

Der Hausarzt / die Hausärztin – eine eigene berufliche Entität*

Bruno Kissling

Prolog

Sie leben an einem neuen Wohnort und haben sich bei Ihrer sehr guten Gesundheitskonstellation bisher nicht um die Wahl eines Hausarztes oder einer Hausärztin gekümmert. Eines Morgens werden Sie von starken Oberbauchschmerzen überrascht und fühlen sich sterbenselend ... Ihre Agenda ist voller wichtiger Termine ... Kürzlich sind zwei Personen aus Ihrem Bekanntenkreis, etwa in Ihrem Alter, an einem Sekundentod bzw. an den Folgen einer akuten Leukämie verstorben ...

Sicherheit und Rationalität

Die körperliche, geistige und seelische Integrität verbunden mit sozialer, persönlicher/familiärer, mentaler, physischer und ökonomischer Sicherheit und einer genügend grossen Portion an Rationalität stellen gemeinsam wichtige Eckpfeiler unseres Gesundseins dar. Sie ermöglichen es uns, in einem Zustand von relativem Wohlbefinden unsere körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Fähigkeiten in unserem Umfeld kreativ und sinnstiftend umzusetzen.

Unsicherheit gibt Irrationalem Raum

Durch eine akute oder chronische körperliche, geistige oder seelische Krankheit werden neben der leib-seelischen Integrität auch die Sicherheit und Rationalität in verschiedenen Dimensionen unterschiedlich schwer erschüttert. Der Betroffene stürzt in den ungewohnten Raum des Krankseins; er verliert den gewohnten Rahmen der Sicherheit. Die anderweitig sonst weiterhin rational arbeitenden Gedanken werden durch eine Reihe von irrationalen Phänomenen wie Angst, Verzweiflung, Wut durchsetzt. Die Menschen reagieren sehr unterschiedlich; die einen entwickeln eine hilflose Resignation, andere wecken ihre Kampfkraft, wieder anderen gelingt bewusstes Annehmen und Neuorientierung.

Therapeutische Zuwendung und Hilfe wirken auf der irrationalen Ebene – in Form von Hoffnung, Erwartungen sowie dem Gefühl des Getragenseins – lange bevor der Therapeut und der Genesende subjektiv oder objektiv wahrnehmbare Zeichen der Gesundheit feststellen können.

Nur allmählich finden die Sicherheit und Rationalität zu einem neuen Gleichgewicht zurück; doch durch die gemachte Erfahrung werden beide nie mehr sein wie zuvor.

Das bio-psycho-soziale Denkmodell

Dieser sehr abstrakt dargestellte multidimensionale Prozess spielt immer eine ganz wesentliche Rolle im Hintergrund jeder Krankheit oder Befindlichkeitsstörung, welche die Menschen zum Arzt oder zur Ärztin führen. Die Fähigkeit des Patienten, mit den Elementen dieses Prozesses umgehen zu können, definiert letztlich den Schweregrad seines Krankseins weit mehr als alle objektiv feststellbaren Zeichen der Krankheit. Die hilfesuchenden PatientInnen meinen diese zutiefst beeindruckenden Aspekte immer implizit mit, erwähnen sie aber – aus welchen Gründen auch immer – in der Regel nicht spontan. Unausgedrückt können diese Eindrücke leicht zum heilungsbehindernden Tabu werden; umgekehrt – gibt man ihnen den angemessenen Raum – können sie eine hohe Heilungskraft entfalten.

Der Hausarzt – eine eigene berufliche Entität – mehr als die Summe aller Spezialitäten

Alle diese Aspekte spielen für die PatientInnen und die ÄrztInnen eine um so bedeutendere Rolle, je weniger ausgeprägt ein Krankheitsbild – vor allem in einem frühen Stadium – ist und je weniger es durch einen Namen (be-)greifbar gemacht werden kann. In diesem Feld der Unsicherheit mit seinen besonderen Anforderungen an die ärztliche Haltung, die psychologischen, emotionalen und technischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, liegt die Domäne des Hausarztes. Der verantwortungsvolle Umgang mit allen diesen Aspekten bei den diagnostischen, therapeutischen, präventiven und palliativen Entscheidungen und Massnahmen – in welche der Patient situationsgerecht mitbestimmend einbezogen wird – macht die Hausarztmedi-

* Aus: Kurzlexikon Medizin – Pflege – Ethik – Recht. Ausgabe 24: Februar 2002. Allgemeinmedizin. Mehr als die Summe aller Spezialitäten. Herausgeber: Dialog Ethik, Gloriosastrasse 18, CH-8028 Zürich. E-Mail: info@dialog-ethik.ch.

zin zu einer eigenen beruflichen Entität, welche somit weit über die Summe aller von ihr angewendeten Spezialitäten hinaus geht.

Der Beruf des Hausarztes ist lehr-, lern- und erforschbar – in der ambulanten Praxis

Mit diesen verborgenen Aspekten bewusst therapeutisch zu arbeiten, ist lehr-, lern- und wissenschaftlich erforschbar. Die dafür nötigen Strukturen fehlen – in der Schweiz mehr als in vielen anderen Ländern – fast vollständig. Unsere Universitäts- und Spital-basierte Aus- und Weiterbildung kann zwar die medizinisch-technischen Fähigkeiten und Fertigkeiten sehr gut vermitteln, das Erlernen des Umgangs mit den tieferliegenden Aspekten des Krankseins hingegen kann nur in den Praxen von HausärztInnen – inmitten des Lebensumfeldes der PatientInnen – wirklich gelehrt und gelernt werden. Dies aus folgenden Gründen: In der Hausarztpraxis werden hilfesuchende PatientInnen mit nicht selektierten Krankheiten unabhängig von Alter, Geschlecht und kultureller Herkunft empfangen. Neben akut Erkrankten werden Langzeitkranke oft während vieler Jahre behandelt. Neben notfallmässig schnellem Handeln wird das «watchful waiting» angewendet. Der Selbstheilung von Krankheiten und der Autonomie des Patienten wird genügend Raum gegeben. Behandlungen werden zeitgerecht eingeleitet und abgebrochen, wo sie keinen Sinn mehr machen. Die PatientInnen und – wo sinnvoll und nötig – ihre Familien werden einbezogen in die oft länger dauernden Entscheidungsprozesse, welche Therapie den Umständen sowie dem ethischen Selbst- und Weltbild des Patienten am angemessensten sein könnte. Die moralischen Interpretationen der Krankheit können dank einer oft langdauernden empathischen Beziehung zwischen Arzt und Patient angesprochen werden. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird zum therapeutisch wirksamen Instrument. Die nach den Regeln der Kommunikation – beispielsweise mittels aktiven Zuhörens, Spiegelns und Umdeutens – durchgeführte Anamnese ist das wichtigste diagnostische und therapeutische Werkzeug. Das Erkennen der eigenen Grenzen oder umgekehrt die Folgen bei deren Missachtung werden zu einem erfahrungsreichen Thema. Das menschliche Begleiten von Kranken, für

die es keine heilende Therapie mehr gibt, kann tief erfahren werden. Das Management der Schnittstellen zwischen verschiedenen Therapieebenen und zwischen «primary» und «secondary care» ist eine alltägliche Tätigkeit. Die Position des Arztes im Spannungsfeld zwischen der Selbstverantwortung der PatientInnen, deren individuellen – massvollen oder übertriebenen – Forderungen und den begrenzten Ressourcen des öffentlichen Gesundheitswesens kann geübt werden.

Veränderungsprozesse brauchen Zeit – die «Angst vor ...»

Die FIHAMs (Fakultäre Instanzen für Hausarztmedizin respektive Allgemeinmedizin) der fünf medizinischen Universitäten sowie die SGAM (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin), die SGIM (Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin) und das KHM (Kollegium für Hausarztmedizin) setzen sich für Reformen der Aus-, Weiter- und Fortbildung in diesem Sinn ein. Das theoretische Wissen über die beschriebenen Aspekte des Krankseins, des Gesundens und des ärztlichen Denkens und Handelns kann in diesem langwierigen Veränderungsprozess nur sehr zögerlich praktisch eingebracht werden. Die Forderung nach solch einschneidenden Veränderungen, die dem altgewohnten Selbstverständnis der universitären Lehrstühle und Universitätsspitäler teils diametral entgegenlaufen, scheint den seit Jahrhunderten dort verankerten Lehrauftrag zu gefährden. Die «Angst vor ...» Veränderung lässt Neuerungen leicht blockieren – auch auf Seiten der praktizierenden ÄrztInnen, welche es nicht gewohnt sind, zu lehren und zu forschen. Um den Schritt zu wagen, muss ein kollektiver «Krankheits-» bzw. «Gesundungsprozess», wie er oben für den individuellen Patienten geschildert ist, durchlaufen werden.

Transparenz und Qualitätsförderung – die neuen Herausforderungen

Eine neue Anforderung an alle HausärztInnen, an alle ÄrztInnen überhaupt, ist eine positive Einstellung zur Transparenz. Die (haus)ärztliche Kunst ist messbar. Aus den Resultaten dieser Messungen können gezielte Verbesserungen, da wo sie nötig und erwünscht sind, eingeleitet werden; und nach

einer gewissen Zeit kann beurteilt werden, wie weit die avisierten Ziele umgesetzt worden sind. Zudem lassen sich Vergleiche sowohl auf Stufe der einzelnen ÄrztInnen als auch des ganzen Gesundheitssystems anstellen. So könnten auch die Auswirkungen von politisch implizierten Systemvariationen wissenschaftlich begleitet werden.

Der Einbezug der PatientInnen

Der Einbezug der Beurteilung durch die akut und chronisch kranken PatientInnen stellt bei solchen Messungen einen wichtigen Bestandteil dar, geht es doch bei allen Bemühungen im Gesundheitswesen um das Wohl der Menschen. Dadurch werden alle – ÄrztInnen, PatientInnen und Gesunde – in eine gemeinsame Verantwortung genommen.

Eine positive Sicht auf das Gesundheitswesen

Die Bemühungen der ÄrztInnen und der für das Gesundheitswesen verantwortlichen

EntscheidungsträgerInnen um eine optimale medizinische Betreuung können so in gegenseitiger Verantwortung zielorientiert betrachtet und ausgerichtet werden – entgegen der heute mehrheitlich gepflegten kostenorientierten negativen Sichtweise auf unser Gesundheitssystem.

Epilog

Der Geschäftsmann, der so unerwartet zum Patienten wurde, konnte innerhalb nützlicher Frist den Hausarzt treffen, den ihm sein Arbeitskollege empfohlen hat. Die Untersuchung ergab den Verdacht auf eine virale Gastroenteritis. Diät, Ruhe und warme Wickel wurden als Therapie vereinbart. Es war für den Patienten sehr wichtig, dass er dem offen zuhörenden Arzt seine soeben durchlittenen lebensbedrohlichen Ängste ausdrücken konnte. Die unangenehmen Sensationen hielten zwar noch einige Tage an, wurden aber nach dem Arztbesuch sofort viel erträglicher ... und der viel beschäftigte Patient erhielt eine kurze Entlastung von seinem Alltagsstress ...