

# Allgemeinmedizin in der Schweiz – eine Hospitation im Nachbarland

## *Family Medicine in Switzerland – as Visiting Physician in a Neighbour Country*

Manfred Lohnstein

**Zusammenfassung:** Hospitationen in Praxen von Kollegen dienen der Fort- und Weiterbildung und erbringen häufig neue Einblicke. Nach mehreren Hospitationen im eigenen Land entschloss ich mich dazu, 2012 im Nachbarland Schweiz zu hospitieren und wählte dazu eine allgemeinärztliche Gemeinschaftspraxis im Kanton St. Gallen aus. Meine Wahl fiel auf den Kollegen Etzel Gysling, der durch die Herausgabe seines *drug bulletins* „pharma-kritik“ auch über die Grenzen seines Landes hinaus bekannt ist. Dieser Bericht setzt eine Reihe fort, die in der ZFA bereits 2003 begonnen wurde (Zusammenstellung in [1]).

*Schlüsselwörter:* Hospitation; Allgemeinmedizin; Schweiz

**Summary:** Spending some time in primary care practices of other colleagues fulfills the purpose of continuing medical education and sometimes vocational training. It frequently opens up new vistas. After having completed several of such visits in Germany I decided in 2012 to serve as visiting physician in Switzerland and chose a group practice in the canton of St. Gallen. The principal of this practice is Etzel Gysling who is well known beyond his country's frontiers by publishing the drug bulletin „pharma-kritik“. This report continues a series which started in 2003 in the German Journal of Family Medicine (ZFA) (compilation in [1]).

*Keywords:* Visiting physician; family medicine; Switzerland

2012 startete die DEGAM eine Kampagne, um Hospitationen in Praxen anderer Kolleg/innen zu fördern und als wichtiges Format in der Fort- und Weiterbildung zu etablieren. Dadurch angespornt kontaktierte ich Etzel Gysling und fragte, ob eine solche Visitation in seiner Praxis möglich wäre. Wir vereinbarten einen Termin im Juni 2012.

Geografisch ist der Kanton St. Gallen durch den Bodensee vom deutschen Regierungsbezirk Schwaben getrennt. Die Bahnfahrt von Augsburg nach Wil dauert vier Stunden. Hochgeschwindigkeitsstrecken existieren hier nur auf Reisbrettern, die Landschaft allerdings ist vom Feinsten.

### **Eine typische Schweizer Allgemeinarztpraxis**

Die Ausstattung und Größe der allgemeinärztlichen Praxis Koller/Gysling zeigt sehr viele Gemeinsamkeiten mit ei-

ner vergleichbaren Hausarztpraxis in Deutschland. Sie liegt zentrumsnah in der Stadt Wil, einem Ort mit 20.000 Einwohnern in der deutschsprachigen Ostschweiz. Die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr ist, wie in der Schweiz üblich, sehr gut. In der Nähe der Praxis sind aber auch ausreichend Parkplätze vorhanden. Der Empfangsbereich mit den Arbeitsplätzen für die Praxisassistentinnen inklusive der EDV-Ausstattung zeigt ein vertrautes Bild. Im Funktionsraum erlebe ich mir bekannte Geräte: Sonografie, Lungenfunktion, EKG und Belastungs-EKG, dazu Instrumente für die kleine Chirurgie. Das Lungenfunktionsgerät entspricht dem Modell, das wir auch in Augsburg verwenden.

Der Großteil der Laboruntersuchungen wird vor Ort durchgeführt und im Labor fällt sofort die umfangreiche Geräteausstattung für Hämatologie, klinische Chemie und Trockenchemie auf. Bei vorangehender Blutabnahme liegen

dann die Werte wie z.B. INR oder HbA1c zeitgleich mit dem Arztbesuch vor (ein Service, den Patient und Arzt gleichermaßen schätzen). Spezialuntersuchungen werden hingegen täglich an ein Großlabor überwiesen. Während in Deutschland das Präsenzlabor spätestens Anfang der 90er Jahre durch zentralisierte Laborgemeinschaften abgelöst wurde, haben sich die Schweizer Allgemeinärzte diesen wichtigen Bestandteil ihrer Diagnostik in der eigenen Praxis erhalten. Die notwendige und angemessene Honorierung ist allerdings auch Teil laufender Verhandlungen.

Ein zweiter Unterschied springt ins Auge. Die Ärzte im Kanton St. Gallen wie in vielen anderen Kantonen besitzen das Dispensierrecht und können in der Praxis zahlreiche Medikamente direkt an die Patienten ausgeben. Damit erzielen die Schweizer Kollegen einen Teil ihres Einkommens im Rahmen des Krankenversicherungssystems. Das Dispensierrecht stärkt aus meiner Sicht die



**Abbildung 1** Volksinitiative „Hausarztmedizin – Ja“

Stellung als Primärarzt. Ein willkommener Nebeneffekt ist, dass sich die jeweilige Praxis schon aus logistischen Gründen auf eine praxisbezogene Individualliste festlegt. Inwieweit wirtschaftliche Interessen das Verordnungsverhalten beeinflussen, kann hier nicht beurteilt werden. Ein Volksentscheid „Ja zur Wahlfreiheit beim Medikamentenbezug“ stärkte jedenfalls die Position der Ärzte gegenüber den Interessen der Apothekerverbände.

In der Nähe der Praxis findet sich ein Röntgeninstitut, das von einer Ärztegemeinschaft betrieben wird und in dem ursprünglich auch die Sonografien durchgeführt wurden. Für die Standortwahl war dies eines der Auswahlkriterien. Es ist für mich ein Hinweis dafür, dass kooperative Formen im System der ambulanten Versorgung genutzt werden.

### Hundert wichtige Medikamente

Etzel Gysling ist Herausgeber des Compendiums „100 wichtige Medikamente“ [2] und plädiert dafür, die Zahl der im hausärztlichen Alltag verschriebenen Medikamente klein zu halten, um sie dann umso besser zu kennen. Wir diskutierten die Liste und stellten einige Unterschiede in der Wertung fest. So fehlt z.B. Bisoprolol als Betablocker, das

in Deutschland als Leitsubstanz zählt. Auch die Neuaufnahme von Mirtazapin, Donepezil und Clopidogrel wäre aus meiner Sicht zu erwägen.

Das der deutschen Roten Liste entsprechende Arzneimittelverzeichnis der Schweiz nennt sich compendium.ch [3]. Diese im Netz frei zugängliche Datenbank ermöglicht eine komfortable Recherche u.a. zu Interaktionen, die ich in meine Praxisroutine integriert habe.

### Das Schweizer Hausarztmodell stärkt die Primärarztfunktion

In der Schweiz besteht gesetzlich eine obligatorische Krankenversicherung für alle Bewohner, unabhängig von sozialer Stellung und Staatsangehörigkeit. Die Kontraktionspflicht bedeutet, dass niemand wegen vorbestehender Erkrankungen ausgeschlossen werden kann. Das entspricht am ehesten dem in Deutschland diskutiertem Projekt einer Bürgerversicherung. Darüber hinaus können freiwillige Zusatzversicherungen abgeschlossen werden.

Viele Versicherte bevorzugen das Angebot der Krankenkassen, sich für Hausarztmodelle einzuschreiben, da es für die Versicherten die Prämien senkt. Der Versicherte sucht seinen Hausarzt aus den am Modell beteiligten Praxen aus und muss im Krankheitsfall zunächst immer zuerst diesen Arzt konsul-

tieren. Ein Spezialist kann nur mit Überweisung des Hausarztes aufgesucht werden – ohne diese Überweisung erstatten die Versicherungen die Kosten spezialärztlicher Leistungen nicht. Ausnahmen bestehen für Notfälle. Gynäkologische Vorsorgekontrollen und geburts-hilfliche Betreuung wie auch Brillenverord-nung können direkt ohne Überwei-sung in Anspruch genommen werden.

Die an den Modellen beteiligten Ärzte müssen eine hochwertige Weiterbildung nachweisen und sich an Qualitätskontrollen beteiligen.

In der Kleinstadt Wil existieren zwei Ärztenetze, die ein Hausarztmodell anbieten. In der Schweiz gibt es aber noch andere Organisationsformen, z.B. seit 1990 das durch die Krankenkassen organisierte HMO-Modell (Health-Maintenance-Organisation), in dem die Ärzte Angestellte der Krankenkassen sind. Die Versicherten müssen sich obligat in den HMO-Zentren behandeln lassen und können nur innerhalb der HMO-Einrichtung den Arzt ihres Vertrauens auswählen. Das Schweizer HMO-Modell ist ansatzweise mit den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Deutschland vergleichbar. Auch für die HMO-Modelle werden günstigere Versicherungsstarife angeboten.

Die Selbstdarstellung der HMO bezüglich der Stellung der Ärzte („Ärzte beziehen ein festes Salär. Deshalb können sie eine freie und vernünftige Medizin betreiben, ohne sich mit finanziellen Problemen befassen zu müssen.“ [4]) ist interessant, dürfte aber aus meiner Sicht durchaus Kontroversen hervorrufen.

### Ja zur Hausarztmedizin – direkte Demokratie in der Schweiz: ein Modell für Deutschland?

Die Situation der Hausarztmedizin in der Schweiz zeigt einige Gemeinsamkeiten mit deutschen Verhältnissen. Nach aktuellen Schätzungen werden 2021 nur noch 25 % der Hausarztpraxen besetzt sein (s. Abb.). Im April 2010 wurde die Volksinitiative „Hausarztmedizin – Ja“ eingereicht, die Verbesserungen fordert, um auch zukünftig die primärärztliche Versorgung zu sichern. Die zuständigen Regierungsinstitutionen reagierten darauf mit einer Doppelstrategie. Sie lehnten den Vorschlag der Initiative ab und

**Dr. med. Manfred Lohnstein ...**



... ist seit 1980 in Augsburg als Allgemeinarzt tätig, zunächst in einer Einzelpraxis seit 2012 in einer Gemeinschaftspraxis. Aktiv in der Weiterbildung für Allgemeinärzte. Lehrpraxis der TU-München.

beschlossen gleichzeitig einen Masterplan [5], der zentrale Forderungen übernahm:

- Verbesserung der Weiterbildung, Schaffung von Rotationsstellen in hausärztlichen Praxen
- Stärkung der Allgemeinmedizin an den Universitäten und damit des Lehrangebotes für Studierende
- Neuordnung der Notdienste
- Verbesserung des Gebührenrahmens, insbesondere auch für Labordiagnostik; neue Gebührenregelungen für Leistungen der „medizinischen Praxisassistenten“

Auch Gebührenpositionen wie die „Besuchs-Inkonvenienz-Pauschale“ (entspricht am ehesten dem Hausbesuch zu Unzeiten bzw. an exotischen Orten) sind Teil der Auseinandersetzung. Solche Wortungetüme zu beachten, bleibt also auch unseren Schweizer Kollegen

nicht erspart. Über Volksinitiativen, vergleichbar dem deutschen Bürgerbegehren, in die Gestaltung der politischen Entscheidungen einzugreifen, macht die Auseinandersetzung von Anfang an öffentlich. Regionale Organisationsformen haben dabei ein sehr starkes Gewicht. Die in der Schweiz praktizierten Möglichkeiten der direkten Demokratie haben für mich Vorbildfunktion. Das Modell kann aber nicht als Blaupause für andere Länder genutzt werden, da es die historische Bedingtheit verneinen würde.

Das Schweizer Modell der ambulanten Medizin zeigt, dass Verträge zwischen regionalen Ärztegruppen und Krankenkassen durchaus möglich sind. Eine Organisation wie die Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland, kennt die Schweiz hingegen nicht. Das Schweizer Modell der ambulanten Krankenversorgung erscheint durchaus effi-

zient. Der bekannt hohe Lebensstandard der Schweiz stellt dafür eine der nötigen Voraussetzungen dar.

NB: Ich danke Michael M. Kochen für die kritische Durchsicht des Textes.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

**Literatur**

1. Egidi G, Heberger S, Donner-Banzhoff N, Wilm S. Darf es noch etwas Professionelles sein? Der 6. Professionalisierungskurs der DEGAM sucht seine Nachfolger. *Z Allg Med* 2012; 88: 157–59
2. Gysling E. 100 wichtige Medikamente. *Wil: Infomed-Verlag*, 2005
3. [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch)
4. [www.sprechzimmer.ch/Fokus/Krankenversicherung/HMO\\_Model](http://www.sprechzimmer.ch/Fokus/Krankenversicherung/HMO_Model) (letzter Zugriff 01.08.2012)
5. [www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik) (letzter Zugriff 01.08.2012)

**Korrespondenzadresse**

Dr. med. Manfred Lohnstein  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Brunecker Str. 27, 86316 Friedberg  
[lohnstein.m@t-online.de](mailto:lohnstein.m@t-online.de)

Ständig aktualisierte Veranstaltungstermine von den „Tagen der Allgemeinmedizin“  
finden Sie unter [www.tag-der-allgemeinmedizin.de](http://www.tag-der-allgemeinmedizin.de).