



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2010

Spitalärzte arbeiten mit einem selektionierten Krankengut

Gnädinger, M

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-33326>

Journal Article

Originally published at:

Gnädinger, M (2010). Spitalärzte arbeiten mit einem selektionierten Krankengut. *PrimaryCare*, 10(4):75.

Leserbriefe

Spitalärzte arbeiten mit einem selektionierten Krankengut



In der Nummer 6/2010 der Ärztezeitung wurden kritische Beiträge zum neuen Weiterbildungskonzept «Allgemeine Innere Medizin» publiziert. Autoren waren die «Jungen HäusärztlInnen» (JHaS), Bruno Kissling und Daniel Widmer. Allen gemeinsam ist die Kritik daran, dass im stillen Kämmerlein und ohne öffentliche Diskussion etwas derart Fundamentales wie unser neues Weiterbildungskonzept «unwiderruflich» beschlossen worden sei. Zudem dass ein gemeinsames Ausbildungskonzept für HausärztInnen und HospitalistInnen geschaffen worden sei – etwas ebenso Erfolgreiches wie die «Quadratur des Kreises», also zwei grundverschiedene Dinge in ein Konzept zu quetschen. Weitere Kritik besteht am Zwang, drei Jahre innere Medizin absolvieren zu müssen, davon ein Jahr in einer «A-Klinik» und schliesslich am fehlenden Obligatorium in Chirurgie/Orthopädie.

Mir selber, obwohl Internist und Nicht-Erfüller dieser Kriterien, scheinen diese Einwände einleuchtend. Ich glaube, dass sich Hospitalisten in einem ganz anderen Prävalenzbereich mit einem selektionierten Krankengut zurechtfinden müssen als Hausärzte. Sogar die Allgemeinmediziner, welche mit der Leitung der Notfallstation an grösseren Spitälern befasst sind, haben mit anderen Patienten zu tun als wir HausärztInnen in freier Praxis. Schliesslich ist nicht einzusehen, warum ein zukünftiger Hausarzt ein Jahr A-Klinik-Medizin absolvieren muss, wenn er nach eigenem Bekunden in einem kleineren Spital mehr lernen kann und erst noch besser betreut wird, wie van der Horst et al. in der gleichen Ausgabe der SÄZ beschreiben. In kleineren Spitälern wird der Notfall auch nur von ein und demselben Assistenzarzt betreut, was der Vielseitigkeit ebenfalls förderlich ist. Auch mir erscheint die ganze Geschichte als unausgegoren und nach «faulem Kompromiss» riechend. Es ist mir unverständlich, warum dieses Weiterbildungsprogramm nicht öffentlich diskutiert werden soll. Sachzwänge wie «es eilt» lasse ich ebenfalls nicht gelten. Zudem sehe ich nicht ein, warum nicht ein zukünftiges Weiterbildungsprogramm für HausärztInnen von HaCH und ein anderes für HospitalistInnen von der SGIM betreut werden könnte.

Dr. Markus Gnädinger, Facharzt für Innere Medizin, 9323 Steinach

Ein Weiterbildungsprogramm für die Hausarztmedizin!



Soll dieses Weiterbildungsprogramm, dessen Entwurf (Stand vom 22. Januar 2010; http://www.fmh.ch/files/pdf3/aim_wbp_d.pdf) ich mit wachsendem Entsetzen gelesen habe, unseren hausärztlichen Nachwuchs sichern, soll dieses junge Medizinerinnen und Mediziner mit Haut und Haar für die Hausarztmedizin begeistern und motivieren, soll dieses angehenden Hausärztinnen und -ärzten das Aneignen der nötigen Kom-

petenzen ermöglichen und erleichtern – oder sie doch eher motivieren, im Spital zu bleiben? Zugegeben, die Praxisassistentin wurde nicht abgeschafft, und neben der Horizontenerweiterung an einer internistischen A-Klinik ist auch eine in nicht-internistischen Fächern und in ambulanten Einrichtungen möglich.

Warum aber wurde dieses Programm nach der Verabschiedung im November unter dem Deckel gehalten? Etwa weil die Beteiligten sicher waren, eine so gute Sache entwickelt zu haben, dass bei der feierlichen Enthüllung alle restlos begeistert sein würden?

Hand aufs Herz: Ist es wirklich eine stringente Idee, künftige Hausärztinnen und künftige internistische Spital(chef)ärzte im gleichen Programm ausbilden zu wollen? Die Logik dahinter ist die der Organspezialisten: Ein Gastroenterologe in der Praxis und eine Gastroenterologin im Spital machen tatsächlich fachspezifisch dasselbe (sie endoskopieren und sonographieren). Aber Grundversorgung in der Praxis und «Grundversorgung» im Spital (die im stationären Bereich definitionsgemäss auf sekundärer Stufe erfolgt) sind wirklich zwei Paar Schuhe. Mag sein, dass die Spitalinternisten das anders sehen wollen.

Herr Giger von der FMH will das vorliegende Programm wo nötig noch verbessern. Ich habe einen anderen Vorschlag: Einigen wir uns zuerst darauf, dass wir ein Weiterbildungsprogramm für Hausärzte (und nur für Hausärzte!) wollen, und dann übernehmen wir die guten und brauchbaren Teile vom «Allg. Inn.» und schreiben das Ganze neu, darauf achtend, dass wir uns in europakompatiblen Kategorien bewegen (und nicht einer eng geführten, formalistischen Interpretation einer unsicheren Rechtsentwicklung in Europa folgen wie Lemminge).

Auch diejenigen Exponenten der alten SGIM, die Hausarztmedizin praktizieren, sollen sich beteiligen, aber bitte nur diese. Die Spitalinternisten haben eine hochinteressante, faszinierende Aufgabe und verdienen ebenso ein eigenes, spezifisches Curriculum, wie wir Hausärztinnen und Hausärzte unsererseits es unbedingt benötigen. Dass sie uns bei der Weiterbildung unseres Nachwuchses helfen wollen, ja müssen, ist schön und richtig, aber bitte so, wie wir es brauchen und nicht so, wie sie aus Spitalärztesicht es für nützlich halten.

Dr. med. Severin Lüscher, 5040 Schöftland

Kenntnisse in schul-, komplementär- und «haus»-medizinischen Behandlungsmethoden



Das Fortbildungsprogramm mit Lernziel allgemeine innere Medizin liegt im Entwurf vor. Beim Durchlesen stelle ich als Allgemeinarzt fest, dass sich die Lerninhalte weitgehend an den Vorgaben der Inneren Medizin orientieren. Die Kontrolle im Logbuch, der Lernzielkatalog und die obligatorische Publikation stecken die Anforderungen sehr hoch.

Es stellt sich die dringliche Frage, ob nicht für die Arbeit als Hausarzt nach der Basis-Weiterbildung

das Spektrum der anerkannten Aufbauweiterbildung auf komplementärmedizinische Disziplinen erweitert werden müsste. Dies erst recht im Gefolge des Resultates der Volksabstimmung vom 17.5.2009, die in einem Verfassungsartikel die Integration der komplementären Methoden verlangt.

Der vorgelegte Entwurf erweckt den Anschein, als ginge es darum, die weniger spezialisierte Stufe des Allgemeinarztes auf diesem Weg zu eliminieren. Aufgrund der sehr eng gesteckten Grenzen der Wahlfreiheit fragt es sich, ob überhaupt jemand nach Durchlaufen dieser 5-jährigen Lernphase bereit ist, als Hausarzt zu arbeiten, wenn man eben so gut als Spitalinternist angestellt werden kann. Ich wage zu bezweifeln, dass damit die Attraktivität des Berufes Hausarzt verbessert wird. Schon jetzt zeichnet sich ein wachsendes Angebots-Defizit an Hausärzten ab. Die Versicherungen bieten Hausarztmodelle an, ohne sich für ein entsprechendes Angebot von Seiten der Ärzteschaft zu engagieren. So kommt es, dass Patienten der niedrigeren Prämie wegen ein Hausarzt-Versicherungs-Modell abschliessen und meinen, sie könnten dann im Telefonbuch den Hausarzt frei wählen – welch ein Irrtum! Das heisst nichts anderes, als dass die Krankenkassen ein Paket ohne Inhalt verkaufen. Wo soll das enden?

Die Bevölkerung braucht für die medizinische Grundversorgung nicht allgemein internistisch spezialisierte Spitalärzte, die sich eine breite Infrastruktur gewohnt sind, sondern Ärztinnen und Ärzte, die die Kunst der Anamnese, der klinischen Untersuchung und Beurteilung (Triage) sowie der psychologischen Betreuung beherrschen und Kenntnisse in schul-, komplementär- und «haus»-medizinischen Behandlungsmethoden besitzen. Der Zeitaufwand für diese vielseitige und anspruchsvolle Tätigkeit soll «per se» kostendeckend vergütet werden. Es ist falsch, wenn ein Hausarzt auf Erträge aus Labor, Röntgen, EKG, etc. und Medikamenten-Verkauf angewiesen ist, um ein passables Einkommen zu generieren.

Dr. med. Viktor Jenni, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, 3012 Bern

Wenn die Weiterbildung zum Stolperstein wird



Ich möchte Hausärztin werden. Und ich möchte von ganzem Herzen eine gute Hausärztin werden. Viele meiner Kolleginnen und Kollegen, die mit mir im letzten Herbst das Staatsexamen gemacht haben, können über diesen Wunsch nur den Kopf schütteln. Sie denken, Hausarztmedizin sei langweilig. Die Arbeitszeiten zu lang. Der Job zu wenig lukrativ. Sie sagen, sie hätten nicht sechs Jahre Medizin studiert, nur um den ganzen Tag Blutdruck zu messen und Patienten an Spezialisten weiter zu weisen. Und ausserdem seien Hausärzte sowieso eine aussterbende Spezies, die bald durch Gesundheitsschwestern ersetzt würden.

Andere wären dem Hausarztberuf gar nicht so abgeneigt. Aber sie fühlen sich der Aufgabe nicht

gewachsen. Wie führt man eine Praxis? Wo findet man gutes Personal? Muss man da Tag und Nacht arbeiten? Und wie soll man das alles nur finanzieren? Stimmt es wirklich, dass man ständig mit einem Bein im Gefängnis und mit dem anderen im Privatkonkurs steht?

Jugendlicher Enthusiasmus – und Unsicherheit

Am Ende des Studiums und am Anfang der klinischen Laufbahn stehe ich im luftleeren Raum. Keine Prüfungen mehr. Keine Vorlesungen. Das grosse Ziel erreicht. Endlich bin ich Ärztin. Endlich darf ich das Gelernte anwenden. Aber wie? Wo? Wann? Wie in eine riesige schwarze Höhle, durch die ich gehen soll, schaue ich auf den Antritt meiner ersten Stelle im Spital. Was wird mich dort erwarten? Was, wenn ich es nicht kann? Und was, wenn ich nicht gut vorbereitet werde auf das, was später kommt? Denn am Ende dieser riesigen schwarzen Höhle, die sich Weiterbildung nennt, steht für mich die Praxiseröffnung. Oder vielleicht doch nicht?

Wovor ich Angst habe – und was mir wirklich wichtig ist

Auch ich habe nicht sechs Jahre Medizin studiert, um den ganzen Tag Blutdruck zu messen und Patienten an Spezialisten weiter zu weisen. Wenn ich aber die laufenden Diskussionen verfolge, frage ich mich, ob nicht genau das meine Zukunft wird. Gibt es meinen Traumberuf in zehn Jahren überhaupt noch? Wird das Berufsbild des Hausarztes nicht komplett demontiert? In der Politik spricht man fast nur noch vom Gatekeeper und von «Managed Care». Dass Hausarztmedizin aber weit über kardiovaskuläre Risikoverminderung hinaus geht, wird dabei vergessen. Ich möchte Hausärztin werden, weil ich die Menschen gern habe und weil ich sie gerne in ihren alltäglichen Sorgen und Nöten begleiten möchte. Dazu gehört der eingewachsene Zehennagel einer 16-jährigen Balletttänzerin genauso wie die ständig wiederkehrenden Rückenschmerzen eines mit Eheproblemen kämpfenden Büroangestellten. Oder diese komischen Hautausschläge der Frau Meier mit der ewig erkälteten Tochter und der depressiven Mutter, die doch schon lange ins Heim gehören würde. Nicht zu vergessen natürlich alle diese Dornwarzen! Und eine hübsche Wundversorgung bringt auch mal Abwechslung in den Alltag. Oder der alte Herr Häberli, der kann jetzt auch wieder am Stammtisch mitdiskutieren, seit ich seine Ohren gespült habe ... Ob ich das alles wirklich lerne im Spital?

Die Weiterbildung ist das A und O – doch ist sie wirklich gut genug?

Als Hausärztin möchte ich meinen zukünftigen Patienten gerecht werden. Sie erwarten von mir neben einem menschlichen Umgang vor allem fachliche Kompetenz in den Belangen, die sie betreffen. Da Wissen leider nicht vom Himmel fällt, brauche ich also eine Weiterbildung, die mir eben diese hausärztliche Fachkompetenz vermittelt. Am neuen Weiterbildungsprogramm¹ aber habe ich keine Freude. Mit drei Jahren Basisausbildung in Innerer Medizin ist es mir zu internistisch. Warum ich dabei eines der beiden obligaten stationären Jahre in einer A-Klinik absitzen muss, ist

mir völlig unverständlich. Was gibt es denn da Praxisrelevantes zu lernen? Das Weiterbildungsprogramm ist zugeschnitten auf einen Gatekeeper, der mit seiner «Innere-Medizin-light-Ausbildung» nur noch in der Lage ist, die Gesundheitsindustrie zu bedienen. Wenn ich den Anspruch habe, vernünftig mit Nadel und Faden umgehen zu können oder ein verdrehtes Knie zweckmässig zu beurteilen, so brauche ich dringend Erfahrungen in der Chirurgie. Diese gehört nun aber nicht mehr zur Basisausbildung eines Hausarztes. Man erwartet von mir, dass ich in der Aufbauweiterbildung, also mit drei Jahren Berufserfahrung, in die Chirurgie gehe, um dort als Neuling im OP Haken zu halten. Danach bleibt mir noch ein Jahr, um all die anderen Dinge zu lernen. Aber wo? Entsprechende Rotationsstellen sind nicht vorhanden. Vielleicht doch in einer Praxisassistent? Diese sind zwar wünschenswert, lese ich aber die Liste der Voraussetzungen, welche die Lehrpraxen erfüllen sollen, so werde ich das Gefühl nicht los, dass die Praktiker unter dem Generalverdacht stehen, eher Feld- und Wiesenmedizin zu betreiben als fundierte Wissenschaft. Also vielleicht doch noch etwas mehr Innere anhängen und gleich ganz im Spital bleiben?

Hausarzt werden? – Hausarzt werden!

Ich möchte von ganzem Herzen eine gute Hausärztin werden. Hausärztin. Nicht Gatekeeperin. Dazu brauche ich eine breite, praxisbezogene Ausbildung. Und ich brauche Vorbilder: Menschen, die diesen Weg vor mir gegangen sind und die mir wertvolle Tipps geben können. Dank der «Jungen Hausärztinnen und -ärzte Schweiz» (JHaS) und dem Hausarztpraktikum im Wahlstudienjahr habe ich solche Vorbilder gefunden. Ich weiss jetzt, dass es andere gibt wie mich. Andere, die einfach gute Hausarztmedizin machen möchten. Das lernt man nicht in einer A-Klinik. Das lernt man in der Praxisassistent und in hausarzt-spezifischen Weiterbildungen. Oder wurde ihr Schreiner etwa in einer Bäckerei von einem Coiffeur ausgebildet? Wir sind da. Die nächste Generation kommt und wir brauchen vor allem ein starkes Berufsbild. Denn wir, wir wollen Hausärzte werden.

pract. med. Gabriela Rohrer, 3251 Wengi b. Büren

Das neue Hausarztcurriculum – eine Chance zur Aufwertung und Profilierung des Hausarztberufes!



Vor vier Jahren haben wir die «Jungen Hausärztinnen und Hausärzte Schweiz» (JHaS) mit der Motivation gegründet, Weiterbildungsassistenten in Hausarztmedizin zu vernetzen und den Weiterbildungsassistenten die Hausarztmedizin, mit welcher sie oft wenig bis gar keinen Kontakt haben, näherzubringen. Die JHaS erwarten von einer Erneuerung des Weiterbildungscurriculums, dass die Chance wahrgenommen wird, dem Hausarztberuf in der zunehmend spezialisierten Medizin ein klares, eigenständiges und den Spezialitäten ebenbürtiges Profil zu geben, so wie es die Wonca-Definition der Hausarztmedizin beschreibt [1]. Dieses Profil fehlt dem neuen Curriculum. Die JHaS haben ihre Forderungen an die Weiterbildung in einem Positionspapier und einer Stellungnahme zusammengefasst und publiziert [2, 3].

Für die Gründer der JHaS, zu denen auch ich gehöre, stand die eigene, frustrierende Erfahrung im Vordergrund, dass Weiterbildungsassistenten in Hausarztmedizin oft kaum oder gar keinen Kontakt zu Hausarztpraxen und der Hausarztmedizin haben. Vielen wurde erst kurz vor dem Facharzttitel oder beim geplanten Schritt in die Praxis bewusst, was ihnen in der Weiterbildungszeit gefehlt hat. Einige wagten dann, den Praxisschock in Kauf nehmend, den Sprung in die Selbständigkeit, andere hängten nach dem Facharztexamen noch diverse weitere Klinikjahre an, in der Hoffnung, durch eine weitere Anhäufung von Weiterbildungsjahren in Spezialdisziplinen sich irgend einmal kompetent und breit genug ausgebildet zu fühlen.

Doch welche Enttäuschung, wenn der Praxisschock trotzdem kommt – denn die Hausarztmedizin ist bekanntlich nicht eine Summe der Spezialitäten – sondern eine eigenständige Disziplin! Im Gespräch mit erfahrenen Hausärztinnen und -ärzten wird mir auch immer wieder klar, wie sehr sich die Weiterbildung in den letzten 30 Jahren verändert hat. Während heute in Folge der zunehmenden Komplexität und medizinischen Möglichkeiten im Spital für jedes Organ der entsprechende Spezialist zugezogen wird und unter dem Druck kurzer Hospitalisationszeiten möglichst rasch maximale Untersuchungen durchgeführt werden müssen, hatte früher das Abwarten und die klinische Reevaluation, unter der Führung von «Generalisten» als Klinikchefs, noch seinen Platz. Infolge des unselektionierten Patientengutes mit niedriger Prävalenz der verschiedenen Krankheiten, tun wir es in der Praxis heute noch genauso – und hoffentlich auch noch in Zukunft – wollen wir die vorhandenen Ressourcen im Gesundheitswesen optimal verteilen. Dass wir, um diese Aufgabe bestmöglich zu erfüllen, die Kooperation mit den Spezialisten in integrativen Versorgungsmodellen benötigen, versteht sich von selbst.

Ich hoffe, dass das neue Weiterbildungscurriculum noch die Chance erhält, dass hausarzt-spezifisches Wissen und die für die Praxis nötigen Fertigkeiten verbindlich darin verankert werden. Zukünftige Hausärztinnen und Hausärzte sollen für ihren Beruf bestmöglich vorbereitet werden, sich beim Facharztexamen für ihre künftige Aufgabe gewappnet fühlen und nicht damit abfinden müssen, sich hausarzt-spezifisches Wissen und Fertigkeiten erst in den ersten Praxisjahren aneignen zu müssen.

Dr. med. Monika Reber Feissli, 3550 Langnau

Literatur

- 1 Die Europäische Definition der Hausarztmedizin (2002) beispielsweise in PrimaryCare 2003;3:261.
- 2 Streit S, Ramser M. Zukünftige Hausärzte nehmen Stellung zur Aus- und Weiterbildung. Primary Care. 2009;9(2):32–5.
- 3 Bertsch C, Reber Feissli M, Schöni M., Streit S. Stellungnahme der Jungen Hausärztinnen und -ärzte Schweiz (JHaS) zum neuen Entwurf des Weiterbildungsprogramms «Facharzt für Allgemeine Innere Medizin». SÄZ. 2010;6.

¹ www.fmh.ch/bildung-siwf/weiterbildung_allgemein/weiterbildungsprogramme/weiterbildungsprogramm_allgem_doc.html