

Zehn Punkte gegen den Grundversorgermangel

Der zunehmende Mangel an Grundversorgern ist kein isoliertes Hausärztleproblem, sondern muss im Zusammenspiel aller im Gesundheitswesen tätigen Partner gelöst werden, insbesondere in der Zusammenarbeit der Hausärzte mit den Spezialisten und den Spitälern. Jürg Beer, Chefarzt Medizin am Kantonsspital Baden, hat zusammen mit Kurt Kaspar, Grundversorger und Präsident von argomed, ein Zehn-Punkte-Programm entwickelt, das zur langfristigen Lösung beitragen soll.

JÜRIG BEER, KURT KASPAR

Die Gründe für den Hausarztmangel sind hinlänglich bekannt: Die Attraktivität des «Modells Grundversorger» nimmt ab. Das steigende Durchschnittsalter der niedergelassenen Grundversorger, der hohe Frauenanteil von über 50 Prozent der Studienabgänger und der fehlende Nachwuchs sind dabei nur die eine Seite des Problems. Der Zulassungsstopp, der die Zukunft der Grundversorger im Ungewissen lässt, und die zögerliche Entwicklung der Hausarztmedizin an den Ausbildungszentren sind eine andere: Sie lösen in Lehre und Curriculumplanung Unsicherheiten aus und drängen ausgezeichnete Grundversorgerkandidaten in Spezialfächer. Dazu kommt ein belastender, knapp oder ungenügend kompensierter Notfalldienst.

Aus der Sicht der Patienten sind die Notfallversorgung und die Verfügbarkeit des Hausarztes zentral. Diese wichtigsten traditionellen Trümpfe des Hausarztes müssen deshalb dringend überdacht und verbessert werden. Hausarztmedizin soll dabei

nicht nur quantitativ (als kostengünstige Medizin) verstanden werden, sondern ebenso qualitative Aspekte mit einbeziehen (Verhinderung von Folgekosten).

Vor diesem Hintergrund drängen sich folgende zehn Punkte auf:

1. Das «Pfarrhausmodell»

In Anlehnung zur Tradition des Pfarrhauses unterhält respektive erstellt die Gemeinde ein Doktorhaus. Dieses beinhaltet Raum für die zur Verfügung gestellte Praxis, allenfalls für Wohnräume. Synergieeffekte mit dem tatsächlich bestehenden Pfarrhaus (Seelsorge!), mit der Spitex, Sozialdiensten und eventuell weiteren ärztlichen Partnern und so weiter ergäben einen eigentlichen «Gesundheitsstützpunkt». Die Zusammenarbeit zweier Gemeinden erscheint attraktiv.

2. Das «Sockelmodell»

Dem Grundversorger wird vor allem in seiner schwierigen ersten Startphase ein Mindestgehalt garantiert. Dieses Einkommen kann je nach Abmachung/Vertrag für die Gemeinde interessante Tätigkeiten einschliessen wie Schularztstätigkeit, Präventionseinsätze und Schulungen zu Ernährung oder zu Herz- und Kreislaufprävention. Die Garantie von Hausbesuchen, die Betreuung im Pflegeheim, die erweiterte Zusammenarbeit mit Spitex und so weiter könnten in diesen «Vertrag» aufgenommen werden.

3. Die Gruppenpraxis*

Die Gruppenpraxis ist ein zukunftsträchtiges Modell. Es fördert die Teilzeitarbeit innerhalb eines Ärztepools, es ermöglicht Medizinerinnen mit Familie eine Perspektive und einen Wiedereinstieg, und es erlaubt eine sich gegenseitig ergänzende Spezialisierung bei gleichzeitiger Erhaltung des Grundversorgungsschwerpunkts. Eine enge Vernetzung mit dem Zuweiserspital wird gefördert (z.B. Teilzeitbeschäftigungen in beiden Institutionen, siehe unten).

4. Teilpensum am Spital*

Durch ein Teilzeitpensum am Spital ergeben sich eine ausgezeichnete Vernetzung und ein verbesserter Austausch zwischen

ambulanten und stationären Bereich mit entsprechenden Auswirkungen auf Qualität und Kosten. Die kontinuierliche Weiterbildung ist garantiert und die Diversifizierung der Arbeit interessant. Beispiele dafür beinhalten Personalarztstätigkeit, Teilzeitaufgaben im Notfall, spezialärztliche Tätigkeiten wie beispielsweise Diabetologie, Kardiologie, Rehabilitation, Stellvertretungen von Fachärzten im Spital bei deren Abwesenheiten, Lehrtätigkeiten und vieles andere mehr.

5. Angebot von strukturierten Curricula am Spital für Grundversorger*

Speziell dafür reservierte und massgeschneiderte Stellen im Hinblick auf die spätere Praxistätigkeit werden zu einem bestimmten Prozentsatz im Akutspital angeboten.

6. Mentoring von jungen Kollegen im Spital durch erfahrene Praktiker*

Die Laufbahnberatung und Hilfestellung bei komplexen Entscheidungen jüngerer Kollegen durch erfahrene Grundversorger, idealerweise Lehrpraktiker, ist ausserordentlich wertvoll. Bereits während des Studiums können einzelne Nachmittage in der Praxis verbracht werden. In der Assistentenzeit reift ein solches Mentoring zu einer tragfähigen, dauerhaften Beziehung und zu einer wesentlichen Beratertätigkeit. Neuere Erkenntnisse werden aus dem Spital in die Praxis getragen und eingeschliffene Abläufe hinterfragt. So können die Erfahrungen als Praxisstellvertreter realistische Einblicke und Vorbereitungen für die spätere Praxistätigkeit geben, umgekehrt den Praxisinhaber auch entlasten bis hin zur Praxisübernahme.

7. Curriculum-Planung/Mentoring mit Chef- und Kaderärzten am Spital*

Die frühzeitige und individualisierte Karriereplanung am Spital, die Vermittlung der nächsten Stelle und von Rotationen in der Praxis, der Aufbau regional «verankerter» Grundversorgerkarrieren werden zum Teil hervorragend, zum Teil noch zu zurückhaltend wahrgenommen. Die auch diesbezüglich «bedarfsgerechte» Auswahl der Kandidaten aus zurzeit zirka 20 Bewerbern pro reguläre Assistentenstelle sollte auch unter dem Aspekt der Grundversorger-Curricula geschehen.

8. Gemeinsamer Notfalldienst des Schwerpunktspitals mit der Hausarztorganisation der Region*

Eine der zentralen Notfallpforte eines Spitals vorgeschaltete ambulante Hausarzt-Versorgung soll eingerichtet und durch den Notfalldienst der Hausärzte betrieben werden. Eine gute Triage der Selbstzuweiser in spitalbedürftige und «Hausarztpatienten» respektive deren kontinuierliche Triage und allfällige Überweisung bringt Synergismen, hat Optimierungspotenzial und fördert einen fruchtbaren Austausch zwischen Praxis und

Spital. Parallele Notfallorganisationen sind teuer und werden durch dieses Modell vermeidbar.

Schliesslich sind die Universitätskliniken in der Pflicht, attraktive Curricula für allgemeine und Innere Medizin anzubieten und zu komplettieren, dies auch im Hinblick auf eine ihrer wesentlichen Aufgaben, nämlich «Kaderschmiede» zu sein für Oberärzte, Leitende Ärzte und Chefärzte in Fächern wie der Inneren Medizin, welche für die Grundversorgung in kleineren und mittleren Spitälern der Zukunft entscheidend sein wird.

9. Eine «Charta der Zusammenarbeit»*

Eine solche partnerschaftliche Abmachung zwischen Praktiker und Zuweiserspital regelt den Informationsaustausch betreffend gemeinsame Patienten und den gegenseitigen Einbezug in Grundsatzentscheide. Das Papier beschreibt auch, wer welche Untersuchungen (Labor, Röntgenbilder, präoperative Abklärungen etc.) vor elektiven Spitaleintritten durchführt und in welcher Form sie mit- respektive zurückgegeben werden. Die Regelung erspart Doppelspurigkeiten, schafft Wertschätzung und vereinfacht die Abläufe. Solche Aspekte sensibilisieren die jüngeren Kollegen frühzeitig für die Anliegen der Praxis. Sie bilden die Grundlage für den gesicherten elektronischen Datentransfer von Krankengeschichten, Röntgenbildern und so weiter zwischen Spital und Praxis.

10. Forschungsprojekte*

In Zeiten sich laufend verknappender Ressourcen wird kurz-sichtigerweise immer zuerst an Forschung und Weiterbildung gespart. Beides sind jedoch entscheidende Grundlagen und Werkzeuge zur Verbesserung der Qualität der Klinik respektive der ärztlichen Tätigkeit. Gemeinsame klinische Forschungsfragestellungen fördern die Zusammenarbeit und sensibilisieren für die Forschungsanliegen. Die Akzeptanz der Patienten für Forschungsprojekte wird durch das Einbinden der Grundversorger erhöht, und das Mitmachen/Mitgestalten bleibt (oder entwickelt sich als) selbstverständlicher Teil des ärztlichen Alltags. ■

*Prof. Dr. Jürg Beer
Chefarzt Medizin am Kantonsspital Baden
Dr. med. Kurt Kaspar, Grundversorger, VR-Präsident*

*Die mit einem Stern markierten Punkte sind in der Region implementiert oder werden in diesem Jahr am Kantonsspital Baden gemeinsam mit der Hausarztorganisation argomed zur Umsetzung gebracht. Die Punkte 1 und 2 sind Vorschläge zur Steigerung der Attraktivität von Grundversorgerkarrieren.

Diese Arbeit erschien zuerst in «Defacto» 1/2006 der argomed Ärzte AG, www.argomed.ch. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Autoren.