mit dem Patienten, beginnt das Problem.

Wir sind uns bewusst, dass sich auch unsere Patientinnen und Patienten gewandelt und entwickelt haben. Man könnte das Arzt-Patienten-Verhältnis etwas provokativ als «gelebte Partnerschaft» bezeichnen. Dank Internet und weiterer Medien kommen unsere Patienten mit mehr Informationen in die Sprech-

«Hier zerbröselt ein gewaltiges Potential an Idealismus»

Es war einmal ein Chef der Ärzte, welcher in seinem Fachgebiet das gesamte Spektrum des medizinischen Wissens und Könnens beherrschte. Im klinischen Alltag war er Lehrer, fachkundiger Diagnostiker und Therapeut. Die Organisation der Abteilung überliess er der Verwaltung. Sie versorgte ihn mit neuesten Untersuchungsgeräten und stellte ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung. Viele junge Ärztinnen und Ärzte wollten bei ihm arbeiten.

Mittlerweile hat sich die Lage dramatisch verändert. Der Chef muss bei rückläufigen personellen und materiellen Ressourcen ein steigendes Leistungsvolumen erbringen. Die Verwaltung will den wirtschaftlichen Erfolg, den Weg muss er selbst finden. Entscheidungen frei von jeglichen ökonomischen Zwängen sind lange vorbei. Er hat die medizinische Ergebnis-, Budget- und Personalverantwortung. Optimieren soll er die medizinische Qualität, die Wirtschaftlichkeit und die Prozesse bei hoher Zufriedenheit der Mitarbeitenden, der Zuweiser und natürlich seiner Kundinnen und Patienten. Fachlich deckt er selbst als Spezialist nur noch Teilgebiete ab.

→ Fortsetzung Seite 2

stunde, die nicht zwingend qualitativ gut sind und aus neutraler Quelle stammen. Sie sind tendenziell kritischer als früher. Die Ökonomie hat das Primat auch im Gesundheitswesen übernommen und wir Ärzte sind gut beraten, uns nicht «nur» auf die Medizin zu konzentrieren, sondern die Zukunft unseres Gesundheitswesens mitzugestalten. Wie hat es unser neuer FMH-Präsident Jürg Schlup ausgedrückt? «Wir Ärzte dürfen nicht Teil des Problems, sondern müssen Teil der Lösung sein.»

Wir sind daher gefordert, uns den neuen Herausforderungen zu stellen, nicht zu

resignieren, sondern auch zukünftig trotz klar schwieriger Rahmenbedingungen für unsere Patientinnen und Patienten einzustehen.

Die aktuelle Synapse versucht, einige Facetten des Wandels und des aktuellen Arztbildes aufzuzeigen.

Mit herzlichen kollegialen Grüssen
Tobias Eichenberger

PS: Als Lektüre möchte ich das Referat von Dr. phil. Ludwig Hasler empfehlen (Schweizerische Ärztezeitung, 2013;94:4, 129–132)

Zunehmend bestimmen Verwaltungsaufgaben seinen Berufsalltag. Ständig streitet er mit den Controllern über Zahlen, die er nicht versteht oder für falsch hält. Ein externes Benchmarking überprüft die Wirtschaftlichkeit seiner Abteilung. Bei ungünstigen Verläufen steht der Jurist parat. Das alte Arztbild hat die Gesellschaft unwiderprüflich abgeschafft.

Zukunftsperspektiven

Die Zukunft wird so aussehen: Der Chef als Arzt und Manager leitet ein Leistungszentrum, wobei völlig neue Anforderungen an ihn gestellt werden. In Eigeninitiative hat er sich Managementwissen angeeignet. Eine klare Organisationsstruktur hilft ihm, das Zentrum zu führen. Wichtig sind flache Hierarchien mit starken Kadermitarbeitern, welche es verstehen, als Team zu funktionieren und in Eigenverantwortung zu handeln. Entsprechend müssen organisatorische und personelle Massnahmen getroffen werden, um eine Klinik in einzelne Abteilungen aufzuteilen. Das Gelingen hängt massgeblich von der Teamfähigkeit des einzelnen Chefarztes ab. Im Mittelpunkt steht eine hohe medizinische Ergebnisqualität. Wichtige Informationsquellen für die Steuerung sind Zuweiser-, Patientinnen- und Mitarbeiterbefragungen. Dank optimalem Kostendeckungsgrad ist die Klinik auf dem neuesten Stand. Dies zieht wiederum qualifizierte Bewerber an, und nicht zuletzt sind für einen beruflichen Aufstieg im Zentrum neben Fachwissen v. a. Sozialkompetenz und Managementwissen entscheidend. Eine deutsche Studie zu Anforderungen an Führungskräfte im Krankenhaus der Zukunft zeigt, dass vor allem neben Fach- und Methodenkompetenz die Sozialkompetenz die zentrale Schlüsselqualifikation ist. Dazu ein Beispiel: Zu den wichtigsten Aufgaben von Chefarzten in Zeiten des Ärztemangels wird in Zukunft die Fähigkeit gehören, geeignetes ärztliches Personal zu gewinnen und zu binden. Mit tradierten, patriarchalischen Führungsmustern wird dies kaum mehr gelingen. Daneben werden interdisziplinäres Know-how, politisches Gespür, Leistungsbereitschaft, hohe Belastbarkeit, Innovationsfähigkeit, Einfühlungsvermögen und EDV-Kenntnisse erwartet. Zudem braucht es kreative Lösungen, um zwischen medizinischer Praxis und betriebswirtschaftlichem Effizienzdenken eine gute Balance zu finden. Das «Undenkbare denken» oder «wer bremst, verliert».

Anders ausgedrückt: Ein Blick über den Tellerrand kann sich lohnen. Wie in modernen Industrieunternehmen verlangt die Definition unserer medizinischen Behandlungspfade eine prozessorientierte Verhaltensweise. Natürlich ist der Mensch keine Maschine, und das Klinikmanagement kann nicht eins zu eins von der Industrie übernommen werden. Aber an den Prozessen orientierte Strukturen und Abläufe werden im zukünftigen Wettbewerb der Spitäler zu einer *Conditio sine qua non*.

Spagat zwischen Ökonomie und Medizin

Heute stehen die einzelnen Kliniken eines Krankenhauses vor der entscheidenden Weichenstellung zwischen einer Führung als weitgehend eigenverantwortliches Subunternehmen oder als zentral gesteuerte medizinische Fachabteilung. Deutlich wird die Entscheidung an der Stellung des Chefarztes. Die Spannweite reicht von einem von der Konzernleitung geschätzten Unternehmenspartner mit hoher Gestaltungskompetenz bis zu dem nur noch fachlich wahrgenommenen Vorgesetzten der Ärzte ohne Managementkompetenz und Einblick in die eigenen Kosten- und Erlösdaten. Was für einen Praxisinhaber überlebensnotwendig ist, sowohl erfolgreicher Arzt als auch erfolgreicher Wirtschaftsunternehmer zu sein, ist für viele Chefarzte noch ein unvorstellbarer Spagat.

Die Dynamik des Wandels im Gesundheitssystem zwingt uns zu wirtschaftlichen und administrativen Konsequenzen, die gerade auch für wissenschaftliche Verpflichtungen nicht unbedingt förderlich sind. Hinzu kommt eine zunehmend kritische ethische und juristische Betrachtungsweise im täglichen Leben. Wie «krank» das System unter DRG geworden ist, und wie massiv der Druck auf die Kaderärzte zunahm, liess sich gerade kürzlich in der Publikumspressen (Sonntagszeitung vom 6. 1. 13) eindrücklich verfolgen.

Folgende weitere Einflussfaktoren spielen eine Rolle:

- Die Spezialisierung der ärztlichen Tätigkeit nimmt rasch zu. Nicht mehr der Facharzt für Orthopädie wird nachgefragt, sondern der Kniespezialist. Gesetzgeber und Krankenkassen unterstützen diesen Trend durch Forderungen nach Mindestmengen.
- Die Ökonomie herrscht zunehmend über die ärztliche Entscheidungsfreiheit und

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 MuttENZ
Mail: synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünzte, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,
Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler, Mail: julian.mettler@hin.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 MuttENZ
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/MuttENZ

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Nadja Huber, Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 MuttENZ
Tel. 061 467 85 88, Fax 061 467 85 56
nhuber@emh.ch

«Synapse» im Internet: www.synapse-online.ch



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Marktgasse 5, CH-4051 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 25.3.2013

hat seit DRG eine neue Dimension erreicht. Das neue Dauerthema beansprucht enorm viel Energie.

- Trend zum Fremdmanagement mit Versorgungsstrukturen, aufgebaut durch fachfremde Manager, in denen Ärzte nur noch eine spezialisierte Dienstleistungsfunktion wahrnehmen.
- Die in der jüngeren Ärztegeneration zunehmend wichtigere Work-Life-Balance sowie die Feminisierung der Medizin mit Wunsch nach flexiblen Arbeitszeiten und Jobsharing relativieren den beruflichen Anspruch und erschweren die Planbarkeit in einer Klinik.
- Durch die heutzutage vereinfachte Kommunikation entsteht eine uneingeschränkte Erreichbarkeit. In den Ferien checkt der Chef die Mails und erteilt per SMS Aufträge an seine Mitarbeiter. Das Arztbild wird modernisiert.
- Der Arzt macht seinen Job wie jeder andere auch und wird durch ein interdisziplinäres Team ersetzt. Dass der Patient dabei jeden Tag ein neues Gesicht sieht, gefällt ihm vielleicht nicht,

ist aber aufgrund heutiger Arbeitszeitmodelle kaum mehr zu verhindern.

Resignation

Was mich beunruhigt, ist eine inzwischen erkennbare Resignation in weiten Teilen der Ärzteschaft im Korsett rechtlicher und ökonomischer Zwänge. Hier zerbröseln ein gewaltiges Potential an Idealismus und Leistungsbereitschaft, das zum Funktionieren unseres Gesundheitssystems bisher in erheblichem Umfang beigetragen hat. Unzufriedene, resignierte Ärztinnen und Ärzte, die sich auf einen Dienst nach Vorschrift zurückziehen, können wir uns schlicht nicht leisten. Die isolierte Betrachtung des Arztes als einen zu regulierenden Kostenverursacher ist irrig und langfristig systemzerstörend.

Ärztliche Werte, Ethik und Berufung müssen gepflegt und weitergegeben werden. Aber auch für neue, für den Arztberuf inzwischen unerlässliche Wissensgebiete wie z. B. Grundlagen der Betriebswirtschaft und des Managements, muss sich die Arztausbildung öffnen. Nur so wird der Arztberuf eine Zukunft haben, die den Arzt erfüllt. Ich plädiere dafür, die

schwierigen und über die medizinischen Themen hinausgehenden Aufgaben in pragmatischer Weise anzunehmen und den Spagat zwischen Medizin und Ökonomie im Sinne einer Gesamtverantwortung für eine Klinik zu wagen.

Managementaufgaben werden künftig rund 70 Prozent der Tätigkeit eines Chefarztes ausmachen. Zu akzeptieren, dass wir hochspezialisierte Dienstleister sind (und die Patienten unsere Kunden), fällt vielen nicht leicht. Die Richtung, in die sich die Branche aber bewegt, ist klar. Die Zukunft wird Kliniken gehören, welche es verstehen, sich mit einem attraktiven Leistungsangebot als kundenorientierte Dienstleister zu positionieren und denen es gelingt, sich Tag für Tag mit Wirtschaftlichkeit und Qualität zu behaupten. Eines dürfen wir dabei aber nie vergessen: Die Betreuung unserer Patientinnen und Patienten muss immer im Mittelpunkt unseres Tuns bleiben!

Dr. med. David Haenggi, MBA

Chefarzt Frauenklinik Kantonsspital Baselland

Der Wandel des Arztbildes aus der Sicht eines Assistenzarztes

«Ich erlebe meine Kollegen eher als bescheiden und nicht als elitär»

Synapse: Wie nehmen Sie heute die Ärzteschaft als Berufsgruppe in der Schweiz wahr? Als Lobbyorganisation, die mit einer Stimme spricht? Als eine Ansammlung von Einzelkämpfern und Individualisten?

Miodrag Savic: Leider bestehen externe Kräfte, welche bemüht sind, die Ärzteschaft zu spalten. Dies erfolgt auf zwei Achsen: Einerseits Grundversorger gegen Spezialisten, andererseits Jung gegen Alt. Offensichtlich möchte man den Einfluss der Ärzteschaft auf das politische Geschehen im Gesundheitswesen auf tiefem, kontrollierbarem Niveau sehen. Zumindest in Basel und Baselland haben diese Bemühungen dazu geführt, dass sich Jung und Alt, Spezialist und Grundversorger über die kantonalen Ärztengesellschaften von Basel und Baselland sowie den VSAO beider Basel zusammengeschlossen haben, um eine gemeinsame politische Agenda zu schaffen,

damit der Patient wieder im Mittelpunkt steht und um überbordende Sparmassnahmen, welche die Gesundheit gefährden, einzudämmen. Welchen Einfluss die Ärzteschaft tatsächlich auf das Gesundheitswesen ausübt, zeigt das Abstimmungsresultat zur Managed-Care-Vorlage. So nehme ich die Ärzteschaft in der Schweiz als verantwortungsvolle Berufsgruppe wahr, welche dafür einsteht, unser höchstes Gut, die Gesundheit, zu erhalten und die zunehmende Gefahr der Fremdbestimmung durch Laien einzudämmen.

Wo ordnen Sie die Gruppe der Assistenzärzte in der Hierarchie und im Gefüge der Schweizer Ärzteschaft ein? Mit welchem Einfluss?

Das Spannende an dieser Frage ist einerseits die Diskrepanz zwischen Wahrnehmung und Aufgaben der Assistenzärzte in

der Klinik und andererseits der standespolitischen Position, welche sie gemeinsam mit den Oberärzten innerhalb der FMH einnehmen. Man muss sich vor Augen führen, dass die Assistenzärzte gemeinsam mit den Oberärzten rund die Hälfte aller FMH-Mitglieder stellen, was durch eine entsprechende Repräsentation in der Ärztekammer durch 40 Stimmen gegeben ist. Im Vergleich hierzu haben die Chefärzte und leitenden Ärzte nur 2 Stimmen innerhalb des «Ärzteparlamentes». Der Einfluss ist weitreichend, wobei die Unterscheidung zwischen Assistenzarzt und Oberarzt nicht zu treffen ist, da sich beide «Hierarchiestufen» im selben Verband, dem VSAO, organisieren und die Mandate unabhängig des Weiterbildungsstandes vergeben werden. Wir stehen in regelmäßigem Kontakt mit Entscheidungsträgern des Gesundheitswesens, sind wäh-

rend den Sessionen in der Wandelhalle anzutreffen und bilden einen integralen Bestandteil strategischer Plattformen innerhalb des Bundesamtes für Gesundheit.

Welches sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Motive, weshalb heute junge Menschen Medizin studieren und Arzt oder Ärztin werden wollen?

Das Medizinstudium gehört zu den anspruchsvollsten Studiengängen und bietet nach dessen Abschluss eine Vielzahl von Möglichkeiten, das erworbene Wissen einzusetzen, sei es klinisch, in der Forschung oder in der Industrie. Anderen Menschen beistehen und helfen zu können, ist sicherlich die grösste Motivation.

Inwiefern unterscheiden sich diese Motive Ihrer Meinung und Erfahrung nach von jenen Ärzten, die zwei bis drei Generationen vor Ihnen Medizin studierten?

Ich wage zu behaupten, dass sich die Beweggründe, Arzt zu werden, nie wesentlich ändern werden. Im Vordergrund steht der Wunsch, den Menschen helfen zu können und zeit seines Lebens lernen zu dürfen.

Wie hat sich Ihrer Meinung nach generell das Arztbild in der Öffentlichkeit in den letzten 50 Jahren verändert?

Etwas böse ausgedrückt: vom Halbgott in Weiss zum Erhalter seiner Pfründe. Zumindest sähen es einige Stakeholder gerne so. Wie eingangs schon erwähnt, bestehen Kräfte, die Ärzteschaft zu spalten, leider gehören hier Diffamierungen dazu, das hat es vor 50 Jahren in dieser Form nicht gegeben.

Und wie hat sich das Bild der Assistenzärzte verändert?

Ich glaube nicht, dass die Assistenzärzte in der Öffentlichkeit eine gesonderte Wahrnehmung geniessen. Im klinischen Alltag fällt auf, dass die Patienten den Assistenzarzt bisweilen nicht einzuordnen wissen. Das zeigt sich in Aussagen wie «Und wann kommt dann der Arzt?» bis zu «Dann sind Sie also der Chef?»

Welche Rolle spielt das Sozialprestige für Assistenzärzte heute?

Eine reichlich untergeordnete. Wir leben in einer aufgeklärten Gesellschaft, so dass man sich kaum Vorteile erhoffen kann, nur weil man das Glück hatte, eine gute Ausbildung zu geniessen. Ich erlebe meine Kollegen diesbezüglich eher als bescheiden und nicht als Teil einer Elite.

Welche Rolle spielt die Politik für die Assistenzärzte und -ärztinnen heute?

Früher war es für junge Kollegen nicht einfach, sich politisch aktiv zu zeigen, da sie Repressalien seitens des Vorgesetzten oder gar der Spitalleitung fürchten mussten. Hier hat definitiv ein Wandel eingesetzt. Jungen Kollegen, die sich engagieren, wird meist Respekt entgegengebracht und man sieht sie als konstruktive Mitglieder des Gesundheitswesens. Mittlerweile sind Assistenzärzte in verschiedenen Plattformen und Gremien des Gesundheitswesens vertreten und werden im persönlichen Gespräch wenn nötig auch von Bundesräten angehört. Unser Verband und auch die Anzahl der aktiven jungen Kollegen wächst stetig, was allen zugutekommt.

Wie hat sich Ihrer Erfahrung nach die Arzt-Patienten-Beziehung verändert?

Hier sind zwei wesentliche Punkte zu nennen. Zum einen zeigen Statistiken, dass die Zeit des Assistenzarztes, die er direkt beim Patienten «am Bett» verbringt, abnimmt. Zum anderen wird der Patientenkontakt zunehmend formalisiert, um hier nur die seitenlangen Aufklärungsbögen zu nennen. Bisweilen scheint es so, als hätte das Gesundheitswesen mit dem technologischen Fortschritt an Menschlichkeit verloren. Ökonomische Beweggründe nehmen überhand. Ethische und moralische Gesichtspunkte scheinen nur auf dem Papier ihre Berechtigung nicht verloren zu haben.

Wie hat sich Ihr eigenes Arztbild während Ihrer bisherigen ärztlichen Tätigkeit verändert?

Das Arztbild ist stetig im Wandel, auch mein eigenes. Hierzu nur so viel: Heute lasse ich Administratives auch mal liegen, um mir mehr Zeit für meine Patienten einzuräumen.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker.

.....
Miodrag Savic ist 1977 in Basel geboren, wo er auch Medizin studiert hat. Der schweizerisch-kroatische Doppelbürger ist verheiratet, Vater der 2-jährigen Mailin und seit 2010 Assistenzarzt in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsspital Basel. Er ist auf mehreren Ebenen und in verschiedenen Funktionen standespolitisch aktiv. Dazu gehören u.a. das Co-Präsidium des VSAO Sektion Basel und die Mitgliedschaft in der Ärztekammer der FMH.
.....



Synapse

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

Wir bedanken uns bei unseren Inserentinnen und Inserenten für die gute Zusammenarbeit im letzten Jahr.

Argos Audit & Tax AG
Ärztelasse
ASAG Auto-Service AG
Biomed AG
Bristol-Myers Squibb SA
BS Förderverein f. med. Zusammenarbeit
Bürgerspital Basel
Frau Dr. med Nathalie Lutz

H+O communications ag
Meditax Fide Consult AG
Medizinische Gesellschaft Basel
Mepha Pharma AG
Mundipharma Medical Company
MW Office Gesellschaft für Marketing Werbung GmbH
praxisstellen.ch

Publix Agentur für Werbung
Public Relations und Design
ROTHEN Medizinische Laboratorien
Spiraldynamik® Akademie AG
Schweizerisches Rotes Kreuz
Schweizermeister GmbH
Spitex Basel Geschäftsstelle
St. Claraspital

«Von der Stütze der Gesellschaft zum Rebel»

In den bald 40 Jahren zwischen meiner Ausbildung zum Arzt und meiner Tätigkeit heute hat sich ein riesiger gesellschaftlicher Wandel vollzogen, der auch mein Selbstverständnis als Arzt stark verändert hat.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis

In meinen jungen Jahren wurde in der Gesellschaft das Unbehagen formuliert, dass der Arzt für seine Patienten keine Zeit habe und auf das Persönliche zu wenig eingehe. Man sprach von der 5-Minuten-Medizin. Der Wunsch nach individuellerer und nicht nur somatisch orientierter Medizin leitete mein Interesse in psychosomatische Richtung. Mit der Erfahrung bei Praxisvertretungen, dass das Eingehen auf seelische Belange in der Allgemeinpraxis mir als Arzt einen hohen zeitlichen Druck auferlegt, konzentrierte ich mich ganz auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Feld. Damals herrschte im Fach der Psychiatrie eine richtige Aufbruchsstimmung. Dabei wurde Psychotherapie von den «richtigen» Medizinern ambivalent erlebt. Einerseits wurden den Psychotherapeuten alle Erfolge zugetraut, andererseits wurden ihre Bemühungen auch als «ein bisschen reden ohne Auswirkung» entwertet. Gesellschaftlich jedoch wurde und wird die Psychotherapie als hilfreich verstanden und immer mehr in Anspruch genommen.

Verhältnis Psychiater–Krankenkassen

Dies führte zu einer Zunahme der Kosten. Waren die Psychiater und Psychotherapeuten in den 1980er Jahren noch hochwillkommene Fachleute, die man meist respektvoll behandelte, kamen sie zunehmend unter den Druck der Krankenkassen. Die Behandlungen seien teuer, was insofern stimmt, als Psychotherapie eine zeitintensive Behandlung ist. Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit und Effizienz wurden in Frage gestellt und vielen Psychiatern mit Wirtschaftlichkeitsklagen gedroht, und einzelne auch wirklich eingeklagt, was für jeden betroffenen Arzt eine existenzielle Belastung und Bedrohung bedeutete. Psychotherapie (v.a. bei länger dauernden Behandlungen) musste sich mit grundsätzlichen Fragestellungen auseinandersetzen. Dies führte zu neuen Studien, um Effizienz,

Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit nachzuweisen. Dieser Druck hat nach meinem Erleben stark nachgelassen, seit neuropsychologisch ausgerichtete bildgebende Verfahren somatische Veränderungen im Sinn einer Heilung nach reiner Wortbehandlung (also Psychotherapie) nachgewiesen haben.

Psychiater und Psychotherapeuten gehören nach wie vor zu den am wenigsten verdienenden Medizinern. Dazu eine anekdotische Anmerkung: Nach Abschluss einer Behandlung konfrontierte ich einen Patienten mit den Kosten (im fünfstelligen Bereich) und fragte ihn, was er dazu meine. Er entgegnete: Diese Kosten seien in seinem Fall gar nicht relevant. Ohne Psychotherapie wäre er gar nicht mehr am Leben. Eine andere Patientin meinte zu dieser Frage: Diese mehrjährige Behandlung habe so viel gekostet wie die Schönheitsoperation einer Freundin, die zwei Stunden dauerte.

Der Paradigmawechsel: Von der Menschen- zur Ökonomiezentrierung

Zu Beginn meiner Psychiatertätigkeit war das gesellschaftliche Denken menschenzentriert. Menschen wurden ernst genommen und gefördert. Es war die Zeit der sozialen Marktwirtschaft, in der jeder nach seinen Möglichkeiten zum gesellschaftlichen Gelingen beitragen und genügend verdienen sollte, um in Würde leben zu können. Psychotherapie sollte helfen, persönliche Probleme zu überwinden, die den Menschen in seiner Entfaltung behinderten. Arbeitswelt und Ärzteschaft waren sich in dieser menschenzentrierten Sicht einig. Der Arzt konnte sich ganz seiner heilend-begleitenden Tätigkeit widmen.

Mit dem Fall der Berliner Mauer und dem Bankrott der sozialistischen Idee änderte sich das Bild ziemlich rasch. Plötzlich wurden Arbeitnehmer zu «Human Resources», die man ausbeuten konnte. Der Arbeitsdruck wurde ebenso grösser wie der Konkurrenzdruck. Mit der Personenfreizügigkeit kommt aktuell auch noch der Lohn unter Druck. Heute sind weder Sockelarbeitslosigkeit noch Working Poor anstössig, sondern für das «gute Funktionieren des Systems» notwendig. Bis 1989 waren beruflich bedingte Probleme in meiner Tätigkeit selten. Heute kommt schätzungsweise ein Drittel meiner Pati-

enten ursächlich wegen beruflicher Probleme (Stichwort Burn-out) oder wegen des Nichtertragens ihrer Arbeitslosigkeit zur Behandlung. Ich warte schon lange auf die Taggeldversicherung, die die versicherten Firmen dazu zwingt, Stempeln wieder einzuführen, um 60–80 Wochenstunden Arbeitszeit als Regressgrund geltend machen zu können. Dabei finde ich besonders stossend, dass der Patient von allen Seiten gedrängt wird, wieder zu funktionieren, aber die strukturellen Auslöser der Arbeitswelt negiert werden. Ich behandle zum Beispiel mehrere über 55-Jährige, die gerne funktionieren würden und dies nicht wegen Krankheit nicht können, sondern weil die Wirtschaft sie ausschliesst, – und sie da-
rob krank werden.

Paradigmawechsel von der Vertrauens- zur Misstrauensgesellschaft

In meiner Ausbildungszeit hörte ich einen öffentlichen Vortrag eines IV-Stellenleiters, der klarstellte, dass IV-Leistungen bei Bedarf ein Recht seien, das man beanspruchen dürfe und kein Almosen, dessen man sich zu schämen habe.

Wie anders tönt es doch heute! Der Schweizer ist ja in der Regel mit Belastungen der Allgemeinheit sehr zurückhaltend. Den Bedarf formulierte damals der behandelnde Arzt, der sich im weltanschaulichen Einklang mit der Wirtschaft wusste. Seine Berichte wurden von der IV geprüft und in den Schlussfolgerungen von dieser meist übernommen. Drei Faktoren haben eine grosse Änderung bewirkt: Die starke Immigration, die zur multikulturellen Gesellschaft mit anderem Inanspruchnahmeverhalten führte, die Zunahme der IV-Beanspruchung und das gesellschaftliche Primat der Ökonomie. Plötzlich begann man von beehrlichen Pseudoinvaliden zu reden. Ebenso von behandelnden Ärzten, die den Patienten Gefälligkeiten erweisen und zu ungerechtfertigten IV-Renten verhelfen. Das gipfelte in einem Bundesgerichtsurteil, dass jeder Bericht eines behandelnden Arztes als patientenlastig zu gelten habe und deshalb von der IV nicht ernst zu nehmen sei. Seither nehmen die Zahl der Gutachten und auch die Zahl der juristischen Klagen von Patientenseite zu. Kommt so ein Fall vor Gericht, bekommt der Bericht des behandelnden

Arztes, wenn er denn substantielle Fakten beinhaltet, plötzlich doch noch grosses Gewicht.

«Ich werde patientenlastig»

In meinem Berufsverständnis ist es von Anfang an mein Anliegen gewesen, Menschen in seelischer Not mittels Psychotherapie zu helfen. Dabei bestand vor 1989 eine Art Allianz mit den Arbeitgebern, den Betroffenen möglichst im Arbeitsprozess zu halten. Man könnte sagen: Die Mächtigen waren sich darin einig, menschenzentriert zu handeln.

So gesehen war ich als Psychiater eine Stütze der Gesellschaft. Ich fühlte mich auch so, auch wenn ich nicht alles gut fand.

Heute stehe ich mit meinem gleich geliebten Anliegen in einer ökonomisierten Landschaft. Der Patient kann oft nicht mehr mit dem Goodwill seines Arbeitgebers rechnen. Im Gegenteil: Oft steht er ihm eher feindlich gegenüber und wird mit seinen Anliegen nach Schutz und Unterstützung meist alleingelassen, von der IV ebenso wie von der Gesellschaft und Arbeitswelt. Das führt

dazu, dass ich als Therapeut nicht mehr immer eine neutrale Haltung einnehmen kann, sondern dem Patienten in realem Sinn helfend zur Seite stehen muss. Ich werde patientenlastig, also im Vergleich zu früher zum Rebell, weil der Patient im gesellschaftlichen Kräftespiel allein viel zu schwach ist. Dabei stelle ich zynischerweise fest, dass v.a. Grossfirmen ihre zu Patienten gewordenen Mitarbeiter besser behandeln als die Gesunden (zumindest bevor man sie entlässt!)

Dr. med. Peter Kern

Wandel des Arztbildes aus subjektiver Sicht von drei Redaktionsmitgliedern

Ein schöner Beruf wird entwertet

Wie hat sich das Bild des Arztes in den letzten Jahrzehnten verändert? Ist der Arztberuf nach wie vor eine «Berufung» oder ist er zu einer Dienstleistungstätigkeit im Sinne eines Service public geworden? Drei Mitglieder der Synapse-Redaktion beantworten diese Frage je aus ihrer individuellen Sicht.

Trend zu einer entpersonalisierten Arzt-Patienten-Beziehung

Der Arztberuf wurde traditionellerweise als Prestigeberuf angesehen. Der Arzt genoss grosses Vertrauen und war in unserer Gesellschaft zusammen mit Pfarrern und Lehrern sehr angesehen. Das hat sich inzwischen verändert: Neue Erziehungsstile, vermehrte Berufstätigkeit der Frauen, Zerfall der Familien, Mobilität, Internet usw. führten zu einer veränderten Einstellung und Erwartungshaltung des Patienten dem Arzt gegenüber. Dieser muss heute mehr erklären und sein Handeln begründen und wird oft hinterfragt. Vor einem operativen Eingriff wird (nicht nur aus Kostengründen) eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt. Das «blinde Befolgen» des ärztlichen Rates wurde abgelöst durch ein Pseudowissen des Patienten, das er sich aus den Medien und dem Internet zusammenträgt. Die vom Arzt vorgeschlagene Behandlung wird mit Freunden und Bekannten diskutiert und verglichen.

Die Schnellebigkeit und Hektik in unserem beruflichen Alltag bewirken in der Praxis wie im Spital einen häufigen

Wechsel, welcher vom Personal viel Flexibilität erfordert.

Mittlerweile haben einige ein neues, lukratives Geschäftsfeld entdeckt: das Organisieren von Ärztekongressen, insbesondere von internationalen Tagungen. Das Gesundheitswesen hat ein grosses Wachstumspotential und generiert viele Arbeitsstellen. Vor allem aber kriselt es im Gegensatz zur Exportwirtschaft, dem Bankenwesen und dem Tourismus sehr wenig.

Die abnehmende Zahl praktizierender Ärzte sowie die Überalterung der Hausärzte führen zur Verkürzung der eigentlichen Behandlungs- und Betreuungszeit und fördern eher längere Wartezeiten. (Viele Ärzte arbeiten im Teilzeitpensum sowie Frauen, auch gerne als Angestellte und nicht als selbstständig Erwerbende.) Der Wechsel beim Pflegepersonal während eines Spital- oder Altersheimtages geht mit einem Wechsel der Bezugspersonen einher, was zur Folge hat, dass die Bindung und die Beziehung zum Erkrankten nachlässt. Das Schaffen einer Vertrauensbasis für die Behandlung und Begleitung des Betroffenen wird schwieriger, wenn wenig Zeit zur Verfügung steht und auf allen Stufen ein reger Personalwechsel stattfindet. Leider haben die Ärzte und Pflegenden immer weniger Zeit für die Patienten, weil sie mehr als früher administrative Arbeiten übernehmen müssen.

Gerade bei älteren Menschen besteht viel Erklärungsbedarf. Ausländische Arbeitskräfte müssen sich zuerst in die Struk-

turen und Gegebenheiten einarbeiten. Roboter für die Essens-, Medikamenten- oder Wäscheverteilung nehmen zwar vordergründig dem Spital- oder Altersheimpersonal Arbeit ab, fördern jedoch die Entpersonalisierung der Arzt-Patienten-Beziehung und bewirken dadurch letztendlich auch, dass die Kranken mit ihren Ängsten und Symptomen alleine bleiben.

Dr. med. Alexandra Prünte

«Akzeptieren, dass das gegenwärtige medizinische Wissen der aktuelle Stand des Irrtums ist»

Der Arztberuf ist eigentlich ein schöner Beruf, der auch immer noch etwas mit Berufung zu tun haben sollte. Diese lässt sich wohl nur schwer in einem Eignungstest feststellen, weshalb bei der Wahl des Berufswunsches Arzt anthropozentrische und anthropophile Haltungen und Werte vorliegen sollten. Und gerade weil es um Werte und Haltungen geht, kann die Ausbildung zum Arzt nicht am Bildschirm erfolgen. Lebende Vorbilder mit all ihren Stärken und Schwächen, ihrer Erfahrung und der Gewichtung ihrer Erfahrungen sind wichtig.

Nach bestem Wissen und Gewissen handeln heisst zu akzeptieren, dass das gegenwärtige medizinische Wissen der aktuelle Stand des Irrtums ist. Und heisst auch: so zu handeln, dass man nicht schadet. Es braucht Zeit und Raum für

eine ungestörte und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Das lässt sich am besten realisieren, wenn der Beruf des Arztes respektive der Ärztin ein freier bleibt. Dafür müssen wir selbst besorgt sein und zunehmend mehr dafür kämpfen.

«Eine wesentliche Aufgabe von Ihnen als Hausarzt ist es, die Patientinnen und Patienten zu beruhigen, rein aufgrund der Prävalenz», sagte mir vor ungefähr 10 Jahren ein Professor der Epidemiologie in einem Gespräch anlässlich eines Kurses. Das ist eine gute Maxime für die Grundversorgung. Nur gibt es heute zunehmend Druck von aussen: Wie viel Aufwand darf für diese «Beruhigung» betrieben werden? Zu welchem Preis? Den Umgang mit Unsicherheit schliesst unsere berufliche Tätigkeit immanent mit ein. Es gilt, gefährliche, ungünstige Krankheitsverläufe zu erkennen, ob man nun von «Red Flags» oder «Spitzen von Eisbergen» spricht. Das ist eine Herausforderung. Sie macht unseren Beruf aber auch spannend. Die Varianz ist gross: «Die Natur hasst jedes Schema, aber ein Schema ist bequemer», erwähnte einmal ein sehr strukturierter Pathophysiologe während einer seiner Vorlesungen.

Grundversorger-Medizin darf keine «Barfuss-Medizin» sein, denn «End of the Pipe Solutions» sind meistens teurer. Es geht auch darum herauszufinden, was für die Patientinnen und Patienten wesentlich ist. Was treibt sie an, was hindert sie? Warum sind Verhaltensänderungen so schwierig?

In diesem Zusammenhang hat mich der Ansatz von «Motivational Interviewing» (Stephen Rollnick & William R Miller, zwei Psychologen) am meisten überzeugt, da er im Praxisalltag gut realisierbar ist. Danach gilt: zuerst zuhören (listen), genug lange, d.h. mindestens 90 Sekunden, dann geleiten (guide) durch offene Fragen und erst dann durch Information und Anweisungen führen (direct). Ausserdem gilt es, vorschnellem Korrigieren zu widerstehen und zu versuchen, die wahren Hintergründe zu verstehen, zuhören und letztlich die Patientin/den Patienten stärken und aufbauen. Ich habe mich nie dem paternalistischen Bild des Arztes verpflichtet gefühlt (eine Generationsfrage?). Ich verfolge mehr einen partnerschaftlichen Ansatz. Allerdings muss ich festhalten, dass vor allem ältere Patientinnen (über 80) ein paternalistisches Muster gewohnt sind und durch die Freiheiten, die ein partnerschaftlicher Ansatz mit sich bringt, eher verunsichert, überfordert und hilflos sind.

Sorge macht mir die unbeschreibliche Gier einiger weniger. Die Politik, nicht nur die Gesundheitspolitik, sollte fair sein. Die zunehmende soziale Ungleichheit ist nach Sir Michael Marmot, Medizinprofessor aus London, die Folge einer «toxic combination of poor social policies and programmes, unfair economic arrangements and bad politics». Berichte und Bücher liegen vor, doch die Politik funktioniert anders: Wer hat, dem wird gegeben oder erlassen, wie zum Beispiel Steuern und AHV im Rahmen der Unternehmenssteuerreform II.

Diese Gier einiger weniger ist als Erklärung allerdings nicht hinreichend. Wir scheinen uns seit Anfang der 1980er Jahre von einer noch teilweisen sozialen Marktwirtschaft zu einer zunehmend asozialen, amoralischen und folglich auch unsolidarischen Marktgesellschaft zu entwickeln (Michael J. Sandel: What Money Can't Buy, 2012). Wollen wir das? Sind Gesundheit und Ärztinnen und Ärzte zu kaufen wie Waren? Sind wir im Zeitalter des Kannibalismus angekommen? (1)

Armen Menschen wird gegen eine lächerliche Entschädigung eine Niere für einen zahlungskräftigen Käufer entnommen, und zwar von Ärzten, die in Klinikkonzernen in Schwellenländern arbeiten. Selbstverständlich gibt es keine Nachbetreuung der Organspender. Die Ökonomie ist zu einer Herrschaftswissenschaft geworden. Die Logik des Kaufens und Verkaufens gilt nicht mehr nur für materielle Güter, sondern beispielsweise auch für Leihmütter. Im Bildungs- und Gesundheitswesen sind andere Werte wichtiger. Die Marktlogik führt gemäss Sandel zu mehr Ungleichheit und Korruption.

Vorerst laufen wir in der Schweiz (gemäss Publikationen des Gesundheitsobservatoriums 2008, 2009) in einen Mangel an Pflegenden und Ärzten. Die Politik hat die ersten vier Jahre verschlafen und handelt bis jetzt zu wenig und zu spät. Politik beinhaltet die Notwendigkeit, vorausschauend zu handeln auf einer Grundlage unvollständigen Wissens. Allerdings ist es eine Kunst, aufgrund spärlicher und schlechter Daten intelligente Schlussfolgerungen zu ziehen. Diese Kunst trainieren wir für und in unserem Job und brauchen sie täglich. Wer sollte da mal auf wen hören? Schon Rudolf Virchow meinte 1848: «Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medicin im Grossen.»

Dr. med. Carlos Quinto

(1) Vgl.: Jean-Daniel Rainhorn, Geneva: Health inequalities: some global perspectives (25.6.2009, Bern), anlässlich des Symposiums zur Emeritierung von Christoph Minder, Link: http://www.ispm.ch/fileadmin/doc_download/News/News_09o6_Rainhorn_JD_Cannibale.Berne.v3.pdf

«Mit der Spezialisierung geht die Geschichte des Patienten verloren»

Bader, auch «Medici» genannt, gab es schon im Mittelalter. Es waren die ersten Chirurgen, auch Zahnärzte, die mit wenigen Mitteln und Courage ein wenig Linderung in eine von Pest und Armut geprägte Welt brachten. Heilen konnten sie nicht – dafür hatten sie das Körperverständnis noch nicht, das die späteren Anatomen aus Leichen herauslasen. Gleichzeitig waren sie aber auch oft Scharlatane, die mittels Kräutern und Tränken gegen Geld oder Waren Liebe, Heilung und noch vielmehr versprachen ...

Ob die Ärzte der Neuzeit aus diesen zweifelhaften Menschen abzuleiten sind? Ja, wahrscheinlich schon. Es braucht eine gehörige Portion Neugier, Durchhaltevermögen und manchmal ist die Arbeit dem Ungewohnten fremd. Da muss man durch, um ein Medizinstudium der heutigen Zeit zu bestehen. Auch heute noch ist das Helfende am Beruf ein wichtiger Motor, das Medizinstudium durchzustehen. Unsere Grossväter und Väter hatten die Ehre, Medizin zu studieren. Nur gutsituierte Familien konnten es ihren Sprösslingen ermöglichen, dieses Studium, damals hochangesehen, zu ergreifen und mit dem Staatsexamen abzuschliessen. Danach wurde sofort gearbeitet, beim Vater in der Praxis oder als eigenständiger Hausarzt. Spezialisierungen kamen erst im 20. Jahrhundert auf – vorher war man entweder Chirurg – oder Hausarzt, also Spezialist der inneren Organe.

Mit der Spezialisierung kamen neue Berufe oder neue Unterteilungen des Körpers auf. Der Augenarzt war fortan nur noch für die Augen eines Menschen zuständig – und dafür wusste er im besten Fall alles über dieses Organ im Zusammenspiel mit dem Körper. Der Hausarzt war auch Anfang dieses Jahrhunderts ein Selfmademan, Frauen kamen einiges später dazu, sie waren die guten Perlen hinter den Hausärzten, die ihnen den Rücken freihielten, die Kinder aufzogen und in der Praxis Administratives erledigten. Ohne Frauen im Hintergrund wären die Ärzte nicht fähig gewesen zu dem, was sie leisteten: Tag und

Nacht für immer mehr heilbare Krankheiten zuständig zu sein.

Mit mehr staatlichen Universitäten, die subventioniert wurden, war es mehr Menschen aus allen Bevölkerungsschichten möglich, Medizin zu studieren. Damit und mit der beginnenden Frauenbewegung wurde es auch Frauen möglich, Medizin zu studieren. Mit einem immer grösser werdenden Frauenanteil in der Medizin begann ein neuer Trend – die Teilzeitmedizin, die vor allem von Frauen (die auch heute noch den Grossteil der Kindererziehung leisten) gefordert wurde.

Heute sind mehr als 50 Prozent der Medizinstudierenden Frauen und immer noch steigt ihr Anteil an Staatsexamensab-

gängern. Frauen haben keine Lobby, die die Kinder aufzieht und ihnen den Rücken freihält, um zu 100 Prozent mit ihrem Beruf zu verschmelzen. Sie sind immer noch die Kindererzieherinnen und im Haushalt zu 70 Prozent zuständig –, auch wenn die Hausarbeit in der Familie geteilt wird. Heute hat das Bild des Hausarztes auf dem Lande, der rund um die Uhr für die Patienten zuständig ist, ausgedient. Was verlieren wir damit? Einen empathischen Menschen, der sich aufopfert und seine Familie selten sieht. Und was noch? Einen guten Freund der Familie, der alle Mitglieder von der Wiege bis zu Bahre kennt und um deren kleine und grosse Sorgen weiss und sich gebührend darum bemüht.

Die Spezialisten, die gegebenenfalls zu Rate gezogen werden, verwässern dieses Modell, wenn sie nicht via Hausarzt aufgebeten werden, mitzuhelfen. Heute ist es leider üblich, direkt den Spezialisten aufzusuchen. Bei Halsweh den HNO-Arzt, bei Blasenentzündung den Nierenspezialisten ...

Damit geht die Geschichte des Patienten verloren, niemand hat mehr den Überblick über die verschiedenen Leiden des Patienten. Vergessen geht der Diabetes, der beim Augenarzt aber ein wichtiges differentialdiagnostisches Puzzleteilchen wäre, um die Krankheit des Auges zu begreifen.

Med. pract. Katja Heller

Der Wandel des Arztbildes aus der Sicht eines Ärzteberaters

«Krisen sind in der Ärzteschaft immer noch ein extremes Tabu»



Dr. med. Jürg Bänninger

Synapse: Wie steht es heute Ihrer Erfahrung nach ganz allgemein um die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz?

Jürg Bänninger: Vergleichsstudien aus der Schweiz zu früher gibt es kaum. Fest steht, dass Ärztinnen und Ärzte risikofälliger sind für psychische Krankheiten und unter ihnen Burn-out weitverbreitet ist. Suizid ist der häufigste Grund für vorzeitigen Tod unter Ärzten und der zweithäufigste unter Medizinstudenten. Ärzte sind 2,45-mal mehr gefährdet als die Gesamtbevölkerung. (1)

Früher gibt es kaum. Fest steht, dass Ärztinnen und Ärzte risikofälliger sind für psychische Krankheiten und unter ihnen Burn-out weitverbreitet ist. Suizid ist der häufigste Grund für vorzeitigen Tod unter Ärzten und der zweithäufigste unter Medizinstudenten. Ärzte sind 2,45-mal mehr gefährdet als die Gesamtbevölkerung. (1)

Was hat sich in den letzten 50 Jahren in einer Ärztebiographie vor allem verändert?

Die fachlichen Anforderungen sind sicher gestiegen. Dafür sind die Informationen dank Internet viel leichter zu beschaffen und zunehmend auch automatisiert (z.B. Interaktionscheck). Die Arbeitsbe-

dingungen sind auch nicht einfacher geworden, insbesondere der administrative Aufwand. Dazu kommt noch das akribische Sammeln von Credits, das nicht nur Freude macht. Auch die Patienten sind anspruchsvoller und informierter geworden. Die Angriffe in der Öffentlichkeit – sehr selten im persönlichen Kontakt – sind zermürend, vor allem für die Sparten, die auch finanziell nicht gerade attraktiv sind (z.B. Kinder- und Hausärzte, Psychiater).

Die Gründung von «ReMed» 2007 und die ersten Erfahrungen während der Pilotphase in den Jahren danach deuten darauf hin, dass es ein echtes Bedürfnis nach dieser Dienstleistung gibt. Wie interpretieren Sie das? Etwa im Vergleich mit anderen Berufen?

Ich berate in meiner jetzigen Teilzeittätigkeit überwiegend Menschen mit Problemen im beruflichen Umfeld. Ich bin nicht so sicher, ob die Ärzte, verglichen mit anderen Berufen mit vergleichbarer Verantwortung, wirklich überproportional betroffen sind. Ich sehe neben Kolleginnen und Kollegen auch sehr häufig Lehrer, Projektleiter, Bankmitarbeiter verschiedener Hierarchiestufen. Druck,

Unsicherheit und Stress haben in der Arbeitswelt generell zugenommen. Aber die Ärzte warten meist viel länger, bis sie sich Hilfe holen.

Was war der genaue Grund für die Gründung von ReMed?

Ich zitiere aus dem Kurzkonzept von ReMed: ReMed ist ein Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte und hat die Erhaltung der ärztlichen Funktionalität, die Gewährleistung der Patientensicherheit und die Förderung der Qualität der medizinischen Versorgung zum Ziel. ReMed leistet einen Beitrag zur Enttabuisierung der beruflichen ärztlichen Belastungen, zeigt auf, was Ärzte tun können, damit sie gesund bleiben und unterstützt sie in Krisensituationen.

Mit welchen Arten von Krisen sind Sie vor allem konfrontiert?

Meist haben die Krisen einen sehr komplexen Hintergrund: Die schlimmstmögliche Entwicklung sieht dann etwa so aus: Überlastung, Überforderung, Angst vor Fehlern oder gar Fehler, die passiert sind und meist auch wieder komplexe Ursachen haben. Oft kommen Existenzängste, arbeitsrechtliche, versicherungs-

technische und finanzielle Probleme dazu. Sekundär gibt es dann sehr häufig auch noch partnerschaftliche und familiäre Konflikte. Zu guter Letzt dann als untaugliche Lösungsversuche Selbstbehandlung mit Psychopharmaka, Betäubungsmittel oder andere Suchtmittel wie Alkohol. Nicht so selten sind auch psychiatrische Erkrankungen ursächlich beteiligt (Depressionen, bipolare Störungen, Psychosen).

Gibt es aus einzelnen Fachgebieten eine überproportionale Häufung von Anfragen?

Ich habe die aktuellen letzten 20 Anfragen analysiert und bin dabei selber erschrocken: Es waren 9 Assistenzärztinnen, 3 Assistenzärzte, 7 Hausärzte, 1 Psychiater. Also eine starke Übervertretung von Ärztinnen und von Kollegen, die in Institutionen tätig sind. Diese Auswahl scheint mir recht repräsentativ. Mein Eindruck ist, dass die Fachrichtungen ungefähr ihrer statistischen Verteilung entsprechend vertreten sind.

Was bieten Sie Hilfesuchenden konkret an?

Pro Anfrage sind zwei Beratungsstunden kostenlos. Wir versuchen zusammen mit den Hilfesuchenden eine Standortbestimmung zu erarbeiten und dann Vorschläge zu machen, wie die Schwierigkeiten anzupacken sind. Wir können auf einen Pool von Kolleginnen, die wir aus unseren Interventionsgruppen kennen, sowie Spezialisten für rechtliche, organisatorische und andere spezifische Fragestellungen zurückgreifen. Nach einer Überweisung muss die Finanzierung bilateral geklärt werden. Meistens kann über die Krankenkasse abgerechnet werden. Ein grosses Bedürfnis wäre die Vermittlung von Stellvertretern in Notsituationen, aber das ist bei den Hausärzten, wo es am häufigsten vorkommt, beinahe unmöglich.

Es sind längst nicht alle Anfragen hochkomplex, vielfach reicht eine Auskunft

über eine geeignete Anlaufstelle oder ein Ratschlag für den nächsten Schritt.

Wie erleben Sie Ärztinnen und Ärzte, die in eine Krise geraten? Können sie gut Hilfe annehmen?

Krisen sind in der Ärzteschaft immer noch ein extremes Tabu, was leider zur Folge hat, dass meist viel zu spät Hilfe gesucht wird. Der Schritt zur Akzeptanz, dass man Hilfe braucht, ist für Ärztinnen und Ärzte immer noch sehr schwierig. Das macht die Beziehung Arzt-Arzt-als-Patient auch sehr heikel und ist gespickt mit Stolpersteinen. Aus diesem Grund bieten wir Interventionsgruppen an für Ärzte, die bereit sind, andere Ärztinnen und Ärzte zu behandeln. Ich ermuntere in allen Workshops die Teilnehmer, mutiger zu sein und Kolleginnen und Kollegen, die ihnen auffallen, anzusprechen. Erfahrungsgemäss kann das besonders gut in Balintgruppen, Qualitätszirkeln oder Videochränzli geschehen.

Nach einer Pilotphase wurde nun das Projekt auf die ganze Schweiz ausgeweitet. Wie hat sich seither die Zahl der Anfragen entwickelt?

2008 waren es 21 Anfragen, 2012 bereits gegen 100. Die Tendenz ist steigend.

Was müsste auf gesellschaftlicher und medizinischer Ebene geschehen, dass es zu weniger Belastungen und Krisensituationen für Ärztinnen und Ärzte kommt? Was müsste politisch verändert werden?

ReMed ist ein Netzwerk, das Hilfe anbietet. Zwar setzen wir uns für Aufklärung mit entsprechenden Angeboten ein und engagieren uns auch in der Prävention, aber politisch sind wir nicht aktiv. Zu einem speziellen Thema, dem der Assistenz- und Oberärztinnen, erlaube ich mir, meine ganz persönliche Meinung pointierter zu äussern: Ich war zwar überrascht, dass sogar über die

Hälfte der letzten 20 Anfragen aus dieser Gruppe kommt, aber diese Häufung beschäftigt uns schon lange. Die zukünftige Ärztegeneration wird hauptsächlich in der Assistenzzeit sozialisiert. Es braucht deshalb dringend menschlichere Arbeitsbedingungen in den Spitälern, familienfreundlichere Arbeitszeitmodelle (und notabene Facharzt-Curricula) und eine klar definierte und finanzierte Ausbildung der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte. Da ist auch der VSAO gefordert, dem ich etwas griffigere und zentralere Strukturen wünschen würde. Ein sehr empfehlenswerter und problemlos zu realisierender erster Schritt in die richtige Richtung ist der Besuch der Schulungen für Kaderärzte im Rahmen des Projekts «Täter als Opfer» der Stiftung für Patientensicherheit. Eine gute Fehlerkultur impliziert bereits sehr viele der wünschenswerten Veränderungen in Organisation, Ausbildung und der Führungs- und Sozialkompetenz der Vorgesetzten.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker.

Dr. med. Jürg Bänninger ist seit 35 Jahren Hausarzt. Er absolvierte verschiedene psychotherapeutische Weiterbildungen, besuchte Balintgruppen und bildete sich am Zentrum für systemische Therapie und Beratung in Bern zum Systemtherapeuten ZSB aus. Als Hausarzt arbeitet er nur noch in Vertretung zugunsten seiner Tätigkeit in der Praxis für systemische Therapie und Beratung, in der er mit Menschen, die im beruflichen Umfeld Schwierigkeiten haben, arbeitet, aber auch mit Paaren, Familien und Einzelpersonen. Seit 2008 ist er im Leitungsausschuss von ReMed. Er ist verheiratet und hat drei erwachsene Kinder.

(1) Ärztliches Wohlbefinden beeinflusst Behandlungsqualität. Hostettler, Hersperger, Herren. Schweizerische Ärztezeitung 2012;93:18, Seite 655 ff.

ReMed

Ärztinnen und Ärzte sind im Beruf stark gefordert – manchmal so stark, dass Körper und Seele darunter leiden und es zu gesundheitlichen Beschwerden kommt. Gibt es dann noch Schwierigkeiten im privaten Umfeld, kann die eigene Lebenssituation plötzlich ausweglos scheinen. ReMed fängt Ärztinnen und Ärzte in solch kritischen Momenten rechtzeitig auf und begleitet sie auf dem Weg aus der Krise. Bei jeder Kontaktaufnahme meldet sich ein erfahrenes Berater-team innerhalb von 72 Stunden und bespricht die persönliche Situation.

Benötigen Sie Unterstützung? Oder eine Ärztin, ein Arzt aus Ihrem Umfeld?

Infos unter: www.swiss-remed.ch oder 24-Stunden-Hotline: 0800 0 73633

Vom Einzelkämpfer zum Teamplayer



Dr. med. Hans Vogt

Die Hausarztpraxis vor 50 Jahren

Sprechstunden-termine auf Bestellung gab es nicht. Man ging zum Arzt und setzte sich in die Wartereihe, immer die Nach-

folgenden beobachtend, damit man nach zwei Stunden Wartezeit endlich an der Reihe war: «Der Nächste bitte.» In der Arztpraxis hing ein permanenter Äthergeruch, die Sprechzimmer waren karg eingerichtet, Arzt-pult, Schragen, Instrumentenkasten, unten in cremefarbigem Metall, oben Glas. Der Arzt trug einen Reflektor über der Stirne, hatte einen ellenlangen Arztmantel und roch immer penetrant nach Desinfektionsseife. Die Untersuchungsmöglichkeiten waren beschränkt, im Labor wurde einem mit einem furchtbaren Stechinstrument in den Fingern gehackt. Im Praxisröntgen krachte und funkte es höllisch und die Qualität der von Hand entwickelten Bilder war oft mangelhaft, es reichte aber zum damaligen Zeitpunkt für eine ordentliche Diagnostik. Auch Hausbesuche wurden gemacht, allerdings setzte der Arzt den Termin fest, entweder über Mittag oder am Abend spät, manchmal auch um sechs Uhr morgens. Heute undenkbar.

Die Medikamente erhielt man von der umtriebigen Arztgehilfin in einem Tütchen. Zuvor holte sie die entsprechenden Pillen, Dragées und farbig eingepackten Zäpfchen aus riesigen Bonbondosen mit einem Schäufelchen heraus, so ungefähr die Dosis für eine Woche. Von Verfalldaten war damals noch keine Rede. Was der Arzt sagte, war einfach richtig und gut. Man befolgte die Ratschläge und wehe, man entschied sich anders, das setzte ein gehöriges Donnerwetter ab.

Die Hausarztpraxis vor 25 Jahren

1988 übernahm ich meine Hausarztpraxis von meinem Vorgänger. Im Wartezimmer lagen noch die alten Nebelspalter, das Gelbe Heftchen, ein Eulenspiegelkalender. Die Zeitschriften waren völlig abgegriffen und alle Denksportaufgaben und Kreuzworträtsel gelöst. Nach vier

Monaten Einlaufzeit stellten meine Frau und ich die Praxis um, renovierten tüchtig und brachten sie auf ein zeitgemäßes Niveau. Ich startete von Beginn weg mit einem Praxiscomputer. Damals bestand die Einheit aus einem Rechner, einem monströsen Bildschirm und einer riesen grossen Schreibmaschine. Dazu ein Nadeldrucker, den man nur abends in Betrieb nehmen konnte, da Lärm und Staub fast unerträglich waren.

Ich übernahm auch die Praxisapotheke, mindestens die Hälfte der Medikamente kannte ich nicht. In Schubladen befanden sich ganze Arsenale von bunt verpackten Zäpfchen, seit Jahren nicht kontrolliert und ranzig. Es war auch noch üblich, mit Spritzen und Nadeln zu arbeiten, die jeweils gereinigt und sterilisiert wurden. Über die Qualität des damaligen Sterilisators möchte ich mich nicht äussern.

Mein Vorgänger hatte mir bei der Praxisübergabe zwei Schreibmaschinen geschenkt. Diese dienten ihm während 35 Jahren Praxistätigkeit, Unterhaltskosten während dieser Zeit: eine Revision und ein paar Farbbänder. Beim Benutzen der Maschinen kam es jeweils beim Drücken der «o-Taste» zu einem Loch im Papier.

Ohren wurden mit grossen Spitzen gespült. Die Röntgenanlage, die ich übernommen hatte, war aber modern. Ausserdem installierte ich einen neuen Entwicklungsautomaten. Zuvor wurden die Bilder immer noch von Hand entwickelt und in hübschen Rähmchen aufgespannt, der Zeitaufwand war enorm. Im Praxislabor wurde noch viel gearbeitet und in Wasserbädern die Reagenzien aufgewärmt, mit Pipetten wurde Serum zugeschüttet, mit Stäbchen wurde gemixt und gerührt, die Quickresultate waren hervorragend. Mir kann das manchmal vor wie im Kabinett von Dr. Mabuse. Aber es funktionierte irgendwie. Der Einsatz eines Ektachem-Gerätes mit Trockenchemie war ein unwahrscheinlicher Fortschritt und ich wurde allseits bewundert, solche Geräte führten damals nur Spezialärzte. Das war zwar teuer – aber merke: Eine gute Investition macht Eindruck; wenn sie gut funktioniert, lässt sich damit auch gut und gewinnbringend arbeiten und Personalstunden einsparen.

Die Rahmenbedingungen vor 25 Jahren

Die Verrechnung erfolgt nach dem Ärztetarif des Kantons Baselland. Diese komplizierte Tarifstruktur galt nur im KVG-Bereich. Im UVG-Bereich gab es einen anderen Tarif. Die Taxpunkte waren völlig verschieden. Der grosse Vorteil war aber jeweils, dass am Ende des Jahres der Taxpunkt im KVG-Bereich gemäss der Jahresteuern angepasst wurde, grosszügigerweise aber immer ein paar wenige Prozentpunkte unter der Jahresteuern. Das wurde durch die Ärztesgesellschaft BL und den kantonalen Krankenkassenverband problemlos ausgehandelt.

Es gab noch keine Handys. Bei Hausbesuchen im Rahmen von Notfalldiensten meldete ich mich in der Praxis ab, fuhr nach Arisdorf, Lupsingen oder ins Schwarzbubenland. Dann Telefon in die Praxis, neue Aufträge entgegennehmen und nächster Hausbesuch. Es war selbstverständlich, dass die Ehefrau zu Hause am Telefon während dieser Zeit die Triage und auch nachts die Laboranalysen in der Praxis machte, Röntgenbilder anfertigte und sich um alle administrativen Belange kümmerte. Etwa 1990 beschaffte ich mir ein erstes Handy, das funktionierte aber nur im Ergolzthal, ab Lupsingen war «tote Hose».

Der Hausarzt war damals noch zuständig für alles, betreute Schwangere, begleitete Geburten und betreute Säuglinge. Es brauchte noch keine Demenzspezialisten. Die Notfalldienste waren streng und lang, die Notfallstation im KSL wurde viel weniger frequentiert. Das Familienleben wurde oft in Mitleidenschaft gezogen, ganz zu schweigen vom 24-h-Bereitschaftsdienst meiner Ehefrau.

In den ersten Jahren gab es kaum Rückfragen von Patienten, es wurden mir keine Internetausdrucke vorgelegt, es gab keine Anfragen per E-Mail, keine Anrufe auf Handys, keine Drohungen mit Klagen auf Schadenersatzzahlungen. Die Technik in der Praxis funktionierte gut, es gab keine Computerabstürze, keine digitalen Röntgensysteme, die nicht funktionierten wegen irgendwelchen technischen Problemen, und es gab vielleicht noch mehr zufriedene Patienten und weniger Rentenbegehren.

Die Hausarztpraxis heute

Unsere Praxis hat sich gewandelt. Vor

sechs Jahren haben wir mutig einen Schritt in die Zukunft gewagt, die Praxis vergrössert und ein «Kompetenzzentrum für Hausarztmedizin» aufgebaut. Seither habe ich auch immer einen Praxisassistenten oder einen Juniorpartner. Wir arbeiten heute mit zwei bis vier Ärzten. Das Praxisteam wurde erweitert. Wir haben heute zwei, bald drei MPAs in Ausbildung. Die Laborgeräte wurden auf den neuesten Stand der Technik gebracht (obwohl die Vergütungskosten laufend gesunken sind). Vor drei Jahren haben wir zudem ein digitales Röntgensystem eingerichtet: Die Computeranlage ist mittlerweile auf acht Arbeitsstationen mit einem zentralen Server angewachsen. Damit sind auch die Betriebs- und Wartungskosten immens angestiegen, ebenso der Ersatzbedarf. Die permanente Kommunikation mit allen möglichen Mitteln verschafft uns zum Teil mehr Probleme als Erleichterung.

Eine Zwischenbilanz

- Die Hausarztpraxis ist ein Unternehmen geworden mit einer technologisierten und teuren Infrastruktur und mit mehr Personal.
- Die Patienten sind anspruchsvoller geworden. Es braucht mehr Zeit für sie, auch für kleine Probleme. Sie benutzen die diversen Informationsplattformen und Kommunikationsmöglichkeiten, um mit Internetausdrucken anzurau-

schen und über E-Mail irgendwelche Fragen zu stellen.

- Die Bevölkerung ist älter geworden, wir betreuen viele Demente, was früher selten war.
- Gewisse Kompetenzen entfallen, so wird kaum mehr in einer Hausarztpraxis Gynäkologie und Schwangerschaftsbetreuung angeboten.
- Dafür machen wir Reiseberatungen an die entlegensten Orte auf der Welt und Eiseninfusionen.
- Der administrative Aufwand ist mittlerweile fast nicht mehr zu bewältigen. Die Auflagen werden immer umfangreicher (z.B. die Inspektion der Apotheken, Kontrolle der Laborgeräte, Umgang mit sterilisiertem Material, Entsorgungskosten etc.).
- Seit Einführung von TARMED ist die Entschädigung nur noch schlechter geworden.

Zukunftsperspektiven und Empfehlungen

- Den Beruf des Hausarztes wird es immer geben. Seine Existenz ist gesichert, er wird von der Bevölkerung geachtet und hochgeschätzt, sein Sozialprestige wird immer ganz oben bleiben.
- Die modernen Hausärzte müssen sich den Gegebenheiten der Zeit anpassen, also wenn immer möglich eine Gemeinschaftspraxis mit guter Infrastruktur führen (Labor, digita-

les Röntgen, IT-Lösung, elektronische Krankengeschichte, Kommunikationsmöglichkeiten etc.), um die Infrastrukturkosten tief zu halten.

- Eine Gemeinschaftspraxis bietet auch viel bessere Möglichkeiten für Fortbildung, Absenzen, Ferien etc. Daneben ist der Erfahrungsaustausch unter den Kollegen immens wichtig.
- Ich empfehle auch allen Hausärzten, die Möglichkeit einer Praxisassistenten anzubieten, Tutoriate zu übernehmen und MPAs auszubilden. Alles zwar mit Mehraufwand, aber mit grossem Benefit.
- Das Allerbeste: Bei einer gut geführten, modernen und innovativen Praxis wird man sich nie über mangelnde Nachfrage beklagen müssen. Man wird zwar viel Zeit in den Betrieb stecken müssen, dafür hat man aber zufriedene Patientinnen und Patienten und ein grosses Mass an Selbstzufriedenheit.

Es ist zu hoffen, dass die Wertschätzung der Hausarztpraxis von Politikern, Kranken- und UVG-Versicherungen nicht nur ein Lippenbekenntnis bleibt und dass unsere Tätigkeit entsprechend aufgewertet und wieder attraktiver gemacht werden kann, nicht zuletzt auch durch eine angemessene und verbesserte finanzielle Entschädigung.

Dr. med. Hans Vogt, Hausarzt in Liestal

Der Wandel des Arztbildes aus der Sicht eines Belegarztes

Sind Belegärzte ein Auslaufmodell?

Wenn es nach Herrn Carlo Conti geht, dem Vorsteher des Sanitätsdepartementes Basel-Stadt und Verwaltungsratspräsidenten der Swiss DRG AG, sind Belegärzte ein Auslaufmodell. Auch Dr. Indra, Gesundheitsplaner Basel-Stadt, bestätigt diese Aussage auf Anfrage hin, auch wenn er auf die grosse Bedeutung der Belegärzteschaft für das hohe Niveau der ärztlichen Versorgung in der Schweiz hinweist.

Belegärzte sind öffentlich zu wenig präsent

Während die Hausärzte im Moment politisch und medial stark präsent sind, ist von Belegärzten kaum die Rede. Während der Hausarzt ein auch literarisch geprägtes Profil hat, fehlt der Belegärzteschaft

ein solches Branding. Dies dürfte eine der Hauptgefahren für das Belegarztesystem darstellen. Es hat eine politische Skotomisation dieser Gruppe ermöglicht, was sich darin geäussert hat, dass neue Tarifwerke wie TARMED und DRG im stationären Bereich spitalorientiert sind und den speziellen Probleme der Belegärzteschaft nicht gerecht werden.

Zusätzlich wird die Belegärzteschaft gefährdet durch den Umstand, dass die Direktoren von Belegarztspitälern immer mehr dem «Charme discret» der Chefarztsituation erliegen. Ein Chef lässt sich besser führen als viele. Auch die zunehmende, vorwiegend politisch motivierte Zentralisation bestimmter chirurgischer Leistungen an Grosskliniken reduziert den möglichen Wirkungskreis des Beleg-

arztes. Schliesslich besteht bei jungen Ärzten ein zunehmender Trend zu weniger wirtschaftlicher Selbstverantwortung.

Das wirtschaftliche Umfeld erschwert die Finanzierung, der Umsatz nimmt zwar über steigende Kosten zu, die Einnahmen aber ab, die Altersvorsorge wird immer problematischer, ebenso ein allfälliger späterer Praxisverkauf. Der grosse persönliche Aufwand für die Betreuung der eigenen Patienten rund um die Uhr, häufig verbunden mit beträchtlichen Anfahrtswegen, ist nicht mehr jedermanns Sache und findet in den Tarifwerken keinen Niederschlag. Aufgrund dieser Punkte könnte man also durchaus der Aussage beipflichten, dass das Belegarztesystem nicht mehr zeitgerecht und darum durchaus ein Auslaufmodell sei.

Die Qualitäten der Belegärzte

Belegärzte sind meist hochqualifiziert, haben während der Ausbildung im Spital die Stellung eines Oberarztes oder Leitenden Arztes eingenommen und verfügen damit über grosse Erfahrung. Als Belegärzte betreuen sie ihre Patienten unmittelbar und tragen dabei die volle Verantwortung.

Das Belegarztsystem ist ein – mit wenigen Ausnahmen – klassenunabhängiges System, d.h.: Belegärzte behandeln Patienten unabhängig von ihrer Versicherungs-kategorie und sind damit Garant für die freie Arztwahl. Der Umstand, dass Belegärzte im Gegensatz zu Kollegen, welche eine akademische Laufbahn einschlagen, die Kliniken verlassen, schafft die Voraussetzung für

dynamische Ausbildungsabläufe und verhindert Ausbildungsblockaden für die nachfolgende Generation. Das Belegarztsystem ermöglicht zudem eine gesunde Konkurrenz zwischen öffentlichen und privaten Anbietern. Die relative Ungebundenheit des Belegarztes macht ihn allerdings für Politiker und Spitaldirektoren zum komplexen Kontrahenten. Als ein Nachteil belegärztlicher Tätigkeit kann das Verlorengelassen klinisch verwertbarer «Fälle» gesehen werden. Hier müsste in Zusammenarbeit mit den Zentrumskliniken ein praktikabler Weg für den Aufbau von Datenbanken geschaffen werden. Auch die Möglichkeit, Belegärzte bei der Ausbildung junger Kollegen miteinzubeziehen, liegt noch brach.

Fazit

Abschliessend gilt es festzuhalten, dass das Belegarztsystem Voraussetzung bleibt für eine hohe, jedem Patienten zugängliche Qualität in unserem Gesundheitswesen und für ein permeables Ausbildungssystem. Zwei komplementäre Säulen (d. h. Belegarztsystem und öffentliches Spital) widerstehen der aktuellen gesundheitlichen politischen Brandung besser als eine. Allerdings müssen wir lernen, unsere gemeinsamen Interessen und nicht die Differenzen zu erkennen, wenn wir als Ärzte im heutigen Umfeld bestehen wollen.

Dr. med. Gianfranco Mattarelli, Facharzt FMH für Urologie in Liestal

Sagen Sie uns Ihre Meinung zur Synapse auf www.synapse-online.ch oder per Mail an synapse@emh.ch

Die Ärztegesellschaften im Wandel der Zeit

Die Medizinische Gesellschaft Basel (MedGes) und die Ärztegesellschaft Baselland (AeGBL) wurden in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gegründet. Damals und heute geht es den Ärztegesellschaften in erster Linie um die bestmögliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und die dafür nötigen Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausübung. Die Tarifgestaltung, die Qualitätskontrolle, die Weiter- und Fortbildung, der Notfalldienst, die regionale Vernetzung und natürlich auch die Förderung der «Geselligkeit» unter den Mitgliedern sind Themen, die die Gesellschaften heute wie damals beschäftigen. Die Ärztegesellschaften gehören zu den wichtigsten Gesundheitsorganisationen in unserer Region. Es ist ihnen ein grosses Anliegen, im gesundheitspolitischen Umfeld auf kantonaler und regionaler Ebene Einfluss auszuüben und als kompetente Partner wahrgenommen zu werden. Sie führen enge Beziehungen zu

den anderen Anbietern und Organisationen im Gesundheitswesen.

Braucht es in der heutigen Zeit noch kantonale Ärztegesellschaften? Führen, nicht verwalten lautet das Motto. Natürlich brauchen wir eine funktionierende Struktur, um den administrativen Bedürfnissen unserer Mitglieder gerecht zu werden. Aber je länger, je mehr sind Voraussicht und Führungsqualität gefragt. Wir müssen agieren statt reagieren und den Herausforderungen der Zukunft vorausschauend begegnen. Die Kantonalgesellschaften haben Aufgaben nach innen und nach aussen. Nach aussen vertreten sie die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Politik und Versicherern. Nach innen sorgen sie für den Zusammenhalt ihrer Mitglieder, um möglichst geschlossen auftreten zu können.

Aufgrund der systemimmanenten divergierenden Interessen von uns Ärzten

erfolgt dieser Zusammenhalt nicht automatisch, sondern bedarf einer steten Pflege. Wir wollen explizit keine Gleichschaltung von Meinungen, sondern den Erhalt der Vielfalt von Persönlichkeiten, Interessen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Was sind die konkreten Aufgaben der Ärztegesellschaften und wie profitieren die einzelnen Mitglieder von der Mitgliedschaft?

Die immer schwieriger werdende wirtschaftliche Situation einiger Mitglieder führt diese verständlicherweise dazu, sich vermehrt zu fragen, was die Mitgliedschaft bei den Ärztegesellschaften überhaupt bringt.

Gerne möchten wir Ihnen diese Fragen detaillierter beantworten, deshalb haben wir entschieden, dafür einen eigenen Artikel zu verfassen und diesen in einer der nächsten Synapsen zu publizieren.

*Dr. med. Tobias Eichenberger, Dr. med. Felix Eymann,
Dr. iur. Jennifer Langloh, lic.iur. Friedrich Schwab*

WinWinWin

Wenn Hausärzte und Psychiater zusammenarbeiten, gewinnt vor allem der Patient!

Am 29.11.12 fand in Basel eine Fortbildung unter dem Titel «WinWinWin» statt mit dem Ziel, Hausärzte und Psychiater (1) auf einfache Art besser zu vernetzen. Ein Rückblick auf den erfolgreichen Event durch zwei der Organisatorinnen (der Hausärztin Eva Kaiser und der Psychiaterin Gabriela Stoppe).

Eine neue und spezielle Fortbildung für Hausärzte und Psychiater

In der Anmeldungsphase fiel uns Organisatoren auf, dass sich schnell viele Psychiater zu der Veranstaltung angemeldet hatten. Um ein ausgewogenes Zahlenverhältnis zwischen den Fachgruppen zu erhalten, brauchte es mehrere Reminder an die Hausärzte über unterschiedli-

che Kanäle. Schlussendlich kamen dann 80 Personen, je zur Hälfte Psychiater und Hausärzte.

Prof. Gabriela Stoppe beschrieb in ihrem Input-Referat (siehe dazu auch den nebenstehenden Beitrag), dass inzwischen mehr als ein Drittel unserer hausärztlichen Patienten eine psychiatrische Diagnose aufweisen. Die Notwendigkeit einer guten fachärztlichen Zusammenarbeit liegt damit auf der Hand und wird schon in naher Zukunft noch wichtiger werden – verzeichnen doch beide Gruppen Nachfolgeprobleme.

Nach dem Input-Referat wurden 4 Workshop-Gruppen gebildet, bestehend jeweils aus Hausärzten und Psychiatern, deren Praxisstandorte nach Möglichkeit nah beieinander liegen.

Unterschiedliche Arbeitsstrukturen

Parallel zur Vorstellungsrunde trugen wir (neben der persönlichen Motivation, zu diesem Anlass zu kommen) die verschiedenen Wünsche und Anregungen zur Zusammenarbeit zwischen den Psychiatern und den Grundversorgern zusammen. Dabei zeigte sich rasch, dass Hürden in erster Linie durch die unterschiedliche Arbeitsweise und Praxisorganisation entstehen, nicht durch mangelnden Willen zur Zusammenarbeit. Psychiater haben meistens keine MPA für den Telefonempfang. Die engen Fenster der telefonischen Erreichbarkeit sind für uns Hausärzte oft schwer einzuhalten, aber umgekehrt sind zunehmend auch die Hausärzte schlecht telefonisch erreichbar, sei es, weil das Telefon über-

lastet ist, sei es, dass der Arzt gerade eine Untersuchung durchführt oder die MPA ihren Chef allzu gut «schützt». Diese Realität wird dadurch verstärkt, dass auf beiden Seiten zunehmend Frauen in Teilzeit arbeiten, die nur begrenzt in der Praxis präsent sind. Viele Kolleginnen und Kollegen nutzen aber immer öfter E-Mail, was die Erreichbarkeit auch ausserhalb der Praxisarbeitszeit verbessert.

Was die Zusammenarbeit betrifft, muss unterschieden werden zwischen Patienten, die bereits in ambulanter psychiatrischer Behandlung stehen und solchen, wo wir Hausärzte eine rasche Hilfestellung durch einen Psychiater brauchen. Letzteres kann eine konsiliarische Beratung sein, eine Besprechung zur Sicherung der Diagnose, zur Optimierung der pharmakologischen Behandlung oder auch Hilfestellung, um einen konstanten ambulanten psychiatrischen Therapieplatz zu finden.

Der Verlauf einer Psychotherapie ist oft so vertraulich, dass gewisse Patienten einen Austausch mit dem Hausarzt, der auch gleich Familienarzt ist, nicht wünschen. Oft ist es auch der Respekt gegenüber den Befindlichkeiten der Patienten, der uns davon abhält, uns mit dem Kollegen auszutauschen. Wichtig ist, dass wir uns bewusst machen, dass wir im Sinne des Patienten handeln und ihm dies auch gebührend erklären. Nicht selten werden wir feststellen können, dass der Patient von uns erwartet, dass wir «zu seinem Besten» im Kontakt sind, so wie er das ja auch bei anderen Fachärzten von seinem Hausarzt kennt.

Das Gefühl, «ich bräuchte einen Psychiater aber finde keinen!», kennen wir Hausärzte wohl alle. Für Patienten mit psychischen Problemen sind wir Hausärzte in der Regel die erste Anlaufstelle. Hinter vielen solchen Problemen erkennen wir psychiatrische Diagnosen und häufig müssen wir die Behandlung selbstständig übernehmen oder zumindest damit beginnen. Viele von uns haben sich dafür weitergebildet oder bilden sich regelmässig dazu fort. Trotzdem stossen wir hier wie auch in anderen Fachgebieten immer wieder an unsere Grenzen, bei denen wir auf die Zusammenarbeit mit den Spezialisten angewiesen sind.

Klare Absprachen fördern den Therapieerfolg

Der Wunsch nach raschem Zugang zu einer weiterführenden Therapie ist darum auch der wichtigste Motivationsfaktor für die Hausärzte gewesen, an diese Veranstaltung zu kommen. Oft müs-

sen wir unsere Patienten alleine auf die Suche nach einem Psychiater schicken und geben ihm vielleicht noch eine Liste mit möglichen Therapeuten ab. Den Patienten selbstständig einen Therapieplatz suchen zu lassen, hat dann Vorteile, wenn es uns von dem damit verbundenen Zeitaufwand entlastet und die Motivation des Patienten zugleich prüft. Dies kann eine gute Voraussetzung für den Therapieerfolg sein. Doch in der Realität sind gerade Patienten in einer psychischen Krise mit der selbstständigen Suche nach einem Therapeuten überfordert. Therapieplätze sind knapp. Wie wir Hausärzte beklagen auch die Psychiater Probleme, Nachfolger zu finden. Umso wichtiger ist es, für die Therapie klare Indikationen zu stellen und zu klären, wer in der gemeinsamen Betreuung von Patienten was macht – gerade dadurch kann der engagierte Hausarzt eine bedeutende Rolle innerhalb der Therapie selbst behalten. Wie wir von den anwesenden Psychiatern erfahren haben, steigt bei ihnen die Motivation, trotz eines engen Behandlungsplanes einen zusätzlichen Patienten zu übernehmen, wenn klar ist, dass dieser einen Hausarzt im Hintergrund hat, der mitbegleitet und im Notfall auch da ist.

Mein persönliches Highlight der Veranstaltung: Ein Psychiater berichtete, dass er seit Jahren einmal pro Monat die Gruppenpraxis seiner Studienfreunde konsiliarisch besucht. Sie besprechen gemeinsam Fälle, Medikationen, manchmal wird ihm ein Patient persönlich vorgestellt. Die Kollegen in der Gruppenpraxis haben so eine regelmässige Psychiaterfortbildung im Bezug auf die eigenen Patienten und der psychiatrische Kollege hat regelmässig Einblick in die hausärztliche Arbeit, in deren Komplexität das psychiatrische Problem nur eines von vielen weiteren Problemen bilden. Ein wunderbares Modell, gerade in der heutigen Zeit, in der sich allerorts Gruppenpraxen bilden.

Fazit

Unsere Veranstaltung war ein Erfolg. Wir bekamen durchwegs positive Feedbacks. Persönliche Mailadressen und Telefonnummern konnten ausgetauscht werden. Die Hemmschwelle, eben mal schnell den Kollegen von nebenan zu fragen, was er zu unserem Patienten meint, ist geringer, wenn man sich persönlich kennt. Die Gelegenheit, sich über die unterschiedlichen Arbeitsweisen auszutauschen, wurde sehr geschätzt. Schneller gelangt man so auch mal an den geeig-

neten Paartherapeuten, einen AHDS-Spezialisten oder einen Kinder- und Jugendpsychiater. In einer Rückmeldung hiess es z.B., die eigene Arbeit konnte «greifbar» gemacht werden und das gegenseitige Verständnis verbessert.

Wir wurden ermuntert, wieder so etwas zu organisieren. Die kritischen Feedbacks helfen uns, uns dabei zu verbessern. Und wir erhoffen uns ausserdem, dass die Idee einer solchen Veranstaltung Nachahmer über die Grenzen der Region Basel hinaus findet.

Eva Kaiser, Fachärztin FMH Allgemeine Innere Medizin, Binningen

(1) Zur Erleichterung des Leseflusses wird im Text die männliche Form verwendet, auch wenn jeweils sowohl das eine als auch das andere Geschlecht gemeint ist.

Die wissenschaftliche Perspektive

Auf der internationalen Ebene wird die Bedeutung der psychischen bzw. mentalen Gesundheit für das Wohlergehen der Bevölkerung zunehmend hervorgehoben: *There is no health without mental health* (1, 2). Angesichts der epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Daten kann auch niemand mehr wegschauen. Beispielsweise entfallen 3–4% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) auf psychische Erkrankungen im Vergleich zu 1% auf koronare Herzerkrankungen (1). Eine aktuelle Untersuchung beschreibt die Hauptthemen (3): Bezüglich der Prävalenz liegen Angststörungen (14,0%) vor Schlafstörungen (7,0%), Depressionen (6,9%), Demenzen (5,4%), hyperkinetischen Störungen/ADHD (5%), somatoformen Erkrankungen (4,9%) und Alkohol- und Drogenabhängigkeit (>4%). Bezüglich der Krankheitslast machen neuropsychiatrische Erkrankungen einen Anteil von 30,1% bei den Frauen und 23,4% bei den Männern aus. Zwar stiegen in den letzten Jahren – mit Ausnahme der Demenz – die Krankheitshäufigkeiten nicht eindeutig an, weltweit wird jedoch eine Zunahme von direkten und indirekten Kosten psychischer Erkrankungen von 2,5 im Jahre 2010 auf 6,0 Billionen US Dollar 2030 prognostiziert (4). Schon heute spielen psychische Erkrankungen die Hauptrolle bei Erwerbsminderungen und Frühberentungen (5). Die OECD beklagt, dass die Angebote derzeit auf schwere Erkrankungen ausgerichtet seien und zuwenig für die mässig oder leicht Erkrankten sowie für die Prävention getan werde (5). Gleichzeitig wird bei schwer psychisch Kranken

ein zunehmender «Mortality Gap» beschrieben als Hinweis darauf, dass diese PatientInnen von den Vorteilen des Gesundheitswesens immer weniger profitieren (6).

Psychische Erkrankungen gibt es fast nie isoliert. Meistens bestehen weitere psychische Diagnosen und/oder somatische Erkrankungen. Schon allein diese Zusammenhänge legen nahe, die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung eher noch enger in den «somatischen» Behandlungskontext einzubinden. Besondere Gruppen sind derzeit noch die alten Menschen, die alle Formen der Psychotherapie nicht oder zu wenig erhalten (7). Auch die Versorgung von Migranten ist noch problematisch.

Neue Entwicklungen müssen für die Zukunft beachtet werden:

In den letzten Jahren wurde beobachtet, dass immer mehr Menschen Informationen, gerade auch zur seelischen Gesundheit, aus dem Internet holen und ihr Kenntnisstand zu psychischen Erkrankungen im Längsschnitt zugenommen hat (8, 9). Gleichzeitig werden Beratungen und Psychotherapie via Telefon oder Internet angeboten und zeigen in ersten Studien gute Resultate, die die Hoffnung erlauben, dass einige bekannte Behandlungsbarrieren so überwunden werden könnten (10).

Zum anderen führt der demographische Wandel ebenso wie der Fachkräftemangel zu einer Diskussion über einen «Neuzuschnitt der Gesundheitsberufe» (11).

Welche Form der Kooperation verbessert die Versorgung?

Zunächst einmal gibt es verschiedene Formen zur Verbesserung der Grundversorgung. Wenn die Hausärzte und/oder ihre Mitarbeiter fortgebildet werden, dann ist das für sie relativ aufwendig. Andersherum ist die Zuweisung an psychiatrische Einrichtungen für diese belastend. Dazwischen stehen Konsultations-/Liaison-Dienste und sogenannte Collaborative-Care-Modelle (12). Wissenschaftliche Studien favorisieren heute eindeutig Letztere, wobei sie vor allem für affektive Störungen untersucht sind (12, 13, 14). Hingegen haben Fortbildungsprogramme im klassischen Sinn ebenso wie die Einführung von Screenings ohne ein darauf abgestimmtes «Programm» keinen sicheren Effekt auf die Versorgung (12, 15). Unter Collaborative Care wird dabei eine Versorgung verstanden, die folgende Basiskriterien erfüllt:

- Multidisziplinärer Zugang, meistens Hausarzt und psychosoziale Berufsgruppe
- Strukturierter Management-Plan
- Sorgfältige Patientennachsorge

- Vermehrter interdisziplinärer Austausch

Schlussfolgerungen und der WinWinWin-Gedanke

Hausärztliche und psychiatrische Versorgung müssen enger zusammenkommen (15). Die Wissenschaft hat strukturierte Kooperationen bei Volkskrankheiten wie Depression, Angst, Demenz untersucht und zeigen können, dass sie der «üblichen» Behandlung überlegen ist.

Während der ersten Veranstaltung (siehe hierzu der Bericht von Eva Kaiser) bestätigte sich, dass es bereits Kooperationen gibt, aber wohl eher informelle Netzwerke von bestimmten Hausärzten mit bestimmten Psychiatern, die durch wachsende Erfahrung in der Zusammenarbeit gefestigt werden. Um die Zusammenarbeit im Sinne eines (sehr schweizerischen) Bottom-up-Ansatzes zu verbessern, müsste besser verstanden werden, was die derzeitigen Kooperationen begünstigt. Darauf könnte dann aufgebaut werden. Erste Ideen dazu haben wir im November bekommen.

Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Basel

Literatur

1. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:DE:PDF> (Zugriff 3.1.2013)
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (Zugriff 3.1.2013)
3. Wittchen HU, et al.. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21: 655–679.
4. Zylka-Menhorn V. Psychische Erkrankungen. Eine weltweite «Epidemie». Dtsch Arztebl 2011; 11: 510–511.
5. <http://www.oecd.org/berlin/publikationen/sickonthejobmythsandrealitiesaboutmentalhealthandwork.htm> (Zugriff 3.1.2013)
6. Saha S, et al.. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 1123–31.
7. Heuft G, et al.. Versorgungssituation Älterer bezüglich ambulanter Richtlinienpsychotherapie. In: Stoppe G (Hrsg.): Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. Report Versorgungsforschung 3 (Reihen-Hrsg. Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC), Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2011: 55–68
8. Horch K, et al.. Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 2(2), 2011
9. Angermeyer CM, Matschinger H. Have there been any changes in the attitudes towards psychiatric treatment? Acta Psychiatr Scand 2005; 111: 68–73
10. Bee PE, et al.. Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review. BMC Psychiatry 2008; 8: 60.
11. Frank J, et al.. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet 2010; 376 (9756): 1923–1958
12. Bower P, Gilbody S: Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. Brit J Psychiatry 2005; 186: 11–17.
13. Archer J, et al.. Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database Syst Rev 2012; 10: CD006525.
14. Smolders M, et al.. Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. Can J Psychiatry 2008; 53: 277–293.
15. Sikorski C, et al.. Does GP training in depression care affect patient outcome? – A systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res 2012; 12: 10. doi: 16.10.1186/1472-6963-12-10.
16. Thielke S, et al.. Integrating mental health and primary care. Prim Care 2007; 34(3): 571–5