PrimaryCare 2003;3:245–251

Der gute Hausarzt. Wie wird er gut? Wie bleibt er gut?

Eine Veranstaltung am Aroser Fortbildungskurs 2002

Paul Brütsch,
Niklaus Egli,
Benedikt Horn,
Cornelia Klauser,
Bernhard Rindlisbacher,
Urban Wirz,

Der besseren Lesbarkeit halber werden die männlichen Formen verwendet. Es wird dabei eine vollständige Gleichberechtigung beider Geschlechter vorausgesetzt.

Frauen (und Männer) in der Hausarztmedizin

Ich wurde zum Jubiläum gebeten, einen kurzen weiblichen Blick in die Zielvorstellungen der Hausarztmedizin im neuen Jahrtausend einzubringen.

Gestatten Sie mir vorerst einen weiblichen *Rück*blick: Vor 20 Jahren waren niedergelassene Ärztinnen seltene Tiere; vor 10 Jahren war Hausärztin die meistgewählte Fachrichtung; heute ist der Trend sinkend: Gynäkologie oder Psychiatrie sind eher gefragt.

Vor 20 Jahren wurde anerkannt, dass Frauen auch Hausärztinnen werden können, vor 10 Jahren wurden sie *er*kannt, und ihre Tätigkeit wurde zu schätzen gelernt; heute sind sie ein Bedürfnis für Patientinnen und Patienten, die autonom wählen können.

Gibt es überhaupt einen Unterschied zwischen Hausarzt und Hausärztin?

Wir Frauen meinen wohl, es sei so, obschon es meines Wissens keine EBM-Untersuchung dazu gibt. Was macht den Unterschied aus? Die weibliche Haltung – cave Generalisierungs-Bias: «weiblich» steht für: «häufiger bei Frauen», sicher nicht «nur bei Frauen»! – im Zugang zum Patienten, zum Menschen mit seinem Leiden in seinem bio-psycho-sozialen Kontext. Der weibliche Zugang – wenn wir bei den gefährlichen Generalisierungen bleiben wollen – ist eher emotional betont; ich meine, dass bei Ärztinnen die rationale Komponente, mit der wir im Studium weitgehend konfrontiert wurden, auch prädominieren kann.

Mein grösster Wunsch wäre es, die Kommunikation mit den Patienten zu erleichtern. Beim Arzt geht es wohl nicht nur um eine rationale Aufnahme der Symptome, sondern auch um ein empathisches Mittragen der Beschwerden des Patienten in seinem Kontext, in seinem Verständnis der Krankheit. Eine Erkennung und Förderung des sogenannt weiblichen Zugangs zum Patienten mit Integration des eher rationalen männlichen Zugangs würde theoretisch eine Quadratur des Zirkels ergeben; ob es dann in der Praxis nicht etwas eintönig würde?

Eine weitere Lanze möchte ich für die – ärztliche – Teilzeittätigkeit brechen: In der Weiterbildung oder in den Anfängen der selbständigen Tätigkeit sind junge Kolleginnen und Kollegen so gefordert, dass sie kaum zum Leben kommen; es ist auch die Zeit, in der Familien gegründet werden, die auch ihre Aufmerksamkeit beanspruchen. In dieser Zeit Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit zur Verfügung zu haben, wäre sinnvoll, nicht nur für Frauen, sondern auch für Männer, die sich dafür partnerschaftlich einsetzen oder anderen Interessen nachgehen könnten. Dies wäre im Sinne einer Förderung der Vielseitigkeit, der Flexibilität, einer Öffnung anderer Realitäten, die wichtige Ressourcen bilden können.

Meine Vision: eine emotional-rational ausgeglichene, gut ausgebildete praktische Hausärztin in Teilzeitarbeit mit Familie und einigen anderen Interessen ... Doch gottlob auch sie nur ein Mensch mit ihren Stärken und Schwächen!

Wenn ich noch eine «geschlechtslose» Medizin (ausser in der Gynäkologie) gelernt habe, so sind heute doch echte biologische Unterschiede der Geschlechter erkannt worden, sowohl in bezug auf Krankheiten als auch auf Prädispositionen, Medikamentenwirkung und Nebenwirkungen. Es freut mich besonders, dass nun auch auf männlicher Ebene echte «gender studies» und Aktivitäten im Gang sind (z.B. der Mann im Alter): Möge dies zu einer fruchtbaren Zusammenarbeit weiterleiten!

Cornelia Klauser

Ausbildung

Paul Brütsch hat mich gebeten, den ersten Satz meines Kurzreferates wegzulassen. Er lautete: «Meine Reisezeit nach Arosa und zurück beträgt pro Minute Kurzreferat gut

zwei Stunden.» Der Satz ist aber sehr wichtig, weil er Ambiente und Charisma des Aroser Kurses festhält. Ohne diese «Ausser-Alltäglichkeit» würden viele von uns nämlich zu Hause in Praxis und Familie bleiben. Für Arosa opfert man gerne viel Zeit.

Zur Sache: Das Staatsexamen als Basis unserer Berufsausübung ist nicht mehr Abschlussexamen, sondern Zulassungsprüfung für eine obligatorische Weiterbildung zum Facharzt. In Zukunft wird es viel mehr Hausärztinnen geben und kaum mehr Einzelkämpfer, sondern Gemeinschaftspraxen. Job-Sharing in der Praxis heisst aber nicht, dass auch die Ausbildung geteilt werden darf. Die Erwartungen unserer Patienten sind hoch.

Hier das Konzentrat der Erwartungen von 12 kritischen und vorlesungserprobten Patientinnen und Patienten an den Hausarzt:

1. Zeit haben, auf Probleme eingehen
2. verständliche, transparente Information
3. Zusammenarbeit im Gesundheitsnetz
4. Kompetenz (fachlich, menschlich, sozial)
5. ökonomische und ökologische Mitverantwortung
6. Unterstützung der Eigenverantwortung
7. kritisches Denken und Hinterfragen
8. gute Organisation (Erreichbarkeit, Vertretung, Warten)
9. permanente Fortbildung und nicht-medizinische Bildung

Diese Patientenwünsche decken sich gut mit den Forderungen der Kommission Fleiner, die dem Schweiz. Lernzielkatalog für das Medizinstudium zugrunde liegen. Es sei hervorgehoben, dass insbesondere Ethik, soziale Kompetenzen sowie ökologisches und ökonomisches Denken der Ärzteschaft festgehalten sind.

Wenn Sie am schweizerischen Lernzielkatalog interessiert sind (siehe www.smifk.ch), lesen Sie bitte Teil 3 bis 5 aufmerksam. Teil 7 mit den 2500 fachspezifisch geordneten Items ist nur für das Examen wichtig. Ich halte unmissverständlich fest, dass die Forderungen der Hausärzte in den Teilen 3 und 4 hervorragend erfüllt sind.

Teil 7 wird noch einiges zu reden geben! Die zukünftige Grundversorgerin lernt ohne Zweifel viel Wissen und Können sehr gut im Spital und bei Spezialisten. Es gibt aber zahlreiche Facetten, die im stationären Bereich nicht erlernt werden können. Hier einige Stichworte:

1. Sprechstunde mit unselektionierten Patienten
2. Praxisorganisation
3. soziales Netz des ambulanten Patienten
4. Hausbesuch und Betreuung von Heimpatienten
5. Betreuung von Langzeitpatienten
6. abwartendes Offenlassen (u.a. als Sparpotential)
7. präventives Engagement
8. ökologische und ökonomische Aspekte der Praxis

Die FIAM Bern hält daran fest, dass alle Studierenden, auch spätere Spezialisten, Chefärzte, Lehrer und Forscher, während ihres Studiums nebst dem seit 20 Jahren bewährten Gruppenunterricht an 6 Halbtagen beim Hausarzt unbedingt vier Wochen bei einem Hausarzt lernen müssen, und zwar im 1:1-Lehrmeister-Lehrlings-Verhältnis. Ich nenne dies «Ausbildung am Tatort».

Hier unsere Vision der zukünftigen Hausärztin als Endziel der Ausbildung:

1. solide Basis an Wissen und Können, ohne das geht es nicht
2. hohe soziale Kompetenz
3. Interesse an präventiven, ökologischen und ökonomischen Fragen
4. minimale Aus- und Weiterbildung «am Tatort»
5. breites Interesse («Neugier») an wissenschaftlichen, sozialen, politischen, kulturellen, philosophischen, religiösen Fragen

Ich bin mir bewusst, dass dies hohe Ziele sind. Ich bin mir auch bewusst, dass man mit der Maxime «ohne Forderung keine Leistung» bei den Studierenden kaum Lorbeeren holt. Wir haben aber gegenüber unseren Patienten und auch gegenüber Staat und Steuerzahlern eine enorme Verpflichtung.

Wenn es uns gelingt, diesem Ziel näherzukommen, dürfte sich auch die Investition der Steuerzahler (40 000 Franken pro Studierende und Jahr) vertreten lassen.

Ich schliesse mit einem Satz von Frank Nager: *«Gesundheit, nicht als verzehrbarer Proviant, sondern als kreativer Prozess, als Lebenskunst, könnte zu einem erstrangigen Thema der Medizin 2000 werden.»*

Benedikt Horn

Weiterbildung

Wie weiss eigentlich ein Assistenzarzt und künftiger Hausarzt, was er in der Weiterbildung lernen muss?

Gewiss, wenn die Hausarztmedizin einmal im Studium so präsent ist, wie das oben B. Horn gezeigt hat, dann hat er sicher eine gewisse Vorstellung.

Er weiss dann hoffentlich, dass nicht einfach die Addition von etwas Innerer Medizin, Chirurgie und Inhalten aus etwa zwei weiteren Spezialfächern die Allgemeinmedizin ausmacht. Aber er erlebt das eigentlich so, er wandert in seiner Weiterbildung gewissermassen von einem Fach zum andern.

Er wird dabei von Kolleginnen und Kollegen weitergebildet und betreut, welche selber in der Regel praktisch keine eigene Erfahrung in der Hausarztmedizin haben. Auch das Weiterbildungsprogramm Allgemeinmedizin hilft ihm nicht wesentlich weiter.

Wo ist da der rote Faden, die Ausrichtung auf ein für jeden klares Ziel? Ich denke, daran fehlt es vor allem in unserer aktuellen Hausarzt-Weiterbildung.

Gewiss, es gibt zunehmend gute Lehrbücher, wo man sich einen Überblick verschaffen könnte. Doch bleibt das nicht graue Theorie, wenn man es nicht selber erlebt hat?

Deshalb ist eine Assistenzphase von 3–6 Monaten in der Praxis so wichtig, eigentlich sollten es möglichst zwei sein:

- Eine früh in der Weiterbildung, um diese Hausarztmedizin wirklich mit allen fünf Sinnen zu erfahren, damit man sich in die künftige Rolle einfühlen kann und danach im Spitalalltag das für die künftige Aufgabe Relevante heraussuchen und sich aneignen kann.
- Eine zweite spät in der Weiterbildung, um das bisher Gelernte zu integrieren und zu verfestigen.

Als Co-Projektleiter im Praxisassistenz-Projekt des Kollegiums für Hausarztmedizin bekomme ich oft richtig enthusiastische Rückmeldungen über die Erfahrung in der Praxisassistenz. So wird etwa gesagt, der Lernprozess sei deutlich intensiver und effizienter als in einer durchschnittlichen Spitalassistenz. Die 1:1-Betreuung mit den abgestuften Supervisionsstufen von «nur Zuschauen» bis «selbständig Arbeiten» wird sehr geschätzt.

In der Arbeitsgruppe des Kollegiums für Hausarztmedizin haben wir die Vision von Hausarztmedizinischen Kursmodulen zu bestimmten Themen entwickelt. Dadurch soll die Weiterbildung zum Hausarzt noch besser strukturiert und optimiert werden.

Die Institute für Sozial- und Präventivmedizin in der Schweiz bieten Kurse in Public Health an, welche man einzeln besuchen kann, welche aber, in genügender Anzahl absolviert und vertieft durch das Schreiben von eigenen Arbeiten, zum MPH führen. Könnte man nicht analog eine Masterausbildung in Hausarztmedizin aufbauen? Solche Modelle existieren schon in anderen Ländern. Es könnte ja auch für Sie attraktiv sein, wenn Sie nach – sagen wir – 10 Jahren in der Praxis sich noch eine Zusatzqualifikation erarbeiten und gewisse Konzepte der Hausarztmedizin etwas vertieft studieren könnten.

Zurück zum roten Faden: Ich denke, es wäre wünschbar, wenn jeder Assistenzarzt, unabhängig vom Fachgebiet, einen Mentor hätte, welcher ihn bei der Klärung seiner Berufsziele und der Karriereplanung unterstützt. Ganz besonders gilt das aber für die künftigen Hausärzte. So wie die Praxisassistenzen immer sowohl für die Assistenten wie auch für die Lehrpraktiker neue, interessante Erfahrungen vermitteln, würden auch von einem solchen Mentoring-System, oder wie wir früher immer gesagt haben, einem «Götti-System», durchaus beide Seiten profitieren.

Schliesslich müssen wir uns auch immer wieder bemühen, zu formulieren, welches die spezifischen Inhalte der Hausarztmedizin sind und damit sowohl den Assistenzärzten als auch ihren Weiterbildnern eine Hilfe geben. Dazu sollten die Ziele der Weiterbildung noch spezifischer formuliert werden. Peter Schläppi vom IAWF hat mit einigen Kollegen ein Projekt gestartet, um ausgehend von konkreten, in der Praxis sich stellenden Problemen wichtige «Schlüsselkompetenzen» zu definieren, welche der Hausarzt braucht und die deshalb in der Weiterbildung vermittelt werden sollten. Dieses Projekt muss aus meiner Sicht unbedingt fortgeführt werden, und ich hoffe, die SGAM wird bei der weiteren Finanzierung mithelfen.

Bernhard Rindlisbacher

Qualitätsentwicklung

Der Aroser Kurs «Aus der Praxis – für die Praxis» hat das Fortbildungsprogramm der SGAM inspiriert, insbesondere die darin integrierten Qualitätskriterien für gute Fortbildung:

- mindestens ein SGAM-Mitglied hat wesentlichen Einfluss auf die Programmgestaltung
- Lernziele sind klar definiert
- didaktische Form der FB-Veranstaltung und Ambiance sind lernfördernd
- es erfolgt eine Evaluation der FB-Veranstaltung
- abgegebene Unterlagen wie Texte, CD-Roms sind im Praxisalltag verwendbar

Recommandé par la Société Suisse de Médecine Générale
SSMG SGAM
Empfohlen durch die Schweiz. Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Bei Erfüllung aller 5 Kriterien kann von der SGAM das Qualitätslabel erteilt werden Wir hoffen, dass Sie bald nur noch solche Fortbildungsveranstaltungen auswählen werden!

Ein Blick über unser Land hinaus zeigt, dass sich verschiedene Länder und europäische Gremien über Form, Umfang und die Qualität der kontinuierlichen Fortbildung Gedanken machen: Zunehmend häufiger wird von CPD (continuing professional development) und IPE (interprofessional education) gesprochen. Langfristiges Ziel ist die Verbesserung der «quality of care», der Versorgungsqualität unserer Bevölkerung. Fortbildung kann ein wichtiges Instrument dieser Qualitätsentwicklung sein.

Evident ist, dass Kleingruppenarbeit z.B. innerhalb der Qualitätszirkel mehr am Verhalten, an der Performance der Hausärztinnen und Hausärzte ändert als traditionelle Fortbildung.

Unter Federführung der WONCA Europe werden die Kernkompetenzen der Grundversorger neu definiert: Daraus erfolgen neue Impulse für Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Zum Abschluss möchte ich auf ein im November 2001 erschienenes Grundsatzpapier des Royal College of General Practitioners (Good Medical Practice for GP's) hinweisen:

The Core Competencies of the General Practitioner/Family Physician in Europe (European Society of General Practice / Family Medicine – WONCA Europe 2001/2002) Good Medical Practice 2001 RCGP

Duties of a doctor
Patients must be able to trust doctors with their lives and well-being. To justify that trust, we as a profession have a duty to maintain a good standard of practice and care and to show respect for human life.

Lesen Sie die letzte Zeile: *respect for human life* gilt auch für Ihre eigene Familie und für Sie selbst!

Niklaus Egli

Forschung in Hausarztmedizin

Am Jahreskongress 2001 der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) in Zürich wurde die Förderung der Forschung in Hausarztmedizin als ein Schwergewicht für die nächsten Jahre bezeichnet und dafür finanzielle Mittel bereitgestellt.

Dies ist dadurch bedingt, dass die Schweiz in bezug auf Hausarztforschung rückständig und international kaum präsent ist.

Eine Ursache dafür ist die *fehlende Verankerung der Hausarztmedizin an den Universitäten.* Gegenüber vielen ausländischen Medizinischen Fakultäten gibt es in der Schweiz bisher keine Ordinariate für Hausarztmedizin, von denen aus die wesentlichen Impulse für die Forschung kommen könnten.

In unserem Gesundheitswesen ist Forschungsarbeit für den Praktiker ein zusätzlicher und meist nicht honorierter Arbeitsaufwand. Schliesslich ist in den jetzigen Ausbildungscurricula nur wenig Rüstzeug für Forschungsarbeit enthalten.

Die Konsequenz ist, dass die *Schaffung von Ordinarien für Hausarztmedizin* in der Schweiz gefördert werden sollte. Auf den bestehenden Instanzen für Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin (FIAM, FIHAM) kann aufgebaut werden. Zusätzlich soll die Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen, wie Instituten für Sozial- und Präventivmedizin, Statistikern, Verbänden und Bundesämtern, gesucht werden.

Was können Sie aber jetzt bereits tun, wenn Sie forschungsaktiv werden wollen?

- Dazu gibt es *regionale Qualitätszirkel*, die kleinere Forschungsprojekte bearbeiten.
- Im weiteren sei das nationale *Sentinella-Netz* erwähnt, das bereits seit 1984 bestens funktioniert und neben infektiologischen Daten auch immer wieder Forschungsdaten erhebt. Melden Sie sich zur Mitarbeit an (http://www.bag.admin.ch/sentinella/).
- Natürlich sind auch weiterhin originelle Einzelprojekte erwünscht, wobei allen forschenden Hausärzten empfohlen sei, schon vor der Datenerhebung mit Fachstellen, wie Statistikern, Epidemiologen oder den Forschungsverantwortlichen der FI(H)AMS, Kontakt aufzunehmen, um systematische Fehler zu vermeiden.
- Das Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) führt in seiner Homepage (http://www.kollegium.ch) ein *Register aller Forschungsarbeiten in Hausarztmedizin*. Ich bitte alle Forscher, dort ihre Projekte zu deklarieren, so dass eine nationale Übersicht und Koordination möglich ist.

Was läuft in der Zukunft? Ab 2003 sollen den interessierten Hausärztinnen und Hausärzten *Forschungsworkshops* angeboten werden, in denen die *«basic skills in primary care research»* vermittelt werden sollen. Die Arbeitsgruppe Forschung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) hat im letzten Jahr zusammen mit der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) eine Initiative lanciert, die das Ziel hat, ein nationales Netz von Forschungspraxen zu errichten, dem professioneller Support von den Universitäten und weiteren Fachgremien zur Verfügung steht.

Es ist ein Ziel, dass qualitativ gute Forschungsarbeit auch *finanziell vernünftig abgegolten* werden soll und dass *vermehrte Publikationen zur Hausarztforschung* in der Schweiz in nationalen und internationalen Journals erscheinen sollen und damit auch vermehrte Präsenz an internationalen Kongressen resultiert.

Meine 11jährige Tochter, die mich im letzten Winter zufrieden und glücklich am Cheminée-Feuer bei einem Glas Rotwein eine kleine Forschungsarbeit schreiben sah, meinte: *«forsche isch geil»*. Dies könnte unser *Motto* sein: Lassen Sie sich begeistern und machen Sie mit, wenn Sie für Forschungsprojekte angefragt werden!

Urban Wirz

Hausarztmedizin und Universität

Kennen Sie den Unterschied zwischen der Eigernordwand und einem Bild der Eigernordwand?

Wir haben am SGAM-Jahreskongress in Zürich herrliche Bilder von Herrn Tölz gesehen, aber Herr Tölz – der war tatsächlich in der Eigernordwand.

So ist es für die Studierenden: Die Vorlesung über Hausarztmedizin gibt ein gutes Bild – die Wirklichkeit erleben sie in der Praxis.

Für Studenten und Forscher gibt es in der Hausarztpraxis drei hochspezifische Themen zu erleben: das unselektionierte Krankengut, den Patienten in seiner Umwelt und die oft jahrzehntelange Arzt-Patienten-Beziehung (dazu gehört auch die Beziehung zu Familien mit nicht selten vier Generationen als Patienten).

Das haben wir zu vermitteln und zu erforschen. Deshalb müssen wir Lehre und Forschung noch viel mehr in die Praxis bringen.

Was ist die Rolle der Universität in der Hausarztmedizin?

An allen 5 Schweizer Fakultäten gibt es Fakultäre Instanzen für Allgemein- oder Hausarztmedizin. Ich berichte Ihnen von Bern, das ich am besten kenne:

Wir haben eine einzigartige Gruppe von fünf Hausärzten, die Ausbildung, Weiterbildung, Qualitätsentwicklung und Forschung abdecken. Jede Diskussion steht so in einem Gesamtzusammenhang. Praxis und Uni sind immer dabei.

Wir hoffen, dass in absehbarer Zeit an allen Schweizer Fakultäten solche verantwortlichen Zentren der Reflexion über unser Fachgebiet entstehen – Zentren, welche in den Fakultäten als gleichberechtigte Partner von den Spezialisten anerkannt werden.

Aber neben der Reflexion bieten wir auch tatkräftige Hilfe an: An der Universität Bern gestalten wir Hausärzte die fakultäre Curriculum-Planung entscheidend mit. Von der FIAM aus werden auch die Lehrärzte in der Praxis unterstützt. Und dank unseren Beziehungen können wir Praxis-Forschungsprojekten erstklassige Fachspezialisten zur Verfügung stellen.

Natürlich zählt vor allem die erbrachte Leistung einer Institution. Aber in einer Fakultät ist es wie in der Armee. Damit man sich

z.B. als Feldprediger selbständig entfalten kann, muss man mindestens Hauptmann sein. Und dem entspricht in der Fakultät eben ein Ordinariat. Deshalb streben wir auch für die FIAM den Rang eines Ordinariates an. Dabei sind wir auf die aktive Unterstützung unserer Fachgesellschaft, der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, angewiesen.

Ich wollte Sie nicht erschrecken mit dem Ordinariat, höchstens wieder etwas aufwecken. Was wir nicht wollen, sind vollzeitliche Ordinarii für Allgemeinmedizin oder Hausarztmedizin. Die verantwortlichen Leiter dürfen nämlich unter keinen Umständen das Gebiet verlassen, wo sie wirklich kompetent sind – ihre Praxis. Einem Ausstieg aus dem Praxisalltag droht nach einigen Jahren das Austrocknen und schliesslich das Ausbrennen. Wie der Psychiater Manfred Bleuler einmal schrieb: «Bleiben wir am Patienten ...» Und das ist für uns Hausärzte zu Hause in der Praxis. Deshalb sind wir der festen Überzeugung, dass die Chefs einer noch so grossen FIAM immer mindestens zu 50% in ihrer Praxis arbeiten müssen.

Das schliesst nicht aus, dass man daneben vollamtliche Spezialisten und Administratoren anstellt. Es gibt Arbeiten, die besser von solchen Leuten durchgeführt werden können.

Wir wissen, dass das in Europa nicht üblich ist. In der Euract (das ist die europäische Vereinigung von Lehrern in Allgemeinmedizin) hat unser Vertreter Andreas Rothenbühler festgestellt, dass von 27 Landesvertretern 15 vollamtlich an ihrer Universität angestellt sind. Die andern 12 arbeiten 50% oder mehr zu Hause, aber mindestens 5 davon an Instituten, wo es vollamtlich angestellte Hausärzte gibt.

Wir befürchten, dass so auf lange Sicht die Sachkompetenz verlorengeht.

Dieser Schweizerische Spagat zwischen Praxis und Universität ist anspruchsvoll, aber möglich. Das ist die Erfahrung von 19 Jahren FIAM. Ich habe dabei tiefe berufliche Befriedigung erlebt. Deshalb erfolgt nun noch ein Aufruf: Wir brauchen Nachwuchs, Männer und Frauen, die bereit sind, sich überdurchschnittlich zu engagieren für die Hausarztmedizin. Neben der Leitung solcher FIAMs braucht es aber auch viele Ärztinnen und Ärzte, welche enger umschriebene Aufgaben übernehmen – z.B. als Lehrärzte oder in der Forschung. Lassen Sie sich anstecken. Nehmen Sie doch Kontakt auf mit den Verantwortlichen Ihrer Fakultären Instanzen für Hausarztmedizin.

Paul Brütsch

Zielvorstellungen zur Hausarztmedizin

Frauen und Männer in der Hausarztmedizin

– Die sozialen und kommunikativen «weiblichen» Kompetenzen sollen ihrer Bedeutung entsprechend gewichtet und weitergegeben werden.
– Ärztinnen und Ärzte, die familiäre Pflichten wahrnehmen wollen, sollen bei Teilzeitarbeit gefördert und unterstützt werden.
– Die physischen und psychischen Unterschiede von Mann und Frau sollen in Forschung und Praxisalltag respektvoll integriert werden.

Ausbildung

Grundlegende Ausbildungsziele sind:

1. Solide Basis an Wissen und Können (absolut notwendig).
2. Hohe soziale Kompetenz.
3. Interesse an präventiven, ökologischen und ökonomischen Fragen.
4. Mindestens eine minimale Ausbildung in der Praxis des Hausarztes.
5. Breites Interesse an wissenschaftlichen, sozialen, politischen, kulturellen, philosophischen und religiösen Fragen

Weiterbildung

– Die Eigenheiten der Hausarztmedizin müssen als roter Faden durch die ganze Weiterbildung führen und sind deshalb sowohl Assistenten wie Weiterbildnern möglichst plastisch näherzubringen.
– Die Lernziele für die Weiterbildung sollen aus der Praxis heraus spezifiziert werden im Sinne eines Schlüsselkompetenzkataloges.
– Die Präsenz von Hausärzten als Mentoren ist deutlich zu verstärken. Dazu dienen Praxisassistenz und von Hausärzten geleitete regelmässige hausarzt-spezifische Kurse.
– Die Praxisassistenz sollte zweimal 3–6 Monate dauern, idealerweise die zweite Phase kurz vor der Eröffnung der eigenen Praxis.

Qualitätsentwicklung

– Jeder Arzt ist dafür verantwortlich, dass er durch ständige berufliche Entwicklung eine patientenorientierte, wissenschaftlich überprüfte und kosteneffektive Gesundheitsversorgung gewährleistet.
– Qualitätszirkel sind eine optimale Möglichkeit, lustvoll interaktive Fortbildung mit Reflexion der eigenen Tätigkeit zu kombinieren.

Forschung

– Den an Forschung interessierten Grundversorgern soll eine Basisausbildung (Workshops «Basic Skills in Primary Care Research») angeboten werden.
– Es soll ein nationales Netz von Forschungspraxen – angelehnt an das Sentinella-Netz oder ihm ähnlich – aufgebaut werden.
– Forschungsprojekte sollten professionell geplant und durchgeführt werden; d.h. Zusammenarbeit mit universitären Institutionen ist notwendig.
– Ergebnisse sollen national und international publiziert werden.
– Forschungsarbeit soll finanziell vernünftig abgegolten werden.

Hausarztmedizin und Universität

– Fachspezifisch für Hausarztmedizin ist das unselektionierte Krankengut der hausärztlichen Praxis mit einer einzigartigen, oft jahrzehntelang dauernden Arzt-Patienten-Beziehung in der Umwelt der Patienten.
– Lehre und Forschung in Hausarztmedizin müssen deshalb vermehrt in der hausärztlichen Praxis stattfinden.
– Universitäre Institute für Hausarztmedizin sind Schwerpunkte zur Reflexion und Koordination sowie zur strategischen und logistischen Unterstützung der praxisbasierten Lehre und Forschung; sie sollten aufgabengemäss im Range eines Ordinariates stehen.
– Leiter dieser universitären Institute sind Hausärzte oder Hausärztinnen, welche mindestens zu 50% in ihrer eigenen Praxis zu Hause tätig sind und so den Kontakt mit ihrem Fachgebiet auch nach Jahren nicht verlieren.