

Michael Deppeler

Krise und Wandel in der Hausarztmedizin

Bericht vom 10. Lehrärztetag für Hausarztmedizin am Inselspital Bern

«Wenn du das Leben begreifen willst, glaube nicht, was man sagt und was man schreibt, sondern beobachte selbst und denke nach.» (Anton Tschechov)

Ziehen in der Krise alle am selben Strick?

In einem eindrücklichen und umfassenden Vortrag zeigte Prof. Martin Täuber, Dekan der Berner Fakultät, dass er über gute Kenntnisse unserer Problematik verfügt. Er unterstützt die Hausarztmedizin immer wieder mit Rat und Tat, obwohl er mehreren Dienern Herr ist. Nicht nur in der Lehre, sondern auch in der Forschung konnte er einiges in Bewegung bringen. Er ist ein wichtiger Baumeister des Fundaments eines zukünftigen Instituts für Hausarztmedizin an der Universität Bern.

Die Zahl der in der Schweiz ausgebildeten ÄrztInnen ist zur Erhaltung des Status quo ungenügend. Dies gilt nicht nur für die Hausarztmedizin, sondern auch – wenn auch in geringerem Mass – für SpitalärztInnen und SpezialistInnen. Gründe dafür sind:

- der hohe Ausländeranteil,
- die Feminisierung,
- der Zulassungsstopp.

Gewisse Charakteristika der Grundversorgung wie ...

- Nähe und persönliche Kontakte zur ganzen Familie,
- breites Aufgabenfeld,
- Langzeitbetreuung,
- ungefilterter Zugang,
- Koordination und Integration des spezialisierten Angebots,
- Bedürfnisse der Gemeinschaft und der Bevölkerung,
- präventive und kostengünstige Medizin

... führen direkt zu den strukturellen Problemen, die erklären, warum der Nachwuchs weiterhin das Problem ist und wohl bleiben wird:

- Einzelpraxen, Isolation, Arbeit im Team (für die Jungen) attraktiver,
- lange Arbeitszeiten, wenig Freizeit, alleinige Verantwortung,
- steigende Ansprüche der Patienten («wellness», «happyness»), auch durch die zunehmende Medikalisierung bedingt,
- die oftmals schwierige fakultäre Einbindung,
- steigende Anforderungen an das Fachwissen,
- das finanzielle Risiko, mässige Bezahlung (der TARMED hat nicht das gebracht, was sich die HausärztInnen erhofft hatten),

- Konkurrenz durch andere Anbieter,
- Notfalldienst, Präsenz und grosse Einzugsgebiete,
- steigender administrativer Aufwand.

Viele der aufgeführten Punkte sind spätestens seit der Hausärztedemo von 2006 bekannt. Trotzdem war es eindrücklich, die Problematik in ihrer ganzen Komplexität nochmals vorgestellt zu erhalten.

Der Dekan nahm sich die Mühe, nicht nur bei der Problemlösung zu bleiben, sondern auch einige Lösungsansätze aufzuzeigen. Es bleibt viel zu tun. Grosse Ressourcen auf verschiedenen Ebenen sind notwendig, wenn das Steuer wirklich herumgerissen werden soll. Doch stellt sich manchmal die Frage, ob wirklich alle, die dies öffentlich immer wieder betonen, eine starke Hausarztmedizin wollen. Im Verteilungskampf der freien Wirtschaft muss irgend jemand etwas abgeben, wenn Reserven für die Grundversorgung zur Verfügung gestellt werden sollen. Immer mehr wird klar, dass – neben politischem Druck und der Koordination der verschiedenen Gesellschaften und Verbände – auch vermehrt individuelle Lösungen und Vorstösse notwendig werden.

Immer mehr wird klar, dass – neben politischem Druck und der Koordination der verschiedenen Gesellschaften und Verbände – auch vermehrt individuelle Lösungen und Vorstösse notwendig werden.

Netze halten besser ...

Lösungsansätze zum Wandel des Berufsbildes

- Einzelpraxis als «Auslaufmodell», Entwicklung neuer Modelle (Gruppenpraxen, Netzwerke).
- Neue Berufsbilder und Schwerpunkte suchen (z.B. «Gesundheitsmanager»).
- Multidisziplinäre Ansätze, Integration von verschiedenen Berufsgruppen in Netzwerkmodelle (ÄrztInnen, Pflege, SPITEX, nurse practioners, Physiotherapie usw.).
- Nebeneinander verschiedener Modelle.
- Bezahlung verbessern (auch TARMED-unabhängige Leistungen anbieten?).
- Neuorganisation des Notfalldienstes:
 1. Grössere Rayons und Zusammenarbeit mit regionalen Spitälern.
 2. Triage über eine einzige Notfallnummer.

3. Bessere Abgeltung und bessere Aus- und Weiterbildung in Notfallmedizin.
- Integration der Praxiserfahrung ins Studium, Integration der Hausarztmedizin im «Berner Modell»:
 1. Erhöhung der Studienplätze.
 2. Die Studenten müssen vermehrt mit positiven Praxiserfahrungen konfrontiert werden.
- Schaffung eines Institutes für Hausarztmedizin:
 1. Breite, politische Forderung.
 2. Wichtigkeit der fakultären Grundversorgung ist unbestritten (in Bern seit mehr als 20 Jahren).
 3. Relevante Forschungserfahrung. Diese wird in Bern durch das «advisory research board» nun auch fakultär breit gefördert.
 4. Weiterführen der Praxistätigkeit durch die Institutsleiter.
- Optimierung der Weiterbildung:
 1. Restrukturierung und Straffung der Curricula.
 2. Zielgerichteter Fächerkatalog.
 3. Regionale und überregionale Netzwerke.
 4. Praxisassistenten als obligatorischer Teil der Weiterbildung mit entsprechenden Finanzierungsmodellen durch den Kanton.
 5. Initiative, um die gesamte Weiterbildung in der Schweiz zu überdenken (FMH, Fakultäten, BAG, Spitäler, Kostenträger).

Auch die Lehre wird ein Netz – praxisnahe Lehre durch «cognitive apprenticeship»

Die Forschung zeigt [1], dass nicht nur die Anzahl der Patientenbegegnungen, respektive die Zeitdauer eines Praktikums über die Kompetenz entscheiden, sondern vor allem auch die Qualität der Supervision und des Teachings. Gerade hier will ja das praxisnahe Teaching, das Einzeltutoriat (wie es Basel und nun auch Bern betreiben) einen grossen Beitrag leisten. Dazu brauchen wir LehrärztInnen ein zeitgerechtes Teaching. LehrärztInnen sollen nicht «nur» Fachleute sein, sondern ihre Funktion als Vorbilder, BegleiterInnen und Identifikationsfiguren während des gesamten Studiums wahrnehmen.

Der Ansatz des «cognitive apprenticeship» [3] ist dabei hervorragend geeignet, um die Lehrärzte vor Ort methodisch zu unterstützen. Dabei geht es darum, die Studierenden über authentische und praxisrelevante Aktivitäten sowie natürliche soziale Interaktion in unsere Expertenkultur einzuführen.

Das «cognitive apprenticeship» ist ein Methodenarrangement mit einem ganzheitlichen Ansatz, dessen Ziel es ist, die Lernenden bei der Lösung von Aufgaben zum Mitdenken und selbständigem Handeln zu bewegen und dabei ihre Leistungs- und Vorstellungsvermögen zu fördern.

Nach einer kurzen Einführung durften wir unter der fachkundigen Leitung von Herrn Dr. phil. Helmut Ertel von der Koordinationsstelle für Weiterbildung der Universität Bern konkrete Praxisfälle entsprechend dem Ansatz didaktisch aufarbeiten, um so die Lehrtätigkeit planen und entwickeln zu können.

«In diesem Verständnis dreht sich Lehre um reale oder realitätsnahe Aufgaben und Problemstellungen. Diese werden angeleitet bearbeitet und schrittweise komplexer gestaltet. Indem immer wieder neue Kontexte in das Lerngeschehen einbezogen werden, erwerben die Lernenden die Fähigkeit das erworbene Wissen flexibel anzuwenden.» [2]

Mit vielen Halteseilen: Methodeabfolge des Ansatzes

Die von der Hochschuldidaktik der Universität Bern weiterentwickelte Methodenabfolge macht deren Nutzung in allen Bereichen der Lehre und Ausbildung möglich:

1. *Modelling (Modellieren)*: Die Lehrenden erklären Inhalte und/oder machen etwas vor, wobei sie genau erklären, was sie im einzelnen tun (und denken). Internal ablaufende kognitive Prozesse werden so für Lernende beobachtbar; sie sind begründet. Dabei knüpfen sie an Bekanntes an, wiederholen Inhalte/Tätigkeiten und betten diese in den Gesamtzusammenhang ein. Ziele:
 - Aufmerksamkeit erzeugen, Interesse wecken,
 - Ziele, Zweck, Verlauf und Bedingungen formulieren,
 - Wiederholen bereits bekannter bzw. gelernter Inhalte,
 - Präsentation neuer bzw. modifizierter Inhalte.
2. *Coaching (Unterstützen)*: Die Lernenden befassen sich selber mit den Inhalten, Aufgaben und Problemen und werden durch den Lehrenden betreut:
 - Lernhilfen geben.
- 3.a) *Scaffolding (Hilfestellung)*: Kommen die Lernenden nicht alleine weiter, geben die Experten Hinweise und Tipps zur Bearbeitung eines Problems.
- 3.b) *Fading (Zurücknahme/Ausblenden)*: die Lernenden werden immer handlungssicherer und selbständiger. Die Lehrenden nehmen ihre Aktivitäten zurück.
 - Lösungen erarbeiten.
- 4.a) *Articulation (Dialog und Kommunikation)*: Die Lernenden werden immer wieder aufgefordert, Denkprozesse und Lösungsstrategien zu artikulieren.
- 4.b) *Reflection (Reflexion)*: Aufforderung mit anderen Lernenden und Lehrenden zu diskutieren und das Lernen zu reflektieren. Wichtig ist hier der Vergleich mit anderen Lernenden und Experten (Feedback). Dadurch werden Denk- und Lernkonzepte erworben, die zwar abstrakt sind, aber sich dennoch auf die konkreten Inhalte beziehen und so leichter adaptiert werden können.
 - Feedback geben,
 - Unterstützen und begleiten.
5. *Exploration (Erkundung und Transfer)*: Die Lernenden werden schliesslich dazu angeregt, selbständig und individuell Themen zu bearbeiten, Fälle zu lösen, Projekte zum Abschluss zu bringen – also Patienten selber zu betreuen.
 - Nachhaltigkeit fördern und Anwendung (Transfer) ermöglichen.

Anhand der Praxisbeispiele war es gar nicht so schwierig, die Studierenden in eine der Phasen einzuteilen und konkrete Lernsituation zu planen.

Dazu die Leitlinien für problemorientiertes Lehren und Lernen [3]:

1. Situationsbezogen und anhand authentischer Probleme und Aufgaben lehren und lernen (aktuelle Fälle, Projektaufgaben, Simulationen).
2. In unterschiedlichen Kontexten lehren und lernen (einfache, komplexe Fälle).
3. Den Lernenden ermöglichen, während des Lernens unterschiedliche Perspektiven einzunehmen (Handelnder, Beobachter, Feedback, Diskussion).
4. Den Lernenden ermöglichen, mit anderen Studierenden in sozialen Kontexten zu lernen (Gruppenarbeit, Diskussion).
5. Den Lernenden und den Lernprozess anleiten, steuern und unterstützen (Vorabinformation, Ziele festlegen, Inhalte bearbeiten, strukturieren, Feedback).

... und alles miteinander verbinden, verknüpfen und verankern – that's our job!

So wird das Lernen als fortschreitender, individueller Informationsverarbeitungsprozess verstanden [4]. Lernen kann also nur im Lernenden selbst geschehen. Den Lehrenden kommt im Bereich der absichtsvollen und zielorientierten Lehre an der Uni und in der Praxis eine wichtige Rolle zu: Sie sind verantwortlich für die Steuerung (schon wieder eine Managementaufgabe!) und Gestaltung des Lernprozesses. Lehren meint in diesem Sinn das Arrangement von externalen Ereignissen zur Unterstützung internaler Prozesse [5].

Das tönt alles etwas kompliziert, ist es in der Praxis aber gar nicht. Vieles haben wir aus Erfahrung so gemacht, nun hat es eine Struktur und eine Methodik erhalten, für die ich sehr dankbar bin. Es geht nun ab Herbst für viele von uns darum, dieses Modell (oder

andere) an die Sprechstunde und an die Studierenden anzupassen (nicht umgekehrt). Dabei wünsche ich Ihnen und mir viel Spass und Erfolg!

«Es mag sein, dass ich meine Ziele nie erreichen werde, aber ich kann sie schauen, mich an ihnen erfreuen und sehen, wohin sie mich leiten.»
(Louisa May Alcott)

PS: Wenn ich es mir recht überlege, dann kann dies auch auf die Zusammenarbeit und die Lernprozesse mit den PatientInnen angewendet werden.

Literatur

- 1 Wimmers PF, Schmidt HG, Splinter TAW. Influence of clerkship experiences on clinical competence. *Med Educ.* 2006;40(5):450–8.
- 2 Schmidt B, Tippelt R. Aktivierendes Lehren – Problemorientiertes Lernen: Herausforderungen für Hochschule und Beratung. In: ZBS 1/2007.
- 3 Reinmann-Rothmeier G, Mandl H. Unterrichten und Lernumgebungen gestalten. In: Krapp A, Weidenmann B (Hrsg.). *Pädagogische Psychologie.* Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz; 2006.
- 4 Kaiser R, Kaiser A. Denken trainieren – Lernen optimieren. *Metakognition als Schlüsselkompetenz.* Augsburg: Ziel; 2006.
- 5 Gagné RM, Wager WR, Golas CK, Keller JM. *Principles of Instructional Design.* Fort Worth: Harcourt Brace Javanovich; 1992.

Dr. med. Michael Deppeler
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Kirchlindachstrasse 7
3052 Zollikofen
m.deppeler@hin.ch

CASE MANAGEMENT IN THE UK NOT EFFECTIVE

“Case management of frail elderly people introduced an additional range of services into primary care without an associated reduction in hospital admissions. Employment of community matrons is now a key feature of case management policy in the NHS in England. Without more radical system redesign this policy is unlikely to reduce hospital admissions.

Non significant trends were actually against the intervention. This shows a need to robust assessment of new care models.”

Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S, et al. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ.* 2007;334(1):31.

www.globalfamilydoctor.com/search/GFDSearch.asp?itemNum=6273.

Journal Alerts from Global Family Doctor – Wonca Online: www.globalfamilydoctor.com.

BK