

Warum und wie wird man Hausarzt? Aus Berufung, aus Protest, oder aus Verlegenheit?

Am wichtigsten bleiben sicher die inneren Beweggründe für die Wahl des Hausarztberufes, vor allem dann, wenn eine echte Befriedigung im gewählten Beruf erreicht werden soll. Gedanken eines Kollegen, der 1961 sein Staatsexamen gemacht hat, zum Hausarztberuf.

Le plus important dans le choix de la médecine générale, ce sont certainement les motivations intérieures, surtout lorsque la profession choisie procure de véritables satisfactions. Ci-dessous les réflexions d'un collègue qui passa son examen d'Etat en 1961.

Hans Rudolf Schwarz



Innere Motive, vielseitige Begabung sowie das grossväterliche und väterliche Vorbild mögen es gewesen sein, welche mich zum Arztberuf prädestiniert haben; und dennoch hat mein Werdegang eher als eine pointierte Antikarriere begonnen: als Jüngling in romantisch-schwärmerischen Jahren erschien mir der Familienbetrieb der städtischen Allgemeinpraxis, in welcher ich aufwuchs und als Gymnasiast administrative und labor-technische Hilfsdienste versah, zu wenig lockend und zu wenig interessant. Schiffsarzt, Feld-Wald-Wiesen-Landarzt oder Missionsarzt waren erstrebenswertere Berufsziele, vielleicht angeregt durch die Lektüre von allerlei Abenteuerberichten, nicht zuletzt auch eines Lebensbildes des Urwalddoktors Albert Schweitzer (im Schullehrmittel für «Religion und Sittenlehre»). Andererseits mag auch ein altruistisch getönter Sozialkomplex mitgespielt haben, so dass ich es eher verachtete, mich mit Sport-, Musik- und Filmgrössen zu identifizieren oder arrivierten Politikern, Millionären und Nobelpreisträgern nachzueifern. Eher vermochten Amundsens Kampagne gegen die russische Flecktyphus-Epidemie oder die Trockenlegung des Berner Seelands durch den Einsatz des Arztes Dr. J. R. Schneider meine Bewunderung zu wecken.

Die «Berufung»

Berufung dünkt mich ein anmassender Ausdruck. Eher sollte man von *Neigung*sprechen, von einem hoffnungsvollen Gefühl, im gewählten Beruf ureigene Bedürfnisse am besten befriedigen zu können.

Das lässt sich dann hinterher z.B. auch *psychologisch* interpretieren: als Bestreben oder als Drang, sich als Person einzubringen, also *Beziehungen* zu schaffen, zu erleben und zu pflegen: eine angeborene Veranlagung zu Kommunikation und «sociability», die – wie Musikalität – eben nicht bei jedem gleich ausgeprägt ist.

Eine *philosophische* Begründung läge im existentiellen Dilemma des Menschen, einerseits als geselliges Wesen (*zoon politikon*) neugierig und mitteilend, andererseits als Überlebenskämpfer (*homo homini lupus*), und zugleich mit einer Transzendenz-Sehnsucht, dass er sich selber nie genügen kann. Dieses Spannungsfeld mag zur Überzeugung führen, dass der allgemeine natürliche Selbsterhaltungstrieb in der Zivilisation mit vermehrter Rücksichtnahme auf den Anderen zu balancieren sei. Ein idealistischer Lebensentwurf richtet sich nach einem Öko-Bio-Sozialgewissen aus und führt zur *alternativen Selbstentfaltung* in der Absicht, sein Leben sparsam zu leben, nüchtern und anspruchsarm, unter kleinstmöglicher Beeinträchtigung der Mitwelt. Ähnlich zu werten wäre Albert Schweitzers unlösbarer ethischer Grundkonflikt, «lebenswilliges Leben inmitten anderen Lebens zu sein, welches auch leben will», was nur durch Ehrfurcht vor dem Leben, Rücksicht auf die Mitwelt und Achtung vor dem Anderen zu besänftigen oder zu überwinden ist.

Indessen, solche Motivationen bei jedem Mediziner vorauszusetzen und allgemein nach mehr mitmenschlicher und ganzheitlicher ärztlicher Betreuung zu rufen, wäre naiv; viele Studenten haben den Arztberuf um ihrer wissenschaftlichen und pragmatischen Neigungen willen erwählt und sind nicht Pfarrer, Lehrer oder Sozialarbeiter geworden, weil ihnen das menschliche In-Beziehung-Treten weniger lag. Deshalb kann, nebenbei bemerkt, das Hausarztmodell nicht von oben her beliebig verordnet werden; ganz einfach, weil das nötige Begabten-Reservoir viel zu klein ist. Ausserdem wünschen gar nicht alle Patienten hausärztliche Betreu-

ung und fühlen sich von einem qualifizierten oder brillianten Heilmechaniker besser bedient. (Welches System für die Totalkosten eines Gesundheitsdienstes günstiger ist, sei hier dahingestellt.)

Entsprechend den noch unentschiedenen Berufsplänen hatte ich also meine Weiterbildung generell auf Allgemeinmedizin ausgerichtet, und zwar nach dem Rat eines älteren Kollegen «mit Vorteil an mittelgrossen Regionalspitälern, wo man rascher eine breitere praktische Erfahrung sammeln könne».

Meine damalige Stimmungslage kann ich am besten anhand eines Tagebucheintrags vermitteln: «Eines war jedoch bereits klar, dass sicher ein Ausbrechen aus den braven Geleisen des Bürgerdoktors stattfinden würde; war nicht die nächste geplante Anstellung geradezu abstossend banal, mit der drängenden Karrieren-Protektion des Chefarztes, womöglich noch verbunden mit Dienstwohnung, Heirat und Kleinstadt-Klatsch ... Es gab aber auch positive Bestärkungsmomente, so während des rauschenden Sommerfestes der Spitalbelegschaft, auf einem dunklen Waldweg mit einigen anderen stilleren Naturen, als wir zu den weichen Klängen meiner Okarina über die schimmernde Mondbahn auf den See hinausschauten, während sich vom Inselhaus her der flackernde Schein des Feuers und Gesang und Gelächter der Zurückgebliebenen in die laue Nacht verloren: «Sie sollten eigentlich in die Mission gehen, Herr Doktor», sagte da jemand, und keiner wunderte sich, wie der Vorschlag so fremd in die allgemeine Stimmung fiel. – Und wiederum, in einer Phase innerer Zweifel und Unschlüssigkeit, mitten in einer ebenso angespannten Manöversituation im Militärdienst, als wir wachen und warten mussten, nachts in einem kalten Landschulhaus, nichts zu rauchen und nichts zu spielen, und ich griff unter die Schulbank nach einem Buch, – und ich konnte nicht anders, ich musste noch einmal, nach fast zwanzig Jahren, jene Missionsarztgeschichte von Dr. Schweitzer lesen, beim Schein der Taschenlampe ...»

Schon im folgenden Monat meldete ich mich bei einer Missionsgesellschaft; zwar waren die drei Jahre Assistentenzeit noch nicht ganz um, aber ich stieg nun aus!

Das Engagement als alleiniges Ärzte-Ehepaar im Busch-Hospital mit 100 Betten, grosser Poliklinik und weit verstreuten Aus-

senstationen war dann sehr fordernd – aber auch beglückend. Praktisch alles, was wir während des Studiums gelernt hatten, konnten wir anwenden, auch die «kleineren» Spezialitäten, denn es gab keine Möglichkeit für Konsilium oder Weiterweisung.

Nach 7 Jahren, vor der Rückkehr in die Schweiz, habe ich die Perspektiven einer allgemeinmedizinischen Hausarztpraxis in einem Brief etwas genauer reflektiert: «Unsere beste einheimische Hebamme denkt auch an Veränderung des Wirkungskreises, zusammen mit ihrem Mann, der Lehrer ist. Sie wollen ihr schönes Steinhaus mit Sanitärinstallation und Elektrizität verlassen, um drei Fusstagerreisen entfernt in einer bescheidenen Aussenklinik und der nahen Busch-Schule die Arbeit aufzunehmen: Wasser aus einem Loch und Dunkel in der Nacht; Kerzen oder Petrol sind dort noch keine regelmässigen Handelsgüter ... Wir aber fliegen dann per Jet in die Zivilisation zurück. Wenn dieses Pionierpaar zum Dienst in die Einöde gerufen wird, dürfte da nicht die Steinwüste einer Hochhaussiedlung ein ähnliches Einsatzfeld darstellen?»

Berufung und Sendung können also auch *religiös* gedeutet werden: weil «unser christlicher Gott kein ungnädiger Unmensch ist und andererseits uns in jedem Mitmenschen begegnet», darf das Lebensideal der *Nächstenliebe* zur treibenden Kraft werden.

Indessen war damals – wie auch noch heute! – im Schweizer Hinterland und Gebirge der Bedarf nach Allrounder-Familien-Haus-Dorf-Talschaftsärzten vordringlicher; und mit minimalen Investitionskosten (weniger als ein Jahresverdienst aus der Assistentenzeit) konnte man sich seinen Platz aussuchen und, sofort voll ausgelastet, die Arbeit aufnehmen – ohne FMH-Titel und noch längere Zeit ohne Mitgliedschaft bei irgendeiner Standes(dünkel)organisation ...

Einsatz für den Nächsten

Wie arbeitet und lebt es sich denn als Hausarzt? Die Herausforderung macht Freude, indessen ist unübersehbar, dass zur Verwirklichung der alternativen Arztideale eine erhebliche «Opferbereitschaft» vonnöten ist. Hier macht sich der *philanthropische Imperativ* der Menschenfreundlichkeit bemerkbar, welcher mehr zum Dienen statt zum Verdienen ermahnt; und nur «als Herr seiner selbst

kann man Diener aller sein». Übrigens verlangte schon Galen für den guten Arzt moralische und altruistische Qualitäten: «eine Genügsamkeit im Gelderwerb, die dem Menschen gerade erlaubt, das Notwendige gegen Hunger, Durst und Witterungsunbill zu beschaffen, und eine Geringachtung von Komfort und Genuss. Anstatt sich beinahe süchtig, privat oder gesellschaftlich, in Parties und Affären oder in hektischer Arbeit zu verzehren, gelte es, den Weg der Wahrheit, Schlichtheit und Mässigkeit zu gehen ..., nach dem Vorbild von Hippokrates, der einst eine königliche Einladung abgesagt hatte, um im Armenviertel Kranke zu besuchen oder Forschung und Fortbildung zu betreiben.»

Ein in diesem Sinn geführter Betrieb ist keine «*praxis aurea*», erstrebt aber auch keinen Leistungslohn, sondern eher eine Bedarfsentschädigung – wie bei Mitarbeitern der Entwicklungshilfe. Die Tarife werden lediglich soweit ausgeschöpft, dass Unkosten und ein zur Umgebung passender Lebensaufwand gedeckt sind. Es ist ja auch dem partnerschaftlichen Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient nur förderlich, wenn zwischen ihnen kein zu grosses Sozialgefälle besteht.

Verflechtung von Berufs- und Privatleben

Vorerst ist hier natürlich die *physische Belastung* des Hausarztes zu erwähnen, zumal auf dem Lande und im Gebirge, mit 24-Stunden-Bereitschaft und auch mit Märschen zu Fuss und auf Skiern. Des weiteren entfällt weitgehend die Aufteilung in *Arbeits- und Freizeit*, was zu einer Anspruchskonkurrenz zwischen Patienten und *Arztfamilie* führt – zwei weitere Handicaps.

Bei der Suche nach einem Vertreter oder Nachfolger offenbart sich diese Familienproblematik als besondere Schwierigkeit, z.B. dass die Kinder in bezug auf den Vater zu kurz kommen; und dann vor allem die Stellung der Ehefrau, die zumal bei peripherem Praxisstandort einiges an Verzicht auf sich nehmen muss. In dieser Hinsicht kann eine Praxis im Wohnhaus, je nach den individuellen Lebensstilerwartungen, sowohl positive wie negative Aspekte haben.

Umgekehrt kann es sich wieder zeitsparend auswirken, dass man «mit und bei den Leuten lebt»: Die Menschen, welchen man

ausserberuflich und im Alltag begegnet, sind keine anderen als immer wieder die eigenen Patienten: unterwegs, auf der Strasse, beim Einkauf, im Gasthaus und bei jedem politischen, kirchlichen oder kulturellen Anlass.

Da kennt man seine «Pappenheimer» und alle Familien- und Krankengeschichten über Generationen hinweg. Am Telefon ist schon an der Stimme zu erkennen, wer seine «grünen Pillen» bestellt, und man hat dazu die ganze Vorgeschichte im Kopf. Ebenso kennt man den nächtlichen Weg zu Wohnstuben und Schlafkammern und weiss, wie allenfalls der Hund anzurufen ist. Und das wachsende Vertrauen verdrängt die anfänglich irrealen Ängste, wenn die einen sich gegen eine nötige Hospitalisation sträubten und andere wieder bei einer Kleinigkeit «lieber grad sofort ins Spital wollten».

Abseits der Zentren und fern von Apotheken ist es auch klar, dass «der Arzt die Arznei reicht» (Selbst-Dispensation), womit eine ur-ärztliche Beziehungsfunktion zum Tragen kommt. Aus einer auf die Person abgestimmten Besprechung resultiert eine optimale Compliance; Abgabe und Verbrauch sind jederzeit von den Eintragungen in der Krankengeschichte abzulesen oder dann bei Hausbesuchen mit gemeinsamen Inspektionen von Küchenschublade und Badezimmer-schränklein zu verifizieren.

Können, Erwartungen, Würde und Bürde

Es heisst, die Stärke und Spezialität des Hausarztes liege in seiner «*dreifachen Präsenz*»: Grundwissen und Können aus allen Spezialitäten präsent zu haben – und dies zu jeder Zeit und an jedem Ort.

Schön und gut; indessen seinen Patienten immer und überall zur Verfügung zu stehen – auf die Dauer ist es kein leichter Job; selbst wenn nichtmedizinische Hilfeleistungen, vom Nägelschneiden und Glühbirnenwechseln bis zum Briefe-Vorlesen und zur Rechtsberatung, den fachlichen Stress etwas auflockern mögen! Der Hof-Haus-Familienarzt, «dessen Sache es ist, der nächste Mitmensch des Menschen zu sein», auch mit seiner «kleinen Psychotherapie» als – fast prostituierende – «Miete eines Freundes», wird als Person stets maximal gefordert sein und sich gelegentlich fragen: Warum kommt einer gerade zu mir mit seinem Kummer oder

Zorn; ich bin doch nicht sein Kindermädchen oder sein Kegelbruder? Wo sind denn die Freunde geblieben; warum haben sich nicht die Verwandten für ihn verwandt? Und wäre er denn nicht seinem Nachbarn der Nächste? – Doch schon Moses hatte in dieser Art geklagt, dass ihm das ganze Volk wie ein Säugling an die Brust gelegt sei. Und seinen Trost musste auch er in der «Würde der Bürde» zu finden lernen.

Die Gefahr des gegenseitigen Abnutzungseffektes

Die gesellschaftliche und wirtschaftliche Verflechtung mit der Klientel kann ebenfalls zu Problemen führen: gerade in abgelegenen Gebieten sind Arzt und Patient lebenslanglich aneinandergekettet. Bei weitgehend geographisch bedingtem «Arztzwang» ist kein Ablösen oder Ausweichen möglich, wodurch die gegenseitige Beziehung oft arg strapaziert oder abgenützt und am Ende als diagnostisch-therapeutisches Instrument untauglich wird. Ferner stellt das Über-Engagement eine reale Gefahr dar und führt auf der Gegenseite leicht zu einer arztsüchtigen «Iatrophagie», wo es schwierig werden kann, dem Patienten und sich selber verbindliche Grenzen zu setzen oder schliesslich in «freier Patientenwahl» sein Mandat definitiv zurückzugeben. – Sonst eben «Burnout»! Na und? Die ausgeglühte Kohle hat ihren Sinn und Zweck und Dienst erfüllt – was Leben ist, verbraucht sich – und nur ein Drückeberger ist dauernd fit!

Als ich mir nach 22 Jahren noch nicht ganz verbraucht vorkam, übergab ich den ganzen «Karren» einem Jüngeren, um andernorts, in sehr reduziertem Mass (auf ca. 25%), doch mit beliebigen Ressourcen an Zeitinvestition, so gleichsam als Selbst-Beschäftigungstherapie noch etwas Hausarzt «zu spielen». Zeit ist nun nicht mehr Geld-Äquivalent, sondern Geschenk zum Weiter-schenken. In einem arztlosen Dorf, ohne den Kollegen der Umgebung ernsthaft Konkurrenz zu machen, kann ich heute allerlei Problemfälle betreuen und begleiten: bettlägerige und hausgebundene Geriatriepatienten, Onkologie- und Terminal-«Fälle», Alkoholiker, Paranoide, Querulanten und abgeschobene Randexistenzen.

Der Fallkostendurchschnitt ist ungehörlich hoch: mit 140% sind bereits Sanktionen wegen Unwirtschaftlichkeit angedroht wor-

den ... In die Statistik gelangen eben nur um 80 Fälle pro Jahr, die meisten sind Langzeitpatienten – und intensiv betreut; jedoch fehlen Eintags-Bagatellen und einmalige Pikettendienst-Klienten zum statistischen Ausgleich. So gerät der Idealismus in die administrative Klemme – und dabei wurden doch manche, viel teurere Hospitalisationen oder Dauerversorgungen verhindert ... der bürokratische Unsinn bedarf stets neu unserer lächelnden Toleranz!

Immerhin: Die Unkosten sind gedeckt und ein bescheidener Gewinn ist nun nicht mehr als Broterwerb, sondern als angenehmer Nebeneffekt der Berufsausübung zu werten. Diese Teilzeitbeschäftigung, mit viel freier Zeit für Familie, Kinder und Enkel und für alte und immer aufgeschobene Liebhabereien ergibt eine harmonische Abrundung meiner hausärztlichen Laufbahn.

Hausarzt in Teilzeit

Noch eine prinzipielle Bemerkung zum hausärztlichen Teilzeit-Engagement: ohne Zweifel eine praktikable Variante, welche es immer noch zulässt, den eigenen inneren Bestrebungen nachzueifern, und die andererseits gewisse berufsspezifische Belastungen zu mildern vermag. Natürlich ist die tragende Beziehung zum Patienten vielleicht etwas weniger intensiv und intim als zwischen einem permanenten «Hofmedicus» und seinem «Regenten»; eine gewisse Distanz kann andererseits, wegen der Gefahr von Überengagement und Arztsüchtigkeit, aber auch durchaus von Vorteil sein! In manchen Situationen, in welchen das Vertrauensverhältnis eine besondere Rolle spielt, dürfte die Begegnung unbeschadet einen halben Tag hinausgeschoben werden können. In wirklich dringenden Fällen und bei wichtigen Entscheidungen, z.B. Spital ja oder nein, müsste es ja immer noch möglich sein, dass der Praxispartner den Kontakt zum «eigenen Doktor» vermittelt oder dessen Empfehlung wenigstens telefonisch miteinbeziehen kann. Der hausärztliche Besuch beim hospitalisierten Patienten wäre dann wieder eine Obliegenheit der primär gewählten Arztperson.

Der Hausarzt als Lehrer

Anlässlich von Begegnungen mit Studenten oder jungen MedizinerInnen erlebt man, wie zeit-

intensiv die spezielle Einführung in die Erfordernisse der hausärztlichen Tätigkeit, welche nicht klinisch, sondern nur workshop-mässig gelehrt und gelernt werden kann, für Lehrling wie Lehrmeister ist und welches zusätzliche Energie-Investment erforderlich ist. Ein gewissenhafter theorielastiger Musterschüler, der das Multiple-choice-Quiz perfekt beherrscht, hat anfangs mehr Mühe als der improvisationstalentierte «Pfadfindertyp», welcher den Fragen/Antwortkatalog «woran müsste man da auch noch denken» selbständig aufstellen kann, oder anschliessend, statt dem Abhaken einer Procedere-Checkliste, auch selber einen Abklärungsgang zu entwerfen vermag. Die jugendliche Ungeduld, eine «kriminalistische» Glanzidee

möglichst bald mit Labor und Röntgen bestätigt zu sehen, oder der Feldherren-Ehrgeiz, raschestens ein therapeutisches Erfolgserlebnis einzufahren, müssen nachsichtig abgedämpft werden. Denn es gilt vor allem folgende Werte einzuüben:

- Geduld;
- umsichtig-assoziatives Denken;
- Abklärungs- und Therapie-Triage;
- praktisches Fingerspitzengefühl zur Beurteilung abwendbarer gefährlicher Verläufe;
- Unsicherheitstoleranz:

das goldene Kunst-Handwerk der ärztlichen Praxis.