

# Vom Hausarzt zum Primary-care-Manager<sup>1</sup>

## 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

Nachdem ich im ersten Teil die Sonnenseiten der letzten 40 Jahre beleuchtet habe, möchte ich jetzt, wiederum aus ganz persönlicher Sicht, zu den Schattenseiten der Entwicklung in unserem Gesundheitswesen kommen. Es ist ja klar: Wo Sonne ist, ist auch Schatten. Aus grundsätzlichen Überlegungen wäre es falsch, nur Erfolge zu beleuchten und Schattenseiten und Probleme auszuklammern. Keinesfalls kann es darum gehen, unsere Medizin schlecht zu machen. Probleme kann man aber generell nur lösen, wenn man bereit ist, sie zu erkennen, zu analysieren und an die Hand zu nehmen. Es sei an die im ersten Teil erwähnte Idee *Swissdoc* erinnert.

*Le premier article était consacré aux lumières de la médecine des quarante dernières années. Cette deuxième partie présente, selon un point de vue tout aussi personnel, les ombres du développement de notre système de santé. Une chose est claire: là où il y a du soleil, il y a aussi des ombres. Il serait faux de les ignorer et de taire les problèmes en ne présentant que les succès. Il ne s'agit absolument pas de donner ici une image assombrie de notre médecine. On ne peut résoudre les problèmes que lorsqu'on est prêt à les reconnaître, à les analyser et à les empoigner. Qu'on se souvienne de l'idée *Swissdoc*, déjà évoquée dans le premier article.*

<sup>1</sup> Zweite von zwei Folgen; die erste Folge ist in *PrimaryCare* Heft 43/2004 erschienen.

### Die Schattenseite

#### Kommunikationspannen ...

... sind der mit Abstand häufigste Grund ernsthafter Zwischenfälle in der Medizin. Dies ist nicht neu! Vor 38 Jahren hat der Rechtsmediziner Prof. Eugen Leupi in seinen didaktisch hervorragenden Vorlesungen immer wieder betont, dass meist nicht Mangel an Wissen und Können, sondern immer wieder ungenügende Kommunikation auf verschiedenen Stufen zu Zwischenfällen in der Medizin führe. Trotz grösster Bemühungen und ungezählter Seminare, Kurse, Richtlinien usw. hat sich an dieser Tatsache kaum etwas geändert. Presse-Communiqués und Jahresberichte grosser Universitäts-spitäler werden nicht müde, Probleme der Kommunikationskultur zu beschreiben. Vorerst gilt es allerdings, «Feindbilder» und Vorurteile abzubauen. Beispielsweise darf man nicht davon auszugehen, ein Chefarzt oder ein Hausarzt dürfe nicht gestört werden. Wenn ich wegen meiner Patientin X unbedingt mit dem Chefarzt sprechen will, muss ich mich durchsetzen, und sämtliche vorgeschaltete Instanzen beeindrucken mich absolut nicht. Dies braucht Zeit, Geduld und Überzeugungskraft, aber meine Patientin ist für die Intervention überaus dankbar.

#### Die Informationsflut ...

... ist eng mit der Kommunikation verbunden. Unsere Patienten sind durch die Medien und eine Flut von Presse-Erzeugnissen halb gebildet, aber völlig verunsichert. Wenn ich mich heute via «Google» informieren will, was mein Patient über seinen Dickdarm-Krebs nachgelesen hat, bin ich – allein auf Deutsch! – mit über 100 000 «Sites» konfrontiert. Dabei sind Arbeiten von hoher wissenschaftlicher Qualität genau so vertreten wie völlig dilettantischer «Bockmist». Immer

häufiger ist es nötig, ja unerlässlich, sich als Hausarzt die Zeit zu nehmen, einem Patienten die Zusammenhänge so zu erklären, dass er sie wirklich begreift. Persönlich hat es sich für mich bewährt, Patienten aufzufordern, unklare Texte auszudrucken und die betreffenden Abschnitte zu markieren. «Rede miteneinander» löst auch hier sehr viele Probleme.

#### Misserfolge, Pannen und Todesfälle ...

... in der Medizin werden durch die Info-Flut reisserisch und «konsumentengerecht» verbreitet. Werden nach einem Zwischenfall in einem Spital auch nur die wichtigsten Tatsachen und Zusammenhänge unter Kommunikationssperre abgeklärt, wird dem Spital noch am gleichen Tag fehlende Kommunikationskultur vorgeworfen. Überall, wo gearbeitet wird – und nur dort –, geschehen Fehler. Zweifellos gilt es, offen zu stehen und aus Fehlern zu lernen. Die Idee von CIRSmedical (critical incident reporting system) ist sehr gut, scheint aber nur sehr langsam Fuss zu fassen, weil die Angst vor Klage und Bestrafung – ebenfalls durch die Medien kommuniziert – sehr gross ist. Eine selber publizierte Arbeit über sechs – nichttödliche – Zwischenfälle in der Praxis hat sowohl bei Kollegen wie bei Juristen einiges Kopfschütteln provoziert. Offenheit und eine Fehlerkultur mit dem Ziel, aus Fehlern zu lernen, passt offenbar nicht zu unserer Mentalität.

#### Guidelines oder Leitplanken ...

... sollen Abhilfe bei Misserfolgen, Pannen und Todesfällen schaffen. Es steht mir somit bei einer eitrigen, hoch febrilen Angina nicht mehr frei, einen Rachenabstrich auf Streptokokken zu machen oder nicht, sondern ich *muss* ihn machen. Verzichte ich darauf und der Patient kommt wegen einer – extrem un-

wahrscheinlichen! – schweren Penizillin-Allergie ins Spital, wird weniger der Patient – er war ja informiert! – als vielmehr die Versicherung möglicherweise auf mich Regress nehmen und eine Übernahme der Spalkosten verlangen. Die Haftpflichtversicherung wird den Fall ablehnen, weil ich die Guidelines nicht beachtet und somit fahrlässig gehandelt habe. Fazit: Wer hat da noch den Mut und Lust, in die Praxis zu gehen?

### Das Kostenproblem ...

... in der Medizin auch nur einigermaßen in Griff zu bekommen, kann nur in sehr bescheidenem Mass Angelegenheit der ambulanten Medizin sein. Eine relevante Verschiebung der Zahlen wird sich erst ergeben, wenn die Spitäler teure Leistungen mehr und mehr in den ambulanten Bereich auslagern werden, weil die zu knapp bemessenen Festbeträge (Spitalpauschalen) ihr Budget allzu sehr belasten. Bis vor kurzer Zeit hat die ambulante Medizin für 99% der Patienten knapp die Hälfte der Gesundheitskosten «generiert»; die Spitäler für 1% der Patienten mehr als die Hälfte der Kosten! Damit ist an sich völlig klar, wo man den Hebel ansetzen müsste. Das Problem ist, dass auch wir alle mit einer hochstehenden, personalintensiven Medizin und einem hervorragenden «Service» rechnen, falls wir selber im Spital sein müssten. Zudem spielt in der ambulanten Medizin die grosse Zahl der Patienten statistisch eine relevante Rolle: So sind wir einerseits gehalten, teilweise teure Impfungen auf breiter Basis zu propagieren, andererseits aber pro Konsultation 5 Minuten weniger zu berechnen, als es tatsächlich richtig wäre. Abermals sei die Frage erlaubt: Wer hat da noch Lust, in die Praxis zu gehen? Welcher Hausarzt fühlt sich da noch verpflichtet, einen Patienten zu motivieren, bereits am Donnerstag – statt erst «traditionell» am Montag – die Arbeit aufzunehmen, nur weil die Versicherung uns permanent dazu drängt? Aus der Optik zahlreicher Arbeitgeber ist die Arbeitsaufnahme Ende Woche völlig sinnlos und ineffizient. Wozu sollen sich Hausärzte abmühen, dieses Problem zur allgemeinen Zufrie-

denheit zu lösen, wenn sie als «Dank» von der Suva neuerdings «Briefe» erhalten, die dieses Attribut wirklich nicht mehr verdienen: ohne Anrede, Gruss und Unterschrift, dafür mit der Drohung, die Heilungskosten nicht zu übernehmen, weil der Unfall nicht gemeldet worden sei. Liebe Suva! Erstens ist dies nicht Sache des Arztes, sondern des Arbeitgebers; und zweitens, die «Begründung», dies sei eben der Computer, der das schreibe, ist mehr als dilettantisch: Der Computer schreibt bekanntlich nur das, was der Mensch programmiert hat.

### Computer, EDV und Viren

Die vorliegende Arbeit wurde 5mal geschrieben: 3mal als Manuskript, was völlig «normal» ist, und 2mal als «ComputerScript» – man verzeihe mir diesen Neologismus: 8 A4-Seiten, gespeichert mit Titel usw. – und beim Tastendruck «Drucken» bleibt der Titel, der Rest ist weg. Definitiv weg, nichts im Papierkorb, überall nichts. Viren lassen grüssen. Ich beobachte erfreut, dass die immense Zahl von «forwards» und Kopien als Folge intensiver Viruswarnungen ganz abrupt abnimmt. Vor jedem «forward» und jeder Kopie müssen wir uns dringend überlegen, ob der Inhalt des Textes für den Empfänger wirklich relevant ist. Mein Server löscht eine Unmenge Nachrichten, Reklamen, Absender mit nur Frauen-Vornamen usw., automatisch und nimmt mir damit eine Menge Arbeit ab.

### Ausbildungsprobleme

Die Einführung der – durchaus sinnvollen! – 50-Stunden-Woche in Spitalern hat dazu geführt, dass die Kontinuität der ärztlichen Betreuung immer häufiger beim ärztlichen Kaderpersonal liegt. Nachdem sich die fünf medizinischen Fakultäten im Jahre 2002 auf einen gemeinsamen Lernzielkatalog für das Medizinstudium einigen konnten, gelangt man heute mehr und mehr zur Einsicht, dass es praktisch nicht möglich ist, die ehrgeizigen Ziele in der Ausbildung zu erreichen. «Mut zur Lücke» lautet die Devise, konkret heisst dies, dass zahlreiche Ausbildungsziele durch die Studierenden im Selbststudium erreicht werden müssen,

weil sie im Rahmen der Lehrveranstaltungen gar nicht «Platz» haben. Damit ist praktisch vorgezeichnet, dass, in naher Zukunft, zur kürzeren Präsenz der Assistenten auch mit mehr oder weniger gravierenden Lücken bezüglich Wissen und Können gerechnet werden muss. Ohne diese Perspektive dramatisieren zu wollen, muss doch klar festgehalten werden, dass das «Staatsexamen» – nicht mehr als Abschlussprüfung, sondern als Zulassungsprüfung zur obligatorischen Weiterbildung zum Facharzt – garantieren soll, dass sämtliche Absolventinnen und Absolventen ein unerlässliches Minimum an Wissen, Können und Haltung erworben haben. Soviel nämlich, dass die jungen Assistenten in Spitalern zum Beispiel im Notfalldienst so lange korrekt handeln können, bis der verantwortliche Oberarzt oder Chefarzt zugegen ist. Dies sind die Universitäten nicht nur den Spitalern als Kostenträgern, sondern in erster Linie den Patienten schuldig. Dass dazu auch ein Minimum an hausärztlichem Know-how gehört, und dies nur in einer Praxis gelernt werden kann, sei explizit erwähnt.

### Grenzenlose Mobilität

Eine ökologische und medizinische Bedrohung, die wir erst langsam zu realisieren beginnen. Dürfen wir uns auf Ferien in einem anderen Kontinent überhaupt noch freuen oder handeln wir verantwortungslos, wenn wir um den halben Globus fliegen? Sollten wir als Ärzte aktiv werden, wenn wir an der rechtsufrigen Thunerseestrasse ganze 7 Minuten warten müssen, bis wir zu Fuss die Strasse überqueren können? Die Szenarien bezüglich Epidemien sind dramatisch. SARS war ein «Schuss vor den Bug». Bisher galt es, während einer Grippe-Epidemie in einem Internat keine Meningitis zu verpassen. In Zukunft gilt es, bei jedem Feriengast mit Fieber, Husten oder Durchfall an irgendwelche neuen und unter Umständen verheerenden Seuchen zu denken, die sich durch den globalen Millionen-Tourismus mit rasender Geschwindigkeit ausbreiten könnten. Es gilt für den Arzt nicht nur, nebst medizinischen auch sprachliche Probleme zu mei-

stern, sondern auch ethnische Besonderheiten zu berücksichtigen, indem beispielsweise bei einem Unfall mit einer verletzten Person die ganze zehnköpfige Familie mit ins Spital fahren will. Aber nicht nur dramatische akute Situationen fordern uns heraus, sondern auch schleichend sich anbahnende Katastrophen: Das hübsche, blasse Mädchen aus der Ukraine mit seinem «Raucherhusten» klagt erst nach Monaten über Gewichtsverlust, Inappetenz, Nachtschweiss, und endlich wird ein Thoraxbild gemacht, das eine ausgedehnte kavernöse Lungentuberkulose zeigt. Mehrere Personen in der Umgebung sind angesteckt, die Keime sind auf mehrere bewährte Tuberkulostatika resistent ...

### Globale Trinkwasserknappheit

Ein medizinisches Problem ersten Ranges und ein Beispiel dafür, wie schwerwiegende Probleme verdrängt werden, wenn sie uns persönlich nicht direkt bedrohen: Im Buchhandel sind ungezählte Bücher über die Bedeutung des Wassers für unsere Gesundheit erhältlich, Wasser ist eine richtige «Modedroge». Wer sich über die globale Wasserproblematik informieren will, ist auf wenige Fachbücher der Ökologie angewiesen, in denen das Wasserproblem teilweise sträflich zu kurz kommt.

### Vom Hausarzt zum Primary-care-Manager

Kollegen des «hausärztlichen Urgesteins» mögen mir verzeihen, aber wir müssen den Ausdruck «Hausarzt» hinterfragen. Michael Deppeler schlägt einen «Swissdoc» vor, es könnte auch ein «Primary-care-Manager» sein. Niemals kann es darum gehen, nur den Namen zu ändern, wir müssen die Inhalte anpassen. Warum alte Traditionen ändern?

Die Tatsache, dass selbst Patienten, die – zusammen mit ihrer Familie – «ihren Hausarzt» und Generalisten sehr hoch positionieren, sich «nebenbei» von einem Spezialisten Kortison in und an die sportgeschädigten Gelenke spritzen lassen, mit dem Resultat einer iatrogenen Nebenierenrinden-Insuffizienz, stimmt zumindest nachdenklich.

Die Tatsache, dass sich Studierende der Medizin nur marginal für die Hausarztmedizin interessieren und dass mangels Attraktivität des Berufes mit einem gravierenden Mangel an Hausärzten gerechnet werden muss, stimmt nicht nachdenklich, sie ist alarmierend.

Die Tatsache, dass Exponenten des Schweizerischen Gesundheitswesens uns Hausärzten permanent glaubhaft machen wollen, mit dem neuen Tarif sei der Grundversorger endlich korrekt entschädigt, ist schlicht eine Lüge. Wenn ich eine Seniorin – früher durfte man «altes Müeti» schreiben – in einem Bergdorf besuche, sie eine Viertelstunde untersuche und zweimal eine Viertelstunde im Auto sitze, kann ich diese Rechnung schlicht nicht abschicken, weil ich sonst völlig unglaublich und als Abzocker wirke, auch wenn die Minuten genau stimmen. Wenn ich das «Müeti» noch auf die Waage schlepe – um nebst Blutdruck, Puls, Herz- und Lungenbefund die geforderten Items für eine «kleine Untersuchung» zu erfüllen – ist dies lächerlich, weil die Spitex-Mitarbeiterin dies ohnehin zweimal wöchentlich macht und protokolliert; und dies nicht erst seit dem Aufruf der Kardiologen, sondern seit Jahrzehnten.

Wenn der Hausarzt bei jedem Patienten fünf Minuten, die er an sich gearbeitet hat, weniger verrechnen soll, entspricht dies bei 20 Patienten täglich und 20 Arbeitstagen pro Monat einem Minus von 6800 Franken, konkret dem Verzicht auf eine Praxisassistentin oder noch besser auf den Beruf Hausarzt.

Die Tatsache, dass sich nach wie vor die meisten medizinischen Fakultäten der Schweiz überaus schwer tun, die Hausarztmedizin in ihrer eminenten Tragweite anzuerkennen und in der Lehre entsprechende Veranstaltungen und Freiräume einzubauen, ist bedenklich. Solange z.B. das Berner Uni-Spital mit Ausbildungsgeldern die Dienstleistungen z.B. für ausserkantonale Patienten quersubventioniert, um auf dem Schweizer Markt konkurrenzfähig zu sein, wird die Fakultät die Ressourcen nie gerecht verteilen können.

Die Tatsache, dass sich Gesundheitspolitiker auf jeder Stufe und jeder Parteifarbe

verbal zwar für den Hausarzt einsetzen, aber weiche Knie bekommen, sobald der Finanzminister den Zeigefinger erhebt, erstickt Bestrebungen, die Hausarztmedizin zu fördern, im Keim.

Die Tatsache, dass sich junge, gescheite, gebildete und engagierte Kollegen wie ein Michael Deppeler schriftlich dahin äussern, dass wir unsere Berufsbezeichnung, auf die möglicherweise nur noch wir selbst traditionalistisch-solidarisch stolz sind, dringend hinterfragen und dem Zeitgeist anpassen müssen, statt wehleidig dem alten Hausarzt nachzutruern, ist für mich ein Zeichen, dass es eilt, sonst ist unsere gemeinsame Sache im Interesse des Patienten verloren.

Die Zeiten ändern sich rapid, wir ändern uns in ihnen – ich schreibe dies absichtlich nicht lateinisch. Wir müssen dringend den Mut aufbringen, unsere «corporate identity», den Beruf dem neuen Zeitgeist und seinen Wünschen und Anforderungen anpassen, dies ist keineswegs eine Entwürdigung oder Schmälerung enormer Verdienste früherer Hausärzte; dies ist einfach eine neue Zeit. Handy und SMS haben den Läufer von Marathon längst vom Kommunikationsmittel zum reinen Sportler gemacht. Es ist zu hoffen, dass der Titel des Begrüssungs-Editorials unseres neuen FMH-Präsidenten in der Schweizerischen Ärztezeitung sich doch noch durchsetzt: «Ein kreatives Umfeld für die tägliche Arbeit und ein Beruf, der Freude macht». Letzteres habe ich nie bezweifelt, das Umfeld leider mehr und mehr. Siehe oben.

### 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