

Bruno Kissling

Grosspraxen für Hausärzte – neue Basis eines effizienten Gesundheitssystems

«Ihr seid selber dafür verantwortlich, dass der Hausarztberuf attraktiver wird, dass junge Ärztinnen und Ärzte Lust auf die Hausarztmedizin bekommen und wieder den Hausarztberuf ergreifen wollen. Mit Eurem Klagen macht Ihr Euch zum Totengräber der eigenen Profession ...» So sagt man uns. Wir Hausärztinnen und Hausärzte sind bereit, Verantwortung für die Zukunft mit zu übernehmen. Für geeignete Lösungen braucht es eine Kooperation zwischen uns, den Versicherern, den Politikerinnen und Politikern – und den Gemeinden.

Tut was!

Diese Worte hören wir immer wieder aus erlauchten politischen und administrativen Kehlen an unseren Tagungen – sei es an der SGAM-Kadertagung auf dem Bürgenstock oder am Schweizerischen Lehrärztentreffen in Genf. Jedoch, noch während sie so sprechen, untergraben sie mit einem neuen «Husarenstreich» das ökonomische und berufliche Fundament des Hausarztberufs und mindern dessen Attraktivität weiter. Ich denke z.B. an die aktuellen Diskussionen um eine massive Absenkung der Labortarife und der Medikamentenmargen.

Unsere Kritiker scheinen oft nicht zu wissen, was wir neben unserem «Klagen» – oder treffender gesagt, neben unserem nötigen Protestieren – alles unternehmen und welche innovativen Entwicklungen sich da und dort anbahnen. Und: Viele Begebenheiten, die junge Ärztinnen und Ärzte vom sehr anspruchsvollen und belastenden Hausarztberuf abhalten, sind gesellschaftlicher Natur. Dafür sind wir Hausärztinnen und Hausärzte wirklich nicht verantwortlich. Gute Lösungen können wir deshalb nicht im Alleingang finden, sondern nur gemeinsam mit Politik, Verwaltung, Versicherern und Gemeinden.

Wir tun was!

Ich denke an innovative *Praxismodelle* [1]: Zusammenschlüsse von bestehenden Einzelpraxen zu Gruppenpraxen, sei es an einem Ort (z.B. in Aarburg), in einer ländlichen Region (z.B. im Bucheggberg, SO und in Seengen, AG). Ich denke an ein neues medizinisches Zentrum durch Zusammenlegung bestehender Einzelpraxen mit unterschiedlichen Fachspezialitäten (z.B. in Chur). Ich denke an neue Geschäftsmodelle in Form von Aktiengesellschaften zur Relativierung der individuellen finanziellen Investitionen, des existen-

ziellen Risikos sowie der örtlichen Anbindung. Ich denke an Grosspraxen im Rahmen von Netzwerken mit zumindest partiellem Angestelltenstatus der beteiligten Hausärzte (z.B. Praxis Bubenberg AG in Bern [2]) ... All diese eindrucklichen Pionierleistungen zeigen neue Wege für die Hausarztmedizin, welche den Bedürfnissen von jungen Ärztinnen und Ärzten entgegen kommen dürften [3, 4]: Teilzeittätigkeit mit guter Work-Life-Family-Balance, Teamarbeit, angemessene Bezahlung mit berechenbarem finanziellem Risiko ...

Wir tun viel!

Erwähnt seien: neue *Notfallmodelle* [5] zur Optimierung der Notfalldienstbelastung der einzelnen Hausärztinnen und Hausärzte durch Zusammenlegungen von Notfallkreisen [6], teils unter Einbezug von Callcenters [7] (z.B. in Arbon-Romanshorn), Kooperationsmodelle zwischen regionalen Hausärzten und Spital (z.B. das Badener Modell [8]) oder Walk-in-Praxen mit hausärztlicher Infrastruktur und Arbeitsweise an zentraler Lage (z.B. der City-Notfall in Bern [9]); *Praxisassistentenmodelle* [10, 11]; die Gründung von *Instituten für Hausarztmedizin* (in Basel, Lausanne und Zürich [12–14]); Förderung der *Forschung* in Hausarztmedizin [15, 16]; der *Europäische Wonca-Kongress 2009* in Basel [17]; die Zusammenführung aller Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte – Allgemeinmediziner/-innen, Internistinnen, Internisten und Pädiater/-innen) in die neue Gesellschaft «*Hausärzte Schweiz*» [18] mit dem Ziel «one structure – one voice»; *Unterricht für Studierende in Hausarztpraxen* (z.B. das Berner Curriculum oder das Basler Einzeltutoriat [19]); die Vereinigung «*Junge Hausärztinnen und Hausärzte Schweiz*» (JhaS) [20] und schliesslich die Zeitschrift *PrimaryCare* [21] ...

Unsere Kritiker scheinen oft nicht zu wissen, was wir neben unserem «Klagen» alles tun.

Gemeinsam mit den Gemeinden müssen wir mehr tun – und es eilt

Alle diese innovativen Veränderungen sind wertvolle Ansätze. Damit sie ihre Wirkung voll entfalten können, müssen sie breit umsetzbar gemacht werden. Dies erfordert sehr viel Mut und Energie von den einzelnen Hausärztinnen und Hausärzten, die mit ihrem landesweiten Netz von Einzelpraxen einen wesentlichen Teil zum

qualitativen Erfolgskonzept der medizinischen Versorgung der Bevölkerung beigetragen haben. Zudem sind heute noch weitgehend fehlende Kooperationen auf verschiedenen Ebenen erforderlich und Zeit, die uns enteilt.

Der Mut vieler Hausärztinnen und Hausärzte zu struktureller und unternehmerischer Veränderung dürfte kaum ausreichen. Aus verständlichen Gründen. Sie stehen ambivalent zwischen drei Fragekomplexen: Wie riskant und sinnvoll ist es für oft bald 60 Jahre alte Hausärzte mit meist amortisierten und gut funktionierenden Einzel- oder Doppelpraxen, für die wenigen verbleibenden Berufsjahre – womöglich aus Geldern ihrer Altersvorsorge – in neue Praxisstrukturen zu investieren? Können Sie, ohne Investition, ihre Einzelpraxen an einen oder mehrere Nachfolgerinnen oder Nachfolger, die ihre Patienten weiter betreuen werden, verkaufen? Wird eine nochmalige finanzielle Investition durch den damit generierten Verkaufswert der Praxis wirtschaftlich aufgewogen?

Reichlich Zeit steht nicht zur Verfügung, denn die Zahl der durchschnittlich 55-jährigen Hausärzte schmilzt durch Pensionierungen rasch dahin. Bis zum Jahr 2016 müssen rund 3000 Hausarztpraxen neu besetzt werden [22]; heute sind es lediglich rund 75 pro Jahr [23]. Eine Trendwende ist nicht in Sicht. Höchstens 16 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wollen gegen Ende ihrer Assistenzzeit Hausärztin oder Hausarzt werden [24]. Junge Hausärztinnen und Hausärzte werden kaum Einzelpraxen, die da und dort weiterhin sinnvoll und nötig bleiben, übernehmen, da diese Arbeitsform ihren oben erwähnten Vorstellungen über ihr Berufs- und Privatleben nicht entspricht. Viele Einzel- und vielleicht auch Doppelpraxen, sei es in der Stadt oder auf dem Land, dürften verwaisten.

Eine ungenügende hausärztliche Versorgung bedeutete auch für die Schweiz, trotz der hohen Dichte an Spezialärzten und Spitälern mit stark ausgebauten, jedoch spezialmedizinbasierten ambulanten Angeboten, eine sehr kritische Situation für eine effiziente, Kosten-Nutzen-optimierte und qualitativ hochstehende Betreuung der Bevölkerung, insbesondere für die Langzeitbetreuung der zunehmenden Zahl an polymorbiden und oft betagten Patientinnen und Patienten, für die Erstversorgung aller möglichen Leiden, die Triage, Prävention usw. ... Dörfer, Gegenden, Täler und selbst städtische Quartiere verlieren ohne genügende hausärztliche Basisversorgung an Wohnqualität und an Marktwert.

Gute und für alle tragbare Lösungen können nur gemeinsam erarbeitet werden, von Hausärztinnen und Hausärzten, Gemeinden, Regionen, Städten, Versicherern und der Politik.

Grössere Gruppenpraxen sollten im Normalfall die Basiseinheiten der medizinischen Grundversorgung der Zukunft bilden.

Grosspraxen für Hausärzte

Grosse Praxiseinheiten mit bis zu zehn oder mehr Hausärztinnen oder Hausärzten, eventuell zusammen mit Spezialärztinnen oder Spezialärzten, sollten im Normalfall die Basiseinheiten der medizinischen Grundversorgung der Zukunft bilden. Diese würden, je nach geographischen Begebenheiten, mehrere Gemeinden, ein Tal oder ein Stadtquartier versorgen. Die baulichen Strukturen und vielleicht auch die Einrichtungen würden in der Regel zusammen mit den involvierten Gemeindeverwaltungen erstellt¹. Normalerweise würden die Praxen von den beteiligten Ärztinnen und Ärzten privatwirtschaftlich betrieben. Idealerweise als Aktiengesellschaft mit einer (je nach Berufstätigkeitsgrad) individuell dosierbaren finanziellen Partizipation und verlustarmer Wiederverkaufsmöglichkeit bei Wegzug in eine andere Gegend – z.B. aus familiären Gründen. Angestelltenverhältnisse wären möglich.

Die Praxisöffnungszeiten würden entsprechend den modernen Bedürfnissen der Bevölkerung erweitert. Die Notfallversorgung der praxiseigenen Patientinnen und Patienten könnte mit weniger Aufwand besser und für den einzelnen Arzt weniger belastend gewährleistet werden. Elektronische Krankengeschichten würden selbstverständlich; heute gibt es sie in rund zehn Prozent der Praxen. Arbeiten im Team wäre die Norm. Forschungsprojekte könnten aufgegleist werden. Qualitätszirkel und Fallbesprechungen wären für alle problemlos möglich.

Grosspraxen bieten im Gegensatz zu den heutigen Einzel- und Doppelpraxen viele zusätzliche therapeutische Möglichkeiten und Instrumente, wie man aus andern Ländern weiss: Einbezug von speziell ausgebildeten Praxis-Nurses für Tätigkeiten, die nicht unbedingt von einem Arzt getan werden müssen (Substitution), z.B. Verbandwechsel in der Praxis oder bei den Patienten zu Hause. Die Patientenschulung, z.B. von Diabetikern, könnte intensiviert werden. Gruppensprechstunden könnten eingeführt werden. Präventionsprojekte würden möglich ...

Fazit

- Ein landesweites Netz von Grosspraxen für Hausärztinnen und Hausärzte dürfte für alle Beteiligten (Bevölkerung, Gemeinden, Versicherer, alte und junge Ärztinnen und Ärzte) mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen von Vorteil sein.
- Ein Beruf mit so gut strukturierten Arbeitsmöglichkeiten müsste für junge Leute erstrebenswert sein.
- Grosspraxen dürften einen guten, gemeinsam getragenen Lösungsansatz für den Erhalt einer guten hausarztbasierten medizinischen Grundversorgung der Zukunft darstellen.

Eine Kooperation mit der Gesellschaft ist dafür unabdingbar nötig.

¹ Wie es z. Z. in der Gemeinde Marthalen geschieht (NZZ, 2.10.08: «Hausärzte auf der Flucht nach vorn»)

Literatur

- 1 Marti C, Fischer B. Neue Praxisformen. Ein Veranstaltungsbericht vom SGAM-Kongress 2007. PrimaryCare. 2008;8(5):88-9.
- 2 Wirthner A. Einzelkämpfer oder Netzwerke: Scheitern beide? PrimaryCare. 2005;5(18):425-8.
- 3 Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Marty F. Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin – Ansichten und Vorschläge von praktizierenden Hausärzten. PrimaryCare. 2007;7(42):639-41.
- 4 Kissling B. Hausärzte und kein Nachwuchs – Ursachen aus erster Hand. PrimaryCare. 2007;7(49):743-4.
- 5 Kissling B. forum klinische notfallmedizin fKNM SGNOR. PrimaryCare. 2007;7(12):205-7.
- 6 Gnädinger M, Boesch E, Marty F. Dienstkreisfusion – weniger Nächte, weniger Wochenenden. Teil 1: Beanspruchung im Notfalldienst. PrimaryCare. 2008;8(10):179-82.
- 7 Gnädinger M, Buchwalder C, Orellano J, Meer A. Medizinisches Callcenter im Nachtdienst. Teil I: die Wirkung in Zahlen. PrimaryCare. 2008;8(12):229-31.
- 8 www.gdk-cds.ch/badener.0.html.
- 9 Kissling B. Notfallkonzept in der Stadt Bern. PrimaryCare. 2006;6(36):626-8.
- 10 Kramis A. Das Projekt Praxisassistenz Kanton Luzern. PrimaryCare. 2007;7(16):258.
- 11 Bandi-Ott E. Pilotprojekt Praxisassistenz im Kanton Zürich. Jeder Hausarzt ist auch ein Lehrarzt! PrimaryCare. 2007;7(11):188-9.
- 12 PrimaryCare Nr. 11/2005: http://www.primary-care.ch/d/set_archive.html.
- 13 Bischoff T. Institut Universitaire de Médecine générale de Lausanne: l'enseignement nous concerne tous! PrimaryCare. 2007;7(38):589-90.
- 14 Bandi-Ott E. Eröffnung der Einheit für Hausarztmedizin an der Universität Zürich. PrimaryCare. 2005;5(42):875.
- 15 Tschudi P. Forschung in der Hausarztpraxis – Wonca 2009. PrimaryCare. 2008;8(12):228.
- 16 Rosemann T. Forschung in der Hausarztmedizin – epidemiologische Gründe. PrimaryCare. 2008;8(12):226-7.
- 17 16. bis 19. September 2009; www.woncaeurope2009.org
- 18 Müller M, Hofer M, Späth HU, Bürgi U. Berufsverband. PrimaryCare. 2008;8(02):19-20.
- 19 Schaufelberger M. Neue Ausbildungsmodule in Grundversorgung für Studierende der Humanmedizin ab Herbstsemester 2007. PrimaryCare. 2006;6(42):771-3.
- 20 Reber Feissli M. Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz – JhaS. PrimaryCare. 2007;7(01):26-7.
- 21 Seit 2001, Volltext online, freier Zugang; www.primary-care.ch.
- 22 Peter Tschudi P, Marty F et al. Workforce CH 2005, Institut für Hausarztmedizin Basel IHAMB, Arbeitsgruppe Literatur/Dokumentation der SGAM.
- 23 Marty F. Praxisbarometer 2007. PrimaryCare. 2008;8(07):127-8.
- 24 Buddeberg B. Karriereentwicklung junger Ärztinnen und Ärzte. 2007.

Dr. med. Bruno Kissling
 Elfenuweg 6
 3006 Bern
bruno.kissling@hin.ch

VERZWEIFLUNG

dann senkte sich
 aus grauem Nebel
 Nacht
 in ihn hinab
 wie eine Wand

die Lichter loschen aus

er war ein jäher Schatten
 seiner Angst
 und rang sich tonlos
 durch die dunklen Zimmer
 in deren Fenster
 schwarze Luft
 ihn kalt verneinte

er sah nicht
 in den Grund des Schachts
 in den er sprang
 damit im Aufprall
 doch ein Licht
 aufschreie

Thomas Schweizer