

BERNER HAUSÄRZTE

#2/17

Interprofessionalität – ein Weg, um den Hausärztemangel zu mildern

Hausarztmangel und gewandelte Berufsvorstellungen der Jungen lassen die unterschiedlichen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung näher zusammenrücken. Interprofessionalität lautet dazu das aktuelle Schlagwort. Marc Müller, als langjähriger Präsident von Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe ein «Interprofessionalist» der ersten Stunde, über die Herausforderungen, Grenzen und Möglichkeiten neuer Zusammenarbeitsformen in der medizinischen Grundversorgung.

Dr. med. Marc Müller, Vizepräsident mfe



How can they work together
if they don't learn together?

Am Samstag, 8. Juli 2017 titelte die Berner Zeitung: «Ein weiterer Hausarzt geht in Pension. Trotz intensiver Suche konnte er keine Nachfolge finden». Die Mehrheit der rund 2500 Patienten bleibt ohne neuen Hausarzt zurück, die Kollegen in der Region sind alle bereits überlastet oder stehen ebenfalls kurz vor der Pensionierung. Seit Jahren haben die Hausärzteverbände auf den kommenden Hausärztemangel hin-

gewiesen. Spätestens seit 2008 hat auch die Politik erkannt, dass sich bis 2030 ein dramatischer Hausarzt- und Pflegekräftemangel entwickeln wird, wenn die politischen Weichen nicht umgestellt werden - (Obsan 2008: «Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse - Projections à l'horizon 2030», document de travail).

Fortsetzung auf Seite 2

VEREIN BERNER
HAUS- UND KINDERÄRZTINNE
VBHK

Editorial

Hausarztmedizin im Wandel

Interprofessionalität ist seit Jahren in aller Munde, und doch steckt sie bei uns immer noch in Kinderschuhen. Per se nichts Neues, aber das Verständnis ist im Wandel: Es bewegt sich weg von vertikalen hierarchischen Strukturen hin zu horizontaler Vernetzung und Patientenzentriertheit mit situations- und kompetenzbasiertem Lead. Verschiedene Kompetenzen bereichern die patientenzentrierte Medizin, welche sich kritisch mit unterschiedlichen Werten auseinandersetzt: evidenzbasiertes Wissen, soziokulturelle, geistesgeschichtliche, religiös-spirituelle und emotionale Werte. Zeit, Vertrauen, Offenheit und Neugier sind nötig, damit die interprofessionelle Zusammenarbeit gelingen kann, erfolgreich wird – das lehren uns die verschiedenen Autoren der Beiträge in diesem Heft. Sie haben früh interprofessionelle Schritte gewagt und grosse Hürden gemeistert. Und sie zeigen uns: Erfolgsfaktoren sind die gemeinsame Planung, Durchführung und Evaluation neuer Projekte, die Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten, von Kommunikation und Verbindlichkeiten und allen voran die Regelung von Prozessabläufen und der Umgang mit Konflikten – von Anfang an! Auf institutioneller und Verbandsebene scheint dies bislang schwieriger zu sein als in der Praxis. Bestehende Mauern können nur durch neue Erfahrungen zum Bröckeln gebracht werden. Der VBHK setzt sich auf politischem Weg dafür ein, wie zum Beispiel in unserem Sessionsbrief zum [Darmkrebs-screening-Projekt des Kantons](#). Sicherheit, Qualität, optimale Ressourcenverteilung und Kosteneffizienz müssen auf Augenhöhe die Prozesse leiten. Work in progress – bleiben wir alle dran!

Dr. med. Monika Reber, Präsidentin

Fortsetzung «Interprofessionalität»

«Uns war klar, dass zunächst grosse Berührungsgängste überwunden und eine gemeinsame Sprache gefunden werden müssen, bevor gemeinsame Projekte und Zusammenarbeitsformen realisiert werden können.»

Viel ist seither auf der politischen Bühne geschehen: Hausarztinitiative, Verfassungsartikel «Ja zur medizinischen Grundversorgung», Gesundheitsstrategie 2020, mehr Studienplätze für Medizinstudierende, Auf- und Ausbau der Hausarztinstitute an allen medizinischen Fakultäten, Einrichtung von Masterausbildungsgängen in Luzern, St. Gallen und demnächst in Fribourg, Ausbau der Praxisassistenten (auf bisweilen noch wackligen Füßen), Revision des Medizinalberufegesetzes zugunsten einer Neuausrichtung des Berufes der Apotheker und zuletzt der Beginn der Unterschriftensammlung für eine Initiative des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK). All diese Massnahmen zielen in die richtige Richtung, brauchen aber viel zu viel Zeit, um den JETZT entstehenden Hausärztemangel aufzufangen. Die Workforce-Studie der Professoren Zeller und Tschudi aus Basel hat es klar aufgezeigt (sie wurde im Berner Hausarzt ausführlich kommentiert).

Schlagzeilen wie die oben zitierte werden sich in den nächsten 15 Jahren noch oft wiederholen, wenn es uns nicht gelingt, strukturell und funktionell unsere traditionellen Versorgungsformen zu modifizieren. Die Zeit ist nicht stehen geblieben: Der Netzwerkgedanke hat inzwischen sogar die Romandie erreicht, alternde Hausärzte schliessen sich mehr und mehr in Gruppenpraxen zusammen, die Notfalldienstkreise werden vergrössert, an den Spitälern entstehen zentrale Hausärztenotfallstrukturen. Es wurden Weiterbildungsmöglichkeiten für unsere MPA geschaffen, Praxiskoordinatorinnen und Chronic Care-Spezialistinnen können den Hausarzt entlasten. Erste Versuche mit Nurse Practitioners in den Praxen werden derzeit evaluiert.

Der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe) hat sich eingehend strate-

gisch mit diesen Problemen befasst. Sehr rasch haben wir gemerkt, dass der Mangel und die daraus resultierende Arbeitsbelastung der verbleibenden Hausärzte und Hausärztinnen, verstärkt durch den Paradigmenwechsel bei unserem Nachwuchs (Stichworte Feminisierung, Work-Life-Balance, Angestelltenstatus), ein grundsätzliches Umdenken erfordern. Nur gemeinsam mit den Gesundheitsfachleuten der anderen Grundversorgungsberufe wird es weiterhin möglich sein, unsere Patientinnen und Patienten, welche immer älter werden und immer komplexere Gesundheitsstörungen und Krankheiten aufweisen, mit genügender Qualität zu versorgen. Die Frage: «Wer kann was am besten, wie kann die Zusammenarbeit organisiert werden?» gilt es zu klären.

Bereits 2013 haben wir deshalb zusammen mit unseren Partnerberufen in der Grundversorgung die «Plattform Interprofessionalität» gegründet. Uns war klar, dass zunächst grosse Berührungsgängste überwunden und eine gemeinsame Sprache gefunden werden müssen, bevor gemeinsame Projekte und Zusammenarbeitsformen realisiert werden können. Gleichzeitig haben wir begonnen, uns im Ausland nach funktionierenden Modellen umzusehen, um das Rad nicht neu erfinden zu müssen. Brigitte Zirbs Savigny (Ressortleiterin «Interprofessionalität» bei mfe) und ich sind deshalb 2015 nach Kanada gereist und haben in Toronto am Kurs «Educating Health Professionals in Interprofessional Care (EHPIC)» teilgenommen. Die Klärung der Rollen (wer hat welche Fähigkeiten, wie können sich die verschiedenen Rollen ergänzen?) stand am Beginn. Weitere Module waren der Teambildung (forming, storming, norming, performing, adjourning), der interprofessionellen Kommunikation, der interprofessionellen Konfliktbewältigung, der kollaborativen Leadership («Facilitation», eine auf den Prozess fokussierte Form der Moderation) und der Qualitätsverbesserung in Prozess und Outcome gewidmet. Nie hatten wir in so kurzer Zeit (fünf Tage) so viel Nützliches gelernt.

Schon auf dem Rückflug planten wir, diesen Kurs auch in der Schweiz anzubieten. Nach längeren Vorbereitungsarbeiten und mit finanzieller Hilfe vor allem unseres Verbandes, aber auch interessierter Sponsoren (CSS, Helsana, fmc), konnten wir im März 2017 in Solothurn, zusammen mit drei Referentinnen aus Toronto, den Pilotversuch «EHPIC-Schweiz» durchfüh-

ren. Die 41 Teilnehmende aus insgesamt elf Gesundheitsberufen waren ebenso begeistert von diesem Kurs wie wir. Es war faszinierend zu sehen, wie eine kleine «Icebreaker-Übung» innert 15 Minuten aufzeigen konnte, dass zwischen Hausarzt und Apotheker, Pflegefachmann und Ergotherapeutin, Spitalverwalter und Versicherungsangestelltem weit mehr Gemeinsamkeiten als Differenzen bestehen, dass gemeinsame Haltungen wichtiger sind als betonierte formale Unterschiede. Der Kurs hat aber auch allen klar gemacht, dass wir unbedingt mehr voneinander wissen müssen, um uns vertrauen zu können, dass gemeinsames Lernen, möglichst früh in der Ausbildung, notwendig ist, um dieses Vertrauen entstehen zu lassen.

«Es war faszinierend zu sehen, wie eine kleine «Icebreaker-Übung» innert 15 Minuten aufzeigen konnte, dass zwischen Hausarzt und Apotheker, Pflegefachmann und Ergotherapeutin, Spitalverwalter und Versicherungsangestelltem weit mehr Gemeinsamkeiten als Differenzen bestehen.»

Kontinuierliches Lernen voneinander, aneinander und übereinander ist der Kern eines funktionierenden Teamworks. Grösste Aufmerksamkeit muss den Prozessen gewidmet werden, damit jeder seine Fähigkeiten optimal einbringen kann. Beobachtungen der Physiotherapeutin können die Untersuchungsbefunde des Arztes genauso ergänzen wie die von der Spitex aufgeschnappten Äusserungen der Schwiegermutter des Patienten. Im Chronic Care Management muss die Fallführerschaft diskutiert und angepasst werden, soziale und pflegerische Faktoren sind oft wichtiger als ein neues Medikament. Hausaufgabe der Kursteilnehmer ist die Weiterentwicklung eines eigenen Projektes. Im September werden wir an einem Feedbacktag den Einfluss des Kurswissens auf den Alltag diskutieren und mit den Kursteilnehmenden die nächsten Schritte für einen auf die schweizerischen Verhältnisse angepassten Kurs planen. Es bleibt viel zu tun!

Palliativmedizin: Geht es nur interprofessionell?

Interview mit Dr. med. Christoph Cina, Messen

Wie lautet Ihr Leitsatz zum Thema Interprofessionalität?

Was noch nicht ist, kann noch werden! Gemeinsam geht's besser! Komplexe Situationen in Palliative Care erfordern eine patientenorientierte interprofessionelle Zusammenarbeit zum Wohle des Patienten und seiner Angehörigen.

Welchen Mehrwert hat Ihre Praxis bzw. haben Ihre Patientinnen und Patienten durch die interprofessionelle Zusammenarbeit?

Der Mehrwert einer erfolgreichen interprofessionellen Zusammenarbeit liegt in einer markant verbesserten Behandlungs- und Betreuungsqualität des Patienten und seines Umfeldes. Sie verbessert das gegenseitige Vertrauen und wirkt sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit aller Betroffenen aus.

«Der Mehrwert einer erfolgreichen interprofessionellen Zusammenarbeit liegt in einer markant verbesserten Behandlungs- und Betreuungsqualität des Patienten und seines Umfeldes.»

Was ist innovativ an Ihrem Projekt?

Eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert klare und auf Konsens basierende Standards. Die Resultate des Rundtischgesprächs zu Beginn der Zusammenarbeit werden in einem Betreuungsplan festgehalten. Der Betreuungs-

plan richtet sich nach den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten. Er antizipiert Vorgehensweisen bei bestimmten Symptomen wie Atemnot, Schmerzen, Angst etc. Zudem werden wichtige Fragen, wie vertretungsberechtigte Person, Erreichbarkeit, aber auch Fragen wie REA etc. geklärt.

Die Dokumentation erfolgt in einer webbasierten interprofessionellen Krankengeschichte mit integriertem Kommunikationssystem. Eine App-Version erleichtert den Informations- und Kommunikationsfluss am Patientenbett. Das System genügt den heutigen Datenvorschriften und erübrigt eine doppelte Führung der Krankengeschichte. Der Kommunikationsfluss wird ohne zusätzlichen Aufwand in der Krankengeschichte dokumentiert.

Welche Berufe sind in Ihrer Praxis vertreten?

In der Betreuung von Palliative Care-Patienten können verschiedenste Professionen und auch Freiwillige involviert werden. Die elektronische Krankengeschichte basiert auf einem Rollenkonzept. Im Betreuungs- und Behandlungsteam finden sich z.B. Hausarzt, Spitex, SEOP, Onkologe, aber auch Seelsorge und Angehörige, welche mit entsprechenden Rollen in der elektronischen Krankengeschichte hinterlegt sind.

Wie ist Ihr interprofessionelles Team organisiert? Gibt es hierarchische Abstufungen in Ihrer Gruppe?

Der Fokus der gemeinsamen Arbeit gilt der Optimierung der Betreuung und Behandlung des Patienten bzw. der Patientin. Jede Berufsgruppe orientiert sich an den Grundsätzen von «best practice», und die

berufliche Expertise wird anerkannt und respektiert. Entscheidungskompetenz und Verantwortlichkeit werden initial geklärt und von allen Berufsgruppen explizit eingefordert.

«Durch eine klare und vorausschauende Planung können unnötige Hospitalisationen und unkoordinierte Notfallübungen vermieden werden.»

Haben Sie Schwierigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit erlebt?

Zurzeit ist interprofessionelle Zusammenarbeit kein klar strukturiertes Lernziel, welches in der Aus- und Weiterbildung gemeinsam erarbeitet wird. Hohe Personalfluktuationen in der Spitex erschweren die Zusammenarbeit. In der Spitex braucht es deshalb konstante Palliative Care-Teams mit entsprechender Fachkompetenz. Diese sind vielerorts im Entstehen.

Wie finanzieren Sie die interprofessionelle Zusammenarbeit?

Im ambulanten Setting wirkt sich Palliative Care kostendämpfend aus. Durch eine klare und vorausschauende Planung können unnötige Hospitalisationen und unkoordinierte Notfallübungen vermieden werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird allerdings durch die vom Bundesrat geplanten Limitierungen in der Tarifstruktur «Tarmed» praktisch verunmöglicht. So können wichtige Koordinationsaufgaben nicht abgerechnet werden.

Interprofessionalität in der Familienpraxis

Interview mit Dr. med. Richard Rordorf, Praxiszentrum Familienmedizin Thun

Wie lautet Ihr Leitsatz zum Thema Interprofessionalität?

Als Bereicherung unserer hochspezialisierten, evidenzbasierten Schulmedizin hilft die beziehungsorientierte Medizin sowohl die Beiträge des Patienten wie auch das Potential der andern beteiligten Berufsgruppen zu nutzen. Meine Freude an systemischen, ressourcen- und lösungsfokussierten Prozessen führt mich immer wieder zur alten Binsenwahrheit, dass gelingendes Miteinander wesentlich mehr sein kann als die Summe der Einzelleistungen.

Welchen Mehrwert hat Ihre Praxis bzw. haben Ihre Patientinnen und Patienten durch die interprofessionelle Zusammenarbeit?

In unserem Praxiszentrum für Familienmedizin arbeiten Hausärzte, Pädiaterinnen, Gynäkologen, Pflegefachfrauen, Hebammen und MPA unter einem Dach. Drei Generationen, von lernenden MPA und Medizinstudierenden über Assistenzärztinnen bis zu Seniors, betreuen oft drei Generationen von Patientenfamilien. Erfahrungs- und Wissensaustausch sowie die bereichernden Beziehungen und der Teamgeist sind der grundsätzliche Mehrwert.

Was ist innovativ an Ihrem Projekt?

Vor zehn Jahren war uns in der näheren Umgebung kein derart gemischter ambulanter Betrieb bekannt: Hausärztinnen betreuen gemeinsam mit Gynäkologen und Kinderärzten im selben Praxiszentrum ganze Familien vom Enkel bis zur Grossmutter. Vermutlich noch immer einzigartig ist die gezielte Ausbildung von Pflegefachfrauen und Assistenzärzten in systemischer, ressourcen- und lösungsfokussierter Beratung zu mehr Eigenverantwortung und Eigenleistung der Patienten und zur Unterstützung der ärztlichen psychosozialen Familienarbeit. Die Pflegefachfrauen spielen eine wichtige systemische Rolle in der Verbindung der drei Ärzteguppen mit den Patienten und deren Familien. Die betrieblichen Teamprozesse werden nach den gleichen Grundsätzen gestaltet: Synergien und Ressourcen optimal zu nutzen für mehr Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zugunsten der Patienten und der Mitarbeitenden. Dass wir mit diesen Prämissen die intrapersonellen

Ressourcen und Bedürfnisse ausbalancieren wollen, um selbst gesund und leistungsfähig zu bleiben für uns, unsere Familien und unsere Patienten mag innovativ tönen – glücklicherweise wird dies immer häufiger in Gesundheitsberufen gepflegt und sollte bereits in der Ausbildung geschult und kultiviert werden.

Welche Berufe sind in Ihrer Praxis bzw. in Ihrem Projekt vertreten?

Acht Hausärztinnen und -ärzte, sieben Kinderärztinnen und -ärzte, eine Kinder- und Jugendpsychiaterin, ein Orthopäde, zwei Gynäkologen, zwei Hebammen, sieben Pflegefachfrauen (fünf davon mit Beratungsfunktion), ein Sozialpädagoge, eine Direktionsassistentin, eine Personalassistentin, eine Arztsekretärin, 22 Medizinische Praxisassistentinnen, drei Lernende MPA, vier Reinigungsfachfrauen.

«Meine Freude an systemischen, ressourcen- und lösungsfokussierten Prozessen führt mich immer wieder zur alten Binsenwahrheit, dass gelingendes Miteinander wesentlich mehr sein kann als die Summe der Einzelleistungen.»

Wie ist Ihr interprofessionelles Team organisiert?

Jede Berufs- und Fachgruppe bildet ein Team mit einer Teamleitung. Die Teamleitenden einer organisatorischen Einheit bilden das jeweilige operative Kader, geführt von den Standortleitenden, die in der Geschäftsleitung vertreten sind. Meine Frau und ich bilden als Verwaltungsrat den Vorsitz der Geschäftsleitung. Personalverantwortung für die Ärztinnen und Ärzte tragen wir als Verwaltungsrat und Inhaber, bei den andern Mitarbeitenden sind es die jeweiligen Teamleitenden.

Haben Sie Schwierigkeiten in der interprofessionellen Zusammenarbeit erlebt?

Schwierigkeiten sind Chancen, wenn es gelingt, eine Kultur mit strukturiertem Differenzen- und Konfliktmanagement aufzubauen. Das ist Führungsaufgabe, muss gelernt sein und kann nicht nebenbei erfolgen. Der Aufbau geregelter Besprechungs- und Feedbackkultur braucht nach meiner Erfahrung Jahre und ist dann hilfreich, wenn die Rollen und Erwartungen immer wieder geklärt werden. Im Kontinuum zwischen koordinierten Arbeitsgruppen und hochspezialisierten Teams kann die Führungsaufgabe auch misslingen. Ausserwahrnehmungen und regelmässiger Austausch mit andern Führungskräften sind sehr wertvoll.

Wie finanzieren Sie die interprofessionelle Zusammenarbeit?

Je mehr Kompetenz durch Interprofessionalität in die periphere Praxis (zurück) fliesst, desto kosteneffizienter können die Zentren ihre teure Infrastruktur einsetzen. Mit hausärztlich koordinierter Interprofessionalität werden Kosten gespart. Für die höheren Löhne der Pflegefachfrauen wie auch der höherqualifizierten MPA gibt es noch keine Tarifpositionen – die Kosten gehen zu Lasten des Betriebes. Doch die Interprofessionalität ist eine Bereicherung auf allen Stufen. Bewerberinnen mit einem Master in Advanced Nursing Practice ANP müssen aus Kostengründen noch abgewiesen werden. Hier gäbe es in einem Praxiszentrum wie bei uns ein breites gegenseitiges Lernfeld von der psychosozialen Beratung über die Diabetesberatung bis zum Geriatric Assessment. Ob die Umsetzung der Interprofessionalität und die Praxisausbildung zukünftiger Grundversorgerinnen und -versorger und ANP zu Lasten der immer geringeren Anzahl Grundversorger gehen soll, wäre eine wichtige Frage. Dass wir momentan von Verhandlungen ausgeschlossen sind und Ausbildungsprojekte gestrichen werden, hindert mich nicht an der Weiterentwicklung der interprofessionellen Konzepte. Es ist jedoch ein schwieriges Signal für zukünftige Hausärzte und schmälert die schon knappen Ressourcen aktiver Hausärzte, Projekte für eine kosteneffiziente Grundversorgung voranzutreiben. Hilfreich ist, darüber zu schreiben und sich zu vernetzen, wie das der VBHK engagiert macht.

Perspektiven statt Sackgasse – für MPA, die mehr wollen

Dres med. Simone Lanz-Ryf, Markus Battaglia, Adrian Wirthner, Bern

Beim Ärztenetz mediX bern betreuen 14 MPA in zwölf Praxen rund 380 Diabetespatienten gemeinsam mit den Ärzten. Neun MPA führen delegiert Impfberatungen durch, vier übernehmen Rauchstoppberatungen. Sie entlasten damit die Ärzte und ihre Arbeit wird aufgewertet. Das Projekt wurde beim BAG im Rahmen des Förderprogramms Interprofessionalität eingereicht.

Entstehungsgeschichte

An der Strategiereise 2013, noch bevor der Begriff Interprofessionalität in aller Munde war, entschloss sich das Ärztenetz mediX, die Rolle der MPA aufzuwerten. Ein eigenes Ressort wurde etabliert und eine leitende MPA in die Geschäftsleitung berufen. Das Ziel, die Hausärzte durch gezielt ausgebildete MPA von Routinetätigkeiten zu entlasten und dadurch deren Arbeit aufzuwerten, wurde bottom-up und praxisindividuell umgesetzt.

mediX übernimmt die Kosten der Ausbildung der MPA zur Medizinischen Praxis koordinatorin klinische Richtung, und der Arbeitgeber stellt ihr die dazu erforderliche Zeit zur Verfügung. Nach Abschluss der Ausbildung übernimmt die MPA eine eigene Beratungs- und Betreuungstätigkeit für Menschen mit chronischen Erkrankungen, in erster Linie Diabetespatienten. Ebenso werden Impf- und Rauchstoppberatungen von spezifisch ausgebildeten MPAs übernommen. Kurz vor der Umsetzung steht die Einführung zu strukturierten Beratungen im Bereich der Prävention.

«Das angesammelte und protokollierte Fach- und Detailwissen der MPAs ist absolut beeindruckend.»

Unser Konzept

Ein klares Konzept für den Aufbau und Ablauf der Beratungs- und Betreuungstätigkeit bildet den Rahmen. Die Hausärztin delegiert einen Teil ihrer Aufgaben, gemeinsam mit der MPA und dem Patienten werden die Abläufe und zu erreichenden Ziele definiert. Bei Fragen und Unklarheiten steht der delegierende Arzt jederzeit endverantwortlich zur Verfügung.

Bei einem neu diagnostizierten Diabetes stehen naturgemäss Informationen zur Erkrankung, die Notwendigkeit von Verhaltensänderungen im Bereich Ernährung und Bewegung und die Therapien im Vordergrund. Im weiteren Verlauf folgen Instruktionen zur Selbstmessung des Zuckers, die Verlaufskontrollen von Gewicht, Blutdruck, Laborparametern und die Untersuchung der Füsse, ebenso wie die Aufforderung zur regelmässigen augenärztlichen Kontrolle. Die MPA dokumentiert die Ergebnisse in der Krankengeschichte und geht bei Fragen auf den Arzt zu.

Auch zur Rauchstoppberatung werden die Patienten meist durch die Ärztinnen überwiesen. Für Impf- und Reiseimpfberatungen erhalten sie in der Regel direkt bei der Anmeldung einen Termin in den regelmässigen Impfsprechstunden der MPA.

Auch zur Rauchstoppberatung werden die Patienten meist durch die Ärztinnen überwiesen. Für Impf- und Reiseimpfberatungen erhalten sie in der Regel direkt bei der Anmeldung einen Termin in den regelmässigen Impfsprechstunden der MPA.

Resultate

Die Entlastung der hausärztlichen Sprechstunde ist beträchtlich. Die Patientinnen schätzen es sehr, dass sich die MPA für die Betreuung viel mehr Zeit nehmen kann als der Arzt. Erste Analysen zeigen ein vergleichbares Ergebnis der Vital- und Laborparameter für die MPA-betreuten wie für die ausschliesslich ärztlich betreuten Patienten. Fusskontrollen und die augenärztliche Überwachung werden durch die MPA wesentlich konsequenter umgesetzt.

Die spezialisierten MPA treffen sich regelmässig zum Austausch in Qualitätszirkeln. Das angesammelte und protokollierte Fach- und Detailwissen ist absolut beeindruckend. Aufgrund unserer Erfahrungen sind die Beratungen fachlich auf einem Topniveau und stets aktuell, beispielsweise

bei der Beratung von Südamerikareisenden zur Zika- oder Gelbfieberproblematik.

«Fusskontrollen und die augenärztliche Überwachung werden durch die MPAs wesentlich konsequenter umgesetzt.»

Die MPA-Beratungstätigkeit in der Praxis lässt sich kostendeckend betreiben, sofern gewisse infrastrukturelle Voraussetzungen gegeben sind. Die MPA verrechnen für ihre Arbeit die Tarmed-Positionen 00.1430 / 00.1440 (Nichtärztliche Behandlung und Betreuung ambulanter onkologischer/hämatologischer/diabetologischer Patienten). Rauchstopp- und Reiseimpfberatungen gehen als Nicht-Pflichtleistung zulasten der Patienten. Ein Teil dieses Umsatzes fliesst als Honorar an die beratenden MPA. Dies ist aus unserer Sicht angesichts der erhöhten Anforderung und Verantwortung unerlässlich.

Probleme

Zwei Probleme haben sich bei der Umsetzung herauskristallisiert. Erstens: Viele Hausärztinnen und Hausärzte – auch junge – haben Mühe, ihre Patienten an eine MPA zu übergeben. Es braucht Zeit und positive Erfahrungen, um die erforderliche Vertrauensbasis für eine Überweisung zu schaffen. Zweitens: Der Schritt von der abgeschlossenen Ausbildung hin zur Beratungs- und Betreuungstätigkeit mit Patienten in der Praxis braucht für die MPA viel Mut. Hier versuchen wir durch ein «Göttsystem» Unterstützung zu bieten.

Unser Fazit

Gewinner sind Patientinnen und Patienten, MPA und Hausärzte. Wir sind überzeugt, auf dem richtigen Weg zu sein.

Inselspital Bern, Kinderklinik
Auditorium Effore Rossi

SGAIM
Anrechenbare Fortbildung

SGP
3 Credits als Kernfortbildung Pädiatrie



PraxisUpdate Bern

Curriculum für Hausarztmedizin

Donnerstagnachmittag, 7. Dezember 2017

Information und Registration: www.praxisupdatebern.ch

Ärzte und Apotheker in der Länggasse, ein interprofessioneller Qualitätszirkel

Silvio Ballinari, Apotheker, Bern

Das Gesundheitssystem steht seit Jahrzehnten im Kreuzfeuer der medialen Kritik, in erster Linie weil es zu teuer ist. Politiker, Konsumentenorganisationen und Krankenkassen glauben, besser als die Leistungserbringer zu wissen, was zu tun ist: Effizienzsteigerung, Einsatz von Generika, Parallelimporte, Tarifrückführungen, Wettbewerb etc. Das sind deren einfachste Lösungsvorschläge. Eine Gruppe von Apothekern und Ärzten in Fribourg hatte dies infrage gestellt und sich 1997 zu einem Qualitätszirkel zusammengeschlossen, um zu schauen, ob durch interprofessionelle Zusammenarbeit die medikamentösen Behandlungskosten bei gleichzeitiger Verbesserung der Therapie gesenkt werden können.

«Die Arzneimittelkosten konnten in gewissen Gruppen bis zu 40% gesenkt werden.»

In einer längerdauernden Studie 1999 bis 2010 wurde diese Hypothese untersucht. Dank der Abrechnungsstelle der Apotheken (OFAC) konnten erstmals die Verschreiberdaten der teilnehmenden Ärzte in einem Benchmarking verschlüsselt ausgewertet und die Medikamentenkosten verglichen werden. Das Resultat war mehr als überzeugend: Die Arzneimittelkosten konnten in gewissen Gruppen bis zu 40% gesenkt werden.

Wie funktioniert der interprofessionelle QZ?

In der Länggasse in Bern sind wir drei Apotheken und bieten seit 2003 den QZ «AUA»

(«Ärzte und Apotheker in der Länggasse») an. Wir treffen uns drei bis vier Mal pro Jahr mit rund zehn Hausärztinnen und -ärzten aus dem Quartier und besprechen die Arzneimitteltherapien der kostenrelevantesten Indikationsgebiete (Kardiovaskulär, Diabetes, Psychotherapeutika, Analgetika, Antibiotika, etc.). Anhand der relevanten wissenschaftlichen Studien (aus unabhängigen Quellen wie Cochrane Library, Prescrire, Arzneitelegramm u.a.) hinterfragen wir die angepriesenen Vorteile neuer Medikamente gegenüber den erprobten und zeigen auf, wo reelle Sparmöglichkeiten sind. Grossen Wert legen wir auf vollständige Unabhängigkeit, z.B. keine einseitigen Infos oder gar Sponsoring von Herstellern. Die Grundlage für diese Zusammenarbeit ist im Medizinalberufegesetz vorgezeichnet. Dort sind die Erwartungen des Staates an die Medizinalpersonen zum Wohle der Patienten definiert, denn er ist es, der beiden Berufsgruppen die fünfjährige Universitätsausbildung bezahlt und ihnen die diversen beruflichen Privilegien per Gesetz garantiert.

Wertung

Der für mich wichtigste positive Effekt ist, dass wir uns überhaupt begegnen, kennenlernen und gemeinsam die Arzneimitteltherapien besprechen können. So verstehen wir in der Apotheke die Handlungsweise des Arztes bzw. der Ärztin besser, können den Patienten besser beraten und damit seine Adhärenz zur Therapie steigern. In Problemsituationen oder Notfällen können wir dank dem persönlichen Kontakt den Patienten leichter und schneller dem behandelnden Arzt, der behandelnden Ärztin zuweisen. Im Gegenzug weiss dieser nun auch besser, was sich in einer Apotheke

abspielt: dass wir die Patientinnen und Patienten in der Regel viel früher und auch öfters sehen, bevor wir sie ihm zuweisen; wo und wie wir ihn / sie entlasten können.

«Wir kennen heute die Ärztinnen und Ärzte des Quartiers persönlich, deren Rezepte wir täglich lesen, haben ein freundschaftliches Verhältnis zu ihnen und sehen täglich ihren eindrücklichen Einsatz für die Patientinnen und Patienten.»

Dank dieser 14-jährigen Erfahrung kennen wir heute die Ärztinnen und Ärzte des Quartiers persönlich, deren Rezepte wir täglich lesen, haben ein freundschaftliches Verhältnis zu ihnen und sehen täglich ihren eindrücklichen Einsatz für die Patientinnen und Patienten. Wir schätzen uns glücklich, in dieser Situation zu sein. Viele Berufskollegen beneiden uns deswegen. Unser Aufwand für die Vorbereitung des Qualitätszirkels war nie eine monetäre Angelegenheit und trotzdem können wir heute von einem Gewinn sprechen: ein enormer Gewinn in der Qualität der Beziehung dieser zwei Berufsgruppen.

Interprofessionalität am Beispiel einer freiberuflich tätigen Hebamme

Katharina Jenzer, Beleghebamme im Spital Thun, im Geburtshaus «le petit prince» Freiburg und begleitet Hausgeburten und Dr. med. Stefan Roth, Kinderarzt in Köniz-Liebefeld, Belegarzt am Engeriedspital Bern



Frau und Herr Schuler¹ lernen mich in der 16. Schwangerschaftswoche ihrer ersten Schwangerschaft kennen. Sie freuen sich sehr auf ihr erstes Kind, da sie lange darauf gewartet hatten. Die Schwangerschaft verläuft problemlos. Die beiden sind aber recht unsicher und haben viele Fragen. Die Schwangerschaft betreue ich mit der zuständigen Gynäkologin im Wechsel. Alle Kontrollen, welche an eine Ultraschalluntersuchung gekoppelt sind, werden durch die Gynäkologin durchgeführt, die Kontrollen dazwischen durch mich. Das Paar fasst rasch Vertrauen zu mir und fragt bei Unsicherheiten – wie vorzeitige Kontraktionen etc. – bei mir nach, um Unsicherheiten abzubauen. Oft kann ich selber Auskunft geben, einmal verweise ich sie an die Gynäkologin.

Die kleine Lena kommt nach einer recht pünktlichen Geburt mit einem KIWI-Vakuum gut zur Welt. In der Regel gehen die Mütter mit ihren Kindern heute nach etwa drei Spitaltagen nachhause. Schulers verbringen die Spitalzeit in einem Familienzimmer, was in diesem Fall sehr hilfreich ist. Ich merke nämlich unmittelbar nach der Geburt, wie unsicher und unerfahren Herr Schuler im Umgang mit kleinen Kindern ist. In der Spitalzeit, welche nach Absprache im Team von Wochenbettabteilung, Kinderarzt und mir um einen Tag verlängert wird, können Schulers ihre Tochter kennen lernen und Sicherheit im Umgang mit ihr entwickeln.

Zuhause angekommen, sind sie sehr gefordert. Wenn Lena abends vermehrt weint oder Koliken hat, haben sie sehr rasch grosse Angst, was Telefone an mich zur Folge hat.

«Bereits die Rücksprache der Hebamme mit dem Kinderarzt schafft oft Klarheit und Beruhigung, eine Konsultation in der Kinderarztpraxis kann so umgangen werden.»

Für mich wird rasch klar, dass ich mich mit dem betreuenden Kinderarzt und der Mütter- und Väterberatung zusammenschliessen muss, um Betreuung der jungen Familie gut zu koordinieren. Ich informiere den Kinderarzt und wir vereinbaren einen Kennenlernertermin schon vor der regulären Einmonatskontrolle. Hier kann beruhigend und beratend unterstützt werden. Die Mütter- und Väterberatung wird wegen meiner Ferien sehr früh involviert – sie übernimmt die Betreuung während meiner Abwesenheit. Schulers sind sehr froh um diese Koordination und kooperieren gut. So haben Schulers neben ihrem privaten Netz eine gute professionelle Betreuung, welche ihnen die nötige Sicherheit im Umgang mit Lena gibt.

«Ebenso ist es für jede Kinderarztpraxis empfehlenswert, Kontakt zu einer Hebamme und Stillberaterin zu haben, damit zum Beispiel bei ungenügender Gewichtszunahme des Kindes an eine Hebamme oder Stillberaterin verwiesen werden kann.»

Schon in dieser alltäglichen und eigentlich unproblematischen Situation ist die Vernetzung zwischen den Berufsgruppen nötig und sehr hilfreich. Wenn grössere Schwierigkeiten, wie Krankheit oder Behinderung des Kindes vorliegen, dann empfiehlt sich der Erstkontakt zwischen Kinderarzt, der Hebamme und Paar optimalerweise schon vor der Geburt resp. möglichst rasch nach der Diagnosestellung.

So können die Eltern proaktiv auf kommende Probleme vorbereitet werden, es wird frühzeitig ein Vertrauensverhältnis geschaffen. Damit können «unnötige» Arztbesuche oder Hebammenkonsultationen auf ein Minimum reduziert werden. Bereits die Rücksprache der Hebamme mit dem Kinderarzt schafft oft Klarheit und Beruhigung, eine Konsultation in der Kinderarztpraxis kann so umgangen werden.

Es macht aus unserer Sicht Sinn, dass jede Hebamme einen Kontakt zu einer Kinderarztpraxis hat, wo sie jederzeit bei Unklarheiten Rücksprache halten kann. Ebenso ist es für jede Kinderarztpraxis empfehlenswert, Kontakt zu einer Hebamme und Stillberaterin zu haben, damit zum Beispiel bei ungenügender Gewichtszunahme des Kindes an eine Hebamme oder Stillberaterin verwiesen werden kann.



Katharina Jenzer



Dr. med. Stefan Roth

¹Das Fallbeispiel lehnt an einen realen Fall an. Alle Namen sind geändert.

Reform der Berner Hausarztpraktika ab 2017 – «Modell 1-3-5»

Dr.med. Rita Fankhauser, Leiterin Hausarztpraktika, und Dr. med. Roman Hari, MME, Leiter Lehre

Am 18. November 2016 hat der Hochschulrat der Schweizerischen Hochschulkonferenz (SHK) die Umsetzung des von Bundesrat und Parlament lancierten Sonderprogramms «Erhöhung der Anzahl Abschlüsse in Humanmedizin» über 100 Mio. Franken gutgeheissen. Die Universität Bern erhöht in diesem Zusammenhang die Studienplatzkapazität und schafft ab 2018 rund 100 zusätzliche Studienplätze für Humanmedizin¹. Damit wird Bern die grösste medizinische Fakultät der Schweiz.

Aufgrund des drohenden Hausärztemangels, insbesondere in Randregionen, hat das Sonderprogramm explizit zum Ziel, die Ausbildung von mehr Hausärztinnen und Hausärzten zu fördern. Die Notwendigkeit einer Stärkung der Lehre in der Hausarztmedizin wird von politischer Seite anerkannt und aktiv an das Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) herangetragen. Für die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung ist es unverzichtbar, dass sich ein Grossteil der zusätzlichen Berner Studierenden dereinst für eine Haus- oder Kinderarztztätigkeit entscheiden.

«Der longitudinale Kontakt mit der Hausarztmedizin über möglichst viele Studienjahre ist ausschlaggebend für die spätere Wahl der Facharztrichtung.»

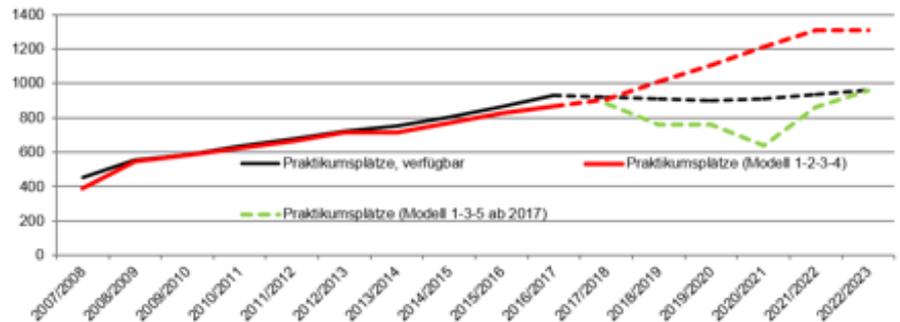
Das BIHAM leistet im Bereich des Studiums seit Jahren wichtige Beiträge: Kernstück sind zweifellos die Hausarztpraktika, die seit 2007/2008 in den Studienjahren eins bis vier obligatorisch für alle Studierenden an insgesamt 27 Praktikumstagen durchgeführt werden. Die Berner Hausarztpraktika wurden im Akkreditierungsrapport des Berner Medizinstudiums an oberster Stelle als «best practice in learning» gewürdigt und werden von einem beispiellosen Netzwerk von 700 Lehrärztinnen und Lehrärzten in- und ausserhalb des Kantons Bern ermöglicht.

Im Studienjahr 2016/17 boten 691 Lehrärzte insgesamt 941 Praktikumsplätze an. Die Rekrutierung zusätzlicher Lehrärztinnen

und Lehrärzte wurde in den letzten Jahren schwieriger. Bereits jetzt haben 12 % der aktiven Lehrärztinnen und Lehrärzte das Pensionsalter erreicht, in den nächsten drei Jahren kommen weitere 12 % dazu. Zudem entsteht eine Konkurrenzsituation um Praktikumsplätze durch neue Studienprogramme anderer Schweizer Universitäten (Fribourg, Luzern, St. Gallen). ->

Berechnungen des Bedarfs mit 100 zusätzlichen Studierenden ergäben bis 2022 nach dem aktuellen Modell («1-2-3-4») 1280 Praktikumsplätze, was auch mit der Rekrutierung neuer Lehrpraxen nicht machbar ist (Abbildung 1). Deshalb ist eine Reform der Hausarztpraktika unabdingbar.

Abbildung 1: Visualisierung Prognose Praktikumsplätze



Im mehreren Fokusgruppen mit Lehrärztinnen und Lehrärzten, Studierenden und Exponenten der Universität wurden Stärken und Schwächen der bisherigen Praktika diskutiert und konkrete Ideen für Verbesserungen gesucht. Die starke Verankerung der Ausbildung in der Praxis mit der schweizweit führenden Zahl von 27 Praktikumstagen sollte unbedingt beibehalten werden. Weiter sollten das intensive 1:1-Setting und der frühe Patientenkontakt im ersten Studienjahr weitergeführt werden. Aus einer Review von

Pfarrwaller et al.² ist bekannt, dass der longitudinale Kontakt mit der Hausarztmedizin über möglichst viele Studienjahre ausschlaggebend ist für die spätere Wahl der Facharztrichtung. Aus diesen Überlegungen wurde das Modell «1-3-5» entwickelt (Abbildung 2) und vom Ausschuss Lehre der Universität Bern am 22. März 2017 einstimmig gutgeheissen. Das Modell «1-3-5» wird ab dem akademischen Jahr 2017/2018 für alle neuen Studierenden der Humanmedizin umgesetzt.

Abbildung 2: Visualisierung «Modell 1-3-5» versus bisheriges Modell «1-2-3-4»

Modell «1-2-3-4» (bisher)		Modell «1-3-5» (neu ab 2017)	
SJ1	4 Tage	SJ1	4 Tage
SJ2	4 Tage	SJ2	4 Tage
SJ3	4 Tage	SJ3	4 Tage
SJ4	15 Tage	SJ4	4 Tage
SJ5		SJ5	19 Tage
SJ6		SJ6	
Total	27 Tage	Total	27 Tage

Fortsetzung auf Seite 9

¹Staatssekretariat für Bildung, R.u.I.S., www.sbf.admin.ch

²Pfarrwaller E. et al. Impact of Interventions to Increase the Proportion of Medical Students Choosing a Primary Care Career: A Systematic Review. J. Gen Intern Med, 2015. 30(9): p 1349-58.

Fortsetzung «Reform Berner Hauspraktika»

Das Modell «1-3-5» sieht ein Hausarztpraktikum im Studienjahr ein und drei an je acht Halbtagen und im Studienjahr fünf während eines ganzen Monats (19 Tage) vor. Dieses Modell benötigt nicht nur weniger Praktikumsplätze, sondern bietet auch weitere Vorteile:

- Erhalt des frühen und sehr positiv gewerteten Patientenkontakts im ersten Studienjahr
- Bessere Abgrenzung der Inhalte und Lernziele der einzelnen Studienjahre
- Ausbau der longitudinalen Struktur der Praktika und Kontakt mit der Hausarztpraxis über neu 5 statt wie bisher 4 Jahre
- Bessere Vernetzung der hausärztlichen Aus- und Weiterbildung durch zusätzliche Angebote im Rahmen des Monats im 5. Studienjahr

Im neuen Modell betreut eine Lehrärztin oder ein Lehrarzt pro Ausbildungsplatz zwei Studierende parallel, welche jährlich alternierend ihr Praktikum in der Hausarztpraxis absolvieren (Abbildung 3). Die bisherige finanzielle Entschädigung von 300. Franken pro Praktikumstag kann aufgrund der grosszügigen Kreditsprechung von Seiten der Universität Bern aufrechterhalten

«Das Modell ,1-3-5‘ wird ab dem akademischen Jahr 2017/2018 für alle neuen Studierende der Humanmedizin umgesetzt.»

werden, wobei im Block des fünften Jahres vier Tagessätze direkt an die Studierenden ausbezahlt werden, um die im Wahlstudienjahr übliche finanzielle Entschädigung zu gewährleisten.

Abbildung 3: Ablauf der Studentenbetreuung bei einem Betreuungsplatz

Lehrarzt: 1 Platz

2017	Student 1: SJ1
2018	Student 2: SJ1
2019	Student 1: SJ3
2020	Student 2: SJ3
2021	Student 1: SJ5
2022	Student 2: SJ5
2023	Student 3: SJ1

Zeitgleich mit der Einführung des neuen Modells werden auch überarbeitete Lernziele für die Hausarztpraktika eingeführt. Diese sind an die neuen Lernziele PROFILES (Principal Relevant Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland) angepasst, die den bisherigen Lernzielkatalog ersetzen. Die neuen Lernziele unterscheiden sich von früheren Lernzielen, indem sie einen longitudinalen, aufbauenden Lernprozess vorsehen und am Prozess fürs Erlangen der Fertigkeiten ausgerichtet sind. «Entrustable Professional Activities (EPA)» bilden darin eine Arbeitseinheit, die einer Studentin oder einem Studenten ohne Supervision durchführen kann, nachdem er oder sie genügend Kompetenz in dieser Tätigkeit erlangt hat.

Dies kommt dem Lernprozess in der Hausarztpraxis zugute, da die neuen Lernziele deutlich konkretere Arbeitsaufgaben implizieren und zudem auf einer A4-Seite Platz finden (einzusehen unter www.biham.ch). Die globalen Lernziele der einzelnen Studienjahre sind:

- Studienjahr 1: Professionalität, Grundsätze der Arzt-Patienten-Beziehung und -Kommunikation
- Studienjahr 3: Clinical Skills: Techniken der Anamnese und klinischen Untersuchung
- Studienjahr 5: Patientenbetreuung unter Supervision: Diagnostik, Behandlungspläne

Die bestehenden Angebote des BIHAM werden optimal auf die Lerninhalte in den Praktika abgestimmt. Zahlreiche zusätzliche Lernformate sind in Erarbeitung, die sich gezielt auf die Lernziele der einzelnen Jahre beziehen, wie z.B. neue Inhalte zum Thema ärztliche Professionalität im ersten Studienjahr und zahlreiche Workshops und Seminare zu hausärztlichen Kompetenzen in den klinischen Studienjahren.

Zusammenfassend ist die Reform der Hausarztpraktika ein mutiger Schritt nach vorne, mit welchem die Ausbildung in der Praxis gestärkt und die hausärztliche Nachwuchsförderung optimiert werden können. Ein grosser Dank gilt allen in der Entwicklung und Umsetzung der Reform involvierten Lehrärztinnen und Lehrärzte – welche als wichtigster Teil des hausärztlichen Lehrkörpers die Ausbildung in der Praxis erst ermöglichen.

VBHK

Impressum

Verein Berner Haus- und KinderärztInnen

Herausgegeben vom Vorstand des Vereins Berner Haus- und KinderärztInnen VBHK

Redaktionsadresse

Dr. med. Heinrich Kläui
Innere Medizin FMH
Bühlstr. 59
3012 Bern,

Telefon
031 302 63 36

Fax
031 301 34 04

h.klaui@hin.ch

Geschäftsstelle

Geschäftsstelle VBHK
Effingerstrasse 2
3011 Bern

geschaefsstelle@vbhk.ch