

Daniel Widmer

Neue Modelle für die medizinische Grundversorgung in der Schweiz?

Dieser Artikel beleuchtet zwei Themenbereiche: einerseits die wichtige Funktion des Apothekers im Gesundheitswesen, der in Zusammenarbeit mit den Hausärzten eine aktive Rolle in der Gestaltung der Grundversorgung einnimmt. Andererseits soll auf die Integration europäischer Kollegen in die Schweizer Ärzteschaft eingegangen werden.

Dieser Artikel basiert auf einem an einen Arztkollegen gerichteten und unserer Redaktion übermittelten Schreiben. Autor dieses Schreibens ist Dr. Michel Buchmann, Präsident des Weltapothekerverbands FIP mit weltweit 127 Fach- und Wissenschaftsverbänden, der 3 Millionen praktizierende Apotheker und pharmazeutische Wissenschaftler vertritt (FIP: <http://www.fip.org>). Michel Buchmann, zudem Offizinapotheker in Romont, plante gemeinsam mit unserem Kollegen Nils Gueissaz die Gründung einer Gemeinschaftspraxis in der Nähe der Apotheke. Leider jedoch verstarb dieser Kollege, so dass Dr. Buchmann sich verpflichtet sah, an seinem Wohnort den Fortbestand der Grundversorgung sicherzustellen. Da er bei seinen Schweizer Fachkollegen auf nur geringes Interesse stiess, wandte er sich an französische Ärzte, die mittlerweile in Romont praktizieren. Hier die Zeilen von Michel Buchmann: *«Dank der Einsatzfreude zweier Ärzte war es mir möglich, eine für meine Region unverzichtbare Lösung zu schaffen. Es betrübt mich, jetzt zu hören, dass einige Verantwortungsträger der Ärzteschaft ihre Ausbildung kritisieren, die für eine Berufsausübung in der Schweiz nicht ausreichend sei. Was ich feststelle, ist die Zufriedenheit der Patienten angesichts der Ankunft junger, dynamischer Ärzte, mit positivem Auftreten und Engagement. Ich konnte nicht entdecken, dass die Gesundheit der Bevölkerung im Glâne-Bezirk durch die ärztliche Tätigkeit der beiden in Frage gestellt sein könnte. In einem offenen Europa gilt es auch zu akzeptieren, dass Lücken nicht lange leer bleiben. Italiener und Portugiesen sind in die Schweiz gekommen, um die unliebsamen Arbeiten zu verrichten, die die Schweizer nicht ausführen wollten. Krankenpflegerinnen aus Kanada haben die vakanten Stellen in den Spitälern besetzt. Noch viele weitere Beispiele könnten hier angeführt werden; sie verdeutlichen, dass unbesetzte Stellen anderen als Chance dienen. Wenn Schweizer Ärzte es ablehnen, in unseren ländlichen Gegenden medizinische Grundversorgung zu leisten, werden Europäer mit hier anerkannten Abschlüssen ihre Nachfolge antreten. Mittlerweile weiss ich, dass viele von ihnen nur auf eine Gelegenheit warten, sich in der Schweiz niederlassen zu können. Ist diese Thematik einmal diskutiert worden? Ich denke, es wäre an der Zeit, sich mit dieser Frage zu befassen.»*

Der hohe Stellenwert des von Michel Buchmann vorgetragenen Problems hat den unterzeichneten Redaktor dazu veranlasst, den Verfasser des Schreibens in Romont zu besuchen sowie einen der französischen Fachkollegen zu treffen. Es soll hier nicht so sehr eine Diskussion über die gleichzeitige Existenz zweier Titel in der Allgemeinmedizin, dem Eurodoc und dem hausärztlich tätigen Internisten, wieder aufgenommen werden; vielmehr soll betrachtet werden, wie die Dinge in der Praxis aussehen. Einerseits möchte

Michel Buchmann die wichtige Funktion des Apothekers im Gesundheitswesen herausstellen, der in Zusammenarbeit mit den Generalisten eine aktive Rolle in der Gestaltung der Grundversorgung einnimmt. Andererseits ist hier die Integration europäischer Fachkollegen in die Schweizer Ärzteschaft zu nennen.

Diese beiden Themenbereiche sind Gegenstand zweier Interviews: das erste mit Michel Buchmann selbst und das zweite mit Dr. Fabrice Jouanneau.

Interview mit Michel Buchmann

DW: Könnten Sie uns erläutern, welche Rolle Sie sich für den Apotheker in der Grundversorgung wünschen?

MB: Wenn Sie die Grundversorgung ansprechen, so müssen wir verschiedene Aspekte unterscheiden: den ärztlichen, den pharmazeutischen sowie den rein pflegerischen Aspekt. Als Freiburger erlauben Sie mir bitte, diesbezüglich unser Gesundheitsgesetz zu zitieren, dessen erster Artikel hierzu folgende Definition liefert: *«Der Begriff «Pflege» umfasst jeden Dienst an Einzelpersonen, Personengruppen oder an der Bevölkerung, der die Förderung, die Verbesserung, den Schutz, die Beurteilung, die Überwachung, die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit zum Ziel hat.»* Darüber hinaus ergänzt der Artikel 3: *«Im Rahmen ihrer Zuständigkeiten sorgen der Staat und die Gemeinden für die Koordination der Tätigkeiten im Gesundheitsbereich, indem sie namentlich die berufs- und institutionsübergreifende Zusammenarbeit in Netzwerken fördern.»*

Das Zeitalter allgemein gültiger Standpunkte und unumstösslicher Tatsachen ist somit längst Vergangenheit. Wir können nicht weiterhin vorgeben, von all dem nichts wissen zu wollen oder uns lediglich misstrauisch beäugen. *«Für eine optimale Versorgung»*, so die französische Zeitschrift *Prescrire*, *«brauchen die Patienten sowohl kompetente verschreibende Ärzte als auch leistungsstarke Teams, darunter engagierte Apotheker, Ärzte, Krankenpflegekräfte, Physiotherapeuten und Hilfskräfte.»*

Der Platz in der Grundversorgung, an dem ich die Apotheker sehe, lehnt sich an ein im Jahr 2001 veröffentlichtes Dokument an [1]. Es zeigt, dass von den 80% der befragten Personen, die angaben, im vergangenen Monat ein gesundheitliches Problem gehabt zu haben, lediglich 33% sofort ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen. Das Ziel der Autoren des Artikels war, eine ärztliche Ausbildung zu hinterfragen, die zu einseitig auf den Spitalsektor ausgerichtet ist, um die Ärzte auf die medizinische Praxis in der Grundversorgung vorbereiten zu können. Sie haben hingegen nicht weiter thematisiert, dass die verbleibenden 2/3 dieser Gruppe Personen sind, die in dieser Situation die Entscheidung treffen, gar keinen Arzt zu konsultieren. Einige hoffen, dass ihre Symptome spontan verschwinden, andere behandeln sich selbst mit den Mitteln, die sie gerade zur Verfügung haben, und wieder andere gehen in die Apotheke, um sich Rat und Hilfe beim Apotheker zu holen, der an dieser Stelle, wie der Arzt zum Grundversorger wird.

Die genannte Studie gibt drei Gedankenanstösse. Zum ersten sind die Ärzte nicht die Einzigen, deren Hilfe bei gesundheitlichen Problemen in Anspruch genommen wird; zweitens ist die Nähe zum



© www.picswiss.ch

Patienten ein wesentlicher Faktor bei der Wahl, die Letztere im Bereich der Grundversorgung zu treffen haben; und drittens sollten die Fachkräfte im Gesundheitswesen die Versorgung der Personen, die Hilfe benötigen, mit dem Ziel der Effizienz und Wirtschaftlichkeit optimieren. Und wenn sie dies nicht selbst tun, werden andere diese Aufgabe übernehmen.

Für die Apotheker stellt sich somit nicht die Frage, den Platz der Ärzte einzunehmen, sondern vielmehr, sich gut in die Grundversorgung zu integrieren und eine bestmögliche Weiterweisungspraxis zu verfolgen, deren zweifaches Ziel es ist, Patienten, die ärztlicher Hilfe bedürfen, an Ärzte weiter zu verweisen, und selber diejenigen Patienten zu betreuen, die medikamentös versorgt werden können. Auf diese Weise entlasten sie die Generalisten, deren Zahl immer kleiner wird und die zunehmend überlastet sind.

Obgleich die Weiterweisungspraxis im pharmazeutischen Bereich eine der ersten Massnahmen ist, die die Apotheker anbieten können, gibt es weitere Konzepte, die sich bewährt haben. Zu nennen sind hier beispielsweise die Arbeit in Qualitätszirkeln zur Optimierung der ärztlichen Verschreibungspraxis [2, 3], die pharmazeutische Beratung für Alters-, Pflege- und Krankenhäuser [4], die Erstellung eines pharmazeutischen Dossiers, das für die anderen Fachkräfte im Gesundheitswesen zugänglich ist [5] sowie die therapeutische Substitution durch Generika zur Reduzierung der Verschreibungskosten.

Es ist richtig, dass die traditionelle Aufgabe des Apothekers darin besteht, für die Bevölkerung den Zugang zu qualitativ hochwertigen Medikamenten, verbunden mit den zu ihrer ordnungsgemässen Anwendung notwendigen Hinweisen sicherzustellen; dieser Zugang ist im Übrigen dank der Bereitschaftsdienste rund um die Uhr und 7 Tage die Woche gewährleistet. Er kann sich jedoch nicht von dieser Verantwortung lossprechen, sobald das Medikament ausgehändigt ist. Häufig ist eine geeignete Nachbetreuung erforderlich. Aus diesem Grund ist es wichtig, hier eine weiterführende pharmazeutische Betreuung auszubauen, wie zum Beispiel die Förderung und Überwachung der Therapietreue des Patienten [6] oder den Polymedikations-Check für chronisch Kranke, der diesen helfen soll, ihre Therapie zu verstehen und die zahlreichen Medikamente zu akzeptieren, die sie oft ihr ganzes Leben lang einnehmen müssen. Dies sind Faktoren, deren Nichtbeachtung für hohe Verluste bei den Gesundheitskosten und ineffiziente Behandlungen verantwortlich ist.

Derartige Massnahmen sind ohne eine enge Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen und im Rahmen neu festzulegender und klar abzugrenzender Funktionen nicht denkbar [7, 8].

Zudem geht es auch darum, diese Entwicklung als Herausforderung anzusehen, die universitäre und postgraduale Ausbildung sowie das Einkommen der Berufsgruppe zu reformieren, das im Übrigen nicht vom Medikamentenpreis abhängen sollte [9].

Und schliesslich schlägt die WHO selbst eine Synthese aus dem vor, was ich hier unterstreiche: 2011 führte sie Richtlinien ein, die sie unter dem Titel «Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services» veröffentlichte.

Was ist das Besondere an einer Gemeinschaftspraxis, die mit der Apotheke zusammenarbeitet, wie beispielsweise beim Modell von Romont?

Sie bezeichnen diese Nähe als etwas Besonderes, aber ich sehe sie als etwas völlig Normales an. Dr. Nils Gueissaz war ein Freund von mir, den ich in der Offiziersschule in den Bündner Bergen kennengelernt hatte. Als er die Entscheidung traf, sich in Romont niederzulassen, war es völlig naheliegend, dass wir aufeinander zugingen, denn ich verfügte über ein Areal, auf dem man eine Gemeinschaftspraxis errichten konnte. Dies war der Anfang einer sehr schönen, 30-jährigen Zusammenarbeit, während derer all das, was ich zuvor angesprochen habe, aufgebaut werden konnte. Wenn es etwas Besonderes gab, so ist dies Besondere vielleicht in der gegenseitigen Achtung und der Freundschaft zu suchen, die uns verbanden, ohne je in Kumpanei abzugleiten. Diese guten Beziehungen haben sich übrigens zu allen Ärzten entwickelt, die in örtlicher Nähe zu meiner Apotheke praktizieren. Gemeinsam mit Dr. Richard Nyffeler, seinerzeit Vorsitzender der Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg, entwickelten wir die Idee zur Schaffung von Qualitätszirkeln zur Optimierung der Verschreibungspraxis.

Ich glaube nicht, dass sich die Situation in Zukunft unvorteilhaft entwickeln wird. Meine Apotheke habe ich nun meiner Tochter und meinem Schwiegersohn übergeben, beide Inhaber des Fähigkeitszeugnisses FPH in klinischer Pharmazie nach einer langen Weiterbildungsphase in den Walliser Spitälern unter der Verantwortung der klinischen Apotheker des Zentralinstituts der Walliser Spitälern. Beide nehmen nun an einem Qualitätszirkel teil und übernehmen darüber hinaus Verantwortung als Apothekerbeistand in Pflegeheimen. Dies ist nichts Aussergewöhnliches, denn über PharmaSuisse stehen allen Apothekern, die an der Entwicklung derartiger Aktivitäten und pharmazeutischer Dienstleistungen interessiert sind, mehrere postgraduierte Weiterbildungsgänge offen.

Die Arbeitsbeziehungen mit den neuen französischen Ärzten, die die Nachfolge von Dr. Gueissaz angetreten haben, zeigen uns, wie sehr wir uns in unserer alltäglichen Zusammenarbeit gegenseitig unterstützen und dabei die Berufsethik und die Unterschiedlichkeit in unseren Funktionen voll und ganz beherzigen können.

Hat diese enge Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker möglicherweise etwaigen Schweizer Kandidaten Angst gemacht? Oder anders ausgedrückt: Sind die Schweizer Hausärzte bereit, mit Apothekern zusammenzuarbeiten, selbst wenn sich die grossen Handelsketten, die sich im Land ausbreiten, in erster Linie als profitgierig erweisen?

Mehrere Jahre hatte Dr. Gueissaz vergeblich einen Nachfolger gesucht und nie eine positive Rückmeldung erhalten. Mir blieb nur, diesen Sachverhalt festzustellen, der eine konkrete Veranschaulichung der Diskussion um die Bildung von Wüsten im Gesundheitswesen abseits der Grossstädte darstellt. Es war sicher nicht eine pharmazeutische Handelskette, die etwaige Kandidaten in die Flucht geschlagen hat, denn dergleichen gibt es in Romont nicht. Dennoch kann ich die Kritik hinsichtlich pharmazeutischer Prakti-

ken verstehen, die nicht die Meinigen sind noch diejenigen, für die sich unsere Dachorganisation PharmaSuisse einsetzt. Die Apothekenketten sind in Wirklichkeit das Resultat einer Entscheidung unserer Politiker. Sie wollten unseren Tätigkeitssektor liberalisieren, indem sie Nicht-Apothekern erlaubten, Inhaber mehrerer Apotheken zu sein. Die einzigen Auflagen bestanden darin, sich den kantonalen Gesetzen über das Gesundheitswesen zu unterwerfen und über einen verantwortlichen Apotheker zu verfügen. Vor diesem Hintergrund muss mit allem gerechnet werden, wenn man bedenkt, dass in unserer liberalen Welt im Konkurrenzkampf zwischen Ethik und Geld leider oft das Geld als Sieger hervorgeht. Wenn die Ärzte durch diese Entwicklung beunruhigt sind, so seien Sie versichert, dass es den selbständigen Apothekern ebenso geht, die ihr Engagement für ein unverfälschtes Gesundheitswesen immer wieder bekräftigen. In Gesprächen mit Fachkreisen fordere ich meine Kollegen immer wieder dazu auf, auf die Ärzte zuzugehen, wie ich die Ärzte auffordere, die pharmazeutische Kompetenz im örtlichen Nahbereich, die sie benötigen, genau zu ermitteln. Auf diese Weise sind bereits in der gesamten Romandie sehr schöne Kooperationen entstanden, in der die Rollen klar definiert sind und Interessenkonflikte im Rahmen unserer Gesetze weitgehend vermieden werden.

Was sollte getan werden, um eine berufsübergreifende Zusammenarbeit zu fördern, die zuerst das Gesundheitswesen im Fokus hat?

In Beantwortung des im Nationalrat eingereichten Postulats Ruth Humbel «Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung» ist der Bundesrat, der am 30. November 2012 die Annahme des Postulates beantragte, «der Ansicht, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe einerseits regionale Engpässe in der Gesundheitsversorgung verhindern kann und andererseits für eine sichere und integrierte Versorgung zugunsten der Patientin und des Patienten zentral ist. Um künftig eine qualitativ hochwertige integrierte Grundversorgung gewährleisten zu können, wird es wesentlich sein, die Rollen und Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen in der Versorgungskette zu klären. Der Bundesrat ist in diesem Sinne bereit, in einem Kurzbericht die strategisch optimierte Nutzung der pharmazeutischen Fachkompetenz in der Grundversorgung aufzuzeigen.»

Es ist somit an der Zeit, dieser Bewegung auf Ebene jedes Kantons den Weg zu ebnen, damit Ärzte, Apotheker und sonstige Fachkräfte im Gesundheitswesen den Entscheidungsträgern offenkundige Fakten liefern, die den zusätzlichen Nutzen eines fachbezogenen und interdisziplinären Dialogs für die Patienten und das Gesundheitswesen verdeutlichen.

Die Notwendigkeit einer berufsübergreifenden Zusammenarbeit wurde von der World Health Professions Alliance (WHPA) unterstrichen, die am 20. Mai 2013 eine Stellungnahme zur interprofessionellen Zusammenarbeit unterzeichnete [10]. Ich möchte hier als Präsident des Weltapothekerverbands gern eine Botschaft an meine Apothekerkollegen richten: Die Standespolitik von PharmaSuisse und die daraus folgenden Projekte weisen in die richtige Richtung und spielen international mitunter eine Vorreiterrolle. Zögern Sie nicht, diese Projekte für sich zu entdecken und alsbald daran teilzuhaben, sei es im Bereich der fachspezifischen, zum Kompetenzerwerb unerlässlichen Weiterbildungsangebote, oder aber im Bereich neuer Praktiken in unserem Berufsfeld in enger Zusammenarbeit mit unseren Kollegen aus der Ärzteschaft. All dies selbstverständlich gegründet auf das unverzichtbare Fundament des gegenseitigen Respekts.

Interview mit Fabrice Jouanneau

DW: Könnten Sie uns schildern, was Sie dazu bewegt hat, sich in der Schweiz niederzulassen?

FJ: Die Bedingungen für die Berufsausübung als selbständig praktizierender Generalist haben sich in Frankreich erheblich verschlechtert, insbesondere in ländlichen Regionen. Die Umsätze, die unweigerlich immer weiter sinken, erlauben mittlerweile weder Investitionen in technische Ausrüstung noch in Personal. Ein Hausarzt verfügt also nicht über die Mittel für die in seiner Praxis erforderlichen Geräte für medizinische oder Röntgenuntersuchungen noch über Behandlungsräume für Not- oder Unfälle. Die technische Ausrüstung ist somit unzureichend. Er hat keine Unterstützung durch Arzthelferinnen (der Beruf des/der Arzthelfers/in existiert in Frankreich nicht, denn es gäbe für dieses Berufsfeld keinen Markt!).

Vor meiner Niederlassung in der Schweiz in Romont praktizierte ich im Team mit zwei weiteren Generalisten auf dem Lande in der Nähe von Brive-La-Gaillarde im Departement Corrèze (Südwesten Frankreichs). In der Gemeinschaftspraxis hatten wir die Möglichkeit, eine Sekretärin anzustellen, dies aber auch nur vormittags, und sie kümmerte sich im Wesentlichen um die Terminvergabe. Ab mittags hatten wir die Telefonanrufe der Patienten selbst entgegenzunehmen und dabei gleichzeitig die Sprechstunden abzuhalten und Hausbesuche zu machen, was recht stressbeladen war.

Die ländlichen Gegenden in Corrèze verzeichnen eine alternde Bevölkerung und viele ältere und pflegebedürftige Personen, die häufig weit entfernt von den Arztpraxen wohnen. Ich machte täglich 10 bis 15 Hausbesuche, wovon einige eine Dreiviertelstunde Fahrtzeit erforderten. Die Arbeitstage waren lang und mit hoher Arbeitsdichte, nach hinten verschobenem Feierabend und wenig Raum für die Mahlzeiten.

Der Umfang meines Sprechzimmers war sehr überschaubar: ein Schreibtisch, drei Stühle, eine Untersuchungsliege, ein Stethoskop, ein Blutdruckmesser, ein Otoskop, einige Gebrauchsgegenstände und ein Computer. In einem direkt angrenzenden Warteraum fanden 6 bis 8 Patienten dichtgedrängt Platz (manche warteten draussen, sowohl im Sommer als auch im Winter, wenn ich von meinen Hausbesuchen zurückkehrte!).

Nichtsdestotrotz habe ich meinen Beruf während dieser Jahre mit Leidenschaft ausgeübt, und denke trotz allem auch gern an diese Zeit zurück. Ich war seit jeher gern als Grundversorger tätig, insbesondere im ländlichen und halbländlichen Bereich. Zu Anfang meiner beruflichen Laufbahn empfand ich die Bedingungen nicht als so hart, trotz der erheblichen zeitlichen und persönlichen Einschränkungen. Jedoch haben diese Arbeitsbedingungen schliesslich zum Ende meiner Ehe geführt ...

Dennoch hätte ich meinen Dienst weiterhin ausgeführt, wenn ich das Gefühl gehabt hätte, dass mir in meinem Beruf Achtung entgegengebracht wird.

Die fehlende Anerkennung unseres Berufsstands, dem Dreh- und Angelpunkt des Systems einer wohnortnahen Versorgung, und seiner spezifischen Besonderheiten durch die französischen Behörden lastete Jahr für Jahr etwas mehr auf uns: wachsende Verpflichtungen hinsichtlich Zuständigkeit, Bereitschaftsdienst, Verfügbarkeit. Diese Dienstleistung wird in Frankreich mit nur 23 Euro (28 CHF) vergütet, unabhängig von der Dauer des Arztbesuchs und den durchgeführten Untersuchungen.

Die Krankenversicherung in Frankreich gestaltete unser Verhältnis zunehmend komplexer, vor allem, indem sie zahlreiche schikanöse Massnahmen einführte: Verschärfung der administrativen und gesetzlichen Auflagen, Sparzwänge bei den Gesundheitskosten und finanziellen Druck.

Der Berufsstand des Hausarztes wird in Frankreich gegenwärtig nicht gut durch Verbände vertreten, was noch zu den bereits offenkundigen Missständen in diesem Beruf hinzukommt.

Das fehlende Engagement seitens der Politik wird schliesslich dazu führen, dass dieser Beruf auf Dauer keine Zukunft mehr hat.

Die zufällige Bekanntschaft mit einem französischen, in die Schweiz ausgewanderten Kollegen setzte dann bei mir einen sehr hilfreichen Reflexionsprozess in Gang. Was er mir berichtete, war verblüffend: Respekt durch die Patienten, aufgewerteter und besser vertretener Berufsstand, Möglichkeit zum Arbeiten mit einer echten technischen Ausstattung in den Arztpraxen, präsenten Personal, die so kostbaren Arzthelferinnen.

Mehr brauchte ich nicht zu meiner Entscheidung, Frankreich zu verlassen, um meinen Platz in einem Kontext günstigerer Arbeitsbedingungen zu finden.

Schon bald bot sich eine Gelegenheit infolge eines traurigen Ereignisses, von dem wir alle wissen – der Tod von Dr. Nils Gueissaz, der eine vakante Praxis hinterliess.

Dr. Pascal Deleplace, der in Frankreich die gleichen enttäuschenden Erfahrungen wie ich gemacht hatte, war einverstanden, in einer Schweizer Gemeinschaftspraxis zusammen mit mir als Arzt zu praktizieren.

Heute können wir in diesem schönen Land ganz in unserem Beruf als Arzt aufgehen. Und es ist für uns undenkbar, eines Tages wieder zurückzugehen.

Wie sind Sie von Ihren Schweizer Kollegen empfangen worden?

Dr. Pascal Deleplace und ich selbst wurden von unseren Kollegen im Bereich Grundversorgung sehr herzlich aufgenommen. Argwohn war eher seitens der Kollegen aus anderen Fachbereichen zu spüren, die uns mitunter sehr harsch begegneten. Insgesamt jedoch war der Empfang durch unsere Berufskollegen äusserst positiv.

Zu unterstreichen ist auch das vorbehaltlose Vertrauen, das unsere Patienten uns bereits unmittelbar nach unserer Ankunft entgegenbrachten.

Auf welche Schwierigkeiten trafen Sie bei der Einarbeitung in das Schweizer Sozialversicherungssystem und das System zum Schutz vor Krankheit? Wie haben Sie sich das auf diesem Gebiet erforderliche Wissen angeeignet?

Was die medizinische Seite angeht, so war unsere Niederlassung in der Schweiz mit keinen besonderen Schwierigkeiten verbunden, abgesehen von einer Zeit des Einlebens in den neuen Räumlichkeiten. Ungleich schwieriger war es, uns in ein ganz anderes Versicherungssystem einzuarbeiten.

Anfangs haben wir häufig unsere Arzthelferinnen gefragt, die das Thema bestens beherrschen, sowie unseren Freund Dr. Michel Buchmann und seine Mitarbeiterinnen der Pharmacie de la Tête

Noire, und gelegentlich unsere Fachkollegen. Auf diese Weise konnten wir uns die fehlenden Kenntnisse auf dem Gebiet rasch aneignen.

Was sollte vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen noch thematisiert werden, um die Integration europäischer Ärzte in der Schweiz zu fördern?

Dr. Deleplace und ich hatten das Glück, den für uns so hilfreichen Empfang und eine äusserst gute Betreuung durch Dr. Michel Buchmann in Anspruch nehmen zu können. Dank seiner Hilfe konnten wir uns zügig in unseren Alltag einfinden.

Solch eine Möglichkeit kann nicht jedem aus einem anderen Land kommenden Arzt angeboten werden, was uns wieder zur vorangegangenen Frage führt.

Der Stand des medizinischen Wissens in den verschiedenen Ländern Europas gleicht sich; die Äquivalenzen sind im Übrigen durch den Bund anerkannt, und es wäre unangebracht, diese schlichte Tatsache in Frage zu stellen. Überdies erkennt die Schweiz diejenigen Ärzte an, die eine der Amtssprachen beherrschen. Ein hervorragendes Thema hingegen, das erörtert werden könnte, wäre die Betreuung von Neuankömmlingen, um ihnen das Schweizer Sozial- und Krankenversicherungssystem näherzubringen und so das Knüpfen von Kontakten und eine schnellere Integration der aus den Nachbarländern kommenden Ärzte zu ermöglichen.

Literatur

- 1 Green LA, et al. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001;344(26):2021–5.
- 2 Bugnon O, Jotterand S, Niquille Charrière A, Ruggli M, Herzig L. Cercles de qualité médecins-pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription. *Rev Med Suisse.* 2012;8(341):1042, 1044–8.
- 3 *Rev Méd Suisse.* 2009;5.
- 4 *Pharmacy World&Science* 2009;31;2:165–73.
- 5 Direktion für Gesundheit und Soziales, Freiburg, 14.09.2011.
- 6 Jeanneret LA, Schneider MP, Troxler S, Bugnon O, Lüthi F. Adhésion thérapeutique aux traitements oncologiques oraux et prise en charge interdisciplinaire. *Rev Med Suisse.* 2011;7(296):1154–8, 1160.
- 7 Samuelson M, Herzig L, Widmer D. L'avenir des soins primaires interprofessionnels dans un temps de crise. *Rev Med Suisse.* 2012;8(364):2254, 2256–9.
- 8 Pharmaciens d'officine : vision d'avenir. *Revue Prescrire.* 2012(n°346):606–9.
- 9 Bugnon O, Hugentobler-Hampäi D, Berger J, Schneider MP. New roles for community pharmacists in modern health care systems: a challenge for pharmacy education and research. *Chimia (Aarau).* 2012;66(5):304–7.
- 10 WHPA statement on Interprofessional Collaborative Practice. Geneva: WHPA, 2013 May 20.

Korrespondenz:
Dr Daniel Widmer
Avenue Juste-Olivier 2
1006 Lausanne
drwidmer@belgo-suisse.com