



Unzeitgemässe Anforderungen an die Arztpraxen – Mangel an Lehrstellen für medizinische Praxisassistentinnen

In seiner Zuschrift kündigt ein Kollege quasi offiziell die Aufgabe der Ausbildungsstelle für MPAs in seiner Praxis an [1]. Die praktische Röntgenausbildung in der Praxis konnte nicht angeboten werden, und der Ersatz auswärts war zu aufwendig punkto Zeit und Organisation. Sicher ist es kein Einzelfall: Allzu viele Ärzte verzichten achselzuckend auf eine Ausbildungsstelle, weil ihre Praxis nicht dem fiktiven Normalfall einer Hausarztpraxis entspricht. Ebenfalls keine Einzelfälle sind leider auch die jungen Frauen, die verzweifelt eine Lehrstelle suchen. In unserer Gemeinschaftspraxis in Zürich meldeten sich für die eine Stelle im 2003 an die 70 Bewerberinnen.

Ich bin neben meiner Praxistätigkeit als Fachdozent an verschiedenen Pflegeschulen tätig. In diesem Berufsbereich beobachte ich eine grosse Innovationsbereitschaft, und immer wieder – vielleicht allzuoft – werden die Ausbildungsgänge umgestaltet und den veränderten Erfordernissen des Pflegeberufes angepasst. Bei der Ausbildung zur MPA soll jedoch auf immer und ewig alles beim alten bleiben. Also eine Röntgenausbildung um jeden Preis, obwohl es viele interessante und abwechslungsreiche Stellen gibt, wo nicht Röntgen gefragt ist, sondern zum Beispiel gute Fähigkeiten für Korrespondenz- und Sekretariatsarbeiten. Bei den Fremdsprachen wird an den Schulen immer noch das Italienisch in einer Schnellbleiche eingedrillt, obwohl in der Praxis am Flughafen Englisch sicher wichtiger und in Zürich-Altstetten Türkisch ohne Zweifel nützlicher ist. Fächer hingegen, in denen Persönlichkeitsbildung gepflegt und kommunikative Fähigkeiten eingeübt werden, sucht man vergeblich in den Stundenplänen der Arztgehilfenschulen.

Die Ausbildung zur MPA müsste modular aufgebaut werden, mit Kernfächern und optionalen Bausteinen. Sicher kein einfaches Unterfangen. Aber immerhin besser, als die Augen zu verschliessen vor den Entwicklungen in den realen Arztpraxen und den Nöten der jungen Menschen bei der anhaltenden Lehrstellenknappheit.

Dr. med. Felix Schürch, Zürich

1 Zimmerli T. Aufgabe einer langjährigen MPA-Lehrstelle. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(39):2019.



Aufgabe einer langjährigen MPA-Lehrstelle

Gesamtschweizerisch ist die Anzahl der MPA-Lehrstellen in den vergangenen Jahren zwar leicht angestiegen; sie ist aber immer noch ungenügend. Ich bedaure daher sehr, dass Herr Kollege Zimmerli seine Lehrstelle aufgeben will [1].

Eine MPA-Ausbildung ohne Röntgen gab es in früheren Jahren. Diese Berufsfrauen hatten Probleme bei der späteren Stellensuche und mussten oft auf eigene Kosten ihren Röntgenausweis nachholen. Damit werden zwei Klassen von medizinischen Praxisassistentinnen geschaffen. Dies gilt es zu vermeiden.

Jede Berufslehre soll als Grundausbildung alle Tätigkeiten des erlernten Berufs umfassen. Kann in einer Praxis nicht das gesamte Spektrum an Tätigkeiten erlernt werden, muss die Lehrtochter für diese Arbeiten in einem anderen Betrieb ausgebildet werden. Fürs Röntgen besteht eine Empfehlung der FMH von 200 Stunden. Die Probleme können sich auch in einem anderen Bereich zeigen, z. B. Labor, EKG, Textverarbeitung, Rechnungswesen etc.

Selbstverständlich gibt es Schwierigkeiten, eine Lehrtochter umfassend in allen Sparten auszubilden, wenn einzelne Tätigkeiten in der eigenen Praxis nur selten oder gar nie durchgeführt werden. Mit diesen Problemen kämpft jeder gewerbliche Kleinbetrieb, welcher Lehrlinge ausbildet. Die Lehrlingsausbildung kann sich aber unmöglich auf wenige grosse Allrounder-Betriebe beschränken. Wir schaffen die Lehrstellen weder fürs kantonale Berufsbildungsamt noch für die FMH, sondern damit wir praktizierenden Ärzte bei Bedarf genügend ausgebildetes Personal auf dem Arbeitsmarkt finden können.

Folgende Problemlösung bietet sich an und existiert in der Industrie für andere Lehrlingsausbildungen seit Jahren: Verschiedene Betriebe (Arztpraxen) schliessen sich zu einem Ausbildungsverbund zusammen. Durch Rotation der Lehrtöchter (z. B. jährlich) kann nicht nur die Ausbildung interessanter und umfassender gestaltet werden. Es können auch verschiedene Spezialarztpraxen in die Ausbildung miteinbezogen werden, welche weder Röntgen noch Labor besitzen, vielleicht aber viel Administration zu bieten haben. Hier gibt es eine Vielzahl von guten Möglichkeiten, wenn der regionale Ärzteverband in Zusammenarbeit mit dem Regionalspital Lösungen finden will. Ein zusätzlicher Vorteil resultiert indirekt, indem die Arztpraxis immer über eine konstante Anwesenheit

einer Lehrtochter mit identischem Ausbildungsstand verfügt.

Lässt sich mit den Kollegen im regionalen Verband keine optimale Lösung vereinbaren, schickt man die Lehrtochter am besten während eigener Abwesenheiten infolge Fortbildung, Kongressen, Sitzungen (oder Ferien ausserhalb der Schulzeit) tageweise an eine entsprechende Stelle. Dazu eignet sich fürs Röntgen ein Pneumologe, Orthopäde, Chirurg oder Rheumatologe. Im Kanton Aargau haben wir gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Regionalspitälern gemacht.

Natürlich ist es hilfreich, wenn der Kantonal- bzw. Regionalverband eine Liste geeigneter Zusatzstellen führt und den Mitgliedern zur Verfügung stellt. Im Idealfall könnte das kantonale Verbandssekretariat eine koordinierende Funktion übernehmen.

Ich hoffe, dass Kollege Zimmerli die MPA-Ausbildung als nicht immer einfache, aber interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit sehen kann und seine Lehrstelle nicht aufgeben wird.

*Dr. med. Verena Gantner, Muri
Mitglied Fachkommission MPA, Kt. Aargau*

- 1 Zimmerli T. Aufgabe einer langjährigen MPA-Lehrstelle. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(39):2019.



Erfahrungen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton St. Gallen

Den Aussagen von H. D. Brenner, W. Rössler und U. Fromm, was den zukünftigen Weg der Psychiatrie in der Schweiz betrifft, können wir uns anschliessen [1]. Die Entwicklung der psychiatrischen Behandlung von der intramuralen stationären zur ambulanten und gemeindenahen ist sicher zu begrüssen. Ebenso die Behandlung durch interdisziplinäre und multiprofessionelle Teams. Die Wiedereingliederung bzw. Rehabilitation sollte in der Zukunft zweifellos einen wichtigeren Platz in der Gesamtbetreuung finden, als es in der Vergangenheit der Fall war. Auch wir sind der Meinung, dass man den heutigen Engpässen in der Versorgung nicht nur mit einer Erhöhung der Zahl der Klinikplätze begegnen kann. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die oben erwähnten Entwicklungen z. T. bereits in einem weit fortgeschritteneren Stadium als in der Erwachsenenpsychiatrie. Die psychiatrische Hospitalisierung eines Kindes bzw. Ju-

gendlichen wird sorgfältig geprüft und ist selten: In der ganzen Deutschschweiz mit etwas über 4½ Millionen Einwohnern gibt es insgesamt etwa 270 psychiatrische Spital- und Klinikbetten für Kinder und Jugendliche [2]. Dies sind 0,06 Betten pro 1000 Einwohner im Vergleich zu 1,4 Betten pro 1000 Einwohner in der Erwachsenenpsychiatrie. Da der Anteil der Kinder und Jugendlichen in der Gesamtbevölkerung etwa 20 % ausmacht, würde das einer Bettendichte von 0,3 pro 1000 Kinder und Jugendlichen entsprechen, also wesentlich weniger als in der Erwachsenenpsychiatrie. Der Löwenanteil der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit geschieht schon heute in Ambulanzen sowie Arzt- und Therapeutenpraxen in Gemeindenähe. Dabei ist der Gedanke der interdisziplinären Arbeit in multiprofessionellen Teams hauptsächlich in den Ambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste selbstverständlich. Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nimmt die Wiedereingliederung bzw. Rehabilitation an Bedeutung ständig zu. Leider sind in diesem Bereich die Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten bei weitem noch nicht optimal. Die Ausweitung des Rehabilitationsangebotes ist wünschenswert (z. B. Frührehabilitation bei Jugendlichen mit Erstmanifestation einer Psychose). Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht da für die kommenden Jahre eine erhebliche Herausforderung.

Unsere Erfahrungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung des Kantons St. Gallen sind, verglichen mit der im Artikel geschilderten Situation in der Erwachsenenpsychiatrie, doch recht ermutigend. Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie registrierten wir in den letzten Jahren eine ständige Zunahme der stationär behandelten Patienten. Diese Zunahme konnte bei uns jedoch ohne eine Erhöhung der Klinikbetten bewältigt werden, und zwar mit verkürzter Aufenthaltsdauer und einer intensiveren Zusammenarbeit mit den zuweisenden und nachbehandelnden Stellen. In der Klinik Sonnenhof mit 34 Plätzen wurden im Jahr 1998 36 Patienten aufgenommen (durchschnittliche Aufenthaltsdauer 12 Monate). Im Jahr 2002 hingegen wurden bei gleichbleibender Bettenzahl 86 Patienten aufgenommen bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 4½ Monaten. Die stationäre Aufnahme von Kindern und Jugendlichen erfolgt in der Regel nach einer ambulant stattgefundenen Abklärung und Behandlung. Von den 74 Patienten, die von Januar bis August 2003 in der Klinik Sonnenhof aufgenommen wurden, waren 84 % bereits vorher im ambulanten oder stationären Rahmen abgeklärt oder behandelt

worden. Etwa $\frac{1}{3}$ der stationär aufgenommenen Kinder und Jugendlichen waren vorher in Psychotherapie. Über die Hälfte der Patienten wurde durch kinder- und jugendpsychiatrische Fachstellen zugewiesen; 22 % durch Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste, 12 % durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 20 % durch andere Kliniken, nur 10 % wurden durch den Hausarzt zugewiesen.

Die institutionelle ambulante Versorgung ist im Kanton St. Gallen regional und flächendeckend geregelt. Die Psychiatrieplanung ist aufgrund ausserkantonaler Zahlen davon ausgegangen, dass jedes Jahr rund 1 % (je nach Landesteil schwankt die Zahl zwischen 0,7 % und 1,5 %) aller Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren ambulante psychiatrische Hilfe in einer Institution in Anspruch nimmt, und zwar in Ergänzung zur Versorgung durch Privatpraxen.

Die Tagesklinik in St. Gallen ist gut belegt. Zwei weitere Tagesklinikeinheiten sind regional geplant, deren Realisierung angesichts der finanzpolitischen Situation jedoch seit Jahren zurückgestellt.

Dr. Robert Fisch, Klinik Sonnenhof, Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Ganterschwil

Dr. Ruedi Zollinger, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen

- 1 Brenner HD, Rössler W, Fromm U. Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(35):1777-86.
- 2 Meng H, Bilke O, Braun-Scharm H, Zarotti G, Burgin D. Indications for inpatient child and adolescent treatment. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 2002;51:546-58.



Amplifizierende Gedanken eines ehemaligen Kinderarztes zu «Der Anästhesist» [1]

Jetzt frag nur bloss nicht, was das ist. Ich frage zwar nicht, bekomme aber doch folgende Antwort:

1. Abschnitt: Er leidet schon sein ganzes Leben, er fürchtet, dass die Welt ihn nicht für wirklich wichtig hält.

Meine Frage: Ist er ein Masochist oder ein Angsthase, der Angst hat zuzugeben, dass für ihn das Wichtigsein so wichtig ist? Also ein heimlicher oder verkappter Wichtigtuer, ein Wicht, ein «Gernegross»? Warum hat er denn diesen Beruf, bei dem doch das Wohlergehen des Patienten das Wichtigste wäre bzw. sein sollte, gewählt? Etwa weil er seine für ein paar Stunden sogenannten Patienten ohne allzu grosse körperliche Anstrengung bewusstlos machen kann und dafür offenbar noch sehr gut bezahlt wird. Wenn dem nicht so wäre, gäbe es unter seinen Kollegen nicht einige, die nach Abzug aller Unkosten mehr als eine Million Schweizer Franken im Jahr Einkommen versteuern müssen.

2. Abschnitt: Er leidet schon als Medizinstudent darunter, dass er «freiwillig» in den Ausbildungskurs für Anästhesie gehen muss, obschon diese Vorlesung seine Kollegen nicht interessiert, da sie ja nicht Anästhesisten werden wollen.

Dann wird es im Spital erst so richtig infernal. (Hoffentlich wird es für die Patienten nicht zum «Inferno».) Warum? Weil die «Operativen» glauben, er würde noch mit Äthermasken arbeiten und ein bisschen Lachgas geben? Inwiefern ist das die «Hölle»? Etwa nur deshalb, weil sich infernal einigermassen auf Spital reimt?

Apropos Reim: Im «Anästhesisten» reimt sich nur ein kleiner Teil der Zeilenendenpaare, und ein Rhythmus, bei dem man nicht immer wieder stolpert, ist nicht erkennbar. Der Leser ist versucht zu denken: Schuster, pardon, Anästhesist, bleib bei deinem Äther und Lachgas.

3. Abschnitt: Doch am schlimmsten trifft ihn immer ... Als zumindest rhythmische Fortsetzung wäre besser: weil noch schlimmer geht es nimmer.

Warum? Weil es wohl ganz offensichtlich das Problem dieses erdichteten Anästhesisten ist, dass er sich durch den «Operationskandidaten» wie Luft behandelt fühlt. Denn auf den ja auch möglichen Gedanken kommt er nicht: Der junge Mann könnte sich durch das Hören von rhythmisch mitreissender Musik, die er in seiner Begeisterung als krass bezeichnet, selbst so ablenken, betäuben bzw. sich selbst so tief in Trance

versetzt haben, dass oder damit er seine Angst vor der bevorstehenden Operation vergisst.

4. Abschnitt: «Unser Mensch tut seine Pflicht.» Wir erfahren erst jetzt, dass der Anästhesist ein Mensch ist. Der «junge Mann» hingegen entpuppt sich als junger Wicht. Dies tut er vielleicht wie Morgensterns kluges Wiesel auch nur um «des Reimes willen». Wie dem auch sei: Der junge Mann wird wohl gemerkt erst am Abend vor der Operation über Risiko, Nebenwirkung (von was?), Haftpflicht ja sowieso aufgeklärt, wie wenn das so kurz vor der Operation für ihn eine Beruhigung wäre zu erfahren: «Denn auch bei 'ner Vollnarkose geht mal etwas in die Hose» des Anästhesisten? Wer sonst, wo doch Patienten im Operationssaal in den allerseltensten Fällen Hosen anhaben. Auch wenn es das Herz ist, das einem in die Hosen fällt, ist es psychosomatisch gesehen ein Zeichen von Schiss, dezenter ausgedrückt von Angst.

5. Abschnitt: Da den «Anästhesisten» die Wut packt, vielleicht ja auch nur als Versuch seine eigene Angst zu überwinden, geht er zum distanzloseren Du, zur Drohung und zum massiven Verbalangriff über, denn ohne Lachgas wird dem jungen Mann das Lachen schon vergehen. Ist das die Rache dieses erfundenen Anästhesisten, denn er schliesst: Wer nicht hören will, muss fühlen.

Wir wissen nicht, ob den Zuhörern des Eröffnungsreferates das Lachen auch vergangen ist oder ob sie es witzig, lässig, vielleicht sogar krass fanden. Wir Leser der SÄZ wissen auch nicht, wie das Gedicht, das eigentlich nach bisherigen Massstäben diese Bezeichnung nicht verdient, gemeint war, ob als Verhaltensempfehlung respektive als zu erreichendes Ziel des Fortbildungszyklus (von was bildet dieser Zyklus in dem Fall fort?) oder als abschreckendes Beispiel. Ich persönlich weiss nur, dass ich von Schubert lieber das Lied von der Forelle hören möchte, z. B. während einer notwendigen Lumbalanästhesie, obschon in diesem Lied ja ein heimtückischer Knabe vorkommt.

Dr. med. Werner Ricklin, Zürich

1 Schubert C. Der Anästhesist. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(37):1932.



Trojanische Pferde in der SÄZ? Ihre Replik

Sehr geehrter Herr Bienz

Ich bin Arzt in Weiterbildung am Universitäts-Spital Zürich und gehöre somit zum Teil der Ärzteschaft, welche sich mit allgemeinversicherten Patienten befasst. Eine Interessenverquickung mit der Hirslandengruppe ist also nicht gegeben. Um es kurz zu machen – Sie fordern die Ärzteschaft auf zur Stellungnahme betreffend Werbebeilagen in der SÄZ [1]. Insgesamt darf ich sagen, ich bin mit Ihrer Argumentation vollumfänglich einverstanden und konnte die Aufregung betreffend der mokierten Werbebeilage nicht verstehen.

1. Ich glaube, man kann es getrost dem Leser überlassen, wie der die Werbebeilagen und Werbebotschaften gewichtet und beurteilt. Einen «Spamfilter» durch die Redaktion oder einen Verlagsausschuss ist nicht nötig.
2. Der Effekt, dass Sie durch Werbung die SÄZ und das SMF günstig halten können, ist erwünscht und vor allem für die Leser, welche kein Professorengehalt haben, essentiell, damit sie sich diese Publikationen auch weiterhin leisten können. Sollten solche Preisaufschläge von gutverdienenden Kollegen propagiert werden und sich durchsetzen, müsste man es wohl den FMH-Mitgliedern freistellen, ob sie mit Ihrer Mitgliedschaft die Publikationen wünschen oder nicht. In meinem Fall müsste ich auf die Publikationen verzichten.
3. Ich empfinde den Ausdruck «trojanisches Pferd» im Zusammenhang mit einer klar ersichtlichen Werbebotschaft etwas übertrieben und kann die Aufregung nicht verstehen.
4. Bitte machen Sie weiter so und handhaben Sie Werbung und die Gestaltung der sehr gut gemachten Zeitschriften (insbesondere das SMF) in der bewährten Form.

Claude Cao, Zürich

1 Bienz R. Replik. Schweiz Ärztezeitung 2003; 84(37):1887.