



Empfehlungen und deren Umsetzung

Nachfolgend werden die vier Empfehlungen der Themengruppe dargestellt. Das gemeinsame Hauptziel ist, das „Generalistentum“ und die Rolle der Generalisten im gesamten Versorgungssystem zu stärken. Die folgenden Empfehlungen sowie deren Umsetzung zeigen vier sich teilweise überlappende Wege auf, wie dies bewerkstelligt werden könnte.

1 Schaffung von Laufbahn- und Karrierepfaden in generalistischen Fachgebieten und in den generalistischen Kernbereichen aller Fachgebiete

1.1 Hintergrund und Begründung

Mangels Laufbahn- und Karriereperspektiven sowie Prestige und Anerkennung der bestehenden Stellen für Generalisten, gehen medizinische Karrieren im Spitalkontext heute fast zwangsläufig mit einer fachlichen Spezialisierung einher. Notwendige generalistische Mediziner gehen so verloren. Die Folge sind oftmals fragmentierte Behandlungen für die Patienten, Doppelspurigkeiten und ineffiziente Abläufe, bedingt durch ungenügende Koordination der involvierten Fachpersonen. Insbesondere multimorbide Patienten benötigen jedoch eine koordinierte Behandlung und eine ganzheitliche Betrachtungsweise.

1.2 Ziel

Das bewusste und gezielte Schaffen von Laufbahn- und Karriereperspektiven für Generalisten sorgt für die Erhaltung oder Zurückgewinnung der Kompetenzen in den generalistischen Fachgebieten (z.B. Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Pädiatrie und Gynäkologie) sowie in den generalistischen Kernbereichen aller Fachgebiete (z.B. allgemeine Kardiologie oder allgemeine Orthopädie). Das stärkt nicht nur die Basisversorgung im jeweiligen Fachgebiet, sondern stellt auch den Notfalldienst und die Lehre sicher. Insgesamt führt die Stärkung der generalistischen Fachgebiete und der generalistischen Kernbereiche aller Fachgebiete zu einer besseren, ganzheitlichen Patientenversorgung (Qualität) und steigert die Effizienz und Wirtschaftlichkeit durch verbesserte und vor allem koordinierte Abläufe.

1.3 Empfehlung

Die Spitäler und Kliniken anerkennen die Notwendigkeit der Förderung von akademischen und klinischen Karrieren in generalistischen Fachgebieten, wie z.B. Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Pädiatrie und Gynäkologie, und in den generalistischen Kernbereichen aller Fachgebiete, wie z.B. allgemeine Kardiologie oder allgemeine Orthopädie, und schaffen langfristige berufliche Karriereoptionen und Perspektiven. Damit bleiben in Spitälern und Kliniken mehr Ärzte als erfahrene Generalisten tätig, die sich nicht primär weiter spezialisieren, sondern im Alltag unersetzbare Rollen in der Klinik, in der Lehre und in der Leitung übernehmen.

1.4 Strategie und Massnahmen

Genügend versierte Generalisten mit einer breiten Weiterbildung sowie klinischer Erfahrung sind nötig. Die Bereitstellung klinischer und akademischer Karriereangebote sowie entsprechender Stellen und Rollen im Spital (z.B. leitende Stellen oder Stellen als klinische Dozenten) sind die Grundlage dafür.

Zur Zielerreichung schlägt die Themengruppe folgende Massnahmen vor:

1. Gemeinsam schaffen die Spitäler, Fachgesellschaften und medizinischen Fakultäten für Generalisten akademische Karrierepfade in Lehre und Forschung sowie klinische Laufbahnen mit attraktiven Rahmenbedingungen, wie Anerkennung im Betrieb, Stellung im Organigramm und Lohn.
2. Die Spitalleitungen schaffen leitende Stellen für Generalisten der verschiedenen Fachgebiete.
3. H+ fördert den Prozess durch den Austausch von Beispielen guter Praxis unter seinen Mitgliedern.
4. Die Universitätsspitäler und die medizinischen Fakultäten stärken die Lehre und Forschung in generalistischen Bereichen, wie z.B. in der Versorgungsforschung.
5. Ärztliche Organisationen, wie die FMH, der VSAO, der VLSS, das SIWF, die betroffenen Fachgesellschaften, sowie weitere interdisziplinäre und interinstitutionelle Verbände, wie unimesuisse und die SAMW, publizieren unterstützend Leitlinien und erarbeiten Mentoring-Programme für Laufbahn- und Karrierepfade.

1.5 Verantwortliche für die Umsetzung, Beteiligte und Betroffene

Adressaten sind H+, die Spitäler und Kliniken und deren leitende Organe sowie Fachärzte, die Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten (Lehrstuhlinhaber), ärztliche Organisationen und weitere interdisziplinäre Verbände, wie die FMH, der VSAO, der VLSS, das SIWF, unimesuisse und die SAMW.

2 Schaffung von interdisziplinären Organisationseinheiten – koordiniert von fallführenden, breit ausgebildeten Generalisten

2.1 Hintergrund und Begründung

Mit zunehmender Spezialisierung und der Behandlung von Patienten in Spezialzentren droht der Verlust des Überblicks über wichtige Differentialdiagnosen und verfügbare Behandlungen. Modelle, bei denen die Fallführung bei Spezialisten liegt oder gar ungeklärt ist, bergen die Gefahr von Abklärungs- und Behandlungsabläufen mit Doppelspurigkeiten, Ineffizienzen, fehlenden Behandlungsaspekten oder gar Fehlern, gerade wenn mehr als eine Erkrankung oder eine komplexe Situation vorliegen. Aufgrund der Revision der Weiterbildungscurricula, bei denen eine breite Bildung zugunsten einer früheren Spezialisierung wich, ist zu erwarten, dass in Zukunft immer weniger Spezialisten eine breite klinische Erfahrung in zwei oder mehr Fachgebieten ausweisen werden.

2.2 Ziel

Das Ziel ist das Betreiben von koordinierten, interdisziplinären Organisationseinheiten und Zentren, wie z.B. Abdominalzentrum, Herzzentrum, Gefäßzentrum, Lungenzentrum, Head-/Neck-Zentrum, mit der Fallführung und Fallverantwortung für Patienten bei Generalisten verschiedener Fachgebiete, wie z.B. Allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie oder auch Chirurgie (s. Empfehlung 1). Der koordinierte Einsatz aller, auch nicht-ärztlicher, Fachkräfte mit Nutzung der Kernfunktionen von Spezialisten, namentlich Interventionalisten, und der integrativen Fähigkeiten von Generalisten, sichert den Know-how-Transfer und stellt die Qualität von Diagnostik, Behandlungstriage und Therapie sicher. Eine langfristige Fallführung in engem Austausch mit dem ambulanten Bereich, namentlich mit den Hausärzten, wird ebenfalls angestrebt. Der interdisziplinäre und interprofessionelle Austausch sowie der klar zugeordnete Verantwortungsbereich erhöht die Attraktivität für Generalisten im Spital und erleichtert deren Rekrutierung. Wiederum wird der Bedarf an Spezialisten und entsprechenden Weiterbildungsstellen im Spital reduziert, weil die Generalisten Aufgaben wie die Koordination oder die interdepartementale und interprofessionelle Kommunikation übernehmen. Bei einer allfälligen späteren Niederlassung dieser Generalisten ergibt sich der weitere Vorteil, dass ein Transfer dieser breiten und interdisziplinären Fach Erfahrung in die Grundversorgung einfließt. Damit wird eine wirtschaftliche, zweckmässige und wirksame Behandlung sichergestellt.

2.3 Empfehlung

Die Spitäler schaffen und betreiben interdisziplinäre Organisationseinheiten mit definierten Abklärungs- und Behandlungspfaden und mit Fallführung durch breit ausgebildete Generalisten verschiedener Fachgebiete, wie z.B. Allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie oder auch Chirurgie (s. Empfehlung 1), sowie unter Einbezug aller beteiligten Spezialisten und nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Das gewährleistet die Gesamtsicht auf die Patienten und damit eine effiziente, sichere, qualitativ hochstehende Behandlung und schafft ein spitalärztliches Tätigkeitsfeld mit breitem Ansatz, das dem Erhalt und Ausbau von medizinischem Know-how dient.

2.4 Strategie und Massnahmen

Notwendig sind Anreize, die eine Bewegung weg vom interventionellen Bereich hin zu einer integrierten

Gesamtbehandlung in Gang setzen. Dies erreicht man durch entsprechende Investitionen der Spitäler sowie die finanzielle und fachliche Anerkennung der Generalisten (s. Empfehlung 5.1). Die Spitäler sollen breit weitergebildete Fachärzte, die in der Lehre tätig sind und in Universitätsspitalern auch Forschung betreiben, rekrutieren, gezielt weiterbilden und halten. Die Spezialkliniken müssen dabei von Beginn an miteinbezogen werden. Die Entlastung im Klinikalltag sowie die bessere Patientenversorgung müssen für die Spezialisten spürbar sein.

Zur Zielerreichung schlägt die Themengruppe folgende Massnahmen vor:

1. Die Spitäler gründen oder erweitern interdisziplinäre Organisationseinheiten mit definierten Abklärungs- und Behandlungspfaden und mit Fallführung durch breit ausgebildete Generalisten (s. Empfehlung 1). Allgemeininternistische oder -chirurgische Abteilungen (Kliniken, Bettenstationen) unter der Leitung von entsprechenden Generalisten werden ebenfalls erweitert oder wieder eingeführt. In durch Spezialisten geführten Abteilungen erfolgt die Patientenbetreuung durch einen Generalisten, wie z.B. einen „Spitalinternisten“ (s. Empfehlung 3).
2. Die Spitäler richten die Anreize, inklusive finanzieller Entschädigungen, auf den Erfolg einer interdisziplinären Zusammenarbeit aus und führen keine Bettenstationen mit multimorbiden Patientinnen und Patienten mehr, die ausschliesslich durch stark fokussierte Spezialisten betreut werden.
3. Die Klinik- und Departementsdirektoren, namentlich der Allgemeinen Inneren Medizin, entwickeln ein Zusammenarbeitskonzept mit den Spezialisten.

2.5 Verantwortliche für die Umsetzung, Beteiligte und Betroffene

Adressaten sind die Spitäler, insbesondere die Spitaldirektoren und Spitalleitungen in Zusammenarbeit mit den Klinik- und Departementsdirektoren. Auch die entsprechenden Leitungen des Pflegepersonals und der Administration müssen bei einer allfälligen Zusammenlegung von Bettenstationen miteinbezogen werden. Das zu erwartende Ergebnis zielt auf den ökonomischeren Einsatz der Ressourcen bei verbesserter Behandlungsqualität ab und könnte somit von Bundesrat und BAG sowie Spitalbesitzern und Kostenträgern gefördert werden.

3 Stärkung der umfassenden Versorgung in spezialisierten Spitalstrukturen durch den „Spitalinternisten“

3.1 Hintergrund und Begründung

Die Abklärung und Behandlung im Spital wird immer komplexer, weshalb vor allem ältere und mehrfach erkrankte Patienten häufig von mehreren Spezialisten gleichzeitig behandelt werden. Interventionelle Spezialisten verbringen viel Zeit im Operationssaal und in Spezial-Sprechstunden und konzentrieren sich naturgemäss mehr auf einen einzelnen Aspekt der Behandlung. Die Sicherstellung einer ganzheitlichen Behandlung benötigt eine zunehmende Koordination zwischen den verschiedenen Spezialisten. Für diese ganzheitliche, koordinierte Behandlung ist ein professioneller Spitalspezialist („Spitalinternist“) auf den Bettenstationen nötig, der für die allgemeine medizinische Versorgung in chirurgischen, interventionellen und anderen spezialisierten Bereichen verantwortlich ist. Diese Rolle soll durch breit weitergebildete Generalisten übernommen werden, am besten durch Fachärzte in Allgemeiner Innerer Medizin respektive Pädiatrie für Kinder oder auf Intermediate Care Units (IMC) und Notfallstationen auch durch Fachärzte in Intensivmedizin. Solche Modelle haben sich in anderen Ländern (z. B. als „Hospitalist“), aber auch in grossen Spitälern in der Schweiz (AG, LU, SG, VD) bereits bewährt.

3.2 Ziel

Ziel ist, die Rollen und Funktionen des „Spitalinternisten“ für die Schweiz zu analysieren und spezifische Anforderungsprofile zu definieren und zu entwickeln. Für die Patienten sowie das Pflegeteam soll ein professioneller Spitalspezialist („Spitalinternist“) auf der Station zur Verfügung stehen, der mit seinen Kompetenzen die umfassende Behandlung und Betreuung sicherstellt. So können häufige Probleme und Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen (Infektionen, Thrombosen, etc.) rasch erkannt und therapiert sowie die kontinuierliche Behandlung bestehender Vorerkrankungen gewährleistet werden. Der „Spitalinternist“ kann sowohl den Betrieb des (interventionellen) Bereiches, als auch dessen Ärzte in Weiterbildung entlasten, da sich diese auf fach- und weiterbildungsrelevante Aktivitäten konzentrieren. Das hilft letztlich die ärztliche Weiterbildung zu optimieren.

3.3 Empfehlung

Die Rollen und möglichen Verantwortungen des „Spitalinternisten“ sowie spezifische Anforderungsprofile, die den Bedürfnissen und der Spitalstruktur entsprechen, sollen auch für die Schweiz analysiert und entwickelt werden. Die Benennung und Definition dieser Ärzte muss als erster Schritt erfolgen, um die fachliche, finanzielle und akademische Anerkennung dieser „Spitalinternisten“ zu gewährleisten und damit die Stellen attraktiv zu gestalten. Die Definition muss von den negativ besetzten Begriffen, wie „Spitalarzt“ oder „Hospitalist“ im angloamerikanischen Raum, abgegrenzt werden. Zudem muss die Rolle, im Gegensatz zum „Hospitalisten“ im angloamerikanischen Raum, auch die Lehre sowie in den Universitätsspitälern die Forschung beinhalten.

3.4 Strategie und Massnahmen

Die Leitungen der Spitäler und Kliniken (z.B. in Allgemeiner Innerer Medizin) müssen kompetente Ärzte

für die Funktion des „Spitalinternisten“ motivieren. Dafür braucht es entsprechende Laufbahnmöglichkeiten.

Zur Zielerreichung schlägt die Themengruppe folgende Massnahmen vor:

1. Die Spitäler analysieren, klären und definieren z.B. zusammen mit H+ und unimed Suisse, aber auch mit dem SIWF und der SGAIM/ICKS, die Rollen und Funktionen des „Spitalinternisten“ mit Hilfe der Darstellung von gelungenen Beispielen und Modellen im In- und Ausland, einem Aufbau-Weiterbildungsprogramm in Allgemeiner Innerer Medizin oder der Schaffung individueller Spital-Tracks.
2. Die Universitätskliniken und die Lehrstuhlinhaber in Allgemeiner Innerer Medizin verpflichten sich zur akademischen Entwicklung des Fachs.
3. Die weiterbildenden grossen Spitäler sowie Kliniken und Services mit viel Operationssaal-Tätigkeiten - namentlich Universitätskliniken und Intermediate Care Units - sowie deren Chefärzte werden für das Rollenmodell des „Spitalinternisten“ und seine Vorteile sensibilisiert.

3.5 Verantwortliche für die Umsetzung, Beteiligte und Betroffene

Adressaten sind Spitäler und Kliniken, namentlich Universitätskliniken, H+, unimed Suisse, SIWF, SGAIM/ICKS, die Lehrstuhlinhaber, insbesondere jene der Allgemeinen Inneren Medizin, sowie Patienten(-Vertretungen) und Ärzte, die ein Good-Practice-Modell kennen.

4 Konzentration der Spezialisierung via Leistungsaufträge

4.1 Hintergrund und Begründung

In gewissen Fachgebieten werden heute zu viele Spezialisten weitergebildet und/oder die Zahl der Kontakte mit betroffenen Patienten ist ungenügend, um die geforderten Kompetenzen und Erfahrungen zu erlangen. Beispielsweise führen nicht alle heute anerkannten Weiterbildungsstätten im Schwerpunktgebiet „Viszerale Chirurgie“ alle gebietspezifischen Eingriffe durch, wie z.B. Pankreas- oder Oesophagus-Resektionen, grosse Leber- oder tiefe Rektum-Chirurgie. Als weitere Beispiele können die Lungenchirurgie, intraabdominale Gefässeingriffe sowie Wirbelsäuleneingriffe erwähnt werden.

4.2 Ziel

Mit der Empfehlung zur Konzentration der Ressourcen und der Expertise in hochspezialisierten und spezialisierten Leistungsbereichen sollen die folgenden Ziele erreicht werden. 1) Die Qualität der Weiterbildung wird durch höhere Fallzahlen von spezialisierten Eingriffen verbessert. 2) Die Zahl der Weiterbildungsstätten pro Fachgebiet passt sich mittelfristig, basierend auf dem Bedarf an medizinischen Leistungen im jeweiligen Fachgebiet, dem Nachwuchsbedarf an. 3) Die Qualität der Patientenversorgung sowie die Effizienz und die Wirtschaftlichkeit werden gesteigert.

4.3 Empfehlung

Ausgewählte spezialisierte und hochspezialisierte medizinische Leistungen sollen stärker konzentriert werden, mit dem Ziel, die Weiterbildungsstellen in Bereichen, wo es genügend Spezialisten gibt, zu limitieren. Die Bündelung der Expertise wird eine positive Auswirkung auf die Qualität der Weiterbildung und die Behandlung der Patienten haben. Betroffen sind nicht nur die Leistungsbereiche der hochspezialisierten Medizin gemäss IVHSM, sondern auch weitere spezialisierte Leistungsgruppen gemäss der Definition der Spitalplanungs-Leistungsgruppen SPLG.

4.4 Strategie und Massnahmen

Zur Zielerreichung schlägt die Themengruppe folgende Massnahmen vor:

1. Die Kantone prüfen, inwiefern Mindestfallzahlen auf weitere Leistungsgruppen angewandt bzw. erhöht werden sollen. Die Frage wird einerseits im Zuge der Revision der GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung geprüft. Die Festlegung von Mindestfallzahlen fliesst andererseits auch in die laufende Aktualisierung der «SPLG-Definitionen und Anforderungen» ein, nach welchen die Kantone die Spitalplanung vornehmen.¹
2. Im Rahmen der Arbeiten zur Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) wird geprüft, ob, neben den Re-Evaluationen von bereits geregelten Leistungsbereichen, mittelfristig weitere Leistungsbereiche in die HSM eingeschlossen werden sollen. Im Zuge der Weiterentwicklung des HSM-Verfahrens ist ausserdem vorgesehen, das Monitoring der Leistungserbringung zu stärken, um sicherzustellen, dass die HSM-Leistungen ausschliesslich an den designierten Zentren erfolgen und vergütet werden.

¹ <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1018&L=1>

3. Das SIWF prüft bei der Revision von Weiterbildungs-Programmen die Anerkennungsregeln für die Weiterbildungsstätten unter dem Blickwinkel der Weiterbildungsqualität und der Fallzahlen und passt diese bei Bedarf an.

4.5 Verantwortliche für Umsetzung, Beteiligte und Betroffene

Adressaten sind die GDK, die Kantone, die Organe der IVHSM, das SIWF, die Fachgesellschaften und die betroffenen Spitäler.

Die Meinung anerkannter Experten aus den (hoch-)spezialisierten Fachgebieten kann die Umsetzung der Empfehlungen erleichtern und den Prozess unterstützen. Zusätzlich ist die Unterstützung der GDK und der betroffenen Fachgesellschaften notwendig.

ENTWURF