

Bruno Kissling

Die Zeit ist reif für das Institut für Hausarztmedizin an der Uni Bern¹

Erster Teil

Liebe Studierende der Medizin an der Universität Bern, liebe HausärztInnen und Hausärzte, sehr geehrte Regierungsräte, Grossrätinnen und Stadträte, sehr geehrter Herr Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Bern, sehr geehrte Medienleute, sehr geehrte Gäste,

Ich freue mich, dass Sie der Einladung des Vereins Berner Hausärztinnen und Hausärzte so zahlreich gefolgt sind. Das Zelt platzt aus allen Nähten.

Wir begehen diese Feier aus Anlass des Tages der Hausarztmedizin, der heute am 1. April zum zweiten Mal begangen wird. Wir treffen uns an einem ungewöhnlichen Ort, in einem Zelt – draussen vor der Tür der ehrwürdigen Alma Mater Bernensis.

Was legitimiert mich, hier vor Ihnen zu sprechen? In erster Linie bin ich Hausarzt, in der Stadt Bern, seit über 25 Jahren, seit vielen Jahren Lehrarzt. Dazu war ich 8 Jahre im Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Ich bin in der Redaktion unserer Schweizer Hausärzte-Zeitschrift «PrimaryCare»; Delegierter der Schweiz bei Wonca, dem Weltverband der Hausärzte; im Organisationskomitee für den europäischen Wonca Kongress, der im September 2009, also in 1½ Jahren, in Basel stattfinden wird.

Es ist mir eine grosse Ehre, heute zu Ihnen sprechen zu dürfen. Bestimmt sind wir ein sehr gemischtes Auditorium. Gemeinsam ist uns das Interesse an der Hausarztmedizin. Meine Ansprache richtet sich in erster Linie an die Studierenden, jedoch auch an alle weiteren Anwesenden.

Zelt als Metapher

Das Zelt, in dem wir uns hier befinden, ist uns ein Dach über dem Kopf gegen die Launen des Aprilwetters. Aber es ist mehr als das. Es ist eine Metapher.

- Dieses Zelt ist eine notdürftige Unterkunft für die alte Hausarztmedizin, die ihren Platz unter dem Dach der Universität im Laufe der letzten zwei Jahrhunderte sukzessive verloren hat.
- Dieses Zelt ist zugleich eine provisorische Erstunterkunft für Pioniere, die in die Terra incognita der neuen Hausarztmedizin vordringen.
- Und – dieses Zelt ist ein Skandal. Die grösste Disziplin der Medizin, die Hausarztmedizin, gehört nicht in ein Zelt, sondern – definitiv – zurück an die Universität.

¹ Öffentliche Vorlesung anlässlich der Feier des Vereins Berner Hausärztinnen und Hausärzte zum 2. Tag der Hausarztmedizin am 1.4.2008 im Zelt vor der Tür der Universität Bern.



Die Entwicklung der Medizin im Lauf der Zeit und das Verschwinden der Hausarztmedizin aus der Universität

Seit jeher haben sich die Menschen gegen Krankheiten zur Wehr gesetzt. Sie wussten aus mündlicher Überlieferung, welche Kräuter hilfreich waren. Früh schon gab es Ärzte. So geht unser heutiger Berufseid auf Hippokrates (um 460–370 v. Chr.) zurück.

Über Jahrtausende waren die Ärzte für alle Krankheiten zuständig. Arztsein war umfassend. Die Hausarztmedizin war *die* Medizin, der Normalfall. Gegenüber den meisten nicht selbstheilenden Krankheiten waren auch die Ärzte machtlos. *Die Krankheiten waren akuter Natur*. Entweder überlebten die Menschen und wurden wieder gesund. Oder sie starben innerhalb kurzer Zeit. Eine einfache Infektion wurde oft zu einer Blutvergiftung und tödlichen Sepsis. Ohne Infusion verdursteten viele geschwächte Kranke innerhalb von Tagen. Bei schweren Lungenentzündungen erschöpfte die Atmung. Die Menschen starben zu Hause, umgeben von ihren Angehörigen. «Care» – die Pflege und Zuwendung – war oft die einzige Hilfe. Im Glauben an Gott haben die Menschen ihr Schicksal ergebn angenommen.

Fliegen wir nun – mit einigen wichtigen und allgemein bekannten Persönlichkeiten – durch die Jahrhunderte der Medizin! Und wir werden sehen, wie die immer rasanteren Entwicklungen mehr und mehr eine Spezialisierung erforderlich machten – und die Hausarztmedizin verdrängten.

Hildegard von Bingen (1098–1179) war Äbtissin und Mystikerin. Für sie gehörten Heilung und Glaube, Natur und Gott unabdingbar zusammen. Mit ihrer ganzheitlichen Sicht muss sie als Allgemeinmedizinerin verstanden werden.

Paracelsus (1493–1541) war mit Bestimmtheit ein Allgemeinmediziner. Mit seiner Theorie der fünf Entitäten – Ens astrorum (Gestirne), Ens veneni (Gift), Ens naturale (Konstitution, Vorbestimmung), Ens spirituale und Ens dei (Gottes Einfluss) – überwand er die seit mehr als 1500 Jahren geltende Viersäftelehre von Galen mit ihren vier Elementen (Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle). Auch Paracelsus' neue Theorie war in ihrer Ganzheitlichkeit eine Mischung von Mystik, Naturbeobachtung und Alchemie.

Descartes (1596–1650) war Philosoph, Mathematiker und Naturwissenschaftler. Sein völlig neues lineares Ursache-Wirkungs-Prinzip war der Beginn einer rasanten wissenschaftlichen Entwicklung. Für bis anhin nicht erklärbare komplexe Phänomene des Lebens konnten physikalisch-chemische Erklärungen geliefert werden. Der lebende Organismus wurde entmystifiziert und auf seine Mechanik reduziert.

William Harvey (1578–1637) studierte zuerst antike Sprachen, wurde danach Chirurg und Anatom. 1628 veröffentlichte er seine neuen Erkenntnisse über den Blutkreislauf², die er anhand naturwissenschaftlicher Tierversuche gewonnen hatte. Nach 1500 Jahren (!) widerlegte er Galens Vorstellung über den Blutkreislauf. Ein anatomisches Verständnis, das allen Ärzten, auch den Hausärzten, zugute kam.

William Thomas Green Morton (1819–1868) war Zahnarzt. 1846 demonstrierte er die erste Narkose mit Schwefeläther. Mit dem Beginn der Anästhesie wurden im 19. Jahrhundert grössere operative Eingriffe möglich. Eindeutig ein Spezialgebiet!

Ignaz Semmelweis (1815–1865) war Gynäkologe und wurde zum Vater der modernen Hygiene. Mit der Händedesinfektion mit Chlorkalk konnte er – 1840, also vor nur etwas mehr als 150 Jahren – in der Geburtsklinik in Wien die Sterberate am Kindbettfieber von 12% auf 1% senken. Eine wichtige Errungenschaft für alle medizinisch tätigen Menschen und ihre Patienten, insbesondere auch für die Hausärzte – und auch heute noch ein Sorgenkind in den Spitälern. Diese Massnahme stützte er auf akribische statistische Beobachtungen. Er hatte festgestellt, dass in der Gebärabteilung, in welcher Medizinstudenten arbeiteten, wesentlich mehr Frauen an Kindbettfieber gestorben waren als in der Abteilung, in der Hebammenschülerinnen ausgebildet wurden. Die Medizinstudenten arbeiteten auch in der Anatomie und wechselten, ohne Händewaschen, von der Leichensektion zur Geburtshilfe.

Theodor Kocher (1841–1917), unser Berner Nobelpreisträger (1909), startete mit der ersten Strumektomie (1876) die Chirurgie der inneren Organe. Seine bedeutenden Fortschritte sind der Hausarztmedizin definitiv nicht mehr direkt zugänglich.

Die Entdeckung des Penizillins von Alexander Fleming (1881–1955) war wiederum für alle, Spezialisten und Hausärzte, ein direkt zugänglicher Erfolg.

2 http://www.azul-online.de/PDFGaO/Entdeckung_Blutkreislauf.pdf

Im 20. Jahrhundert, insbesondere in den letzten 30 Jahren, ging die Entwicklung rasend weiter. Die neuen medizinisch-technischen Möglichkeiten erfordern eine immer weiter sich verästelnde Spezialisierung.

Den Studierenden, und wohl dem ganzen Auditorium, dürften diese Errungenschaften selbstverständlich bekannt sein. Deshalb möchte ich hier nur einige stichwortartig erwähnen:

- Bildgebende Verfahren: Szintigraphie, Sonographie, Computertomographie, Magnetresonanz, dreidimensionale Darstellungen, PET...
- Aus der Chirurgie: Osteosynthese, laparoskopische Eingriffe, endovasale Gefäss-Interventionen, Stents, Barochirurgie, mini-invasive Verfahren, extrakorporeller Kreislauf, Dialyse, Transplantationschirurgie ...
- Aus der Inneren Medizin und Pharmakologie: Zytostatika, Immunsuppressiva, Antidiabetika, Antibiotika, antiretrovirale Medikamente ...

Diese spitzenmedizinischen Anwendungen des 20. Jahrhunderts gehören definitiv in die Hand von Spezialisten.

Und die Hausarztmedizin? Wo steht sie nun aus der Sicht dieser modernen technischen Entwicklung? Welche Bedeutung kommt ihr zu? Welche Identität hat sie noch? Sind die Hausärzte lediglich noch multidisziplinäre «Minispezialisten», dazu immer schlechtere, da sie ja unmöglich auf allen Gebieten gleichzeitig auf dem Laufenden bleiben können?

Der Hausarzt ist mehr als ein «Minispezialist»!

Das Berufsbild des Hausarztes wurde immer mehr an den Rand gedrängt, die Allgemeinmedizin «verdunstete» aus den Hallen der Universität, ohne dass sie jemals rausgeworfen worden wäre. – Der frühere Berner Dekan Emilio Bossi stellte vor fünf Jahren die Frage: «Braucht es den Hausarzt noch?»

Die neue Hausarztmedizin – eine komplexe Aufgabe in einer komplexen Situation

«Braucht es den Hausarzt noch?» Meine Antwort lautet klar und eindeutig: «Ja, es braucht den Hausarzt noch! Mehr denn je!» Und ich werde Ihnen nun schildern, weshalb und wozu.

Es braucht den Hausarzt nicht als sogenannten «Minispezialisten». Dazu gibt es tatsächlich keine Daseinsberechtigung, und dies wäre auch eine völlig falsche Vorstellung über den Hausarztberuf. Sein Tätigkeitsfeld hat sich im Lauf der Zeit total verändert.

Chronische Krankheiten, Polymorbidität und Langzeitbetreuung

Durch die medizinisch-technischen Fortschritte können die Menschen heute viele akute und lebensgefährdende Krankheitszustände überleben. Vielen von ihnen geht es sehr gut, und sie können ein beinahe normales Leben führen. Das ist wunderbar!

Einige Beispiele dafür: Denken wir an Menschen mit einem Herzinfarkt: Eine frühe Thrombolyse, Herzkatheterintervention zur Dilatation der verstopften Herzkranzgefäße oder eine Bypass-Operation, gefolgt von einer kardialen Rehabilitation, führen die Erkrankten in den Alltag zurück. Bei Patienten mit schwersten lebensbedrohlichen Atemproblemen kann eine maschinelle Beatmung die kritische Phase überbrücken. Menschen mit einem Nierenversagen können mit Hilfe der Dialyse die Organtransplantation abwarten. Tumor-Kranke können geheilt werden; oder es sind zumindest langdauernde Remissionen möglich. Die Diabetiker können ihre Krankheit heute, dank guter Medikamente und Insulin, weitgehend selbständig managen.

Die zugrundeliegenden Krankheiten sind jedoch meistens nicht wirklich geheilt. Sie schreiten fort. Dies führt von den akuten zu chronischen Krankheiten. Durch fortgesetzte medizinische, medikamentöse und nichtmedikamentöse Beeinflussung – die sekundäre Prävention der Risikofaktoren – kann das Fortschreiten der Grundkrankheit verlangsamt werden.

Wer ist für die Betreuung dieser Menschen zuständig? – Dies ist das Arbeitsgebiet der neuen Allgemeinmedizin – ein Gebiet, das unabdingbar ein Institut für Hausarztmedizin erfordert, das diese neuen Aufgabenbereiche lehren und erforschen kann.

Polymorbidität und Langzeitbetreuung

Mit zunehmendem Alter kommen oft weitere Krankheiten dazu. So werden immer mehr Menschen zu Trägern von gleichzeitig mehreren chronischen Krankheiten – Polymorbidität genannt. Eine Langzeitbehandlung ist nötig.

Die Problematik der Polymorbidität möchte ich narrativ anhand der Geschichte einer langjährigen hausärztlichen Patientin zeigen. Sie könnte die Patientin jedes hier anwesenden Hausarztes und jeder Hausärztin sein:

Seit Beginn meiner Praxistätigkeit habe ich sie betreut. Übergewicht seit Jahren. Alle Bemühungen schlugen fehl. Allmählicher Beginn eines Diabetes mellitus, zuerst Behandlung mit Diät, dann zusätzlich mit Tabletten, später mit Insulin. Eine Hypertonie erfordert weitere Medikamente. Atembeschwerden sind Folge einer Herzinsuffizienz, die behandelt und überwacht werden muss. Es folgt ein Herzinfarkt – sofort Katheter-Dilatation der Herzkranzgefäße; später eine Bypass-Operation. Wegen eines Vorhofflimmerns mit entsprechendem Embolierisiko wird eine Blutverdünnungstherapie mit regelmäßigen Quick-Kontrollen nötig. Zunehmende Arthrose-Schmerzen in den Hüft- und Kniegelenken erfordern eine Behandlung mit Medikamenten und Physiotherapie, Röntgenabklärungen, zuletzt Gelenkersatzoperationen wegen invalidisierender Gehbehinderung. Operationen des grauen Stars; zuerst rechts, dann links. Jährliche Impfungen gegen die Grippe; und gegen Pneumokokken? Gürtelrose? Nach 70 periodische Fahreignungsuntersuchungen – bis die Patientin, auf meine Intervention, ihren Fahrausweis zur richtigen Zeit zurückgibt.

Zunehmende Klagen über gehstreckenabhängige Beinschmerzen; meine anamnestischen und klinischen hausärztlichen Befunde sprechen für einen engen Rückenmarkskanal und eine Arteriosklerose der Beingefäße. Auf Drängen der Familie Konsilien beim Wirbelsäulenorthopäden und Gefäßspezialisten. Wegen erhöhten Operationsrisikos vorerst Verzicht auf operative Interventionen. Eine schwarze Zehenkuppe erfordert dann doch einen Eingriff an den Beinarterien. Zum Glück hat die Abklärung eines verdächtigen Knotens in der Brust nicht noch zusätzlich einen Brustkrebs an den Tag gebracht. Zwischendurch immer wieder Hospitalisationen wegen Kreislaufentgleisungen; einmal wegen Pflegenotstandes nach einem Sturz mit immobilisierenden Schmerzen. Nach den Spitalaufenthalten jeweils mühsame Reorganisation der Medikamente, da dort bisherige, wohl vertraute Medikamente durch andere Medikamente mit gleicher Wirkung ersetzt worden sind. Eine depressive Stimmung entwickelt sich in diesem schwierigen Lebenskontext. Über die Jahre schleicht sich eine Vergesslichkeit ein. Der bisher immer gut eingestellte Quick-Wert stimmt plötzlich nicht mehr; die Patientin muss des öfteren die Tabletteneinnahme vergessen haben. Die Abklärungen ergeben keine behebbare Ursache für die beginnende Demenz. Der Einsatz der Familienangehörigen und der Spitex muss, zuerst gegen den Willen der Patientin, verstärkt werden. Schliesslich wird eine Heimeinweisung nötig. Im Pflegeheim mit seiner klaren Tagesstruktur und Betreuung rund um die Uhr stabilisiert sich die gesundheitliche Situation meiner Patientin – und sie ist, entgegen aller Befürchtungen, zufrieden. Nach einer Darmblutung kehrt die Patientin vom Spital zurück; doch ihre Kräfte schwinden. Sie isst kaum mehr, kann die Medikamente nicht mehr einnehmen. Die Patientin, ihre Familie, die Pflegenden und ich sind uns einig, eine weitere Hospitalisation kommt nicht mehr in Frage. Die Therapie wandelt sich kontinuierlich von «Cure» zu «Care» – zur palliativen Therapie. – Ich erinnere mich an frühere Gespräche mit der Patientin über ihre Einstellung zu Leben und Tod, zum Sinn des Lebens; über ihre Vorstellungen und Wünsche zu medizinischen Massnahmen, und zum «Aufhören» ... Mit der Entgegennahme ihrer Patientenverfügung hatte ich ihr versprochen, dass wir Ärzte ihr Leben nicht künstlich verlängern, ihr jedoch immer Linderung gewähren werden. Exit wäre für sie nie in Frage gekommen. – Bald ist die Patientin ruhig «eingeschlafen». An einem Sonntagmorgen musste ich ihren Totenschein ausfüllen.

Liebe Studierende, diese Geschichte ist ein Beispiel für Hausarztmedizin. Hausarztmedizin ist eine sehr komplexe, menschlich und zugleich medizinisch-technisch herausfordernde Medizin. Die Langzeitbetreuung von polymorbiden, chronisch kranken Menschen ist eine Domäne der Hausarztmedizin. Wir Hausärzte können unseren heranwachsenden Ärztegenerationen Lehrer sein für die

menschliche Begleitung, für angemessenes Handeln, für die Koordination der nötigen medizinischen Massnahmen, für die gezielte interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Familie, Spezialisten und Pflegenden.

Ein Institut für Hausarztmedizin kann die nötigen Lehrmittel für die ganzheitliche Betreuung dieser Patienten entwickeln und diese forschend begleiten. Welches andere medizinische Fach, welches andere Institut käme für diese Aufgabe in Frage?

Akute Krankheiten plus ...

Hausarztmedizin hat auch «einfachere» Seiten, ist aber nie einfach nur «Schnupfen-Medizin». Natürlich suchen uns auch Patienten mit akuten, besser überschaubaren Beschwerden auf – als erste Anlaufstelle, oft als Notfälle: mit Infektionen aller Art – oft selbst limitierenden Krankheiten; mit Rückenbeschwerden – oft mit mühsamem Verlauf; wegen verschiedenster Unfälle; für Impfungen von Kindern und vor Reisen; für gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen – vor allem die Hausärztinnen sind dafür gefragt ... Komplexer wird es bei unspezifischen Klagen über Kopfschmerzen, Müdigkeit, Bauchweh und so weiter ... – Eine fazettenreiche Tätigkeit, die Hausarztmedizin; sehr unterschiedlich «gefärbt», je nach Standort der Praxis auf dem Land oder in der Stadt, je nach «Ruf und Hobby» des Hausarztes.

Doch aufgepasst! Was will der Hilfesuchende wirklich? Eine intensivere Behandlung, da die eigenen Mittel nicht genügend geholfen haben? Will die Patientin nur eine Bestätigung, dass es nicht etwas so Schlimmes ist, wie sie und ihre Familie befürchten? Stellt sich der Kranke vor, ein Antibiotikum zu benötigen? Geht es bloss um ein Arztzeugnis? Welche Bedeutung gibt die Patientin ihrer Krankheit? Was steht weiter auf der «versteckten Agenda»? Gehört das Symptom tatsächlich zu einem vorübergehenden Leiden oder ist es der Beginn einer schwerwiegenden, eventuell lebensbedrohlichen Krankheit? Wie weit sollen die ersten Abklärungen führen? Kann zugewartet werden? Muss eine sofortige Hospitalisation erwogen werden? – Den virtuosen Umgang mit allen diesen Fragen können die Studierenden nur in der Praxis des Hausarztes lernen und nicht im Spital, insbesondere nicht im Universitätsspital. Denn nur gerade 1% der Menschen, welche die Hausärzte in der freien Praxis sehen, benötigen eine Hospitalisation.

Prävention

Eine wichtige Domäne der neuen Hausarztmedizin ist die Prävention.

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die biologischen Zusammenhänge bei der Entwicklung von Krankheiten rufen nach Vorbeugestrategien – primäre Prävention. Mit nichtmedikamentösen Massnahmen, dem Lebensstil, können die Zivilisationskrankheiten

aufgehalten werden. Ich denke an eine nachhaltige Modifikation von Essen, Rauchen, Alkoholkonsum und Bewegung, an «safer sex», an die Sicherheit am Arbeitsplatz und in der Freizeit.

Unser moderner Lebensstil ist trotz dieser Erkenntnisse oft nicht besonders gesundheitsfördernd. Erwähnen möchte ich das Übergewicht und die Bewegungsarmut. Diese beiden sind die Bausteine für das metabolische Syndrom mit Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie, hohem Cholesterin. Wo Verhaltensänderungen alleine nicht genügen, sind jahrelange medikamentöse Interventionen nötig. Unbeachtet führen sie zu einer Zunahme arteriosklerotischer Krankheiten und zu einem gesteigerten «Reparaturbedarf» an den geschädigten Organen. Hausärztliche Kurzinterventionen, bei jeder Gelegenheit, zum Gesundheitsverhalten sind wirksame Mittel bei der Prävention, wie verschiedenste Studien zeigen.

Zu den ungesunden Lebensbedingungen unserer Zeit muss auch der Stress gezählt werden. Sehr hohe berufliche Anforderungen, oft verbunden mit Unsicherheit und Angst wegen drohender Wegrationalisierung des Arbeitsplatzes sind für viele Menschen die Bausteine von Stress und, in dessen Schlepptau, von psychischen Krankheiten, allen voran die Depression und Suchtkrankheiten, nicht selten gefolgt von Invalidität. – Stress, ein Thema, das in der hausärztlichen Sprechstunde – anlässlich irgendwelcher Konsultationen – immer wieder einen wichtigen Stellenwert einnimmt. Manches Gespräch zur richtigen Zeit über den psychosozialen Kontext zur akuten Krankheit entfaltet hier eine präventive Wirkung.

Mit Vorsorgeuntersuchungen sollen auch Tumore frühzeitig erkannt werden, solange sie noch heilbar sind: z.B. Gebärmutterhalskarzinom, Brustkrebs, Prostatakarzinom, Dickdarmkrebs, Melanom ... Viele technische Untersuchungen und Laboranalysen sind verfügbar, teils von hoher und teils von fraglicher Evidenz. Eine individuelle hausärztliche Beratung der Menschen ist unabdingbar nötig. Der Bedarf an präventiven Massnahmen ist gross; beinahe unüberschaubar. Sehr vieles ist möglich geworden. Für jeden einzelnen Risikofaktoren und Tumor gibt es genaue, von den jeweiligen Spezialisten in Guidelines gefasste Vorstellungen, was wie oft und mit welchen Untersuchungen gescreent werden soll ...

Wer aber sagt, welche Menschen man anzielen muss? Bei allen alles zu tun, bringt das Gesundheitswesen zum Zusammenbruch. Jenen, die nicht selber danach fragen, die Untersuchungen vorzuenthalten, ist unethisch. Ziel muss es sein, die richtigen präventiven Massnahmen bei den richtigen Personengruppen zur richtigen Zeit durchzuführen – die Menschen mit dem grössten Risiko zu erfassen, insbesondere jene mit mehrfachen Risiken. – Wer berät die Menschen mit ihren individuellen Risiken und persönlichen Einstellungen in diesem Dschungel der Machbarkeiten?

Die Hausarztmedizin hat den dafür nötigen Kontakt zur Bevölkerung. Die Hausärzte können die Leute auf ihre Risiken ansprechen, Verhaltensänderungen anstossen und, wo nötig, zu medikamentösen Behandlungen motivieren. Sie haben die Strukturen und die Beharrlichkeit, immer wieder die nötigen Minuten einzusetzen, die Befunde langfristig zu kontrollieren. Mit ihrer Erfahrung können sie allen angehenden Ärzten, vom ersten Studientag an, Lehrer sein – z.B. im Rahmen des neuen Berner Curriculums. Ein Verdienst der

Die Langzeit-
betreuung von poly-
morbiden, chronisch
kranken Menschen
ist eine Domäne der
Hausarztmedizin.

FIHAM Bern, welche mit dieser Organisation zeigt, dass sie reif ist für ein veritables Institut für Hausarztmedizin in Bern.

Neue hausärztliche Guidelines zur Steuerung der immensen Präventionsmöglichkeiten sind nötig. Diese müssen anhand von Studien an der unselektionierten Bevölkerung erstellt werden. Diese Forschung muss, in Zusammenarbeit von Hausärzten und Spezialisten, im hausärztlichen Umfeld stattfinden.

Wonca Europe nimmt sich dieser Frage auf europäischer Ebene an. Auf lokaler Stufe ist dafür eine universitäre Struktur unverzichtbar – ein Institut für Hausarztmedizin, auch an der Universität Bern.

Verwischung der Grenzen zwischen Gesund- und Kranksein

Und noch etwas eher Philosophisches: Krankheiten zu verhindern, ist unbestritten sehr wertvoll. Doch gibt es eine Kehrseite. Gesunde Menschen mit Risikofaktoren, die zu einem gewissen Prozentsatz, irgendwann in der Zukunft zu einer Krankheit führen könnten, werden heute zu Therapiebedürftigen. Sind diese nun als gesund oder krank zu betrachten? Bedeutet Prävention, welche die Menschen langfristig gesund halten will, umgekehrt für das persönliche Lebensgefühl nicht auch eine Vorwegnahme der potentiellen Krankheit? Eine medikamentöse Primärprävention bedeutet in der Regel eine lebenslängliche Massnahme. Dabei müssen manchmal Hunderte medikamentös behandelt werden, damit einer in den Genuss der präventiven Wirkung kommt (Number Needed to treat NNT). Anders gesagt: Durch die Präventionsmassnahmen werden die Menschen von einem risikoreicheren statistischen Topf in einen weniger risikoreichen verschoben; jedoch ohne Gewähr. Die Behandelten können trotzdem erkranken und es ist mit Nebenwirkungen zu rechnen. – Wer diskutiert diese philosophischen Fragen mit den Menschen? Wer relativiert ihre Erwartungen? Wer betreut sie?

Angst und Unsicherheit – «Uncertainty»

Auf allen Medienkanälen werden wir über die neuesten medizinischen Errungenschaften umgehend informiert. Wir können uns in der Flut von Angeboten kaum mehr orientieren. Angst und Unsicherheit erfasst viele, was zu tun und zu lassen sei. Angst, eine abwendbare Krankheit nicht rechtzeitig abzuwehren; Angst auch vor den Nebenwirkungen der möglichen Behandlungen. Paradoxerweise unterstützt die wertvolle, allen verfügbare Information, eine neue Krankheit, die Angst. Angst ist, nach meiner Meinung, die schlimmste Krankheit der heutigen Zeit. Die Angst der Patienten, die mit «Google-Wissen» aufmunitioniert den Arzt notfallmässig aufsuchen, um das unbekannte Phänomen, das sie spüren, sofort mit allen Möglichkeiten zu erfassen, ohne Wartefrist – weil Warten wegen der Angst unzumutbar ist. – Die Angst auch von uns Ärzten, dass wir bei einer zurückhaltenden Vorgehensweise eventuell doch einmal etwas verpassen könnten und dann vor dem Richter landen könnten.

Und die Angst wird zum Markt. Das Geschäft mit der Angst boomt. In landesweiten Aktionen werden wir durch direkte Kundenwerbung – mit Plakaten in Weltformat und Fernsehwerbung – auf mögliche Störungen aufmerksam gemacht; wir mögen den Arzt auf die-

ses Problem ansprechen, denn es gebe eine Behandlung. Mit grossen Konsequenzen: Den steigenden Bedürfnissen folgen steigende Kosten, folgen steigende Versicherungsprämien, folgen Entsolidarisierungsideen innerhalb unserer Gesellschaft.

Im vertraulichen Umfeld der hausärztlichen Praxis kann die Angst angesprochen werden. Die Erwartungen und Befürchtungen können relativiert werden. Gemeinsam kann eine Strategie des beobachtenden Zuwartens festgelegt werden, um mit «Dr. Zeit» der Selbstheilung eine Chance zu geben.

In diesem Zusammenhang ergeben sich mit den Patienten immer wieder wertvolle Diskussionen zu Fragen über Gesundheit und Krankheit, zu Möglichkeiten und Grenzen, zu Nutzen und Schaden, zu Bezahlbarkeit und Solidarität, Leben und Tod, zum Sinn des Lebens.

Wir Hausärztinnen und Hausärzte können unseren jungen Ärztinnen Lehrer in diesem Feld von Angst und Unsicherheit sein. Im Institut für Hausarztmedizin kann dieses weite Feld in hausärztlichem Umfeld erforscht werden.

Psychosomatik

Wir alle können plötzlich von sehr verwirrenden Symptomen geplagt werden.

Eine 40jährige Frau erwacht eines Morgens mit einem linken roten Auge, leichten Kopfschmerzen, Schmerzen im linken Oberarm und einem gewissen Taubheitsgefühl im linken Daumen. Panik hatte sie in der vergangenen Nacht erfasst. Die Untersuchung ergibt keine nennenswerten objektiven Befunde. Ihre Angst ist es, einen Hirnschlag erlitten zu haben. Ihre Lebenssituation ist sehr schwierig, wie ich weiss. So frage ich nach: Der Ex-Mann ist todkrank; der Freund in der psychiatrischen Klinik; eine ihrer zwei Arbeitsstellen ist gekündigt; der Schuldenberg beträchtlich; ihr Alkoholkonsum wieder stark angestiegen; die chronische Hepatitis C als Relikt einer früheren Drogenkrankheit stabil. Sie ringt um Lösungen, hat eine psychiatrische Behandlung begonnen. Das beruhigende Gespräch wirkt nicht lange. Es folgt eine zweite dringende Konsultation. Ein stechender Schmerz unter der linken Brust, der bei einer Kraftanstrengung aufgetreten war, hat sich inzwischen zwar beruhigt, doch die Schmerzen fliegen vom linken Ellbogen zum rechten Bein. Der selbst gemessene Blutdruck ist erhöht, das Kopfweh sticht im Nacken. «Ist es nicht ein Herzinfarkt?», fragt sie. «Was ist los mit mir? Bisher hatte ich trotz meiner vielen Schwierigkeiten nie so etwas.» Wir sprechen miteinander; versuchen gemeinsam zu verstehen, was vor sich geht; werden uns einig, zur Zeit keine weiteren Untersuchungen durchzuführen; – wir bleiben im Kontakt.

Das Geschäft mit der Angst boomt.

Weitere ungezielte Absicherungs-Untersuchungen könnten gefährlich und sogar kontraproduktiv sein. Sie könnten neue unbedeutende Veränderungen an den Tag bringen, neue Fragen aufwerfen und weitere Beunruhigungen auslösen, statt Antworten zu geben. Sie könnten die Angst und die Symptome verstärken – die Situation sogar chronifizieren. – Es braucht eine sehr gute Beziehung zwischen Arzt und Patient und grosses gegenseitiges Vertrauen, um diese schwierige Situation gemeinsam durchzustehen. – Dies ist lernbar, ... jedoch nur in der Hausarztmedizin.

Alternative komplementäre Methoden

Und es gibt auch eine Gegenbewegung. Vielen Menschen kommt diese moderne Medizin suspekt vor. Sie fühlen sich «atomisiert», in ihre Einzelteile zerlegt, wollen als Ganzes verstanden werden. Sie trauen der Wissenschaft kaum mehr, suchen nach alternativen ganzheitlichen Behandlungsmethoden – in allen möglichen Heilverfahren.

Viele Hausärztinnen und Hausärzte haben alternative komplementäre Methoden erlernt und behandeln ihre Patienten schulmedizinisch *und* komplementärmedizinisch. So können sie den Menschen mit ihren unterschiedlichen Erwartungen so weit wie möglich entgegen kommen.

Der 2. Teil dieses Artikels folgt im Heft 8 von PrimaryCare.

Dr. med. Bruno Kissling
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Elfenuweg 6
3006 Bern
kissling@primary-care.ch