



Synapse

Schwerpunktthema: Ausbildung

- 1 Ausbildung – quo vadis?
- 6 Arzt-Patienten-Beziehung:
Es gibt noch Optimierungspotential
- 8 Interprofessionalität:
Verderben zu viele Köche den Brei?
- 10 Das Hausarztcurriculum läuft langsam an
- 11 Die «Seite der Hausärztinnen und Hausärzte» (VHBB)

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft
Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel



Die Synapse finden Sie
auch unter:
www.synapse-online.ch

Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Für mich gibt es wie so oft mehr Fragen als Antworten. Dass wir in der Schweiz zu wenig Ärztinnen und Ärzte ausbilden, ist wohl unbestritten. Aber rekrutieren wir mittels Numerus clausus auch die richtigen Kandidaten? Bleiben nicht viele «auf der Strecke», die in der Lage wären, engagiert und empathisch nicht bloss Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln, sondern auch fähig wären, zuzuhören, mitzufühlen und Patienten durch schwierige Zeiten zu begleiten? Ist die Interprofessionalität Fluch oder Segen? Sie ist wohl notwendig und zunehmend Realität, doch wie weit sind wir mit der dafür zwingend notwendigen Kultur eines adäquaten und respektvollen Umgangs der verschiedenen Akteure? Inwieweit bestimmt der zunehmende Einfluss von Ökonomen, Zertifizierern, Codierern und Qualitätssicherern die medizinischen und therapeutischen Entscheidungen? Mutiert dabei letztendlich der Patient zum Kunden?

Leitartikel

Ausbildung – quo vadis?

Von Studiumsbeginn bis hin zur Pensionierung durchlaufen eine Ärztin und ein Arzt drei Ausbildungsphasen: die Ausbildung an sich, in der Regel 6 Jahre an einer oder mehreren Universitäten. Anschliessend die Weiterbildung während mindestens 5 Jahren zur Erlangung eines Facharzttitels. Zuletzt die Fortbildung, lebenslanglich, respektive mindestens so lange der Beruf ausgeübt wird.

Dieser Artikel beschränkt sich im Folgenden auf die ersten beiden Phasen.

Ausbildungsplätze und Ressourcen

Wir haben ein sehr gutes Gesundheitswesen. Allerdings stehen wir vor gewissen Problemen. Infolge der demographischen Entwicklung wird insbesondere der Bedarf an Hausärzten, d.h. an Generalisten, zunehmen, welche die betagten, oft multimorbiden Patientinnen und Patienten betreuen können. In der Schweiz beträgt das Verhältnis Generalisten zu Spezialisten 40:60 statt umgekehrt. Auch die beste Ausbildung wird dieses Verhältnis nicht umkehren, wenn während und nach der Weiterbildung falsche Anreize gesetzt werden. In der Ausbildungsperiode ist das Einzeltutoriat und während der Weiterbildung die Praxisassistenten das Ausbildungsformat, mit dem sich am meisten Studierende resp. Assistentinnen und Assistenten für eine Tätigkeit als Hausärztin bzw. Hausarzt begeistern lassen. Zudem wird nun versucht, mittels

In der Schweiz beträgt das Verhältnis Generalisten zu Spezialisten 40:60 statt umgekehrt

→ Fortsetzung Seite 3

Wir sammeln immer mehr Daten. Entsteht dadurch ein Mehrwert für unsere Patienten? Dafür verwenden in den Spitälern (Akutsomatik) unsere Ärzte lediglich noch einen Drittel ihrer Zeit für patientennahe Tätigkeiten, in der Reha und Psychiatrie (gerade dort!) sogar nur noch rund ein Viertel.

Die vorliegende *Synapse* beabsichtigt keineswegs, die Fragen nach der ärztlichen

Versorgung der Zukunft abschliessend zu klären. Aber wir versuchen wie immer Denkanstösse zu vermitteln und eine Diskussion auszulösen.

In diesem Sinne wünscht Ihnen die Redaktion eine kurzweilige Lektüre.

Herzlichst,
Tobias Eichenberger

Curricula die Weiterbildung zum Facharztstitel «Allgemeine Innere Medizin» zu vereinfachen. Trotz der bis jetzt getroffenen Massnahmen werden wir ca. 2025 einen Tiefpunkt in der hausärztlichen Versorgung erreichen. Kapazitäten wie heute werden vielleicht wieder ab 2040 vorhanden sein. Bekannt ist dieses Problem seit 2008 (Obsan-Publikation). Aktuellste Daten, Modellberechnungen und Schätzungen liefert die «Workforce-Studie», welche 2005 und 2015 durchgeführt wurde.

Gemäss Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation sollen mehr Ärztinnen und Ärzte zu geringeren Kosten ausgebildet werden. 100 Mio. CHF werden zur Verfügung gestellt. Geringere Kosten würde heissen: mehr Frontalvorlesungen im Plenum, grössere Gruppen, weniger Praxis. Qualität heisst Betreuung und genügend Zeit von Fachpersonen. Es geht dabei nicht nur um Wissen und Fertigkeiten, sondern auch um Werte und Haltungen. Gerade Letztere sollten erlebbar sein. Der oben erwähnte Tiefpunkt 2025 wird auch ein Tiefpunkt hinsichtlich vorhandener personeller Ausbildungskapazität sein.

Der Numerus clausus mache angeblich keinen Unterschied. Empirisch steigt die Anzahl erfolgreicher Studienabschlüsse, und die Selektion erfolgt nicht wie früher nach einem oder zwei Studienjahren. Es stellt sich trotzdem die Frage, ob der Numerus clausus

Bringt der Numerus clausus die richtige Selektion?

könnte es sein, dass sich ein grösserer Anteil – aufgrund guter Qualifikationen – während der Weiterbildung für eine andere als eine klinische ärztliche Tätigkeit entscheidet. Diese Sachverhalte sollten mit einer Studie untersucht werden.

Eine Kürzung der Ausbildung aus Spargründen steht meines Erachtens ausser Diskussion. Schon heute ist es schwierig, alle notwendigen Inhalte in ausreichender Tiefe während der sechs Jahre zu vermitteln. Die Gliederung in Bachelor und Master ist letztlich auch eine artifizielle. Die Dozierenden kümmern sich heute vom ersten bis zum sechsten Jahr mehr oder weniger kontinuierlich um die Studierenden. Die Lehrveranstaltungen aller sechs Jahre bauen aufeinander auf. Insofern ist eine weitere Atomisierung der Ausbildung auch keine Option. Zur Diskussion hinsichtlich Kapazitätserweiterung stehen eine Bachelorausbildung an der ETH Zürich, ein Vollstudium in Fribourg und Masterstudiengänge in Luzern, St. Gallen und im Tessin. Mehr klinische Ausbildungsplätze sind zu begrüssen. Allerdings wäre eine Koordination mit den bestehenden Masterstudiengängen an den Universitäten wichtig, um grosse administrative Wasserköpfe zu vermeiden. Auch stellt sich die Frage, wie viel Luft im DRG-Zeitalter noch im System ist, dass die entsprechenden Kantonsspitäler diese Aufgabe leisten können.

SCLO, PROFILES, EPA

Eine Neuausrichtung der Ausbildung ist geplant. Vom Lernzielkatalog (SCLO: Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training) hin zu PROFILES (Principal Relevant Objectives For Integrative Learning and Education in Switzerland). Inhalt dieser Profile sind unter anderem EPAs (Entrustable Professional Activities): Entitäten, die am Schluss selbständig in vertrauenswürdiger, professioneller Qualität durch die Ausgebildeten geleistet werden können sollten, dass hinter diesen Konzepten eine breit abgestützte Arbeitsgruppe steht. Noch unklar ist, auf welchem Niveau welche EPAs bei Ausbildungsende und bei Weiterbildungsende vorhanden sein sollten. Allerdings dürfte die Weiterbildungskultur an den jeweiligen Weiterbildungsstätten entscheidend sein und Visitationen somit auch weiterhin erforderlich bleiben. «See one, do one, teach one» läuft nicht überall gleich gut. Bleiben die Resultate und deren Umsetzung mit Spannung abzuwarten.

Die Weiterbildungskultur an den Weiterbildungsstätten ist entscheidend

Können mehr Ärztinnen und Ärzte zu geringeren Kosten ausgebildet werden?

Eine Kürzung der Ausbildung aus Spargründen ist unverantwortlich

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
E-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 Prünfte, 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, E-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

© 2016 by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel.
Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet.

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Dr. Karin Würz, Leiterin Marketing und Kommunikation
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 49, Fax 061 467 85 56
E-Mail: kwuerz@emh.ch

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

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe 17.5.2016

printed in
switzerland



Sekretariat der Ärztesellschaft 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
Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Medical humanities, Interprofessionalität und Stellung der Medizin

Damit Interprofessionalität besser gelingen kann, sind «Medical Humanities» von Bedeutung. Die untenstehende Auflistung aus einer Schrift der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften deckt vieles ab. Gleichsam ein Empowerment für die Medizinalberufe:

Medizin als Sozial- und Verhaltenswissenschaft

- Förderung des Einbezugs des sozialen, kulturellen und ökonomischen Kontextes wie auch der individuellen Situation des Patienten in die Diagnose und die Behandlung;
- Orientierung der Medizinal- und Gesundheitsberufe auf die unter anderen mehr von der WHO formulierten Sozialziele;
- Förderung des intellektuellen und zwischenmenschlichen Austausches innerhalb der therapeutischen Beziehung;
- Stärkung eines ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit und Gesundheit und entsprechender Behandlungskonzepte in der medizinischen Lehre und Praxis;
- Schulung und Förderung der Fähigkeiten des Zuhörens, der Aufmerksamkeit und der Empathie;
- Stärkung der salutogenetischen Perspektive (soziales Wohlbefinden);
- Verständnis der Selbstdeutung und Selbstwahrnehmung des Patienten und Einbezug in die Diagnose und Behandlung («narrative-based medicine» in Ergänzung einer «evidence-based medicine» und einer «aesthetics-based medicine» oder siehe die «imaginative Funktion») sowie
- Einbezug der Valorisierung der Lebensqualität, insbesondere bei chronischen Krankheiten und Personen, die sich in der letzten Lebensphase befinden.

Allerdings läuft ein Empowerment ins Leere, wenn die Handlungsmöglichkeiten zunehmend eingeschränkt werden und die vermittelten Werte hierarchisch tiefer angesiedelt werden. Denn die gegenwärtige Entwicklung ist eine andere, gegenläufige: Die Ökonomisierung führt aktuell zu einer Dehumanisierung der Medizin. Dies zeigt sich in unserer Wahr-

Ökonomisierung führt zu Dehumanisierung

nehmung in einigen Alters- und Pflegeheimen, die unter Kostendruck stehen, entsprechend zu wenig qualifiziertes Personal einstellen und in welchen mit dem vorhandenen Personal zudem noch schlecht umgegangen wird. Die Pflegekompetenz ist in diesen Heimen hierarchisch zu tief angesiedelt, obwohl es sich um die Kerntätigkeit dieser Institutionen handelt. Die Administration und (mehr oder weniger kompetente) Stiftungsräte dominieren. Ausgebadet wird das Ganze vom Personal und letztlich von den Pensionären. Auch als Hausärztinnen und Hausärzte hätten wir wohl etwas weniger Arbeit, wenn wir mehr HF-Pflegende als kompetente Ansprechpartnerinnen in diesen Institutionen hätten. Zu wenig HF-Pflegende und zu wenig Hausärzte ergeben mehr Hospitalisationen: Analysen der Swiss National Cohort haben dies bereits bestätigt. Es wird am falschen Ort gespart, und volkswirtschaftlich entstehen höhere Gesamtkosten.

In einigen Spitälern zeichnet sich eine andere Entwicklung ab: Wird dank DRG

Wird das gemacht was sich ökonomisch lohnt, statt das, was Patienten brauchen?

das gemacht, was sich ökonomisch lohnt, und nicht mehr das, was die Patientin-

nen eigentlich brauchen? Diese Tendenz zu gleichzeitiger Über- und Unterversorgung lässt sich wohl nur vermeiden, wenn ärztliches Ethos in den Spitälern hierarchisch wieder über dem ökonomischen steht. Hilfreich ist vielleicht auch ein Blick in die Medizingeschichte: Wann, warum und wo sind Spitäler entstanden und wer hat sie wie und wozu finanziert und geführt?

Auch im ambulanten Bereich zeichnet sich ein Trend zu neuen Investoren ab, die Praxisnetzwerke errichten oder aufkaufen und damit einen Wechsel vom Patien-

Investoren, die Praxisnetzwerke betreiben, führen zu einem Wechsel der Prioritäten

tenwohl hin zur Rendite bewirken. Der ganze Überbau dieser Netzwerke, der keine Patientinnen behandelt, muss schliesslich auch finanziert werden. Er bezieht in der Regel höhere Einkommen als die Ärzteschaft, oft an einem steueroptimierten Domizil. Den kantonalen Ärztesellschaften bescheren sie jedenfalls schon Arbeit. Bleibt zu hoffen, dass die Politik die obigen Entwicklungen nicht verschläft und sich auch primär am Patientenwohl orientiert.

Dr. med. Carlos Quinto

Quellen:

- Akademie der Wissenschaften Schweiz: «Medical Humanities»: Über die Bedeutung der Geistes- und Sozialwissenschaften für die Medizinal- & Gesundheitsberufe. Vol. 9, Nr. 5, 2014.
- Loprieno A: Ausbildung Humanmedizin – Systemische Analyse und Empfehlungen – Schlussbericht. Studie im Auftrag des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation. SBFJ, 2015.
- Michaud P A: The «Profiles» document: a modern revision of the objectives of undergraduate medical studies in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2016;146:w14720.
- Seiler C: The «Profiles» profile: «a change in the [medical] teaching and learning paradigm» hopefully scrutinised in the future. Swiss Med Wkly. 2016;146:w14288.
- Suter P: New «Profiles» for tomorrow's health professionals: Welcome! We need you. Swiss Med Wkly. 2016;146:w14289.

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

Arzt-Patienten-Beziehung: Es gibt noch Optimierungspotential

Die Rheumaliga Schweiz hat in einer Online-Umfrage Patienten mit chronischen Schmerzen über ihr Verhältnis zum Arzt befragt. Fazit: Es wird grossmehrheitlich als positiv betrachtet, könnte aber noch besser werden.

An der Umfrage, die über vier Monate dauerte und im Dezember 2015 abgeschlossen wurde, beteiligten sich insgesamt 376 Personen. Nach Angaben von Monika Siber, Leiterin Kommunikation bei der Rheumaliga, ist das tendenziell eher eine «Momentaufnahme» als eine repräsentative Befragung. Gleichwohl seien die Ergebnisse im Grundsatz aussagekräftig. Denn, so Siber: «Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung basiert auf Vertrauen und Respekt. Studien zeigen, dass eine gute partnerschaftliche Beziehung von Patient und Arzt den Heilungserfolg positiv fördert. Patienten, die ihrem Arzt vertrauen, vertrauen auch seinen therapeutischen Anweisungen und halten darum Behandlungsschritte besser und genauer ein.»

Veränderte Arzt-Patienten-Beziehung

In den letzten Jahrzehnten hat sich das Selbstverständnis der Ärzte, aber auch jenes der Patienten stark verändert.

Noch vor einigen Jahren galt eine klare Rollenverteilung: Der Arzt als Fachmann gab vor, wie die Behandlung verlaufen sollte, und teilte dem Patienten diese Entscheidung mit. Dabei lag es ganz in seinem Ermessen, wie viel Informationen er für den Betroffenen als sinnvoll erachtete und wie weit die Aufklärung gehen sollte. Patienten waren in der Regel mit dieser paternalistischen Rollenverteilung einverstanden. Der Arzt entschied uneigennützig, nach bestem Wissen und Gewissen. Der Patient leistete den Anordnungen Folge.

Eine solche Rollenaufteilung ist heute für viele Patienten kaum mehr denkbar, vor allem bei Rheumabetroffenen nicht, denn sie entwickeln im Verlaufe ihrer Krankheit eine grosse Selbst- oder Erfahrungskompetenz. Zudem stehen Betroffenen heute viele Informationskanäle zur Verfügung, vor allem das Internet.

Der Arzt andererseits ist und bleibt der medizinische Fachmann. Sein Fachwissen bietet dem Patienten eine Basis, auf die

er sich verlassen kann. Dabei akzeptiert der Arzt die Selbstkompetenz seines Patienten und lässt sie in die Behandlung einfließen. Patient und Arzt entscheiden heute gemeinsam.

Gleichwohl kann es aber gute Gründe geben, dass sich ein Patient in einer anderen Rolle wohler fühlt, denn Mitbestimmung heisst immer auch Übernahme von Verantwortung. In manchen Situationen oder Krankheitsphasen kann es hilfreich sein, die Verantwortung bewusst an den Arzt zu delegieren.

Welche Rolle Betroffene einnehmen wollen oder können, kann sich im Verlaufe einer Erkrankung verändern. Je nach Schwere, Entwicklung und Phase der Krankheit möchte oder muss der Patient mehr Verantwortung abgeben. Besonders dann zeigt sich, ob das Verhältnis zum Arzt tragfähig ist.

Mehrheitlich zufriedene Patienten

Stimmen diese (vorwiegend theoretischen) Annahmen? Gibt es allenfalls Bereiche in der Arzt-Patienten-Beziehung, die verbessert werden könnten?

Die Rheumaliga Schweiz wollte von Menschen, die von chronischen Schmerzkrankungen betroffen sind, wissen, wie sie die Kommunikation mit der Fachärztin bzw. dem Facharzt empfinden und beurteilen, und führte Ende letzten Jahres eine Online-Umfrage durch.

Fazit: Die Rheuma-Schmerzpatienten geben der Arzt-Patienten-Beziehung überwiegend gute Noten. Es zeigen sich viele Zweidrittelmehrheiten positiver Wertungen. Da gerade für Patienten mit chronischen Erkrankungen eine offene Kommunikation und eine vertrauensvolle Beziehung zum Facharzt massgebend sind, ist der Anteil kritischer Wertungen allerdings verhältnismässig hoch. Im Detail: 42% fühlen sich von ihrem Arzt «in hohem Masse» als Experten ihrer eigenen Erkrankung wahrgenommen, und 35% äussern eine «mässige» Zufriedenheit damit, dass ihre persönlichen Einschätzungen von Beschwerden und Therapiemassnahmen ärztlicherseits Anerkennung finden.

Über zwei Drittel (71%) sind zufrieden mit den Antworten des Arztes auf ihre Fragen zur Behandlung. 35% finden, der Arzt antworte «sehr verständlich», 36%,

er antworte «gut verständlich» auf ihre Therapiefragen.

Erfreuliche 68% können mit ihrem Arzt «sehr offen» oder «ziemlich offen» über ihre Zweifel und ihre Ängste reden. Ebenso viele geben an, sie hätten in ihren Arzt «sehr grosses» oder «grosses» Vertrauen. 65% haben den Eindruck, ihr Arzt erkläre ihnen die Wirkungsweise von Arzneimitteln «gründlich und ausführlich» oder doch zumindest «gut».

Kritische Differenzierung

Bei zwei Themenkreisen zeigen sich – auf präzisierendes Nachfragen hin – differenzierte Ergebnisse.

Auf die Frage, wie sehr sie an der Entscheidung über die Wahl einer Therapie beteiligt seien, geben 24% an, sie würden alleine entscheiden. Fragt man nach, ob sie sich einen stärkeren Einbezug in die Entscheidung über die Wahl einer Therapie wünschten, sagten 33%, dass sie alleine entscheiden möchten.

Ähnlich bekunden 46%, sie hätten grossen Einfluss auf die Wahl der Therapie, aber 52%, sie hätten auf den Therapieentscheid gerne mehr Einfluss.

Ein vergleichbares Bild zeigt sich bezüglich der fachärztlichen Medikamenteninformation. Zwei Drittel (65%) finden, der Arzt erkläre ihnen die Wirkungsweise von Medikamenten «gründlich und ausführlich» oder zumindest «gut». Auf die Nachfrage, wie gut sie der Arzt über die Risiken und die Nebenwirkungen von Arzneimitteln aufkläre, sinkt der Anteil der positiven Wertungen («gründlich und ausführlich» bzw. «gut») auf 53%.

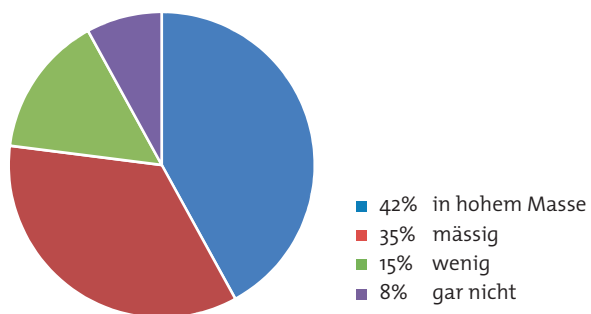
Was tun bei Vertrauensverlust?

Was soll der Patient tun, wenn er nur geringes Vertrauen in die ärztliche Bezugsperson hat? Die Rheumaliga rät von einem vorschnellen Arztwechsel ab. Jeder Wechsel bedeutet einen Neuaufbau des gegenseitigen Vertrauensverhältnisses. Unzufriedene Patienten sollten erst das Gespräch suchen, den Arzt auf die Probleme ansprechen und ihm Gelegenheit geben, auf die Kritik zu reagieren. Bei gegenseitigem Misstrauen hingegen hilft tatsächlich nichts anderes, als sich einen neuen Arzt zu suchen.

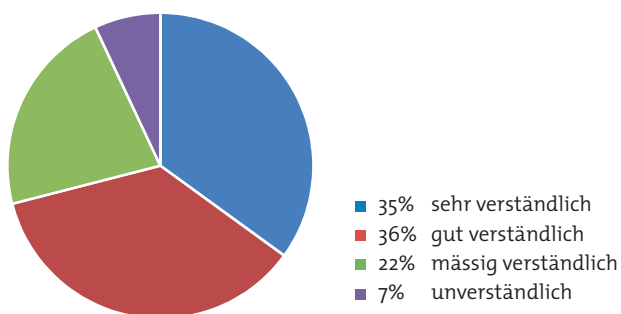
Bernhard Stricker, Redaktor Synapse
(Quelle: Rheumaliga Schweiz)

Ergebnisse der Umfrage

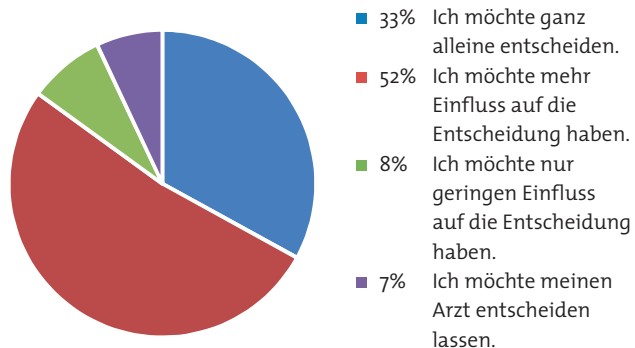
Wie sehr fühlen Sie sich vom Arzt als Fachmann/Fachfrau Ihrer Erkrankung wahrgenommen?



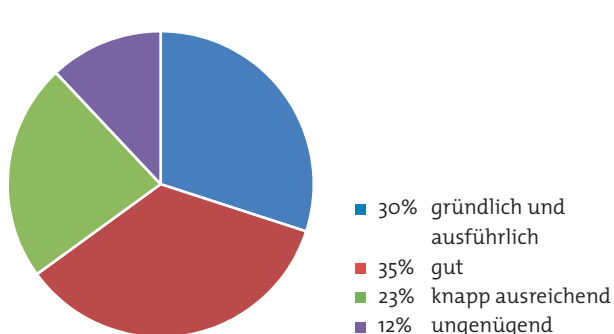
Wie verständlich beantwortet der Arzt Ihre Fragen zur Behandlung?



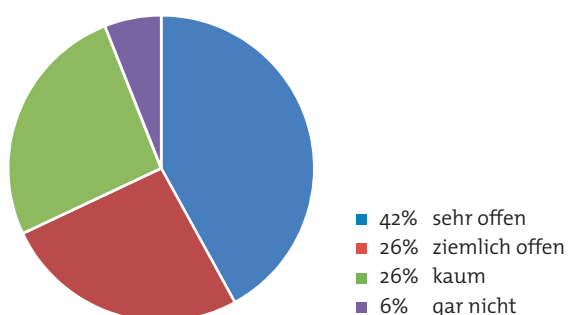
Wie sehr möchten Sie an der Entscheidung über die Wahl der Therapie beteiligt sein?



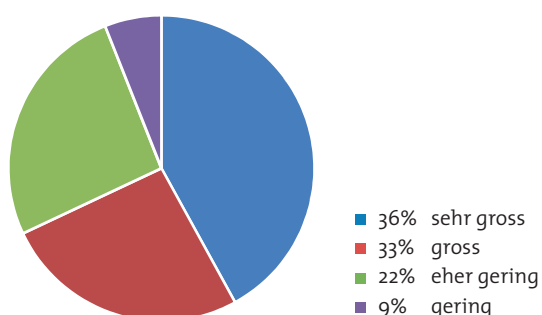
Wie gut erklärt Ihnen der Arzt die Wirkungsweise von Medikamenten?



Wie offen können Sie mit Ihrem Arzt über Zweifel und Ängste reden?



Wie gross ist Ihr Vertrauen in Ihren Arzt?



Interprofessionalität: Verderben zu viele Köche den Brei?



Peter E. Schlageter



Peter Strohmeier

Welches war der (Hinter-)Grund, dass sich der hausärztliche Qualitätszirkel Oberwil mit dem Thema Interprofessionalität beschäftigte?

Alle sprechen von Interprofessionalität: Politiker, Gesundheitsexperten, verschiedene Berufsgruppen, die bei der Patientenbetreuung involviert sind. Vonseiten der Hausärzte ist aber wenig zu diesem Thema zu hören. Wir stellten uns deshalb die Frage: Was verstehen wir unter Interprofessionalität, und was halten wir von den Gedanken und Ideen, die von verschiedensten Seiten zu diesem Thema eingebracht werden?

Zu welchen Schlüssen ist Ihr Qualitätszirkel gekommen?

Interprofessionalität ist nichts Neues, wenn darunter die koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer verstanden wird. Neu bei den aktuellen Vorstellungen zur Interprofessionalität sollen die Leistungen von den verschiedenen Berufsgruppen eigenverantwortlich erbracht werden. Wir sehen hier ein grosses Risiko für den Patienten, denn zu viele Köche verderben den Brei. Was in der Küche gilt, gilt aber noch viel mehr bei den Patienten. Interprofessionalität erfordert Koordination. Es braucht aber nicht nur Koordination und Führung. Damit ist Verantwortung verbunden.

Ist die Interprofessionalität das geeignete Konzept, um dem absehbaren Mangel an Hausärzten entgegenzuwirken?

Da setzen wir ein Fragezeichen. Der Mangel an Hausärzten wird durch die Interprofessionalität sicher nicht behoben. Um den Mangel an Hausärzten zu behe-

ben, müssen mehr Hausärzte ausgebildet und gleichzeitig die Attraktivität des Berufs «Hausarzt» gefördert werden. Die Frage müsste also eher heissen: Werden die Auswirkungen des Hausärztemangels durch die Interprofessionalität gemildert? Die Vorstellungen verschiedener Berufsgruppen und einzelne unter dem Schlagwort «Interprofessionalität» initiierte Aktivitäten legen eher den Schluss nahe, dass mit diesem Begriff häufig eigene Leistungen angepriesen werden und damit vor allem die eigene Daseinsberechtigung legitimiert werden soll.

Was ist neu am «Konzept Interprofessionalität» gegenüber früher? Gab es nicht immer schon eine Zusammenarbeit der Hausärzte mit «angrenzenden» Berufen der ambulanten Grundversorgung?

Während bisher der Hausarzt im Zentrum der Behandlung stand und auch für die Koordination aller an der Patientenbetreuung involvierten Fachleute verantwortlich war, sollen in Zukunft die verschiedenen Leistungserbringer ihre Leistungen eigenverantwortlich erbringen. Unter Eigenverantwortlichkeit wird gleichzeitig auch Gleichberechtigung verstanden.

Gibt es Aspekte oder Themen, die Sie bei der Diskussion um die Interprofessionalität vermissen?

Wir vermissen tatsächlich mehreres: Wir vermissen die klare Stellungnahme der Ärzte, wenn andere Berufsgruppen ihre Vorstellungen zur Interprofessionalität präsentieren. Wir vermissen ganz besonders die Stimme der Hausärzte, wenn über das Thema diskutiert wird! Als Beispiel verweisen wir auf den Kongress «Interprofessionalität – Realität oder Mythos?» vom März 2016. Das Thema wird diskutiert, ohne dass der Meinung der Hausärzte eine Plattform gegeben wird. Die Hausärzte müssen realisieren, dass die anderen Berufsgruppen die Interprofessionalität definieren! Interprofessionalität muss auch zum Thema an ärztlichen Fortbildungen werden, und die Vorstellungen der Hausärzte zur Interprofessio-

nalität müssen formuliert werden. Wir vermissen ferner die Stimme der Medizinischen Praxisassistentinnen. Es würde sich lohnen, in die Aus- und Weiterbildung der MPA zu investieren. Als nächste Mitarbeiterin des Arztes könnte sie am besten zur Entlastung beitragen. Dank direktem Kontakt resultiert bei dieser Form der Zusammenarbeit auch kaum administrativer Mehraufwand. Die Leistungen der MPA müssen tarifarisch abgebildet werden.

Mit welchem Hauptargument beanspruchen Sie den Lead für die Hausärzte?

Wenn man sich den typischen Patienten eines Hausarztes vor Augen hält, nämlich einen polymorbiden, älteren Patienten, ist es offensichtlich, dass die Behandlung dieses Patienten Koordination und auch «Lead» benötigt. Gedanken wie die «Patientenbetreuung im Hausarztmodell» oder «less is more» etc. funktionieren nur, wenn jemand die Führungsaufgabe übernimmt. Aufgrund seiner Ausbildung halten wir den Hausarzt für diese Aufgabe als am geeignetsten. Er erwirbt eine profunde, breite medizinische Ausbildung, bis er als Facharzt in die Praxis geht.

Wie reagieren Ihrer Erfahrung nach Vertreter anderer Berufsgruppen der medizinischen Grundversorgung auf den Anspruch der Hausärzte, den Lead zu übernehmen?

Der Anspruch, den Lead dem Hausarzt zu überlassen, wird als Verteidigung alter Machtstrukturen verstanden. Diesen Vorwurf können wir bis zu einem gewissen Grad verstehen. Wir halten ihn aber für unberechtigt. Wir riskieren mit der Führungsaufgabe eine Zunahme von administrativen Aufgaben, etwas, das wir auf keinen Fall wollen. Wir sehen im Übrigen durchaus auch die Möglichkeit, dass in gewissen Situationen die Führung von jemand anderem übernommen wird.

Vor rund einem Jahr haben Sie in einem Text für die Synapse 2/15 geschrieben: «Von Seiten der Ärzteschaft, auch von den Hausärzten, ist die Reaktion auf das

Thema Interprofessionalität bisher eher verhalten.» Sehen Sie das heute immer noch so?

Ja, wir sehen da leider wenig Bewegung. Dies, obwohl die Folgen der Interprofessionalität möglicherweise starken Einfluss auf die tägliche Arbeit eines jeden Hausarztes haben wird. Der hausärztliche Verband MFE befasst sich intensiv mit dem Thema. Wir haben aber gelegentlich den Eindruck, er sei «einsamer Rufer in der Wüste» und müsse teilweise schon heute «retten, was zu retten ist» – zuletzt geschehen bei der Kampagne «Nein zu Darmkrebs».

Was braucht es Ihrer Meinung nach, um dem drohenden Hausärztemangel entgegenzuwirken?

Es muss dringend in die Ausbildung von Hausärzten investiert werden. Da heute die Frauen im Medizinstudium die Mehrheit bilden, ist dafür zu sorgen, dass Frauen nach Abschluss des Studiums den Beruf als Ärztinnen ausüben können, auch über allfällige Babypausen hinweg. Es ist dringend nötig, vermehrt Stellen

mit dem «Curriculum Hausarzt» zu schaffen. Dank diesen Curriculum-Stellen soll eine Ausbildung für kompetente Berufsausübung als Hausarzt innert adäquater Zeit erreicht werden. Es ist dafür zu sorgen, dass diese Curriculum-Stellen auch in Teilzeitpensen angeboten werden!

Besteht nicht die Gefahr, dass durch die ärzteinternen Diskussionen um die Interprofessionalität die Patientengruppen «vergessen» gehen?

Diese Frage ist leider berechtigt: Hauptziel all unserer Bemühungen bleibt die optimale Patientenbetreuung. Der typische Hausarztpatient wird Ihnen bestätigen, dass er gerne kompetent beraten und behandelt sein will. Gleichzeitig wird er Ihnen jedoch sagen, dass es sein Wunsch sei, deswegen nicht von Pontius bis Pilatus gehen zu müssen!

Dank der Volksabstimmung vom 18.5.2014 steht jetzt in der Bundesverfassung (u.a.) der Satz: «Bund und Kantone (...) anerkennen und fördern die Hausarztmedizin als einen wesentlichen

Bestandteil der Grundversorgung.» Versteht sich da die Führungsrolle der Hausärzte nicht von selbst?

Ja, das kann man so sehen, muss man aber nicht, wie die laufende Diskussion um die Interprofessionalität zeigt! Die Politiker haben die Verantwortung, dass die Verfassung umgesetzt wird, dass den Worten auch Taten folgen: Ausbildung zur Hausarztmedizin fördern und Anerkennung der Hausarztmedizin als kostengünstige Spezialität für komplexe Fälle.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker, Redaktor Synapse

.....
Dr. Peter Strohmeier, Innere Medizin FMH, war von 1982 bis 2013 Hausarzt in Therwil. Seit der Pensionierung ist er gelegentlich als Praxisvertreter tätig.

Dr. Peter. E. Schlageter, Innere Medizin FMH, war von 1981 bis 2014 Hausarzt in Reinach. Seit der Pensionierung hat er ein kleines Pensum (Hausbesuche) als Mitarbeiter der Nachfolgerin inne.
.....

Das Hausarztcurriculum läuft langsam an

Im Oktober 2015 habe ich die Aufgabe übernommen, am Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel (uniham-bb) die Weiterbildung der kommenden Hausärztinnen und Hausärzte zu koordinieren. Es ist eine spannende und gewinnbringende Aufgabe. Vieles ist eingefädelt, aber erst wenig ist wirklich zuverlässig standardisiert. Die Politik signalisiert Verbindlichkeit, verkennt jedoch den Gap zwischen Nachwuchsförderung und Bedarf. Es ist gelungen, den jungen Kolleginnen und Kollegen Mut zu machen, den Weg in die Hausarztmedizin zu wählen. Zukünftig wird mehrheitlich in modernen Gemeinschaftspraxen gearbeitet werden. Wünschenswert ist es, dass diese Praxen weiterhin von Ärzten geführt werden, nicht von gewinnorientierten Versicherungen oder Investoren. Denn vor allem unter der Federführung von Ärztinnen und Ärzten können wir eine fachlich-medizinisch orientierte Praxisführung erwarten, was sich erwiesenermaßen günstig auf die Gesundheitskosten auswirkt.

Das Curriculum für Hausärzte beider Basel läuft langsam an. Wir erhielten die Zusage für die erste Hausarzt-Radiologiestelle in Liestal, in welcher auch die Sonographie erlernt werden kann. Wir bauen darauf, dass es auch eine Folgestelle geben wird; so wurde es uns zumindest zugesichert. Die erste Halbjahres-HNO-Stelle am USB wird ab Juni 2016 erstmals durch eine zukünftige Hausärztin besetzt. In Liestal kann die HNO über die Anstellung der ersten zwei A-Jahre Innere Medizin mitbesucht werden. Es ist zurzeit möglich, ein Praktikum (jeweils einen halben Tag pro Woche) im Rahmen der Praxisassistentenstelle auf der Dermatologie Basel zu absolvieren (Rarität, Wartelisten bestehen bereits...). Die Finanzierung des Curriculums für Hausärzte ist zwar versprochen, aber noch längst nicht garantiert. In St. Gallen und in Luzern laufen die Finanzierungen über das Hausarztinstitut, das eine familienfreundliche Anstellungspolitik und einen engen Zusammenhalt zwischen Hausarztinstitut und den Weiterbildungs-

absolventen ermöglicht. Das wünschen wir uns auch für die beiden Basel.

Vertrauen fördern

Wenn die Rolle der Hausarztmedizin weitergeführt werden kann, dann nehmen die Kosten der Medizin nicht weiter zu. Denn ich vertraue darauf, dass ein Mensch, der krank ist und der umsichtig und interessenunabhängig informiert wird, eine für sich kluge Gesundheitsentscheidung treffen kann. Die ist in der Regel kostengünstiger als eine Verzweigungslösung. Ich vertraue darauf, dass unsere beiden Regierungsräte dies beachten und uns helfen, indem sie mehr Praxisassistentenstellen gewähren, denn so ist die Nachfolgeregelung teilgelöst, wie dies die Zahlen in St. Gallen der letzten 10 Jahre belegen!

Wir brauchen aber auch die Jungen: Steigt ein, vertraut auf Eure Fähigkeit und Euren Mut, eine neue Variante der Grundversorgung zu entwickeln! Wir sind bereit!

Dr. med. Sabine Bichsel

Helfen Sie mit – ein Aufruf an Hausärzte und Politiker

- Liebe Hausärztinnen und Hausärzte, helfen Sie mit, indem Sie positiv über unsere Arbeit sprechen und indem Sie uns weiterhin ermöglichen, Einzeltutoriate und Praxisassistentenstellen anbieten zu können.
- Liebe Politiker, die Ihr weitsichtig und bevölkerungsnah seid: Es ist bekannt, dass die Bevölkerung überaltert ist und deshalb im fortgeschrittenen Alter Gesundheitscoaches – die Hausärztinnen und Hausärzte – benötigt. Müssen die Patienten nur zu den Spezialisten, übernimmt niemand die Synthese und Beratung des Menschen. Und genau darum geht es.

Dr. med. Sabine Bichsel

Die wichtigsten uniham-bb-Termine 2016

Dienstagmorgen Fortbildung Basel/Liestal 1. JH 2016

26.4./3.5.2016: Bauchschmerzen in der hausärztlichen Praxis – PD Dr. Emanuel Burri

7.6.2016/14.6.2016: IV-Fragen in der hausärztlichen Sprechstunde – Dr. Philippe Macherel / Prof. A. Zeller

Vorankündigung:

Teachers' Teaching: Donnerstag, 15.9.2016, UKBB, Programm folgt

In Sachen Einzeltutoriat: Bitte melden Sie sich bei uns, falls Sie im Studienjahr 2016/17 *nicht* am Einzeltutoriat teilnehmen können, damit unsere Tutorenliste aktualisiert werden kann. Gerne nehmen wir bei Interesse neue Tutoren auf.

Effizienter Einsatz geringer Ressourcen

Nachdem die GV Anfang 2016 grünes Licht gegeben hatte, mithilfe externer Beratung ein Konzept zur medialen Unterstützung der Verbandsarbeit zu entwickeln, hat sich der Vorstand der VHBB an seiner Klausurtagung am 10. März 2016 damit befasst und entsprechende Beschlüsse gefasst. Nebst Verbesserung der internen enthält es auch Mittel zur Verbesserung der externen Kommunikation, was u.a. die Attraktivität der VHBB bzw. der Hausärzte als politischer «Player» im regionalen Gesundheitswesen und dadurch das Gewicht der Hausärzte steigern soll. Da das gesamte Konzept budgetrelevant ist, wird es Schritt für Schritt realisiert (oder eben nicht), indem nach jeder Etappe die Mitgliederbasis darüber entscheiden kann, ob ein genügender Nutzen realisiert werden konnte.

SGAIM

Die VHBB wird in einem Anhang der SGAIM-Gründungsstatuten explizit als dasjenige Organ bezeichnet, welches die Wahlen zur Besetzung der beiden Basler Delegiertensitze durchzuführen hat. Der Vorstand hat dies bislang abgelehnt, weil die Gefahr besteht, dass damit eine Voreingenommenheit impliziert wird, welche je nach Wahlergebnis Grund zu Animositäten unter den «alten Lagern» geben könnte. Er war deshalb bislang der Meinung, dass solche Wahlen von einer neutralen Stelle (z.B. den kantonalen Ärztesellschaften) durchgeführt werden sollten. Er wird an seiner nächsten Vorstandssitzung aber noch einmal über dieses Traktandum beraten.

Jubiläum

Im Jahre 2007 erfolgte die Fusion der Basler Allgemeinmediziner- und Internisten-Gruppen zur Vereinigung der Hausärztinnen und Hausärzte beider Basel. Damals gab es schweizweit zwar bereits einige Hausärzte-Vereinigungen mit «gewerkschaftlichen» Ambitionen, aber noch kaum eine regionale bzw. interkantonale Vereinigung vergleichbarer Schlagkraft. Der Pioniergeist ist bis heute nicht abgeflaut, im Gegenteil. Das 10-Jahres-Jubiläum 2017 soll deshalb würdig begangen werden, und zwar im Rahmen der nächsten ordentlichen Generalversammlung vom Donnerstag, dem 16. Februar 2017 – Save the date!

Christoph Hollenstein