

Vom Hausarzt zum Primary-care-Manager¹

Licht und Schatten während 40 Jahren erlebter praktischer Medizin

Dem Pionier von Lehre und Forschung in Hausarztmedizin, Prof. Hugo Flückiger, zum 70. Geburtstag

Benedikt Horn

In der Folge versuche ich, einige Sonnen- und Schattenseiten der Medizin der letzten 40 Jahre etwas zu beleuchten, nicht evidence-based, sondern aus ganz subjektiver Sicht; niemals vollständig, aber als Anregung, sich mit dem einen oder anderen skizzierten Problem auseinanderzusetzen oder gar eine Diskussion vom Zaun zu reissen. Beginn, in diesem ersten Artikel, auf der Sonnenseite, ganz bescheiden; auf epochale Erfolge der Medizin, wie beispielsweise die Organ-Transplantation usw., gehe ich bewusst nicht ein, da mir die Fachkompetenz fehlt.

Ce premier article et un second article à paraître ultérieurement tentent d'illustrer les ombres et lumières de la médecine de ces quarante dernières années, non pas du point de vue de la médecine evidence-based, mais selon une approche toute subjective. Loin d'être exhaustive, cette approche est plutôt destinée à soulever l'un ou l'autre des problèmes esquissés et à susciter des discussions. Ce premier article est modestement consacré aux succès de la médecine. Il renonce cependant aux événements spectaculaires qui ont fait date, comme la transplantation d'organes, car la compétence sur ces sujets me manque.

Mein Medizinstudium in den Sechzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts

Vor genau 40 Jahren absolvierte ich mein erstes Praktikum in Meiringen. Drei Belegärzte, meist in der Praxis oder bei Hausbesuchen, kein Assistent, allein als Praktikant, learning by doing, praktische Medizin pur. Von der Geburt über Ambulanzfahrten bis zum Einsargen lernte ich alles kennen. Mein medizinischer Schulsack war noch klein. Dass der Professor für organische Chemie, Rudolf Signer, einer der Wegbereiter der DNA-Analyse war, blieb uns verborgen. Der pragmatische Anatomie-Unterricht, die physiologischen Höhenflüge von Alexander von Muralt, die eindrücklichen Engramme aus den Vorlesungen von Prof. Max Sägesser (prop. Chirurgie) und Prof. Guido Riva (prop. Medizin) halfen weiter, und nach vier Monaten war kaum eine Seite in den Lehrbüchern nicht mit irgendwelchen Bemerkungen versehen. Weitere vier Monate Praktikum in Interlaken waren die ideale Fortsetzung: Chef und Assistenten waren streng, aber grosszügig. Als «Unterhund» war man auch nachts dabei, wenn der Assistent Dienst hatte, das war enorm lehrreich, in erster Linie bezüglich Erwerb von «Fertigkeiten».

Vor und nach dem «Staats» je drei Wochen Praxisvertretung in einer Landpraxis. Nun kamen zu Medizin und Chirurgie all' die «kleinen Fächer», die Administration, die Verantwortung, das Suchen und Finden von Patienten bei Nachtbesuchen, aber auch das überaus grosse Vertrauen der Bevölkerung in einen jungen Arzt, wertvolle Gespräche mit schwerkranken und sterbenden Menschen zu Hause, beste Vorbereitung auf die Assistentenjahre.

Acht lehrreiche, oft aufregende Jahre in

Montana, Frutigen, Interlaken und Bern. Ich durfte strenge, aber grossartige Chefs wie Dr. Franz Schmid, Prof. Paul Cottier und Prof. Ettore Rossi erleben ... Genug des Personenkultes, das interessiert die jungen Kollegen nicht mehr. Seit 27 Jahren heisst der Beruf «Hausarzt». Ob dieser Ausdruck heute noch aktuell ist ...?

Die Sonnenseite

Anamnese und klinische Untersuchung als Goldstandard

Es gibt nichts daran zu rütteln: Eine gute Anamnese und eine sorgfältige Untersuchung bleiben im «Management» unserer Patienten von zentraler Bedeutung. Dabei beinhaltet die Anamnese auch psychische und soziale Probleme, Medikamente, Auslandsreisen; wichtige Symptome (z.B. Schmerzen) müssen in ihren sieben Dimensionen erfragt werden. Augen, Ohren, Nase, unsere zwei Hände und ein gewisser Spürsinn erlauben häufig eine erste Beurteilung – ohne Sonografie und viel Labor. Sorgfältige Auskultation von Herz und Lunge erlaubt oft eine Beurteilung – ohne Echo und Thoraxröntgenbild. Die Palpation des Bauches stellt erst die Indikation zu Sonografie oder Hospitalisation. Das ist auch Spitzenmedizin: «Fingerspitzenmedizin».

Atemberaubende Fortschritte der Bildgebung

Die meisten Körperregionen lassen sich heute mit einer wirklich faszinierenden Perfektion abbilden. Anamnese und klinische Untersuchung werden aber durch diese Fortschritte nicht in Frage gestellt, sondern eher noch wichtiger: Wir entscheiden innert Minuten über Kostenfolgen, die mithilfe, unser Gesundheitswesen aus den Angeln zu heben! Je präziser unsere Fragestellung, um so höher sind

¹ Erste von zwei Folgen; die zweite Folge wird in PrimaryCare Heft 44/2004 erscheinen.

Wert und Aussagekraft der Hilfsuntersuchungen (pre-test probability). Gerne möchte ich mit Leonardo da Vinci reden, sein Staunen zur heutigen Bildtechnik hören und sehen!

Labormedizin

Ohne diese wären eine moderne Diagnostik und Überwachung der Therapie völlig undenkbar. Voraussetzung bleibt eine perfekte Qualitätssicherung. Aus dieser Sicht ist es nur richtig, wenn auch im Praxislabor die Blutentnahme wieder bezahlt wird. Die Experten der Qualitätssicherung im Laborbereich werden nicht müde, zu erklären, dass die so genannte präanalytische Phase für die Qualität absolut entscheidend sei. Während sich hunderte von Laboruntersuchungen im Alltag von Klinik und Praxis bewährt haben, tun sich viele von uns mit neuen, teuren Untersuchungen, z.B. der BNP bei Herzinsuffizienz, schwer, da Stethoskop und Waage für den Alltag extrem viel billigere Alternativen bilden. Zu bedenken ist, dass der Boom von Vaterschaftsabklärungen im Labor offensichtlich ein «Business» ist, dass aber schwerste ethische, soziale und psychische Probleme oft erst dann entstehen.

Eine dramatische Verkürzung von Spitalaufenthalt und Arbeitsunfähigkeit

Beide Faktoren bilden die Grundlage einer erfreulich verbesserten Lebensqualität und eines riesigen volkswirtschaftlichen Gewinnes. Es stellt sich allerdings die Frage, warum Gesundheitspolitiker diese absolut kruciale Feststellung konsequent nicht realisieren wollen. Dies dürfte eine der wichtigsten Aufgaben unserer Standespolitiker sein, den politischen Verantwortungsträgern den Gewinn aus unserer «teuren Medizin» klar zu machen. Ein klassisches Beispiel ist die Meniskusverletzung, die vor 30 Jahren eine Operation mit 7–10 Tagen Spitalaufenthalt, oft mühsame Rehabilitation (Muskelatrophie) und nicht selten, je nach Beruf, monatelange Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte. Heute werden die arthroskopisch operierten Patienten nach wenigen Stunden entlassen, nicht wenige arbeiten bereits am nächsten Tag.

Aber auch die ambulante Medizin hat gewaltige Erfolge aufzuweisen, die – infolge der grossen Patientenzahlen – volkswirtschaftlich enorm ins Gewicht fallen.

Minimal invasive Techniken ...

... faszinieren Laien wie Fachleute gleichsam. Die etwas salopp «Knopfloch-Chirurgie» genannten Methoden beschränken sich ja nicht nur auf Gelenke, Abdomen und Thorax, sondern sind ganz besonders hoch entwickelt im Gefässbereich (Koronarien, Hirngefässe), wo sie zu oft hervorragenden Resultaten führen. Ein Irrtum muss aber sowohl bei Patienten wie Gesundheitspolitikern korrigiert werden: Minimal invasive Techniken sind nicht billig. Sie erlauben aber mit kleinsten Schnitten/Narben häufig sehr grosse und nachhaltige Eingriffe und Verbesserungen der Lebensqualität (z.B. Stenteinlage!).

Wiederum ist es primär der Hausarzt, der als erste Anlauf- und Triagestelle eine sehr grosse medizinische und volkswirtschaftliche Verantwortung trägt.

Diagnostik auf Nanoebene und im Molekularbereich

Dauerte es bis vor einigen Jahren 6 Wochen, bis eine Tbc-Kultur klar als positiv oder negativ beurteilt werden konnte, lässt sich heute die Diagnose mit PCR in kürzester Zeit etablieren. Allerdings benötigt die immer wichtiger werdende Resistenzprüfung unverändert eine Kultur und sechs Wochen.

Gemäss «Blick» wird es in wenigen Jahren möglich sein, Karzinome in der Ausatemluft zu diagnostizieren. Ähnliches hat Prof. Hugo Studer in seiner Dienstag-Fortbildung schon vor Jahren prophezeit, allerdings wissenschaftlich untermauert. Was in der Forschung in diesem Bereich auffällt: Es gibt hier kaum Mediziner, wir sind diesbezüglich auf dem falschen Zug; die Naturwissenschaftler (PhD) haben die fundiertere Ausbildung dafür. Möglicherweise ist die Einführung der Bologna-Deklaration hier eine Chance: Junge, «unverbrauchte», initiative Mediziner könnten nach dem Bachelor-Examen in die Forscherlaufbahn einsteigen, why not?

Und wenn wir schon bei der Forschung sind ...

... Mediziner wenden sich nicht selten der Technik zu. Nicht nur im Makrobereich wie Maurice Müller, Prof. Martin Allgöwer, Walter Bandi usw.; Prof. Werner Straub aus Bern hat mit Ingenieuren zusammen ein Modell entwickelt, das mit den Prinzipien der menschlichen Kapillarfunktion Wasser aus grosser Tiefe an die Oberfläche pumpen kann. Sollte diese Technik einmal in grossem Stil eingeführt werden, würde es für Millionen von Menschen möglich, endlich über Wasser – von guter Qualität – zu verfügen. Vorläufig scheint es noch sinnvoller zu sein, Ländern mit Wassermangel die festen Nahrungsmittel zur Verfügung zu stellen, da man mit dem Import von einem Kilogramm Weizen in ein solches Land Tausend Liter Wasser spart, in Maghreb-Ländern bis 4000 Liter. «Virtuelles Wasser» nennen sich diese Importe. Keine Dauerlösung, aber besser als nichts (NZZ am Sonntag).

Neue Medikamente mit phänomenaler Wirkung ...

... kommen jährlich in geradezu beängstigender Menge auf den Markt. Persönlich brauche ich, als grosser Skeptiker, neue Medikamente in der Regel erst, wenn sie 5 Jahre auf dem Markt sind und ihre «Kinder-Krankheiten» überstanden haben. Nicht nur Pannen wie das mit Millionenaufwand propagierte «Posicor®» von Roche, sondern auch die Erfahrung eines Etzel Gysling bestätigen mich in meinem vorsichtigen Handeln mit neuen Medikamenten. Es sei aber klar festgehalten, dass bezüglich Analgesie, Antibiotika, Tumor-Chemotherapie, ACE-Hemmung usw. ganz enorme und für den Patienten segensreiche Fortschritte gemacht wurden. Nicht zu vergessen seien zahlreiche Impfungen (z.B. Hepatitis B).

Thrombose-Prophylaxe

Vom uralten Aspirin – dessen antithrombotische Wirkung übrigens bereits 1965, Jahre vor der Einführung als Thrombozyten-Aggregationshemmer, von Prof. Karl Lenggenhager in der Chirurgie-Vorlesung

erwähnt wurde! – bis zu den modernen Plättchen-Aggregationshemmern, die gerade hundertmal teurer sind, vom alten Heparin bis zu den neuesten fraktionierten Heparinen mit täglich nur einmaliger Anwendung gibt es jede Möglichkeit. Nichts geändert in 40 Jahren hat sich bei den Medikamenten zur oralen Antikoagulation. Es gibt doch auch «Konstanten» in unserer Therapie. Hingegen hat die Einführung des INR den Vergleich unter den Messmethoden ermöglicht, und die Einführung des «Koagulo-Check» erlaubt es geeigneten (sic!) Patienten, den Quick/INR irgendwann und irgendwo auf der Welt selber zu bestimmen. Ein echter Fortschritt. Wenn es jetzt einer EU oder gar einer weltweit aktiven Organisation noch gelänge, dass man die «Eins» in allen Ländern gleich schriebe, fielen auch die verheerenden und völlig vermeidbaren Pannen durch Verwechsellern von 1 und 7 weg. Auch das wäre ein echter Fortschritt.

Moderne Anästhesie und postoperative Analgesie

Heute ist das Schmerzhafte während eines Spitalaufenthaltes die Blutentnahme – und auch dieser Schmerz ist mit einer teuren Salbe vermeidbar. Das Wissen um eine weitgehend schmerzfreie perioperative Phase nimmt vielen Patienten die Angst vor einem Eingriff. Mit grosser Freude erkläre ich den Patienten vor der Hospitalisation, wie die schmerzhafteste Zone am Körper perfekt unempfindlich gemacht werden kann, und gerne höre ich nach dem Spitalaufenthalt, dass es genau so war. Weniger Angst heisst bessere psychische Verfassung, wahrscheinlich weniger Infektionen (pulmonal unbestritten), bessere Stresstoleranz – und damit würde sich wohl die routinemässige PPI-Verabreichung vermeiden lassen.

Optimierung der Rettungskette

Rettung von Kranken und verunfallten Menschen in und aus praktisch jeder nur erdenklichen Lage führt immer häufiger zu geradezu spektakulären und damit natürlich medienwirksamen Erfolgen. Sowohl die REGA-Helikopter wie die Ret-

tungswagen sind zum verlängerten Arm der Notfall- und Intensivbehandlungsstation geworden. Im Prinzip kann jede und jeder Kranke/Verunfallte über Nr. 144 von einem Festnetzanschluss aus nur melden «ich brauche dringend Hilfe». Den Rest, Adresse usw., sieht der Beamte am Bildschirm. Was sich noch optimieren liesse, ist die Kommunikation mit dem Hausarzt, der immer häufiger über eine Hospitalisation via Nr. 144 gar nicht orientiert ist. Er verfügt über viel Wissen über den Patienten, seine Anamnese, seine Familie, den Arbeitsplatz, alternative Therapien, Compliance, Ängste und Vorurteile usw. Es wäre durchaus sinnvoll, wenn ein Anruf an den Hausarzt nicht immer durch den jüngsten Praktikanten, sondern gelegentlich auch durch eine Assistentin (relativ häufig) oder gar durch einen Herrn Assistenten (selten) erfolgt. Liebe Leserin, lieber Leser, leiten Sie diese Anregung an Ihr Spital weiter. Danke.

Patienten-Selbstkontrollen

Regelmässige Kontrollen von Blutdruck, Blutzucker, Quick/INR, Peak-flow – oder auch kleine Spirometrie – usw. erlauben es heute einem grossen Teil der «Langzeitpatienten» aus reichen Ländern, ihre Krankheit rund um die Welt unabhängig von Strom und Arztpraxis zuverlässig zu kontrollieren. Patienten mit hohem Risiko für ein akutes Koronarsyndrom können – ebenfalls unabhängig von Ort und Zeit – selbst CK-MB, Troponin I und Myoglobin innert 15 Minuten bestimmen – inkl. Hinweis, der Notarztwagen solle gerufen werden, falls die drei Parameter vor dem Kontrollstreifen anzeigen. Es wäre blauäugig, zu meinen, diese Selbstkontrollen seien auch finanziell ein Fortschritt: Die meisten Teststreifen sind unverhältnismässig teuer, und die Vermarktung dieser Geräte durch die Industrie ist knallhartes Business. Billig hingegen ist die Renaissance der Waage als A und O zur Kontrolle der Herzinsuffizienz. Billiger als das BNP, aber nicht neu: Prof. Guido Riva hat in seiner propädeutischen Inneren Medizin die Bedeutung der Waage als Kontroll-Instrument bei der Herzinsuffizienz, als One-man-Show, so

genial geschildert, dass das Engramm wohl nur durch ein Schädel-Hirn-Trauma oder eine Demenz auslöscherbar ist.

Patient empowerment

Dieses geht weit über «banale» Selbstkontrollen hinaus. Mehr «Power» heisst mehr Verantwortung. Mehr Mitspracherecht impliziert die Pflicht, sich an diagnostischen und therapeutischen Überlegungen und Prozessen aktiv zu beteiligen. Wie immer bei Schlagworten – die oft aus dem Business-Sektor stammen – ist es mit dem Wort und der Forderung allein nicht getan. Ich denke, Patient empowerment ist primär eine Frage guter Kommunikationskultur und nur auf dieser Basis möglich. Da die Gesundheit zweifellos eines der höchsten (persönlichen) Güter ist, bietet Patient empowerment dem Hausarzt zahlreiche Möglichkeiten, den Patienten in die gesundheitliche Verantwortung einzubinden.

Auf Evidenz basierte Prävention

Dies ist vorläufig wohl ein «frommer Wunsch». Ohne Zweifel haben sich gewisse Erkenntnisse und Untersuchungen in Ländern mit hohem Lebensstandard weitgehend etabliert: Blutdruckmessung, Gewichtskontrolle oder besser BMI, Schwangerschaftskontrollen, gynäkologische Untersuchung und Krebsabstrich, Bestimmung des Cholesterins, gewisse Impfungen. Andere Forderungen schieszen teilweise schon wegen der fehlenden technischen, personellen und finanziellen Ressourcen über das Ziel hinaus: Koloskopie bei allen über 50jährigen, Mammographie alle zwei oder drei Jahre bei allen Frauen. Oft handelt es sich um eigentliche «Glaubenskriege»: Impfungen gegen Hepatitis B und MMR. Bis wir über allgemein anerkannte präventivmedizinische Richtlinien verfügen, wird es noch einiges an Überzeugungsarbeit brauchen. Immerhin – und dies sei ausdrücklich erwähnt – ist es gelungen, dramatische Erkrankungen wie Tetanus, Diphtherie, Polio oder das Portiokarzinom weitgehend zum verschwinden zu bringen. Vorläufig tun wir wohl gut daran, mit vernünftigen Forderungen zu arbeiten: Koloskopie bzw. Mammogra-

phie bei klaren, bewiesenen Risikosituationen.

Bio-psycho-soziales Denkmodell und Salutogenese

Während das erste Denk- und Arbeitsmodell heute weitgehend anerkannt ist, kämpft die Salutogenese mit völlig unberechtigten Widerständen, indem die «Schulmedizin» einen Angriff auf die absolut unbestrittenen Erfolge der Pathogenese als Grundlage grossartiger Erfolge der Medizin befürchtet. Dies entspricht in keiner Weise der Tatsache. Aus gesundheitsfördernden Ressourcen Kraft und Zuversicht zu schöpfen, ist in keiner Weise Pathogenese-feindlich, sondern eine Chance, auf der Pathogenese basierende Therapien sinnvoll zu erweitern.

Idee Swissdoc

Um den Initianten Michael Deppeler, Bern, hat sich ein Kreis interessierter «Partner im Gesundheitswesen» gebildet,

deren Ziel es ist, die teilweise zermürbenden Diskussionen um Tarife und Hausärztemangel als treibende Kraft zu nutzen und mit intensivem Dialog an der Basis auf gemeinsame Fragen gemeinsame Antworten zu finden, um einen «neuen Hausarzt» aktiv gestalten zu können. Dabei sollen alle vorhandenen und bewährten Ressourcen genutzt, aber zusätzliche «neue» Ideen von der Basis (Bottom-up-Prozess) miteinbezogen werden.

Möglichkeiten der modernen Kommunikation und Datenverarbeitung

Die familiäre, soziale und medizinische Situation von Frau Y kann der Hausarzt heute per Telefon (inkl. Handy), als Fax, in einem traditionellen Brief – mit einiger Verzögerung ... – oder als E-Mail an den Spitalarzt weiterleiten. Jede Methode hat ihre Vor- und Nachteile, die im Einzelfall sehr genau abgewogen werden müssen. Im Spital muss die Situation von Frau Y mindestens auch ans verantwortliche

Pflegeteam, an den Stationsarzt, an den Dienst- und Nachtarzt, an den Oberarzt und Chefarzt weitergeleitet werden. Das Risiko, dass Teile der Information irgendwann und irgendwo verlorengehen, ist leider gross. Ob ein Gesundheitsdossier in Kreditkartenformat daran etwas ändern wird, muss vorerst bewiesen werden.

Background/Literatur

- Tageszeitungen, NZZ, Bund, BZ, PrimaryCare, Ars Medici, Swiss Medical Forum, Schweizerische Ärztezeitung, Info der kantonalen Ärztesellschaft und der Berner Hausärzte, Nachrichten und Berichte DRS 2, Vorträge und Sitzungen sowie Diskussionen mit Hausärzten, Patienten, Politikern, Journalisten und normalen Menschen.

Prof. Dr. med. Benedikt Horn
Marktgasse 66
CH-3800 Interlaken
dr.horn@tcnet.ch