

Beat Sottas

Hausarztmedizin ist nicht out – aber andere Ansprechstrukturen sind auch in

Hauptreferat an der Fortbildungstagung 2012, «Gegensätze: IN – OUT», in Luzern

Das Gesundheitswesen und die Gesundheitsversorgung werden neben Bildung und Sicherheit weltweit als zentrale Aufgaben einer Gesellschaft und eines Staates angesehen. Entsprechend hoch sind die Erwartungen an die Bereitstellung von Leistungen. Wie viel realisiert werden kann, hängt von der Finanzkraft und der Verfügbarkeit von Professionals ab – aber auch von gesellschaftlichen Veränderungen.

«Megatrends» beeinflussen die Versorgungsrealität

Analysten und Forscher haben in vielfacher Weise dargelegt, dass sich die Versorgungsrealität massgeblich verändern wird. Sie verweisen auf «Megatrends», also ganze Bündel von Trends, Erwartungen, Entwicklungen und Wirkungsketten, welche die Berufsausübung (und die Ausbildung) in neue Bahnen lenken. Solche Megatrends sind der demographische Wandel (u.a. tiefe Geburtenraten, Immigration, polymorbide Hochaltrigkeit), die medizinischen Innovationen und der technologische Wandel (u.a. Diagnostik, minimalinvasive Verfahren, Heilmittel), die ökonomische Bedeutung der Gesundheit (u.a. Kosten vs. Nutzen, BIP-Anteil, Selbstzahler, Standardisierung) und die veränderten Rollen der Patienten (insbesondere Wissen und Selbstbestimmung, Therapie-Dialog, Anspruchs- und Konsumhaltung).

Der Kostendruck ist gewaltig, aber aller Voraussicht nach wird der «menschliche Faktor» entscheidender sein:

- Der Mangel an Health Professionals ist ein globales Phänomen, weil Bedarf und Ansprüche steigen – 1970 kümmerten sich etwa zwei Personen um einen Spitalpatienten, heute sind es 20.
- Die Unzufriedenheit wächst wegen Wartezeiten, administrativen Hürden, hohen Kosten, schwer nachvollziehbaren Abläufen und Doppelspurigkeiten.
- Die Health Professionals stellen dem heroischen Kampf ums Leben ihre Erwartungen nach mehr Freizeit und weniger Fesseln gegenüber.
- Und: die Patienten wollen wählen und mitentscheiden.

In/out greift zu kurz

Wenn sich die schweizerischen Hausärzte fragen, ob sie «in oder out» seien, nehmen sie Begriffe aus der Marktforschung und der Konsumwelt auf. Stile, Moden, Farben, Accessoires sind heute top und morgen flop. Diese Schnellebigkeit ist überhaupt nicht typisch für das Gesundheitswesen: es wird nicht einfach ein Schalter gekippt. Die Megatrends wirken schleichend.

In/out hat daher mehr mit Bildern im Kopf zu tun – Orientierungspunkte sind ein Berufsbild, das vor 100 Jahren etabliert wurde, und Organisationsformen, die erst vor 50 Jahren verankert und verrechtlicht wurden. Mit Blick auf die hitzigen Debatten der letzten Jahre scheint in/out für die Beschwörung dieser Vorstellungen und für eine trutzige Verteidigungshaltung zu stehen.

Als ob das nötig wäre –, gibt es doch keine andere Branche mit solch guten Zukunftsperspektiven!

Aufgrund des steigenden Bedarfs und der Ambulant-vor-stationär-Politik werden Hausärzte und -ärztinnen auch in Zukunft eine zentrale Rolle in der Grundversorgung spielen. Bedeutet die besorgte Frage

nach «in» oder «out» etwa, dass die Auseinandersetzung mit den epochalen Umbrüchen gar nicht entschlossen, ernsthaft und offenen Geistes angegangen wird? Das wäre ein fatales Versäumnis, denn die genannten Veränderungen verändern die Grundversorgung (und auch die Grundversorger): Wenn die Gesellschaft anders wird, müssen auch die Menschen anders werden, die sich um diese Menschen kümmern.

Weltweites Interesse an der «frontline of primary care»

In der schweizerischen Debatte um die Hausarztmedizin wird nicht davon gesprochen, dass die «frontline of primary care» weltweit seit über 35 Jahren hohe Priorität hat, nämlich seit der Alma-Ata-Deklaration der WHO und wegweisenden Arbeiten der OECD – oder: seit dem Zeitpunkt, zu dem in einigen Industrieländern die Ärzteschaft mehr Spezialisten als Grundversorger zählte. In der Schweiz ist dies übrigens seit 1961 der Fall.

Kommentar zum Beitrag «Hausarztmedizin ist nicht out – aber andere Ansprechstrukturen sind auch in»

Der Autor spricht in seinem Artikel einige wichtige Fakten an. Erwähnt sei nur der generelle Mangel an Health Professionals – nicht nur an (Haus-)Ärzten, sondern eben auch an Pflegefachpersonal – oder die zentrale Bedeutung der integrierten Versorgung. Es ist unbestritten, dass die Primärversorgung neu strukturiert werden muss und gemeinsam am skill mix (wer macht was wo am besten und am günstigsten) gearbeitet werden muss. Diese neue Aufgabenaufteilung ist unerlässlich, bedingt aber auch klare Regelungen der Zuständigkeiten und damit verbunden auch der Verantwortlichkeiten.

Je mehr Health Professionals sich in die Behandlung eines (meist polymorbiden) Patienten teilen, umso wichtiger sind aber die Koordination und die Wahrung des ganzheitlichen Überblicks. Für diese zentrale und verantwortungsvolle Aufgabe haben nun einmal nur die Hausärztinnen und Hausärzte die notwendige umfassende Ausbildung und Qualifikation. Das Chaos wäre ohne hausärztliche Koordination erst recht programmiert. Richtig ist aber, dass die Hausarztmedizin sich zum Team wandeln und vermehrt delegieren muss.

Der Berufsverband «Hausärzte Schweiz» (MFE) hat dies schon seit einiger Zeit erkannt und arbeitet intensiv an einem breit angelegten Projekt «Skill mix» unter gemeinsamer Beteiligung aller interessierten Health Professionals. So bestehen regelmässige Kontakte zu den Berufsverbänden der Pflegefachpersonen (SBK), der medizinischen Praxisassistentinnen (MPA), aber auch anderer Berufsverbände wie Apotheker usw., um die Grundversorgung der Zukunft zu gestalten.

Gerhard Schilling, Vorstandsmitglied «Hausärzte Schweiz»,
Co-Chefredaktor PrimaryCare

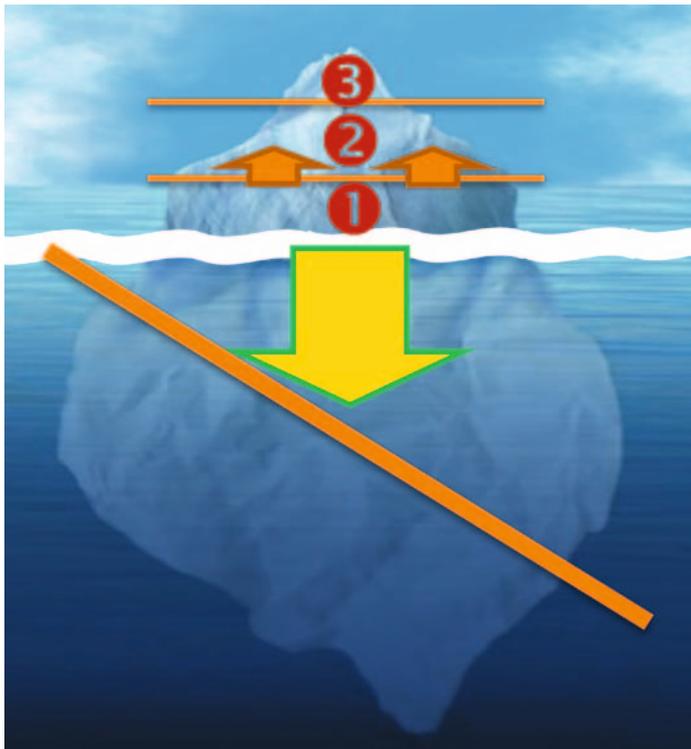


Abbildung 1

Eisberg-Modell der Versorgung und Berufsausübung: Die Wellenlinie markiert die «frontline of primary care». Während die Hausärzte der Primärversorgung (Ebene 1) sich wegen ihrer Weiterbildung zur Sekundärversorgung hin orientieren (Ebene 2), wachsen Nachfrage und Inanspruchnahme gerade unterhalb der konventionellen, medizinisch definierten Trennlinie stark: Gesundheitsförderung, Prävention, Betreuung, Überwachung, Orientierung, Komplementärtherapien, Palliation u.v.a.m.

Die «frontline of primary care» umschreibt den ersten Kontaktpunkt der Bürger und Patienten mit dem professionellen Gesundheitssystem. Auf die Fragen nach dem Was und dem Warum besteht ein weitgehender Konsens: Es geht um Heilung und Gesunderhaltung sowie fachliche Unterstützung für eine lebenswerte Perspektive. Die Frage nach dem Wie wird hingegen weltweit debattiert: An wen können sich Menschen wenden, wenn sie mit einem akuten Gesundheitsproblem konfrontiert sind und professionelle Hilfe benötigen? Ist dieser Ort niederschwellig zugänglich oder bestehen organisatorische und finanzielle Hürden am Übergang zwischen (kostenloser) informeller Pflege und Unterstützung und den (bezahlten) Leistungen der Health Professionals?

Umbrüche verändern den «scope of practice» der Grundversorgung

Die spitalzentrierte Weiterbildung führt im deutschsprachigen Europa dazu, dass sich Grundversorger ähnlich wie Spezialisten positionieren. Allerdings führen die erwähnten Megatrends zu einer Neuausrichtung der Primärversorgung, welche die Berufsausübung verändert. Während der stationäre Sektor relativ gesehen an Bedeutung verliert (insbesondere kürzere Aufenthaltsdauer, minimalinvasive Verfahren), werden Versorgungs- und Betreuungsleistungen im weiten Feld des ambulanten Sektors immer wichtiger. Die traditionelle Trennlinie der *medizinisch definierten* Grundversorgung verschiebt sich

nach unten (vgl. Abb. 1). In der Berufsausübung gewinnen pflegerische und fürsorgliche Tätigkeiten an Bedeutung, welche Kompetenzen erfordern, die im Medizinstudium kaum vermittelt werden und für die keine medizinische Ausbildung nötig ist.

Es ist denn auch kein Zufall, dass der renommierte deutsche «Sachverständigenrat Gesundheit» 2009 daran erinnerte, dass das in Grossbritannien in den 1920er Jahren entwickelte Primary-Care-Konzept weit über die allgemeinmedizinische bzw. hausärztliche Versorgung hinausreicht.

Wichtige Gremien geben deshalb zu bedenken, dass diese Leistungen nicht ausschliesslich von der Hausarztmedizin erbracht werden können. In den Worten des Sachverständigenrates: «Die hausärztliche Arbeitskraft ist zukünftig zu knapp (und mit Bezug auf einfache Routineaufgaben auch zu teuer), um alle heute von einer hochwertigen Primärversorgung zu erbringenden Leistungen sicherstellen zu können.»

Ansprechstrukturen

Einer der Megatrends ist der informierte Patient und autonome Nutzer. Mit dem Begriff Ansprechstrukturen wird die Versorgung aus dessen Perspektive betrachtet. Autonome Nutzer wollen eine therapeutische Beziehung, in der sie selbstbestimmt ihre Gesundheit mitproduzieren. Sie suchen die ihren Bedürfnissen angepasste Gesundheitsversorgung – nicht immer (nur) als Patienten, sondern in erster Linie als aufgeklärte und mündige Bürger, welche aus der Angebotsvielfalt passende Leistungen abrufen. Diese Veränderung des Nutzerverhaltens hat weitreichende Konsequenzen für die Ausgestaltung des Leistungsangebots in der Grundversorgung: Die Health Professionals mutieren im ungünstigen Fall vom wissenden Therapeuten zum austauschbaren Dienstleister.

Entscheidend ist das Wie des Zusammenspiels unterschiedlicher Health Professionals, welche bei dringlichen Erstkonsultationen und akuten Gesundheitsproblemen sowie bei der Betreuung chronisch kranker Menschen Leistungen erbringen. Gerade in der Grundversorgung gibt es weltweit viele Beispiele, wie die Versorgungskette in ambulanten Ansprechstrukturen erhalten bleibt und wie die Arbeitsteilung zum entscheidenden Erfolgsfaktor wird. Die Stiftung Careum hat im Projekt «Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung» die Diskussionen im In- und Ausland anhand von über 100 Quellen aufgearbeitet und die in den Industrieländern entwickelten Modelle dargestellt.¹

Im Zuge der Globalisierung der Gesundheitsmärkte dürften solche Modelle früher oder später auch in der Schweiz Fuss fassen. Dabei entstehen neue professionelle Ansprechstrukturen, die mit Kundennähe und Service-Mehrwerten Marktanteile gewinnen – ja, sie können sich um die TARMED-Krämerei foutieren ...

Hausarztmedizin zementieren = Versorgungschaos fördern

Die gesundheitspolitischen Lenkungsmaßnahmen verlagern den Versorgungsschwerpunkt weg vom Spital. In dieser «Ambulantisierung» werden die bestehenden Anlaufstellen in der Grundversorgung überfordert. So wird beispielsweise im «British Medical Journal» die Frage der Kapazitätsprobleme oft intensiv debattiert. Ghorob et al. rechnen vor, dass Grundversorger mehr als einen 18-Stunden-Tag haben müssten, um gerade die älter und kränker werdenden Patienten risikogerecht zu betreuen [1]. Weil die aktuelle Konzeption der Versorgung nicht nachhaltig ist, fordern sie einen Strategiewechsel, um mehr Professionals einzubinden. Das umfasse vorab einen «Shift from an «I» to a «we» mindset», den Abschied vom «lone-doctor-with-helpers model» und ein Handeln im Team, bei dem Verantwortlichkeiten (und nicht nur Aufgaben) an andere Professionals übertragen werden. Dank der hochschulischen Qualifikation sind vermehrt die dazu not-

¹ Sottas B, Brügger S. Ansprechstrukturen. Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung. Zürich: Careum; 2012. Download unter www.careum.ch/ansprechstrukturen

wendigen Health Professionals auf dem Markt verfügbar. Es gibt effektiv eine Zunahme der nicht-ärztlichen Workforce, die Grundversorgungsaufgaben übernehmen können (und wohl auch werden), so namentlich Chiropraktoren, Offizin-Apotheker, Nurses mit Master-Abschlüssen, MSc-Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Alternativmediziner mit Höheren Fachprüfungen u.a.m. Es ist eine versorgungspolitische Notwendigkeit, diese in die Strukturen und Prozesse einzubinden, denn Heilung und Linderung hängen nicht mehr von der Intervention einer einzigen Person oder Institution ab, sondern von einer wirkungsvoll agierenden Handlungsgemeinschaft.

Als *These* soll deshalb in den Raum gestellt werden, dass die heutige, auf Abgrenzung ausgerichtete Politik der Hausärzte einem Versorgungschaos Vorschub leistet. Neue Leistungserbringer werden von Nischen aus zunehmend Beachtung finden. Eine Lektion aus der Entwicklung des amerikanischen Systems in Verlauf der letzten Jahrzehnte besteht darin, dass das Beharren auf Zuständigkeiten die unkonventionellen Modelle nicht aufhalten können. Auch in der Schweiz hat die Zukunft schon ansatzweise begonnen – «in» statt «out» sein bedeutet daher, diese Trends bei den Ansprechstrukturen proaktiv aufzunehmen und neuartige, nachfragegesteuerte Modelle

in die Berufspraxis einzuführen. Sie bieten Chancen für die Entlastung und sie sind eine Bereicherung im Leistungsspektrum – und sie gestatten letzten Endes auch neue Arrangements, welche die Position der Grundversorger festigen.

In Zukunft sind daher nicht sektorielle Mauern gefragt, sondern Windmühlen, welche Energie für einen befruchtenden Dialog unter allen möglichen Akteuren liefern und neue Geschäftsmodelle antreiben.

Literatur

- 1 Ghorob A, Bodenheimer T. Sharing the care to improve access to primary care. NEJM. 2012;366 (21):1955–7.

Korrespondenz:

Dr. Beat Sottas
Stiftungsrat, Mitglied des Leitenden Ausschusses Careum
Pestalozzistrasse 3
8032 Zürich
beat.sottas[at]careum.ch