

Einen Monat danach – kritisch-konstruktive Gedanken eines Auslaufmodells

Benedikt Horn

Zahlreich waren die Schlagworte und Forderungen am 1. April! Es bestehen keine Zweifel, dass der Ausbildung der Studierenden in Hausarztmedizin hohe Bedeutung zukommt. Es sei jedoch eindringlich davor gewarnt, in dieser Forderung ein Allheilmittel zur Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses zu sehen! Das gesamte Spektrum der Forderungen bildet eine Einheit, die Politiker reden gerne von einem Paket, das geschnürt wird. Das «Delegieren» von Verantwortlichkeiten zur Sicherung der ärztlichen Grundversorgung ist ein untaugliches Mittel, da immer nur ein Sektor befriedigend angegangen wird. Bei der Koordination sämtlicher Bemühungen müssen *wir Hausärzte selbst* die Regie führen!

Les revendications et les slogans du 1^{er} avril furent nombreux! Il n'y a aucun doute, l'importance de la formation des étudiants en médecine de famille est tenue en grande considération. Mais il faut bien se garder d'y voir un remède miracle contre la future pénurie de successeurs! La palette complète des revendications forme un tout, les politiques parlent volontiers d'un paquet (qu'il faut bien ficeler). «Déléguer» des responsabilités dans le but de sauver la médecine de premier recours est un moyen inefficace qui ne résout qu'un secteur à la fois. Dans la coordination de nos efforts, c'est nous, les médecins de famille, qui devons tenir les rênes!

Rein quantitativ betrachtet war der 1. April auf dem Bundesplatz sicherlich ein grosser Erfolg: überwältigende zehner- oder zwölftausend Sympathisanten der bedrohten hausärztlichen Grundversorgung aus sämtlichen Regionen der Schweiz! Über 300 000 Unterschriften für die Petition zur Erhaltung und Besserstellung der Hausärzte; es bestehen kaum Zweifel, dass damit ein klares Zeichen zuhanden der politischen Entscheidungsträger gesetzt wurde. Das Medienecho war zwar zum Teil nicht eben informativ und mehr auf Effekt als auf Inhalt ausgerichtet, aber es gehört zum Echo, dass die Töne oft etwas verzerrt sind! Besonders beeindruckt haben mich die sicher über tausend Kinder und Kleinkinder, deren fröhliches Spiel und Geschrei die Worte der Referentinnen und Referenten problemlos übertönt hat. Diese Kinder werden mit wenigen Ausnahmen kaum je einen eigentlichen Hausarzt haben, wenn nicht wir Hausärzte selbst das Schicksal der hausärztlichen Grundversorgung in die Hand nehmen. So einfach, wie es die rotgrüne Politikerin sieht, ist es allerdings nicht (Farbenblindheit ist an sich eine den Männern vorbehaltene Krankheit).

Die Zeiten ändern sich

Der während 46 oder 48 Wochen im Jahr rund um die Uhr disponible Hausarzt, der die ganze Familie kennt und betreut, ist tatsächlich ein Auslaufmodell. Die Patientinnen und Patienten verlangen zwar verbal nach einem Generalisten, in der Realität ist aber für einen Grossteil der Frauen der Gynäkologe ein «Arzt für alle Fälle», und sonst wendet man sich direkt an den Spezialisten (z.B. an einen Reise-mediziner). Für viele Männer dient der Notfallarzt oder die Notfallstation irgendeines Spitals der ärztlichen Grundversorgung von Unfällen oder Infekten.

An einer sinnvollen Prävention sind sehr viele Männer ohnehin nicht interessiert, und die ewige Fragerei bezüglich Alkohol, Rauchen und Body Mass Index ist ja so was von mühsam ...

Die Mentalität ändert sich

Die junge Ärztegeneration ist grösstenteils nicht mehr bereit, diese sicher überdurchschnittliche Dienstleistung zu erbringen, besonders weil damit auch noch zahlreiche «Nebenerscheinungen» wie etwa der Notfalldienst oder auch die immer härtere Gangart der Jurisprudenz verbunden sind. Unsere potentiellen Nachfolger ziehen es verständlicherweise vor, Werte wie Familie und Freizeit ebenfalls hochzuhalten. Sie wollen sich zudem in einzelne Krankheitsbilder intensiv vertiefen können, statt «immer nur an der Oberfläche zu treiben» und jeweils dann, wenn es besonders interessant wird, die Patienten weiterweisen zu müssen.

Schlagworte und Parolen wie «Intensivierung der Ausbildung in Hausarztmedizin», «Institute für Hausarztmedizin» und «Zukunft hat die Gruppenpraxis» sind durchaus verständlich, weitgehend richtig, aber niemals die Lösung des Problems!

Die intensivierte Ausbildung in Hausarztmedizin

Eine intensivierte Ausbildung in Hausarztmedizin wurde beispielsweise in Bern von seiten der Regierung aus finanziellen Gründen während zehn Jahren verhindert. Erst seit einigen Monaten ist der po-

litische Druck im Parlament so gross, dass die Medizinische Fakultät und das Zentrumsspital zusammen mit der fakultären Instanz für Hausarztmedizin die seit Jahren gehegten Pläne endlich realisieren können. Diese intensivierte Ausbildung in Hausarztmedizin allein sichert aber den Nachwuchs in der hausärztlichen Grundversorgung in keiner Weise! Es wäre fatal, jetzt zu glauben, damit sei das Problem delegiert und erledigt!

Wo liegt das Problem?

Eine interessante kurze Arbeit im «New England Journal of Medicine» – der Ikone der medizinischen Fachzeitschriften – zeigte, dass Studierende der Medizin vom Unterricht beim Hausarzt fast ausnahmslos begeistert sind. Wenig später aber realisieren sie als Assistenten in der Klinik, dass diese Hausarztmedizin auch Schattenseiten hat: Unsicherheit, falsche Diagnosen, nichtoptimale Therapien, Nichtberücksichtigung von Interaktionen, Indisponibilität genau dann, wenn Patient X «seinen» Hausarzt brauchte, mangelhafte Kommunikation, besonders an der brüchigen «Schnittstelle» zwischen ambulanter Behandlung und Spital (die eigentlich eine Nahtstelle sein sollte), «Notfall»-Einweisungen am Freitagnachmittag und vieles mehr. Notabene: alles Facts, die bei kritischer Beobachtung selbstverständlich auch im Spital zum Alltag gehören. Und nun kommt das ganz zentrale Problem: Die Assistenten realisieren, dass viele verantwortliche Spezialisten und Spitalärzte – aus falschverstandener Kollegialität oder warum auch immer – nicht motiviert und bereit sind, beobachtete Lücken und Fehler sine studio et ira mit den betreffenden Hausärzten zu besprechen. Dabei geht es nicht um Schuldfragen, es geht um einen Lernprozess, um eine optimale Kommunikationskultur, um eine Konsensfindung im Interesse unserer Patienten. Dass diese Kommunikation nicht stattfindet, ist wohl mindestens zum Teil auch ein Problem von uns Hausärzten – wer lässt sich schon gerne Lücken und Fehler vorhalten? Ich denke, dies wäre ein Bereich, wo

Optimierungen angebracht und durchaus möglich sind.

Institute für Hausarztmedizin

Bezüglich Gewicht und Durchsetzungsvermögen innerhalb einer Medizinischen Fakultät ist das Anliegen verständlich aber kaum «matchentscheidend», wie man im Jahr der Fussball-WM sagt. Entscheidend ist letztendlich die Ausbildung der Studierenden beim Lehrarzt in der Praxis, «am Tatort». Ob dies nun durch einen Ordinarius mit Institut oder durch ein fakultär anerkanntes Kollegium organisiert wird, ist sicher sekundär. Wichtig ist vielmehr, dass die Fakultät auch ohne Institut die nötigen Mittel für eine einwandfreie Organisation der Lehre in der Praxis zur Verfügung stellt. Gelingt die Gründung eines Institutes, ohne dass unnötig Geschirr zerschlagen und menschliche und zeitliche Ressourcen strapaziert werden, ist dies natürlich ein Achtungserfolg. Unser persönliches Engagement in dieser Frage ist zweifellos der Weg der kleinen Schritte.

Wir müssen uns auch bewusst sein, was die Durchsetzung eines Institutes aus politischer Sicht bedeuten würde: «So, jetzt haben sie (die Ärzte) ihr Institut, jetzt sind sie selber dafür verantwortlich, dass es genügend Hausärzte gibt.»

Zukunft Gruppenpraxis

Persönlich bin ich davon überzeugt, dass dieser Lösungsansatz Zukunft hat. So pflegeleicht, wie ranghohe PolitikerInnen die Lösung des Problems Hausarztmangel sehen, ist die Gruppenpraxis allerdings nicht. Die Häufigkeit schwelender oder schwerwiegender, lähmender Konflikte ist erheblich, dies ist unter den herrschenden Bedingungen – hoher finanzieller Druck, zeitliches Engagement, persönliches Beziehungsviereck Arzt – Patient – medizinische Praxisassistentin – Familie sowie ungezählte Auflagen betreffend Qualitätssicherung usw. – auch nicht erstaunlich. Man stelle sich – als Vergleich – einmal ein Ständeratsmandat

von Frau Sommaruga mit drei oder vier Gruppenpartnern vor ... no comment! Und was kosten- und zeitintensive, mental oft sehr belastende Supervisionen hier konstruktiv wirklich bringen, scheint oft mehr als fraglich.

Weiterbildung

In Bern wird ab Herbst 2007 versucht, mit einem Mentoring beim Hausarzt (während der ersten drei Studienjahre je ungefähr acht Halbtage) die Studierenden frühzeitig zu motivieren (Problematik siehe oben). Im vierten Jahr soll noch ein etwa drei Wochen dauernder Eins-zu-eins-Unterricht beim Hausarzt folgen. Mindestens so wichtig ist es allerdings, die an der Hausarztstätigkeit Interessierten während der Assistentenzeit «bei der Stange zu halten», denn hier ist die Versuchung, in ein Spezialgebiet abzuspringen, sehr gross, besonders, wenn dieses hinsichtlich des zeitlichen Engagements und der finanziellen Abgeltung attraktivere Rahmenbedingungen verspricht. Die Praxisassistenten beim Hausarzt muss finanziell so geregelt werden, dass auch Hausärzte ohne ausgesprochene saisonal bedingte Spitzenbelastungen einen Praxisassistenten für drei Monate anstellen können. Dass dies bezüglich Lerneffekt und Praxistauglichkeit eine besonders intensive Weiterbildungsphase ist, wird von niemandem bestritten. Es ist aber durchaus möglich, dass ein Assistent nach drei Monaten sagt, er sei begeistert und möchte in diese Praxis durchaus einsteigen, aber nur zu 80% und nur als Angestellter ... Sicher darf man nicht auf die erste Karte setzen, die man in der Hand hat. Unser Kollege Tino Röthlisberger in Arosa hat 34 Praxisassistenten ausgebildet und dennoch während Jahren einen Nachfolger suchen müssen.

Primary-Care-Manager und «geschützte medizinische Werkstätte»

Der Titel meines Artikels «Vom Hausarzt zum Primary-Care-Manager» (Primary-

Care 2004;4[44]:876–8) ist einigen Kolleginnen und Kollegen sauer aufgestossen. Wo bleibt beim Primary-Care-Manager die hohe ethische Verantwortung usw.? Letztendlich wird die Sache aber genau darauf hinaus laufen.

Die Forderung vieler politischer Entscheidungsträger nach sogenanntem «Managed Care», das Bedürfnis von Studierenden und Assistenten, nicht in freier Praxis und eigenverantwortlich, sondern vielmehr in Teilzeitarbeit in einer Art «geschützten medizinischen Werkstätte» tätig zu sein, der Wunsch vieler Patienten, ohne Blick auf die Uhr zwischen sechs Uhr in der früh bis um Mitternacht

bei ihrem Primary-Care-Center vorsprechen zu können, all dies spricht dafür, dass dieser «geschützten medizinischen Werkstätte» die Zukunft gehört.

Immer unter der Voraussetzung, dass auch die spitalexterne Pflege eng in die Tätigkeit dieser kleinen medizinischen Zentren eingebunden wird und dass diese Zentren nicht nur mit den Spezialisten zusammenarbeiten (im Sinne eines Netzwerks), sondern auch mit bestehenden Spitalnotfallstationen mit ihrer ganzen Infrastruktur. Der diensthabende Hausarzt als Tagesoberarzt auf der Spitalnotfallstation wird damit auch für die Assistenten zu einem wichtigen Lehrer. Nun, der 1. April ist vorbei, mit Blick in

die Zukunft ist weniger Wut als vielmehr persönliches Engagement in allen möglichen obenerwähnten Sparten der Lehre gefragt, sonst sind wir am 1. April 2010 nicht weiter. Dies wäre für die Hausärzte traurig, für die Patienten schlecht und für unser Gesundheitswesen katastrophal.

Interessiert an Mitarbeit? Wenden Sie sich an die nächstgelegene fakultäre Instanz (Basel: Institut) für Hausarztmedizin!

Prof. Dr. med. Benedikt Horn
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Marktgasse 66
3800 Interlaken
dr.horn@tcnet.ch



CORRECTION

Une erreur s'est glissée dans l'article «Vous disiez? L'audition à travers les âges (de la vie)» (PrimaryCare 2006;6 [n° 12]: 230–231). Il est écrit: «L'oreille entend les fréquences entre 30 et 10 000 Hz, ...» mais vous auriez dû lire: «L'oreille entend les fréquences entre 30 et 16 000 Hz, ...». Nous prions les auteurs de nous en excuser.