

Referat anlässlich der Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik vom 9. November 2006

## Die Hausärzte der Zukunft – wo nehmen wir sie her?

Cape Disappointment:  
der falsche Leuchtturm.



Werner Bauer

Ich freue mich über die Gelegenheit, ein sogenanntes Impulsreferat halten zu können. Ein Impulsreferent hat eine dankbare Aufgabe: Denn Impulse sind ja keine Antworten und keine Lösungen. Diese zu finden, überlässt man anschliessend den Zuhörern.

Mir ist bewusst, dass ich einem Auditorium wie hier in Basel, einem Auditorium mit lauter Experten des Gesundheitswesens, seien sie nun das System Erhaltende, Verändernde oder am System Leidende, keine verblüffenden Neuigkeiten präsentieren kann.

Ich möchte Sie mit Überlegungen zu vier Themenkreisen gedanklich auf die folgenden Workshops einstimmen. Mit einigen dieser Impulse mögen Sie einverstanden sein, mit einigen so halb und mit einigen gar nicht – was ich keinesfalls möchte, ist, hier oben stehen und nur rhetorisch angenehm verpackten Konsens liefern. Ich hoffe allerdings nicht, dass Ihnen am Schluss genau das in Erinnerung bleibt, mit dem ich Sie persönlich geärgert habe.

Schon mit meinem Ausgangspunkt gehen vielleicht nicht alle einig: Ich gehe davon aus, dass ein Hausärztemangel besteht – und zwar schon heute! Es wird in Interviews noch von Verteilungsproblemen zwischen Stadt und Land gesprochen, von einer nicht so ganz klaren Situation, von einer Dramatik, die noch nicht so dramatisch sei. Als Ärzte wissen wir aber nur zu gut, dass viele Krankheiten und andere Übel dieser

Werner Bauer, spécialiste en médecine interne, ancien président de la SSMI et du Collège de médecine de premier recours (CMPR), dont il est encore membre du conseil de fondation, a tenu, lors du congrès de politique nationale de la santé en novembre dernier, un excellent exposé sur les perspectives de la médecine de premier recours en Suisse. Nous remercions l'auteur d'avoir bien voulu nous autoriser à l'imprimer dans le BMS et à le soumettre à notre lectorat.

*La rédaction*

Welt oft subklinisch beginnen und am Anfang eben noch keine dramatischen Symptome verursachen. Was wir aber auch wissen, ist, dass es genau diese frühe Phase ist, in der man eingreifen muss, wenn man intakte Heilungschancen haben will.

Noch ist der Hausärztemangel nur als eine Art mottende Glut erkennbar, die da und dort auflodert, wenn es darum geht, den Notfalldienst sicherzustellen oder wenn ein müde gewordener Hausarzt seine Praxis einer jungen Kollegin oder einem Kollegen übergeben möchte.

Das Grundproblem der Berufswahl zum Hausarzt und des Verhältnisses zwischen Spezialisten und Generalisten ist übrigens kein neues:

Korrespondenz:  
Dr. med. Werner Bauer  
Kohlrainstrasse 1  
CH-8700 Küsnacht  
werner.bauer@hin.ch

- 1892, Sir William Osler: «It is almost unnecessary to remark that the public has not been slow to recognize the advantage of a division of labor in the field of medicine. The desire for expert knowledge is, however, now so general that there is a grave danger lest the family doctor should become, in some places, a relic of the past.»
  - 2006, Beverly Woo, NEJM: «Although the line of students signing up for a career in primary care medicine is getting shorter, the line of patients in need of primary care doctors is getting longer every day.»
  - Berufsbilder wandeln sich.  
Auch das der Hausärzte – nicht nur das der Hausärzte
  - Und jetzt?  
Perspektiven!
- Zunächst die Frage nach der deklamatorischen oder der echten Unterstützung für die Hausarztmedizin, dann die zentrale Bedeutung von Aus- und Weiterbildung, drittens die Warnung vor der Verteidigung eines Mythos und schliesslich die Perspektiven, ohne die alle Bemühungen fruchtlos bleiben werden.

Der Bogen spannt sich vom 19. Jahrhundert bis heute.

Das Problem ist offensichtlich auch nicht auf die Schweiz beschränkt, wie die American Academy of Family Physicians: (NEJM, August 2006) berichtet:

Zur Verfügung stehende Weiterbildungsstellen (USA):

- 1994: 2774
- 2006: 2727

Von Absolventen amerikanischer Hochschulen besetzte Stellen:

- 1994: 1850
- 2006: 1132 (!)

Und eine soeben publizierte Studie in der Zeitschrift Swiss Medical Weekly doppelt nach:

#### **Primary care in Switzerland – no longer attractive for young physicians?**

(Swiss Med Wkly. 2006;136:416-24)

Befragungen von Absolventen des Medizinstudiums im 6. Studienjahr, im 2. und 4. Weiterbildungsjahr (n = 515): Im 4. Weiterbildungsjahr haben sich 42 (9,7%) Studienteilnehmer für die Facharzttrichtung Allgemeinmedizin entschlossen.

- 12 Studienteilnehmer: «Konstante» (über alle 3 Befragungen);
- 8 Studienteilnehmer: «Zuwanderer» (primär andere Wahl);
- 19 Studienteilnehmer: «Abwanderer» (primär Allgemeinmedizin als Ziel).

#### **Die Hausärzte von morgen und übermorgen – wo nehmen wir sie her?**

Ich habe die gewünschten Impulse dazu in vier Gruppen gegliedert:

- Alle haben die Hausärzte gern!  
Die Botschaft hören wir gern, allein uns fehlt ...
- Aus- und Weiterbildung sind wichtig.  
Aber: Weshalb wird der Pilot Pilot?

#### **Alle haben die Hausärzte gern!**

##### **Die Botschaft hören wir gern, allein uns fehlt ...**

Die vielen Worte der Sympathie, die wir momentan zu hören bekommen, machen Freude. Man kann sagen: Alle haben die Hausärzte gern.

Harmlose Randbemerkung: Es gab allerdings auch Zeiten, da hatten alle das Quartierlädeli gern!

Auch die anlaufenden neuen Aktivitäten zur Unterstützung der Hausarztmedizin sind mehr als nur zu begrüßen, allen voran die Arbeiten der Gesundheitsdirektorenkonferenz mit ihren Untergruppen zur Finanzierung der Weiterbildung und zum Notfalldienst.

Studenten und Ärzte in Weiterbildung werden diese aktive Unterstützung zur Kenntnis nehmen und bei ihrer Berufswahl im Auge behalten. Sie werden sich aber bei etwas analytischerem Betrachten der Szene auch fragen, ob da nicht auch Krokodilstränen fließen oder ob es nicht sogar Wellen der Sympathie gibt, in denen man ertrinken könnte?

Ich stelle die Frage jetzt einfach in den Raum: Sind die Deklamationen der Unterstützung für die Hausärzte wirklich alle echt und so gemeint, wie sie tönen?

Meinen alle unsere Polit-, Universitäts-, Industrie-, Krankenkassen- und Gesundheitsmarktstrategen wirklich eine starke Hausarztmedizin, sichergestellt durch eine akademisch bestqualifizierte und gezielt weitergebildete Fachgruppe von Ärztinnen und Ärzten, die in eigener Kompetenz eine Mehrzahl der gesundheitlichen Probleme diagnostizieren, behandeln oder einer spezialisierten Behandlung zuführen kann?

Oder schwebt den einen oder anderen von ihnen das eine oder andere Modell vor, in dem zwar auch von Hausärzten die Rede sein mag, aber nicht von *der* Spezies Hausarzt, wie wir sie für das Gesundheitswesen als zentral erachten.

Man könnte seine Funktion ja zum Beispiel auf die eines artreinen Nur-Gatekeepers reduzieren, eines Cerberus an der Pforte zu den Verheisungen des Gesundheitswesens. Damit sei gar nichts gegen Modelle gesagt, in denen die Hausärzte als erste Anlaufstelle darüber wachen, dass nur indizierte Hospitalisationen und Spezialuntersuchungen durchgeführt werden und keine Doppelspurigkeiten vorkommen. Es macht aber einen prinzipiellen Unterschied, ob die Hausärzte primär die ärztliche Grundversorgung wahrnehmen und in deren Rahmen für Zuweisungen und Einweisungen verantwortlich sind oder ob sie als kompetenzlose Filter und Türsteher agieren müssen, die noch essigsaurer Tonerde verschreiben, den Puls fühlen und Überweisungsscheine ausfüllen dürfen.

Man könnte auch argumentieren, dass eine vollständige akademische Ausbildung und dazu noch eine langjährige, breite Weiterbildung für die Hausärzte zu viel des Guten, zu lange dauere und vor allem zu teuer sei. Eine «Ärztin oder ein Arzt light» mit einem limitierten Rucksack für Schnupfen, Hexenschuss und verstauchte Füße würde auch genügen, besonders wenn ohnehin alle anspruchsvolleren Probleme ins Neuro-, Vaso-, Kardio-, Gastro- oder Metabolo-Zentrum weitergeleitet werden müssen. Die Gesundheitsversorgung wäre dann um Kompetenzzentren und shuttlebusbediente Spitalambulatorien herum aufgebaut, denen medizinische Anlaufstellen vorgelagert wären, für die die heutigen Fachärzte für allgemeine oder innere Medizin schlicht als überqualifiziert taxiert werden müssten.

Ich akzeptiere, dass man sich solche Überlegungen macht. Die kommende Generation will aber wissen, wohin der Weg führt.

### Impuls 1

Für die Berufswahl spielt die Zukunft des Systems, in dem man arbeiten wird, eine Rolle. Nötig ist eine ehrliche Diskussion über die Zukunft dieses Systems im Wandel, eine Diskussion mit Einbezug aller Beteiligten. Verbale Solidaritätsbezeugungen mit anderen Plänen in gewissen Hinterköpfen genügen nicht – die junge Generation hört mit.

### Aus- und Weiterbildung sind wichtig.

#### Aber: Weshalb wird der Pilot Pilot?

Es ist wohl unbestritten, dass wir alles daran setzen müssen, die Ausbildung der Medizinstudenten und die Weiterbildung der zukünftigen Fachärzte in den Hausarzt-disziplinen optimal zu gestalten, und es wird auch daran gearbeitet – da

etwas schneller, dort etwas überzeugter, andernorts etwas gemächlicher.

Wie jetzt weiter? Die immer etwa wieder auftauchende Idee der Neukreation eines urschweizerischen Konstruktes eines Familien- oder Hausarztes erachte zumindest ich schlichtweg als absurd. Sie erinnert mich an die helvetisierten Armeefunkgeräte, die wir als Aspiranten auf dem 100-km-Marsch mitschleppen mussten und deren Helvetisierung sich in mindestens vier Kilo zusätzlichem Gewicht niederschlug.

Die Ärztelandschaft ist nicht mehr nationalstaatlich begrenzt. Es gibt (neben der Pädiatrie) den weltweit anerkannten Facharzt-titel für Innere Medizin und es gibt den je nach Land und Kontinent etwas verschieden definierten Facharzt für Allgemeinmedizin oder Family Medicine.

Die beiden Weiterbildungsprogramme stehen sich sehr nahe, müssen weiter verbessert werden, weisen aber beide den Weg zu einem hohen Grad von Kompetenz für die Hausarztmedizin – immer unter der Voraussetzung, dass die spezifische Weiterbildung in der ambulanten Medizin jetzt endlich zur Selbstverständlichkeit wird. An diesen Weiterbildungsprogrammen muss weitergebaut werden. Deutschland sammelt im Moment im Rahmen der neuen Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer die ersten Erfahrungen mit dem Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin.

Ich stelle fest – und zwar nicht nur beim Hinhinhören in meine Internistenseele – sondern nach Gesprächen mit jungen Ärztinnen und Ärzten, die ihren beruflichen Lebensweg planen und dabei auch in die Welt hinausschauen, dass ihr Facharzt-titel neben den zentralen Elementen der Allgemeinmedizin unbedingt die Anerkennung für Innere Medizin beinhalten muss. So legt er die Basis für ein breites Spektrum von Möglichkeiten in der Schweiz und weltweit, und er bietet breite fachliche Perspektiven von der Hausarztmedizin bis hin zu einer Zusatzweiterbildung – die junge Generation weiss, dass das Lebenskript der Zukunft nicht mehr schlicht die Niederlassung am Ort X und das fünfunddreissigjährige Verharren am selben Ort X beinhaltet. Sie wird eine Fachrichtung wählen, die sie nicht von Anfang an einengt.

Nun aber: Weshalb eigentlich wird ein Pilot Pilot? Weshalb versuchen unzählige junge Menschen, eine Karriere in der Musik zu beginnen? Sicher nicht wegen der lockeren, angenehmen, hindernisarmen Ausbildung, die sie erwartet. Niemand wird Pilot, weil die Pilotenschule so toll ist – sondern eben, weil der Beruf erstrebenswert und attraktiv erscheint. Niemand möchte

erste Geigerin werden, weil das Konservatorium ein lustvoller Ort genussreichen Lernens ist – nein, weil das Ziel es wert ist, Anstrengungen auf sich zu nehmen.

### Impuls 2

Aus- und Weiterbildung sind fraglos wichtig, der Einbezug des Lernens in der Hausarztpraxis ist zwingend. Aber alle Erfahrungen zeigen, das Aus- und Weiterbildung zwar Elemente des Berufsentscheidendes sein können, nicht aber dessen Kern. Es wäre eine Illusion zu glauben, die jungen Ärztinnen und Ärzte würden nur so in die Hausarztmedizin strömen, wenn bloss die Weiterbildung attraktiv genug ist.

### Berufsbilder wandeln sich.

#### **Auch das der Hausärzte – nicht nur das der Hausärzte**

Unsere Gesellschaft befindet sich in einem stetigen Wandel. Ökonomie und Industrie erleben diesen Wandel, das Gesundheitswesen erlebt diesen Wandel, wie sollten da die Berufsbilder und damit das Gefühl der Identität in einem Beruf ohne Veränderung stabil bleiben.

Es wäre ein verheerender Fehler, heute ein Hausarztbild zu zementieren und einen Hausarztmythos zu verteidigen, der den rauen Realitäten des Gesundheitswesens im 21. Jahrhundert nicht mehr entspricht.

Nicht zur Debatte stehen die Grundwerte einer möglichst langfristigen persönlichen Beziehung zwischen den Hausärzten und den Menschen, die zu ihnen kommen, die Fähigkeiten und Fertigkeiten, eine Situation zu beurteilen, soweit sinnvoll eigene Untersuchungen und Behandlungen durchzuführen, die Patienten zu beraten und sie im Gesundheitswesen weiterzuweisen und zu begleiten. Alles andere steht zur Debatte.

Auch die meisten anderen Berufe im Gesundheitswesen werden Veränderungen erleben und die Einführung der DRGs in den Spitälern wird die Veränderungen beschleunigen. Dieses System der Pauschalvergütungen im stationären Sektor wird mit seiner weiteren Verkürzung der Hospitalisationsdauer zudem den Bedarf an kompetenter ambulanter Betreuung steigern. In allen anderen Wirtschaftszweigen würde man freudig von einem positiven Konjunkturbarometer sprechen. Wir haben uns inzwischen daran gewöhnen müssen, dass Wachstum in unserem Wirtschaftszweig mediales Zähneklappern auslöst.

Bestimmte technische Methoden werden wohl keine Selektivdomäne von Ärzten bleiben,

zum Beispiel bildgebende Verfahren wie die Echokardiographie oder die Endoskopien. Umschriebene ärztliche Aufgaben werden von Pflegenden mit entsprechend fokussierter Ausbildung übernommen werden können, was möglicherweise zunächst als Bedrohung wahrgenommen wird. Unnötigerweise! Denn am Wunsch des einzelnen und am Bedarf auch eines modernen Gesundheitssystems, dass für jeden Menschen eine Ärztin oder ein Arzt als Begleiter, Berater und Ansprechpartner zur Verfügung steht, wird sich nichts ändern. Ob es dann auch dieser Arzt ist, der persönlich sonographiert, den eingewachsenen Zehennagel entfernt oder das Einbinden des ulkusegeplagten Beines instruiert, ist von zweitrangiger Bedeutung. Die oder der Bestgeeignete im Team soll es tun!

Auch wenn wir noch Tausende von Einzel- und kleinen Gemeinschaftspraxen haben (deren hart arbeitende Inhaber es – so nebenbei gesagt – nicht verdienen, sich bald täglich in irgendeinem Medium als Alteisen und Relikte einer fossilen Struktur abqualifizieren zu lassen), steht der Wandel zur Arbeit in Teams, in neuen Modellen vor der Tür und leuchtet eigentlich allen ein. Bis diese hausärztliche Teamarbeit flächendeckend ihre neuen Strukturen gefunden hat und die Verantwortlichkeiten in der Zusammenarbeit geklärt sind, braucht es noch viel Initiative, Kreativität, Motivationsarbeit und Geld.

Es gibt aber keinen anderen Weg.

Nur: Ob Druck, winkende Zaunpfähle und Drohgebärden von seiten der Obrigkeit und der Krankenkassen (Beispiele brauche ich in diesem Saal nicht zu erwähnen) das zweckmässige Mittel sind, um dieser Entwicklung auf die Sprünge zu helfen, wird hier im Saal wohl verschieden beurteilt. Auch wenn hie und da gezielter Druck für eine Entwicklung förderlich sein mag, wollen wir zuversichtlich hoffen, dass die uralte eidgenössische Gabe des Ausmarchens, des gemeinsamen Findens neuer Wege nicht unter die Räder der in Bern sichtlich aufkeimenden Freude am Regieren, Dekretieren und Planwirtschaften gerät.

### Impuls 3

Mit dem Wandel im Gesundheitswesen wandeln sich die Berufsbilder der Hausärzte, der Spezialärzte und der Pflegeberufe. Den Hausärzten bietet sich die Chance, in ein Berufsbild hineinzuwachsen, das in neuen Praxismodellen gleichzeitig eine befriedigende Lebensführung und Berufsausübung ermöglicht. Sie bleiben für die Patienten zentrale Ansprechpersonen, aber sie machen nicht mehr alles allein.



Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat eine Arbeitsgruppe gebildet, die daran ist, die Grundelemente neuer Berufsbilder zu beschreiben. Klar ist, dass diese Entwicklungen auch Konsequenzen für die Weiterbildung haben müssen.

### Und jetzt?

#### Perspektiven!

Und jetzt, wo nehmen wir sie schliesslich her, die jungen Ärztinnen und Ärzte, die in den kommenden Jahrzehnten die Grundversorgung in der Schweiz sicherstellen müssen? Ein Beruf wird ja dann in Betracht gezogen, wenn ein Bedarf dafür besteht, wenn er zufriedenstellende Arbeits- und Lebensbedingungen ermöglicht, Befriedigung vermittelt und für die Zukunft Perspektiven hat.

Der Perspektiven sind zweierlei: die persönlichen Perspektiven der Entfaltung und Lebensgestaltung im gewählten Beruf und die Perspektiven dieses Berufes in der Gesellschaft. Daraus folgt zwingend, dass das Schaffen von Arbeitsmodellen mit einer klaren Zukunftsperspektive und basierend auf einem attraktiven Berufsbild neben Aus- und Weiterbildung der zweite grosse Werkplatz für die Zukunft der Hausarztmedizin ist – und zwar dringend.

Die junge Ärztegeneration hat junge Vorstellungen von der Lebensführung und von der Praxisarbeit. Das Allein-Sein, das Allein-Entscheiden, die Allein-Verantwortung sind für sie auch angesichts der zunehmenden Komplexität der Probleme und der Qualitätsanforderungen schwer erträglich geworden. Der Wunsch, freier Inhaber einer eigenen Praxis zu sein, hat an Zugkraft massiv verloren.

Die Arbeit in einem Team, in einem Zentrum, in einer HMO, in einer Praxisgemeinschaft, in einem Ambulatorium oder in einer sonstwie engvernetzten Struktur wird auch im Hinblick auf die Arbeitszeiten und die Abdeckung des Notfalldienstes zur immer lockenderen Alternative. Die Individualisten, die es weiterhin aufs Land hinaus und in die Berge hinauf zieht, werden immer seltener.

Die Situation wird übrigens in vielen Ländern mit ähnlichen Problemen ähnlich beurteilt: In den USA wurde in letzter Zeit der Begriff des «Medical Home» geprägt, um die medizinischen Anlaufstellen zu beschreiben, wo die Kranken und auch die noch nicht Kranken Informationen, eine erste Diagnostik und Therapie sowie weiterführende Beratung und Überweisung fin-

den und wo ein Team von Ärzten, speziell ausgebildeten Pflegenden und anderen Berufsleuten zusammenarbeitet.

Niemand zweifelt ja eigentlich daran, dass es auch in Zukunft genügend junge Ärztinnen und Ärzte geben wird, die sich nicht auf ein Spezialfach beschränken möchten, sondern eine längerfristige Patientenbeziehung und die Herausforderung durch die verschiedensten Probleme des hausärztlichen Alltags suchen. Voraussetzung sind aber akzeptable Arbeitsbedingungen, Integration in ein Team und die Anerkennung der Hausarztmedizin als Pfeiler und nicht als Besenwagen des Gesundheitswesens.

Wer soll's denn richten?

Fixing primary care requires actions on the part of primary care practices (microsystem improvement) and the larger health care system (macrosystem reform).

A covenant is needed between those who pay for health care and those who deliver primary care: Primary care must promise to improve itself, and in return, payers must invest in primary care. Thomas Bodenheimer, NEJM, August 2006

Gefordert sind alle, die ein optimales Gesundheitssystem wollen: der Staat, der die Rahmenbedingungen zu setzen hat, die Universitäten und Spitäler in ihrer Aus- und Weiterbildungsfunktion, die Fachgesellschaften und andere ärztliche Organisationen bei der Erarbeitung der Modelle, die Ärzteschaft mit der notwendigen Bereitschaft zu Veränderungen und nicht zuletzt die Krankenversicherer. Sie, die sich leider in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr von sozialen Solidarinstitutionen zu reinen Finanzinstituten des Gesundheitsmarktes entwickelten, müssten eigentlich ein immenses Interesse daran haben, die Entwicklung solcher Praxismodelle und Zentren der Grundversorgung partnerschaftlich und nicht bloss wie bisher im Rahmen durchsichtiger Marketingüberlegungen zu unterstützen.

#### Impuls 4

«Effective primary care means effective secondary care, which means best practice» (BMJ, 2006).

Um den Berufsentscheid für die Hausarztmedizin wieder attraktiv zu machen, muss diese als ärztlich hochqualifizierte Teamarbeit, als integrierte Schlüsselfunktion in den Institutionen der Grundversorgung neu positioniert werden.

Eine bruchfreie Überführung des noch funktionierenden bisherigen Systems in ein neues wird hohe Anforderungen stellen und Widerstände überwinden müssen.



Cape Disappointment:  
der richtige Leuchtturm.

Sie sahen am Anfang des Artikels den Leuchtturm am Cape Disappointment an der Pazifikküste des Staates Washington (der Name ist reiner Zufall und bezieht sich nicht auf unser Tagungsthema!). Dort habe ich mir die ersten Gedanken zu diesem Referat gemacht und eine Weile über die Symbolik der Leuchttürme nachgedacht. Um auf gutem Kurs zu unseren Zielen, in unseren Hafen zu gelangen, könnte auch uns

ein Leuchtturm helfen. Nur: Nach einiger Zeit erst habe ich gemerkt, dass dieser Leuchtturm da der falsche ist, der richtige Leuchtturm, der wirklich die Hafeneinfahrt markiert, ist dieser hier, etwa zwei Meilen südlich.

Somit zum Schluss ein fünfter, sozusagen nautischer Impuls: *Wer den falschen Leuchtturm ansteuert, wird nicht in den richtigen Hafen einlaufen!*