

Hausarzt und Spuren

Kurt Zehnder

Wir sind auf dem Weg, sage ich nach über 20 Jahren Praxis, Standespolitik und theoretischer Beschäftigung mit Allgemeinmedizin. Einer meiner ehemaligen Präsidenten hat immer gesagt, Geduld muss man haben, nie locker lassen. Wir sind nicht mehr unsichtbar, wir sind aber auch noch lange nicht so sichtbar, wie wir es uns im Interesse einer guten Grundversorgung und damit unserer Patienten wünschen. Wir sollten uns alle mehr Gedanken darüber machen, wo wir mehr Spuren hinterlassen können und wie wir uns nicht falsche Spuren durch unser eigenes Feld der Hausarztmedizin legen lassen wollen; vor allem aber, mit wem wir gemeinsam Spuren legen können.

Nous sommes sur le bon chemin, je l'affirme, après vingt ans de pratique, de politique de la santé et de fréquentation des aspects théoriques de la médecine générale. Un des mes anciens présidents disait toujours qu'il faut avoir de la patience et ne jamais lâcher. Nous ne sommes plus invisibles, mais nous sommes encore loin d'être aussi visibles que nous le souhaiterions dans l'intérêt d'une bonne médecine de premier recours et donc celui de nos patients. Nous devrions tous réfléchir mieux et nous demander où nous pourrions mieux marquer notre empreinte et surtout comment ne pas en laisser de fausse s'établir dans notre champ d'action, la médecine générale. Nous devrions surtout réfléchir avec qui nous pouvons collaborer dans ce sens à l'avenir.

Wir haben die Möglichkeit, Spuren zu hinterlassen, gehört zu werden, unsere Ideen einzubringen. Machen wir uns auf den Weg.

So lautet die Kernbotschaft des Artikels von Margot Enz in ihrem Artikel in PrimaryCare [1], der einen Workshop des SGAM-Kaderseminars im Mai dieses Jahres zusammenfasst. In den VAAM¹-Mitteilungen 13/04 sehen wir, dass ihr Nachfolger im Präsidium des VAAM, Heinz Bhend, den Workshop in weniger optimistischer Erinnerung hat:

Die Grundversorger und die SGAM sind schlichtweg unsichtbar!

Ich hatte die Möglichkeit, eine kleine Spur in Form eines Tagesanzeiger-Artikels [2] zu hinterlassen. Wir sind also auf dem Weg, dieser Weg ist jedoch noch eine Naturstrasse, steil und mühsam zu begehen. Selten geht es so einfach wie beim eben erwähnten Artikel im Tagi.

Spuren

Wer hinterlässt bei wem welche Spuren? Die Hausärzte hinterlassen Spuren bei ihren Patienten, aber selten Spuren in der Presse, in der Öffentlichkeit meist nur im lokalen Bereich. Unter Spezialisten und HausärztInnen sind gemeinsame Spuren ausgesprochen abhängig von persönlichen Beziehungen. Die Spezialisten und Wissenschaftler beklagen sich, dass sie bei den Hausärzten zu wenig Spuren hinterlassen. 22 Jahre Praxis und 8 Jahre Leitung eines Qualitätszirkels: Wer hat bei wem welche Spuren hinterlassen oder

eben leider keine Spuren verursacht? Mit dem Hintergrund dieser Erfahrung beuge ich mich auf *Spurensuche* und will dabei die gemachten Aussagen und Ideen im erwähnten Tagi-Artikel ausführlicher betrachten und hinterfragen.

Hausarzt und Presse

In meinem Artikel habe ich auf die Tatsache hingewiesen, dass Frau Talamona von der Aargauer Zeitung es als nicht spektakulär oder interessant genug befunden hat, unsere WIP (Walk-in Patients)-Studie [3] in der Presse zu veröffentlichen. Allerdings wurde diese Arbeit im Zusammenhang mit der Problematik des Zugangs zu den Notfallstationen der Spitäler anderswo mehrfach zitiert. Nicht weil unsere wissenschaftliche Arbeit spektakulär war, sondern weil die Ergebnisse fachlich interessant waren; hier haben Haus- und Spitalärzte in gemeinsamer Arbeit schliesslich doch Spuren hinterlassen.

Eine andere Erfahrung mit der Presse, die mehr als 10 Jahre zurückliegt: Im Januar 1993 versammelten sich fast 30 Opinion Leaders der europäischen Allgemeinmedizin in Lenzburg. Diese Zusammenkunft war das Startsignal zur Gründung der ESGP/FM (European Society of General Practice / Family Medicine), der europäischen Gesellschaft für Hausarztmedizin, heute Wonca Europe genannt. Trotz grosser Anstrengungen konnte damals in der Presse nur eine kleinste Notiz im Lokalteil einer Zeitung erwirkt werden. Erwähnenswert: 2002 ist in dieser Gesellschaft die Europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin entwickelt worden.²

Hausarzt und FMH

Im Internet kann sich jeder auf der Homepage der FMH³ informieren, was in der Presse täglich über unterschiedlichste

1 Vereinigung Aargauer Ärzte für Allgemeinmedizin.

2 Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin ist in Englisch, Deutsch, Französisch und Italienisch zu finden auf der Homepage der SGAM www.sgam.ch und www.ssmg.ch.

3 www.fmh.ch

medizinische und gesundheitspolitische Themen publiziert wird. Am Tage, als der erwähnte Artikel im Tagi erschien, konnte man in Today's Press⁴ der FMH Hinweise auf 10 Artikel in Schweizer Zeitungen finden; so über Sex, Homocystein usw., jedoch keinen Hinweis auf den Artikel eines Hausarztes. Erfreulich waren die positiven Reaktionen von Kollegen und Bekannten, etwas erstaunlich hingegen die fehlenden kritischen Bemerkungen. Spuren bei Kollegen, keine Spuren bei der FMH; vor allem aber keine Spuren bei denjenigen, die nicht mit den Ausführungen einverstanden waren. Ich kann mir schlichtweg nicht vorstellen, dass diese Zeilen keine kritischen Leser gefunden haben.

Wir haben also die Möglichkeit, Spuren zu hinterlassen, wie Margot Enz schreibt. Wir müssen uns nicht auf den Weg machen, wir sind auf dem Weg, jedoch immer noch eher auf einem mühsam begehren Naturpfad. Meine Erfahrung gibt Heinz Bhend, der die Grundversorger als unsichtbar sieht, nicht ganz recht; seine Interpretation des Workshops im Kaderseminar ist jedoch angesichts der heutigen Situation zwischen Hausarzt und Presse nicht völlig unverständlich. Wie steht es sonst um die Spuren, welche die Hausärzte hinterlassen?

Hausarzt und Patienten

Der Patient hinterlässt zumindest beim Hausarzt, welcher der Europäischen Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin entspricht, Spuren. Oder anders ausgedrückt: Ein Hausarzt, bei dem die Patienten keine Spuren hinterlassen, kann gemäss dieser Definition kein guter Hausarzt sein. Umgekehrt wäre es unverständlich, wenn wir Hausärzte bei unseren Patienten keine Spuren hinterlassen würden. Spuren zwischen Hausarzt und Patienten finden sich in jeder Konsultation, bei jedem Besuch. Diese Spuren sind es auch, die uns Motivation zur täglichen Arbeit geben. Sie zeigen ein völlig anderes Bild des Hausarztes, als wir es in der täglichen Presse wiederfinden. Wir stellen uns hier einem Qualitätsan-

spruch. Projekte wie QualiDoc bestätigen, dass wir bei unseren Patienten Spuren hinterlassen. Diese Spuren haben die grösste Bedeutung bei unserer Arbeit. Dies dürfen wir bei der Suche nach anderen Spuren nicht vergessen.

Spezialist und Hausarzt

Dass die Zusammenarbeit zwischen Spezialist bzw. Chefarzt im Spital und Hausarzt gewinnbringend sein kann, beweist die oben erwähnte WIP-Studie. In Zusammenarbeit mit dem Chefarzt der medizinischen Klinik des Kantonsspitals Baden, Jürg Beer, und dem Belegarzt des Bezirksspitals Brugg, Andreas Meyenberg, konnte der Qualitätszirkel Brugg eine interessante Untersuchung über den Zugang zur Notfallstation des Kantonsspitals durchführen. Eine Untersuchung, die brisante Resultate ergab, die möglich wurde, weil die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Hausarzt spielte; eine Untersuchung, die von der entsprechenden Redaktorin unserer Tageszeitung nicht als interessant genug befunden worden war, um publiziert zu werden. Die gemeinsame Arbeit von Spital und Qualitätszirkel hinterlässt Spuren bei den Verfassern und auch bei der interessierten Fachwelt, leider aber nicht in der Presse.

Die fehlende Umsetzung von Forschungsergebnissen in der Praxis ...

«These results lead us to promote the quality management of cholesterol in clinical practice in order to improve the fight against cardiovascular diseases.» Dies der Schlusssatz im Artikel «Appropriateness of cholesterol management in Swiss clinical practice» [4]. Die Autoren stellen in ihrer Arbeit ein schlechtes Lipid-Screening durch die praktizierenden Ärzte fest, trotz der entsprechenden Empfehlungen der AGLA⁵. Nur eine Minderheit von Patienten könne so von den Vorteilen einer entsprechenden Therapie Nutzen ziehen. Die Autoren zitieren dabei den ersten Teil einer Studie unse-

res Qualitätszirkels [5], die zum gleichen Schluss gekommen ist. Leider haben die Autoren dieser Arbeit es versäumt, auf den zweiten Teil unserer Arbeit einzugehen [6]. Dort hätten sie nachlesen können, dass sowohl die Erfassung der relevanten Risikofaktoren als auch die korrekte, risikoentsprechende medikamentöse Therapie der Hyperlipidämie durch die Arbeit im Qualitätszirkel praxisrelevant und signifikant verbessert werden kann.

Die Autoren betonen die Bedeutung einer Verbesserung der Umsetzung von Resultaten klinischer Studien in die Praxis. Der Kampf gegen die kardiovaskulären Erkrankungen müsse verstärkt werden; wie dies geschehen soll, kann aber nicht nachgelesen werden. Unsere Arbeit hat zumindest die diesbezügliche Performance der 10 beteiligten Ärzte verbessert.

Dieser Schmerzensschrei der Forscher, die Hausärzte sollten endlich alle die grossen Erkenntnisse der vielen aufwendigen Studien in der Praxis umsetzen, begegnet mir seit Jahren immer wieder. Mit grossem Aufwand werden Studien durchgeführt, niemand aber untersucht, wie diese Studien besser in die Praxis umgesetzt werden könnten.

Eine interessante Antwort äusserte A. Bloch [7]. Er schreibt: «Angesichts der enormen Menge medizinischer Publikationen ist es für die stark beschäftigten praktizierenden Ärztinnen und Ärzte heute sehr schwierig, wenn nicht sogar unmöglich, sich im Bereiche der neuen Entwicklungen auf dem Laufenden zu halten. Inwieweit sind die Richtlinien für uns eine Hilfe? Vielleicht sind sie gar keine Hilfe. Sie bestehen in einem langen und komplizierten Verfahren, dem Ergebnis eines Kompromisses zwischen zahlreichen Sachverständigen und Gesellschaftsausschüssen. So können zwischen dem Beginn eines Prozesses und seiner Publikation mehrere Jahre vergehen, weshalb die Empfehlungen manchmal überholt sind.»

4 www.fmh.ch/ww/de/pub/newsletters/fmh/todays_press.htm

5 Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie.

Eigentlich sollte die Tatsache, dass unsere Performance am wirkungsvollsten durch aktive Arbeit und nicht durch das Lesen von Richtlinien verbessert wird, trivial sein. Offensichtlich ist diese Erkenntnis nicht oder nur teilweise bei den entsprechenden Stellen, sprich Verfassern von Studien, angelangt.

Die Forscher beklagen sich, dass ihre Arbeiten bei den praktizierenden Ärzten keine oder zu wenig Spuren hinterlassen. Offensichtlich fragen sie sich aber zu wenig, woran dies liegt, A. Bloch (siehe oben) ist da eine Ausnahme.

... und ein Beispiel dazu

In Medical Tribune Nr. 19/2004., S. 17, wird ein neues Wundermittel, Rimonabant, vorgestellt. Zitat: «*Mit Rimonabant wird dem Hausarzt womöglich in naher Zukunft eine Substanz zur Verfügung stehen, mit der er seinen Patienten sowohl bei der Entwöhnung vom Rauchen wie auch beim Abspecken helfen kann.*» Es werden sieben Studien aufgeführt, Dauer zwischen 10 Wochen und zwei Jahren. Aus praktischer Sicht sind diese Aussagen völlig nutzlos. Wer nach 2 Jahren abgenommen hat, ist vielleicht in 5 Jahren schwerer als zu Beginn der Studie. Damit will ich sagen, dass der Erfolg einer Gewichtsreduktion oder der Entwöhnung eines Rauchers nicht nach 2 Jahren, sondern erst nach vielen Jahren einigermaßen schlüssig beurteilt werden kann.

Die Betreuung eines Ehepaares zeigte nach fünf Jahren folgendes Ergebnis: Die regelmässigen Kontrollen führten nach 18 Monaten zu einer Gewichtsreduktion von 10 kg beim Mann und knapp 30 kg bei der Frau. Vor 9 Monaten haben beide erfolgreich das Rauchen aufgegeben. Die Patientin ist noch gut 10 kg leichter als vor 5 Jahren, der Patient 3 kg. Hinterlassen Arbeiten wie diese betreffend Rimonabant beim Praktiker Spuren? Oder führen sie nur zur Verwirrung des Praktikers? Sicher können sie dazu führen, dass auch relevantere Studien nicht in die Praxis umgesetzt werden.

Eine mögliche Studie, die sicher Spuren hinterlassen würde

Es wäre interessant, zu untersuchen, wie viele Empfehlungen betreffend Diabetes, Osteoporose, Hyperlipidämie, Antidepressiva, CPR (kardiopulmonale Reanimation) usw. während eines Monats in der gängigen, vom Hausarzt gelesenen Literatur erscheinen und wie diese beim informierten Patienten umgesetzt werden sollen. Die nötigen finanziellen und Manpower-Ressourcen sollten auch gleichzeitig bestimmt werden. Weiter müsste überlegt werden, wie wir mit der Halbwertszeit von Informationen, beispielsweise betreffend Hormontherapien in der Menopause, umgehen sollen.

Spezialisten und deren Kenntnisse über die Grundversorgung

Bei der Mitarbeit in verschiedensten Gremien mache ich immer wieder die Erfahrung, dass Spezialisten Vorschläge betreffend die Grundversorgung machen, ohne darin die entsprechende Erfahrung und Kenntnisse zu haben. Spuren kann man nur in einem Gebiet legen, das man kennt; oder man arbeitet mit dem Spezialisten des Gebietes, also mit dem Grundversorger, zusammen. Meine verschiedentlich gemachten Angebote, u.a. an F. Britt und die Psychiater, in meine Hausarztpraxis zu kommen und zu sehen, wovon sie sprechen, wurden bis heute nicht angenommen.

Auch Provokation hinterlässt keine Spuren

In PrimaryCare Heft 7 und 8/2004 hat unser Qualitätszirkel zwei Arbeiten über das Mammakarzinom [8] und Kolonkarzinom [9] publiziert. Die bei den Mitgliedern des Qualitätszirkels Brugg hinterlassenen Spuren waren gross, die Spuren der beiden Artikel, gemessen an den Reaktionen, klein. In einem begleitenden Artikel [10] habe ich die Arbeiten in einen grösseren Zusammenhang zu setzen versucht. Dabei habe ich eine sehr provokative Spur

gesetzt – meinte ich wenigstens! Ich verglich Aufwand und Wirkung unserer Arbeit mit den 55 Seiten Guidelines der FMH [11]. Das Resultat – da muss ich auf Heinz Bhend Rückgriff nehmen: Wir sind offensichtlich unsichtbar, wenn auch diese provokativen Bemerkungen, die zur Kritik führen sollten, keine Spuren hinterliessen.

STAR – eine interessante Erfahrung

Seit drei Jahren vertrete ich die SGAM in der Arbeitsgruppe STAR (Swiss Treatment of Athero-Thrombotic Risk). Die Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus Spezialisten der Angiologie, Kardiologie, Neurologie und Diabetologie. Dort werden Grundlagen für Fortbildungen erarbeitet, die als PowerPoint-Dateien Referenten in der ganzen Schweiz für Fortbildungen zur Verfügung gestellt werden. Als Vertreter der SGAM habe ich dahin mitzuarbeiten, dass die Bedingungen des SGAM-Fortbildungslabels erfüllt sind. Anders gesagt besteht meine Aufgabe darin, dafür zu sorgen, dass die Praxisrelevanz der entsprechenden Fortbildungen gegeben ist. Hier habe ich feststellen können, dass das Hinterlassen von Spuren sehr von der Philosophie des Gegenübersitzenden abhängig ist. Es gibt Professoren, die meinen Argumenten gegenüber sehr empfänglich sind, andere wissen besser, was für den Hausarzt gut ist, als dieser selbst.

Spuren finden wir allerdings schon – in der Fachliteratur

Im Buch «Primary Care Psychiatry» [12] können wir betreffend Hausarzt folgendes lesen:

«Several significant differences between psychiatric and primary care practice:

■ *Problem identification* is far more complex in the primary care setting than in the psychiatric care setting because patients often present with ill-defined or somatic complaints that are not acknowledged as representing mental health problems.

■ *Patient resistance* to treatment is more problematic in primary care: unlike psychiatric patients, primary care patients may not expect or desire psychosocial assistance for unrecognized mental health problems.

■ The *process of care* is also very different between settings: the mental health problem is the sole focus of psychiatric care, whereas in primary care, clinicians often manage multiple problems simultaneously and almost never address mental health problems in isolation from other health problems.

■ Finally, growing evidence indicates that the *range and type of mental health problems differ significantly* between settings.

■ The precise *diagnostic nomenclature* used in the psychiatric setting is simply not useful for most distressed patient seen in typical primary care practice.»

Und Uexküll schreibt in «Psychosomatische Medizin» [13]:

■ «Das Selbstverständnis der Allgemeinmedizin hat sich gewandelt, was auch in der Definition des Fachgebietes durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM)⁶ zum Ausdruck kommt: Allgemeinmedizin ist die Akut- und Langzeitbetreuung und Behandlung von gesunden und kranken Menschen mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen, unabhängig von Art und Geschlecht, unter besonderer Berücksichtigung der Familie und der sozialen Umwelt.» [Diese Definition hat auch H. Abholz im Buch «Allgemeinmedizin» von Michael Kochen [14] übernommen.]

■ «Es wurde bereits erwähnt, dass der Arzt für Allgemeinmedizin bzw. der in freier Praxis tätige Arzt derjenige ist, der im allgemeinen die Langzeitbetreuung der Patienten übernimmt. Er ist demnach derjenige, der am ehesten berufen wäre, über Langzeitverläufe, über die wir bisher noch so wenig wissenschaftlich Verbindliches wissen, zu berichten. Dass dies bis-

her nicht oder nur vereinzelt geschehen ist, beruht darauf, dass sich in der Vergangenheit niedergelassene Ärzte kaum wissenschaftlich betätigt haben.»

■ «Zusammenfassend lässt sich feststellen: In der Klinik müssen die diagnostische Abklärung und die therapeutischen Massnahmen meistens voneinander getrennt und auf kurze Zeiträume zusammengedrängt werden. Sie haben deshalb zwangsläufig einen begrenzten Charakter. In der Praxis begleiten diese Interventionen im allgemeinen den Patienten über die ganze Zeit seines Kontaktes hinweg, den der Patient mit seinem Arzt hat. Sie haben daher einen mehr begleitenden, stützenden und betreuenden Charakter.»

Eine Zusammenfassung aus dem Artikel von Anthony S. Dixon [15]: *Is there a difference in the way family physicians and specialists deal with clinical problems? Family physicians in contrast to specialists work in a practice environment in which there is a high prevalence of symptomatic discomfort, but a low prevalence of frank disease. These circumstances result in clinical strategies; they are very different to those used in secondary and tertiary levels of care, and which run counter to what are usually accepted as medical norms. The primary care physicians must often diagnose what things are not, rather than what they are, must make management decisions prior to, or instead of, diagnostic decisions and must resist the temptation to be «through». These imperatives are reflected in the language family physicians sometimes use in their conversations with patients. Clinical reasoning in primary care involves important by poorly understood intellectual processes which may be of significance to all level of medicine.*

In der Literatur finden wir (oben nur einige Beispiele) zahlreiche Spuren, welche die Bedeutung und Notwendigkeit einer starken Allgemeinmedizin betonen. Uexküll weist aber auch darauf hin, dass sich die niedergelassenen Ärzte in der Vergangenheit kaum wissenschaftlich betätigt haben. Machen wir uns auf den Weg, wie Margot Enz schreibt.

Literatur

- 1 Enz Kuhn M. Welche Spuren hinterlässt die SGAM in der Presse? *PrimaryCare* 2004;4:581.
- 2 Zehnder K. Wünsche eines Hausarztes an Politiker und Medien. *Tages-Anzeiger*, Mittwoch, 19.5.2004, Tribune.
- 3 Qualitätszirkel Brugg. Selbsteinweisungen ins Spital. *PrimaryCare* 2002;2:280–3.
- 4 Miozzari A, Perdrix J, Mooser V, Darioli R. Appropriateness of cholesterol management in Swiss clinical practice. *Kardiovaskuläre Medizin* 2004;7:110–8.
- 5 Ledergerber PP, Steurer J. Cholesterol determination in ambulatory general practice within the scope of the Brugg/AG quality circle. *Schweiz Rundschau Med Prax* 2000;89:1413–21.
- 6 Eichenberger P, Haefeli A, Ledergerber P, Steurer J, Zehnder K. Management des kardiovaskulären Risikofaktors Hyperlipidämie in der medizinischen Grundversorgung. *Qualitätsverbesserung durch die strukturierte Arbeit im Qualitätszirkel*. *Schweiz Aerztezeitung* 2002;83: 2500–7.
- 7 Bloch A. Müssen wir uns vor den gross angelegten, kontrollierten Studien in Acht nehmen? *Stellungnahme eines Kliniklers*. *Schweiz Med Forum* 2003;3:164–8.
- 8 Flaig C, Zehnder K, Eichenberger P, Frei C, Gegeckas A, Gschwind C, Haefeli A, Ledergerber P, Lüthy P, Pfister HR, Senn F, Zürcher H. Die Nachsorge beim Mamma-Karzinom. *Primary-Care* 2004;4:112–4.
- 9 Zürcher H, Flaig C, Zehnder K, Eichenberger P, Frei C, Gschwind C, Gegeckas A, Haefeli A, Ledergerber P, Lüthy P, Pfister H, Senn F. Vorsorge kolorektaler Karzinome. *PrimaryCare* 2004;4:139–41.
- 10 Zehnder K. Zu Fuss, zu Pferd, mit dem Flugzeug ... der Weg ist das Ziel ... *PrimaryCare* 2004;4:110–1.
- 11 Guidelines zum Mammakarzinom. *SAEZ* 2003;84:1943–97.
- 12 Knesper DJ, Risa MB, Schwenk TL. *Primary Care Psychiatry*. Philadelphia: Saunders; 1997. S. 3.
- 13 von Uexküll T, Adler RH, Herrmann JM. *Psychosomatische Medizin*. Frankfurt: Urban & Fischer; 2002. S. 605, 612, 613.
- 14 Kochen MM. *Allgemeinmedizin*. Stuttgart: Hippokrates; 1992.
- 15 Dixon AS. There is a lot of it about: clinical strategies in family practice. *J Roy Coll Gen Pract* 1986;468–71.

6 www.degam.de/fachdefinition.htm

Dr. med. Kurt Zehnder
Holzgass 1
CH-5242 Lupfig
kurt.zehnder@hin.ch