

Kongressbericht von der 8. Fortbildungstagung des KHM

1./2. Juni 2006 im Kultur- und Kongresszentrum Luzern

Nach der eindrucklichen Grossmobilisierung zur Protestkundgebung am 1. April dieses Jahres in Bern haben die Hausärzte einen weiteren Teilnehmerrekord aufgestellt: Anlässlich ihrer diesjährigen 8. Fortbildungstagung am 1./2. Juni in Luzern konnten über 1000 Besucher verzeichnet werden. Zentrales Thema beim prominent besetzten Roundtable war denn auch die Weiterverfolgung der postulierten standespolitischen Interessen bzw. eine Manöverkritik auf breitester Ebene. Daneben wurden praxisspezifische Belange aus der Reise-, Ernährungs-, Sport- und psychosomatischen Medizin diskutiert, Einblicke in die 20jährige Geschichte des Sentinella-Meldesystems gewährt und der «Hausarzt in Aktion» als neue interdisziplinäre Fortbildungsplattform eingeführt.

Après l'impressionnante mobilisation du 1^{er} avril cette année à Berne, les médecins de premier recours ont établi un nouveau record: plus de 1000 visiteurs se sont rendus au 8^e congrès de formation du 1^{er} et 2 juin à Lucerne. Le thème central des tables rondes où siégeaient des personnalités importantes était la poursuite de la défense des intérêts professionnels, respectivement une critique au sens large de la procédure. D'autres sujets liés à la pratique, tels que la médecine de voyage, nutritionnelle, sportive et psychosomatique furent également discutés. Autres sujets abordés: un aperçu de vingt ans d'histoire du système d'alerte Sentinella et l'introduction d'une nouvelle plate-forme interdisciplinaire de formation postgraduée, le «médecin de premier recours en action».

Heidi Fuchs, Branka Muser

Der erste Kongresstag ging auf exotische und weniger exotische Infektionskrankheiten ein – von emerging infections über SARS und HIV bis hin zur banalen und doch nicht so banalen (Vogel)Grippe –, auf Ernährung und Essstörungen sowie, passend zum Tagungsmotto «Winter», auf Vitamine und Vorräte. Die zur Besitzstandswahrung in der Geriatrie angebotenen Fachmodule widmeten sich der Abklärung der Urteilsfähigkeit bei Demenz bzw. der Fahreignung im Alter und zeigten an Fallbeispielen die Möglichkeiten und Grenzen einer Beurteilung durch den Hausarzt auf. «Wie helfen Laboranalysen bei der Arthritisabklärung weiter?», lautete eine der zentralen Fragestellungen anlässlich der Seminarien zum Praxislabor, «Automatisierte vs. manuelle Bestimmung der hämatologischen Parameter?», eine andere.

Bauchschmerzen I – oder die Intuition des Hausarztes

Der zweite KHM-Fortbildungstag stand dann ganz im Zeichen des Bauchgefühls. Den Anfang machte Prof. Dr. med. Wolf Langewitz, Leiter der Abteilung Psychosomatik am Universitätsspital Basel, in seinem Hauptvortrag zum Thema «Intuition des Hausarztes»: «Ich hatte so ein ungutes Gefühl ... der Patient gefiel mir nicht ...» – darum sei er abends noch einmal auf die Station gegangen, berichtete ihm ein Arzt. Aber auch, weil er eigentlich nicht gewusst habe, was er dem Nachtarzt hätte sagen, welche Fakten er ihm hätte vorlegen sollen. Und gerade der Arzt fühlt sich landläufig harten Fakten ja besonders verpflichtet. Aus einer bestimmten Situation, in der sich der Patient gerade befindet, versucht er, solche Fakten herauszukristallisieren. Indem er im richtigen Moment die richtige Frage stellt; indem er sich eben gerade nicht auf eine gemeinsame Situation mit dem Patienten einlässt. Patient: «Mir ist nicht wohl.» – Arzt: «Worin äussert sich das?» Aber wie macht sich dieser Moment be-



Prof. Dr. med. Wolf Langewitz:
Das ungute Gefühl im Bauch.

merkbar – ausser durch das besagte un-gute Gefühl, «das Ziehen im Bauch», das uns unter Umständen am Einschlafen hindert? Prof. Langewitz fragt nach: Ist da zum Beispiel ein Faktum, das sich sperrt – wie ein Kanaldeckel auf der Autobahn –, das nicht «passt»? Kommt etwa Scham auf («Ich habe mich vielleicht geirrt ...»)? Etwas davon bewegt uns schliesslich dazu, noch einmal nach dem Patienten zu sehen. Genauso wichtig ist aber auch das umgekehrte Vorgehen – das Wiedereinsteigen

in die Situation, das Betrachten des Gesamtbildes, wie etwa bei der Patientin mit Völlegefühl, der «alles zuviel» geworden ist. Obschon die gesellschaftliche Entwicklung und Anerkennung zugunsten der Spezialisierung genau in die entgegengesetzte Richtung verlaufen: Die Intuition des Hausarztes ist nach wie vor und mehr denn je gefragt.

Die Motivation – oder der richtige Moment

Auch wenn es um die Veränderung gesundheitlich ungünstiger Verhaltensweisen geht, ist die Sensibilität des Hausarztes gefragt; autoritäres Vorgehen, Überheblichkeit und voreilige Ratschläge sind fehl am Platz. Genau damit tut sich aber mancher Arzt ziemlich schwer – schliesslich weiss er ja, was zu tun oder eben zu lassen wäre. Für Dr. med. Pierre Loeb, Präsident der Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM und Dozent am Basler Institut für Psychosomatische Medizin BIPM, ist deshalb ganz klar, dass auch der Arzt sein Verhalten ändern muss. Dank der Technik des sogenannten «motivational interviewing» nach Miller und Rollnick [1, 2] kann er eine partnerschaftliche, respektvolle Zusammenarbeit mit dem Patienten eingehen – ohne dabei eine gewisse direkte Führungsrolle abzulegen.

«Mit dem Widerstand statt gegen den Widerstand», ist dabei die Devise; das Problembewusstsein des Patienten, aber auch die ärztliche Akzeptanz von Ambivalenzen und Rückfällen sind die Grundlagen. Je nach Motivation und Stadium des angestrebten Veränderungsprozesses bieten sich dann verschiedene Strategien an: von der «Anbindung» («Vielleicht ist jetzt nicht der richtige Moment ...»), über die Ausarbeitung der Vor- und Nachteile bzw. der Motivationsanreize und Bedenken bis zum Blick über den Zaun («Was wäre, wenn ...?»).¹

¹ Weitere Angaben zur zweitägigen Weiterbildung und Supervision in Motivierender Gesprächsführung können per E-Mail angefordert werden: info@appm.ch oder unter: www.motivationalinterviewing.ch.



«Demonstration im April – wie weiter?» – Podiumsdiskussion mit Prof. Dr. phil. Kurt Imhof, Soziologe; Peter Marbet, Geschäftsleitung der santésuisse; Dr. phil. Peter Stücheli, Kommunikationsberater; Nationalrätin Christine Egerszegi; Regierungsrätin Heidi Hanselmann; Dr. med. Hansueli Späth, Präsident der SGAM; Erika Ziltener, Dachverband der Patientenstellen; Moderation: Nik Hartmann, Radio- und Fernsehjournalist.



Der wehleidige Hausarzt

Die wenigsten der Protagonisten der brisanten Roundtable-Diskussion zum Thema «Demonstration im April – wie weiter?» – dem Höhepunkt des zweiten KHM-Fortbildungstages – sind an der besagten Hausärztemanifestation dabei gewesen. Die Kritik aus dieser prominenten Runde lässt sich denn auch auf einen klaren Hauptvorwurf reduzieren: Die Anliegen der Hausärzte sind bei den Nichtbetroffenen verschwommen angekommen bzw. die Hausärzte sind sehr emotional und dabei negativ in Erscheinung getreten. Ist der Hausarzt ein Jammerlappen?

Dr. med. Hansueli Späth, Präsident der SGAM, sieht für den Hausarzt durchaus Grund zum Jammern: Er ist einerseits der Prügelnabe im Gesundheitswesen und andererseits im Aussterben begriffen. Allerdings war es seiner Ansicht nach eher Wut als Jammern, die anlässlich der Hausärztedemo zum Ausdruck gekommen ist. Auch der Soziologe in der Runde, Prof. Kurt Imhof von der Universität Zürich, bestätigt den lamentablen Zustand der Schweizer Gesundheitspolitik. Nichtsdestotrotz sollte seiner Meinung nach die mediale Diskussion der Hausarztproblematik lösungsorientiert geführt werden: statt Frustrations- und Aussterbediskurs Propagierung des «Service public»-Gedankens. Die Vorteile, die sich aus der ganzheitlichen Betreuung durch den Hausarzt und dessen Patientennähe ergeben und die Lebensqualität nachhaltig verbessern, sollen gezielt nach aussen

transportiert werden – und zwar in einer bis drei kurzen und prägnanten Botschaften.

Eine professionelle Unterstützung bzw. Organisation könnte dabei von Vorteil sein (Beispiel Zürcher Assistenzärzte). Dr. phil. Peter Stücheli, als Inhaber einer Kommunikations- und PR-Agentur, Dozent und Journalist Vertreter der Medien, sieht aber eine Gefahr darin, diese Aufgabe schlicht delegieren zu wollen: Nur die Betroffenen selbst können festlegen, was erreicht werden soll, und die Kernbotschaften ausarbeiten.

Der vernetzte Hausarzt

Darauf angesprochen, was sie selbst als Hausärztin anders machen würde, verwies Nationalrätin Christine Egerszegi auf das «Networking» an öffentlichen Veranstaltungen und auf das Schaffen einer Vertrauensbasis in der Politik. Bei Problemen könne man/frau sich dann an bekannter Stelle Hilfe holen. Peter Marbet von der Geschäftsleitung der santésuisse würde als Hausarzt durch die Einbindung in eine Gemeinschaftspraxis Entlastung suchen: einfachere Organisationsstrukturen, Teilzeitarbeitsmöglichkeiten, Regelung des Notfalldienstes. In der immer wieder aufflammenden Kostendiskussion zum Gesundheitswesen vertritt er den Standpunkt, dass die kantonale Kostenneutralität nicht durch die Krankenversicherer initiiert worden sei und eine entsprechende Kompensation deshalb durch die Ärzteschaft selbst ein-

gebracht werden müsse. Da der Hausarzt nicht von einem «Bauernbonus» profitieren könne, müsse er seine Geschicke selbst in die Hand nehmen ...

Forderungen aus der Zuhörerschaft:

- Beschränkung bestimmter Leistungen durch gesellschaftlichen Entscheid (Soll ein 80jähriger noch ins Katheterlabor?)
- Flächendeckendes obligatorisches Hausarztssystem (als Voraussetzung für die Deckung aus der Grundversicherung)
- Akademisierung der Hausarztmedizin (an jeder Universität ein Institut für Hausarztmedizin)
- Eine einzige Stimme für die Grundversorger (keine Verzettelung in SGAM, SGIM, KHM usw.)
- Austritt aus der FMH (die primär Spezialisteninteressen vertrete)

Bauchschmerzen II – oder das schreiende Kind

Mit dem ersten Pädiatriemodul, präsentiert von Dr. med. Johannes Spalinger, Kinderspital Luzern/Universitätskinderklinik Bern, und Dr. med. Pius Bürki, Baar, wurde das Thema «Bauchschmerzen» wieder aufgegriffen. Akute Bauchschmerzen als häufiges Symptom in der Pädiatrie müssen abgeklärt werden, wenn sie plötzlich auftreten, andauern bzw. zunehmen und von zusätzlichen klinischen Symptomen wie Erbrechen, Durchfall oder Fieber bzw. einer Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes begleitet sind. Vorsicht ist bei Säuglingen in bezug auf mögliche Darmanomalien oder eine Invagination geboten: Die typischerweise wellenförmigen Schmerzschübe, die im Schmerzgipfel eine Schocksymptomatik erreichen, das «andere» Schreien, wie es von den Müttern häufig beschrieben wird, galliges Erbrechen in den ersten Stunden oder ein himbeer-geleearartiges rektales Sekret als relatives Spätsymptom sind mögliche Hinweise darauf. Und schliesslich sollte man bei heftigen Bauchschmerzen im Kindesalter grundsätzlich differentialdiagnostisch an

die Möglichkeit extraintestinaler Erkrankungen (wie z.B. Pneumonien, Streptokokkeninfektionen, Stomatitis) denken. Bei Säuglingskoliken ist eine Unterstützung der Eltern angezeigt. Bei mehr als drei Stunden Schreien pro Tag an mehr als drei Tagen pro Woche und während mehr als drei aufeinanderfolgenden Wochen stossen die Eltern häufig an ihre Grenzen: Verweisen Sie sie an den Elternnotruf, empfehlen Sie ihnen ein Time-out, einen Schoppenwechsel oder eine Autofahrt – und versprechen Sie ihnen, dass die Koliken spätestens nach drei bis vier Monaten vorbei sind. Auch bei den sogenannten «happy spitters», Säuglingen mit gastroösophagealem Reflux, sind primär die Eltern gefordert; 95% der Kinder benötigen keine Therapie. Warnzeichen sind wiederum zusätzliche klinische Symptome wie rezidivierendes (blutiges) Erbrechen, Schmerzen oder etwa eine Aspirationspneumonie.

Wenn das Kind nicht (ein)schlafen will ...

... ist es entweder nicht müde genug; Schlafdruck muss zuerst aufgebaut, um danach abgebaut werden zu können. Das ist beim Säugling relativ schnell der Fall, erfolgt mit zunehmendem Alter aber immer langsamer – es kommt zu längeren Wachphasen. Obwohl es durchaus «Eulen- und Lerchentypen» (Abend- und Morgenkinder) gibt, wie Dr. med. Oskar Jenni und Dr. med. Caroline Benz-Castellano von der Universitäts-Kinderklinik Zürich im zweiten Pädiatriemodul ausführten, bewegt sich das Schlafbedürfnis in einem berechenbaren Rahmen. Um unerwünschte Schlafmuster zu korrigieren, arbeitet Caroline Benz in ihrer Schlafsprechstunde mit dem Schlafprotokoll. Darin wird über 14 Tage der Schlafbedarf ermittelt und entsprechend den Wunschvorstellungen der Eltern aufgeteilt.²

² Schlafprotokolle können auf der Website der Entwicklungspädiatrischen Poliklinik der Universitäts-Kinderklinik Zürich, www.kispi.unizh.ch/pl/Kinderspital/Medizin/AWE/Poliklinik/Schlafprotokoll.pdf heruntergeladen werden.



Balanceakt für den Hausarzt – demonstriert von Turn- und Sportlehrer Roland Fuchs.

Neben der Ermittlung des individuellen Schlafbedarfs und der Einhaltung eines regelmässigen Rhythmus gehört auch das selbständige Einschlafen zum erfolgreich praktizierten Dreistufenkonzept der Schlafsprechstunde an der Universitäts-Kinderklinik Zürich. Dabei wird zwischen (positiven) Einschlafritualen, die das Kind auf das Einschlafen vorbereiten, wie zum Beispiel Baden, eine Geschichte erzählen usw., und (negativen) Einschlafhilfen, die im Gegensatz dazu das Kind über das Einschlafritual hinaus in den Schlaf begleiten (mit dem Schoppen/im Arm der Mutter einschlafen o.ä.), unterschieden. Wacht das Kind mitten in der Nacht auf, erwartet es dieselbe Hilfestellung, um wieder einschlafen zu können.

Wie fit ist der Hausarzt?

Für diejenigen, die nicht nur geistig, sondern auch körperlich aktiv werden wollten, wurde in der nahegelegenen Turnhalle der Berufsschule ein sportliches Vortrags-Time-out angeboten. Unter fachkundiger Anleitung des Turn- und Sportlehrers Roland Fuchs konnten zum

Beispiel Standhaftigkeit, Balance und Gleichgewicht geübt werden – alles Eigenschaften, die durchaus auch in der ärztlichen Praxis gefragt sind.

Bauchschmerzen III – oder das kolorektale Karzinom

Ein weiterer Höhepunkt kurz vor Ende der 8. KHM-Fortbildungstagung war die Veranstaltung «Der Hausarzt in Aktion». Bestritten wurde sie von einem interdisziplinären Team aus dem Berner Oberland, bestehend aus dem Hausarzt Prof. Dr. med. Benedikt Horn, Interlaken, dem Gastroenterologen Dr. med. Manfred Essig und dem Viszeralchirurgen Dr. med. Arnold Kohler, welche sich zum Thema des Kolonkarzinoms äusserten.

Die erste Veranstaltung dieser neuen Reihe demonstrierte den Weg zur erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Spezialisten und Chirurgen, quasi «von der Schnittstelle zur Nahtstelle». Anhand der häufigen Tumorart des Kolonkarzinoms – 5% der Bevölkerung sind davon betroffen – wurde die Bedeutung des Grundversorgers in der Vorsorge betont und gleichzeitig die Herausforderung der Nachsorge aufgezeigt.³

Fortsetzung folgt – spätestens am 14./15. Juni 2007. Thema wird der Gegensatz zwischen «Gut» und «Böse» sein. Erste Stichworte dazu sind: Salutogenese vs. Pathogenese, Lust vs. Frust, Maximum vs. Optimum.

Literatur

- 1 Miller WR. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour. New York: Guilford Press; 1983.
- 2 Rollnick S, et al. Health behaviour change – a guide for practitioners. London: Churchill Livingstone; 1999.
- 3 Borner MM. Molekulare Targets beim Kolonkarzinom. Ther Umsch 2006;63(4):243–8.

Heidi Fuchs
Dr. Schlegel Healthworld AG
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen
info@schlegelhealth.ch

³ Siehe auch den Sonderdruck der «Therapeutischen Umschau» 63/4 [3].



Das neue Weiterbildungsprogramm «Allgemeinmedizin» ist nun im Internet abrufbar unter:

http://www.fmh.ch/de/data/pdf/allgemeinmedizin_version_internet_d.pdf

Informationen dazu sind im Heft 25 von «PrimaryCare» publiziert worden. Sie sind ebenfalls im Internet zu finden: Späth HU. Das neue Weiterbildungsprogramm der SGAM. / Keller JP. Das neue Weiterbildungsprogramm für den Facharzt für Allgemeinmedizin tritt am 1. Juli 2006 in Kraft. http://www.primary-care.ch/dfelset_archive.html