



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Nr. 3 / Juni 2016
www.berner-aerzte.ch

Themen dieser Ausgabe:

Die Ausbildungssituation der MPA im Kanton Bern	2
Osler oder warum die Medizin der beste Beruf der Welt ist	4
Mediziner über den Wolken	9
Wenn der Arzt zum Patienten wird	10
Die Schweiz ein inter- nationaler Sonderfall?	11
Spontaneinsatz an der griechischen Grenze	14
Unabhängige und gleichwertige fachspezifische Notfalldienste!	16
Solidarität ist, wenn man gemeinsam Lösungen erarbeitet!	16

Frau(en) in der Medizin



Seit Anfang März ist die Sonderbriefmarke «Marie Heim-Vögtlin» mit dem Wert CHF 1.00 bei den Poststellen erhältlich. 100 Jahre nach ihrem Tod wird die erste Schweizer Ärztin geehrt. Marie Vögtlin wurde 1845 in Bözen (AG) geboren. Als Pfarrerstochter genoss sie das Privileg einer Ausbildung durch Hauslehrer. Das vorgesehene bürgerliche Leben mit seinen damaligen Konventionen war ihr aber zu eng. Sie wollte an die Universität und Medizin studieren. Dass sich die Universität Zürich 1867 den Frauen fürs Medizinstudium öffnete, kam Maries Lebensraum entgegen. Als erste Schweizer Medizinstudentin musste sie aber bald feststellen, dass nicht alle Dozenten und Kommilitonen liberal dachten: Ablehnung und Anpöbeleien machten ihr das Leben an der Uni schwer. Doch unbeirrt und überzeugt ging sie ihren Weg weiter und schloss erfolgreich das Medizinstudium ab. In Leipzig und Dresden bildete sich Marie Vögtlin anschliessend zur Gynäkologin/Geburtshelferin weiter. 1874, zurück in Zürich, legte sie als erste Schweizerin das Doktorexamen ab. Und bereits wenige Monate später eröffnete sie als erste Schweizer Ärztin ihre Praxis «für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten» in Zürich. Ihren zukünftigen Gatten kannte Marie bereits viele Jahre, doch die Eheschliessung mit Albert Heim, Professor der Geologie, erfolgte erst 1875, nach erfolgreicher beruflicher Etablierung beider Partner. Mit 36 Jahren wurde Marie Heim-Vögtlin das erste Mal Mutter, zwei weitere Kinder folgten. Auch mit Familie blieb sie stets berufstätig, obwohl Praxis und Familie oft schwierig zu verbinden waren. Trotzdem fand Marie Heim-Vögtlin auch noch Zeit und Kraft, sich für Frauenbildung und das Frauenstimmrecht zu engagieren. Sie war Mitbegründerin der Schweizerischen Pflegerinnenschule mit Frauenspital in Zürich, dem ersten Spital in der Schweiz, das von Frauen geleitet wurde. Erst die schleichende Erkrankung an Tuberkulose zwang sie, die Tatkräftige und Rastlose, kürzerzutreten. Am 7. November 1916 verstarb sie in Zürich.

Und heute? Die FMH Statistik 2015 zeigt auf, dass der Frauenanteil in der Medizin weiter kontinuierlich zunimmt. Bei den Bildungsabgängern in der Humanmedizin sind bereits 55,7% Frauen. In den Altersklassen unter 40 Jahren sind die Frauen schon in der Überzahl, erst nach dem 40. Lebensjahr kippt das Verhältnis zugunsten der Männer. Die zunehmende Feminisierung wirkt sich auch auf die Demographie der Ärzteschaft und auf die Wahl der Fachrichtung aus. Besonders beliebte Spezialitäten mit hohem Frauenanteil sind Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendmedizin und Gynäkologie und Geburtshilfe.

In der Standespolitik sind Frauen immer noch deutlich in der Minderheit. Mein Wunsch für die Zukunft ist, dass wir auch da bald aufholen!

Dr. med. Esther Hilfiker
Vizepräsidentin Aerztegesellschaft
des Kantons Bern

Die Ausbildungssituation der MPA im Kanton Bern

Jedes Jahr finden zahlreiche junge MPA-Bewerberinnen keine Lehrpraxis. Was sind die Ursachen für den Lehrstellenmangel? Sinkendes Engagement, fehlende Infrastruktur oder bevorstehende Praxisschliessungen? Mit einer gemeinsamen Umfrage wollten die Aerztegesellschaft und die Erziehungsdirektion des Kantons Bern die Gründe erfahren.

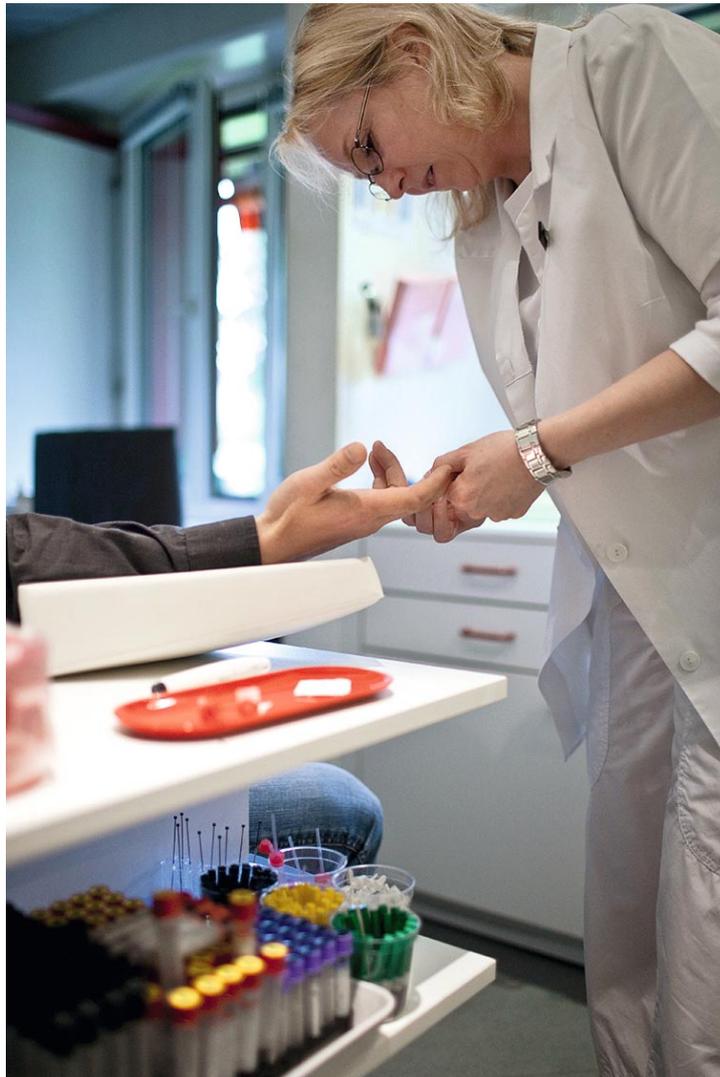
*Christian Gubler,
ehemaliger Vize-Präsident BEKAG und Projektleiter*

Medizinische Praxisassistentinnen haben einen abwechslungsreichen Beruf. Sie kümmern sich um die Praxisadministration, empfangen Patienten, nehmen Telefonate entgegen, röntgen, verrichten Laborarbeiten und assistieren bei medizinischen Eingriffen. MPA sind in Arztpraxen Dreh- und Angelpunkt. Diese Vielseitigkeit macht den Beruf attraktiv. Nach wie vor möchten sich viele junge Frauen zur MPA ausbilden lassen.

Doch für Interessierte, welche diesen spannenden Beruf erlernen möchten, gestaltet sich die Stellensuche zusehends schwieriger. Jedes Jahr suchen schätzungsweise 30 junge Frauen im Kanton vergeblich nach einem Lehrbetrieb. Mögliche Gründe für diesen Lehrstellenmangel hat vor gut einem Jahr Thomas Heuberger, Präsident OdA Berufsbildung MPA und langjähriges Vorstandsmitglied der Aerztegesellschaft, in dieser Zeitschrift aufgelistet: Viele Lehrärzte stünden vor der Praxisschliessung. Einzelpraxen wichen mehr und mehr Gemeinschafts- und Gruppenpraxen. Dadurch reduziere sich die Zahl an Ausbildungsplätzen. Zudem würden die gesetzlichen Auflagen Grundversorger davon abhalten, MPA-Lernende auszubilden.

Gemeinsame Umfrage von kantonomer Aerztegesellschaft und Erziehungsdirektion

Treffen diese Thesen auch auf die aktuelle Situation in der MPA-Ausbildung im Kanton Bern zu? Oder existieren weitere Vorbehalte, die gegen ein Engagement in der Berufsbildung sprechen? Die Aerztegesellschaft und die Erziehungsdirektion des Kantons Bern führten deshalb in diesem Frühjahr gemeinsam eine Umfrage unter den niedergelassenen Grundversorgern durch. Die Befragung beschränkte sich auf Ärztinnen und Ärzte, welche die nötigen Voraussetzungen für eine Lehrpraxistätigkeit erfüllen. Insgesamt wurden 1'024 niedergelassene Grundversorger nach ihrer Ausbildungs-



*Der Ärztemangel zieht weite Kreise:
Wegen baldiger Aufgabe bilden viele
Praxen keine MPA mehr aus.*

Bild: Keystone

tätigkeit befragt. Die Rücklaufquote betrug 25,5 Prozent. Etwas mehr als die Hälfte der antwortenden Lehrbetriebe (52%) bilden MPA aus. 10 Prozent der Betriebe haben früher Lernende betreut und 38 Prozent der Betriebe engagieren sich nicht in der MPA-Ausbildung. Die meisten der angehenden MPA erlernen ihr Handwerk in Gemeinschaftspraxen (48%), gefolgt von Einzelpraxen (43%) und Ärztezentren (9%). Die Betriebsgrösse wirkt sich auf das Engagement in der MPA-Ausbildung aus: Je grösser der Betrieb, desto mehr MPA bildet er aus. So gibt ein Ärztezentrum an, sechs MPA-Lernende zu betreuen. In den meisten Fällen (45%) schulen Lehrpraxen 1 bis 2 angehende medizinische Praxisassistentinnen.

Gründe für Verzicht auf Lehrpraxistätigkeit

Die Gründe, weshalb Betriebe trotz vorhandener Qualifikationen auf eine Lehrpraxistätigkeit verzichten, sind vielfältig (siehe Übersichtstabelle). Am meisten wird das fehlende Röntgengerät genannt. Aber auch eine bevorstehende Praxisaufgabe (persönliche Gründe) und die zusätzliche Arbeitsbelastung halten die Haus- und Kinderärzteschaft davon ab, sich in der MPA-Ausbildung zu engagieren. Dagegen scheinen negative Erfahrungen mit MPA-Lernenden, finanzielle Überlegungen oder ungeeignete Bewerberinnen weniger entscheidend zu sein. Die Resultate überraschen nur auf den ersten Blick: In den vergangenen Jahren haben zahlreiche Arztpraxen ihre Infrastruktur den gewandelten Rahmenbedingungen angepasst.

Auf teure Apparaturen wie Röntgen wird ebenso verzichtet wie auf eigene Laborgeräte. Für beide Tätigkeiten beauftragen Grundversorger heute vermehrt externe Institute bzw. medizinische Grosslabore. Damit verringern sich die Arbeitsbereiche medizinischer Praxisassistentinnen in den Praxen. Mehr noch: Röntgen und Labor gehören nach wie vor zum Pflichtstoff im

Übersichtstabelle: Gründe für Verzicht auf Lehrpraxistätigkeit (Basis: 262 Antworten)

Weshalb bilden Sie keine MPA aus?	Absolute Antworten	Prozentwerte
Kein Röntgengerät	55	21%
Persönliche Gründe (Praxisaufgabe)	41	16%
Zusätzliche Arbeitsbelastung	37	14%
Berufsbildner-Kurs	28	11%
Keine Labor-Infrastruktur	24	9%
Zusätzliche Administration	23	9%
Kein Bedarf an MPA	18	7%
Negative Erfahrungen gemacht	8	3%
Finanzielle Gründe	4	2%
Ungeeignete Bewerberinnen	3	1%

Lehrplan angehender MPA. Sie müssen sich das geforderte Wissen ausserhalb ihres Lehrbetriebs aneignen, was für Auszubildende und Auszubildende mit einem zusätzlichen Koordinationsaufwand verbunden ist. Diesen Aufwand zu leisten, sind heute viele Grundversorger nicht mehr bereit. Dies verrät auch der Blick auf die Übersichtstabelle.

Mit geeigneten Massnahmen Gegensteuer geben

Allerdings haben zahlreiche Arztpraxen im Kanton Bern in den letzten Jahren – auf eigene Initiative – Kooperationen mit Röntgeninstituten oder Labors aufgebaut. Diese Verbundlösungen erlauben MPA-Lernenden, die Röntgen- oder Laborausbildung ausserhalb ihrer Lehrpraxis zu absolvieren. Wie die Umfrage nun zeigt, sind diese Lösungen noch wenig bekannt.

Der Geschäftsführende Ausschuss der BEKAG prüft deshalb – gestützt auf Resul-

tate der Umfrage – eine Reihe von Massnahmen, um zusätzliche Arztpraxen als künftige Lehrbetriebe zu gewinnen. So lässt er überprüfen, inwiefern die BEKAG Lehrmittel und Berufsbildnerkurse unterstützen könnte. Weiter will der Ausschuss das volle Potential der Verbundlösungen abklären. Wie viele temporäre Ausbildungsplätze könnten die zahlreichen Röntgeninstitute im Kanton zusätzlich anbieten? Mit den Verantwortlichen der Berufsfachschule bemed werden die Optionen für neue Laborkurse ausgelotet. Und schliesslich sind Unterlagen zur Information in Planung, die in kurzer und verständlicher Form die Anforderungen an die MPA-Ausbildung erläutern.

Diplom- und Promotionsfeier der Medizinischen Fakultät der Universität Bern

Osler oder warum die Medizin der beste Beruf der Welt ist

Gute Vorbilder, Ethik und Menschlichkeit gehören neben dem erworbenen Wissen und den Fertigkeiten dazu, damit sich eine ganzheitliche Arztpersönlichkeit entwickelt. Der Erhalt des Diploms ist erst der Beginn eines langen Wegs, meint Werner Bauer in seiner Festrede.

*Werner Bauer,
Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF*

Sehr geehrter Herr Dekan, liebe Diplomantinnen und Diplomanden, liebe Gäste. Vielen Dank für die Einladung, heute Abend mit einigen Worten zu Ihrer schönen Diplomfeier beizutragen. Als Herr Professor Eggli mich fragte, tauchte natürlich sofort die Erinnerung daran auf, wie ich selber mein Arzt- und Doktordiplom erhalten habe. Ich habe in Zürich studiert. Wenn Sie glauben, ich würde nun damit beginnen, Ihnen zu erzählen, wie eindrücklich und bewegend meine eigene Diplomfeier im Grossmünster, Fraumünster oder in einem anderen Münster gewesen war, täuschen Sie sich. Keine Feier! Nichts zu trinken! Kein Häppchen! Per Post kam das Diplom in einer roten Kartonrolle! Offensichtlich hatten in Zürich Universität und Fakultät in den Folgejahren der 68er-Krawalle keine Lust, die teilweise aufmüpfigen Studenten zu einer Feierstunde zu versammeln. Heute möchte ich sagen: Eigentlich sollte man die Feste doch schon feiern, wie sie fallen, und etwas enttäuscht über den meganüchternen Übertritt ins diplomierte Leben waren wir schon. Inzwischen wagt man es auch in Zürich wieder, eine – natürlich nicht allzu übermütige – Feier für die Absolventen der Arztprüfung zu organisieren und dem Übertritt in eine neue Lebensphase einen festlichen Akzent zu geben – bei vielen von Ihnen wird diese neue Phase der Beginn der Weiterbildung sein.

Wie einige andere dies wohl auch tun würden, habe ich nach meiner Zusage für heute den Eintrag zunächst einmal in der Agenda ruhen lassen und gedacht, der 12. März sei ja noch in undefinierbar weiter Ferne. Reichlich Zeit zum Überlegen. Bald einmal wurde es dann doch ernst und so habe ich gemacht, was ein Arzt mit einer gewissen wissenschaftlichen Schulung in einem solchen Fall machen muss: Ich habe in der Literatur recherchiert. Literatur heisst heute Google. Unter dem Stichwort «Festrede» findet man 412'000 Einträge. Wenn man die Suche auf «Festrede Diplomfeier» einengt,



sind es immer noch 4'690. So richtig hilfreich waren diese Einträge nicht. Aber: Wissen Sie, worauf ich dann plötzlich gestossen bin: auf die Festrede anlässlich der Diplomfeier an der medizinischen Fakultät Bern vom 21. März 2000, publiziert in der Ärztezeitung. Und wissen Sie, wer sie gehalten hat? Mein indirekter Vor-vorgänger, Dr. René Salzberg, der langjährige Präsident der einstigen KWFB, der Kommission für Weiter- und Fortbildung der FMH. Die schweizerischen Facharztstitel wurden bis 2002 ja direkt von der FMH vergeben. Nachdem sie im Rahmen der gegenseitigen Diplomanerkennung in Europa aber zu eidgenössischen, also staatlichen Titeln wurden, musste man eine andere Lösung finden. Die Titelerteilung durch eine standespolitische Organisation, quasi durch die Ärztegewerkschaft, war nicht mehr akzeptabel. In der Ära von Bundesrat Couchepin, der lange für eine Liberalisierung der Weiterbildung eintrat, gab es intensive Diskussionen darüber, wie die Institution strukturiert sein sollte, welche die ärztliche Weiterbildung umzusetzen hat. Schliesslich wurde das SIWF, das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung geschaffen, das ich zurzeit präsidieren darf. Es ist rein organisatorisch ein Organ der FMH, in seiner Tätigkeit aber selbständig und auch nicht Empfänger von Mitgliederbeiträgen.

Reden halten für Anfänger

Die Schlussworte der Ansprache von Herrn Salzberg kann ich 1:1 übernehmen und Ihnen mitgeben: «Sie haben das Privileg, in einem der schönsten Berufe, die es gibt, tätig zu sein, einem Beruf, der es Ihnen ermöglicht, Menschen zu beraten und zu helfen durch Ihr Wissen und Können, aber vor allem durch Ihre Persönlichkeit und Zuwendung.» Nach diesem Teilerfolg meiner Literatur-Recherche fand ich schliesslich noch ein Buch, das ich Ihnen empfehlen kann. Es ist in der bekannten Reihe gel-

ber Bücher «... for Dummies» erschienen. Von «Bathroom Remodeling for Dummies» über «Accounting for Dummies» bis zu «Labradors for Dummies» wird so ziemlich jedes Thema oder jede Aktivität verständlich und praxisnah bearbeitet. Und so gibt es eben auch das Buch «Public Speaking for Dummies». Da drin wurde ich fündig: Im Kapitelchen «Commencement Address» wird diese definiert als «a speech given to a group of people at a graduation ceremony for any type of training or education program». Was will man mehr, dachte ich, wurde dann aber sogleich auf eine eher desillusionierende Realität zurück geholt. Da steht doch: «The bad news is that commencement addresses are expected to be long, boring, and clichéd». Ich mache jetzt keine Umfrage bei Ihnen, um herauszufinden, ob diese Erwartung auch hier in Bern zutrifft, aber ich sehe die Herausforderung.

Das «Dummiebuch» liefert dann doch noch so etwas wie eine Gebrauchsanweisung, indem es sagt: «So, what should you include in a commencement address? Well, the answer is paradoxical. While the audience expects the speech to be a boring hodgepodge of praise and advice, it also expects you to praise people and give advice.» Treuherzig heisst es dann noch: «The trick is to do that in an interesting way.» Da kann ich nur hoffen, ich sei einigermaßen gut unterwegs. Der Dummie-Berater wird dann etwas konkreter und fragt: «So whom do you praise? That's easy – everyone in the audience. Just segment them into groups. Praise the graduates, their friends and relatives, their teachers, and the administrators of the program.»

Diesem Ratschlag folge ich gerne und ich beglückwünsche herzlich zunächst alle Diplomanden der verschiedenen Studiengänge, die Empfänger eines Dokortitels und ihre Freundinnen, Freunde und Angehörige, von denen sicher viele einen direkten oder indirekten Beitrag zum Erfolg

*Von Sir William Osler, Namensgeber für Osler-Knötchen und Morbus Osler, lässt sich fürs Leben lernen: Kultur und die Lektüre literarischer Klassiker waren für ihn unumgänglich für die Formung des Charakters eines Arztes.
 Bild: Keystone*

geleistet haben: vom Daumendrücken über eine finanzielle Unterstützung bis zum Korrekturlesen und zur Stilberatung bei der Masterarbeit. Sodann beglückwünsche ich auch die vielen Dozenten, die mitgeholfen haben, das Puzzle der notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten für die ins Berufsleben startenden Ärzte und Zahnärzte zusammenzusetzen. Ihr Engagement ist essentiell, in der Ausbildung und auch in der Weiterbildung. Die heutigen Rahmenbedingungen, Strukturen, Prioritäten und die Ressourcenverteilung an den Universitäts- und auch an den anderen Spitälern setzen dieses Engagement einer Belastungsprobe aus. Für sie möchte ich ein Zitat des früheren Präsidenten der International Society of Internal Medicine einflechten, der gesagt hat: «I suppose I would want to be remembered as a competent clinical teacher. It is one of the highest professional privileges anyone can wish for.» Und selbstverständlich schliesse ich in den Glückwunsch auch alle anderen mit ein, die zu diesen Ausbildungsgängen beigetragen haben, von den kreditsprechenden Parlamentariern bis zu denjenigen, die Administration und Infrastruktur sicherstellen.

Der Beginn einer (lebenslangen?) Berufung

Ich spreche heute Abend zu Ihnen als ein Arzt, der vor vielen Jahren das Studium abgeschlossen hat und sich bis heute nicht vorstellen könnte, einen anderen Beruf zu wählen. Natürlich kann ich gut verstehen und akzeptieren, dass es auch begeisterte und überzeugte Juristen, Bergführer, Feuerwehrleute und manche andere gibt, und es ist wichtig, dass es sie gibt. Nachdem Sie sich nun aber für den Arzt- oder Zahnarztberuf entschlossen haben, hoffe ich und wünsche ich Ihnen, dass Sie diese Wahl nie in Frage stellen müssen.

Vor kurzem fand in Davos das World Economic Forum, das WEF, statt. Während einer Fernsehsendung wurde der amerika-



nische Vizepräsident Joe Biden gefragt, ob er kurz und knapp sagen könne, was die USA im Grunde kennzeichne. Er überlegte kurz und sagte dann: «possibilities». Ich dachte bei mir: Das Wort mag für eine Staatsidee, wonach möglichst viele Einwohner möglichst viele Chancen und verschiedene Optionen für ihre individuelle Entwicklung und Lebensführung haben sollen, mehr oder weniger zutreffen, für die Medizin aber ist das Wort «possibilities» eine noch treffendere Charakterisierung. Ihnen stehen unzählige Wege offen. Immer geht es um die Untersuchung, die Behandlung, die präventive Beratung von Menschen, die klinische oder die grundlagenorientierte Forschung oder um Aspekte des Gesundheitswesens. Womit wir wieder beim «advice» aus dem Dumme-Buch sind: Überdenken Sie die «possibilities», holen Sie sich zusätzliche Informationen, beginnen Sie in einem Arbeitsbereich Ihrer Neigung und suchen Sie rechtzeitig eine Alternative, sofern Sie zweifeln, Sie seien am richtigen Platz. Wir wissen, dass etwa

*Wohin des Wegs?
 Vom Beruf zur Berufung
 führen zuweilen
 Abstecher und Umwege.
 Bild: iStockphoto*

Die Besten 2016

Jedes Jahr zeichnet die BEKAG die besten Absolventen der Medizinischen Fakultät in Bern mit einem Preis aus. Die beste CS-Prüfung legte dieses Jahr Dana Joana Wetzel ab. Marco Alain Sieber und Philippe Bernard Vollmar erzielten die besten Resultate in der MC-Prüfung. Wir gratulieren zu dieser Leistung!

die Hälfte aller jungen Ärztinnen und Ärzte die Wahl ihres Fachgebietes erst in den ersten zwei Jahren der Weiterbildung trifft. Diese Freiheit wird von planungsfreudiger Seite zwar bestritten, Sie haben sie heute aber noch.

Vorbilder und Vorgesetzte

Ich glaube, es wäre gut, ich könnte jetzt für meine Überlegungen noch auf einen Gewährsmann verweisen und ich habe einen solchen: Sir William Osler. Mein Referat hat nämlich einen Arbeitstitel, den ich mit Herrn Eggli vereinbart habe, der heisst: «Osler oder warum die Medizin der beste Beruf der Welt ist». Den Ärzten unter Ihnen dürfte der Name Osler irgendwie bekannt vorkommen: Osler-Knötchen, Morbus Osler, hereditäre hämorrhagische Teleangiectasie. Jetzt geht es aber um den Menschen Osler, der ein begeisterter Arzt, ein engagierter Lehrer, ein scharfer Beobachter und ein Meister prägnanter Formulierungen war. Er wurde 1849 in Kanada geboren und war als Knabe nicht der bravste. Mit 14 Jahren wurde er sogar von der Schule gewiesen, weil er zusammen mit seinen Kollegen einen unbeliebten Abwart mit einer Mischung von erhitzter Melasse, Pfeffer und Senf auszurauchern versucht hatte. Er studierte an der McGill University in Montreal und wurde 1875, also schon mit 26 Jahren, dort «Professor of clinical medicine». Seine weiteren Stationen waren Philadelphia, die neu gegründete Johns Hopkins Medical School in Baltimore und Oxford, wo er 1919 starb. Von seiner Anstellung an der Johns Hopkins Medical School sagte er, er sei froh, dort als Professor arbeiten zu können, als Student hätte er das Aufnahmeverfahren wohl nicht geschafft. Natürlich sind die Erinnerungen etwas verblasst und wir mögen durch eine rosa gefärbte Brille auf Osler blicken. Aber es gibt keinen Zweifel, dass er eine herausragende Persönlichkeit und eben ein Vorbild, ein «role model», war. Ich wünsche Ihnen, dass auch Sie das



Werner Bauer, Präsident des SIWF, sieht auch die Weitergabe von menschlichen und ethischen Kompetenzen als zentrale Aufgabe der ärztlichen Fortbildung.

Bild: zvg

Glück haben, im Laufe Ihrer Weiterbildung und der späteren Tätigkeit auf Vorgesetzte zu treffen, die nicht nur viel wissen und können, sondern Ihnen auch als Arztpersönlichkeiten vorleben, was als zusätzliche menschliche Dimension eben auch zu unserem Beruf gehören muss (müsste!).

Osler hat ein berühmtes Lehrbuch, viele Schriften und überlieferte mündliche Zitate hinterlassen, von denen viele auch heute noch erstaunlich aktuell sind. Sie sind in einem Buch des American College of Physicians gesammelt («The Quotable Osler»), das ich Ihnen als praktizierender Osler-Fan natürlich mit Überzeugung empfehle. Die kürzeste und in dieser Kürze treffendste Beschreibung der Medizin, die ich kenne, stammt von ihm: «Medicine is a science of uncertainty and an art of probability». Dieser Charakterisierung sollten wir uns immer bewusst sein. Osler ergänzt sie noch, wenn er sagt: «Gentlemen, if you want a profession in which everything is certain you had better give up medicine.» Die Fähigkeit, ein gewisses Mass an Unsicherheit zu ertragen und auch zu verantworten, gehört zum Arzt und spielt heute wieder intensiv in die Diskussionen zum Thema «choosing wisely» oder «less is more» hinein. Die Frage, bis zu welchem Grad an diagnostischer Sicherheit eine Abklärung zu welchem Zeitpunkt geführt werden soll, ist auch ein aktuelles Thema der Weiterbildung zum Hausarzt oder zum Generalisten überhaupt.

Wissen und Können und mehr

Im Zitat von Herrn Salzberg ist es schon angeklungen: Neben den konkreten Lernzielen, den Kenntnissen und den Fertigkeiten wünschen wir uns, dass sich die Mediziner während ihrer Aus- und Weiterbildung zu Arztpersönlichkeiten entwickeln, deren Arbeit sich auch auf Elemente der Kommunikation, ethische Überlegungen, Teamfähigkeit, Engagement für die Lehre, einen sinnvollen Umgang mit Fehlern und kulturelle Aspekte abstützt. Es geht da im Jargon der Medical Education um sogenannte allgemeine Lernziele, die gar nicht einfach zu vermitteln sind. Osler sagt: «To combine in due measure the altruistic, the scientific and the business side of our work is not an easy task. In the three great professions, the lawyer has to consider only his head and pocket, the parson the head and the heart, while with us the head, heart, and pocket are all engaged.» Einen Weg zur Persönlichkeitsentwicklung sieht Osler in der Lektüre, im Studium literarischer Werke, die mithilft, die Aus- und Weiterbildung zur wahren Bildung weiter zu entwickeln. Er hat seinen Assistenten eine halbe Stunde Früh- oder Spätlektüre grosser Werke empfohlen und sagt zudem an anderer Stelle: «One cannot practice medicine alone and practice it early and late, as so many of us have to do, and hope to escape the malign influences of a routine life. The incessant concentration of thought upon one subject, however interesting, tethers a man's mind in a narrow field. The practitioner needs culture as well as learning.»

Bitte seien Sie Osler nicht böse, wenn er die Bedeutung Ihrer Diplome etwas relativiert.

Wir wissen natürlich alle, dass er recht hat, wenn er sagt: «The hardest conviction to get into the mind of a beginner is that the education upon which he is engaged is not a college course, not a medical course, but a life course, for which the work of a few years under teachers is but a preparation.» Dieser Erkenntnis wird auch in unserem Medizinalberufegesetz Rechnung getragen, indem die eidgenössische Arztprüfung «nur» dazu berechtigt, die Weiterbildung zum Facharzt zu beginnen und unter Supervision zu arbeiten. Das war früher anders: Mit dem bestandenen Staatsexamen war man berechtigt, auf dem ganzen Gebiet der Eidgenossenschaft eine Praxis zu eröffnen und schon während des Studiums war es möglich, Praxisvertretungen zu machen, während der Praxisinhaber im Militärdienst, krank oder auf Reisen war. Viele Medizinstudenten nutzten diese Gelegenheit, lernten dabei viel und verdienten einen schönen Zustupf. Allerdings erinnere ich mich bis heute noch an einen solchen Staatsexamensabgänger, der nach einem knappen Jahr Spitaltätigkeit seine Praxis in einer

Gemeinde am Zürichsee eröffnete und bald schon eine Patientin für die stationäre Abklärung einer Anämie und von Übelkeit auf unsere medizinische Abteilung einwies. Die Patientin durfte gleichentags mit der Diagnose Schwangerschaft Monat III wieder nach Hause, aber die Kompetenz des Betreffenden wurde so gründlich bezweifelt, dass die Spitalärzte bei späteren Einweisungen zwar davon ausgingen, dass seine Patienten wohl irgendeine Krankheit haben mochten, sicher aber nicht diejenige, die er als Diagnose mitgegeben hatte.

Die Verantwortung, der jungen Ärztegeneration die nötigen Kompetenzen mitzugeben, tragen die akademischen Lehrerinnen und Lehrer, die Leiter der Weiterbildungsstätten und ihre Mitarbeiter. Diese Verantwortung ist unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen und in einer Phase schneller Strukturveränderungen nicht immer leicht wahrzunehmen. Ich möchte deshalb mit einem Dank an sie für ihr Engagement und für das Weitergeben der Begeisterung für unseren Beruf schliessen. Das

letzte Wort aber hat natürlich Osler. Immer einmal wieder wird die Frage gestellt, was denn eine medizinische Institution eigentlich davon habe, wenn sie Studenten oder Assistenzärzte ausbilde. Belastung und Aufwand wären doch geringer, würde man auf mühsames «teaching» verzichten und ausschliesslich Fachärztinnen und Fachärzte beschäftigen. Die Antwort hat Osler schon 1903 formuliert: «The work of an institution in which there is no teaching is rarely first class. It is, I think, safe to say, that in a hospital with students in the wards the patients are more carefully looked after, their diseases are more fully studied and fewer mistakes made.» Ich wünsche unserem Gesundheitswesen, dass das Essentielle aus Oslers Zitaten auch in Zukunft seinen Platz behalten wird, und Ihnen allen einen schönen festlichen Abend und eine Zukunft, die Ihnen möglichst viel von dem bringen wird, was Sie von ihr erwarten.

Vielen Dank.

Software CB goes mobile
Total revolutionär



Mit Fingerspitzengefühl: Schreiben Sie die Krankengeschichte auf dem Tablet-Computer.

Beratung + Service + Software +
Schulung = Ärztekasse
www.aerztekasse.ch

Ä K
C M

ÄRZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

publik.ch



Am Dreh- und Angelpunkt

Annelis Widmer gehört bei Medics zu den Urgesteinen. Seit wir uns erinnern können, sitzt sie für unser Labor am Steuer und sorgt als Kurierin zeitnah, sorgfältig und zuverlässig für den sach- und fachkundigen Transport Ihres Entnahme- und Analysematerials. Extra-Schlaufen nimmt sie dabei gerne in Kauf, rote Ampeln hingegen überfährt sie aus Prinzip nicht. Zur rechten Zeit am rechten Ort ist sie trotzdem immer und überall.



Medics Labor AG, Bern
www.medics.ch

professionell
und persönlich

Mediziner über den Wolken

Einer der Kandidaten, die an der Promotionsfeier im März 2016 als beste geehrt wurden, ist Marco Alain Sieber. Der Preisträger überragte andere aber nicht nur bei der schriftlichen Prüfung, wie doc.be im Interview erfuhr.

Gabriela Troxler,
Presse- und Informationsdienst

Marco Sieber, das Gewöhnliche scheint Sie nicht zu interessieren. Sie haben die MC-Prüfung als bester Kandidat abgeschlossen. Ihr zwei-monatiges Wahlpraktikum absolvierten Sie 2014 auf den Salomonen. Wie kam es dazu?

Ein Zufall: Ein Bekannter verbrachte einige Zeit am National Referral Hospital in der Hauptstadt Honiara, dem grössten Spital des Landes. Es reizte mich, eine ganz andere Welt zu bereisen, in der man aus viel weniger Mitteln und Ressourcen das Beste machen muss. Im Operationsaal beispielsweise gab es keine Bildverwandler. Schrauben und Platten wurden deshalb «blind» eingesetzt und erst anschliessend geröntgt. Erstaunlicherweise klappte das gut! Ein andermal brach eine massive Masernepidemie aus. Der Notfall war voll, die Leute schliefen auf dem Fussboden und tragischerweise verloren auch einige der Kleinsten dabei ihr Leben. Es war beeindruckend, wie schnell sich diese Epidemie ausbreiten konnte.

Was nahmen Sie von der Medizin auf den Salomonen mit nach Hause?

Die dortigen Ärzte müssen sich sehr stark auf ihre klinische Erfahrung verlassen. Hier in Bern haben wir viel grössere diagnostische Möglichkeiten: Im Labor lassen sich eine Vielzahl von Werten messen, CTs und MRIs sorgen für exakte Bildgebung. Auf den Salomonen gibt es nur das Röntgen und einige unspezifische Laborwerte. Man muss sich den Patienten deshalb genauer anschauen und wird so für klinische Details und Symptome sensibilisiert.

Auch zuhause scheint Sie das Abenteuer zu reizen: Sie sind Fallschirm-Aufklärer der Schweizer Armee.

Ich bin per Zufall auf das Inserat von SPHAIR, der Rekrutierungsplattform des

Bundes, gestossen. Bereits vor der Aushebung muss man zwei Fallschirmkurse absolvieren. Wenn alles klappt, erhält man nach den vier Kurswochen die zivile Fallschirmlizenz. Vor der RS folgen nochmals medizinische und psychologische Tests. Für diesen Aufwand entscheidet man sich nicht über Nacht. Jährlich melden sich etwa 300 Anwärter an, aber nur ca. 10 Aufklärer gehen daraus hervor. Eine gute physische und psychische Vorbereitung und persönliche Motivation sind zentral. Es braucht Teamwork, Durchhaltevermögen, aber auch ein wenig Humor und Glück. Bis heute habe ich knapp 900 Sprünge absolviert und zivil die Prüfung als Fallschirmlehrer gemacht.

Was ist aufregender, das Militär oder die Medizin?

(lacht). Ich glaube, es ist die Mischung aus beidem. Das Militär macht nur ein paar Wochen im Jahr aus, darauf kann man sich freuen. In der Medizin sind besonders die nicht alltäglichen Fälle spannend. Oft steht man eine Weile auf dem Schlauch, bevor die Diagnose gelingt.

Was bringt Ihnen die Fallschirmpraxis fürs Berufsleben – und umgekehrt?

Beim Springen lernt man, einen kühlen Kopf zu bewahren und mit Stresssituationen besser umzugehen. Und zu reagieren, wenn nicht alles nach Plan läuft. Das hilft, bei stressigen Tagen auf dem Notfall nicht den Überblick zu verlieren. Ein gutes räumliches Vorstellungsvermögen ist ebenfalls hilfreich. Sollte – was ich natürlich nicht hoffe – beim Fallschirmspringen einmal ein Unfall passieren, sind meine medizinischen Kenntnisse sicher ein Vorteil.

Was hält die Zukunft für Sie bereit?

Momentan arbeite ich auf der Chirurgie im Spital Interlaken. 2019 werde ich eine Stelle auf der Anästhesie antreten. Die Notfall-



Marco Sieber erhielt 2016 den BEKAG-Preis für die beste schriftliche Prüfung.
Bild: mae2 photography

medizin interessiert mich sehr, aber auch ein Einsatz im Ausland würde mich reizen, sobald ich genügend Erfahrung habe. Wahrscheinlich wird sich die definitive Laufbahn in ein paar Jahren von selbst ergeben. Aber beim Fallschirmspringen werde ich bleiben.

Marco Sieber, vielen Dank für das Gespräch.

Wenn der Arzt zum Patienten wird

Ärzte haben tagtäglich mit Gesundheitsfragen zu tun. Sich selbst vernachlässigen sie oft. Dabei gehören sie in mancher Hinsicht gar zu einer Risikogruppe.

Gabriela Troxler,
Presse- und Informationsdienst



Wann erlauben Sie sich, einmal nicht Arzt zu sein: zuhause? In den Ferien? Die Identifikation von Ärztinnen und Ärzten mit ihrem Beruf ist oftmals grösser als in anderen Branchen. Das kann auch Stress auslösen.

Bild: Keystone

Ärztinnen und Ärzte sind am Puls der Gesundheitsversorgung der Schweiz. Müssen sie daher nicht gesünder sein als die durchschnittliche Bevölkerung? «Es existieren widersprüchliche Daten», erklärt Christine Romann vom Departement Gesundheitsförderung und Prävention der FMH an einem Symposium zum Thema «Gesunde Ärzte». Dank Bildungsstand und Einkommen sind Ärzte zwar Teil einer sozioökonomischen Schicht, die tendenziell gesünder ist als andere. Gleichzeitig weisen sie eine erhöhte Suizidrate aus. Obwohl Gesundheit ihr täglich Brot ist, scheinen Ärztinnen und Ärzte oft zu wenig auf ihr eigenes Wohlbefinden zu achten.

Berufsbedingte Stressfaktoren

Mediziner mögen ihren Beruf. Sie schätzen die hohe Eigenverantwortung, die Vielfalt im Patientenkontakt und das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun. Dabei setzen sie sich aber oft hohen Stressfaktoren aus: «Wir haben eine hohe Wochenarbeitszeit von teils über 50 oder sogar 60 Stunden. Das Privatleben wird eingeschränkt. Familiengründung und Weiterbildung stehen oft gleichzeitig an», zählt FMH-Präsident Jürg Schlup auf. Hinzu kämen nicht selten zusätzliche emotionale Belastungen, etwa wegen eines nicht optimalen Arbeitsklimas oder wegen der Schicksalsschläge, mit denen Ärzte in ihrem Beruf konfrontiert werden. Sie befinden sich auf einer ständigen Gratwanderung zwischen Empathie und Distanz. Besonders betroffen sind Fachdisziplinen wie die Onkologie, bei der eine

höhere Burnout-Rate belegt ist. In den letzten Jahren haben zudem administrative Tätigkeiten und externe Kontrollen zugenommen. Diese schränken den Gestaltungsspielraum im Berufsalltag weiter ein.

Immens hohe Arbeitsbelastung

Wem dieser Stress über längere Zeit zusetzt, der muss mit gravierenden Folgen rechnen: «Schlaf- und Magen-Darm-Probleme können auftreten, eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit, ein schlechteres Gesundheitsverhalten, mangelndes Selbstwertgefühl, sozialer Rückzug und gar schnelleres Altern», führt Norbert Semmer aus. Der emeritierte Professor für Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Bern hat sich während über 40 Jahren mit Stress am Arbeitsplatz beschäftigt. Seine Diagnose: In der Medizin ist Überlastung der meistgenannte Stressfaktor. Doch sie bedeutet auch Herausforderung, die bei Erfolg zu Freude führt. Ärzte identifizieren sich im Vergleich zu anderen sehr stark mit ihrem Beruf. So schliessen sich für sie Stress, Zufriedenheit und Stolz nicht aus, sondern existieren oft gleichzeitig. «Stressvorbeugend ist eine sinnvolle, abwechslungsreiche und herausfordernde Tätigkeit», sagt Semmer. «In dieser Hinsicht haben es Ärzte gut!»

Nicht nur Ärzte sind gefordert

Mediziner stehen selbst in der Verantwortung, auf ihre Gesundheit zu achten und bei grosser Belastung etwas zu verändern. Damit Erfolgserlebnisse und Freude im

Beruf möglich werden, sind aber die Arbeitsbedingungen matchentscheidend. Das Nonplusultra ist Wertschätzung: Herrscht eine offene Fehlerkultur, können Probleme angesprochen werden? Wie fair ist der Umgang miteinander, die Zuteilung von Diensten und Aufgaben und die Belohnung von zusätzlichem Einsatz? Treten hier Probleme auf, kann der einzelne wenig zu ihrer Lösung beitragen. Arbeitgeber sind explizit gefordert: Spitäler können zum Beispiel zusätzliche Stellen schaffen, um Ärzte von administrativen Aufgaben zu entlasten. Ganz wichtig sei, so der Professor Norbert Semmer, dass die Suche nach Hilfe enttabuisiert würde. Angebote und Anlaufstellen müssten geschaffen und dabei die Anonymität gewährleistet werden. Gerade bei Ärztinnen und Ärzten sei die Angst vor einer Blossstellung gross.

Der Arzt-Patient

Diese Hemmungen kennt auch Andrée Rochfort, Qualitätsbeauftragte der irischen Grundversorger. Ärzte zögerten oft, andere Ärzte zu behandeln. Die übermässige Identifikation mit dem eigenen Beruf könne beim «Dr. med. Patient» zu einer ungesunden Ko-Therapie führen, zu informellen Behandlungen oder gar zu Selbstbehandlung und -medikation. Rochfort rät, sich dem Problem in kleinen Schritten anzunehmen. Ein Arzt hilft einem anderen bereits, wenn er Unterstützung dabei anbietet, adäquate Anlaufstellen zu suchen und in Anspruch zu nehmen. Ein informelles Gespräch ausserhalb des Konsultationszimmers nimmt den Druck.

Dass Erkrankungen und Risikofaktoren in der Praxis frühzeitig erkannt, adäquat thematisiert und behandelt werden, liegt in der Verantwortung jedes einzelnen. Der Umgang mit kranken Ärzten beeinflusst aber unser Gesundheitswesen als Ganzes. Auch Patienten dürfen darauf hoffen, mit ihren Sorgen auf einen gesunden, ausge-ruchten Behandler zu treffen.

Die Schweiz ein internationaler Sonderfall?

Das Modell Advanced Nursing Practice ist in Teilen auch in der Schweiz angekommen. Eine Akademisierung der Pflege sehen die Autorinnen nicht als Gefahr – wohl aber den Wildwuchs, solange die Berufsbezeichnung nicht rechtlich und fachlich gesichert ist.

PD Dr. Eva Cignacco, Forschungsleiterin Disziplin Geburtshilfe, Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule, und Prof. Dr. Manuela Eicher, Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins, Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne et Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Pflegefachpersonen in Funktionen, die traditionell Ärzten vorbehalten waren, finden sich zunehmend in Schweizer Praxen, Spitälern und Alters- und Pflegeheimen. So werden beispielsweise in der onkologischen Praxis «Rundum Onkologie» in Sargans Patienten nicht immer durch den Onkologen konsultiert. Die Pflegefachfrau Diana Malin erhebt bei Patienten, die bereits mit den Therapien begonnen haben, ein klinisches Assessment und beurteilt dabei, ob eine Konsultation beim Onkologen Dr. Stefan Greuter notwendig ist.¹ Das Beispiel des Medizentrums in Schüpfen unter der Federführung von Dr. Blunier, in dem Pflegende Patienten selbstständig konsultieren und dabei auch Medikamenteneinstellungen überprüfen, wurde unlängst umfassend in den Medien diskutiert. Auch die politische Diskussion um künftige Rollen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in der medizini-

schen Grundversorgung hat in der Schweiz jüngst an Dynamik gewonnen. So befürwortete im Februar 2016 die Bildungskommission des Ständerates die Aufnahme der Regelung der Pflegeberufe auf Masterstufe im Entwurf zum neuen Gesundheitsberufegesetz (GesBG). Diese gesetzliche Verankerung von Pflegeausbildung und -berufsausübung auf Masterstufe hätte für die Etablierung von Advanced Practice Nurse-Rollen (siehe Definition Kasten) in der Schweiz eine wesentliche rechtliche Voraussetzung geschaffen[1]. In der Frühjahrssession des Ständerates vom 2. März 2016 wurde der Entwurf des GesBG zwar gutgeheissen, die Regelung der Masterstufe APN in den Artikeln 2,3 und 12 des GesBG allerdings mit knapper Mehrheit verworfen. Dieser Negativentscheid wurde unter anderem mit befürchteten Kostensteigerungen begründet. Auch wurde angeführt, dass eine Akademisie-

rung der Pflege sich nachteilig auf die Patientenversorgung auswirken könnte. Damit scheint die Schweiz weiterhin politisch einen Sonderweg bestreiten zu wollen, der den Entwicklungen der meisten modernen Gesundheitssysteme entgegentläuft und auch die derzeitigen Entwicklungen in der klinischen Praxis zu ignorieren scheint. Wie ist diese jüngste politische Entwicklung in der Schweiz hinsichtlich des seit Jahren konstatierten Reformbedarfs im Kontext einer patientenzentrierten, qualitativ hochwertigen und sicheren Grundversorgung zu verorten?

In der Schweiz prüfen unter anderem die Universität Lausanne und das CHUV die Einsatz- und Ausbildungsmöglichkeiten von Nurse Practitioners.

Bild: Keystone





PD Dr. Eva Cignacco
Bild: zvg



Prof. Dr. Manuela Eicher
Bild: zvg

Integrierte Versorgung dank Pflegenden

Es liegen hinlänglich Evidenzen vor, dass die steigende Lebenserwartung mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen und einer damit verbundenen Polymorbidität von Patienten und Patientinnen einhergeht. Diese Fakten bedingen komplexere, integrierte Versorgungsangebote, die sich beispielsweise am Chronic Care Modell (CCM)[2] orientieren. Patientinnen und Patienten, die im Rahmen eines CCM betreut werden, profitieren von einer interprofessionellen Betreuung. Pflegende haben in diesem Modell die Aufgabe, Patienten durch ihren Behandlungsprozess zu navigieren und darauf zu achten, dass diese möglichst selbstständig bleiben oder werden. Dabei steht die Stärkung des Selbstmanagements durch spezifische Patienten-Edukationsprogramme im Vordergrund[3]. Sind Pflegende für diese Aufgabe nicht ausgebildet und werden aufgrund des drohenden Ärztemangels in der Grundversorgung solche Modelle nicht strukturiert umgesetzt, kann dies in absehbarer Zeit zu schweren Versorgungslücken in der Schweiz führen[3]. Versorgungsengpässe und der Fachkräftemangel bedingen, dass über Anpassungen der Arbeitsorganisation, neue Teamzusammensetzungen sowie attraktivere Berufsbedingungen für ÄrztInnen (z.B. Vereinbarkeit von Beruf und Familie) und für den Pflegeberuf (Karrieremöglichkeiten) nachgedacht werden sollte. Viele Gesundheitssysteme setzen dabei auch auf akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen, die neue Rollen durch Kompetenzerweiterungen im Sinne einer speziali-

sierten Pflege durch Advanced Nursing Practice (ANP) einnehmen[4, 5].

Die Schweiz im Hintertreffen

In vielen anderen Ländern, insbesondere im angelsächsischen Sprachraum, übernehmen speziell ausgebildete Pflegefachpersonen seit geraumer Zeit Funktionen, die heute laut Gesetz in der Schweiz noch dem Arztberuf vorbehalten sind[4-7]. Im Zuge der weltweiten Entwicklungen werden in der Schweiz seit bald 20 Jahren Advanced Practice Nurses (APNs) für eine Rolle als Clinical Nurse Specialist an Hochschulen ausgebildet. Bisherige Untersuchungen zur Effektivität von APN-Rollen in der stationären und ambulanten Versorgung sprechen eine sehr deutliche Sprache. Der Einsatz von APNs kann die Versorgungsqualität aufrechterhalten oder gar steigern[8-10]. So hat eine im Jahr 2014 erarbeitete Meta-Analyse des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Zürich beschrieben, dass spezialisierte Pflegende bei Diagnosen wie HIV, Hypertension, Herzinsuffizienz, Diabetes, Asthma, Parkinson und Inkontinenz vergleichbare oder sogar signifikant bessere Patientenoutcomes erzielen konnten im Vergleich mit der ärztlichen Behandlung[8]. Auch in der Schweiz sind erste Erfahrungen mit Advanced Nursing Practice positiv[11, 12]. Wie in allen Ländern, in denen es an einem gesetzlichen und fachlichen Rahmen für die Rolle von Advanced Practice Nurses fehlt[13], sind diese APNs aber im Schweizer Gesundheitswesen bisher nur in variablen, nicht geregelten Rollenprofilen anzutreffen. Patienten und Fachpersonen treffen

auf Pflegeexpertinnen, Clinical Nurses, Breast Care Nurses und vieles mehr. Diese übernehmen verschiedene Funktionen (z.B. Qualitätssicherung in Institutionen, Patientennavigation, Patientenedukationsprogramme), meist in Spitälern oder Langzeiteinrichtungen. Ob sich hinter diesen Labels immer eine APN verbirgt, die über notwendige Kompetenzen verfügt, um ärztliche Aufgaben in Delegation oder gar in Substitution zu übernehmen, ist im individuellen Fall zu überprüfen. Für APNs mit einem eigenen definierten Kompetenzbereich ist eine entsprechende Leistungsvergütung bis heute nicht vorgesehen.

Keine umfassende Akademisierung

Dennoch setzen sich APNs zunehmend in der Schweiz durch. So wurden beispielsweise im Bereich der Onkologie im Laufe der vergangenen Jahre mehrere Clinical Nurse Specialist-Rollen etabliert.² Erfahrungen im Centre des Tumeurs Thoraciques des Universitätsspitals Lausanne in der Entwicklung und Implementierung einer Clinical Nurse Specialist für Patienten mit malignen Lungentumoren zeigen, dass deren Etablierung von Seiten der Ärzte und Patienten auf ein sehr positives Echo stösst und zu einer Verbesserung der Patientenoutcomes beiträgt. Gleichzeitig bedarf es einer umfassenden Analyse der spezifischen Bedürfnisse, um eine solche Rolle sinnvoll in bestehende Strukturen einzuführen[14]. Darüber hinaus prüft das Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins der Universität Lausanne und des Centre Hospitalier Universitaire Vaudois die Ausbildung von Nurse Practitioners. Die Entwicklung einer solchen universitären Ausbildung, welche bisher an die medizinische Ausbildung gebundene Kompetenzen umfasst, wird auch durch die Rektoren der Universitäten Lausanne und Genf sowie der Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale in Betracht gezogen. Gegen die wiederholt geäußerten Befürchtungen vor einer Akademisierung der Pflege spricht die derzeit erhältliche Evidenz. Bisherige Studienergebnisse lassen noch keine definitiven Schlüsse über ein Kosten-Nutzen-Verhältnis zu. Dass der Einsatz von APNs aber zu verbesserten Patientenoutcomes beiträgt, lässt sich kaum bestreiten[15, 16]. Zudem zeigt die internationale Erfahrung z.B. in den USA und Kanada, dass nur eine sehr begrenzte Minderheit der Pflegenden auf Masterstufe ausgebildet wird. Ohne Akademisierung allerdings könnte die Patientensicherheit gefährdet werden. Studien, die den Zusammenhang zwischen

Personalausstattung und Patientensicherheit untersucht haben, kamen zum Schluss, dass die Qualifikation von Pflegenden eine wichtige Determinante der Patientensicherheit darstellt. Stationen mit einem höheren Anteil von Pflegenden, die auf Bachelorniveau ausgebildet sind, weisen eine tiefere Patientensterblichkeit und Patientenmorbidity auf [17, 18]. Ohne Akademisierung ist die Ausbildung auf Bachelorstufe nicht möglich.

Vorsicht vor rechtsfreiem Raum

Um die Versorgungslücke, die sich vor allem in der Primärversorgung abzeichnet, abzufedern, wird die Schweiz nicht darum herum kommen, mehr eigene Mediziner und Medizinerinnen auszubilden. Es ist aber nicht ausser Acht zu lassen, dass das Problem des Ärztemangels nicht nur beim mangelnden Nachwuchs liegt, sondern auch bei einer hohen Aussteigerquote. Aus diesen genannten Gründen wäre es für die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung in der Schweiz nachlässig, das vorliegende Potential von auf Masterstufe ausgebildeten Advanced Practice Nurses aus einer vorwiegend defensiven standespolitischen Argumentationslinie heraus ausser Acht zu lassen. Die Evidenz und internationale Erfahrungen besagen, dass der Einsatz von Advanced Practice Nurses nicht nur eine qualitativ hochstehende und adäquate Gesundheitsversorgung gewährleistet, sondern auch eine Win-Win-Situation darstellen kann. Ärzte und Ärztinnen können sich auf ihre Kernarbeiten konzentrieren und Advanced Practice Nurses können durch die Erweiterung ihrer Kompetenzen (z.B. Anamnese- und/oder Konsultationsgespräche in Pflegeheimen oder in Walk-In-Kliniken) zum Erreichen der bestmöglichen Outcomes für zunehmend chronisch kranke und polymorbide Patienten und deren Familien beitragen. Allerdings ist heute in der Schweiz ohne juristische und fachliche Rahmenregelungen ein Wildwuchs an APN-Rollen zu befürchten. Ein solcher würde wohl weder dem Qualitätsanspruch des Schweizer Gesundheitssystems genügen noch zu einem zielführenden interprofessionellen Miteinander zwischen Ärzten und spezialisierten Advanced Practice Nurses führen.

Eine Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) ist eine Pflegefachperson, die sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung. In den letzten Jahrzehnten haben sich verschiedene APN-Rollen entwickelt, zu denen Clinical Nurse Specialists und Nurse Practitioners gehören.

In der Schweiz wurden bisher vor allem **Clinical Nurse Specialists (CNS)** ausgebildet. Diese verfügen über eine vertiefte Expertise in der Pflege spezifischer Patientengruppen (z.B. Herzinsuffizienzpatienten, Krebspatienten). Daneben sind sie für die Qualitätsentwicklung und evidenzbasierte Pflege in ihrem Funktionsbereich zuständig, nehmen an ethischen Entscheidungsfindungen teil, beteiligen sich an Fort- und Weiterbildungen und an Forschungsprojekten in ihrem Fachgebiet. CNS haben üblicherweise nach ihrem Bachelorabschluss in Pflege mindestens zwei Jahre berufliche Praxis durchlaufen. Anschliessend haben sie einen Master in Nursing Science absolviert, in dem sie sich auch vertiefte klinische Pflegekompetenzen (z.B. klinisches Assessment, Pathophysiologie, Pharmakologie) aneignen.

Zunehmend wird auch in der Schweiz die Ausbildung und Implementierung von sogenannten **Nurse Practitioners (NPs)** diskutiert. Diese sind in einem spezifischen Fachbereich und Setting (z.B. Akutgeriatrie) ausgebildet. Im Unterschied zu CNSs können NPs ärztliche Tätigkeiten substituieren. Sie sind beispielsweise befugt, in einem definierten juristischen Rahmen zu diagnostizieren und Medikamente zu verordnen. Wie CNS haben NPs einen Bachelorabschluss in Pflege absolviert und verfügen über Berufserfahrung. Sie haben mindestens einen Master in Nursing Science abgeschlossen, dies in der Regel kombiniert mit einem spezifischen Studium an einer medizinischen Fakultät. Die Ausbildung von NPs umfasst Vorlesungen in Physiologie, Pathologie, Pharmakologie, die klinische Untersuchung und Beurteilung von Patienten sowie Praktika. Die Dauer der praktischen Ausbildung von NPs umfasst je nach Land und Universität zwischen 500-1500 Stunden.

Referenzen:

1. Kommission für Wissenschaft, B., Kultur, Ständerat, Bildungscommission will Regelung der Masterstufe für Pflegeberufe, Ständerat, Editor. 2016, Parlamentsdienste: Bern.
2. Coleman, K., et al., Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*, 2009. **28**(1): p. 75-85.
3. Spycher, S., et al., Die wichtigsten Herausforderungen in den nächsten Jahren, in *Gesundheit in der Schweiz - Nationaler Gesundheitsbericht*, K. Meyer, Editor. 2009, Hans Huber Verlag: Bern. p. 325-355.
4. De Geest, S., et al., Introducing Advanced Practice Nurses / Nurse Practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss Med Wkly*, 2008. **138**(43-44): p. 621-8.
5. Klein, T., Scope of Practice and the Nurse Practitioner: Regulation, Competency, Expansion, and Evolution. *Advanced Practice Nursing eJournal*, 2007. **7**(3).
6. Künzi, K. and P. Detzel, Innovation in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. *Schweizerisches Gesundheitsobservatorium*, 2007.
7. Laurant, M., et al., Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005(2): p. CD001271.
8. Martinez-Gonzalez, N.A., et al., Effects of physician-nurse substitution on clinical parameters: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2014. **9**(2): p. e89181.
9. Martinez-Gonzalez, N.A., et al., The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Hum Resour Health*, 2015. **13**: p. 55.
10. Sheer, B. and F.K. Wong, The development of advanced nursing practice globally. *Journal of Nursing Scholarship*, 2008. **40**(3): p. 204-11.
11. Züñiga, F., et al., Entwicklung der Rolle der Advanced Practice Nurse in der stationären Langzeitpflege älterer Menschen in der Schweiz. *Pflege*, 2010. **23**(6): p. 375-383.
12. Kambli, K., et al., Health Care Provision in a Swiss Urban Walk-In-Clinic. Is Advanced Nursing Practice a Solution for A New Model in Primary Care? *International Journal of Health Professions*, 2015. **2**(1): p. 64-72.
13. Maier, C.B., The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia. *Health policy*, 2015. **119**(12): p. 1627-35.
14. Serena, A., et al., The role of advanced nursing in lung cancer: A framework based development. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 2015. **19**(6): p. 740-6.
15. Bryant-Lukosius, D., et al., The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 2015. **21**(5): p. 763-81.
16. Kilpatrick, K., et al., A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Inpatient Roles. *Nursing leadership*, 2015. **28**(3): p. 56-76.
17. Aiken, L.H., et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 2014. **383**(9931): p. 1824-30.
18. Griffiths, P., et al., Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 2016. **6**(2): p. e008751.

BEKAG-Mitglied in humanitären Diensten

Spontaneinsatz an der griechischen Grenze

Der Langnauer Arzt Hansueli Albonico verliess die Praxis für einen Einsatz in Idomeni. Er leistete aber nicht nur medizinische Hilfe.

Anita Bachmann, «Der Bund»



Im Empfangsbereich der Hausarztpraxis in Langnau stehen Holzschränke mit Glastüren. Sie sind gefüllt mit Medikamentenfläschchen und Ampullenschachteln, obendrauf liegt ein Stapel Schröpfgläser. Die beiden Hausärzte Hansueli Albonico und seine Frau Danielle Lemann haben 2012 kurz vor der Pensionierung die Hausarztpraxis eröffnet. Vorher hatte sich Albonico einen Namen als Leiter der komplementärmedizinischen Abteilung des Spitals Langnau gemacht. Nach 15 Jahren gab er resigniert auf, müde ist er aber nicht. «Es ist ein Geschenk, ich bin immer noch fit», sagt er. Im Idealfall könnten sie hier noch fünf bis zehn Jahre weitermachen.

Als ob das nicht genug wäre, leistete Albonico kürzlich einen Einsatz im griechischen Idomeni für die Ärzteorganisation Médecins du Monde. Idomeni hat mittlerweile traurige Berühmtheit erlangt: An diesem Ort an der mazedonischen Grenze sind Zehntausende

Flüchtlinge blockiert, weil Mazedonien die Grenze dichtgemacht hat. In den Ärztezelten half Albonico kranken Flüchtlingen wieder auf die Beine. «Das Meiste sind Bagatellfälle», sagt er. Es gehe auch gar nicht nur um medizinische Hilfe, sondern genauso um menschliche Begegnungen. Viele Menschen seien verzweifelt. So sei einmal ein Notruf gekommen, ein Mann habe sich erhängt. Das war nicht so, aber in seiner Verzweiflung hatte sich der Mann an Stacheldraht aufgeschlitzt. Um die Menschen zu stabilisieren, hat Albonico einen Power-Drink entwickelt, eine Salz-Zucker-Lösung mit Vitamin C.

Spontane Entscheidung

Es gab aber auch schwerere Fälle, für die Albonico zum Teil unkonventionelle Lösungen fand. Fünf irakische Männer hatten sich beim Ausstieg aus dem Flüchtlingsboot das Bein gebrochen. Sie wollten nicht umkeh-

Dr. med. Hansueli Albonico hat 1997 am Spital Langnau die erste und bisher einzige komplementärmedizinische Abteilung der Schweiz geschaffen.

Bild: Manu Friederich

ren, konnten aber auch nicht alleine über die Grenze. «Wir haben sie in Rollstühlen an die Grenze gebracht», sagt Albonico. Auf der anderen Seite nahmen Sanitäter eines Uno-Spitals die Leute entgegen. «Tolle Mazedonier waren das», sagt Albonico. Er hatte das Spital vorher besucht und die Kontakte geknüpft.

«Rundum beginnt es zu spriessen, entlang meinem Joggingweg blühen kleine Löwenzähnen, Wollblümchen, Storchenschnabel, alles sinnigerweise umsäumt von Mariendisteln.» Das schreibt Albonico in einem Mail an die Daheimgebliebenen. Für ihn seien die Joggingrunden wichtig gewesen. «Ich brauche Bewegung, so kann ich am besten denken.» Bevor die Grenze bei Idomeni geschlossen wurde, war der Grenzort unterschiedlich stark belebt und es gab nicht immer viel zu tun. Deswegen hatte Albonico fast ein schlechtes Gewissen, denn zu Hause lief es nicht rund. Die neue Assistenzärztin konnte nicht wie geplant beginnen, seine Frau war allein in der Praxis. Gleichzeitig sei seine Tochter nach einer Operation lange nicht aus der Narkose erwacht. Die Belastung für seine Familie sei gross gewesen.

Das hatte er natürlich nicht ahnen können, als er das Inserat von der Ärzteorganisation sah. «Ich habe es zehn Minuten lang studiert und mich am selben Abend beworben», sagt er. Albonico hat Erfahrung im Ausland. So leitete er in Zimbabwe zwei Jahre lang ein Spital. Zuvor war er für das IKRK in Kambodscha. Kurz nach dem Ende der «Killing Fields», der Massenmorde durch die Roten Khmer. «Ich war einer der ersten Ärzte dort», sagt er. Aus einem Stapel zieht er ein Schwarzweissfoto. Darauf ist eine grosse, an den Seiten offene Bambushütte zu sehen. Am Boden liegen Kranke auf Matten, die Infusionsflaschen hängen im Bambusgerüst der Hütte. «Wir haben ein Feldspital für 1000 Patienten aufgebaut», erklärt Albonico.

Auch mit dem Thema Flüchtlinge beschäftigte sich der Hausarzt schon früher. In den 1970er-Jahren machte er bei den Freiplatzaktionen für chilenische Flüchtlinge mit. Die Aktivisten sorgten damals nicht nur für Unterkünfte, sondern holten die Flüchtlinge auch gleich ins Land, weil sie nicht legal einreisen konnten. Heute leben im zu gross gewordenen Haus von Hansueli Albonico und seiner Frau zwei Flüchtlinge. Ist er ein Gutmensch? Das möchte er schon sein, aber hoffentlich kontrolliert, sagt er. «Die Weltlage ist so schief, man muss einfach mithelfen.»

*Hinweis:
 Dieser Artikel erschien am 21. März 2016 in «Der Bund».
 Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Autorin.*

Impressum

doc.be, Organ der Ärztegesellschaft des Kantons Bern
 Herausgeber: Ärztegesellschaft des Kantons Bern,
 Postgasse 19, 3000 Bern 8 / erscheint 6 x jährlich
 Verantwortlich für den Inhalt: Vorstandsausschuss der
 Ärztegesellschaft des Kantons Bern
 Redaktion: Marco Tackenberg, Gabriela Troxler und
 Markus Gubler, Presse- und Informationsdienst
 BEKAG, Postgasse 19, 3000 Bern 8,
 Tel. 031 310 20 99, Fax 031 310 20 82
 E-Mail: tackenberg@forumpr.ch, troxler@forumpr.ch,
 gubler@forumpr.ch
 Inserate: Gabriela Troxler, E-Mail: troxler@forumpr.ch
 Layout: Claudia Bernet, Bern, c.bernet@bluewin.ch
 Druck: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern
 Ausgabe Juni 2016

Replik auf das Editorial «Mehr Solidarität!» von Christian Gubler, doc.be 1/2016

Unabhängige und gleichwertige fachspezifische Notfalldienste!

Paul Steinmann,
Augenarzt FMH, Worb

Das aktuelle, ungerechte NFD-Modell verdient keine Solidarität mehr.

Der ABV (als freiwilliger Verein!) ist damit gescheitert.

Er sollte nicht mehr über die Gleichwertigkeit ärztlicher NFD richten und spezialisierte Kollegen zu willkürlichen, ungleichen Ersatzabgaben verpflichten können.

Es ist untragbar, dass Kollegen an Listenspitälern NFD in ihrer Fachspezialität leisten müssen und zusätzlich NFD im Rahmen des ABV.

Es geht weder um Missgunst noch um das Beharren auf Partikular-Interessen.

Die Forderungen der Spezialisten sind absolut berechtigt!

Es braucht einen überfälligen Strukturwandel hin zu einem moderneren und gleichwertigen fachspezifischen NFD, welcher alle Ärzte gleich behandelt und wertschätzt, und welcher auch die Bevölkerung und die Randregionen berücksichtigt.

Nur die Einführung gleichwertiger fachspezifischer Notfalldienste kann diese Forderungen zeitgemäss umsetzen und wieder mehr Solidarität und Gleichberechtigung unter uns Ärzten schaffen.

Jede Fachgesellschaft sollte unabhängig und eigenverantwortlich einen bestmöglichen, fachspezifischen NFD organisieren können. Kontrolliert primär von der BEKAG, sekundär vom Kantonsarztamt.

Der ABV organisiert neu den Grundversorger-NFD.

Er sollte in Zusammenarbeit, und nicht in Konkurrenz(!), die grossen Überkapazitäten der regionalen Notfallstationen zu seinem Vorteil nutzen.

Alle Ärzte bleiben in der BEKAG für die Vertretung unserer gemeinsamen Interessen.

Kommentar zur Replik von Dr. Steinmann

Solidarität ist, wenn man gemeinsam Lösungen erarbeitet!

Beat Gafner, Präsident, und Rainer Felber, Vizepräsident
Aerztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztinnen und Ärzte mit einer Berufsausübungsbewilligung im Kanton Bern sind gesetzlich verpflichtet, ambulanten ärztlichen Notfalldienst zu leisten. Die Organisation des Notfalldienstes obliegt den sieben Bezirksvereinen im Kanton; dies ist in unseren Statuten so festgehalten.

Wir alle wissen, dass die Organisation des Notfalldienstes in den letzten Jahren juristische Fragen aufgeworfen hat und sich zahlreiche Probleme ergaben. Eine zentrale Frage ist immer wieder, inwiefern fachärztlicher Notfalldienst als Erfüllung der gesetzlichen Notfalldienstpflicht anerkannt werden soll.

Nachdem sich die Lösung dieser Frage lange Zeit als Quadratur des Kreises präsentiert hatte, konnte in den letzten Wochen und Monaten durch intensive Gespräche der BEKAG mit den Bezirksvereinen und Fachgesellschaftsvertretern ein Weg definiert werden, der auf breite Zustimmung stösst und als praktikabel eingestuft wird.

Als Grundlage dienen die «Grundsätze der BEKAG zur Regelung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes in den Bezirksvereinen», die auf der Website der BEKAG publiziert sind (www.berner-aerzte.ch). Neu werden diese Grundsätze durch einen Anhang ergänzt (veröffentlicht in diesen Tagen). Dieser definiert die Kriterien zur Anerkennung der fachärztlichen Notfalldienste in den ärztlichen Bezirksvereinen (ABV) des Kantons Bern. Die breite Abstützung und Anerkennung der Kriterien legt nahe, dass eine Grundlage geschaffen werden konnte, auf deren Basis die offenen Fragen und hängigen Probleme grösstenteils gelöst sind oder in absehbarer Zeit gelöst werden können.

Wir alle sind uns aber bewusst, dass diese Regelungen keine endgültige Lösung darstellen, wie der ambulante ärztliche Notfalldienst in Zukunft organisiert werden kann. Einige Veränderungen, die unter anderem auch zur Entlastung der Dienstleistenden führten, wurden bereits erarbeitet. Es sei an dieser Stelle auf das ärztteigene Call-Center MEDPHONE, die Errichtung verschiede-

ner Hausarztposten oder die grossräumig etablierte Zusammenarbeit der Bezirksvereine und Notfalldienstkreise mit Spitalnotfallporten hingewiesen. Der Werte- und Strukturwandel innerhalb der Ärzteschaft, die Nachwuchsprobleme und die teilweise einschneidenden Veränderungen im Gesundheitswesen erfordern aber grundsätzlich neue Wege. Nicht erst seit heute ist deshalb die BEKAG daran, neue Modelle in der Organisation des Notfalldienstes zu erarbeiten. Ziel ist eine Professionalisierung des Notfalldienstes, wobei das Ruder weiterhin in der Hand derjenigen liegen soll, die am meisten Wissen und Erfahrung in dieser Sache haben: in der Hand von uns Ärztinnen und Ärzten. Gefragt ist ein Konzept, in dem alle ihren Teil beitragen und sich im Ganzen einordnen. Nur so kann der Notfalldienst optimal organisiert werden, zum Nutzen unserer Patientinnen und Patienten, aber auch zu unserem eigenen Wohl.

Solidarität ist, wenn man sich zusammen an einen Tisch setzt und gemeinsam Lösungen erarbeitet!