

Folgerungen für die FIAM Bern¹

20 Jahre FIAM Bern: Jubiläumsveranstaltung vom 23. Oktober 2003

Jürg Schlup, Hausarzt und Präsident der Ärztegesellschaft des Kantons Bern, assistiert von B. Kissling, antwortet der Berner Ständerätin Ch. Beerli, dass ein Grossteil der Probleme des Gesundheitswesens auf gesellschaftlichen Entwicklungen und sozioökonomischen Phänomenen beruhe. Eine Therapie des Gesundheitswesens müsse dementsprechend vielmehr mit Hilfe von gesellschaftspolitischen Massnahmen angestrebt als durch schnelle Eingriffe, wie beispielsweise Aufhebung des Kontrahierungszwangs und Netzwerke mit Budgetverantwortung der ÄrztInnen, erzwungen zu werden.

Jürg Schlup, médecin généraliste et président de la Société de médecine du canton de Berne, assisté de Bruno Kissling, répond à la Conseillère aux Etats bernoise Christine Beerli: une grande partie des problèmes de la santé publique repose sur des développements sociologiques et des phénomènes socioéconomiques. Pour assainir la santé publique, il faut donc plutôt des mesures sociopolitiques de fond que des interventions ponctuelles comme par exemple l'abolition de l'obligation de contracter ou les réseaux de médecins avec responsabilité budgétaire.

Jürg Schlup, Bruno Kissling

Umfeldbedingungen und Spannungsfelder

Ich habe zunehmend den Eindruck, dass die *Ansprüche* der Bevölkerung an das Gesundheitswesen stärker steigen als das Leistungsangebot. Da zu wenig über dieses Spannungsfeld in der Öffentlichkeit diskutiert wird, scheint ein gewisses Misstrauen der Bevölkerung gegenüber unserem Gesundheitswesen bzw. seinen Akteuren zu entstehen. Die Relevanz der Ansprüche erkrankter Menschen beleuchtet eine Untersuchung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern: «Erkrankte scheinen in der Selbstbeurteilung der Dignität ihrer Gesundheitsbeschwerden oft überfordert zu sein» [1].

¹ Antwort auf das Referat «Nationale Gesundheitspolitik 2003» von Ch. Beerli in diesem Heft (Seite 1010)

Korrespondenz:
Dr. med. Jürg Schlup
Bernstrasse 127
CH-3052 Zollikofen
schlup@hin.ch

Das Spannungsfeld zwischen dem individuellen Wohl und den volkswirtschaftlichen Möglichkeiten wird uns in Zukunft stark beschäftigen. Welche medizinischen Leistungen werde ich als Patient in Zukunft nicht mehr erhalten? Sind wir Ärztinnen und Ärzte geeignet und bereit, die Ressourcenzuteilung zu übernehmen? Dies sind Fragen unserer unmittelbaren Zukunft.

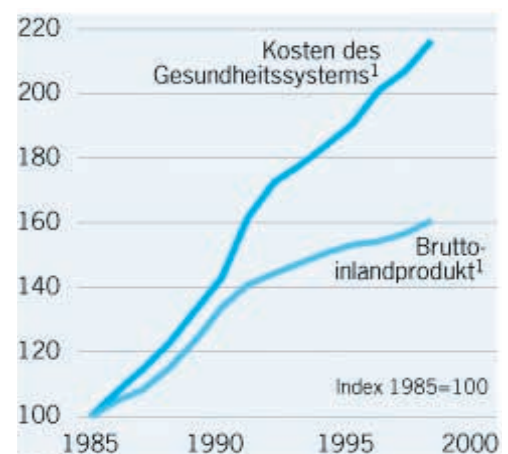
Die Entwicklung der *Gesundheitskosten* ist bekanntlich kein schweizerisches Problem, im ganzen OECD-Raum wachsen die Ausgaben für die Gesundheit doppelt so schnell wie für die Wirtschaft [2]. Gemäss der OECD korrelieren hohe Gesundheitsbudgets mit hohen Lebensstandards. Gegen die Kostensteigerung kennt auch die OECD kein Mittel.

Die Kenntnis des Umfeldes unseres Gesundheitswesens ist für die hausärztliche Tätigkeit heute wichtig und hilfreich.

In der Schweiz ist die *Wachstumsschwäche* der Wirtschaft im Vergleich zu anderen Industrienationen noch deutlich akzentuierter; das BIP-Wachstum liegt hier deutlich unter einem Prozent. Dieses fehlende Wachstum unserer Wirtschaft führt dazu, dass unser jährlich um 3 bis 4% wachsendes Gesundheitswesen zunehmend schlecht finanzierbar wird. Diese Schere (Abb. 1) zwischen der Entwicklung unserer Volkswirtschaft und der Entwicklung unseres Gesundheitswesens hat sich seit Beginn der 90er Jahre geöffnet und dürfte – ohne massiven Wirtschaftsaufschwung – in den nächsten Jahren zu einer weiteren Mittelverknappung in unserem Gesundheitssystem führen.

Abbildung 1.

Steigende Gesundheitskosten.
Quelle: Bundesamt für Statistik BFS, 2001.



Ein Hauptfaktor der Kostensteigerung ist der *Fortschritt der Medizin*, welchen weder die Bevölkerung noch wir Ärztinnen und Ärzte missen möchten. Bei diesen Fortschrittskosten werden heute sowohl der dadurch ermöglichte *individuelle* als auch der *volkswirtschaftliche Nutzen*, wie verbesserte Arbeitsfähigkeit oder wiedergewonnene Autonomie der Betroffenen, kaum berücksichtigt. Dies muss künftig unbedingt angestrebt werden, da Sparbemühungen ohne Vollkostenrechnung ökonomisch wenig sinnvoll sind.

Daneben führt der medizinische Fortschritt unbestrittenermassen auch zu einer *gewissen Morbiditätszunahme*, da heute viele Erkrankungen behandelbar, jedoch nicht heilbar sind. Eine viel diskutierte Ursache der Kostensteigerung ist die *demographische Entwicklung*, welche voraussichtlich noch bis in die 30er Jahre dieses Jahrhunderts zu mehr Bedarf an Gesundheitsleistungen führen wird. Für mich wird heute, angesichts unserer aktuellen demographischen Entwicklung, allzu stark auf die ältere und zu wenig auf die zunehmend fehlende junge Bevölkerung fokussiert. Meines Erachtens ist die *tiefe Geburtenrate* auch ein wichtiges Problem, welches unsere Gesundheitskosten beziehungsweise unsere Prämien negativ beeinflussen wird: Die jungen gesunden Prämienzahler werden zunehmend fehlen. Gemäss Bundesamt für Statistik wird es im Jahre 2005 in unserem Land erstmals mehr über 65jährige als unter 15jährige geben.

Ein heute *viel zu wenig diskutierter, gewichtiger Kostenfaktor* ist die *sozioökonomische Entwicklung*. Dort könnten meines Erachtens wesentliche Einsparungen der Gesundheitskosten erreicht werden, allerdings würden dazu Anstrengungen ausserhalb des Gesundheitswesens nötig werden.

Beispielsweise *leben* beinahe die Hälfte der über 65jährigen *alleine* [3]. Was dies für das Gesundheitswesen kostenmässig bedeutet, können wir uns am Beispiel einer Grippepneumonie leicht vorstellen. Möglicherweise könnten durch eine entsprechende *Alterspolitik* deutliche Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen erzielt werden, beispielsweise durch die Förderung von Alterswohngemeinschaften.

Die *Wirtschaftsschwäche* führt zu einer erhöhten Morbidität. Dies behaupten unter anderem Psychiater der freien Universität Berlin nach Analyse von Arbeitsplatzkon-

flikten. Solche Konflikte führen zu psychosomatischen Reaktionen und fördern die Ausbildung schwerer körperlicher Leiden [4]. Hier wäre eine *Wirtschaftspolitik* mit dem Ziel «Gesundheit am Arbeitsplatz» oder «*mental health* als Wirtschaftsfaktor» wünschenswert.

Auch der *gesellschaftliche Wandel* von der Agrar- über die Industrie- zur Dienstleistungs- und weiter zur Informationsgesellschaft führt zu immer höheren Ansprüchen an die individuelle Gesundheit. Unsere Informationsgesellschaft benötigt im Gegensatz zu früheren agrarischen oder Industriegesellschaften vorwiegend hochqualifizierte, dynamische, kommunikative, erfolgsorientierte, stark belastbare Mitarbeiter und Teamplayer. Ein Grossteil unserer Bevölkerung wird kaum in der Lage sein, diesen Anforderungen zu genügen. Hier könnten Gesundheitskosten gespart werden, beispielsweise mit bildungspolitischen Massnahmen wie einer stärkeren Förderung der Erwachsenenbildung, vermehrter Implementierung gesundheitsfördernder Inhalte in der Schule sowie wirtschaftspolitischen Massnahmen zur Integration von weniger qualifizierten Arbeitnehmern und Teilarbeitsfähigen.

Daneben ist gemäss Meinung von Präventivmedizinern und gemäss der Morbiditätsstatistik rund die Hälfte der Erkrankungen auf einen *ungesunden Lebensstil* zurückzuführen [5]. Stichworte dazu sind die Epidemie der Fettleibigkeit und der dadurch bedingte Diabetes mellitus. Bei letzterem kann mit einer moderaten Lifestyle-Anpassung die Erkrankungshäufigkeit bei prädisponierten Personen mit verminderter Glukosetoleranz mehr als halbiert werden [6]: 150 Minuten Gehen pro Woche und 7% Gewichtsreduktion. Hier könnte mit *bildungspolitischen Massnahmen* den Eltern ermöglicht werden, ihre Verantwortung in Ernährungsfragen wahrzunehmen. Weitere Verbesserungen könnten über die Nahrungsmittelindustrie und die *Städteplanung* erreicht werden.

Zufriedenheit der Ärzte

Die Rolle des Arztes in unserer Gesellschaft hat sich in den vergangenen Jahren rasch verändert und wird sich noch weiter ändern. Viele Ärztinnen und Ärzte leben heute in der Praxis ein völlig anderes Arztbild als dasjenige, welches sie im Studium und in der Weiterbildung erlebt haben. Auch der Gesund-

heitsbegriff ist einem Wandel unterworfen, heute möglicherweise stärker als in früheren Jahren.

Gemäss einer Untersuchung von C. Goehring [7] scheinen die Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte recht glücklich und motiviert. Der Umgang mit zunehmend anspruchsvollen Patienten scheint ihnen gut zu gelingen. Praktizierende mit nebenberuflicher Tätigkeit scheinen zufriedener als die übrigen. Trotz dieser guten Grundmotivation scheinen unsere Ärztinnen und Ärzte unzufrieden mit der *Erosion der beruflichen Gestaltungsfreiheit* zu sein [8]. *Deprofessionalisierung* nennt man diese abnehmende Entscheidungsfreiheit bei hochbleibender Verantwortung [9]. In Gebieten mit Ärztemangel (Nordostdeutschland, Zentralfrankreich, England) scheint der hohe Arbeitsanfall, welcher unter anderem allzu kurze Konsultationszeiten zur Folge hat, Unzufriedenheit auch bei der Ärzteschaft auszulösen.

Was ist Hausarztmedizin?

B. Kissling, vormaliger Sekretär der SGAM und SGAM-Delegierter bei der WONCA Europe, der europäischen Sektion von *World Family Doctors*, meldet sich, um diese Frage zu beantworten. Er übergibt der FIAM Bern ein Paket mit deutsch- und französischsprachigen Exemplaren der Europäischen Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin.

Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin/ Hausarztmedizin 2002 [10]

Diese Definition ist, in einem eindrücklichen Konsensfindungsprozess, von HausärztInnen aus 30 Ländern kreiert und 2002 publiziert worden. Sie vermittelt eine grundsätzliche Idee über die Hausarztmedizin, unabhängig davon, ob diese, entsprechend den unterschiedlichen Gesundheitssystemen Europas, überall vollumfänglich umgesetzt werden kann.

Die Hausarztmedizin ist eine akademische und wissenschaftliche Disziplin mit eigenen Lehrinhalten, eigenen Forschungsinhalten, mit eigener Evidenz und klinischer Tätigkeit, ein klinisches Spezialgebiet, das auf die Primärversorgung ausgerichtet ist; sie ist eine eigene berufliche Entität, die mehr ist als die Summe (\sum) der von ihr praktizierten Leistungen aus den medizinischen Spezialbereichen; sie eignet sich als Dreh- und Angelpunkt des Gesundheitswesens.

Die Spezifität der Hausarztmedizin wird in sechs Gruppen von Wesensmerkmalen gegliedert. Mit diesen garantiert die Hausarztmedizin die Erfüllung ihrer komplexen Aufgabe in einem komplexen Umfeld, bei einer rasanten Entwicklung, in einer sich verändernden Demographie, bei wachsender Verunsicherung der Bevölkerung und zunehmenden Ansprüchen bei «endlosen» Möglichkeiten und schwindenden Ressourcen.

Primärversorgung

«Frau Doktor, ich habe Bauchschmerzen!» Die Hausarztmedizin ist die erste Anlaufstelle für alle Menschen mit allen Krankheiten zu jeder Zeit; 90% aller Krankheiten können von HausärztInnen behandelt werden. Wo eine weiterführende Behandlung im sekundären und tertiären Bereich nötig ist, nimmt die Hausarztmedizin eine koordinierende und kooperierende Funktion wahr, das Schnittstellenmanagement zwischen ambulant – Spital – ambulant. Damit hilft sie, Doppelspurigkeiten zu reduzieren.

Personenbezogene Betreuung

«Können Sie mir ihren Zustand näher beschreiben? Wie wirken sich die Schmerzen aus?» Eine personenbezogene Betreuung, die Kommunikation sowie eine langzeitige Arzt-Patienten-Beziehung stehen im Zentrum des Geschehens. Entscheide werden, soweit als möglich, partnerschaftlich getroffen.

Spezifische Problemlösungsfähigkeiten und umfassender Ansatz

«Noch nie hatte ich aus heiterem Himmel solche Schmerzen!» Oder vielleicht: «Die Schmerzen kommen und gehen, seit langem schon, ich kann sie nicht fassen!» Die PatientInnen kommen mit unselektionierten Krankheiten in allen Stadien zum Hausarzt, oft in sehr frühen Stadien, welche unter demselben klinischen Bild sowohl Ausdruck von harmlosen, selbst heilenden Zuständen oder erstes Anzeichen einer gefährlichen Krankheit sein können. Akute Leiden finden sich neben chronischen, besonders häufig sind polymorbide Zustände. Dies erfordert eine situationsbezogene Vorgehensweise mit dem ganzen Register vom beobachtenden Zuwarten bis zur notfallmässigen Sofortaktion. Prävention, Diagnose, Therapie und Palliation fliessen ineinander über. Der Umgang

mit der Unsicherheit stellt eine grosse Herausforderung dar.

Gesellschaftsausrichtung

«Sollte ich nicht in die Röhre?» Der Arzt und der Patient suchen nach der bestgeeigneten Lösung aus dem riesigen Topf der zunehmenden medizinischen Möglichkeiten. Dabei geht es um einen angemessenen Einsatz der Mittel – in Abwägung der individuellen Patientenbedürfnisse im Rahmen der begrenzten Ressourcen, die für alle reichen müssen.

Ganzheitlicher Ansatz

«Was bedeutet Ihnen Ihre jetzige Situation?» Denken und Handeln des Hausarztes folgen einem ganzheitlichen Ansatz; Stichworte sind: bio-psycho-soziale und patientenzentrierte Medizin sowie Medizin im Kontext.

Fazit

Die Hausarztmedizin ist ein lernbares Kunsthandwerk. Es muss das Ziel sein, dass junge HausärztInnen die oben kurz beschriebenen Wesensmerkmale bereits zu Beginn ihrer Praxistätigkeit kennen und beherrschen und diese nicht erst im Verlauf ihres hausärztlichen Berufslebens autodidaktisch erfahren und erlernen müssen. Dazu braucht es die Unterstützung der Politik, welche die Lehre in Hausarztmedizin während der Ausbildung an den Universitäten – Stichwort Lehrstuhl oder Institut für Hausarztmedizin – sowie während der Weiterbildung – Stichwort Praxisassistent – ideell und finanziell fördert. Der Grossrat des Kantons Bern hat kürzlich mit der Quasi-unisono-Annahme der Motion Heuberger ein wichtiges Zeichen gesetzt.

Folgerungen für die Fakultäre Instanz für Allgemeinmedizin (FIAM)

Die FIAM befasst sich schwergewichtig mit der *Ausbildung in Hausarztmedizin*. Sie ist Bindeglied zwischen der medizinischen Fakultät Bern sowie den Hausärztinnen und Hausärzten. Ihr Hauptauftrag ist die Förderung und Wahrung der hausärztlichen Seite der Medizin [11].

Hausarztmedizin ist kostengünstig. Hausärztinnen und Hausärzte sind in der Lage, die meisten Erkrankten in der Praxis zu

behandeln, zu betreuen oder zumindest zu begleiten. Aus ökonomischen Gründen – falls die Politik künftig volkswirtschaftliche Vollkostenrechnungen fokussiert – wird die Hausarztmedizin an Bedeutung zunehmen. Dies müsste sich in Zukunft auch bei der Ausbildung auswirken. Bei einem *Lehrstuhl der Interdisziplinarität* – wie Prof. H. Pauli ihn gefordert hat [12] – müsste eine solche interdisziplinäre Kompetenz vor allem der Ausbildung zugute kommen, in welcher sämtlichen künftigen Ärztinnen und Ärzten eine generalistische Basis vermittelt wird. Dieser Lehrstuhl wäre eine «Verbindung zwischen den medizinischen Welten» oder, prosaischer ausgedrückt, dieser Lehrstuhl wäre auch verantwortlich für das *Schnittstellenmanagement zwischen den medizinischen Disziplinen*. Dass diese Lehrstuhlinhaberin bzw. dieser Lehrstuhlinhaber eine Teilzeittätigkeit in Hausarztmedizin ausüben muss, wäre eine Voraussetzung.

Heute sehen die Schweizer MedizinstudentInnen zu selten einen Hausarzt. Das *Hausarztvorbild* fehlt ihnen deshalb weitgehend. Solche Vorbilder müssten vermehrt vermittelt werden. Parallel zur Spitalmedizin müsste den MedizinstudentInnen das *etwas andere Spektrum der Hausarztmedizin* aufgezeigt werden. Dabei würden den StudentInnen die epidemiologischen Unterschiede sichtbar, Stichworte dazu seien Frühstadien und Selbstheilung von Krankheiten. Zusätzlich zu den spitalmedizinischen Arbeitsinstrumenten wären auch die ergänzenden Arbeitsweisen der Primärversorgung erfahrbar, Stichworte dazu sind «watchful waiting», Langzeitbetreuung, Zeit als Therapeutikum.

Schliesslich werden die eingangs erwähnten *sozioökonomischen Rahmenbedingungen* immer wichtiger. Deren *Morbiditätsrelevanz* müsste lernbar gemacht werden.

Abschliessend möchte ich allen Anwesenden die *Zukunft Medizin Schweiz* der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften in Erinnerung rufen [13]. Die SAMW publizierte 2001 folgende *Richtlinien*:

Die Medizin sollte danach streben,

- redlich zu sein und das eigene Berufsethos zu pflegen;
- massvoll und vorsichtig zu sein;
- bezahlbar und langfristig finanzierbar zu sein;

- alle Menschen gleichwertig zu behandeln;
- die Selbstbestimmung und die Menschenwürde aller Betroffenen zu respektieren.

Literatur

- 1 Meer A, Simonin C, Trapp A, Niemann S, Abel T. Einfluss der medizinischen computerassistierten Telefontriage auf das Patientenverhalten: Erste Erfahrungen in der Schweiz. *Schweiz Ärztezeitung* 2003;84:2160–5.
- 2 Health at a Glance – OECD Indicators 2003. OECD, Paris, 3.10.2003.
- 3 Höflinger F, Stuckelberger A. Demografische Alterung und individuelles Altern: Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm Alter. Zürich: Seismo 2000.
- 4 Autor aus Departement Psychiatrie der Freien Universität Berlin. Posttraumatic embitterment disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, August 2003.
- 5 Undritz N. WHO-Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser der Schweiz. *GPI-Mitteilungen* 2003;Nr. 3:2.
- 6 Diabetes Prevention Program. American Diabetes Association. 63. Jahrestagung, Juni 2003.
- 7 Goehring C, Bovier P, Bouvier M, Künzi B. Die Schweizer Grundversorger sind (noch) glücklich ... *PrimaryCare* 2003;3:569.
- 8 Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy Doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002;324:835–8.
- 9 Gurtner B. Deprofessionalisierung. *Schweiz Ärztezeitung* 2003;84:1809.
- 10 European Definition of General Practice / Family Medicine 2002. Deutsch auf www.sgam.ch, Französisch auf www.ssmg.ch.
- 11 FIAM Informationsdossier, Januar 2003.
- 12 Pauli HG. Allgemeinmedizin: noch keine oder schon mehr als eine «Disziplin»? *PrimaryCare* 2003;3:801–3.
- 13 Stauffacher W, Bircher J. *Zukunft Medizin Schweiz*. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG; 2002.