

Peter Tschudi

Der Hausarzt – Spielball der Patienten und der Gesundheitspolitik?

Teil 2: Der Hausarzt, ein wichtiger Mitspieler in Gesprächsführung und Ausbildung¹

Gesprächsführung in der Hausarztpraxis

An der Studie «Gesprächsführung in der Hausarztpraxis» von Louis Litschgi beteiligten sich 12 Hausärztinnen und Hausärzte. 127 Konsultationen wurden auf Tonband aufgenommen und sekundengenau analysiert nach Redezeit des Patient, des Arztes, der Wechselrede, der Pausen usw. (Abb. 1):

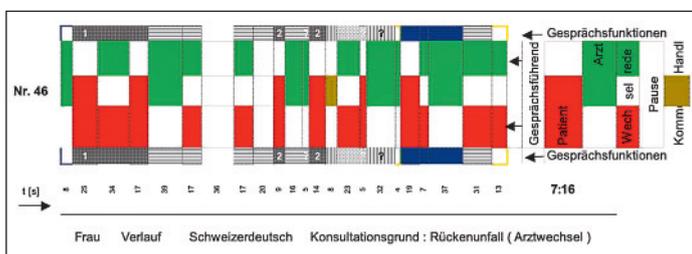


Abbildung 1
Verteilung der Gesprächsführung.

Die 27 Stunden Gesprächszeit ergeben folgende Verteilung der Gesprächsführung. Die Redezeit in den Konsultationen beträgt 90%. Gespräch als einzige Handlung findet in 80% der Zeit statt. Die Redezeit der Patienten ist deutlich länger als der Ärzte und die wichtigste Redeform ist nicht der Monolog, sondern die Wechselrede, der eigentliche Dialog, wo das Gespräch als gemeinsame Konstruktion geschaffen wird (Abb. 2).

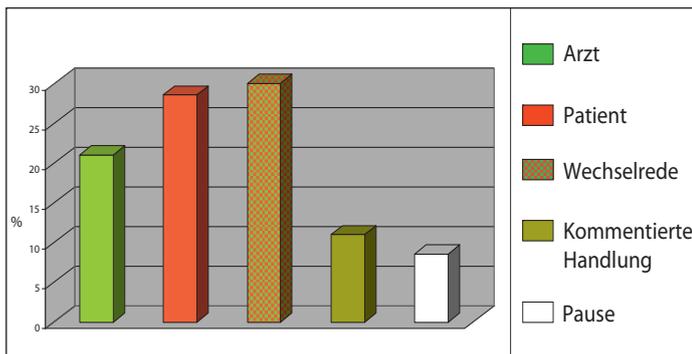


Abbildung 2
Gesprächsführung in 127 Konsultationen in %.

Die Unterschiede in der Gesprächsführung unter den 12 Hausärztinnen und Hausärzten sind zum Teil erheblich (Abb. 3).

¹ Der erste Teil dieser Serie ist im Heft 5 von PrimaryCare erschienen; Teil 3 folgt im Heft 7, Teil 4 im Heft 8.

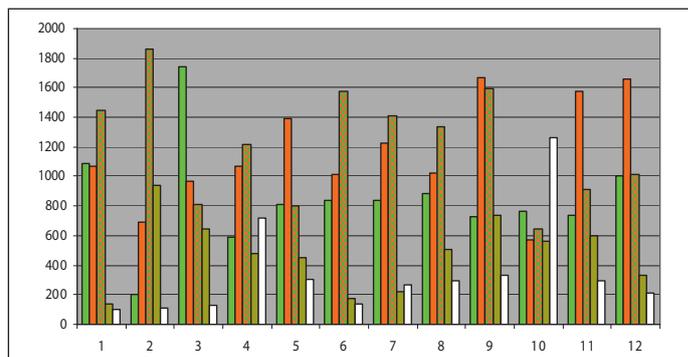


Abbildung 3
Individuelle Unterschiede in der Gestaltung der Gesprächsführung. (Legende siehe Abb. 2.)

Doch schauen wir uns die Vielfalt der Gesprächsführung der einzelnen Hausärztinnen und Hausärzte etwas genauer an (Abb. 4–8):

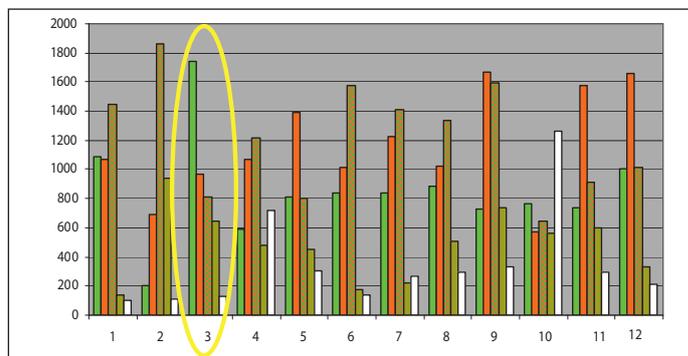


Abbildung 4
Gesprächsführung beim Arzt.

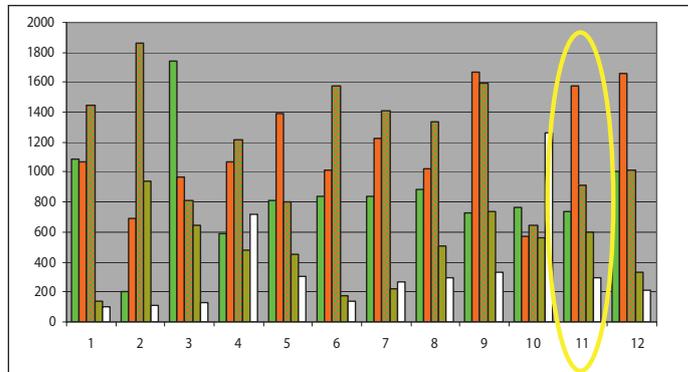


Abbildung 5
In dieser Praxis führen eindeutig die Patienten das Wort.

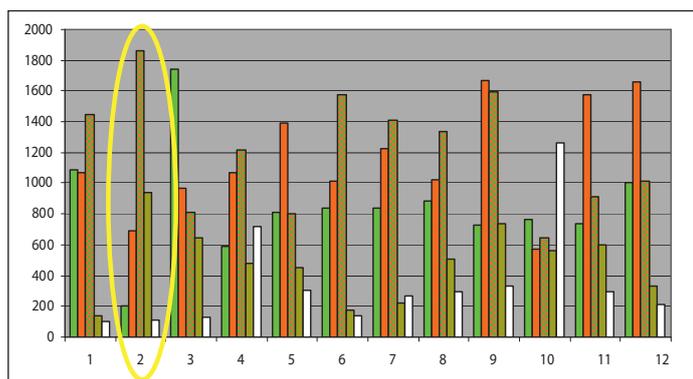


Abbildung 6
Dieser Hausarzt sucht die Wechselrede, den Dialog mit seinen Patienten.

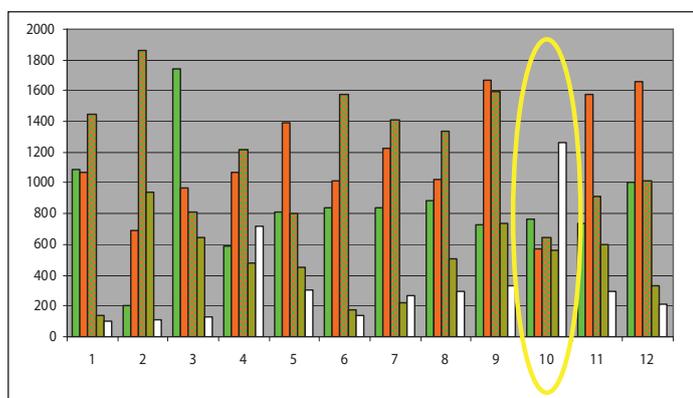


Abbildung 7
Mut zur Pause: Bei diesem Hausarzt muss nicht ununterbrochen gesprochen werden ...

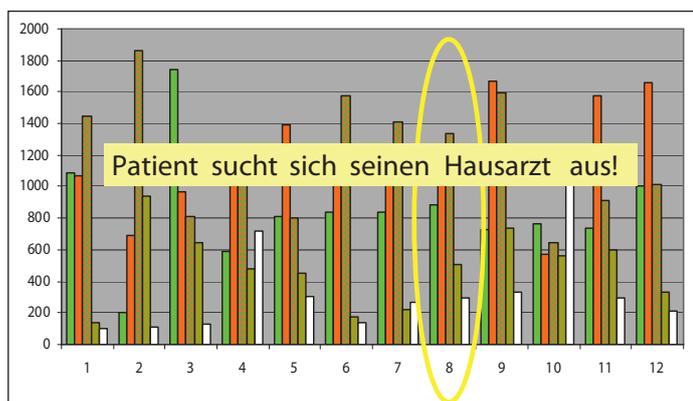


Abbildung 8
Und natürlich gibt es den ausgeglichenen typischen Hausarzt!

Diese Unterschiede in der Gesprächsgestaltung sind wohl die entscheidenden Merkmale, nach denen sich ein Patient mehr für diesen oder für jenen Arzt entscheidet. Sucht er vor allem einen Zuhörer, einen wortstarken, einen stillen oder einen dialogversierten Ansprechpartner?

Gesprächsführung im Spital

Interessant ist auch der Vergleich der Konsultationen beim Hausarzt mit dem Gespräch anlässlich einer Krankenvsited im Spital oder Konsultation auf einer Poliklinik:

Tabelle 1

Vergleich der Konsultationen (Spital: H. Weber und W. Langewitz 2000, Basel; Spezialisten: L. C. Zandbelt 2001/2002, Amsterdam; Hausarzt: L. Litschgi 2006, Basel).

	Visite Spital	Poliklinik	Hausarzt/ärztin BS / BL
Redezeit des Patienten	34%	38%	50%
Verhältnis Redezeit Arzt / Patient	1.5: 1	1.6: 1	1: 1.4
Gesprächsdauer	7.5 Min	13 Min	13 Min

Die Redebeteiligung der Patienten bei den Konsultationen bzw. der Krankenvsited zeigt folgende Unterschiede: Im Spital kommt der Patient in 34% der Zeit einer Krankenvsited zu Wort, auf der Poliklinik in 38% und beim Hausarzt in 50% der Konsultationszeit. Das Verhältnis der Redezeit Arzt /Patient beträgt im Spital 1,5:1 zugunsten des Arztes und in der Hausarztpraxis 1:1,4 zugunsten des Patienten.

Alle bisherigen Schulungsprogramme in der Aus- und Weiterbildung zur Verbesserung des Gesprächs mit den Patientinnen und Patienten gingen von der im Spital und den Polikliniken zu geringen Gesprächsbeteiligung der Patienten aus. Es wurden Interventionen entwickelt, den Patienten zum Reden und den Arzt zum Schweigen zu bringen. Diese Interventionen wurden wiederum im Spital oder spitalnah eingeübt und waren wenig erfolgreich, weil diese Institutionen strukturell den Patienten fern und der Medizin nahe liegen. Umgekehrt in der Hausarztpraxis. Diese Institution ist patientennah und zeigt ganz andere Kommunikationscharakteristika und Probleme als die bisher an den Spitälern erforschten Mängel – zum Beispiel den dauernd wechselnden Kommunikationsanspruch an den Arzt, je nach Patient und je nach Problematik, oder die persönliche Konstanz oder den Stil in der Kommunikation, der wohl der wichtigste Faktor fürs Vertrauensverhältnis ist.

Der Hausarzt ist also ein wahrer Spezialist in der Kommunikation! Das Gespräch ist sein zentrales Arbeitsinstrument! Und wir sind stolz, dass wir dies den Studierenden im Unterricht, speziell im Einzeltutoriat, vermitteln dürfen.

Das Einzeltutoriat

Das Einzeltutoriat ist seit 10 Jahren die erfolgreiche didaktische Liaison zwischen Hausarztpraxis und Universität, also keine Konkurrenz zum Uni-Studium, sondern eine sinnvolle praktische Ergänzung.

Im 3. und 4. Jahreskurs gehen also während zwei Jahren jeden Dienstagnachmittag alle Studierenden ins Einzeltutoriat, zum grössten Teil zu einem Hausarzt in die Praxis (70–80%), um das Berufsbild und den realen Berufsalltag im 1:1-Teaching kennen zu lernen. Diese Lehr-/Lernform ist in der Schweiz und europaweit ein-

maling. In den Jahren 2004 und 2005 haben wir das Einzeltutoriat erstmals extern wissenschaftlich begleitet evaluieren lassen.

Für die Studierenden ist der Gang in die Praxis jede Woche: «Das Highlight der Woche»!

Als Ziele für das Einzeltutoriat wurden formuliert:

- Kennenlernen von Berufsbild und realem Berufsalltag in der Hausarztpraxis.
- Förderung der Motivation für den zukünftigen Beruf als Hausarzt/ärztin.
- 1:1-Teaching in einem Lehrmeister-Lehrlings-Verhältnis mit intensiver und interaktiver Zusammenarbeit: der Tutor soll ein Vorbild sein!
- Die Nachwuchsförderung liegt uns also am Herzen!
- Das Einzeltutoriat stärkt das Image des Hausarztes und fördert die «corporate identity».

In der folgenden Tabelle sehen Sie, wie beliebt das Einzeltutoriat nun tatsächlich ist. Anstelle der geforderten 33 Stunden im 3. Jahreskurs verbringen die Studierenden 54 Stunden, im 4. Jahreskurs anstelle von 48 stattliche 85 Stunden bei ihrem Tutor.

Tabelle 2
Verteilung der Tutoriate (aus [1]).

	3. Jahreskurs	4. Jahreskurs
Halbtage Einzeltutoriat		
- verlangt	11	16
- geleistet	13,5	20
Stunden pro Halbtage		
- verlangt	3	3
- geleistet	4,1	4,25
Effektiver zeitlicher Aufwand in Stunden		
- verlangt	33	48
- geleistet	54	85
Reiseweg	1 Stunde	1 Stunde
Vor-/Nachbereitung	50 Minuten	45 Minuten

Die externe Evaluation zeigt weiter sehr schön, dass die überwiegende Mehrheit der Studierenden «In der Kommunikation mit den Patienten an Sicherheit gewonnen hat» (Abb. 9) und dass die Studierenden «von ihrem Tutor gelernt haben, mit Patienten umzugehen» (Abb. 10). Ein schöneres Kompliment kann es für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte nicht geben!

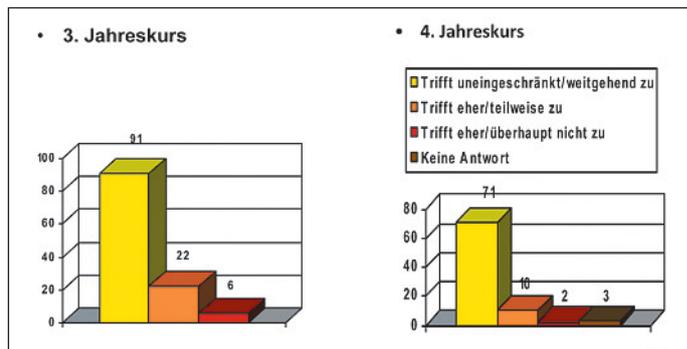


Abbildung 9
«In der Kommunikation mit den Patienten habe ich an Sicherheit gewonnen» (2004).

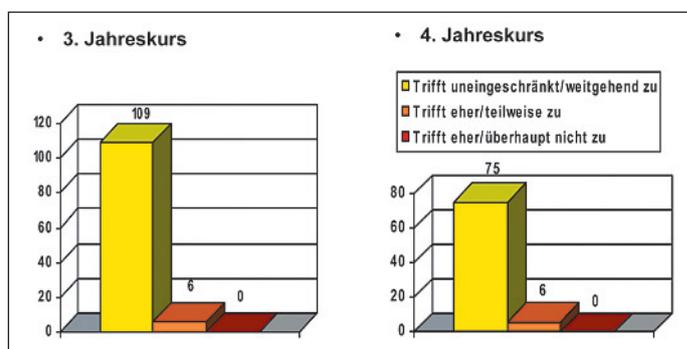


Abbildung 10
«Ich habe von meinem Tutor gelernt, mit Patienten umzugehen» (2004).

Die ausgezeichnete Gesamtbeurteilung 2005 (siehe auch [2]) basiert auf dem Fertigkeitserwerb bei äusseren Untersuchungen, der Sensibilisierung für das soziale Umfeld des Patienten und der Gesprächsführungskompetenz des Tutors!

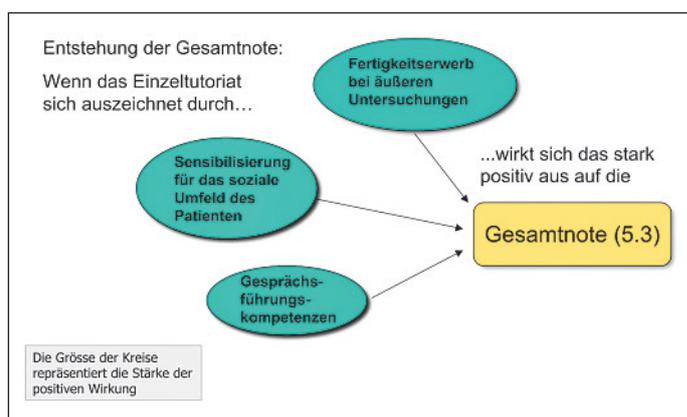


Abbildung 11
Gesamtbeurteilung Einzeltutoriat (2005).

Ist der Hausarzt also ein Spielball der Patienten?

Ein «Spielball» sicher nicht. Wir Hausärzte nehmen gerne die Steilvorlage unserer Patienten an und leiten den Pass im gekonnten Doppelpass-Spiel weiter. Die Gefahr, dass ein Zuspield misslingt oder ein Patient oder auch ein Arzt gefoult wird, besteht immer.

Doch die Schlagworte Patienten-Empowerment, Shared decision making und Gesundheitskompetenz haben ihre Berechtigung. Dahinter stecken echte Bedürfnisse. Patienten und Hausärzte müssen dazulernen und sich weiterentwickeln. Wir in Basel haben im Medizinstudium damit schon vor 10 Jahren begonnen. Medizintechnik ist notwendig, Gespräche, Empathie und die Langzeitbetreuung sind aber in der Arzt-Patienten-Beziehung entscheidend.

Science and charity – zuwendende Kommunikation und nicht einfach Management

Ich möchte diesen Teil abschliessen mit einem Hinweis auf ein Bild vom jungen Pablo Picasso, das er während seiner Ausbildung als akademischer Maler mit ca. 17 Jahren gemalt hat und das im Museu Picasso in Barcelona ausgestellt ist.² Der Arzt sitzt vom Patienten abgewendet neben dem Bett, ihn interessiert nur das Messergebnis. Die Nonne im Gegensatz ist der Patientin zugewandt. Das Bild zeigt eindrücklich die Trennung Arzt und Barmherzigkeit, den Gegensatz von Technik und Zuwendung. Die Gefahr, dass die Schere sich öffnet, ist gross. Wenn in der Praxis von morgen zum Beispiel die künftige Betreuung eines Patienten mit Diabetes mellitus sich einzig und allein dadurch vom bisherigen Status quo abhebt, dass die Behandlungen strukturiert erfolgen, die Verläufe wichtiger Werte graphisch dargestellt werden können, Remindersysteme an die erforderlichen Routinekontrollen erinnern – wobei deren Einhaltung kontinuierlich ansteigt –, die Fachangestellten aktiv in diese Prozesse eingebunden sind und mit den Patienten am Ende der Konsultation gemeinsame Behandlungsziele vereinbart werden, dann sind zwar mit jedem dieser Punkte unbestreitbar relevante und hilfreiche Entwicklungen angesprochen. Bei näherer Betrachtung fällt jedoch auf, dass allen genannten Faktoren neben der gewünschten Professionalisierung auch eine Distanzierung oder Abkühlung auf der unmittelbaren Beziehungsebene zwischen Patient und Hausarzt gemein ist, was durch den Aufbau unsichtbarer Barrieren einer vertieften therapeutischen Beziehung entgegenstehen und «Angst vor Nähe» ausdrücken kann. Das Ziel muss sein, beides, Wissen und Empathie, im Praxisalltag zu vereinen. Hier muss im Sinne der kontinuierlichen professionellen Weiterentwicklung die Selbstkompetenzentwicklung des Hausarztes «von morgen» ansetzen, wenn er sowohl Heiler als auch kompetenter Techniker und Manager sein will. Was für das Wohl des kranken Menschen so wesentlich ist, hat eine darüber hinausgehende Bedeutung für die Hausarztmedizin als Fach der hausärztlichen Patientenbetreuung. Während sich die anderen ärztlichen Disziplinen über ihren Inhalt definieren, über Krankheiten, Organsysteme oder

Technologien, ist die Arzt-Patienten-Beziehung vor jedem Inhalt schlechthin konstitutiv für die Hausarztmedizin. Die Weiterentwicklung und Verankerung der therapeutischen Arzt-Patienten-Beziehung bei der Konzeption künftiger hausärztlicher Versorgung aus dem Blick zu verlieren, wäre somit fatal für das Fortbestehen des Faches «Hausarztmedizin» selbst.

Auch bei einem noch so grossem Hausarztmangel darf es nicht dazu kommen, dass die Patienten beim E-Mail-Doktor Rat suchen müssen.

In den Niederlanden erntete ein unkonventioneller Arzt Beifall von Politik, Krankenversicherern und dem Ärzterverband. Weil auch dort die Hausärzte auszusterben drohen, bietet ein Arzt Konsultationen per E-Mail an! Wahrlich schöne Zukunftsaussichten und ganz sicher ein falsches Signal!

Für zwölf Euro beim E-Mail-Doktor

In den Niederlanden erntet ein unkonventioneller Arzt Beifall von Politik, Krankenversicherern und dem Ärzterverband. Weil die Hausärzte auszusterben drohen, bietet ein Arzt Konsultationen per E-Mail an.

Vor zwei Jahren hängte Robert Mol aus Hoogvliet bei Rotterdam seinen eigentlichen Beruf als Hausarzt an den Nagel. Seither sind in der Umgebung des niederländischen Ortes 1500 Patienten ohne Hausarzt. Und dies, obwohl der Hausarzt im niederländischen Gesundheitssystem die Schlüsselrolle spielt. Er kennt meist die Krankengeschichte der ganzen Familie, verfügt über sämtliche Akten und entscheidet über die Überweisung an Spezialisten.

Von Klaus Bachmann, Rotterdam

Das ist viel Arbeit, die immer weniger Ärzte für immer mehr Patienten verrichten müssen. Der Beruf des Hausarztes, bei dem man viel unterwegs ist, immer ansprechbar sein muss und keine festen Arbeitszeiten kennt, ist immer weniger attraktiv. 2002 waren 100 von 4800 Fraxen in den Niederlanden unbesetzt. In den nächsten sieben Jahren, so warnte unlängst das Magazin «Elsevier», wird ein Drittel aller Hausärzte den Beruf aufgeben.

Abhilfe ist in Sicht, dank Robert Mol. Denn der 46-Jährige wechselte nicht einfach den Beruf, er erfand gleich einen neuen: den «E-Mail-Doktor». Seit zwei Jahren nun berät er Patienten per E-Mail und Telefon. Patienten, die keinen Hausarzt haben oder mit dem eigenen unzufrieden sind, können ihre Beschwerden in einem E-Mail schildern. Dann ruft Mol zurück und entscheidet aufgrund des Gesprächs, ob für die Diagnose ein persönlicher Kontakt notwendig ist. Falls ja, kann der Patient in die Sprechstunde kommen oder er wird an einen Arzt in seiner Nähe verwiesen. Falls nicht, kontaktiert Mol die



Durchleuchten Sie sich selbst. Werden bald Diagnosen aufgrund von Web-Kamera-Bildern gestellt? Reuters

nächstgelegene Apotheke und übermittelt das Rezept. Eine Mail-Beratung kostet zwölf Euro, ein Sprechstundenbesuch 24 Euro. Und ein Jahresabonnement gibt für 87 Euro. Bereits hat sich eine Krankenversicherung gefunden, die diese Kosten rückerstattet.

Als Mol seine virtuelle Praxis startete, erhielt er selbst vom damaligen Gesundheitsminister Lob für die originale Idee zur Bekämpfung des Hausarztmangels. In den Niederlanden klagt niemand darüber, dass der Kontakt mit der traditionsreichen Institution Hausarzt nun unpersönlich zu werden droht. Nach einer Umfrage des

staatlichen «Rates für Volksgesundheits» unter Internetnutzern befürworteten 75 Prozent der Befragten den virtuellen Arztbesuch, 40 Prozent erklärten, sie würden dadurch weniger Sprechstunden aufsuchen. So, argumentiert Mol, würden die Ärzte entlastet und könnten mehr Patienten betreuen. Fehldiagnosen scheint er nicht zu fürchten: «Nach meiner Erfahrung zwingt das E-Mail-Schreiben Patienten dazu, ihre Symptome genauer wiederzugeben, als dies beim Gespräch geschieht.» Und im Gegensatz zu mündlich erteilten Ratschlägen könne sich ein Patient den Rat des Arztes ausdrücken und vergesse ihn nicht mehr.

Zielgruppe ohne Internet

Doch die Entwicklung der virtuellen Hausarztpraxis steckt noch in den Kinderschuhen. Nicole Slegers, Sprecherin des Verbands der Hausärzte: «Die Datensicherheit via elektronische Kommunikation ist noch nicht garantiert.» Mol wiederum berichtet von der Zahlungsbereitschaft seiner Patienten, die sich in Grenzen halte. In den meisten Fällen erhalte er sein Geld etwa nach einem Monat – aber es könne auch länger dauern. Und Frank van der Aa von der Seniorenvereinigung Anbo glaubt, dass ein E-Mail-Doktor älteren Menschen manchen Hausarztbesuch ersparen könnte. «doch von unserer Klientel haben nur zehn Prozent einen Internetanschluss.»

Robert Mol ficht das nicht an. Seine Praxis floriert. Medien und Politik sind von der Idee begeistert. Er selbst träumt bereits vom nächsten Schritt: dass Patienten Bilder von sich ab der Web-Kamera zur Diagnose schicken.

Abbildung 12

Basler Zeitung, 26. September 2003. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.

Literatur

- 1 Isler R, Romero S, Halter U, Heiniger S, Persike M, Röers B, Martina B, Tschudi P, Bally K. Das Einzeltutorial in Basel – eine zehnjährige Erfolgsgeschichte. PrimaryCare 2009;9(4):74-7.
- 2 Isler R, Romero S, Halter U, Heiniger S, Persike M, Röers B, Bally K, Martina B, Tschudi P. One-on-one long-term tutorials in general practitioners practice – a successful new teaching concept in primary care medicine. Swiss Med Wkly. 2009;139(11-12):161-5. Available from: <http://www.smw.ch/docs/PdfContent/smw-12438.pdf>.

Prof. Dr. med. Peter Tschudi
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Vorsteher Institut für Hausarztmedizin IHAMB
 Universität Basel
 Petersgraben 4
 4031 Basel
 Peter.Tschudi@unibas.ch

² Pablo Picasso. Science and Charity. 1897. Oil on canvas. Museu Picasso of Barcelona, Spain. Siehe <http://www.bcn.cat/museupicasso/en/collection/mpb110-046.html>