Bruno Kissling, Gerhard Schilling, Peter Tschudi, Sven Streit

Wo steht die Hausarztmedizin – heute und in Zukunft?

Das «Symposium für Hausarztmedizin» fand, auf Einladung des Berufsverbandes der Haus- und Kinderärztinnen (MFE), am 8. November 2012 in Bern statt. Unter kundiger Moderation von Salvatore Volante präsentierten und diskutierten namhafte Vertreterinnen und Vertreter von Politik und Verwaltung mit Hausärzten[1] ihre Vorstellungen zur Hausarztmedizin von heute und morgen. Alle sind sich der grossen Bedeutung der Hausarztmedizin für unser Gesundheitswesen bewusst. Alle wollen die Hausarztmedizin stärken. Mehr oder weniger im Sinn der Initiative «Ja zur Hausarztmedizin». Der Wille ist bei allen da, doch müssen noch einige Hürden genommen werden.

Im Kondensat dieses kurzen Artikels finden Sie einige zentrale Aussagen aus den Kurzreferaten und der Diskussion dieses wichtigen Symposiums. Die nachfolgend aufgelisteten Themenkreise stellen gleichzeitig die Bedürfnisse dar. Die Probleme liegen oft in den noch zu lösenden Details.
In diesem Artikel werden die Aussagen bewusst nicht einzelnen Diskussionsteilnehmern zugeordnet – im Sinn des am Anlass zitierten Philosophen Gadamer: «Ein Gespräch setzt voraus, dass der andere Recht haben könnte.»

350 Mio Franken für die Aufwertung der Hausarztmedizin?
Eine Investition von 350 Mio Franken für die Aufwertung der Hausarztmedizin, wie sie die Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» (JzH) fordert, ist unbestritten und ist als eine Investition in die Zukunft für ein kostengünstigeres Gesundheitssystem anzusehen. Der Knackpunkt ist die Finanzierung: kostenneutral oder nicht? Priorisierung des neuen Tarmed-Kapitels 40 für die Hausarztmedizin? Teilweise Umverteilung im Rahmen der Tarmed-Revision? Ein klarer politischer Entscheid ist gefragt!

Hausarzt im Team mit weiteren Gesundheitsberufen
Die medizinische Grundversorgung wird in Zukunft von Hausärzten in Kooperation mit weiteren Gesundheitsberufen, die heute schon bestehen und an die neuen Bedürfnisse adaptiert werden müssen, bewerkstelligt. Der Hausarzt wird in der Regel die Koordination und die diagnostische und therapeutische Leadership einnehmen. Gleichzeitig ist er aber auch ein Mitglied des Teams.

Vertikal integrierte Versorgung
Eine vertikal integrierte Versorgung mit multidisziplinären Netzwerken von Hausärzten, Spezialisten, Spital und Pflegenden usw. ist gefragt. Die integrierte Versorgung muss über Rahmenbedingungen gefördert werden, nicht über Finanzen. Die Zusammenschlüsse zu Netzwerken jedoch werden nur über finanzielle Anreize wie Budgetmitverantwortung und «Capitation» stattfinden. Die Versicherer sollen nicht selber Anbieter von Gesundheitsleistungen sein.

Versorgungssicherheit
Die Versorgungssicherheit für die zunehmende Zahl von polymorbiden Kranken mit wachsenden Anforderungen und abnehmender Zahl von Ärzten und Pflegenden wird in Zukunft das Hauptthema in den Diskussionen sein – und nicht mehr die Kostenfrage. Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens werden heute überbewertet. Sie steigen parallel zum BIP. Nur die Kosten der obligatorischen Krankenpflege (OKP) steigen stärker an.

Stellschrauben zur Steuerung des ärztlichen Nachwuchses
Es gibt drei grosse Stellschrauben zur Steuerung des ärztlichen Nachwuchses:

- Zulassung zum Medizinstudium: Der Numerus clausus ist eine Langzeitmassnahme mit einem Zeithorizont von ca. 15 Jahren. Die Zulassungsprüfung begünstigt möglicherweise jene jungen Menschen, die sich nicht für Hausarztmedizin interessieren. Nur 10% der Studierenden wollen Hausarzt werden. Trotz der Eignungsprüfung für das Medizinstudium (EMS) gibt es in der Schweiz zu viele Studienversager (~27%) und Abwendung von der Medizin nach dem Staatsexamen (~20%). Die aktuell verordneten zusätzlichen 300 Studienplätze pro Jahr werden den Bedarf bei weitem nicht decken. Doppelt so viele Studienabgänger wie heute wären für die Zukunft nötig. Auch so greifen diese Massnahmen bei der anstehenden Pensionierungswelle alter Hausärzte viel zu spät. Die Lücke durch mehr ausländische Ärzte – 34% der Spitalärzte und 17% der praktizierenden Ärzte sind es heute – zu füllen, ist auch ethisch bedenklich.
- Karriereplanung und Bedarfsanalysen zur Wahl der Spezialisierung: Ein von den Instituten für Hausarztmedizin angebotenes Mentoring, das bisher weitgehend fehlt, soll den jungen Menschen während des Studiums und der Weiterbildungsphase eine Karriereplanung in Hausarztmedizin anbieten. Im Interesse der Hausarztmedizin sollten die Fachgesellschaften SGIM und SGAM fusionieren, damit alle Hausärzte in einer Gesellschaft (corporate identity) zusammengefasst wären.
- Praxiszulassung: Diese politisch zu beeinflussen, ist eine Reaktion auf eine akute Situation. Nicht ein neuer Stopp ist gefragt. Dieser hat sich während neun Jahren als kontraproduktiv erwiesen. Spezialistenpraxen sind angestiegen. Hausarztpraxen haben abgenommen. Das Verhältnis Hausärzte zu Spezialisten stagniert dadurch bei 45% zu 55%. Das Ziel wäre hingegen 60–70% zu 30–40%. Damit haben sich die bisherigen Massnahmen kontraproduktiv auf die Gesamtgesundheit ausgewirkt. Internationale

[1] Ruth Humbel, Nationalrätin Kanton Aargau, CVP; Dr. Stephan Spycher, Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit BAG; Peter Fischer, seit 1.9.2012 VR-Präsident Lindenhof-Sonnenhof-Spitalgruppe, bis 30.8.2012 CEO Visana Services AG; Prof. Dr. med. Peter Tschudi, Vorsteher Institut für Hausarztmedizin, Universität Basel, Präsident des Initiativkomitees «Ja zur Hausarztmedizin»; Dr. med. Marc Müller, Präsident des Berufsverbandes der Haus- und Kinderärzte Schweiz MFE; Dr. med. Sven Streit, Co-Präsident Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz JHaS.

Studien zeigen, dass die Gesamtgesundheit einer Bevölkerung in Gesundheitswesen mit einer hohen Zahl von Hausärzten besser ist. Anstelle eines Stopps ist eine gezielte Zulassungssteuerung entsprechend den Bedürfnissen der verschiedenen Regionen gefragt.

Nationale Gesundheitsstrategie und Versorgungsforschung
Eine nationale Gesundheitsstrategie und ein Gesundheitsartikel in der Verfassung fehlen heute vollständig. Grund dafür sei, dass die politische Hoheit für das Gesundheitswesen bei den Kantonen liege. Für ein Multimilliardenunternehmen wie das Gesundheitswesen sei dies unverzeihlich. Ein erster Schritt in diese Richtung könnte, im Zusammenhang mit der Volksinitiative «JA zur Hausarztmedizin», ein Verfassungsartikel «Medizinische Grundversorgung» sein.
Die Versorgungsforschung ist in der Schweiz quasi inexistent. Sie ist jedoch unverzichtbar für sachgerechte und gezielte Steuerungsmassnahmen.

Masterplan
Aktive Verbesserungsbemühungen für die Hausarztmedizin werden ersichtlich. Im Bereich der Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» ist von Bundesrat Alain Berset der Masterplan ins Leben gerufen worden. Politiker und Hausärzte sollen gemeinsam verbindliche Lösungen suchen in drei Teilbereichen: Medizinalberufegesetz, Bildung und Forschung sowie Finanzierung und Versorgung. Bei der Vergütung der Laboranalysen zeigen sich auf dem Weg zum POC-Tarif erste zaghafte Resultate.

Neue Praxisstrukturen
Damit junge Ärztinnen und Ärzte Hausärzte werden wollen, sind Praxisstrukturen nötig, welche Teilzeitarbeit für Männer und Frauen ermöglichen und Angestelltenverhältnisse zulassen. Dazu braucht es Investoren und Planungssicherheit. Nur 10% der Studierenden wollen Hausarzt werden. 50%[2] davon möchten gemäss einer Umfrage unter den «Jungen Hausärztinnen und -ärzten Schweiz» (JHaS) auf dem Land arbeiten. Ländliche Regionen mit einem Hausärztemangel könnten diese mit attraktiven Angeboten anlocken. Es braucht neben einer adäquaten finanziellen Vergütung Praxen mit geeigneten technischen Einrichtungen, die eine umfassende medizinische Abklärung und Behandlung in der Praxis ermöglichen – Labor, Röntgen, Sonographie …
Der Erwerb der dafür nötigen Zertifikate muss im Weiterbildungsprogramm vollständig und ohne Zusatzkosten integriert sein.
Lehre, Forschung und Praxis müssen für junge Hausärzte vereinbar sein.

[2] Mehr als die Hälfte (53%) möchten sich in der Agglomeration niederlassen, knapp ein Drittel (27%) in der Grossstadt und eine Minderheit (20%) möchte in Zukunft eine Landpraxis führen – gemäss der Berufszielstudie Medizinstudierende Basel 2009/2010 (n = 369).

Korrespondenz:
Dr. med. Bruno Kissling
Co-Chefredaktor PrimaryCare
Elfenauweg 6
3006 Bern
bruno.kissling[at]hin.ch

Wonca Europe and World conference 2013 Prague

WONCA 2013 PRAGUE
20th World Conference
25–29 June 2013
Prague, Czech Republic

Registration Fees:

Registration Fee	Extra Early Bird Fee*	Early Bird Fee from February 20, 2013*	Late Fee from May 25, 2013*	On-site Fee from June 10, 2013**
WONCA Direct Members	$640	$730	$820	$910
Delegates		$780	$870	$960
Junior Doctors, Trainees***		$375	$425	$475
Students		$200	$200	$250

* Please note that the stated rates are only valid as upon receipt of payment is within the given dates.
** Registrations received after June 10 will be processed on site.
*** Trainee GPs and young GPs are considered as junior doctors until five years graduation.

www.wonca2013.com

Abstract Submission Deadline: December 31, 2012