

Das Projekt ReMed ging in diesem Frühling von der Konzept- in die Pilotphase über. Der folgende Bericht fasst die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie zusammen, womit der Auftrag des Psychologischen Instituts der Universität Zürich für ReMed abgeschlossen ist. Allen, die ihren Input in diese

Studie geleistet haben, danken wir herzlich. In einer späteren Ausgabe berichten wir über das Pilotprojekt, das auf der Basis der vorliegenden Ergebnisse geplant und in zwei Pilotkantonen lanciert wird.

Leitungsausschuss ReMed

Projekt ReMed

Ergebnisse der Machbarkeitsstudie zu einem Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte

Roger Keller^a,
Michael Peltenburg^b,
Martina Hersperger^c,
Rainer Hornung^a

- a Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie, Universität Zürich
- b Projektleiter ReMed, Arbeitsgruppe Qualität (AGQ-FMH), EHAM Universität Zürich
- c Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, Abteilung Daten, Demographie und Qualität DDQ

Interessenbindungen und mögliche Interessenkonflikte

Die Autoren des Psychologischen Instituts der Universität Zürich sind politisch vollständig unabhängig. Die Machbarkeitsstudie wurde von der FMH finanziert.

Korrespondenz:
Prof. Dr. Rainer Hornung /
lic. phil. Roger Keller
Universität Zürich
Psychologisches Institut,
Sozial- und Gesundheitspsychologie
Binzmühlestrasse 14/14
CH-8050 Zürich
Tel. 044 635 72 50
Fax 044 635 72 59
rainer.hornung@psychologie.unizh.ch
www.psychologie.unizh.ch/sozges

Ausgangslage

Ärztinnen und Ärzte arbeiten nach besten Kräften für die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten. Hohe berufliche Anforderungen, unregelmäßige und lange Arbeitszeiten, hoher administrativer Aufwand sowie steigende Erwartungen von seiten der Patientinnen und Patienten können aber dazu führen, dass sie zeitweise an ihre persönlichen Grenzen stossen [1–5]. Zahlreiche Studien aus verschiedenen Ländern belegen, dass die Ärzteschaft – bedingt durch diese Umstände – gesundheitlichen Risiken wie stark belastendem Stress, Burn-out, Substanzabusus, Depressionen und in letzter Konsequenz Suizid ausgesetzt ist [6]. In einer von Goehring et al. in der Schweiz durchgeführten Studie berichteten beispielsweise 19% der Ärztinnen und Ärzte über ausgeprägte emotionale Erschöpfung, 22% über ein hohes Mass an Depersonalisierung, und 16% gaben an, in ihrer persönlichen Leistungsfähigkeit leicht eingeschränkt zu sein [1]. Ärztinnen und Ärzte sind durch ihr Arbeitsumfeld auch einem grösseren Risiko ausgesetzt, Suchtprobleme zu entwickeln [2, 7]. Ausserdem ist die Suizidrate gegenüber der Normalbevölkerung stark erhöht [8–10].

Ärztinnen und Ärzte nehmen jedoch eher selten Hilfe in Anspruch, stellen oftmals ihre Diagnosen selbst und behandeln sich demzufolge auch selbst [1, 11]. Zudem werden beruflich-persönliche Schwierigkeiten von Ärztinnen und Ärzten häufig sehr spät sichtbar bzw. sind den Betroffenen lange Zeit nicht bewusst [12].

Obenerwähnte Probleme können sich negativ auf die aufgabenorientierte Funktionalität und die Sozialkompetenz der Ärztinnen und Ärzte auswirken, was ein Risiko für die Patientinnen und Patienten darstellt [2, 7, 13–15].

Die FMH hat im Frühling 2005 eine Arbeitsgruppe Qualität (AGQ-FMH) gebildet und ein «Leitbild ärztliche Qualität» publiziert [16]. Mit diesem Leitbild wird der klare Wille ausgedrückt, den Nachweis und die Überprüfung der Leistungs- und Qualitätsfähigkeit in die eigenen Hände zu nehmen und Fördermassnahmen sowie Evaluationen durchzuführen. Der Vorschlag zur Schaffung eines ärztlichen Qualitätsnetzwerks wurde von der FMH im Jahr 2005 auch dem Stände- und Nationalrat unterbreitet, wo er auf grosses Interesse gestossen ist [17].

Zusammenfassung

Ärztinnen und Ärzte üben einen verantwortungsvollen, herausfordernden und anspruchsvollen Beruf aus. Bei einzelnen von ihnen können – wie auch in anderen Berufen – beruflich-persönliche Probleme wie Burn-out, Substanzmissbrauch oder Depressionen auftreten. Um eine qualitativ hochstehende und sichere medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können, entwickelte die FMH das Projekt ReMed, das Ärztinnen und Ärzte in Krisensituationen auffangen und unterstützen soll. Der vorliegende Artikel informiert über die dazu in Auftrag gegebene Machbarkeitsstudie.

Die Ergebnisse zeigen, dass das geplante Projekt machbar ist und in die Pilotphase übergehen kann. Der Bedarf nach einem Unterstützungsnetzwerk ist klar gegeben. Ausserdem machen die Resultate deutlich, wie das Hilfsangebot ausgestaltet werden muss und welche erfolgsrelevanten Punkte bei der Implementierung des Pilotprojekts zu berücksichtigen sind.

Das Projekt ReMed

Das Projekt Rete Medicorum (ReMed) der FMH hat das Ziel, eine qualitativ hochstehende und sichere medizinische Versorgung der Bevölkerung durch gutausgebildete, integre, gesunde und zufriedene Ärztinnen und Ärzte zu gewährleisten [18, 19].

Ärztinnen und Ärzte sollen in Krisensituationen aufgefangen und unterstützt werden. Somit wird ein Beitrag zur Förderung der medizinischen Qualität und zur Sicherheit der Patientinnen und Patienten geleistet.

Jeder Ärztin und jedem Arzt sollen Dienstleistungsangebote zur Verfügung stehen, um die Qualität der eigenen Arbeit zu sichern und gegebenenfalls zu verbessern. Die Dienstleistungsangebote von ReMed umfassen gemäss Konzept drei Elemente: Mentoring, Coaching und Assessment.

Mentoring

Beim Mentoring handelt es sich um das niederschwelligste Angebot. Interessierte Ärztinnen und Ärzte sollen möglichst geringe Hemmschwellen überwinden müssen, um die gewünschte professionelle Hilfe zu erhalten.

Die Initiative liegt beim betroffenen Arzt bzw. bei der betroffenen Ärztin. Zudem sind alle Anfragen und Begleitschritte strikt vertraulich, und es erfolgt keine externe Zielüberprüfung.

Coaching/Beratung

Beratungs- und Coachingangebote werden regional angeboten, eingebettet in die bereits etablierten Unterstützungs-, Fortbildungs- und Diskussionsangebote (Qualitätszirkel u. a.). Lokale Strukturen können, wenn dies die betroffene Ärztin oder der betroffene Arzt wünscht, eine Intervention vermitteln oder selbst anbieten. Für Kolleginnen und Kollegen, die eine von den örtlichen Strukturen unabhängige Beratung wünschen, vermittelt ReMed auch überregionale Angebote.

Die Initiative liegt in der Regel bei ReMed. Je nach Vereinbarung erfolgt nach Abschluss der Beratung eine externe Zielüberprüfung.

Assessment

Falls berechtigte Zweifel an der aufgabenorientierten Funktionalität eines Arztes oder einer Ärztin bestehen, lässt ReMed ein fokussiertes Assessment durchführen. Eine individuelle Intervention durch Fachkollegen/-innen und Spezialisten/-innen kann als Konsequenz angeboten werden.

Die Initiative liegt bei ReMed. Es werden externe Mindestanforderungen formuliert, die

nach Abschluss des Assessment extern überprüft werden.

Erfolgsüberprüfung

Bei vorhandenen, zwischen den Betroffenen und ihren Begleitern ausgehandelten Zielvorgaben erfolgt beim Assessment – und in Einzelfällen auch beim Coaching – nach Abschluss der Intervention eine Zielüberprüfung durch eine ReMed-unabhängige Instanz. Falls die Reintegration erfolglos verläuft oder der Arzt/die Ärztin die Zusammenarbeit verweigert, erfolgt eine Meldung an die zuständige Stelle, welche die notwendigen Massnahmen veranlasst.

Implementierung von ReMed

Es ist geplant, ReMed in drei Schritten zu implementieren: Konzeptphase, Pilotphase und Programm. Das Projekt wird in allen Phasen laufend von einer Drittstelle evaluiert und darauf basierend angepasst.

Ziel der Konzeptphase ist es, Bedingungen zu schaffen, die die Aufnahme der operativen Tätigkeit von ReMed in der anschliessenden Pilotphase mit möglichst grossem Impact, breiter Akzeptanz und realistischem Aufwand erlauben. Um die Wünsche, Erwartungen und Kooperationsmöglichkeiten potentieller Partner auszuloten und gleichzeitig Akzeptanz zu fördern, wurde die vorliegende Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben.

Die Machbarkeitsstudie

Die FMH beauftragte das Psychologische Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie, mit der Überprüfung der Machbarkeit des Projekts ReMed. Die Machbarkeitsstudie dauerte von Mai 2006 bis Februar 2007.

Zielsetzungen und Fragestellungen

Die Machbarkeitsstudie des Projekts ReMed beinhaltet die Klärung der Frage, ob in der Schweiz ein nachweisbarer Bedarf an einem Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte besteht. Falls dieser Bedarf vorhanden ist, soll die Studie Empfehlungen liefern, wie das Angebot ausgestaltet sein muss, damit es realisiert werden kann und bei der Ärzteschaft auf breite Akzeptanz stösst.

Auf der Grundlage der Machbarkeitsstudie wird entschieden, ob ein Pilotprojekt lanciert wird.

Methodischer Zugang und Forschungsstrategie

Um der Vielschichtigkeit des Projekts gerecht werden zu können, waren unterschiedliche methodische Zugänge notwendig. Das Forschungs-

team orientierte sich am Ansatz der Triangulation. Bei diesem Ansatz werden verschiedene Informationsquellen (Datentriangulation) verwendet und unterschiedliche Verfahren (Methodentriangulation: qualitativ – quantitativ, offen – standardisiert) eingesetzt [20, 21]. Somit konnten die Fragestellungen aus unterschiedlichen Perspektiven fokussiert und umfassend beantwortet werden.

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde einem qualitativen Ansatz ein hoher Stellenwert beigemessen. Es wurde also ein vorwiegend induktiver Ansatz gewählt und nicht in klassischer Weise hypothesengeleitet vorgegangen. Dies war notwendig, da es sich hierbei um einen neuen und komplexen Untersuchungsgegenstand mit wenig gesichertem Wissen handelt. Ausserdem wurde die Befragung möglichst wenig standardisiert konzipiert, damit alle Wünsche, Erwartungen, aber auch Ängste formuliert werden konnten. Primäres Ziel war es, das Meinungsspektrum der Ärzteschaft umfassend abzubilden. Dabei standen nicht die einzelnen Positionen mit ihrer quantitativen Ausprägung in der Grundgesamtheit im Vordergrund.

Die Auswahl der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer basierte auf dem «theoretischen Sampling». Darunter wird die Strategie des schrittweisen Festlegens der Stichprobe aufgrund der zuvor gewonnenen Daten und deren Analysen verstanden [22]. Die Datenerhebungen sind dann abgeschlossen, wenn die Stichprobe gesättigt ist, d.h., wenn zusätzliche Erhebungen zu keinen neuen Erkenntnissen mehr führen.

Untersuchungsdesign

Die Arbeiten wurden mit einer Analyse der vorhandenen Projektdokumentationen, einer Literaturrecherche unter Verwendung der Datenbanken PubMed und PsycINFO sowie einer Recherche auf den Websites medizinischer Fachgesellschaften aufgenommen.

Die Haupterhebung wurde im Rahmen einer vollständig anonymisierten Onlineumfrage bei allen FMH-Mitgliedern, die über eine E-Mail-Adresse verfügen (19 420 von 32 464 Mitgliedern, Stand: Dezember 2005), durchgeführt. Zusätzlich wurden 346 Funktionsträger/innen der Ärzteschaft (Vorstandsmitglieder kantonaler Ärztegesellschaften und medizinischer Fachgesellschaften, Kantonsärztinnen und -ärzte sowie Vertrauensärztinnen und -ärzte) persönlich mittels Brief mit Absender FMH angeschrieben. Mit diesem Schreiben erhielten sie den Fragebogen der Onlinebefragung als Papierversion.

Zudem wurden Berufsgruppen in die Befragungen einbezogen, die unmittelbar mit der ärztlichen Leistungserbringung verbunden sind. Deshalb erhielten sieben ausgewählte Vertreter/innen von Patientenorganisationen, des Schweizerischen Verbandes medizinischer Praxisassistentinnen (SVA) sowie des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) ebenfalls einen Fragebogen in Papierversion.

Um die Ergebnisse aus den schriftlichen Befragungen zu vertiefen, wurden einerseits zwei Fokusgruppen durchgeführt. Andererseits führte das Forschungsteam sieben persönliche Gespräche: fünf mit Ärztinnen und Ärzten, die aus der Onlineumfrage rekrutiert wurden (sie hatten ihre Anonymität am Schluss des Fragebogens aufgehoben), je eines mit einem Vertreter der *santésuisse* sowie dem Projektleiter von ReMed. Ausserdem flossen die Erkenntnisse aus einem Workshop der Projektleitung ReMed [23] sowie zahlreiche Informationen aus verschiedenen E-Mail-Kontakten, die sich im Laufe der Machbarkeitsstudie ergeben hatten, in die Ergebnisse mit ein.

Das Forschungsteam orientierte sich für ethische Fragen an den 27 Standards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL) und den rund 50 Standards der Schweizerischen Gesellschaft für Psychologie (SGP) (ethische Richtlinien für Psychologinnen und Psychologen).

Zusammensetzung des Samples der Onlineumfrage

Es wurden, wie bereits erwähnt, 19 420 FMH-Mitglieder via E-Mail kontaktiert und um ihre Teilnahme an der Onlineumfrage gebeten. Zusätzlich wurden 346 Funktionsträger/innen persönlich mittels Brief angeschrieben.

Insgesamt haben sich 3817 Personen in die Umfrage eingeloggt, 2865 Personen haben die Fragen vollständig beantwortet (inkl. 49 Personen, die den Fragebogen auf Papier ausfüllten). Dies entspricht einem Rücklauf von 14,8%. Werden die Funktionsträgerinnen und -träger separat betrachtet, ist der Rücklauf markant höher: Kantonsärztinnen/-ärzte (42%), Vorstandsmitglieder kantonaler Gesellschaften (76%) und medizinischer Fachgesellschaften (60%), Vertrauensärztinnen/-ärzte (87%).

Einschätzung der Rücklaufquote und der Repräsentativität

Die grundsätzlich wichtige Frage der Repräsentativität war nicht das zentrale Kriterium der Studie. Der Vergleich zwischen Grundgesamtheit

und Sample bezüglich der bekannten Parameter Sprachregion, Geschlecht und Alter zeigt aber, dass es gelungen ist, ein mehr oder weniger identisches Abbild der Grundgesamtheit zu erreichen. Aufgrund der Variationen der Rückmeldungen in der Onlineumfrage (von sehr kritisch bis sehr lobend) kann zudem davon ausgegangen werden, dass die Antworten nicht einseitig verzerrt sind in Richtung Pro oder Contra bezüglich des Projekts ReMed.

Ergebnisse

Bedarf an einem Unterstützungsangebot

Der Bedarf an einem Unterstützungsangebot lässt sich auf mehreren Ebenen herleiten. Einerseits zeigt sich aufgrund der Literaturanalyse, dass auch Ärztinnen und Ärzte gesundheitlichen Gefährdungen wie Burn-out, Substanzmissbrauch und in letzter Konsequenz Suizid ausgesetzt sind. Diese Probleme können sich negativ auf die aufgabenorientierte Funktionalität und die Sozialkompetenz der Ärztinnen und Ärzte auswirken, was ein Risiko für die Patientinnen und Patienten darstellt. Als Ursachen werden hohe berufliche Anforderungen, unregelmäßige und lange Arbeitszeiten, grosse berufsbedingte Belastungen sowie ein hoher Anspruch an das eigene berufliche Handeln genannt. Verstärkt wird diese Situation durch die Tatsache, dass es einzelnen Ärztinnen und Ärzten schwerfällt, selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Diese Befunde wurden in der Machbarkeitsstudie bestätigt. Die Anforderungen an die Ärzteschaft in der Schweiz sind gestiegen, nicht nur bezüglich administrativer Aufgaben. Auch die Ansprüche von Patientinnen und Patienten haben sich verändert: Medienberichte, Fernsehsendungen usw. führen häufig zu übersteigerten Erwartungen. Diese Erwartungshaltung erhöht den Druck und kann einzelne Ärztinnen und Ärzte überfordern. Die veränderten Bedingungen führen dazu, dass die Notwendigkeit für ein solches Unterstützungsangebot von der Ärzteschaft in der Schweiz mehrheitlich gross bzw. sehr gross eingeschätzt wird. Vier von fünf Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Onlineumfrage kennen eine Arztkollegin bzw. einen Arztkollegen, die bzw. der schon einmal eine schwierige beruflich-persönliche Situation wie stark belastenden Stress oder Burn-out erlebt hat und darunter leidet bzw. gelitten hat.

Der Bedarf an Unterstützung bzw. Hilfsangeboten ist aufgrund der Ergebnisse der Machbarkeitsstudie klar gegeben. Dies bedeutet noch nicht zwangsläufig, dass es ein neues Projekt wie

ReMed sein muss. Falls bereits andere Stellen bzw. Angebote bestehen, welche die notwendigen Angebote und Dienstleistungen bereitstellen, würde eine Information zuhanden aller FMH-Mitglieder ausreichen.

Die Suche nach bestehenden Unterstützungsangeboten machte deutlich, dass in verschiedenen Ländern Bestrebungen im Gange sind, Unterstützungsnetzwerke für Ärztinnen und Ärzte in schwierigen beruflich-persönlichen Situationen aufzubauen. In der Schweiz hingegen konnten keine breitangelegten und gutkoordinierten Hilfsangebote identifiziert werden. Es sind zwar einzelne Ansätze in Richtung ärztlicher Supportstrukturen vorhanden. Diese sind jedoch nur wenig bekannt und können den Ansprüchen an ein umfassendes, übergreifendes Unterstützungsnetzwerk nicht gerecht werden. Die Ergebnisse der Onlineumfrage zeigen, dass die meisten teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Bedarfsfall Unterstützung bei Familienmitgliedern oder Arztkolleginnen und -kollegen holen. Balintgruppen, Supervision und psychotherapeutische Angebote werden ebenfalls häufig erwähnt. Konkrete arzt-spezifische Angebote wurden keine genannt.

Wie oben erwähnt geben in der Onlineumfrage 80% der Befragten an, dass sie jemanden kennen, der bereits einmal unter beruflich-persönlichen Problemen gelitten hat. Die Probleme konnten nur in einem von fünf Fällen vollständig gelöst werden. Neben Gründen, die in der Person des betroffenen Arztes lagen, wurde oft genannt, dass keine geeigneten Hilfsangebote vorhanden waren.

Es lässt sich also festhalten, dass die Ärztinnen und Ärzte einerseits keine Kenntnis haben über arzt-spezifische Hilfsangebote im Falle einer Krisensituation. Sie wissen nicht, wohin sie sich im Bedarfsfall wenden können. Andererseits wird auch deutlich, dass Arztkolleginnen und Arztkollegen, die mit einem betroffenen Arzt zusammenarbeiten oder Kenntnis von einem konkreten Fall mit beruflich-persönlichen Problemen haben, nicht wissen, wo sie sich beraten lassen können, wie mit einer solchen Situation am besten umgegangen werden kann.

Ausgestaltung des Hilfsangebots

Die Frage, die sich somit stellt, ist, wie ein solches Unterstützungsangebot ausgestaltet sein muss.

Die Ergebnisse der verschiedenen Befragungen zeigen deutlich, dass die Ärztinnen und Ärzte ein arzteigenes bzw. arzt-spezifisches Hilfsangebot wünschen. Patientinnen und Patienten, aber auch Personen aus der Pflege und Praxis-

assistentinnen haben ihre eigenen Stellen, an die sie sich wenden können. Allenfalls könnte das Angebot für Familienmitglieder erweitert werden, da diese Problemsituationen der Ärztinnen und Ärzte unter Umständen sehr früh erkennen, häufig aber hilflos zusehen müssen.

Weiter braucht es einen Ort des Vertrauens. Die Ärzteschaft benötigt eine Anlaufstelle bei persönlichen Problemen, einen Ort, wohin sie sich ohne Angst wenden kann. Nicht Kontrolle, sondern Unterstützung und Beratung stehen im Vordergrund. Ausserdem sollte das Unterstützungsnetzwerk durch folgende Eigenschaften charakterisiert sein: Transparenz bezüglich möglicher Folgen einer Inanspruchnahme, eine zügige Bearbeitung von Anfragen, die Gewährleistung von Anonymität bzw. Diskretion sowie die Möglichkeit, sich auch ausserhalb der Arbeitszeiten melden zu können, d. h. dann, wenn die Probleme akut sind.

Damit das Projekt nicht als Kontrollinstanz wahrgenommen wird, braucht es ausserdem eine klare Trennung zwischen den drei geplanten Angeboten Mentoring/Coaching (Vertrauensverhältnis) und Assessment (Auflagen für Ärztinnen und Ärzte).

Damit dieser Ort des Vertrauens geschaffen werden kann, braucht es schliesslich auch eine operativ unabhängige Stelle der Ärzteschaft. Dies ist aus zwei Gründen wichtig: Erstens dürfen keine nichtärztlichen Akteure über das Tagesgeschäft bestimmen. Nur so werden die Angebote und Dienstleistungen auch auf Akzeptanz in der Ärzteschaft stossen. Zweitens muss die Möglichkeit bestehen, sich auf die Probleme der Ärztinnen und Ärzte konzentrieren zu können. Es muss auch möglich sein, die Kernaufgaben der ärztlichen Leistungserbringung, die Arbeit mit Patientinnen und Patienten bzw. die Arzt-Patienten-Interaktion in den Vordergrund zu rücken, d. h., es darf keine Vermischung geben mit aktuellen Themen wie zum Beispiel Tarifdiskussionen. Durch die Konzentration auf beruflich-persönliche Situationen sind auch schnellere Lösungen der Probleme zu erwarten.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Der Bedarf nach einem Unterstützungsnetzwerk ist aufgrund der Ergebnisse klar gegeben. Ausserdem zeigen die Ergebnisse, wie das Hilfsangebot ausgestaltet werden muss. Das Projekt ReMed ist machbar und kann in die Pilotphase übergehen. Damit die Realisierungschancen jedoch hoch sind, müssen die folgenden umsetzungsrelevanten Punkte bei der Implementierung des Pilotprojekts unbedingt berücksichtigt werden.

Zeithorizont für das Pilotprojekt

Der Zeitgeist für ein solches Projekt scheint gut zu sein. Deshalb sollte das Pilotprojekt so rasch als möglich implementiert werden. Die vollständige Umsetzung benötigt jedoch aus drei verschiedenen Gründen Zeit: Erstens muss ein Ort des Vertrauens geschaffen werden. Es muss der Nachweis erbracht werden, dass diskrete und wirksame Unterstützung bei beruflich-persönlichen Problemen möglich ist. Zweitens muss sich das Bewusstsein in der Ärzteschaft dahingehend verändern, dass auch sie Probleme haben und krank sein dürfen. Dieses Bewusstsein war zum Zeitpunkt der Befragungen nicht besonders stark ausgeprägt. Häufig werden die beruflich-persönlichen Probleme auch unterschätzt. Drittens steht die Ärzteschaft im Umbruch, das ärztliche Selbstverständnis muss aufgrund der veränderten Erwartungen neu definiert werden. In anderen Berufsgruppen (z. B. Pflegepersonal, Lehrer, Piloten) zeigte sich, dass solche Veränderungen begleitet werden von sehr unruhigen Phasen, das heisst, es sind keine einfachen konsensualen Lösungen zu erwarten.

Trägerschaft und Finanzierung des Pilotprojekts

Die Trägerschaft sollte in einer ersten Phase ausschliesslich von der FMH übernommen werden. Der mehrfach erwähnte Ort des Vertrauens kann nur geschaffen werden, wenn in der Startphase keine nichtärztlichen Organisationen mitbestimmen können. Ausserdem muss die Finanzierung längerfristig gesichert sein.

Beirat

Für die erfolgreiche Umsetzung des Pilotprojekts braucht es einen Beirat. Als externe Akteure sollten Vertreterinnen und Vertreter von Patienten/-innen, aus der Gesundheitspolitik sowie von Krankenversicherern Einsitz haben. Ein Beirat erfüllt zwei wesentliche Funktionen: Einerseits ist die Projektleitung über externe Erwartungen an das Projekt informiert, andererseits kann die Projektleitung den externen Partnerinnen und Partnern aktuelle Informationen liefern, was zu einem besseren gegenseitigen Verständnis führt.

Die zweite Funktion hängt mit dem nächsten Punkt, der Kommunikation des Projekts, zusammen. Ein Beirat, der sich aus allen externen Akteuren zusammensetzt, die direkt mit der ärztlichen Leistungserbringung verbunden sind, kann dazu beitragen, dass in den Medien angemessen über das Projekt berichtet wird.

Kommunikation des Projekts

Ein weiterer zentraler Punkt für das Gelingen des Pilotprojekts ist der Bereich der Kommunikation. Erforderlich ist eine positive Berichterstattung im Sinne von «ReMed ist ein Angebot für moderne Ärztinnen und Ärzte, die Mentoring und Coaching in Anspruch nehmen». ReMed ist ein Auffangnetz für Ärztinnen und Ärzte in schwierigen beruflich-persönlichen Situationen. ReMed ist jedoch keine Stelle zur Identifizierung von Ärztinnen und Ärzten, bei denen Zweifel in bezug auf die aufgabenorientierte Funktionalität bestehen.

Möglichkeiten und Grenzen müssen von Anfang an klar kommuniziert werden, d. h., die Erwartungen an ReMed dürfen nicht unrealistisch hoch sein. Dies ist vor allem dann wichtig, wenn in den Medien über kritische Vorfälle berichtet wird. Dies könnte schnell auf ReMed zurückfallen, im Sinne von: «Wo war ReMed, wieso konnte dies überhaupt passieren?»

Nationale Koordination und operative Tätigkeit in den einzelnen Regionen

Das Forschungsteam teilt aufgrund der Resultate die Meinung der Projektleitung, dass ReMed national koordiniert werden und die operative Tätigkeit in den einzelnen Regionen erfolgen muss. Die Ausgangslage bzw. die Strukturen in den verschiedenen Regionen sind sehr unterschiedlich, so dass nur regional in einer angemessenen Weise darauf reagiert werden kann. Zudem zeigte sich auch in der Onlineumfrage, dass die Ärztinnen und Ärzte im Bedarfsfall – wenn möglich rund um die Uhr – auf ein Angebot in ihrer Region zurückgreifen möchten.

Die operative Tätigkeit in den verschiedenen Regionen bedeutet aber gleichzeitig, dass es unter Umständen zahlreiche Überschneidungen geben kann zwischen den Aktivitäten von ReMed und bestehenden Strukturen. Deshalb ist vor der Implementierung unbedingt darauf zu achten, dass die verschiedenen Schnittstellen mit allen beteiligten Akteuren im Pilotkanton (z.B. Kantonsärzte, kantonale Gesellschaften, bereits vorhandene Ombudsstellen) genau geklärt werden.

Eine parallel geführte nationale Koordinationsstelle hat den Vorteil, dass übergeordnete Fragestellungen ohne unmittelbaren Handlungsdruck angegangen werden können. Ausserdem erfolgt der Austausch mit der FMH und dem Beirat losgelöst von den Aktivitäten in den einzelnen Regionen. Falls ein spezifisches Angebot in einer Region fehlt, kann die nationale Stelle zudem rasch auf ein geeignetes Angebot hinweisen.

Durchführungskanton für Pilotprojekt

Eine Frage, die im Rahmen der Machbarkeitsstudie nicht abschliessend geklärt werden konnte, ist, in welchem Kanton das Pilotprojekt durchgeführt werden soll. Die Ergebnisse zeigen, dass die Sensibilität für beruflich-persönliche Probleme in der Romandie mindestens so hoch ist wie in der Deutschschweiz. Betrachtet man den von den FMH-Mitgliedern wahrgenommenen Bedarf, so zeigt sich, dass dieser in der französischsprachigen Schweiz deutlich höher ist.

Idealerweise könnte das Pilotprojekt in einem deutsch- und einem französischsprachigen Kanton lanciert werden. Diese Entscheidung ist aber letztlich eine Frage der für das Pilotprojekt zur Verfügung stehenden Ressourcen. Auf jeden Fall sollte für das Pilotprojekt ein Kanton mit überschaubaren Strukturen gewählt werden, um die Bedingungen kennenzulernen, unter denen ReMed funktioniert. Wenn diese Bedingungen bekannt sind, steigen die Chancen, ReMed auch in komplexeren Strukturen erfolgreich zu implementieren.

Prävention von beruflich-persönlichen Problemen

Es muss diskutiert werden, ob und, falls ja, wie sich das Projekt ReMed auch für die Primärprävention von beruflich-persönlichen Problemen einsetzen lässt. ReMed soll ein sekundärpräventives Angebot sein, das vorhandene Know-how könnte jedoch gut für Ausbildungszwecke im Hinblick auf eine primärpräventive Zielsetzung weitergegeben werden.

Abschliessende Bemerkungen

Die endgültige Struktur von ReMed lässt sich erst in Absprache mit allen beteiligten Akteuren im Pilotkanton festlegen. Ausserdem ist wichtig, dass die Umsetzung des Pilotprojekts von einem Evaluationsteam begleitet wird, damit laufend überprüft werden kann, ob sich das Projekt in die gewünschte Richtung entwickelt, und allfällige Korrekturen rechtzeitig vorgenommen werden können.

Danksagung

Wir danken allen Ärztinnen und Ärzten, die an der Onlineumfrage im Sommer 2006 teilgenommen oder in einer anderen Form Rückmeldung zum geplanten Projekt ReMed gegeben haben.

Ein besonderer Dank gilt allen Personen, die sich intensiv im Rahmen von Fokusgruppen oder persönlichen Interviews mit der Thematik auseinandergesetzt und uns durch ihre Sichtweise zum geplanten Projekt zu einer umfassenden Einschätzung verholfen haben.

Literatur

- 1 Goehring C, Bouvier GM, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 2005; 135(7/8):101-8.
- 2 Strang J, Wilks M, Wells B, Marshall J. Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. *BMJ*. 1998;316:405-6.
- 3 Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, McMurray JE, de Haes HC. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med*. 2001;111(2):170-5.
- 4 Viciano A. Guter Arzt, kranker Arzt. www.zeit.de/2007/05/M-Aerztegesundheit.
- 5 Loevenich A, Schmidt R, Schifferdecker M. Ärzte als Patienten – zur Problematik des psychisch kranken Arztes. *Fortschr Neurol Psychiat*. 1996; 64:344-52.
- 6 Kursner D, Danuser B. Arbeitsmedizin: Die Arbeitsmedizin nimmt die psychische Gesundheit der Schweizer Ärztinnen und Ärzte unter die Lupe. *Schweiz Med Forum*. 2007;7(1):7-8.
- 7 Fowle DG. The misuse of alcohol and other drugs by doctors: a UK report and one region's response. *Alcohol & Alcoholism*. 1999;34(5):666-71.
- 8 Hem E, Groenvold NT, Aasland OG, Ekeberg O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *Eur Psychiatry*. 2000;15(3):183-9.
- 9 Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psych*. 1996;168:274-9.
- 10 Schernhammer ES. Taking their own lives – the high rate of physician suicide. *N Eng J Med*. 2005; 352(24):2473-6.
- 11 Schneider M, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. *Swiss Med Wkly*. 2007;137:121-6.
- 12 Löwer C. Der Schluck vor der OP. http://zeus.zeit.de/text/2003/32/M-Sucht_8arzte.
- 13 Brooke D. Why do some doctors become addicted? *Addiction*. 1996;91(3):317-9.
- 14 Cami J, Farre M. Drug addiction. *N Eng J Med*. 2003;349(10):975-86.
- 15 Fowle DG. Doctors' drinking and fitness to practise. *Alcohol & Alcoholism*. 2005;40 (6):483-4.
- 16 Peltenburg M, Kernen H, Schneider P, von Below GC, Waldis G, Vogel HA, Roches JC, Schoop W. Qualität – ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld. *Schweiz Ärztezeitung*. 2005;86(18):1055-9.
- 17 Guisan Y. Die FMH und das Parlament: ein neues Image? *Schweiz Ärztezeitung*. 2005;86(26):1552.
- 18 Peltenburg M. Rete Medicorum – ReMed. Ein Arbeitspapier der AGQ-FMH. *Hinwil: Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH*; 2006.
- 19 Hersperger M, Peltenburg M. ReMed – Ein Unterstützungsnetz für FMH-Mitglieder. *Schweiz Ärztezeitung*. 2006;87(25):1159-60.
- 20 Denzin NK. On the Ethics and Politics of Sociology. In: Denzin NK, editor. *The Research Act: a Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1989. p. 248-68.
- 21 Klöti U, Widmer T. Untersuchungsdesigns. In: Bussmann W, Klöti U, Knöpfel P, Herausgeber. *Einführung in die Politikevaluation*. Basel: Helbing & Lichtenhahn; 1997. S. 185-213.
- 22 Flick U. *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1995.
- 23 Hersperger M, Kraft E. Projekt ReMed: Von Lehrern und Piloten lernen. *Schweiz Ärztezeitung*. 2006; 87(51/52):2209-10.