

# Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte (VBH)

Thomas Schweizer

Nachdruck aus: *Berner Hausärzte III / 2003*

## Als Hausarzt in der Insel

Wir gingen durch einen der etwas abgebrauchten langen Gänge des Hochhauses, entlang der namenlosen dunklen Türen, bis Paul Mäder, Oberarzt der KAIM und zusammen mit Zeno Stanga zu meinem persönlichen Gastgeber bestimmt, eine davon öffnete und im Halbdunkel ein paar Worte mit dem Kardiologen wechselte. Gleich danach stand ich inmitten der Hightech eines Herzkatheterlabors. Die kühl abweisende Atmosphäre des Spitalganges wechselte zur spannenden Innenseite des Betriebes, in welcher ich sehr positiv empfangen wurde. Das sei ja interessant und begrüßenswert, dass ich als Hausarzt in die Insel komme, sollte ich von nun an fast ständig hören. Auch der Patient gab ein freundliches o.k. zu meiner Anwesenheit. Die Untersuchung war in vollem Gange. Auf den Befehl «Kontrast» leuchteten auf einem der Bildschirme mir nicht unbekannt Adern auf, nervös zuckend, um dann auf einem anderen Bildschirm unbewegt zu erstarren. Professor Seiler beschrieb sie, meine Schwierigkeiten ahnend, mit vollem Namen und erklärte auch seine dilatativen Absichten. Bei der nicht ganz undramatischen Druckabgabe auf den Ballon während ca. einer Minute spürte der Patient Engegefühle, die vielleicht doch nicht ganz identisch mit den vorher beklagten waren, aber das Resultat des Kollegen aus dem Stress-Echolabor liess dem Kardiologen keine andere Wahl, als das im Volksmund harmlos «ballönle» genannte Procedere durchzuführen und in der Folge einer sekundären Dissektion auch einen Stent einzulegen, der wegen eines verdammt nahe abgehenden Diagonalastes nicht ganz stressfrei zu plazieren war. Wieder einmal gilt es zu bedenken, dass die oft vollmundig angepriesenen technischen Möglichkei-

ten nur so gut sind wie ihre sorgfältigst herausgearbeitete Indikation.

Am Nachmittag ging's gemäss meiner vorbesprochenen Interessenliste ins Schwindellabor. Der Patient wartete etwas verloren im Rollstuhl zwischen den Türen. Er ist indolent und gutmütig. Seine Polyneuropathie erklärt die Gangunsicherheit hinlänglich, so dass sicher auch sein Hausarzt erstaunt war, als bei dem von ihm verordneten, uns allen bekannten «Hirn-Tumor-Ausschluss-NMR» ein winziges Akustikus-Neurinom zum Vorschein gekommen war. Der Parcours durch das Schwindellabor war deshalb unvermeidlich und zeigte nicht ganz einfach zu interpretierende Resultate. Mir aber war es eine Fortbildung in technischen Möglichkeiten (ENG, ERA usw.), und ich lernte, dass ich die wegleitende Unterscheidung zwischen zentralem und peripherem Nystagmus mittels Prüfung der Unterdrückbarkeit (durch Fixation) unschwer in der Praxis machen kann. Der Patient wird seine Gangstörung wohl kaum so einfach loswerden, aber zusätzlich mit dem Wissen leben müssen, dass ein kleines Tumörchen in seinem Kopf stecke, das man in Abständen abbilden und bei Grössenzunahme vielleicht doch eines Tages operieren müsse.

Am nächsten Morgen wartete ich um 09.00 Uhr im R Nord auf die Chefvisite in der Leukämiestation. Die zahlreicher werdende Schar von internistischen, hämatologischen und onkologischen Kollegen wurde zum Schluss ergänzt durch Prof. Fey von der Onkologie und Prof. Täuber von der Infektiologie. Auch ein Psychologe war dabei. Inmitten des geballten Fachwissens, wie eine Mutter Courage, die zuständige Stationschwester, die auf die Entscheidungsfindung einen klugen Einfluss nimmt, weil sie zu den Schwerkranken oft eine sehr nahe Beziehung hat. Etwas beklommen übertrete ich die Schwelle in die Zimmer, wo manchmal grosse Augen in abgemagerten Gesichtern sich langsam in unsere

Richtung rollen. Wissende Augen, die die Nähe des Todes kennen. Erschöpft sind sie nicht nur von Krankheit und Ungewissheit, sondern auch von einer Chemotherapie, die in ihrer Gewalt mehr als nur hämatologische Zellen zerstört, gefolgt von mikrobiellen Therapien, die alles umbringen, was sich als infektiöser Krankheitserreger zu erkennen gibt. Aber es sind Erfolge da, und darum lohnt sich der enorm aufwändige Kampf. Eines muss ich meinem ehemaligen Semesterkollegen Martin Fey zugute halten: Wenn er das Zimmer wieder verlässt, sind die Leute oft zuversichtlicher, obwohl er sie mit keinem Wort angelogen hat.

Ich werde lang – zu lang. Aber wer wie Kollege Marc Witz vor mir und ich zwei Wochen im Inselspital war und als einigermassen erfahrener und auch leidgeprüfter Praktiker auf allen Abteilungen unschwer begriff, um was es ging, mitredete und nachhakte, dem ist, frei nach Martin Luther, der Kopf voll und sein Mund geht ihm über. Er soll auch übergehen, weil wir beide nur in einer Art Pilotprojekt waren für eine Einrichtung, die sich institutionalisieren soll, so die Hausärzte es wollen und die älteren AssistentInnen der Klinik dazu bereit sind.<sup>1</sup>

FIAM (Dr. A. Rothenbühler) und KAIM (Klinik für Allgemeine und Innere Medizin, Prof. Ueli Bürgi und Prof. Hansjakob Peter) haben uns die Möglichkeit geschaffen, einen Assistenten in unserer Praxis kurz einzuführen, damit er uns während eines ca. 2–3wöchigen Aufenthaltes als Gastarzt im Unispital vertrete. Wir unsererseits sind frei von beruflichen Verpflichtungen, können uns ganz unseren Interessen widmen, sozusagen eine private Betakli durchlaufen. Ich lief weiter und fand an allen Orten bereite Ge-

<sup>1</sup> An der Feier «25 Jahre FIAM» vom 23.10.2003 hat der Inseldirektor U. Bichler dieses Projekt vorgestellt; sein Vortrag ist im Heft 1-2 von PrimaryCare publiziert worden [Birchler U. Auf der Suche (der FIAM) nach einer sicheren Seilschaft von Inselspital und FIAM. PrimaryCare 2004;4:10–11].

sprächspartner, um praxisrelevante Fragen zu diskutieren. Unmöglich kann ich von allen Kollegen und Erlebnissen in Pneumologie, Hämatologie, Endokrinologie und Diabetologie, Rheuma- und HNO-Poli, Angiologie, Echokardio- und Schrittmacherlabor oder auch von den Oberarztvisiten der Inneren Medizin und der Chefvisite auf der Nephrologie berichten. Man kann auch Seitensprünge in die Chirurgie machen. So war ich auf der Chefvisite der Viszeralchirurgie und wurde dabei durch den jeweiligen Oberarzt immer bestens über Indikationen und Probleme informiert.

Zum Schluss des Tages ging ich immer in die Aare. Schliesslich war es unser Jahrhundertssommer, und während der Kollege in meiner Praxis zur vollkommenen Zufriedenheit der Patienten schwitzte, nahm ich mir die Inselzeit auch ein wenig zu Erholung und Reflexion. Was ich schon vorher wusste, weiss ich nun besser: Man kocht auch in der Insel mit Wasser, und die Kollegen sind geradezu froh, wenn wir dies bei der Zusammenarbeit bedenken und unser Wissen über die Patienten einbringen. Wir unsererseits, das sei hier auch erwähnt, sind froh, wenn man im Spital begreift, wie wenig geradlinig, ja widersprüchlich, von subtilen Verdrängungen und ängstlichen Wahrnehmungsverzerrungen begleitet Krankengeschichten oft sind. Am Schluss

(wirklich?) soll man sich nicht klüger fühlen. Ueli Bürgi und Hansjakob Peter wissen das und haben wiederholt nach unserer hausärztlichen Einschätzung ihrer Arbeit gefragt. Es ist geplant, nach jedem Eintritt, der ja häufig durch Zuweisung des Notfalldienstes oder durch Selbstzuweisung auf die Notfallstation geschieht, den zuständigen Hausarzt zu informieren, eventuell soll dann ein kurzes Telefongespräch mit dem Assistenzassistenten erfolgen, damit zum ausführlichen Krankheitsquerschnitt im Inselehospital auch der Krankheitslängsschnitt aus unserer Praxis hinzukommt, damit Diagnostik und Therapie zusätzlich eine Tiefendimension haben.

Ich habe auch die viel diskutierte Spezialisierung und Zersplitterung unserer medizinischen Bemühungen aufmerksam beobachtet: Eine Stärkung der KAIM als «Generalistin des Spitals» ist auf jeden Fall wünschenswert. Es gibt aber eines zu bedenken: Wenn wir einen Patienten zu einem Spezialisten bzw. auf eine Spezialabteilung schicken, dann hat dieser Spezialist wie keine andere Wahl, als auf seinem Felde von einer sozusagen abschliessenden Gründlichkeit zu sein. Insbesondere diagnostische Machbarkeiten sind für ihn geradezu Machzwänge. Wie unsichtbar herrscht der Auftrag, in seinem Fachbereich zu messen und abzubilden, bis die entsprechenden Unsicherheiten

auf ein Minimum reduziert sind. Als Hausarzt kam ich mir da manchmal wie ein Hasardeur vor, wenn ich an all die vieldeutigen Klagen und Symptome in meiner Sprechstunde dachte. Aber im Grunde geht es uns allen gleich. Wer wagt es, beängstigende Unsicherheiten, gar Krankheiten bestehen zu lassen, wenn man «doch etwas machen kann»? Fast sind wir in eine Art Defensive geraten. Marc Witz reflektiert in einem Dankesbrief an Zeno Stanga diese defensiv gewordene Medizin, die dem Arzt in Ausbildung zu wenig Verantwortung überlässt und ihn vergessen macht, dass es trotz allem Wissen und allen technischen Möglichkeiten nie eine absolute Sicherheit gibt. Wie können Ärzte und Patienten sich gegenseitig Mut machen zum Tragen von Risiken?

Vorschnelle Antworten auf diese Fragen sind nicht möglich und nicht erwünscht. Die Politik sucht stattdessen eine Rationierung medizinischer Leistungen, für die die Ärzteschaft die volle Verantwortung zu tragen hätte. Sie nennt das Budgetverantwortung. Das ist billig. Es hilft uns nicht, ein Augenmass für den einzelnen Kranken zu finden. Letzteres gelingt nur, wenn die Arzt-Patienten-Beziehung ein Ort der Wahrnehmung ist, die uns Realitäten jenseits jedes Lehrbuches zeigt. Es spielt dabei keine Rolle, ob wir Hausarzt, Spitalarzt oder Spezialist sind.