Bruno Kissling, Monika Lagler

Zukünftige Position der Hausärztinnen und Hausärzte in der medizinischen Grundversorgung

Nationale Tagung «Hausarztmedizin – eine attraktive Disziplin mit Zukunft» vom 16. Mai 2013
1½-stündiges Podium unter Moderation von Frau Myriam Holzner

Diskussionsteilnehmer: Christine Egerszegi-Obrist (CE)[1], Marc Müller (MM)[2], Philippe Perrenoud (PP)[3], Yvonne Ribi (YR)[4], Pascal Strupler (PS)[5] und Erika Ziltener (EZ)[6]

Diskussion zum Inputreferat

In ihrer ersten Frage nahm die Moderatorin Bezug auf das Inputreferat von Sven Streit und Anne Ehle-Roussy [siehe Seite 191]: Waren die Diskussionsteilnehmer von den Aussagen der beiden Jungärzte überrascht?
MM dankt Sven Streit und Anne Ehle-Roussy für die klaren Voten. Er unterstreicht die Wichtigkeit der frühen Einbindung der Hausarztmedizin ins Studium, damit die bei den Studierenden hohe Motivation, diesen Berufsweg einzuschlagen, nicht einschläft. YR wünscht sich noch mehr Offenheit gegenüber den Pflegefachleuten. PS gefällt die Frische. Er ist überzeugt, dass eine zukunftsfähige Lösung der verschiedenen Interessengruppen zustande kommen wird. Die Sichtweisen liegen nicht so weit auseinander. EZ sieht es als sehr anspruchsvoll an, dass die Hausärztinnen und Hausärzte immer auf dem neuesten Wissensstand sein müssen, und fragt nach den dafür notwendigen Rahmenbedingungen.

Aus- und Weiterbildung, Lehrstühle für Hausarztmedizin – wo harzt es?

Das Podium ist sich einig: die Hausärzte-Demo vom 01.04.2006 hat die Anliegen der Hausärzte ins Rollen gebracht und die Hausarztmedizin aufgewertet. Der Masterplan gibt dem Ganzen nun eine neue Dynamik. EZ sieht einen Mangel bei der Übersetzung der Forschungsresultate für die Praxis. Sie erwartet von den Instituten Guidelines z.B. für den korrekten Einsatz von Antibiotika.
Um Studierende für die Hausarztmedizin zu gewinnen, ist die Präsenz der Hausarztmedizin in den Vorlesungen unverzichtbar. Die Medizin muss auf dem Allgemeinen aufbauen – der Hausarzt ist der Spezialist für das Allgemeine.
Die Praxisassistenz ist während der Weiterbildung, für den guten Übergang von der Universität in die Praxis, sehr wichtig, meint PP. Die dafür nötigen Kosten müssen von den Kantonen im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten mitgetragen werden. Es ist in ihrem Interesse, die Grundversorgungsdienstleistung gut abzudecken. Der Kanton Aargau lebt, wie eingangs durch Susanne Hochuli dargestellt, ein gutes Beispiel vor mit seiner finanziellen Investition in eine starke Hausarztmedizin. PS: Gemäss dem neuen Gesundheitsberufegesetz wird eine Co-Professionalität zwischen Ärzten und Pflegenden angestrebt. YR erwartet von den Instituten für Hausarztmedizin, diese Interprofessionalität zu leben. MM bremst ab. Der interprofessionelle Weg sei wichtig. Zuerst müsste jedoch ein Gesamtbild des Gesundheitswesens erstellt werden, bevor man einzelne Puzzle-Teile perfektioniere. CE stellt fest, dass der Bund die Spielregeln festlege, aber keine Durchführungskompetenz hat. Die Gesundheitsziele 2020 liegen nun auf dem Tisch. Darin wird eine enge Zusammenarbeit unter den verschiedenen «Playern» gefordert. Die grösser werdende Zahl der Interessengruppen macht es jedoch nicht einfacher, den Konsens zu finden: Z.B. gibt es jetzt zwei Krankenversicherer-Verbände.

Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung»

PS: Es ist nicht einfach, ein gut funktionierendes Gesundheitswesen zu reformieren. Das Gesundheitswesen ist ein Puzzle mit sehr vielen Elementen, für die eine einheitliche Gesamtlösung unmöglich und auch nicht unbedingt erstrebenswert ist. Ein Teil davon, das neue Gesundheitsberufegesetz, geht 2013 in Vernehmlassung. Die Innovation soll in Richtung einer Qualitätssteigerung der Hausärzteschaft gehen, denn diese reduziert nachweislich die Kosten. Dies wurde eindrücklich im Referat von Domhnall MacAuley für England gezeigt [Seite 187]. Mit Ungeduld werden diesbezüglich auch die Arbeiten der von der FMH gegründeten Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM erwartet. PP äussert seine Skepsis. Beim Milliardenunternehmen Gesundheitswesen sind unterschiedlichste Lobbyisten in alle möglichen Richtungen aktiv. Nur eine Vereinheitlichung der Finanzierungssysteme kann Abhilfe leisten.

Interprofessionelle Zusammenarbeit zum Wohl der Patienten im Zentrum

In der Deutschschweiz ist die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis vor allem auf die Medizinischen Praxisassistentinnen MPA ausgerichtet, in der Westschweiz mehr auf die Pflegefach-

1 Ständerätin (AG), Gesundheitspolitikerin, Mellingen
2 Präsident Hausärzte Schweiz, Grindelwald
3 Regierungsrat (BE), Vizepräsident GDK
4 Geschäftsführerin Schweizerischer Verband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Bern
5 Direktor Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern
6 Präsidentin des Dachverbandes der Schweizerischen Patientenstellen, Zürich

leute. MM betont die grosse Praxisnähe und -erfahrung der MPAs, da sie in der Hausarztpraxis medizinisch sozialisiert werden, die Pflegenden hingegen meistens in Spitälern. Er sieht in der Aufwertung der Kompetenzen der MPA und auch deren Entlöhnung einen wichtigen Ressourcenpool. YR sieht in den MPA keine Konkurrenz für die Pflegeberufe. Die Ausbildung der beiden Berufsgruppen ist nicht vergleichbar und deshalb liegen die Kompetenzen auf einem anderen Niveau. EZ stellt den Patienten ins Zentrum. Sie sieht konkret das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient im Vordergrund. Sie empfiehlt allen, sich in gesunden Tagen einen Hausarzt zu suchen. In Pflegeheimen jedoch sind die Pflegenden die Vertrauenspersonen. Hier ist meist kein oder nur sporadisch ein Arzt zugegen. Es ist nicht einzusehen, warum die Pflegenden in diesem Bereich nicht mehr Kompetenzen einfordern, bzw. warum die Ärzte die Pflegenden nicht mehr in die Pflicht nehmen. Zu beachten sind gemäss YR die Bildungsstufen der Pflegenden in den Pflegeheimen. In diesen ist ein zunehmender Mangel an Pflegekompetenz festzustellen. Durch neue Berufsmodelle könnte der Pflegeberuf wieder attraktiver gemacht werden. Dann könnte die Pflege die Betreuung «eigenverantwortlich» – im Unterschied zu «mitverantwortlich» – übernehmen. Advanced practice nurses (APN) könnten bei chronischen Patienten die Fallführung übernehmen.

MM weist noch einmal darauf hin, dass zuerst die Frage «Welche Art der Versorgung wollen wir?» zu beantworten ist. Erst danach: «Wer soll die Aufgaben übernehmen?» Und schliesslich: «Welche Aus- und Weiterbildung ist dafür erforderlich?» Die Fallführung sieht er eher beim Hausarzt, bei chronisch Kranken ist die Übergabe an die Pflege eventuell möglich.

Eines der Privilegien der Hausärztin ist es, dass sie das Schwergewicht auf ihre individuellen Vorlieben setzen kann, meint AE. Dies widerspiegelt sich auch in der Auswahl der interprofessionellen Zusammenarbeit. SSt sieht die JHaS sehr kooperationsbereit. Sie streben kein Monopol ihrer Rolle an. Im Gegenteil, es ist ganz in ihrem Sinne, die enorme Arbeitsmenge auf mehrere Schultern zu verteilen. Diesbezüglich befinden sich sehr gute Modelle im Aufbau. MM ergänzt, dass es in grösseren Praxiseinheiten zu einer gegenseitigen Ergänzung von Wissen und Können der Ärzte kommt. YR: Die Lebensrealität wird die Zukunft gestalten. Die neuen Modelle müssen eine unterschiedliche Tarifierung für die Leistungen gemäss unterschiedlicher Pflegekompetenzen beinhalten. CE meint, dass künftig ambulante Versorgungszentren die Regel sein werden. In diesen können die Wünsche nach individuellen Arbeitszeitmodellen der jungen Hausärztinnen sowie verschiedene interprofessionelle Kooperationen gelebt werden.

Gruppenpraxen nicht nur für Zentrumslagen die Zukunft?

Gruppenpraxen sind nicht nur für Zentrumslagen die Zukunft, sondern genauso für ländliche Gebiete, erwähnt PP. Gewisse Gemeinden kommen ihrer Pflicht zur Gesundheitsplanung nach und bieten den regionalen Hausärzten an, sie bei der Zukunftsplanung zu unterstützen. Es gibt bereits gute Beispiele und dies zur Zufriedenheit aller: der Ärzteschaft, der Gemeinden und der Patienten.

Sind Ärzte imstande, in solchen Unternehmen das «Lead» zu übernehmen? Oder braucht es einen Manager? Dazu meldet sich A. Staub, Geschäftsführer von Sanacare, aus dem Publikum zu Wort: Es macht durchaus Sinn, ab einer bestimmten Grösse eine Person mit dem entsprechenden Know-how anzustellen, damit die Ärzteschaft sich ihren primären Aufgaben voll widmen kann. Die Qualität der Behandlung liegt nicht primär am Modell, sondern daran, wie es gelebt wird. YR kann sich durchaus vorstellen, mit mehreren Pflegefachpersonen eine Praxis zu betreiben und einen Arzt/eine Ärztin anzustellen. EZ: Patienten brauchen eine Vertrauensperson, unabhängig davon, ob die Praxis gross oder klein ist, dabei gilt jedoch: je unüberblickbarer der Apparat, desto schwieriger ist es, Vertrauen aufzubauen.

Wer soll für die Finanzierung integriertiver Betreuung chronisch Kranker aufkommen?

PS glaubt, dass die Gemeinden den Ernst der Lage erkannt haben und für verschiedenste Modelle Hand bieten. CE kommentiert ironisch, dass eigentlich ein Teil der Kirchensteuer ins Gesundheitswesen transferiert werden müsste, da der Hausarzt oft die Vertrauensfunktion des Pfarrers übernommen hat. Als Mittel zur Optimierung der Kosten des Gesundheitswesens ist eine bessere Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nötig. z.B. mit Einbindung in den Lehrplan oder einer niederschwelligen Erstberatung bei Bagatell-Erkrankungen durch Apotheker und Drogisten. PS: Eine verbesserte Zusammenarbeit mit diesen Berufsgruppen bietet sich an. YR betont die Kompetenz der Pflege im Bereich von beratenden Hausbesuchen und Vorträgen.

Bei einer interprofessionellen Kooperation ist entscheidend, dass jede Berufsgruppe entsprechend ihrer Kompetenz eingesetzt wird. Es braucht in Zukunft neue oder neu zu definierende Rollen für

eine funktionierende ambulante Betreuung in Anbetracht stagnierender Ressourcen und gleichzeitig einer höheren Nachfrage. Der Zug ist ins Rollen gekommen. Schauen wir, dass er nicht entgleist.

So sind wir auf einem guten Weg?

PS: Mit der Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» sind die Anliegen der Hausarztmedizin von der Strasse in die Politik verlegt worden und haben diverse Podien ausgelöst: es «köchelt». CE: Die Initiative befindet sich in der Differenzbereinigungsphase. Falls die Initiative nicht zurückgezogen wird, kommt es gleichzeitig zur Abstimmung über den Gegenvorschlag. Mit einer Initiative kann man nie alles erreichen, was man möchte. Und mit einer Initiative, die man gegen Bundesrat und Parlament gewinnt, hat man noch gar nichts erreicht. PP: Die Initiative hat für die Themen der Hausarztmedizin sensibilisiert und viel angestossen. EZ: Der Nutzen der Hausarztmedizin muss besser vermittelt werden: z.B. die Präventions-Beratung; die gesellschaftliche Bedeutung im Bereich der Migration; das Übersetzen von medizinischen Interventionen und Wissen. Für YR stimmen mit der Interprofessionalität Weg und Richtung. Die Finanzierung muss unbedingt geklärt werden. MM ist überrascht, wie viel die Initiative erreicht hat und wie viele Projekte unterwegs sind. Das Ziel ist jedoch noch nicht erreicht. Für die Entscheidung, ob die Initiative zurückgezogen wird oder nicht, ist der Beschluss von National- und Ständerat über die Labortarife entscheidend. Da dieser Beschluss erst im Herbst gefällt wird, wäre es sehr nützlich, wenn auch der Termin für den Rückzugsentscheid der Initianten vom Mai auf den Herbst verschoben würde.

Sven Streit erhält das Schlusswort: Die Attraktivität des Berufes Hausarzt hat seit seinem Studium bereits stark zugenommen und wir sind auf gutem Wege, diese noch weiter zu steigern. Das hohe Engagement vieler zeugt davon.

Er hofft, dass die Versprechungen, die er heute gehört hat, auch umgesetzt werden und betont sein diesbezüglich gutes Gedächtnis.

Korrespondenz:
Dr. med. Bruno Kissling
Elfenauweg 6
3006 Bern
kissling[at]primary-care.ch