

Rudolf Meyer

Hausarztmedizin im Grenzgebiet zwischen Gesellschaft und Medizin

Das neue Weiterbildungsprogramm lässt darauf schliessen, dass die Grundversorgung in der Schweiz künftig von hausärztlich tätigen Internisten gestaltet werden soll. Kann das gut gehen?

1965 wurde in der Schweiz zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Titel «Arzt für Allgemeinmedizin FMH» mit einer eigenen Weiterbildung geschaffen. Am 26. November 2009 hat das SIWF beschlossen, den Titel «Allgemeinmedizin FMH» zu löschen und demonstriert damit, dass die Schweiz in Zukunft auf eine optimierte Primärversorgung verzichten will. Gemäss des neuen Weiterbildungsprogramms unterscheiden sich die zukünftigen Spitalinternisten und die hausärztlich tätigen Internisten kaum.

Aber: In einem modernen Weiterbildungsprogramm müssen sich die Inhalte an der späteren Berufstätigkeit orientieren. Die sind nun zwischen dem Spitalinternisten und dem Hausarzt ganz unterschiedlich: Während der Hausarzt sich mit dem ganzen Spektrum des unausgelesenen Krankengutes auseinander setzen muss, ist das Krankengut des Spitalinternisten hoch selektioniert und auf Fälle der Inneren Medizin beschränkt. Morbiditätsstudien aus der Primärversorgung zeigen eindeutig, dass typische internistische Erkrankungen nur einen kleinen Teil der Gesamtmorbidität in der Primärversorgung darstellen. In Anbetracht dieser Ergebnisse wird deutlich, dass die Allgemeine Innere Medizin die Primärversorgung nicht repräsentiert – eine Weiterbildung, die zugleich die Titel «Spitalinternist» und «Hausarzt» ermöglichen soll, ist ein Anachronismus.

Die Allgemeine Innere Medizin im Spital ist wie alle klinischen Spezialdisziplinen organmedizinisch und krankheitsorientiert. Das ist auch ihre Aufgabe. Im Gegensatz dazu ist die zentrale Funktion der Hausarztmedizin personenorientiert und patientenzentriert. Der Patient steht im Mittelpunkt und nicht die Krankheit! Das hat wesentliche Implikationen für die Weiterbildung.

Hausarztmedizin ist jene praxisbezogene, problembezogene und patientenzentrierte Disziplin, die dank ihrer Nähe zum Patienten in der Lage ist, alle Probleme, die dessen Gesundheit (und nicht nur die Erkrankungen) betreffen, wahrzunehmen und bei ihrer Lösung medizinische und andere Hilfen anzubieten. Es handelt sich um die Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit, die an der vordersten Linie (R.N. Braun) und im Schnittpunkt zwischen Medizin und Gesellschaft steht (S. Häussler). Im Fokus des Hausarztes bleibt nach wie vor die Einzelperson und deren Familie. Dieses Bemühen wird aber von beiden Bereichen, von der Gesellschaft und der Medizin, wesentlich beeinflusst und der Hausarzt hat sich um diese beiden Bereiche zu kümmern.

Huygen, der Begründer der Familienmedizin in Europa, betont zudem die Rolle des Hausarztes als Mittler zwischen dem Bedarf der Bevölkerung und den Möglichkeiten der Medizin: «Der Hausarzt steht auf der Grenze zwischen Selbsthilfe und professioneller Hilfe. Dabei steht er oft näher bei der Gesundheit als der Krankheit

und Entscheidungen des Hausarztes in diesem Niemandsland zwischen Selbsthilfe und Medizin können weit reichende Folgen haben und erfordern deshalb einen spezifischen Sachverstand, um die Risiken beurteilen zu können.»

Auf diese Aufgaben der Medizin als sozialen Handlungswissenschaft müssen die zukünftigen Hausärztinnen und -ärzte ebenso vorbereitet werden wie auf das klinische Erkennen und Behandeln von Krankheiten. Die ausschliessliche Bindung an die klinische Fachdisziplin der Inneren Medizin würde solche Bemühungen verunmöglichen – denn dazu gehört die Zusammenarbeit mit allen anderen Disziplinen. Damit ist die Hausarztmedizin die erste Kontaktstelle zum Gesundheitswesen und vermeidet unnötige spezialärztliche Massnahmen weitgehend. Sie ist über den Zeitverlauf hinweg personenorientiert und patientenzentriert und vermeidet eine nur krankheitszentrierte Behandlung. Sie ist umfassend und vermindert unnötige Überweisungen bei den häufigen Gesundheitsstörungen. Durch ihre Koordinationsfunktion reduziert sie etwa unnötige Doppeluntersuchungen und gefährliche Interventionen. Zudem ist Primärversorgung sowohl auf die Familie zentriert als auch gemeindeorientiert. Deshalb bietet die Primärversorgung eine effizientere und effektivere Gesundheitsversorgung als eine rein spezialärztliche orientierte Gesundheitsversorgung. Starfield et al. schreiben dazu: «Many other studies done within countries, both industrialized and developing, show that areas with better primary care have better health outcomes, including total mortality rates, heart disease mortality rates, and infant mortality, and earlier detection of cancers such as colorectal cancer, breast cancer, uterine/cervical cancer, and melanoma. The opposite is the case for higher specialist supply, which is associated with worse outcomes.»

Da diese Aspekte durch die Allgemeine Innere Medizin nicht abgedeckt werden können, ist es unabdingbar, dass die medizinische Primärversorgung durch eine eigene Disziplin vertreten wird: Das kann nur die Allgemeinmedizin bzw. Hausarztmedizin sein, wie das nicht nur von der Wonca und der UEMO gefordert wird, sondern auch in den Artikeln 28–30 der EU-Richtlinie 2005/36 festgehalten ist.

Es ist sicherlich auch im Sinn der Bevölkerung, dass der Allgemeinarzt erhalten und gefördert wird. Denn auch für die in der Schweiz Lebenden dürfte zutreffen, was in Deutschland das Gutachten des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Jahr 2009 festgestellt hat: «Über 90% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland hat einen Hausarzt, im Alter über 65 Jahre sogar 96%. Dabei handelt es sich in 83% der Fälle um einen Facharzt für Allgemeinmedizin.»

Korrespondenz:
Dr. med. Rudolf Ludwig Meyer
Hauptstrasse 18
4313 Möhlin
meyer.moehlin@bluewin.ch