



Swiss Family Docs Conference vom 8. und 9. September 2016 in Montreux

Weniger Eigensinn, mehr Teamarbeit

Felicitas Witte

Dr. med., Ärztin und Journalistin

Arbeitet man im Team, verbessert das das Outcome – und es macht mehr Spass. «Zusammen» hiess das Motto der diesjährigen Swiss Family Docs Conference, die Anfang September in Montreux stattfand. Wie gute Zusammenarbeit funktioniert und welche Kompetenzen man dafür braucht, war eines der zentralen Themen am Kongress.

Es waren nicht die besten Voraussetzungen für die Referenten an der Swiss Family Docs Conference. Wie soll man die Kollegen für seinen Vortrag faszinieren, wenn draussen die Sonne von einem wolkenlosen Himmel scheint? Doch trotzdem waren Seminare und Workshops rege besucht, und auch in den Pausen am Ufer des Genfersees hörte man die Teilnehmer angeregt über die Vorträge diskutieren.

Den Organisatoren lag ein Thema besonders am Herzen, was sie zum Motto des Kongresses machten: «Zusammen». Eigentlich tönt es logisch: Nur wenn man fruchtbar und effektiv zusammen arbeitet, Stärken bündelt und Synergien schafft, kommt das Beste für den Patienten heraus. «Unser Gesundheitssystem ist aber bisher nicht organisiert, um in dieser Art zu praktizieren», sagte Marc Müller, langjähriger Präsident

von «Hausärztinnen und -ärzte Schweiz» und Allgemeinarzt in Grindelwald. «Wir müssen die Gesundheitspolitiker überzeugen, wie wichtig interprofessionelles Zusammenarbeiten ist, und dass entsprechende Strukturen dafür geschaffen werden müssen.»

Die Art, in der junge Ärztinnen und Ärzte heute Medizin praktizieren würden, habe sich geändert, sagte Ivy Oandasan von der Universität in Toronto, vor allem im Hausarztbereich. «Die neue Millennium-Generation möchte mehr Work-Life-Balance. So braucht man heute vielleicht zwei Hausärzte, um den früheren Posten von einem zu besetzen.» Die neue Generation möchte im Team arbeiten. «Wir von der älteren Generation kennen das nicht so, aber die Jüngeren sind daran gewöhnt. Darauf müssen wir uns einstellen.» Zehn Minuten hätten Hausärzte im Schnitt, um einen



Zu den Klängen des bekannten Chansons *Aux Champs-Élysées* von Joe Dassin sangen die Organisatoren eine mitreissende Einführung und machten Lust auf den Kongress. *Il y a tout ce que vous voulez*, lautete der umgedichtete Refrain, und so war es auch: Ein Kaleidoskop spannender Themen wurde präsentiert.

Patienten zu sehen. «Das reicht hinten und vorne nicht.» Menschen leben länger und leiden viel öfter unter chronischen Krankheiten – das braucht Zeit für Gespräche und Erklärungen, damit der Patient alles gut versteht. Ob es die richtige Lösung sei, mehr Ärzte auszubilden, bezweifelt Oandasan. «Wir wissen ja nicht, wo die Ärzte dann hingehen. Vielleicht ergreifen viele von denen nichtmedizinische Berufe.»



«Wir müssen interprofessionell zusammenarbeiten. Nicht nur weil es nett ist, sondern weil es die Qualität der Behandlung verbessert. Ein Hindernis ist aber oft der Charakter der Ärzte.»

Charakter der Ärzte ist eine Hürde

Fühlt sich der Patient beim Hausarzt und seinem Team wie in einem «Zuhause» aufgehoben, geht es ihm gesundheitlich besser und man spart auch noch Kosten, wie Wissenschaftler aus Boston 2004 zeigten [1]. «Wir müssen zusammen arbeiten», sagte Oandasan. «Nicht nur, weil es nett ist, sondern weil es die Qualität der Behandlung verbessert.» Und das sei auch ein schlagendes Argument für die Gesundheitspolitiker. Inzwischen gäbe es einige Belege, berichtete Oandasan, dass interprofessionelles Arbeiten das Outcome verbessere, zum Beispiel von Menschen mit chronischen Krankheiten, beim Thema Impfungen oder bei der Aufklärung von sexuell übertragbaren Krankheiten.

Wie das aussehen kann, zeigte die Professorin anhand ihrer Patienten: Barry, ein junger Mann mit Typ-1-Diabetes, hatte lange Zeit seine Zuckerwerte nicht im Griff. Dann hielt eine Pflegerin der Allgemeinarztpraxis Rücksprache mit Hausarzt und Endokrinologen und erklärte Barry ausführlich, worauf er achten muss. Damit besserten sich seine Zuckerwerte deutlich. Bei Allison, einer jungen, alkoholabhängigen Frau, die sich nicht mehr um ihre Kinder kümmern konnte, nahm die Professorin Kontakt zu Sozialarbeiter, Abhängigkeitsberater und Kinderarzt auf, die Allison bei ihrem Alkoholproblem und bei der Versorgung ihrer Kinder unterstützten. Eine Teenager-Mutter mit einem extrem übergewichtigen Baby brachte Oandasan mit einer Diätberaterin und einer Pflegerin in Kontakt und die junge Frau wusste nach ausführlichen Erklärungen, wie sie ihr Kind füttern sollte.

Ein Hindernis an der interprofessionellen Zusammenarbeit sei oft der Charakter der Ärzte. «Viele denken, nur sie selbst könnten bestimmte Untersuchungen machen, und trauen das Nicht-Medizinern nicht zu.» Das sei wie früher im Sandkasten. «Dort will man auch nicht, dass andere Kinder mitspielen. Aber wir müssen interprofessionelles Arbeiten lernen – und zwar von Anfang an.» In Kanada sei es inzwischen in manchen Fächern Pflicht, dass Medizinstudierende und Auszubildende von Gesundheitsberufen miteinander lernen. Ein «gut funktionierender interprofessionell arbeitender Sandkasten» brauche jedoch nicht nur Teamwork, sondern auch Forschung, Führung und Finanzierung. «Dafür müssen sich Ärzte einsetzen.»

So geht erfolgreiches Arbeiten im Team

Wie sich interprofessionelles Arbeiten erfolgreich in die Praxis umsetzen lässt, berichteten Marc Jungi und Nicole Joos. Jungi ist Leitender Arzt der Sanacare Gruppenpraxis in Bern und Joos dort Medizinische



Marc Jungi, Leitender Arzt der Sanacare Gruppenpraxis in Bern: «Wer gute Ideen hat, sollte sich nicht durch noch nicht ausgereifte Rahmenbedingungen abschrecken lassen.»

Praxisassistentin in Weiterbildung zur medizinischen Praxiskoordinatorin in klinischer Richtung. «Wir haben hier im Sanacare-Verbund von hausärztlichen Gruppenpraxen natürlich ganz andere Möglichkeiten als in einer Einzelpraxis», sagte Jungi. «Aber jeder kann versuchen, mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln so gut es geht interprofessionell zu arbeiten.» Sanacare hat ein Chronic Care Management (CCM) eingeführt, um dem zunehmenden Problem der immer älter werdenden Bevölkerung mit oft mehreren Krankheiten zu begegnen. «Auf die müssen wir bei der Versorgung eingehen.»

Das CCM gibt es einmal für schwer kranke Patienten und einmal für Patienten mit einer Erstdiagnose. Ziel beim schwerkranken Patienten ist, den Umgang mit seinen Krankheiten, also sein Selbstmanagement, zu verbessern. Er wird unterstützt, seine Ziele zu erreichen. Nach einem Jahr wird geschaut, ob und wie gut das geklappt hat. Bei einem neu erkrankten Patienten wird dieser über die Krankheit aufgeklärt, er lernt, wie er damit umgehen kann und es werden Ziele formuliert. «Wir wollen kein Disease Management machen», erklärte Jungi. «Denn die meisten dieser Patienten haben mehrere Krankheiten.»

Bei Sanacare gibt es fünf CCM-Programme: 1. Diabetes Typ 2, 2. arterielle Hypertonie, 3. COPD, 4. Hypertonie und Diabetes, 5. Hypertonie und COPD. Am CCM spielen verschiedene Akteure mit. Ein Behandlungsteam

aus Arzt und Coach evaluiert die Krankengeschichte, untersucht den Patienten, stellt die Diagnose und vereinbart Ziele (Abb. 4). Der Patient sieht im Rahmen seines strukturierten Behandlungspfades seinen Coach und seinen Arzt und natürlich jederzeit im Notfall ebenfalls einen Arzt. Bei Problemen überweist dieser zum Spezialisten, der ebenfalls Teil des CCM-Teams ist. «Das sieht starr aus, aber wir passen es individuell an den Patienten an», sagte Jungi. Für Hausarzt und Coach gibt es Leitlinien, Algorithmen und Checklisten, und für die Patienten Broschüren, Notfallkarten und andere Hilfsmittel. Alle Dokumentationen sind in der elektronischen Krankenakte gespeichert oder online verfügbar.

Genau aufgeschrieben, wer was darf

Nicole Joos mag ihre neue Aufgabe als Coach sehr. Sie schult die Patienten im Selbstmanagement, führt diverse Untersuchungen und Tests durch, validiert die Dokumentation des Patienten, leitet ihn durch das Programm, ist verantwortlich für die komplette Dokumentation der Programmelemente und unterstützt den Arzt, dass regelmässig alle vorgesehenen Untersuchungen durchgeführt werden, zum Beispiel eine Untersuchung der Augen. «Wichtig ist die Abgrenzung zum Arzt», sagte Joos. «Bei uns ist genau aufgeschrieben, was ich darf und was nicht, wann ich den Arzt dazu holen muss und wann es ein Notfall ist.» Am Anfang seien die Ärzte skeptisch gewesen, erzählt sie. «Aber als positive Rückmeldungen von den Patienten kamen, schickten sie gleich die nächsten zu mir.»

Das häufigste CCM-Programm, Hypertonie und Diabetes Typ 2, erfülle die Kriterien eines guten DMP, berichtete Jungi. Im Schnitt haben 68 Prozent der Patienten ihr jeweiliges Ziel erreicht, also etwa den Ziel-Blutdruck oder eine Änderung des Lebensstils. CCM im Hausarztbereich lasse sich implementieren, so das Fazit des Allgemeininternisten, und für alle Beteiligten praktikierbar. «Wer gute Ideen hat, sollte sich nicht durch noch nicht ausgereifte Rahmenbedingungen abschrecken lassen», schloss Jungi. Interprofessionelles Arbeiten sei wichtig, «und ausserdem macht es mehr Spass».

Bildnachweis
Felicitas Witte

Literatur

- 1 Starfield B, Shi L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics* 2004;113:1493–8.