

Marc Jamoulle¹

Besonderheiten und Grenzen des Hausarztberufs

Ein dynamisches Verständnis der Überlebensprozesse, aktives Zuhören und das Fokussieren auf den Patienten sind immer Herausforderungen für einen Arzt. Die quartäre Prävention bringt uns zu einer zentralen Frage ...

Eine Analyse des Präventionskonzepts aus einem beziehungsbezogenen statt aus einem chronologischen Blickwinkel zeigt vier Tätigkeitsfelder des Arztes und insbesondere des Hausarztes, welche auf die entsprechenden Bedürfnisse des Patienten eingehen (siehe auch [1]).

Das beziehungsbezogene Präventionsmodell

Primärprävention

Zunächst geht es um ein Tätigkeitsfeld, das wir Primärprävention nennen, da hier weder Arzt noch Patient mit Krankheit konfrontiert ist, der Arzt jedoch nun, durch die heutige symbolische Macht des Gesundheitssystems, einem Geistlichen gleich, über Gut und Böse richten und Sünder produzieren soll, indem er den Katechismus durch Gesundheitserziehungsbroschüren ersetzt und Impfungen zur Pflicht erhebt, unter dem Vorwand, dadurch Leben von Kindern zu retten, die man später verhungern lassen wird.

Sekundärprävention

Aufgrund ihres Wunsches, alles richtig zu machen, dem Misserfolg zuvorzukommen und ihr Wissen anzuwenden, haben Ärzte den ständigen Antrieb, nach Krankheiten zu suchen, und zwar meistens bei Gesunden. Sie werden mit angsterregenden Informationen gefügig gemacht, welche ihre jeweilige Schwachstelle treffen, wodurch auf geradezu ideale Weise eine Coabhängigkeit zwischen Arzt und Patienten erschaffen wird. Dieser Screening-Wahn entspricht dem Bereich der Sekundärprävention. Nach den anfänglichen Empfehlungen für die breite Masse wirkt der Arzt nun auf Einzelpersonen ein, denen er Angst macht, um sich selbst zu beruhigen. Dies führt zu einer immer stärkeren Medikalisierung [2].

Tertiärprävention

Das Leben ist jedoch endlich und Krankheit und Tod sind unumgängliche Realitäten, denen Arzt und Patient schliesslich gemeinsam ins Auge sehen müssen. Die Zeitachse endet für beide im dritten Quadranten, dem der Krankheit und des Todes. Dies ist das Tätigkeitsfeld der Tertiärprävention, die meistens auf Bitten des Patienten betrieben wird, der unter gelegentlich schweren körperlichen oder geistigen Störungen leidet. Oftmals haben wir es hier jedoch auch mit einem durch den Arzt verursachten Zustand zu tun, der aufgrund seiner eigenen Unkenntnis oder der Nichtbeachtung existentieller und anthropologischer Gesichtspunkte entstanden ist und für den er mal eben neue Krankheitskategorien aus dem Hut zaubert [3].

Quartärprävention

Die ersten drei Situationen entsprechen drei verschiedenen Einstellungen des Arztes und Patienten in Bezug auf ihr Wissen bzw. drei Arten des Umgangs damit. Hier geht es um die vierte Situation, die sogenannte quartäre Prävention [5]. Es ist ein dramatischer Zusammenprall eines grenzenlosen Bedürfnisses und unverstandener Zurückweisung zwischen einem vom Schmerz des Lebens gezeichneten Patienten und einem Arzt, der es nicht gelernt hat, auf dieser Ebene eine Lösung zu finden. Das Hauptproblem, das in der Kommunikation zwischen der mitunter symbolischen Bitte des Patienten und der pragmatischen Antwort des Arztes begründet ist, führt zur Entstehung einer Leerstelle. In diese springen alle die Verkäufer von Glück und Illusionen, was in der heutigen Zeit der goldenen Kälber zu einer geradezu unverschämten Vermarktung von Gesundheit und den entsprechenden Produkten führt [6].

Quartäre Prävention [4]: Vorgehen, um einen Patient oder eine Population, bei dem bzw. der das Risiko einer Übermedikalisierung besteht, zu identifizieren, vor invasiven medizinischen Eingriffen zu bewahren und ihm ethisch und medizinisch angemessene Behandlungsverfahren anzubieten.

Um dieses Hauptproblem in der Arzt-Patienten-Kommunikation zu vermeiden und die Angst einzudämmen, die durch den oftmals konflikträchtigen Zusammenprall manchmal entgegengesetzter Wissensstände entsteht, schlage ich vor, Instrumente zur Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit einzuführen, Überlegungen über die Grenzen ärztlichen Handelns anzustellen und die Beziehungen zu unseren Patienten zu überdenken, kurz gesagt, eine neue Beziehungsethik zu entwickeln.

Der Hausarzt

Laut den üblichen Definitionen ist das Tätigkeitsspektrum eines Hausarztes allumfassend. Er hat also das Recht übernommen, sich um alles zu kümmern, was manchmal auch als seine Pflicht ausgelegt wird. Auch wenn man die ethischen Grenzen dieses allumfassenden Tätigkeitsspektrums infragestellen und behaupten könnte, dass dieses Konzept selbst die Grundlage für eine starke Medikalisierung darstellt, so kann doch der Hausarzt inmitten des grossen Rollen- und Geldspiels, zu dem das Gesundheitssystem verkommen ist, ein gefürchteter Beobachter sein.

Ich persönlich bin Hausarzt in einem seltsamen Land, in dem es praktisch keine Regeln zur Organisation des Gesundheitssystems gibt, ausser denen der Lobbys, aus denen es besteht, in dem die Patienten auf allen Ebenen des Versorgungssystems ihren Arzt frei wählen können und jede ärztliche Dienstleistung extra bezahlen müssen. Wirtschaftlich gesehen hat ein Hausarzt in meinem Land also den gleichen Status wie ein Metzger oder ein Wirtschaftsprüfer. Vom menschlichen und soziologischen Standpunkt aus gesehen, steht er in Umfragen jedoch an der Spitze der vertrauenswürdigsten Berufe, irgendwo zwischen Lehrer und Feuerwehrmann. Die Bindungen, die in den 38 Jahren entstanden sind, in denen ich in derselben Strasse mit denselben Familien arbeite, sind demnach frei gewählt, stark und beständig, manchmal geprägt von

¹ Hausarzt, Mitarbeiter des Institut Santé et Société, UCL, Belgien. Der nachfolgende Artikel wurde anlässlich des Primary Care Health Care Innovation Seminar verfasst. Quaternary Prevention (Concept, Teaching, Cost, Equity and Health Policy) Barcelona (Spain), Sunday 2nd October 2011. Organisiert von Equipo Cesca (<http://www.equipocesca.org/>).

Kampf und Verteidigung und oftmals, angesichts körperlicher Leiden oder sozialer Dramen, von Komplizenschaft.

Ich als praktizierender Arzt, bringe Geschichten von Menschen in diese Debatte ein; aber die Arzt-Patienten-Begegnung und die daraus erwachsenden Bereiche des Zweifels können ebenso gut Ökonomen, Gesundheitsexperten oder Pädagogen auf den Plan rufen.

Beispiele aus realen Konsultationen

Anhand von vier Beispielen aus realen Konsultationen der vergangenen Woche möchte ich die oben beschriebenen vier Tätigkeitsfelder verdeutlichen und den Leser zum Nachdenken anregen.

Yvonne und eine Frage (Primärprävention)

Yvonne mit ihrem kupferfarbenen Teint und ihrem dicken Babybauch im 8. Monat kommt von den Pazifischen Inseln und wird oft von guten und schlechten Geistern begleitet. Vor langer Zeit hielt sie mich eines Nachts im Notfalldienst sogar für den Teufel. Sie wurde gerichtlich zu einer Behandlung bei einem Psychiater verpflichtet, erzählt diesem jedoch nicht immer alles, was sie mir erzählt. Gelegentlich sprechen wir über ihre Wahnvorstellungen, die sie meistens im Griff hat. Ihre Antipsychotika hat sie, ohne dies dem Psychiater mitzuteilen, abgesetzt, um ihrem Baby nicht zu schaden, raucht jedoch weiterhin zwei Cannabis-Joints täglich, die sie gut beruhigen. Ihre heutige Frage ist, ob sie gleichzeitig stillen und weiterhin ihre zwei Joints rauchen kann. Cannabis geht in die Muttermilch über und wir vereinbaren gemeinsam, dass sie versuchen soll, zu stillen, solange sie dem Cannabiskonsum widerstehen kann. Denn drei oder zehn Tage Muttermilch sind drei oder zehn gewonnene Tage.

Yolande und der Krebs (Sekundärprävention)

Die Patientin ist seit einigen Monaten schwanger und vollkommen aufgelöst. Ihr Frauenarzt hat bei ihr einen Gebärmutterhalsabstrich gemacht. Er hat ihr gesagt, dass sie Krebs in einem ganz, ganz, ganz, ganz (sic) frühen Stadium habe und man vor dem Ende der Schwangerschaft nichts tun könne. Die Situation wird noch komplizierter durch die Erinnerungen an ihre erste Schwangerschaft. Der damalige Frauenarzt hatte ihr nach einer Fruchtwasseruntersuchung gesagt, ihr Baby habe das Down-Syndrom. Sie hatte ihm nicht geglaubt und war nochmals ins Labor gefahren, um die Proben überprüfen zu lassen. Es handelte sich um einen Fehler in der Nummerierung der Patientenakte. Sie ist heute also bereits Mutter eines hübschen Kindes. Als ich endlich die Kopie des Abstrichprotokolls erhalte, ist von einer Abnormalität 1. Grades die Rede, die nach sechs Monaten kontrolliert werden sollte.

Victor der Zerstreute (Tertiärprävention)

Eine vor kurzem geschiedene Mutter fragt mich bezüglich des «Behandlungsvorschlags» für ihren Sohn um Rat. Ihr 12-jähriger zerstreuter, sehr intelligenter Halbwüchsiger wird seit Kurzem immer öfter von der Schule nach Hause geschickt. Der sehr ruhige und freundliche Junge sei Opfer einer angeblich pathologischen Zerstretheit, unter der er enorm leidet. Obwohl er laut einem Intelligenztest zu den intellektuell leistungsfähigen Kindern zählt, wurde vorgeschlagen, ihn auf eine Sonderschule zu schicken, da seine Zerstretheit allgegenwärtig sei. Er träumt und vergisst alles. In seinen Schulheften stehen überall rote Anmerkungen und er wird ständig bestraft. Seine Mutter war bei einem Kinderpsychiater, der ihr vorschlug, ihm «ohne Garantie, probeweise» Ritalin zu verabreichen. Ritalin ist ein Amphetamin, das auch als Kokainersatz angewendet wird.

Ayse und die Blutung (Quartäre Prävention)

Eine kurdische Familie in Belgien. Ayse, die ich schon als Baby kannte, leidet unter schrecklichen Kopfschmerzen. Die Anfälle sind heftig und sie musste in die Notaufnahme eingeliefert werden. Bei einer Spitalweisung und einem MRT wurden angeblich die Folgen einer Hirnblutung sichtbar, in Wirklichkeit ein verschwommenes und undeutliches Bild, das nicht mit den klinischen Anzeichen von Patienten mit Inzidentalomen übereinstimmt. Nun war es jedoch einmal ausgesprochen. Jedes Mal, wenn Ayse von nun an unter einer Kopfschmerzattacke litt, bekam ihre Familie panische Angst, es könnte ein Schlaganfall sein, und fuhr in die Notaufnahme. Dort wurde ihr dann natürlich jedes Mal gesagt, dass nichts vorgefallen sei, dass sie nichts habe und man nichts für sie tun könne. In der hausärztlichen Konsultation unterhält man sich mit dem Patienten: Im belgischen Klein-Kurdistan gehe es endogam zu. Ayse wurde mit dem Sohn der Schwester ihrer Mutter verheiratet. Er sei jedoch mehr an den Papieren seiner Cousine als an ihr interessiert gewesen und habe nach zwei Monaten begonnen, sie zu schlagen. Ayse sei ohne ihre Jungfräulichkeit zu ihrer Mutter zurückgekehrt und die Familie sei zerbrochen. Das ist gewiss ihre Schuld. Vorher hatte sie niemals Kopfschmerzen.

Fragen

Diese vier Situationen werfen sowohl biologische, psychologische [7] als auch anthropologische Wissens-, Know-How- und Verhaltensfragen auf. Ein dynamisches Verständnis [8] der Überlebensprozesse, aktives Zuhören und die Zentrierung auf den Patienten [9] sind immer grosse Herausforderungen [10] für einen Arzt.

Bei der Quartärprävention geht es darum, sich der zentralen Frage zu widmen: Wie kann man die Fähigkeit erlangen und beibehalten, sich dem Menschen zu öffnen, wodurch die Begegnung, das Hinterfragen und die Beobachtung des eigenen Verhaltens möglich wird, und gleichzeitig auf wissenschaftliche Erkenntnisse zurückgreifen, ohne dem Patienten zu schaden?

Literatur

- 1 Nève J, Jamoulle M. Quartäre Prävention, eine explizite Aufgabe für Hausärzte. *PrimaryCare*. 2012;12(8):136-7.
- 2 Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012;344:e3502
- 3 Batstra L, Allen F. Diagnostic inflation: causes and a suggested cure. *J Nerv Mental Dis* 2012;200:474-9.
- 4 Bentzen N. *Wonca Dictionary of General/FamilyPractice*. Copenhagen: Maanedsskr; 2003.
- 5 Quartärprävention auf Wikipedia: <http://de.wikipedia.org/wiki/Quart%C3%A4rpr%C3%A4vention>, besser auf Englisch http://en.wikipedia.org/wiki/Quaternary_prevention
- 6 Alsawaf MA, Jatou A. Shopping for nutrition-based complementary and alternative medicine on the Internet: How much money might cancer patients be spending online? *J Cancer Education*. 2007;22:174-6.
- 7 Frith C. *Making up the mind: How the brain creates our mental world*. Blackwell; 2007.
- 8 Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France – PUF; 1979.
- 9 McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press; 2009.
- 10 Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. New York: International Universities Press; 1957.

Korrespondenz:

Dr. Marc Jamoulle
 Médecin de famille
 Collaborateur à l'Institut Santé et Société ,UCL
 Belgique
 marc.jamoulle[at]juclouvain.be