

OSGAM-Jubiläum: Festrede

Werner Bauer

Als ich für die Festansprache angefragt wurde, habe ich mich natürlich riesig gefreut und zugesagt.

Neben der feierlichen Deklaration meiner Rede als Festansprache machte mir aber meine Klassifikation durch Ihren Präsidenten etwas zu schaffen, wenn er mich im Programm als Augur (= Deuter der Zukunft durch Beobachtung des Vogelfluges) ankündigt. Ich konnte in den letzten Wochen kaum mehr einen Vogel, geschweige denn einen Vogelschwarm gelassen und unvoreingenommen anschauen – immer musste ich an meine Augurenrolle denken und versuchen, aus dem wirren Kurvenfliegen der Vögel etwas Zukunftsträchtiges herauszulesen. Eine Frage und eine Erkenntnis habe ich immerhin daraus gewonnen: Die Frage nämlich, ob die Daten und Grundlagen unserer heutigen Prognostiker und Zukunftsforscher wirklich soviel zuverlässiger sind als die der alten Augurenpriester. Und die Feststellung einer gewissen Ähnlichkeit des Zwitscherns der Vögel an einem Frühlingmorgen mit dem unablässigen Gezitscher aller Exponenten unseres Gesundheitswesens – nur ist es bei den Vögeln fröhlich, begleitet uns hoffnungsvoll in einen neuen Tag und hat auch einen tieferen Sinn. Wie es mit den Dissonanzen und Eusonanzen im Zwitscherkonzert des Gesundheitswesens steht, überlasse ich Ihrer Beurteilung.

Zurück zur Festrede! Aus meiner persönlichen Erfahrung (1. August, Turnverein, Schulhausjubiläum usw.) kenne ich drei erfolgversprechende Typen: Den Lobspender mit dem Motto «Nur weiter so!», den Denkanstosslieferanten und Problemaufzeiger mit dem Motto «Etwas muss sich ändern, aber ich weiss auch nicht was und wie!» und den Zitatenschützen mit dem Motto «zu diesem Ereignis hat der alte Cato doch schon gesagt».

Für Variante 1 spricht die Tatsache, dass die OSGAM heute wirklich Grund zum Feiern hat und ich möchte Ihrem Vorstand und Ihnen allen zum Jubiläum ganz herzlich gratulieren. Die Gesellschaften für Allgemeinmedizin haben in der Schweiz noch eine junge Geschichte, aber sie haben es sozusagen mit einem «Le Mans-Start» geschafft, sich im nationalen und regionalen Gesundheits-

wesen zu positionieren und zu der Kraft im Rahmen der ärztlichen Grundversorgung zu finden, die ihnen von ihrer Kompetenz und ihrem Auftrag her ganz klar zusteht. Von der OSGAM weiss ich, dass sie im SGAM-Chor der kantonalen Gesellschaften eine klingvolle, gut heraushörbare, sonore Singstimme hat und sich auch beim standespolitischen Kanon-Singen nicht aus dem Takt bringen lässt. Ich freue mich über ihre schöne Jubiläums-Generalversammlung und möchte jetzt eigentlich nicht ungern mit dem Aufruf «Nur weiter so!» mein Referat beschliessen.

So ganz würde ich mit diesem schnellen Ende wohl meiner Augurenrolle doch nicht gerecht und ich gehe somit auch noch auf Variante 2 und 3 aus dem Brevier für Festredner über. Eigentlich wollte ich jetzt wirklich einige Probleme der Hausarztmedizin analysieren und einer selbstverständlich hoffnungsfrohen Prognose zuführen. Doch dann juckte es mich trotzdem nachzuschauen, wie es denn tatsächlich bei den alten Römern war. Und siehe da: Der gefürchtete Spruch «schon die alten Römer» führt halt doch immer wieder zu interessanten Erkenntnissen und mutatis mutandis – Sie sehen, ich bin schon daran, ins Lateinische zu rutschen! – gilt für vieles auch heute noch der Satz «plus ça change, plus ça reste la même chose».

Schon damals gaben nämlich – wie könnte es anders sein? – die Honorare zu reden. «Cum sit ars fructosior nulla», sagte nämlich Plinius: Es gibt keinen Beruf, der mehr abwirft.

Schon damals gab es Spezialisten und Ärzte für allgemeine Krankheiten, doch überwogen gemäss Martial – sie mögen es glauben oder nicht – die Spezialisten. Es gab sie für alle möglichen Gebrechen und Interventionen, so für Fieber, Schwindsucht, Amputationen, Brüche, Augenleiden und Massage (übrigens selbstverständlich mit Selbstdispensation!).

Und schon damals – und damit machen sie uns wieder mehr Freude – hatten die Römer das Bedürfnis, einen Hausarzt zu haben. Grosse Familien hatten einen Arzt, der ausschliesslich dem Dienst im Hause verpflichtet war. Die Mehrzahl von diesen Ärzten waren Sklaven – ein Modell, das unseren Krankenversicherern zur Kosteneindämmung durchaus auch einleuchten könnte!

Langsam begann mir das Recherchieren Freude zu bereiten, ich verliess die alten Rö-

mer und schaute mich ein bisschen im Biedermeier um. Da gab es nämlich einen Johann Jakob Graf, der 1810 – noch nicht ganz zwanzigjährig! – in Rafz eine Praxis eröffnete und während seiner ganzen Zeit als Zürcher Landarzt detaillierte und ausführliche Aufzeichnungen niederschrieb und seine Fälle auch epidemiologisch analysierte. Zeit hatte er dafür, denn er benötigte für seine ärztliche Tätigkeit fünf Stunden pro Tag, ausser wenn Epidemien herrschten. Pro Jahr versorgte er im Durchschnitt 1069 Patienten in 9 Ortschaften – und schreibt auch, leben könne man davon eigentlich nicht! Daneben hatte er ein weitest gespanntes Interessensfeld von historischen Arbeiten über das Erstellen eines Herbariums des Rafzfelder bis zu einem intensiven aktiven und publizistischen politischen Engagement! Den Bericht über eine Krupp-Behandlung im Jahre 1859 bei einem Mädchen und einem Knaben möchte ich Ihnen nicht vorenthalten:

«Bei meinem ersten Besuche fanden sich schon alle Symptome der ausgebildeten Krankheit vor. Fürchterlich heftiger, gichterischer, heiser und hochtönender, nur wenige Minuten aussetzender Husten, äusserst beschwerliches, pfeifendes Einatmen, dunkelblaues Gesicht, starker und sehr frequenter Puls, dickschleimiger Harn, Herzklopfen und aufgeschwollene Stirnadern. Ich unterliess, wie auch schon ohne Nachteil, die so sehr, ja als unerlässlich empfohlene Hirudination (Ansetzen von Blutegeln) und schritt dafür um so ungesäumter und nachhaltiger zur Anwendung der kräftigsten Ableitung, Weckung der geschwächten Nerventätigkeit oder wie man die Wirkung des Verfahrens heissen will – belegte den ganzen Vorderhals mit einem 7 Zoll langen, 4 Zoll breiten, mittelst Heftpflastern wohlbefestigten Spanischfliegenpflaster, die Vorderarme und Waden mit Senfpflaster, welchem ich den stärksten Weinessig, fein pulverisierten Pfeffer und Kochsalz beimgabte und liess es bis zur deutlichen, jedoch nur mässig stark schmerzenden Rötung der Stellen liegen. Das Blasenpflaster nahm ich erst nach 8 Stunden weg (es hatte eine ungemein stark angefüllte Blase gezogen) und liess die Stelle, bis sie heil war, täglich zwei- bis dreimal mit einem mit süsser Butter bestrichenen Kohlblatt belegen. Innerlich gab ich kein Vomitiv,

nichts als Brusttee mit ein wenig Essig. Schon die erste Nacht brachte merkliche Erleichterung der Zufälle. Da liess ich aber nochmals Senfpflaster – nicht mehr auf die alten Stellen und auch nicht länger als 2 bis 3 Stunden – auflegen. Bald hernach, oder 36 Stunden nach meinem ersten Besuche, verordnete ich den Minderersgeist (Ammoniumacetat), dessen sehr wohltätige Wirkung auf die Haut schon nach wenigen Stunden eintrat, wobei der fürchterliche Husten und übrige Zufälle mächtig abnahmen, der dickschleimige, rötliche Harn wieder gelb und hell geworden. Nach einem dreitägigen Gebrauch des Tees und Minderersgeists sah man deutlich, waren die Kinder ausser Gefahr und am 7. Tage soviel als genesen.»

Evidence-based war diese Therapie wohl nicht, aber getragen von einem enormen persönlichen Engagement, basiert auf einem «Dasein für den Patienten» (darauf komme ich zurück!) und gekennzeichnet durch eine exakte Beobachtung und Würdigung der klinischen Symptomatik.

Können wir denn für heute von den alten Römern und aus dem Biedermeier etwas ableiten? Ich glaube schon:

- Erstens hatten die Menschen schon immer den Wunsch, in Krankheit und bei Unfällen eine Ärztin oder einen Arzt zu haben, der sie kennt, der sie ernst nimmt, zu dem sie jederzeit gehen können und der ihnen selber hilft oder weiterhilft. Daran wird sich wohl nie etwas ändern.
- Zweitens ist und bleibt das persönliche Engagement für die Patienten, aber auch in der Öffentlichkeit, der Grundpfeiler der Hausarztstätigkeit.
- Drittens verdienen und verdienen die Ärzte a priori einfach zuviel und das ist unerhört, auch wenn die eigene Hausärztin oder der eigene Hausarzt verglichen mit dem Sanitär, dem Garagisten und erst recht mit dem Advokaten wie die Bescheidenheit persönlich abschneidet.
- Und viertens ist die Evidenz unserer Diagnostik und Therapie seit den alten Römern stets relativ und wird es wohl auch bleiben.

Dazu kann ich mir ein letztes Zitat nicht verkneifen – es stammt aus dem wahrlich un-

sterblichen Buch «Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung» von Eugen Bleuler aus dem Jahre 1919. Bleuler war zwar Psychiater und Chefarzt des Burghölzli in Zürich, aber er hatte damals von der blutarmen Hilfsarbeiterin in der Lingerie bis zum pneumoniekranken Schizophrenen auch alle somatischen Leiden der Klinik-Grossfamilie zu behandeln. Er sagt:

«Vor mehr als zwei Jahrhunderten hat Sydenham den Ausspruch getan, die Ankunft eines Hanswurstes in einem Städtchen sei nützlicher für die Gesundheit als die Ankunft von 20 mit Medikamenten beladenen Eseln. Sydenham war ein gescheiter Mann und ein grosser Arzt. Es wäre eine verdienstvolle Arbeit, nur etwa 50 Bände Therapie aus wenigen zurückliegenden Jahrzehnten durchzusehen und zu zeigen, wie wenige Prozente jeweiliger neuer Entdeckungen sich bewährt haben. Ich weiss die Zeit noch, wo die Ärzte bei Neigung zu Verstopfung alles schwer Verdauliche, nicht voll Ausnutzbare verboten. Seitdem haben die Vegetarier uns gelehrt, dass gerade der Ballast die Darmtätigkeit anregt, man verschreibt den Verstopften Agarase, nur um das Volumen der Fäzes zu vergrössern, und in einer Irrenanstalt hat man längere Zeit massenhaft gesiebten Kies als Abfuhrmittel gegeben, wobei ich an dem Erfolg nicht zweifle, wohl aber an der Notwendigkeit, den Gedärmen der Geisteskranken so viel in ihre Tätigkeit hineinzureden. Unser Hausarzt hatte noch den hartgekochten Eiern eine stopfende, den weichen eine stuhlbefördernde Wirkung zugeschrieben.

In einer Klinik, wo ich angestellt war, war es bei Diarrhoe das erste, dass man die Milch durch Kaffee ersetzte, und als ich nach Jahr und Tag wieder hinkam, war das Umgekehrte strikter Gebrauch. Lange Zeit musste man bei jeder Angina unter anderem Priessnitz-Umschläge machen, die die Krankheit abkürzten; jetzt sind sie zwecklos. Bei Typhus musste man hungern und war streng auf flüssige Diät gesetzt; dann hiess es, man müsse darauf sehen, dass der Kranke genügend Nahrung zu sich nehme, und eine ziemliche Menge von Cerealien war nicht nur erlaubt, sondern empfohlen. Ich selber durfte noch, als ich die Masern hatte, ja

keine Hand unter der Decke hervorstrecken, sonst wäre der Ausschlag zurückgetreten und ich gestorben.»

Sie sagen, das seien doch irrelevante Erinnerungen an die medizinische Mottenkiste? Für die konkreten Beispiele mag dies zutreffen, für das Prinzip sicher nicht. Oder haben wir nicht bis vor kurzem den Nierensteinpatienten noch voller Überzeugung geraten, kalziumreiche Nahrungsmittel zu meiden? Heute macht auch sie Milch wieder munter! Und waren nicht Betablocker bei einer manifesten Herzinsuffizienz stets kontraindiziert? Heute gehören sie zum therapeutischen Arsenal! Und neuerdings machen sie auch noch dick!

Aber nun, liebe Kolleginnen und Kollegen, wird es Zeit für den Auguren, die Vogelschwärme zur Landung aufzufordern und den Blick auf die Zukunft zu wenden. Ich werde versuchen, nicht nur Probleme, Unsicherheiten und Fragen aufzulisten, sondern auch mögliche Wege und Antworten zu skizzieren. Vielleicht sind sie mit meiner Analyse und meinen Ideen nicht immer einverstanden – gut möglich, dass Sie recht haben, denn auch den klassischen Auguren schlug die Realität wohl nicht gar so selten ein Schnippen!

Welches sind nun Fakten und Entwicklungen, die heute und morgen unser berufliches Umfeld prägen, Rahmenbedingungen setzen und an denen wir nicht vorbeikommen werden:

- Ärztinnen und Ärzte werden mehr und mehr auch Unternehmer, Mediatoren, Versicherungsberater, Internet-Lotsen, Briefkastenonkel und -tanten, Klage-mauern und Sündenböcke.
- Auch wenn die einzelnen Patienten unsere berufliche Kompetenz durchaus zubilligen, wird die Glaubwürdigkeit der Ärzteschaft zunehmend zum Problem. Die Wunsch-Schwelle für eine Konsultation beim Spezialisten oder – noch moderner – in einem Center ist am Absinken – vor allem wenn die Patienten kurz zuvor eine einschlägige Fernsehsendung gesehen haben.
- Von offizieller Seite (Staat, Versicherer, auch FMH) werden uns Qualität und Kompetenz nicht mehr deshalb zugebilligt, weil wir in Selbstverantwortung einen freien, akademischen Beruf ausüben,

bei dem Selbstkritik und stete Fortbildung dazugehören wie der Wind zur Luft. Hier müssen wir allerdings einräumen, dass eine zu idealisierende Einschätzung der Ärzteschaft als Ganzes leider wohl auch blauäugig und naiv wäre – sogar bei den Grundversorgern!

- Ausweise, Guidelines, Outcome-Studien, Praxisprofile und andere Leitplanken, Kochbücher, Reglemente und Kontrollinstrumente beginnen offensichtlich, unwiderrufliche Bestandteile unseres Lebens zu sein.
- Die Einzel- oder Doppelpraxis mit hohem Mass an Individualität und Selbstständigkeit wird in Städten und Agglomerationen von der Nutzung der Ressourcen und von der geforderten Verfügbarkeit des Arztes her je länger je weniger die Standardlösung sein. Umfragen bei Assistenten belegen, dass eine eigene Praxis mit voller Verantwortung und Belastung schon heute nicht mehr Ziel und Wunschtraum der überwiegenden Mehrheit ist. In den USA ist der Anteil der Einzelpraxen inzwischen auf 28% gesunken.
- Die Konkurrenz auch für die Grundversorger nimmt zu. Hausärztinnen und Hausärzte sind wir nicht einfach so – dank einer FMH-Definition, eines Titels, eines Diploms oder eines Telefonbucheintrags. Hausärzte sind wir auf Grund des Vertrauens unserer Patienten, die uns auswählen. Sie könnten auch einen Spezialisten, ein Center, eine Gemeindegemeinschaft, einen Heilpraktiker als medizinische Vertrauensperson wählen, wenn sie glauben, dort in Krankheits- und Gesundheitsfragen gut beraten zu werden. Ob Gatekeeper-Systeme uns hier wieder entscheidende Vorteile bringen können, möchte ich als generelle Prognose eher bezweifeln.
- Die Rahmenbedingungen ändern sich rapide. Die Tariflandschaft, die Spitallandschaft, die Versicherungslandschaft und auch die Politlandschaft, sie alle sind tektonischen Verwerfungen, wenn nicht Erdstößen ausgesetzt. Stabiles wird instabil, Vertrautes macht Unklarem Platz, der Vertragszwang wird irgendwann fallen, der Markt breitet sich aus – doch irgendwie werden wir das Gefühl nicht los, die viel beschworenen Chancen des Marktes seien für uns nur schwer auszumachen.

Wir hören viel von den Verpflichtungen, die uns unser freier Beruf auferlegt, wenig jedoch ist von den Freiheiten geblieben. Was uns immerhin geblieben ist und sich zusehends vermehrt, sind die Berge von Papier, die wir wie einst Sisiphus nach der Sprechstunde erklimmen, wenn andernorts schon der Duft der Grillwürste zum Abendhimmel aufsteigt.

- Paradox wird es gelegentlich fast, wenn die Hausärztinnen und Hausärzte von Politikern, Journalisten und Versicherern als Grundpfeiler der medizinischen Versorgung über den grünen Klee gelobt werden, auf der anderen Seite aber laufend erfahren müssen, wie an ihren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten von vielen Seiten geknabbert und gesägt wird.

Die Konsequenz mit uns Hausärzten als blossen Rezept- und Überweisungsscheinschreibern entspräche einem Szenario aus dem gesundheitspolitischen Gruselkabinett. Es gibt Länder, da ist es Realität!

Wo führt der Weg nun wirklich hin? Was ist zu tun?

Bevor ich auf die drei Kernpunkte von Engagement, Kompetenz und Kommunikation eingehe, möchte ich Ihnen einige Konsequenzen des Wandels für uns auflisten:

- Wir werden nicht darum herumkommen und sind schon dran, einiges Liebgewonnenes im Album zu versorgen und dafür Neues zu lernen. Es wird Dinge geben, die wir nicht mehr dürfen, solche, die wir nicht mehr müssen und andere, die neu in unseren Rucksack kommen.
- So hart es uns als Ärzte und wohl auch als typische Schweizer ankommt, wir müssen unseren Individualismus ein Stück weit relativieren: Ein Team nutzt die Ressourcen besser und ein Rudel kann sich besser wehren!
- Wir müssen im hügeligen Gelände den Fussweg zwischen dem Saumpfad der Gesundheitsschwester, der Grasspur der Komplementärmediziner und der Avenue der Spezialisten finden.
- Wir können nicht im Schneckenhaus leben, den Politikern das Feld überlassen und darauf warten, dass die guten Ideen nur von den Krankenkassenverwaltern kommen.
- Wir dürfen nicht darauf warten, dass die Journalisten merken, wie gut wir sind. Die

Stimme der Ärzte in den gesundheitspolitischen Diskussionen ist leise geworden oder wird überhört – das muss sich wieder ändern. Es gibt auch Themen jenseits von TarMed!

- Wir müssen auf Evidenz achten – nicht nur in Diagnostik und Therapie sondern auch bei Lösungsvorschlägen im Gesundheitswesen. Managed Care spart noch kein Geld, nur weil das Wort so «cool» tönt. Neue Modelle werden die Hoffnungen nicht erfüllen, wenn bloss Anreize umgekehrt werden oder viele Ärzte einfach auf einen Zug aufspringen, um sicherheitshalber und im Falle des Falles eines Falles auch dabei zu sein.
- Die Wirtschaftlichkeit ist wie die Wirksamkeit und die Zweckmässigkeit ein wichtiger Faktor bei der Beurteilung einer Untersuchungstechnik oder einer Behandlung und ihrer Indikationen. Die Ärzteschaft als Ganzes ist zur Erarbeitung entsprechender Empfehlungen und Richtlinien und deren Einhaltung aufgerufen. Die einzelne Ärztin, der einzelne Arzt im Sprechzimmer aber ist zunächst stets Advokat seiner Patienten. Wo nicht unge-rechtfertigte Ansprüche und Forderungen gestellt werden, ist es unsere Aufgabe, den Patienten zur bestmöglichen Behandlung zu verhelfen. So sehr wir als Ärzteschaft für den wirtschaftlichen Einsatz der Mittel im Gesundheitswesen tragen, so klar sind wir im Einzelfall unseren Patienten verpflichtet. Wie bei jedem Spagat kann aber auch dieser hie und da mit einer Zerrung enden!
- Der Wunsch nach einem Hausarzt als Vertrauensarzt – mir tut es immer wieder leid, dass diese schöne Bezeichnung in unserem Sprachgebrauch bereits irreversibel durch die Versicherungsärzte belegt ist – wird aktuell bleiben, solange es Krankheiten und somit Menschen gibt. Die Bindung an sie oder ihn wird vor allem bei jüngeren Leuten und in den Agglomerationen (das heisst in der Schweiz fast überall) aber lockerer werden und die Strukturen, in denen er arbeiten wird, sind voll in den Wandel des Gesundheitswesens einbezogen. Der Wunsch nach unlimitiertem Zugang zu Zweit- und Drittmeinungen oder zum Superspezialisten steht im Widerspruch zum Wunsch nach einem Stop des Prämienanstiegs.

Am ehesten können Hausärztinnen und Hausärzte in Zukunft diesen Ansprüchen wohl gerecht werden, wenn sie in ein Netzwerk integriert sind, das ein breites Angebot an hausärztlichen und spezialisierten Leistungen garantiert und als Kollektiv der wirtschaftlichen Verwendung der vorhandenen Mittel verpflichtet ist. Da die heutigen Bewohner unseres Landes anspruchsvolle Leute sind und ihre Qualitätsanforderungen als Konsumenten gerade auch im Gesundheitswesen höchstens durch die Rappen im Portemonnaie etwas modifiziert werden können, ist anzunehmen, dass wir einem noch ausgedehnteren Nebeneinander verschiedener Modelle entgegen gehen.

Welche Elemente werden entscheidend sein für die künftige Positionierung der Hausärzte. Drei Vögel sind mir in meiner kurzen Augurenkarriere speziell aufgefallen: Der Adler des Engagements, die Eule der Kompetenz und die Nachtigall der Kommunikation. Sie werden möglicherweise fragen: Wie steht's denn mit den Rahmenbedingungen? Wenn orkanartige Stürme wehen oder Gewitterregen niederprasselt, verkriecht sich doch der munterste Vogel in sein Nest! Das stimmt möglicherweise schon, aber nur teilweise. Wo Rahmenbedingungen gesetzt sind, die wir nicht ändern können, bleibt uns nichts anderes, als Möglichkeiten und Nischen für eine befriedigende Tätigkeit innerhalb ihrer Grenzen zu suchen. Wo Rahmenbedingungen im Fluss sind, wo Gesetze und Verordnungen neu formuliert werden, wo Verhandlungen nötig sind oder wo neue Konzepte gesucht werden, dort müssen wir uns engagieren. Und zwar rechtzeitig, mitgestaltend, mitentscheidend, mit eigenen Ideen und Strategien, zu Diskussion und Kompromiss bereit, aber entschlossen, für unverzichtbare Werte und Positionen voll einzustehen.

Und damit bin ich beim Engagement! Wenn die Zukunft der Hausärztinnen und Hausärzte, an die wir glauben und die wir auch für unser Gesundheitswesen als unverzichtbar erachten, eine befriedigende sein soll, braucht es unser Engagement! Es braucht unser Engagement in der täglichen Arbeit, aber es braucht auch unser Engagement in der Öffentlichkeit, dort wo das Gesundheitswesen umgebaut, abgebaut, «verschlimmbessert» oder hoffentlich auch verbessert wird. Dies ist ein Appell! Machen Sie

einige Jahre mit, sie haben Auswahl: OSGAM, SGAM, KHM, andere Fachgesellschaften, FMH, kantonale Ärztesgesellschaft, Bezirksärztesgesellschaft, politische Behörden und Parlamente, Gesundheitsorganisationen – wo auch immer. Doch ziemlich sicher sind genau Sie die falschen Adressaten für einen solchen Appell – diejenigen, die er vor allem angehen würde sind eben nicht die, die jetzt in diesem Saal sitzen.

Manchmal beneide ich in dieser Beziehung – in vielen anderen Beziehungen nicht! – Amerika. Auch heute noch gilt es dort schlicht und einfach als selbstverständlich, sich eine Zeitlang für die Gemeinschaft und für die Öffentlichkeit zu engagieren – «to serve», ein Wort, das man in diesem Zusammenhang schon fast nicht mehr ins Deutsche übersetzen darf. Es ist kein Trost, wenn wir uns in der guten Gesellschaft von politischen Parteien, Behörden und Vereinen wissen, die sich oft fast verzweifelt bemühen müssen, die Leute hinter ihren individuellen Öfen hervorzuklopfen. Und es greift ans Mark unseres Milizsystems, wenn sich die, die dazu fähig wären, nicht für ein paar Jahre ihrer aktiven Berufszeit auch für ihre Berufsorganisation zur Verfügung stellen. Es geht ja nicht um Vereinsmeierei, es geht um das Mitgestalten! Die Alternative ist «Verwaltetwerden», und sehen wir klar: sie lauert nicht weit unter dem Horizont!

Beim Engagement für unsere Patienten muss ich nicht lange verweilen; es ist das unverwechselbare Markenzeichen der Hausärzte!

Und doch bietet es heute im Spannungsfeld zwischen den Interessen der Patienten, der knapper werdenden Mittel und der immer wieder aufflackernden Rationierungsdiskussion Stoff für verschiedene Auffassungen und Auseinandersetzungen. Mit Recht wird heute gefordert, dass wirtschaftliche Gesichtspunkte in ärztliche Entscheide einfließen müssen. Aus meiner Sicht muss dies aber primär bei der Evaluation von diagnostischen und therapeutischen Methoden, bei der Definition von Indikationen für Medikamente und Eingriffe und bei der Erarbeitung von Disease Management Modellen geschehen. In Weiter- und Fortbildung und im Rahmen von qualitätsunterstützenden Massnahmen müssen Franken und Rappen und die statistischen Grundlagen der Wirtschaftlichkeit ihren Platz haben, im Sprechzimmer ist

der erste Gedanke aber «Was hilft es?» und nicht «Was kostet es?».

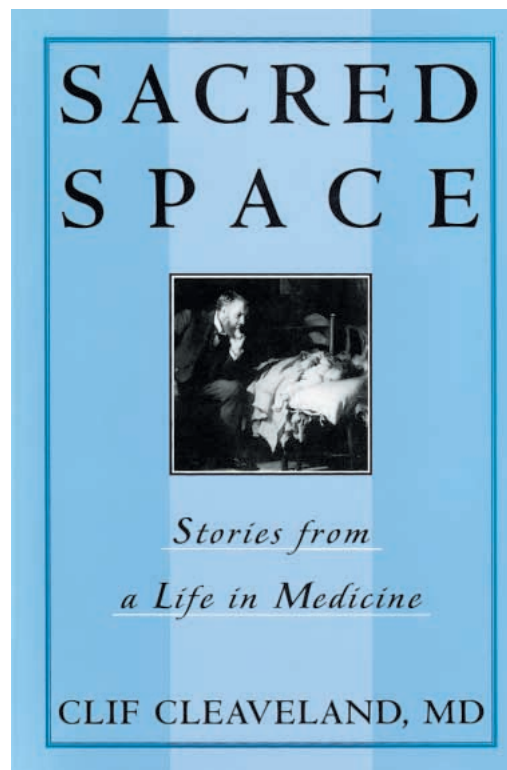
Ich bin davon überzeugt, dass kompetente, gut ausgebildete Ärzte auch wirtschaftliche Ärzte sind, weil sie das tun oder verordnen, was wirklich indiziert, wo möglich evidenzgestützt, auf den individuellen Fall abgestimmt und mit dem Patienten besprochen ist. Diese Tatsache muss auch in neue Modelle einfließen, die mit Pauschalen und Budgetverantwortung operieren. Die Ersparnisse müssten aus einer sinnvollen, effizienten Medizin ohne Doppelspurigkeiten stammen und nicht aus Risikoselektion oder gar Leistungsverweigerung. Wer bei einem System, das unbefriedigend funktioniert, nur gerade die Anreize um 180 Grad dreht, darf nicht damit rechnen, dass auf wundersame Weise für alle alles plötzlich stimmt. Viel eher drehen sich halt auch die Probleme um 180 Grad!

Dies soll in keiner Weise ein Votum sein gegen neue Modelle mit vernetzten Versorgungsstrukturen, ökonomischer Mitverantwortung der Gruppe, gezielter Qualitätsförderung und Anwendung sinnvoller Disease Management Prinzipien. Im Gegenteil, wir brauchen sie, um als Hausärzte auch im Gesundheitswesen der Zukunft unserer Aufgabe gerecht zu werden. Es soll aber ein überzeugtes Votum sein gegen die Einführung von Systemen als untaugliche Retter in der finanziellen Not, wie sie in den Vereinigten Staaten bereits wieder zu bitterer Ernüchterung oder gar in den Gerichtssaal geführt haben. Manchmal hat die oft beklagte Schweizerische Bedächtigkeit auch ihre Vorteile; wir können deutsche, amerikanische, kanadische und andere Fehler vermeiden, sofern wir sie erkennen oder erkennen wollen.

Engagement braucht aber nicht immer Aktivität zu bedeuten. Oslers berühmter Satz «he also serves who only stands and waits» gewinnt gerade heute wieder Aktualität, wo der medizintechnische Aktivismus bis zum bitteren Ende mehr und mehr in Frage gestellt und effektiv auch gar nicht mehr realisierbar und bezahlbar ist.

Auf dem Gemälde «The Doctor» (von Luke Fildes) auf dem Umschlag des Buches «Sacred Space»¹ (siehe Abbildung) ist die Gestalt eines Arztes, der ein krankes Mädchen nachdenklich betrachtet, wahrscheinlich nichts Medizinisches mehr tun kann, aber «einfach da ist», abgebildet. Maximilian

¹ Cleveland C. Sacred Space. Stories from a Life in Medicine. Philadelphia, Pennsylvania: American College of Physicians; 1998.



Gottschlich fragt in seinem Buch «Sprachloses Leid», wo im modernen Medizinbetrieb der Grundappell des Patienten «Sei mit mir!» noch wahrgenommen werde. Die Antwort des Hausarztes, gelebt von Johann Jakob Graf im Biedermeier und unzähligen Kolleginnen und Kollegen bis heute und eindrücklich dargestellt in diesem Bild heisst «Ich bin da!»

Neben dem Engagement sind Kompetenz und Kommunikation so selbstverständliche Ecksteine der hausärztlichen Tätigkeit, dass sie kaum erwähnt werden müssten. Und doch: Zur Kompetenz, die eigentlich von den Patienten schlicht vorausgesetzt wird, führt nur eine gezielte Aus- und Weiterbildung.

Auch hier sind wir gefordert: Wenn wir nicht wollen, dass unser Beruf schleichend ausgehöhlt wird, indem immer mehr Fähigkeiten und Fertigkeiten im Lager der Spezialisten monopolisiert werden, müssen wir uns engagieren. Ein fast groteskes Beispiel ist der Fertigkeitenschein für allergische Nasenkrankheiten, der an der letzten Ärztekammer im letzten Moment abgelehnt wurde. Es kann nicht bestritten werden, dass für anspruchsvolle Untersuchungstechniken wie die Sonographie grundsätzlich eine genügende Ausbildung dokumentiert werden muss. Aber wenn die Angiologen zunächst vier Fertigkeitensaus-

weise nur für die dopplersonographische Untersuchung verschiedener Gefäßabschnitte gefordert haben und im Schützengraben den Neurologen gegenüberliegen, die oberhalb der Karotisgabel das Sono-Monopol beanspruchen, reibt man sich doch etwas die Augen. Wenn dann auch noch die Radiologen auf das Schlachtfeld stürmen und die bildgebenden Verfahren als ihre Domäne deklarieren und zudem alle ihre Bemühungen mit dem heissen Wunsch nach Qualität und nichts als Qualität begründen, bleibt dem Betrachter nur Rührung, Belustigung oder die Erkenntnis: Auch Ärzte sind nur Menschen. Wir müssen allerdings dazu schauen, dass unsere spezialisierten Freunde mit ihrem unbändigen Willen zur Qualität uns nicht auch noch von den letzten diagnostischen und therapeutischen Methoden entlasten!

Es geht letztlich um die Frage, ob wir ein Gesundheitswesen wollen, wo knapp ausgebildete Ärzte nur noch Bagatellerkrankungen erkennen und behandeln können und sonst die Patienten sofort an Spezialisten, Zentrum oder Spital überweisen müssen. Konsequenterweise lautet die nächste Frage dann aber: Braucht es dazu wirklich Ärzte?

Oder sorgen wir mit einer fundierten Weiterbildung, die den Bedürfnissen einer hochstehenden ambulanten Medizin gerecht wird, dafür, dass der Hausarztberuf attraktiv, stimulierend und interessant bleibt! Mein Credo ist, dass Hausärzte genügend kompetent sein müssen, um eine Mehrzahl von Erkrankungen und Unfällen selber diagnostizieren und behandeln und ihren Patienten auch bei anderen Fragen rund um die Gesundheit Auskunft geben und beistehen zu können. In Netzwerken und Ärztegruppen der Zukunft macht es auch Sinn, wenn verschiedene Mitglieder sich individuell zusätzliche Fähigkeiten oder Fertigkeiten erarbeiten und damit das Angebot der Gruppe als Ganzes erweitern. Das mag für den einen die Sonographie, für die andere die Sportmedizin, für den dritten eine Vertiefung in psychosomatischer Medizin und für die vierte die Reisemedizin sein.

Es mag etwas perseverierend tönen, aber ich sag es trotzdem nochmals: Zum Erhalt der Identität des hochkompetenten Hausarztes und zur Sicherstellung des Nachwuchses braucht es wiederum unser Engagement! Engagement nicht nur solo im Sprechzimmer, sondern Engagement bei Universitäten und Politikern zur Gestaltung und Umgestaltung

von Aus- und Weiterbildung, Engagement bei der Etablierung der Praxisassistenten als selbstverständlicher Weiterbildungsstufe und Engagement bei der Erarbeitung der künftigen Modelle und Praxisstrukturen der ärztlichen Grundversorgung. Und nicht zuletzt ein ehrliches Engagement für unsere eigene Fortbildung und die Erhaltung unserer eigenen Kompetenz.

Und nun bleibt noch die Nachtigall: Wir alle sind wohl bis ins Innerste davon überzeugt, gute Kommunikatoren zu sein.

Ich möchte Ihnen zum Schluss nur noch einen Aspekt der Kommunikation ans Herz legen, der nicht verloren gehen darf und welcher der Hausarztmedizin eigen ist und eigen sein muss.

Es geht um die Grundlagen einer Kommunikation, die man nicht in videosupervisionierten Kommunikationsseminaren oder in verbalen Geschicklichkeitstrainings lernen kann. Es geht um die aussersprachliche, zwischenmenschliche Kommunikation, die der Patient bei seiner Hausärztin oder seinem Hausarzt zu finden hofft.

Sie werden mir zubilligen, dass ich bisher im Gebrauch des Englischen zurückhaltend war. Im einem Text über Medizinische Ethik der «New York Academy of Sciences» wird aber sehr schön und knapp formuliert, auf was es bei Auswahl, Ausbildung und eben auch Bildung der Ärzte eigentlich ankommt: «The future of humane medicine will depend upon doctors who not only know science, but also the more mysterious byways of the human heart –

doctors who understand the deepest nature of things and who are willing to acknowledge the importance of symbols, resonances and nuances of life in addition to physiologic and biologic knowledge.» (John Lantos in Medical Ethics, NYAS 2000.)

In dem schon erwähnten Buch «Sprachloses Leid, Wege zu einer kommunikativen Medizin» kritisiert Maximilian Gottschlich den heutigen Medizinbetrieb und eben das Fehlen einer Antwort auf den Appell des Patienten «Sei mit mir!»

Er sagt: «So bleiben Ärzte allein und so bleiben sie eigentlich auch den Patienten fern. Jetzt wird auch klar, warum eine bloße Mit-Leids-Rhetorik, warum das Training sozialer Geschicklichkeit im verbalen Umgang mit Patienten der absolut falsche – beide, Arzt und Patient in die Irre führende – Weg ist. Mit-Genwärtigkeit kann man nicht inszenieren, sondern muss man leben.» Und er fragt in seinem durchaus ungnädigen Buch zum Schluss: «Wo im modernen Medizinbetrieb wird dieser stumme, flehentliche Appell «Sei mit mir!» wahrgenommen?»

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich bin zuversichtlich, dass die Antwort heute und in Zukunft mit Recht lauten kann: Beim Hausarzt.

Wie auch immer tarifiert, organisiert, strukturiert, kontrolliert oder administriert, wir stehen zu unserer Verpflichtung, den Appell unser Patienten zu verstehen und ihnen zu antworten «Ich bin da!»