

# Die Ärztesellschaften im Wandel der Zeit

Die Medizinische Gesellschaft Basel (MedGes) und die Ärztesgesellschaft Baselland (AeGBL) wurden in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gegründet. Damals und heute geht es den Ärztesgesellschaften in erster Linie um die bestmögliche Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und die dafür nötigen Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausübung. Die Tarifgestaltung, die Qualitätskontrolle, die Weiter- und Fortbildung, der Notfalldienst, die regionale Vernetzung und natürlich auch die Förderung der «Geselligkeit» unter den Mitgliedern sind Themen, die die Gesellschaften heute wie damals beschäftigen. Die Ärztesgesellschaften gehören zu den wichtigsten Gesundheitsorganisationen in unserer Region. Es ist ihnen ein grosses Anliegen, im gesundheitspolitischen Umfeld auf kantonaler und regionaler Ebene Einfluss auszuüben und als kompetente Partner wahrgenommen zu werden. Sie führen enge Beziehungen zu

den anderen Anbietern und Organisationen im Gesundheitswesen.

Braucht es in der heutigen Zeit noch kantonale Ärztesgesellschaften? Führen, nicht verwalten lautet das Motto. Natürlich brauchen wir eine funktionierende Struktur, um den administrativen Bedürfnissen unserer Mitglieder gerecht zu werden. Aber je länger, je mehr sind Voraussicht und Führungsqualität gefragt. Wir müssen agieren statt reagieren und den Herausforderungen der Zukunft vorausschauend begegnen. Die Kantonalgesellschaften haben Aufgaben nach innen und nach aussen. Nach aussen vertreten sie die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Politik und Versicherern. Nach innen sorgen sie für den Zusammenhalt ihrer Mitglieder, um möglichst geschlossen auftreten zu können.

Aufgrund der systemimmanenten divergierenden Interessen von uns Ärzten

erfolgt dieser Zusammenhalt nicht automatisch, sondern bedarf einer steten Pflege. Wir wollen explizit keine Gleichschaltung von Meinungen, sondern den Erhalt der Vielfalt von Persönlichkeiten, Interessen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Was sind die konkreten Aufgaben der Ärztesgesellschaften und wie profitieren die einzelnen Mitglieder von der Mitgliedschaft?

Die immer schwieriger werdende wirtschaftliche Situation einiger Mitglieder führt diese verständlicherweise dazu, sich vermehrt zu fragen, was die Mitgliedschaft bei den Ärztesgesellschaften überhaupt bringt.

Gerne möchten wir Ihnen diese Fragen detaillierter beantworten, deshalb haben wir entschieden, dafür einen eigenen Artikel zu verfassen und diesen in einer der nächsten Synapsen zu publizieren.

*Dr. med. Tobias Eichenberger, Dr. med. Felix Eymann,  
Dr. iur. Jennifer Langloh, lic.iur. Friedrich Schwab*

WinWinWin

## Wenn Hausärzte und Psychiater zusammenarbeiten, gewinnt vor allem der Patient!

Am 29.11.12 fand in Basel eine Fortbildung unter dem Titel «WinWinWin» statt mit dem Ziel, Hausärzte und Psychiater (1) auf einfache Art besser zu vernetzen. Ein Rückblick auf den erfolgreichen Event durch zwei der Organisatorinnen (der Hausärztin Eva Kaiser und der Psychiaterin Gabriela Stoppe).

### **Eine neue und spezielle Fortbildung für Hausärzte und Psychiater**

In der Anmeldungsphase fiel uns Organisatoren auf, dass sich schnell viele Psychiater zu der Veranstaltung angemeldet hatten. Um ein ausgewogenes Zahlenverhältnis zwischen den Fachgruppen zu erhalten, brauchte es mehrere Reminder an die Hausärzte über unterschiedli-

che Kanäle. Schlussendlich kamen dann 80 Personen, je zur Hälfte Psychiater und Hausärzte.

Prof. Gabriela Stoppe beschrieb in ihrem Input-Referat (siehe dazu auch den nebenstehenden Beitrag), dass inzwischen mehr als ein Drittel unserer hausärztlichen Patienten eine psychiatrische Diagnose aufweisen. Die Notwendigkeit einer guten fachärztlichen Zusammenarbeit liegt damit auf der Hand und wird schon in naher Zukunft noch wichtiger werden – verzeichnen doch beide Gruppen Nachfolgeprobleme.

Nach dem Input-Referat wurden 4 Workshop-Gruppen gebildet, bestehend jeweils aus Hausärzten und Psychiatern, deren Praxisstandorte nach Möglichkeit nah beieinander liegen.

### **Unterschiedliche Arbeitsstrukturen**

Parallel zur Vorstellungsrunde trugen wir (neben der persönlichen Motivation, zu diesem Anlass zu kommen) die verschiedenen Wünsche und Anregungen zur Zusammenarbeit zwischen den Psychiatern und den Grundversorgern zusammen. Dabei zeigte sich rasch, dass Hürden in erster Linie durch die unterschiedliche Arbeitsweise und Praxisorganisation entstehen, nicht durch mangelnden Willen zur Zusammenarbeit. Psychiater haben meistens keine MPA für den Telefonempfang. Die engen Fenster der telefonischen Erreichbarkeit sind für uns Hausärzte oft schwer einzuhalten, aber umgekehrt sind zunehmend auch die Hausärzte schlecht telefonisch erreichbar, sei es, weil das Telefon über-

lastet ist, sei es, dass der Arzt gerade eine Untersuchung durchführt oder die MPA ihren Chef allzu gut «schützt». Diese Realität wird dadurch verstärkt, dass auf beiden Seiten zunehmend Frauen in Teilzeit arbeiten, die nur begrenzt in der Praxis präsent sind. Viele Kolleginnen und Kollegen nutzen aber immer öfter E-Mail, was die Erreichbarkeit auch ausserhalb der Praxisarbeitszeit verbessert.

Was die Zusammenarbeit betrifft, muss unterschieden werden zwischen Patienten, die bereits in ambulanter psychiatrischer Behandlung stehen und solchen, wo wir Hausärzte eine rasche Hilfestellung durch einen Psychiater brauchen. Letzteres kann eine konsiliarische Beratung sein, eine Besprechung zur Sicherung der Diagnose, zur Optimierung der pharmakologischen Behandlung oder auch Hilfestellung, um einen konstanten ambulanten psychiatrischen Therapieplatz zu finden.

Der Verlauf einer Psychotherapie ist oft so vertraulich, dass gewisse Patienten einen Austausch mit dem Hausarzt, der auch gleich Familienarzt ist, nicht wünschen. Oft ist es auch der Respekt gegenüber den Befindlichkeiten der Patienten, der uns davon abhält, uns mit dem Kollegen auszutauschen. Wichtig ist, dass wir uns bewusst machen, dass wir im Sinne des Patienten handeln und ihm dies auch gebührend erklären. Nicht selten werden wir feststellen können, dass der Patient von uns erwartet, dass wir «zu seinem Besten» im Kontakt sind, so wie er das ja auch bei anderen Fachärzten von seinem Hausarzt kennt.

Das Gefühl, «ich bräuchte einen Psychiater aber finde keinen!», kennen wir Hausärzte wohl alle. Für Patienten mit psychischen Problemen sind wir Hausärzte in der Regel die erste Anlaufstelle. Hinter vielen solchen Problemen erkennen wir psychiatrische Diagnosen und häufig müssen wir die Behandlung selbstständig übernehmen oder zumindest damit beginnen. Viele von uns haben sich dafür weitergebildet oder bilden sich regelmässig dazu fort. Trotzdem stossen wir hier wie auch in anderen Fachgebieten immer wieder an unsere Grenzen, bei denen wir auf die Zusammenarbeit mit den Spezialisten angewiesen sind.

### **Klare Absprachen fördern den Therapieerfolg**

Der Wunsch nach raschem Zugang zu einer weiterführenden Therapie ist darum auch der wichtigste Motivationsfaktor für die Hausärzte gewesen, an diese Veranstaltung zu kommen. Oft müs-

sen wir unsere Patienten alleine auf die Suche nach einem Psychiater schicken und geben ihm vielleicht noch eine Liste mit möglichen Therapeuten ab. Den Patienten selbstständig einen Therapieplatz suchen zu lassen, hat dann Vorteile, wenn es uns von dem damit verbundenen Zeitaufwand entlastet und die Motivation des Patienten zugleich prüft. Dies kann eine gute Voraussetzung für den Therapieerfolg sein. Doch in der Realität sind gerade Patienten in einer psychischen Krise mit der selbstständigen Suche nach einem Therapeuten überfordert. Therapieplätze sind knapp. Wie wir Hausärzte beklagen auch die Psychiater Probleme, Nachfolger zu finden. Umso wichtiger ist es, für die Therapie klare Indikationen zu stellen und zu klären, wer in der gemeinsamen Betreuung von Patienten was macht – gerade dadurch kann der engagierte Hausarzt eine bedeutende Rolle innerhalb der Therapie selbst behalten. Wie wir von den anwesenden Psychiatern erfahren haben, steigt bei ihnen die Motivation, trotz eines engen Behandlungsplanes einen zusätzlichen Patienten zu übernehmen, wenn klar ist, dass dieser einen Hausarzt im Hintergrund hat, der mitbegleitet und im Notfall auch da ist.

Mein persönliches Highlight der Veranstaltung: Ein Psychiater berichtete, dass er seit Jahren einmal pro Monat die Gruppenpraxis seiner Studienfreunde konsiliarisch besucht. Sie besprechen gemeinsam Fälle, Medikationen, manchmal wird ihm ein Patient persönlich vorgestellt. Die Kollegen in der Gruppenpraxis haben so eine regelmässige Psychiaterfortbildung im Bezug auf die eigenen Patienten und der psychiatrische Kollege hat regelmässig Einblick in die hausärztliche Arbeit, in deren Komplexität das psychiatrische Problem nur eines von vielen weiteren Problemen bilden. Ein wunderbares Modell, gerade in der heutigen Zeit, in der sich allerorts Gruppenpraxen bilden.

### **Fazit**

Unsere Veranstaltung war ein Erfolg. Wir bekamen durchwegs positive Feedbacks. Persönliche Mailadressen und Telefonnummern konnten ausgetauscht werden. Die Hemmschwelle, eben mal schnell den Kollegen von nebenan zu fragen, was er zu unserem Patienten meint, ist geringer, wenn man sich persönlich kennt. Die Gelegenheit, sich über die unterschiedlichen Arbeitsweisen auszutauschen, wurde sehr geschätzt. Schneller gelangt man so auch mal an den geeig-

neten Paartherapeuten, einen AHDS-Spezialisten oder einen Kinder- und Jugendpsychiater. In einer Rückmeldung hiess es z.B., die eigene Arbeit konnte «greifbar» gemacht werden und das gegenseitige Verständnis verbessert.

Wir wurden ermuntert, wieder so etwas zu organisieren. Die kritischen Feedbacks helfen uns, uns dabei zu verbessern. Und wir erhoffen uns ausserdem, dass die Idee einer solchen Veranstaltung Nachahmer über die Grenzen der Region Basel hinaus findet.

*Eva Kaiser, Fachärztin FMH Allgemeine Innere Medizin, Binningen*

(1) Zur Erleichterung des Leseflusses wird im Text die männliche Form verwendet, auch wenn jeweils sowohl das eine als auch das andere Geschlecht gemeint ist.

### **Die wissenschaftliche Perspektive**

Auf der internationalen Ebene wird die Bedeutung der psychischen bzw. mentalen Gesundheit für das Wohlergehen der Bevölkerung zunehmend hervorgehoben: *There is no health without mental health* (1, 2). Angesichts der epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Daten kann auch niemand mehr wegschauen. Beispielsweise entfallen 3–4% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) auf psychische Erkrankungen im Vergleich zu 1% auf koronare Herzerkrankungen (1). Eine aktuelle Untersuchung beschreibt die Hauptthemen (3): Bezüglich der Prävalenz liegen Angststörungen (14,0%) vor Schlafstörungen (7,0%), Depressionen (6,9%), Demenzen (5,4%), hyperkinetischen Störungen/ADHD (5%), somatoformen Erkrankungen (4,9%) und Alkohol- und Drogenabhängigkeit (>4%). Bezüglich der Krankheitslast machen neuropsychiatrische Erkrankungen einen Anteil von 30,1% bei den Frauen und 23,4% bei den Männern aus. Zwar stiegen in den letzten Jahren – mit Ausnahme der Demenz – die Krankheitshäufigkeiten nicht eindeutig an, weltweit wird jedoch eine Zunahme von direkten und indirekten Kosten psychischer Erkrankungen von 2,5 im Jahre 2010 auf 6,0 Billionen US Dollar 2030 prognostiziert (4). Schon heute spielen psychische Erkrankungen die Hauptrolle bei Erwerbsminderungen und Frühberentungen (5). Die OECD beklagt, dass die Angebote derzeit auf schwere Erkrankungen ausgerichtet seien und zuwenig für die mässig oder leicht Erkrankten sowie für die Prävention getan werde (5). Gleichzeitig wird bei schwer psychisch Kranken

ein zunehmender «Mortality Gap» beschrieben als Hinweis darauf, dass diese PatientInnen von den Vorteilen des Gesundheitswesens immer weniger profitieren (6).

Psychische Erkrankungen gibt es fast nie isoliert. Meistens bestehen weitere psychische Diagnosen und/oder somatische Erkrankungen. Schon allein diese Zusammenhänge legen nahe, die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung eher noch enger in den «somatischen» Behandlungskontext einzubinden. Besondere Gruppen sind derzeit noch die alten Menschen, die alle Formen der Psychotherapie nicht oder zu wenig erhalten (7). Auch die Versorgung von Migranten ist noch problematisch.

Neue Entwicklungen müssen für die Zukunft beachtet werden:

In den letzten Jahren wurde beobachtet, dass immer mehr Menschen Informationen, gerade auch zur seelischen Gesundheit, aus dem Internet holen und ihr Kenntnisstand zu psychischen Erkrankungen im Längsschnitt zugenommen hat (8, 9). Gleichzeitig werden Beratungen und Psychotherapie via Telefon oder Internet angeboten und zeigen in ersten Studien gute Resultate, die die Hoffnung erlauben, dass einige bekannte Behandlungsbarrieren so überwunden werden könnten (10).

Zum anderen führt der demographische Wandel ebenso wie der Fachkräftemangel zu einer Diskussion über einen «Neuzuschnitt der Gesundheitsberufe» (11).

### **Welche Form der Kooperation verbessert die Versorgung?**

Zunächst einmal gibt es verschiedene Formen zur Verbesserung der Grundversorgung. Wenn die Hausärzte und/oder ihre Mitarbeiter fortgebildet werden, dann ist das für sie relativ aufwendig. Andersherum ist die Zuweisung an psychiatrische Einrichtungen für diese belastend. Dazwischen stehen Konsultations-/Liaison-Dienste und sogenannte Collaborative-Care-Modelle (12). Wissenschaftliche Studien favorisieren heute eindeutig Letztere, wobei sie vor allem für affektive Störungen untersucht sind (12, 13, 14). Hingegen haben Fortbildungsprogramme im klassischen Sinn ebenso wie die Einführung von Screenings ohne ein darauf abgestimmtes «Programm» keinen sicheren Effekt auf die Versorgung (12, 15). Unter Collaborative Care wird dabei eine Versorgung verstanden, die folgende Basiskriterien erfüllt:

- Multidisziplinärer Zugang, meistens Hausarzt und psychosoziale Berufsgruppe
- Strukturierter Management-Plan
- Sorgfältige Patientennachsorge

- Vermehrter interdisziplinärer Austausch

### **Schlussfolgerungen und der WinWinWin-Gedanke**

Hausärztliche und psychiatrische Versorgung müssen enger zusammenkommen (15). Die Wissenschaft hat strukturierte Kooperationen bei Volkskrankheiten wie Depression, Angst, Demenz untersucht und zeigen können, dass sie der «üblichen» Behandlung überlegen ist.

Während der ersten Veranstaltung (siehe hierzu der Bericht von Eva Kaiser) bestätigte sich, dass es bereits Kooperationen gibt, aber wohl eher informelle Netzwerke von bestimmten Hausärzten mit bestimmten Psychiatern, die durch wachsende Erfahrung in der Zusammenarbeit gefestigt werden. Um die Zusammenarbeit im Sinne eines (sehr schweizerischen) Bottom-up-Ansatzes zu verbessern, müsste besser verstanden werden, was die derzeitigen Kooperationen begünstigt. Darauf könnte dann aufgebaut werden. Erste Ideen dazu haben wir im November bekommen.

*Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Basel*

## **Literatur**

1. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:DE:PDF> (Zugriff 3.1.2013)
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (Zugriff 3.1.2013)
3. Wittchen HU, et al.. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21: 655–679.
4. Zylka-Menhorn V. Psychische Erkrankungen. Eine weltweite «Epidemie». Dtsch Arztebl 2011; 11: 510–511.
5. <http://www.oecd.org/berlin/publikationen/sickonthejobmythsandrealitiesaboutmentalhealthandwork.htm> (Zugriff 3.1.2013)
6. Saha S, et al.. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 1123–31.
7. Heuft G, et al.. Versorgungssituation Älterer bezüglich ambulanter Richtlinienpsychotherapie. In: Stoppe G (Hrsg.): Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. Report Versorgungsforschung 3 (Reihen-Hrsg. Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC), Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2011: 55–68
8. Horch K, et al.. Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen – Die Nutzerperspektive. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin. GBE kompakt 2(2), 2011
9. Angermeyer CM, Matschinger H. Have there been any changes in the attitudes towards psychiatric treatment? Acta Psychiatr Scand 2005; 111: 68–73
10. Bee PE, et al.. Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review. BMC Psychiatry 2008; 8: 60.
11. Frank J, et al.. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet 2010; 376 (9756): 1923–1958
12. Bower P, Gilbody S: Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. Brit J Psychiatry 2005; 186: 11–17.
13. Archer J, et al.. Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database Syst Rev 2012; 10: CD006525.
14. Smolders M, et al.. Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. Can J Psychiatry 2008; 53: 277–293.
15. Sikorski C, et al.. Does GP training in depression care affect patient outcome? – A systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res 2012; 12: 10. doi: 16.10.1186/1472-6963-12-10.
16. Thielke S, et al.. Integrating mental health and primary care. Prim Care 2007; 34(3): 571–5