

Bericht vom EGPRN-Kongress in Lille, Frankreich vom Mai 2018

# Ist das Gras grüner auf der anderen Seite?

Sven Streit

SGAIM-Delegierter des European General Practice Research Network (EGPRN)

Welchen Herausforderungen stellen sich Hausärztinnen und -ärzte in Europa und welchen Beitrag können sie leisten, sich für die Zukunft zu wappnen? Diesem Thema widmete sich der EGPRN-Kongress in Lille, Frankreich. EGPRN ist ein Netzwerk von >160 akademischen Hausärzten aus 30 Ländern. EGPRN besteht aus einem *Europe Council* mit nationalen Vertreterinnen und Vertretern und ist gleichzeitig Austauschfläche für Kolleginnen und Kollegen, die über den Tellerrand blicken wollen und erfahren möchten, welchen Fragen die Forschung in Hausarztmedizin in Europa nachgeht. Speziell empfehlenswert ist dieser Kongress für den akademischen Nachwuchs, der bei EGPRN von wertvollen Rückmeldungen zu Projekten und von einem grossen Netzwerk an Experten am meisten profitiert.

Lille erwartete seine Gäste bei strahlendem Wetter mit einer speziellen Atmosphäre: Politisch zu Frankreich gehörend, versteht es sich als «Hauptstadt von Flandern» mit seiner flämischen Sprache, die wiederum dem Holländischen ähnelt, wie auch seine flache Landschaft. In früher Vergangenheit wechselte Lille immer wieder die Seiten und wurde von anderen Ländern als ihr Eigen genannt. Trotzdem lässt es sich nicht durch Grenzen zerstückeln und kategorisieren. Ein passender Ort also, um die akademische Hausarztmedizin Europas zu begrüssen, die sich als breites Fachgebiet ebensowenig fragmentieren lässt. Im Gegenteil, das Spektrum könnte grösser nicht sein: Von spärlich entwickelter akademischer Hausarztmedizin bis zur weltführenden Forschung findet sich alles. Da ist der junge Hausarzt aus Italien, der sich ein Institut für Hausarztmedizin wünscht, um sich den Fragen zu widmen, die für ihn am dringendsten sind: Wie steht es in Italien um die Hausarztmedizin, und warum bleibt der Nachwuchs aus? Er beantwortet die Frage gleich selbst, da sich im Studium weniger als 5% der Studierenden diesen Beruf vorstellen können. Wenig erstaunlich, bei nur von Spezialistinnen und Spezialisten gehaltenen Vorlesungen. Der Kollege berät sich mit einer akademischen Hausärztin aus Portugal, die in Grossbritannien forscht und ein europäisches Projekt lanciert zur Stärkung der Forschung der Hausarztmedizin Europas. Dafür erhielt sie von WONCA (*World Organization of*

*Family Doctors*) ein Stipendium, um sich zusammen mit anderen Landesvertretern diesem Thema zu widmen.

Und was soll das bringen? Wie kann daraus etwas Konkretes entstehen? Die Schweiz darf sich daran erinnern, dass WONCA der Grund dafür war, dass sich die Jungen Hausärztinnen und -ärzte Schweiz (JHaS) formierten. Das war 2006. Zwölf Jahre später sind die JHaS mit 1000 Mitgliedern und knapp 500 Besuchern am JHaS-Kongress in Thun deutlich in unserer Realität angekommen. EGPRN ist Teil dieser WONCA-Familie, die als Katalysator für Forschung in Europa dient. In Lille wurden entsprechend interessante Resultate vorgestellt, die in der Folge erleutert werden.

## Eine «*heartsink*» Patientin

Kennen Sie das? Sie erklären, nehmen sich Zeit, zeigen Verständnis und trotzdem bleibt Ihnen das Gefühl, dass diese Patientin nicht zufrieden ist mit Ihnen und mehr Untersuchungen fordert, alles hinterfragt und sowieso an Ihren Kompetenzen zweifelt. Sind Sie denn so schlecht, wie Sie sich nach dem Gespräch fühlen? Laurine Lebas aus Paris wollte dies wissen: Sie nahm eine Schauspielpatientin und liess sie einmal eine Konsultation als fordernde, «*heartsink*» Patientin und einmal als neutrale Patientin spielen und filmte beide Sequenzen. Angehenden Hausärztinnen und Hausärzten

zeigte sie dann zufällig nur die eine oder andere Sequenz und erhob, wie gut die Ärzt/-innen die Diagnose der Schauspielerin errieten, wie viele Zusatzuntersuchungen sie veranlassen würden und wie sie sich nach dem Anschauen der Sprechstunde fühlten. Ahnen Sie es? Bei der Heartsink-Patientin wurde genauso gut diagnostiziert, aber mehr Tests angeordnet, und das hinterliess bei den Teilnehmenden ein schlechteres Gefühl, was ihre Qualität als Hausärzt/-innen betraf.

### Wie vermitteln wir die Sichtweise unserer Patientinnen und Patienten?

Es gibt diese Situationen, wo wir uns mehr auf die Sichtweise unserer Patienten einlassen sollten. Doch wie kann man diese Fähigkeit noch besser vermitteln? Bei multimorbiden Patienten beispielsweise kann es eine Herausforderung sein, dass die nötige Priorisierung der Behandlung die Erwartung beider erfüllt, der Hausärztin wie auch ihres Patienten. In Paris kommen daher ebensolche multimorbiden Patienten als «*teachers*» für angehende Hausärztinnen und -ärzte zum Einsatz. Cam-Anh Khau berichtete von den ersten Erfahrungen mit über 120 jungen Ärztinnen und Ärzten, die positiv ausfielen. Das Modell wurde geschätzt und als wertvoll empfunden. Ebenso stieg die Fähigkeit, die Sichtweise der Patienten zu verstehen.

### Interprofessionalität – Sicht von Hausärzten, Pflegenden und Patienten

Naomi Aerts aus Antwerpen ist selbst Pflegende. In Belgien kommen Kolleginnen wie Naomi bereits in Praxen zum Einsatz, und so wurde es an der Zeit, mittels Fokusgruppen alle drei involvierten Partner (Ärzt/-innen, Pflegende und Patient/-innen) zu den Erfahrungen zu befragen. Folgende Themen stachen besonders heraus:

1. Alle müssen eine gemeinsame Mission und Vision für Interprofessionalität entwickeln, sonst ziehen die Partner nicht am gleichen Strick.
2. Es braucht ein vertrauensvolles Verhältnis vom Arzt wie auch von der Pflege zum Patienten.
3. Delegierte Aufgaben müssen dem Patienten gegenüber transparent gemacht werden, also wer was wann macht.

In der darauffolgenden Diskussion in Lille betonte eine Hausärztin aus Dänemark – wo schon lange Pflegende in der Praxis im Einsatz stehen –, dass es die Verantwortung von ihr als Hausärztin sei, die Pflegende auszubilden und Aufgaben zu übertragen, und dass sie auch regelmässig Sprechstunden gemeinsam abhalten. Somit kann sie als Hausärztin nicht nur den Über-

blick behalten, sondern auch auf ihre Bedürfnisse abgestimmt das Mass der Aufgabenübertragung selbst bestimmen.

### Hausärztinnen als *Gatekeeper* – wo klappt es gut, wo weniger

Sophie Haghighi aus Paris verglich in einer systematischen Übersichtsarbeit elf OECD-Länder auf ihre Stärke in Bezug auf *Gatekeeping*, und ob es nach der Einführung grössere Veränderungen an der Rolle der Hausarztmedizin gab. Sie fand, dass in diesen elf Ländern elf unterschiedliche Systeme zum Einsatz kämen. Spanien und Grossbritannien setzten ein striktes System ein, wo der Zugang zur Spezialistin/zum Spezialisten ohne Überweisung nicht möglich sei. Die Mehrzahl setzte auf Sanktionen beim Umgehen der Hausarztmedizin (Australien, Kanada, Dänemark, Frankreich, Italien, Holland und Norwegen). *Gatekeeping* wurde vielerorts in den Jahren 2000 eingeführt und habe sich in den letzten 18 Jahren kaum verändert. Eine Kanadierin im Publikum erklärte zu ihrem Land, dass eine Wartezeit von sechs bis zwölf Monaten bei Spezialisten den Effekt des *Gatekeepings* erklärten. Ein Britischer Kollege erklärte die Rolle der *Walk-in-Kliniken*, die vom *Gatekeeping* ausgenommen seien. Da dort aber nur Hausärztinnen und Hausärzte arbeiten und diese nicht einmal an Spezialist/-innen überweisen dürften, sondern nur die Niedergelassenen, ist auch dort das *Gatekeeping* strikt. Der Kollege wies auch auf die vielen Mängel des NHS und den Brexit-Verhandlungen geschuldeten, negativen Veränderungen hin. So wollten Patienten, die eine Spezialistin brauchen, zwar zum Hausarzt gehen, dieser habe aber keine Valenzen, und so landen diese Patienten wieder in der *Walk-in-Klinik*, und die Reise beginnt von vorn.

### Und wurden diese Projekte schliesslich auch publiziert?

Maxime Pautrat von Ligueil (Frankreich) verfolgte, was mit eingereichten *Abstracts* passierte und ob sie innerhalb dreier Jahre auch publiziert werden. Verglichen mit zwei französischen Hausärztekongressen, wo nur 30% der *Abstracts* später auch tatsächlich in *peer-reviewten* Zeitschriften publiziert werden, schafften es über 50% der Beiträge von EGPRN-Meetings ans Ziel. Lässt sich hoffen, dass es dieses internationale Netzwerk von Experten ist, das hilft, Projekte auch erfolgreich zu publizieren. Zum Vergleich: Nach einem amerikanischen Kardiologie-Kongress wurden ebenfalls nur 30% der Resultate publiziert.

## Ist das Gras wirklich grüner auf der anderen Seite?

EGPRN zeigt aber auch Projekte, die noch ganz am Anfang stehen. Wer in der beliebten «1-Folie-5-Minuten Session» einen Platz erhält, hört wie zum Beispiel Nele Michels aus Belgien ihr Projekt vorstellt, um zu verstehen, warum Hausärztinnen und -ärzte in Europa ihr Land verlassen, welche Gedanken sie zu diesem Entschluss trieb, und um bei Rückkehrern deren Erfahrung und Rückkehrgründe zu erfassen. Rasch findet sie in der Diskussion Hinweise, welche Methodik gewählt und wie migrierte Ärztinnen und Ärzte ausfindig gemacht werden könnten. Nele geht zurück nach Hause mit E-Mail-Adressen von Kollegen aus anderen Ländern, die ihr helfen, dieses Projekt auch umzusetzen.

Aber sind wir nicht alle genug mit Arbeit ausgelastet? Warum wollen wir uns zusätzlich für solche Projekte engagieren? Michael Harris, Professor für Hausarztmedizin aus Grossbritannien, begründet seine Motivation beim Vorstellen eines Forschungstrainings, bei dem er in der Ukraine zwei Tage bei zukünftigen akademischen Hausärzten verbrachte, um sie auszubilden so: «In Grossbritannien ist Forschung in Hausarztmedizin stark entwickelt. Institute sind riesig, und so spiele ich dort eine kleine Rolle. Durch die Zusammenarbeit wie im Fall der Ukraine sehe ich, dass ich dort eine Veränderung herbeiführen kann, die grösser ist.» In seinem Fall ist das Gras grüner auf seiner Seite, schmecken tut es ihm aber drüben besser.

## Information zum EGPRN-Kongress

Alle vorgestellten und weiteren Projekte finden sich als Abstract-Buch online ([www.egprn.org](http://www.egprn.org)). Auf Twitter kann man sich die eindrucklichsten Präsentationen mit #EGPRNLille rausfiltern. Lust teilzunehmen? EGPRN-Kongresse finden jeweils im Mai und Oktober statt. Teilnehmer, die gleichzeitig EGPRN-Mitglied sind, profitieren von 50% Rabatt auf den Kongress. Einzelmitgliedschaften für sechs Kongresse (d.h. drei Jahre) kosten 250 Euro. Institute können eine Institutsmitgliedschaft für sechs Kongresse à 800 Euro (über drei Jahre) abschliessen und erhalten damit

das Recht, zwei Kollegen pro Kongress mit 50% Rabatt auf den Eintritt zu delegieren.

Nächste Kongresse:

- Sarajevo, Bosnien und Herzegowina, 4.–7. Oktober 2018
- Tampere, Finnland, 9.–12. Mai 2019
- Vigo, Spanien, 17.–20. Oktober 2019
- Göteborg, Schweden, 7.–10. Mai 2020

Mehr auf [www.egprn.org](http://www.egprn.org)



Die vier nächsten Austragungsorte des EGPRN-Kongresses.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Sven Streit,  
MSc  
Universität Bern  
Berliner Institut für Hausarzt-  
medizin BIHAM  
Mittelstrasse 43  
CH-3012 Bern  
[sven.streit\[at\]  
biham.unibe.ch](mailto:sven.streit[at]biham.unibe.ch)