

### Charta Zusammenarbeit Spital – Praxis der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin

Stationäre und ambulante Medizin bilden ein Spannungsfeld. Das war schon immer so, aber unter den Bedingungen stürmischer Entwicklungen im Gesundheitswesen und unter dem zu beobachtenden Zerfliessen ehemals festgefügtter Strukturen und klarer Abgrenzungen nimmt die Spannung zu. Effektiv ist es zunehmend schwierig, klipp und klar zu definieren, wo der eine Bereich aufhört und der andere anfängt.

Zwischen stationärer und ambulanter Medizin gibt es eine Serie von Schnittstellen, an denen verschiedenste Konflikte und Probleme aufflackern können: organisatorische, persönliche, versicherungstechnische und sonstige finanzielle oder solche, welche mit Zuständigkeiten oder Verantwortlichkeiten zu tun haben.

Die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin hat auf der Grundlage einer breiten Befragung von Kolleginnen und Kollegen in Spital und Praxis die vorliegende Charta verfasst, die vor allem mithelfen soll, die offenen oder mottenden Probleme offen anzusprechen und zu diskutieren. Der Text soll keinesfalls ein Regelwerk sein und er erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder allgemeine Gültigkeit. Er wurde aber schon im Entwurf als Basis für Gespräche zwischen Spitalern und praktizierenden Ärzten verwendet und als nützliches Instrument bezeichnet.

Letztlich beruht eine gute Zusammenarbeit dann stets auf der Berücksichtigung lokaler Bedingungen und auf dem immer wieder neu gesuchten, direkten Gespräch zwischen den beteiligten Ärztinnen und Ärzten.

Die SGIM hofft, mit der Charta Zusammenarbeit Spital – Praxis einen Beitrag dazu leisten zu können.

*W. Bauer, Präsident SGIM*

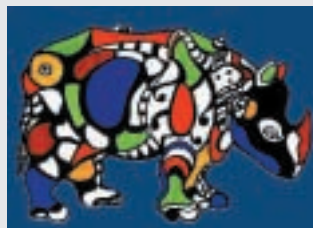
## SGIM-Charta Zusammenarbeit Spital – Praxis

### Grundlagen

- Die ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung wird durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit des stationären und des ambulanten Sektors sichergestellt. Im Zeichen der Entwicklung von vernetzten Strukturen und von Disease-Management-Modellen verwischen sich die Grenzen zwischen den beiden Sektoren zusehends.
- Nur der manifestierte Wille und das persönliche Engagement der beteiligten Ärztinnen und Ärzte stellt eine befriedigende Kooperation sicher.
- Die immer wieder bewusst gesuchte Kommunikation in beiden Richtungen ist eine unverzichtbare Grundlage für die erfolgreiche Zusammenarbeit. Dies gilt sowohl für die praktizierenden Ärzte namentlich bei der Übermittlung aller notwendigen Befunde und Daten beim Spitaleintritt eines Patienten als auch für die Spitalärzte bei der zeitgerechten Information des Hausarztes am Ende einer Hospitalisierung oder bei wichtigen Vorkommnissen.
- Wirtschaftliche Aspekte und Qualitätsprobleme müssen als Realitäten akzeptiert und diskutiert werden.
- Neue oder weiter ausgebaut Modelle einer erweiterten Zusammenarbeit oder teilweisen Integration von Praxis- und Spitaltätigkeit sollten ihre Chance erhalten. Sie können möglicherweise Schrittmacherfunktion für zukünftige Entwicklungen übernehmen.
- Als Leistungsanbieter sind Spital und Praxen in bestimmten Bereichen auch Konkurrenten. Es sollte keine Illusion sein, hier zumindest Fairness zu fordern. Automatische Nachkontrollen in der Spitalambulanz stossen oft auf wenig Verständnis der einweisenden Ärzte, gleichzeitig erwarten diese aber ohne weiteres die permanente Bereitschaft des Spitals.
- Noch wenig ausgeschöpft werden die prinzipiell bestehenden Möglichkeiten gemeinsamer klinischer Forschungsprojekte vor allem in den zunehmend wichtiger werdenden Bereichen integrierter medizinischer Systeme, des Disease-Managements, der Outcome-Forschung, der Decision Analysis unter Einbezug ökonomischer Fragestellungen.

### Kommunikation

- Kommunikation ist Informationsaustausch. Dem Einweisungszeugnis mit allen nötigen Angaben entspricht die sofortige Kurzinformation bei Austritt, Übertritt in eine andere Institution oder Tod, gefolgt von einem Austrittsbericht mit allen für die Patientenbetreuung relevanten Befunden und Überlegungen.
- Die gegenseitigen Bedürfnisse müssen periodisch ermittelt werden. Regelmässige Aussprachen der Spitalärzte mit den praktizierenden Ärzten oder jeweils einer Delegation beider Gruppen können sicherstellen, dass die Kommunikation in beiden Richtungen optimiert und aktualisiert werden kann. Sie verhelfen auch dazu, dass sich die Beteiligten persönlich kennen, was oft an sich schon mithilft, mögliche Friktionen zu entschärfen.
- Die Kenntnis des Angebotes und der Verfügbarkeit beider Partner ist eine Grundlage für die optimale Zusammenarbeit. Die Spitalärzte müssen wissen, ob ein Hausarzt gewisse Kontrollen und Nachbehandlungen (z. B. Naht- und Gipsentfernung, Röntgenkontrollen, EKG, Sonographie, Labor, Chemotherapien) kompetent durchführen kann und wie er zeitlich verfügbar ist.
- Das Berichtswesen ist ein entscheidender Faktor. Wünschenswert wäre ein Kurzbericht unmittelbar beim Austritt mit Fax oder – sofern die Frage des Datenschutzes gelöst ist – mit E-Mail oder zumindest per Telefon. Der vollständige Bericht sollte innert fünf bis zehn Tagen vorliegen und alle relevanten Befunde und Begründungen für Therapieänderungen, neue Therapien oder andere wichtige Massnahmen enthalten.
- Der Einbezug der Hausärzte in wichtige soziale und medizinische Entscheidungen (Pflegeheimweisung, vormundschaftliche Massnahmen, schwere therapeutische und diagnostische Eingriffe bei schwerkranken oder alten Patienten) kann deren Qualität und Akzeptanz bei Patienten und Angehörigen verbessern.
- Bei Patienten mit besonders gelagerten Krankheitsbildern sind auch die Spitalärzte an einem Verlaufsbericht interessiert.
- Je nach lokalen Möglichkeiten und Bedürfnissen bestehen weitere Möglichkeiten zur Vertiefung von Informations- und Gedankenaustausch: Sicherstellung der direkten telephonischen Erreichbarkeit der Kaderärzte, Möglichkeiten des Internets, Hotline, Telephonkonferenzen, informelle Oberarztrunden, Therapiekonsensgruppen Spital/Praxis, Abgabe der Medikamentenliste oder anderer interner Richtlinien des Spitals an die zuweisenden Praktiker, Teilnahme an Visiten.



**71. Jahresversammlung  
der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin  
sowie Jahrestagung der  
Schweizerischen Gesellschaft für Hämatologie  
Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie  
Sektion Klinische Pharmakologie und Toxikologie  
Schweizerischen Hypertonie-Gesellschaft**

*Ort und Datum:* Basel, Mittwoch, 21. Mai, bis Freitag, 23. Mai 2003

Der *Klinische Track* soll Gelegenheit geben, nicht nur das Neueste, sondern das Entscheidendste zu erfahren.

*Clinical year in review:* Exponenten aus verschiedenen Fachgebieten der Medizin bieten einen Überblick über neueste wissenschaftliche und klinisch relevante Erkenntnisse ihres Faches.

*Clinical pearls:* Chefärzte der Nordwestschweiz präsentieren ausgewählte Fälle.

*Workshops:* Grundversorger und Experten bearbeiten gemeinsam mit dem Publikum ein Thema in kleinen Gruppen.

*Skill lab:* Informatik, Blutdruckmessung, Gastroskopie, Bronchoskopie, Inhalationstechniken, Prostata-palpation, Selbststudiumprogramme in Radiologie, Ergonomie am Arbeitsplatz.

*Sachverständigenprüfung im Strahlenschutz BAG:* 21. Mai, um 11.45 Uhr.

*Administratives Sekretariat:* Jahresversammlung SGIM 2003, c/o AKM Congress Service, Postfach, 4005 Basel, Tel. 061 686 77 11, Fax 061 686 77 88, E-Mail: info@akm.ch

**Website mit weiteren Infos:** [www.akm.ch/sgim2003](http://www.akm.ch/sgim2003)

### Fortbildung

Die medizinischen Spitalabteilungen haben ohne eigentlichen strukturierten Auftrag eine zentrale Bedeutung für die Fortbildung der Ärzte in ihrer Region.

- Die praktizierenden Ärzte schätzen eine Fortbildung, die sich aus Kongressbesuchen, Fortbildung an Universitäts- und Regionalspitälern, Lektüre und zunehmend auch aus der Anwendung elektronischer Medien modular und liberal zusammensetzen lässt.
- Interaktive Formen der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten stehen heute im Vordergrund, doch auch die souveräne Magistralvorlesung mit Diskussionsmöglichkeit wird ihren Platz behalten.
- Fortbildungsveranstaltungen sind grundsätzlich zu evaluieren.
- Wo sinnvoll und möglich wird die Abgabe schriftlicher Unterlagen geschätzt; je nach Thema kann es sich hier auch um die internen Weisungen des Spitals handeln, deren Kenntnis für die nachbehandelnden Ärzte wertvoll sein kann.
- Möglichkeiten von Austauschprogrammen Spital – Praxis auch im Rahmen von Praxisassistenzmodellen sind lokal zu evaluieren und zu testen.

### Perspektiven

- Die Auffassung, wonach bestimmte Patienten oder bestimmte Krankheiten einem Arzt, einer Spezialistengruppe oder einer Klinik «gehören», ist je länger, je unhaltbarer.
- Die strikte Aufgabenteilung der verschiedenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen – Hausärzte, Spezialärzte, Spitäler, Spitex, Zentren, Heime, Kur- und Rehabilitationsinstitutionen und andere – zerfließt zunehmend. Nachfrage, Marktbedingungen, Konkurrenzsituation, technische und strukturelle Entwicklungen, finanzielle Anreize und andere Faktoren führen zu einem Strukturwandel. Er müsste durch den Aufbau vernetzter Strukturen positiv genutzt werden.
- In Zukunft wird das Qualitätsmanagement in den Bereichen Diagnostik, Therapie und kontinuierliche Betreuung für die ganze Abklärungs- und Behandlungskette der Patienten immer grössere Bedeutung erlangen. Hier kann nur die Eigeninitiative von Spitalern und Praktikern Regulierungen von dritter Seite verhindern.
- Die Empfehlungen dieser Charta beziehen sich auch auf das Verhältnis der im ambulanten und im stationären Bereich tätigen Ärzte grosser Spitäler oder zukünftiger Gesundheitsorganisationen mit stationären und ambulanten Sektoren (Modell: Spital betreibt Praxen bzw. ambulantes Netzwerk betreibt Spital).