

Peter Tschudi, Vorsteher Institut für Hausarztmedizin Universität Basel

Thomas Rosemann, Institutsdirektor Institut für Hausarztmedizin Universität Zürich

Die Zukunft der Hausarztmedizin!

Wie finden wir den Nachwuchs? Womit können wir junge Ärztinnen und Ärzte für das Weiterbildungsziel «Hausärztin» motivieren?

Einleitung

1. Die erste Grundvoraussetzung ist, ein klares Bild eines Hausarztes zu formulieren, vorzuleben und in der Öffentlichkeit darzustellen.
2. Bedarfsanalysen wurden erstellt. Der Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten ist mehr als gegeben. Es ist unbestritten, dass wir mehr, viel mehr bestens qualifizierte Hausärzte benötigen!
3. Die Attraktivität des Berufsbildes muss sich in einer gut strukturierten und qualitativ hochstehende Weiterbildung widerspiegeln.

Nehmen wir als Beispiel den Traumberuf des Piloten: Das Berufsziel ist attraktiv und prestigeträchtig, der Weg zum Piloten beschwerlich, lang und teuer, doch dies stört die Pilotenanwärter nicht und die Fluggesellschaften kennen keinerlei Nachwuchsprobleme. Piloten gibt es zu viele, ganz im Gegensatz zu Hausärzten.

Und so muss auch der Berufsweg zum «Piloten» in der Grundversorgung unseres Gesundheitssystems attraktiv, klar strukturiert und genau definiert und vorgegeben sein!

Was heisst das nun konkret auf den Beruf des «Hausarztes» übertragen? Den Hausärzten fehlt nicht nur das attraktive Berufsbild! Die jetzige Situation mit drei Grundversorgertiteln: «FMH Allgemeinmedizin», «FMH Allgemeine Innere Medizin» und «Praktischer Arzt» und damit drei verschiedenen Weiterbildungswegen zum Hausarzt ist höchst unbefriedigend, ineffizient und überholt.

Das Ziel muss also sein: Ein eidgenössischer Facharztstitel für den Hausarzt und die Hausärztin der Zukunft. Wie er lautet, ist nicht entscheidend. Aber, ob der Spagat vom «Hausarzt» zum «Spitalinternisten» gelingen wird ...?

Entscheidend ist sicher die Unterteilung in zwei Schwerpunkte «Hausarzt» und «Spitalinternist». Dazu kommt ein «Label Praxismanagement» für zertifizierte Hausarztpraxen, u.a. als Qualitätszeichen und auch als Bedingung zur Abrechnung mit den Sozialversicherungen. Die Schwerpunkte müssen innerhalb der Facharztausbildung in 5 Jahren absolviert werden können, können aber auch nachträglich noch erlangt werden. Labor, Röntgen, Ultraschall, Notfallarzt, Praxismanagement usw. müssen integraler Bestandteil der Facharztausbildung werden. Mit einem solchen möglicherweise einheitlichen Titel und den zwei verschiedenen Schienen oder Tracks «Hausarzt» oder «Spitalinternist» erreichen wir im Wesentlichen zwei wichtige Ziele:

1. Eine Karriereplanung ist möglich, ohne dass die Freiheit eingeschränkt wird.
2. Die Durchlässigkeit der Weiterbildungsgänge wird gefördert, zum Beispiel durch Weiterbildungs-Module.

Damit endet der Weg zum Hausarzt bzw. Allgemeininternisten nicht mehr in einer Sackgasse. Eine gut strukturierte und qualitativ hochstehende Weiterbildung macht das Berufsbild «Hausarzt» für den Nachwuchs wieder attraktiv und transparent. Dies gilt auch für den Spitalinternisten. Weiter wird damit erreicht, dass die akademischen Karrieremöglichkeiten (Lehre und Forschung) in der Haus-

arztmedizin sich öffnen und möglich werden.

Berufszielstudien

Das Institut für Hausarztmedizin Basel führt seit 2002 jährlich Befragungen bei den Studierenden des 1. bis 6. Jahreskurses durch. Im Studienjahr 2006/2007 haben wir die Studierenden gefragt: «Welches sind die 5 wichtigsten Massnahmen, damit sich zukünftig viele junge ÄrztInnen für das Berufsziel «Hausarzt» entscheiden?»

Die Antworten waren (n = 462):

1. gute universitäre Integration der Hausarztmedizin im Studium und Förderung der Weiterbildung zum Hausarzt mit Top-Weiterbildungsstellen
2. höheres Einkommen
3. geringere zeitliche Belastung
4. Förderung von Gruppenpraxen
5. Ermöglichen von Teilzeitarbeit

In unseren Befragungen wird von den Studierenden unmissverständlich der Wunsch nach einer klaren auf die zukünftigen Bedürfnisse in der Hausarztpraxis ausgerichteten Weiterbildung ausgesprochen.

Was erwartet die Schweizer Bevölkerung vom Hausarzt?

Die Epidemiologie der Hausarztpraxis

Warum ist die Kenntnis der epidemiologischen Daten so wichtig? Die Kenntnis des eigenen Diagnosespektrums erlaubt, Aus-, Weiter- und Fortbildung schwerpunktgerecht zu planen und zum Beispiel «kleine» Chirurgie und Affektionen des Bewegungsapparates adäquat in der Lehre und Weiterbildung zum Hausarzt zu berücksichtigen.

Städtische Hausarztpraxis in Basel (Tabelle 1)

In der Hausarztpraxis berichten die Patienten häufig über mehrere Probleme während einer Konsultation. Eine Analyse in einer Hausarztpraxis in Basel-Stadt (500 fortlaufende Erst- und Folgekonsultationen, 2002) ergab folgende Resultate: Nur in 173, also nur in einem Drittel (34%) aller Konsultationen war ein einziges Problem zu lösen. Zwei Probleme wurden in 141 (28%) Konsultationen vorgetragen. Drei

Probleme pro Patient und Konsultation wurden in 118 (24%) Sprechstunden notiert und in jeder 7. Konsultation (14%) 4 und mehr Probleme angesprochen.

Die meisten Konsultationsgründe der zuerst angesprochenen Beschwerden betrafen den Bewegungsapparat mit 67 Beschwerden, gefolgt von der Traumatologie, Herz-Kreislauf- und den psychischen Problemen. Unter «Diverses» fanden sich 45 Probleme quer durch alle Fächer.

Als 2. Problem und als weitere Konsultationsgründe wurden zusätzlich 612 Probleme von den Patienten vorgetragen. An 1. Stelle in dieser Kolonne finden sich die Herz-Kreislaufprobleme, gefolgt von psychischen Schwierigkeiten, dem Topf Diverses und des Bewegungsapparates.

Eine gut strukturierte und qualitativ hochstehende Weiterbildung macht das Berufsbild «Hausarzt» für den Nachwuchs wieder attraktiv und transparent.

Tabelle 1

1112 Probleme anlässlich von 500 Konsultationen.

	Als 1. Problem	Als weiteres Problem	Total
Bewegungsapparat	67	43	110
Traumatologie, OP	61	12 = 2.0	73
Herz/Kreislauf	59	153	212
Psychiatrie	59	137	196
Diverses	45	64	109
Gastroenterologie	36	25	61
Pneumologie	36	12	48
Dermatologie	35	25	60
HNO	24	9	33
Neurologie	20	17	37
Endokrinologie	19	80	99
Urogenital	16	12	28
Pädiatrie	9	3	12
Gynäkologie	6	13	19
Hämatologie	6	4	10
Ophthalmologie	2	3	5
Total	500	612	1112

Gesamthaft wurden anlässlich dieser 500 Konsultationen 1112 Probleme in allen erdenklichen Kombinationen abgeklärt, besprochen und behandelt. Am häufigsten kamen sie aus dem Bereich Herz-Kreislauf, gefolgt von den psychischen Problemen und Problemen des Bewegungsapparates.

FIRE-Projekt der Arbeitsgruppe SGAM.Informatics und Multimorbidität (Tabelle 2)

Seit dem 1.1.09 codieren KollegInnen die hausärztlichen Konsultationen nach ICPC-2. Inzwischen konnten von 16 HausärztInnen insgesamt Daten von über 100 000 Konsultationen mit 120 000 ICPC-2-Codes von 25 000 verschiedenen Patienten erfasst werden. Ein Auszug aus den Daten dieses FIRE-Projektes zeigt, wie viele Probleme pro Konsultation behandelt werden.

Tabelle 2

Anzahl Probleme pro Konsultation.

Anzahl Konsultation	Anzahl Probleme	%
37767	1	59,5%
14681	2	23,1%
6538	3	10,3%
2740	4	4,3%
1046	5	1,6%
388	6	0,6%
340	>6	0,5%

Epidemiologische Daten aus der Schweiz¹

Werden alle Behandlungen eines Jahres in ambulanten Arztpraxen nach Indikationsbereichen aufgeteilt, so ergibt sich folgende Verteilung (Tabelle 3).

¹ IMS Health GmbH, CH-6052 Hergiswil, 1997

² Dissertation Daniel Ryser, IHAMB 2006

Betrachten wir die Epidemiologie nur der Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater, so zeigt sich folgende Hitliste der ersten 50 Diagnosen (Tabelle 4).

Diagnosespektrum auf der chirurgischen und medizinischen Notfallstation des Universitätsspitals Basel²

Das Ziel dieser Studie war, das aktuelle Diagnosespektrum der chirurgischen und medizinischen Notfallstation des Unispitals Basel zu

Tabelle 3

Alle Behandlungen eines Jahres (total Krankheitsfälle Schweiz Juli 1996 bis Juni 1997: 71 312 800) in ambulanten Arztpraxen nach Indikationsbereichen.

ICD-Diagnosenkomplexe

1. Sonderuntersuchungen	15,7%
2. Krankheiten des Kreislaufsystems	12,5%
3. Krankheiten von Skelett, Muskeln und Bindegewebe	11,5%
4. Krankheiten der Atmungsorgane	9,2%
5. Psychiatrische Krankheiten	9,2%
6. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	8%
7. Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	6%
8. Endokrinopathien, Ernährungs-/Stoffwechselkrankheiten, Störungen im Immunsystem	4,7%
9. Verletzungen und Vergiftungen	4,7%
10. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	4,3%
11. Krankheiten der Verdauungsorgane	4,2%
12. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	3,7%
13. Infektiöse und parasitäre Krankheiten	2,9%
14. Neubildungen	2%
15. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	0,7%
16. Komplikationen Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett	0,3%
17. Kongenitale Anomalien	0,2%

Tabelle 4

Die Hitliste der ersten 50 Diagnosen der Allgemeinpraktiker, Internisten und Pädiater (Periode 1.4.1996–31.3.1997, total Krankheitsfälle: 54 042 600).

Hypertonie	Viruskrankheiten	Mandelentzündung akut
Nachuntersuchung Affektionen Rücken	Herzrhythmusstörungen	Rhinopharyngitis akut
Diabetes mellitus	Säuglings-/Untersuchung Kind	Krankheiten Harnröhre, Harnwege
Herzkrankheiten	Gastroenteritis/Kolitis	Affektionen äusseres Ohr
Allgemeine Symptome	Affektionen der Weichteile	Symptome Kopf/Hals
Osteo-Arthrosen	Funktionelle Verdauungsstörungen	Psychosen affektiv
Depressive Zustandsbilder	Otitis media	Viren/Chlamydien-Krankheiten
Asthma	Beobachten eines Verdachtsfalles	Gastritis/Duodenitis
Grippe	Ekzem,	Gelenkaffektionen
Tendopathien peripher	Kontaktdermatitis	Krankheiten Speiseröhre
Bronchitis	Affektionen Knochen/Knorpel	Funktionelle Störung psychischen Ursprungs
Neurosen	Infektion akut obere Luftwege	Alkoholabhängigkeit
Allgemeine Untersuchung	Fettsucht, Ernährungsproblem	Prellungen/Verstauchungen
Lipidstoffwechselstörung	Symptome Abdomen/Becken	Verschlechterung chronische Atemwegserkrankungen
Symptome Atmungsorgane/Brustkorb	Nasennebenhöhlenentzündung akut	Herzkrankheit hypertensiv
Kombinationsimpfungen	Chronische Bronchitis	
Herzinsuffizienz	Allergische Rhinitis	
Affektionen zervikaler Bereich		
Impfungen einzelne		

beschreiben. 1059 konsekutiv chirurgische (n = 621) und medizinische (n = 438) Patienten der Notfallstation des Universitätsspital Basel wurden erfasst, ausgewertet und mit früher erhobenen Daten der Notfallstation einerseits und mit dem Diagnosespektrum einer Hausarztpraxis (n = 500) andererseits verglichen (Tab. 5 und 6).

Die meisten Patienten wurden auf der interdisziplinären Notfallstation des USB wegen Problemen im Bereich des Bewegungsapparates (32%) behandelt, gefolgt von Problemen des Bereiches der Traumatologie (13%), unspezifischen Symptomen (12%) und dem Bereich der Gastroenterologie (9%). Die meisten Patienten suchten

Tabelle 5

Die 10 häufigsten Diagnosen verschiedener Stationen der Notfallstation am Universitätsspital Basel.

Alle Stationen

1. Wunden; RQW, Schnittwunden
2. Bewegungsapparat: Kontusion, Distorsion untere Extremität
3. Abszesse, Infektionen der Haut und Unterhaut
4. Bewegungsapparat: Kontusion Kopf, Sternum
5. Bewegungsapparat: Rückenschmerz, Lumbago
6. Bewegungsapparat: Muskuläres Problem
7. Bewegungsapparat: Andere
8. Bewegungsapparat: Frakturen obere Extremität und Schulter
9. Bewegungsapparat: Frakturen untere Extremität und Becken
10. Bewegungsapparat: Kontusion, Distorsion obere Extremität

Medizinische stationäre Notfallstation

1. Kardiologie: akute ischämische Herzkrankheit
2. Pneumologie; obstruktive Lungenkrankheit
3. Neurologie; CVI, intrakranielle Blutung
4. Allg.: Intoxikation
5. Allg.: Schwäche, Schwindel, Synkope
6. Psych. Probleme
7. Pneumologie: Pneumonie
8. Kardiologie: Herzinsuffizienz
9. Neurologie: Migräne, Kopfschmerz
10. Gallenwegs- und Lebererkrankungen

Medizinische ambulante Permanence

1. Bewegungsapparat, muskuläres Problem
2. Gastro: Gastroenteritis, Diarrhoe
3. Allg: Grippe, Fieber, Sepsis
4. Gastro: Gastritis, Ulkus, GI-Blutungen
5. Pneumologie: Obere Luftwege
6. Allg.: Schwäche, Schwindel, Synkope
7. Allg.: Andere
8. Gastro: unklares Abdomen
9. Kardiologie: hypertensive Herzkrankheit
10. Allg.: Intoxikation

Chirurgische stationäre Notfallstation

1. Bewegungsapparat: Frakturen untere Extremität und Becken
2. Neurologie: Commotio cerebri
3. Polytrauma, SHT
4. Abszesse, Infektionen der Haut und Unterhaut
5. Bewegungsapparat: sonstige Frakturen (Rippen, Nase)
6. Bewegungsapparat: Frakturen obere Extremität und Schulter
7. Bewegungsapparat: andere
8. Neurologie; VI, intrakranielle Blutung
9. Gastroenterologie: Ileus
10. Wunden; RQW, Schnittwunden

Chirurgische ambulante Notfallstation

1. Wunden; RQW, Schnittwunden
2. Bewegungsapparat: Kontusion, Distorsion untere Extremität
3. Bewegungsapparat: Kontusion Kopf, Stamm
4. Bewegungsapparat: Kontusion, Distorsion obere Extremität
5. Bewegungsapparat: Frakturen obere Extremität und Schulter
6. Bewegungsapparat: andere
7. Bewegungsapparat: Rückenschmerz, Lumbago
8. Abszesse, Infektionen der Haut und Unterhaut
9. Bewegungsapparat, muskuläres Problem
10. Urologie: HWI

Die 12 häufigsten erstgenannten Konsultationsgründe in der Hausarztpraxis

1. Hypertonie
2. viraler Infekt, HIV etc.
3. Lumbago. Lumboischialgie
4. chronisches Schmerzsyndrom
5. Psychosen
6. Check-up, Aufnahmeuntersuchung
7. Diabetes mellitus Typ 2
8. akuter/rezidivierender HWI
9. Asthma bronchiale
10. Reiseberatung, Impfung
11. koronare Herzkrankheit
12. Pneumonie

Tabelle 6

Vergleich der Konsultationsgründe einer Notfallstation mit einer hausärztlichen Praxis.

Chirurgische und medizinische Notfallstation (n = 1059)		Hausarztpraxis, erstgenanntes Problem (n = 500)	
Bewegungsapparat	32%	Bewegungsapparat	13%
Traumatologie	13%	Traumatologie	12%
Unspezifische Symptome	12%	Kardiovaskulär	12%
Gastroenterologie	9%	Psychosomatisch	12%
Neurologie	7%	Diverses: Check-up, Reiseberatung/ Impfungen, viraler Infekt usw.	9%
Kardiovaskulär	6%	Gastroenterologie	7%

ihren Hausarzt ebenfalls wegen Problemen im Bereich des Bewegungsapparates (13%) auf, also gleich wie auf der Notfallstation. Im Unterschied zur Notfallstation waren hingegen die erstgenannten kardiovaskulären und psychosomatischen Probleme gleich häufig wie die Traumatologie (1%).

Die häufigsten Schlussdiagnosen auf der Notfallstation waren für *chirurgische* Patienten Rissquetsch- und Schnittwunden (7,3%), Kontusion/Distorsion untere Extremität (5,9%) und Kontusion Kopf/Stamm (3,5%) und für *medizinische* Patienten akut ischämische Herzkrankheit (2,8%), Schwäche, Schwindel, Synkope (1,9%) und obstruktive Lungenkrankheit (2,0%).

In der Hausarztpraxis betrafen die häufigsten erstgenannten Probleme den Bewegungsapparat, die Traumatologie und das Herzkreislaufsystem.

Tabelle 7

Leistungsangebot der Schweizer Hausärzte 2005.³

	Hausarzt mit FMH Allgemeine Medizin	Hausarzt mit FMH Innere Medizin
Gynäkologische Untersuchung	57,1%	19,3%
Betreuung/Untersuchung Kinder	87,2%	52,9%
Härtende Verbände	71,0%	38,1%
Wundversorgung, Naht	94,0%	77,8%
Versorgung von Frakturen	63,7%	31,6%
Röntgen	80,4%	75,5%
Ultraschall	26,9%	37,1%
EKG	96,6%	99,2%
Ergometrie	21,1%	50,6%
Spirometrie	79,4%	82,9%
Labor	95,8%	96,5%

Das Diagnosespektrum der Notfallstation ist breit, relativ stabil und unterscheidet sich nur gering vom Problemspektrum einer Hausarztpraxis! Das Spektrum ähnelt dem anderer grosser Notfallstationen, mit häufigkeitsmässig starker Dominanz der (klein-) chirurgischen Probleme. Das medizinische Diagnosespektrum auf der NFS hat sich in den letzten 10 Jahren nicht stark verändert, am ehesten noch bei der Herzinsuffizienz. Die Herzinsuffizienz wird immer wieder als stark zunehmend, als neue Epidemie und grosses zukünftiges Gesundheitsproblem beschrieben. Doch überraschenderweise wurde die Herzinsuffizienz auf der NFS anteilmässig seltener diagnostiziert als noch vor 10 Jahren (verbesserte Diagnostik in der Praxis?).

Können die aktuell tätigen Hausärzte die Erwartungen der Bevölkerung an die Grundversorgung erfüllen?

Workforce-Studie Schweiz 2005

Ziel der «Workforce-Umfrage» 2005 war, fundierte Daten über die Grundversorgung zu erheben und die Versorgungssituation durch HausärztInnen zuverlässig zu dokumentieren. «Workforce» bildet die aktuellen Arbeitsgewohnheiten, Pläne, Motivation und Arbeitszeiten der heute aktiven HausärztInnen ab.

Wir verschickten den «Workforce»-Fragebogen einer repräsentativen Stichprobe von 2837 Grundversorgern: FMH Allgemeine Medizin 1642 (58%), FMH Innere Medizin 864 (30%), FMP Praktischer Arzt 81 (3%), anderer FMH-Titel 250 (9%). Der Rücklauf betrug 1905 (67,1%), auswertbar waren 1780 Fragebogen. Es antworteten 1475 (83%) Männer und 305 (17%) Frauen. Die Aufteilung nach Facharztgruppen ergab FMH Allgemeine Medizin: 1154 (64,8%); FMH Innere Medizin: 529 (29,7%); kein/anderer FMH-Titel: 65 (3,7%); keine Angaben: 32 (1,8%).

Aus dieser Erhebung lassen sich unter anderem die folgenden Schlüsse ziehen:

Die FachärztInnen für Allgemeine Medizin leisten rund einen Drittel mehr Notfalldienst als die KollegInnen der Inneren Medizin.

Die Kriterien eines/r «kompletten» und vielseitig tätigen Hausarztes/ärztin (Punkte a,b,c,d,e,h,k,m,n, n = 1683) erfüllen 31,5% der HausärztInnen mit FMH Allgemeine Medizin und 12,1% mit FMH Innere Medizin. Wird der Ultraschall mit einbezogen, sind es 10,8% der HausärztInnen mit FMH Allgemeine Medizin und 5,5% mit FMH Innere Medizin.

³ Dissertation Jürg Giger, IHAMB 2008.

Die Weiterbildung zum Facharzt/ärztin Allgemeine Medizin FMH bringt die breiteren und kompletteren Voraussetzungen für die hausärztliche Praxistätigkeit.

Workforce-Studie Basel-Stadt und Basel-Landschaft 2005

Den gleichen Fragebogen haben wir sämtlichen HausärztInnen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt zugesandt⁴. Mit einer Rücklaufquote von 91,3% besteht eine sehr gute Aussagekraft.

Es ist unbestritten, dass die Angebote in einer Hausarztpraxis unterschiedlich sein können. Für die hausärztliche Notfallversorgung sind aber die Apparate und Fertigkeiten aus Tabelle 6 unerlässlich. Nur 12–48% der 2005 aktiven Hausärzte dieser 2 Kantone erfüllen diese Kriterien!

Tabelle 8

Hausärztliche Notfallversorgung BS und BL 2005.

	Stadt (n = 156–158)	Agglomeration (n = 110–114)	Land (n = 78–80)
Röntgen	54%	75%	87%
EKG	94%	95%	99%
Labor	95%	94%	100%
Wundversorgung	68%	85%	91%
Frakturen	20%	36%	55%
Härtende Verbände	23%	41%	62%
Alles zusammen	12%	25%	48%

Eine attraktive moderne Hausarztpraxis muss weiter über folgende Apparate verfügen, um die für die Grundversorgung wichtigsten Abklärungen und Behandlungen durchführen zu können – und somit auch attraktiv zu sein:

Tabelle 9

Internistisch apparatives Angebot Hausärzte BS und BL 2005.

	Stadt (n = 157–158)	Agglomeration (n = 111–114)	Land (n = 78–80)
Spirometrie	75%	75%	84%
Ultraschall	29%	23%	36%
Röntgen	54%	75%	87%
Ergometrie	31%	21%	23%
Alle 4 Apparate	11%	8%	11%

Auch hier haben nur 11% der 2005 aktiven Hausärzte aus diesen 2 Kantonen die für ihre Arbeit notwendigen Arbeitsinstrumente in den Praxen.

Nehmen wir nun einmal an, dass ein vollständiges schulmedizinisches hausärztliches Angebot sich zusammensetzt neben der Inneren Medizin und Chirurgie auch aus Gynäkologie, Pädiatrie, härtenden Verbänden, Wundversorgung, Frakturen, Röntgen, EKG, Spirometrie und Labor (ohne Ultraschall), so erfüllen nur noch 3–25% der befragten Hausärzte diese Bedingungen: Stadt 3%; Agglomeration 9%; Land 25%.

Und wird noch der Ultraschall zum Grundangebot dazu gezählt, der aus der Hausarztpraxis der Zukunft nicht mehr wegzudenken ist, so sehen die Zahlen noch viel trostloser aus: Stadt 1%; Agglomeration 3%; Land 9%.

Schlussfolgerungen

Mit den obigen Ausführungen wird klar ersichtlich,

- dass die Weiterbildung zum Hausarzt in den letzten Jahren *nicht* dazu geführt hat, dass damit die Bedürfnisse der Bevölkerung gemäss den aktuellen epidemiologischen Daten abgedeckt werden (vgl. z.B. Epidemiologie, Röntgen, Wundversorgung, härtende Verbände ...);
- dass das aktuelle Leistungsangebot *nicht* einer modernen und attraktiven Hausarztpraxis entspricht, einer Hausarztpraxis, die z.B. die Notfallversorgung der Bevölkerung gewährleisten sollte. Und wir möchten betonen, dass die Notfallversorgung eine der wichtigsten Kernkompetenzen des Hausarztes ist!

Oder anders ausgedrückt: Die aktuelle Weiterbildung zum Hausarzt entspricht also in den beschriebenen Bereichen in der Schweiz *nicht* den Bedürfnissen der Bevölkerung!

Es fehlt bei vielen heute als Hausärzte tätigen Ärztinnen und Ärzten das umfassende Angebot (Apparate und Fertigkeiten), das in jeder Hausarztpraxis möglich sein müsste.

Eine gezielte hausärztliche Weiterbildung ist in der Schweiz weitgehend inexistent und muss dringend und schnell aufgebaut werden für die zukünftige junge Generation der Hausärztinnen und Hausärzte!

Ganz bewusst weggelassen und nicht analysiert wurden in diesem Beitrag die folgenden Kernkompetenzen eines Hausarztes:

- die Langzeitbetreuung der Patienten über Jahrzehnte;
- die Begleitung polymorbider chronisch kranker Menschen mit dem Nebeneinander auch von akuten und chronischen Krankheiten;
- die in der Hausarztpraxis immer integrierten Präventionsaufgaben;
- der Einbezug des Umfeldes;
- die Besonderheiten des unselektionierten Patientengutes.

Warum wohl? Ganz einfach, weil es in diesen Bereichen bis jetzt praktisch keine Weiterbildungsmöglichkeiten gegeben hat – und leider auch nicht in genügender Anzahl in naher Zukunft geben wird! Diese Punkte können nur in einer Hausarztpraxis gelehrt und gelernt werden. Aus diesem Grunde ist es völlig einleuchtend, dass ein modernes und zukunftsorientiertes Weiterbildungsprogramm für den Hausarzt eine 1-jährige Praxisassistenten beinhalten muss!

Konkrete Vorschläge für ein neues und zukunftsweisendes Weiterbildungsprogramm zum Hausarzt

Das Ziel muss also sein: *Ein* eidgenössischer Facharztstitel für den Hausarzt und die Hausärztin der Zukunft. Ob zusätzlich der Spagat vom «Hausarzt» zum «Spitalinternisten» gelingen wird ...? Wir hoffen es sehr!

Entscheidend ist die Unterteilung in zwei klar definierte Schwerpunkte «Hausarzt» und «Spitalinternist».

⁴ Dissertation Pascal Suda, IHAMB, 2007.

Dazu kommt ein «Label Praxismanagement» für zertifizierte Hausarztpraxen, u.a. als Qualitätszeichen und warum nicht auch als Bedingung zur Abrechnung mit den Sozialversicherungen.

Die Schwerpunkte müssen innerhalb der Facharztausbildung in 5 Jahren absolviert werden können. Labor, Röntgen, Ultraschall, Ergometrie, Notfallarzt, Praxismanagement usw. müssen integraler Bestandteil der Facharztausbildung werden. Dies sollte in Zukunft die Regel sein! Doch sollte es auch möglich sein, die Schwerpunkte nachträglich noch zu erlangen.

Ein neues, modernes, zielgerichtetes und zukunftsweisendes Curriculum für die zukünftige junge Generation der Hausärztinnen muss wie folgt aufgebaut sein:

- Es ist völlig unbestritten, dass die Innere Medizin und die Chirurgie/Orthopädie/Traumatologie die Basis sind. Dazu gehört auch die Notfallmedizin.
- Die Weiterbildungsstellen, und zwar die besten, müssen auf die speziellen Bedürfnisse und Epidemiologie der Grundversorgung ausgerichtet sein.
- Die Praxisassistenten über ein Jahr ist ein *Muss* (keine Kann-Formulierung). Die Begründung findet sich oben. Solange sie als «freiwillig» bezeichnet wird, wird sich nichts ändern.
- Das Gleiche gilt für die Weiterbildungsstellen in den sogenannten «kleinen Fächern» (HNO, Dermatologie usw.) und Spezialdisziplinen, die ebenfalls als ein *Muss* im Weiterbildungsprogramm erscheinen müssen. Dauer 3–6 Monate. Auch hier: Solange diese Stellen nicht explizit gefordert und im Weiterbildungsprogramm verankert werden, werden sie nicht für die zukünftigen Hausärzte zur Verfügung gestellt.
- Es muss eine Durchlässigkeit bestehen in beide Richtungen Hausarzt ↔ Spitalinternist (Module).
- Akademische Karrieremöglichkeiten (Lehre und Forschung) in der Hausarztmedizin müssen möglich werden.
- Es muss sich auch überlegt werden, ob ein solches Top-Weiterbildungsprogramm zum Hausarzt/ärztin nicht auch einen «bindenden» Charakter für die Assistenzärzte haben kann?

Also: Wagen wir doch etwas Visionäres für die Hausarztmedizin und Hausärztinnen und Hausärzte der Zukunft!

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Peter Tschudi
Vorsteher Institut für Hausarztmedizin IHAMB
Universität Basel, Praxis Hammer, Bläsiring 160
4057 Basel, Peter.Tschudi@unibas.ch