

Basis und verantwortliches Zentrum der Versorgung

Die Zukunft der Hausarztmedizin abwarten oder sie gestalten?

Thomas Kühlein^a, Heinz Bhend^b

^aAllgemeinmedizinisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen, Deutschland; ^bAarburg, Schweiz

In diesem Artikel geht es um die Frage, was es heisst, heute Hausärztin oder Hausarzt zu sein, wie es dazu kam und was verändert werden sollte, wenn diese Berufsgattung überleben soll.

Der Mythos vom guten alten Hausarzt zeichnet einen freundlichen älteren Herrn, der zwar nicht viele Mittel an der Hand hat, aber mit viel Weisheit und Herz ganz nah (zu Hause) bei seinen Patienten ist und das Haus, also die Familie kennt [1]. Heute findet sich der Hausarzt (und längst auch die Hausärztin, die hier immer mit gemeint ist und vermutlich die Zukunft sein wird) in einer Situation wieder, die der eines Tennisspielers am Netz gleicht, mit einer wildgewordenen Ballmaschine vor sich (Abb. 1).

Wie kam es dazu, dass Hausärzte aussterben?

Am besten lässt sich diese Entwicklung über das soziologische Konzept der «Moderne» verstehen. Die Ideologie der Moderne besagt, dass wir die Welt über Ver-

nunft, Wissenschaft, Technik und eine immer grössere Spezialisierung letztlich endgültig beherrschen werden, am Ende sogar den Tod. Handeln ist die erste Maxime, Nicht-Handeln, also Erdulden, undenkbar. Die Moderne hat uns weit getragen. Niemand wird ernsthaft in eine Vormoderne zurückwollen. Dennoch, der Tod bleibt unbesiegt. Und weil das so ist, wendet die Moderne eine Strategie an, die der Soziologe Zygmunt Bauman als «Dekonstruktion des Todes» beschrieben hat: Wir holen den Tod, gegen den wir nichts tun können, vom «weit entfernten und endgültigen Horizont der Lebensspanne» weg und setzen ihn mitten hinein in unser Leben, wo wir ihn in einer endlosen immer weiter wachsenden Zahl von Gesundheitsproblemen und Risiken auflösen, gegen die wir zumindest potenziell etwas tun können [2]. Die Erfolge dieser Massnahmen, die Anfangs gross waren, werden immer kleiner. Die Erfolgskurve der Moderne flacht sich ab. Der Aufwand wird immer grösser. Am Beispiel der Polypharmazie mit allen ihren Neben- und Wechselwirkungen zeigt sich, dass die Summe medizinischen Handelns den Patienten zum Schaden gereichen kann. Was aber weglassen? Der Hausarzt als Generalist könnte hier helfen. Das macht ihn jedoch zu einer Art «Negativarzt», der versucht, die Menge medizinischer Massnahmen zu reduzieren, was er nicht gelernt hat und was keinen Spass macht. Er ist in seiner Situation überfordert. Er gibt erschöpft auf, und nicht viele sind so verrückt, ihn in seiner Situation am Netz abzulösen. Er stirbt aus, aber nicht, weil er nicht dringend gebraucht würde.

Die Erfolgsgeschichte der Medizin durch wissenschaftliche Erkenntnisse

Der Triumphzug der Moderne in der Medizin begann mit Männern wie Rudolph Virchow, Robert Koch oder Paul Ehrlich. Virchow proklamierte die Zellularpathologie, das Prinzip also, dass wenn der Mensch krank

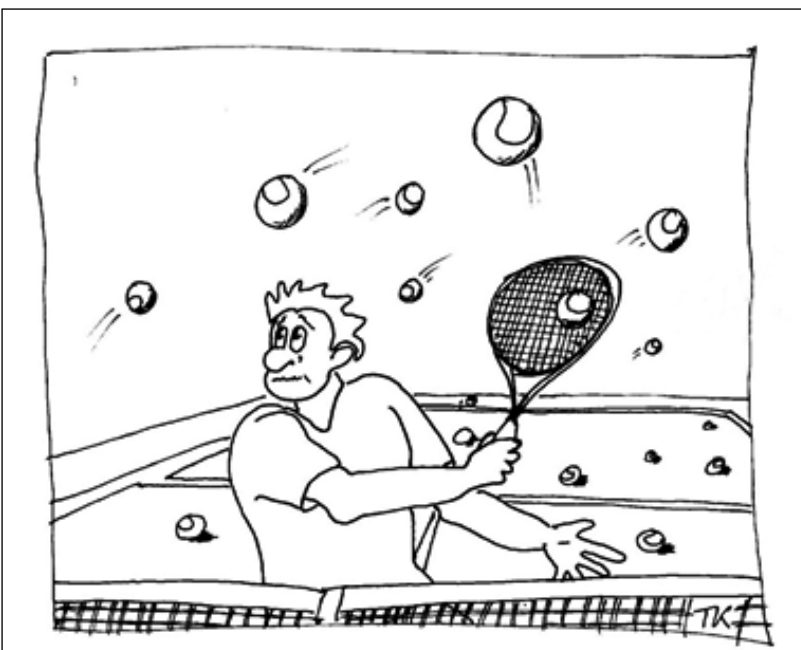


Abbildung 1: Die Situation des Hausarztes und seiner Patienten im 21. Jahrhundert? [10, 11]

wird, die Ursache in seinen Körperzellen zu suchen sei. Koch entdeckte unter anderem die Cholera-Vibrionen als bakterielle Feinde des Menschen. Paul Ehrlich war auf der Suche nach der «magischen Kugel», der Waffe also, die feindliche Bakterien trifft, ohne die menschlichen Zellen zu beschädigen. Er fand sie in den ersten Antibiotika, deren durchschlagende Wirkung seither als Mythos und Modell für den medizinischen Fortschritt dient [3].

Die nüchterne Gegenprüfung von Laborwissen durch die Evidenz

Mitte der 1990er Jahre kam in der Medizin eine neue Art zu denken auf: die evidenzbasierte Medizin (EBM). Oft ungenügend charakterisiert als eine auf dem wissenschaftlichen Nachweis basierende Medizin, beruht ihre Neuerung vor allem darauf, dass sich der ärztliche Rat nicht so sehr auf pathophysiologische Mechanismen und Laborerkenntnis, also wissenschaftliche Theorie, sondern besser auf eine experimentelle, kontrollierte Empirie, also eine beobachtete Wirklichkeit stützen sollte. Diese kontrollierte Empirie liefert uns Abschätzungen zu erwartender Effektgrößen für Nutzen und Schaden von Therapien. Die meisten Ärzte und Patienten scheinen den Nutzen medikamentöser Therapien zu überschätzen und den Schaden zu unterschätzen [4, 5]. Die Folge der manipulativen Aktivitäten der Industrie und der ungenügenden Ausbildung der Ärzte im kritischen Lesen von Studien ist eine Überversorgung und damit immer mehr Bälle im Tennis-Spiel des verzweifelten Hausarztes [6]. Die EBM steckt in einer Krise [7].

Spezialisierung als Antwort auf Komplexität und die Folgen

Eines der zentralen Kennzeichen der Moderne sind die Spezialisierung und das Verschwinden der Generalisten. Die Tätigkeit von Spezialisten ist meist segensreich. Der Mensch neigt jedoch zu einem Phänomen, das sich am besten mit dem Sprichwort «Für den, der nur einen Hammer hat, sieht plötzlich alles wie ein Nagel aus» beschreiben lässt. Darüber hinaus wurde die Medizin zunehmend marktwirtschaftlichen Prinzipien unterworfen. Es ist jedoch nicht nur das vernünftig, was auch wirtschaftlich rentabel ist. Sich um die Kranken und Schwachen zu kümmern gehört zum innersten Wesen fast aller Kulturen dieser Erde – es ist schlicht menschlich. Dabei schadet die Vermischung wirtschaftlicher Interessen mit ärztlichem Handeln nicht nur dem ärztlichen Ansehen und beschädigt das uns entgegengebrachte Vertrauen, sondern schadet als

zentraler Treiber von Überversorgung auch direkt unseren Patienten. Die Situation des Tennisspielers am Netz ist die direkte Folge der Moderne mit ihrem medizinischen wie ökonomischen Streben nach Fortschritt und Wachstum.

Welche Rolle spielt der Generalist im Gesundheitssystem?

Die Gesundheitssysteme unterstützen die Position der Generalisten nicht. Ein höfliches Wort um die Gesundheitssysteme der Schweiz und Deutschlands (bei allen Unterschieden) zu beschreiben wäre: fragmentiert. Angesichts der Parallelität von Primär- und Sekundärversorgung scheint es nicht ganz sicher, inwieweit das Wort «System» überhaupt zutrifft.

Und so sieht das Bild des Hausarztes also heute aus: Er hat gelernt mechanistisch zu denken, er arbeitet in einem fragmentierten Gesundheitssystem und wird überrannt von einem sich immer weiter zersplittenden Fortschritt, der im Detail für Generalisten nicht mehr beherrschbar ist und der in seiner Summe mehr Schaden als Nutzen erwarten lässt.

Was müsste sich ändern?

Der Hausarzt braucht eine klar definierte Position und Aufgabe im Gesundheitssystem. Dies ist die Position des Primärmediziners für akute Gesundheitsprobleme, des Koordinators und Mittlers zwischen Spezialisten und Patient im Falle schwerer Erkrankung und des verantwortlichen Versorgers bei chronischen Gesundheitsproblemen über die Zeit bis hin zum unvermeidlichen Tod. Der Patient ist dabei nicht ein Werkstück. Vielmehr ist der Hausarzt Partner und Ratgeber des Patienten. Die Kernstücke dieser gemeinsamen Beratung sind die Kenntnis und Übersetzung von Evidenz und letztlich auf Arztseite die Akzeptanz der jeweiligen Art und Weise, wie Patienten für sich entscheiden. Neben Wissen brauchen wir dafür Zeit. Aber auch schon Wissen braucht Zeit. Woher kommt diese Zeit?

Nur noch tun, was gesichert ist und hohen medizinischen (nicht wirtschaftlichen) Nutzen hat

Hören wir als erstes auf, uns mit Dingen zu beschäftigen, die so kleine oder unsichere Effektmasse haben oder so geringe Fortschritte darstellen, dass sie nahezu grundsätzlich keine Bedeutung haben. Konzentrieren wir uns stattdessen auf die Dinge, die wir längst wissen und von deren gesichertem und relevantem Nutzen wir überzeugt sind. Nicht mangelndes Wissen, sondern

die Umsetzung dieses Wissens ist das Problem unserer Zeit geworden [8].

Nicht vergessen umzusetzen, was gesichert ist und hohen medizinischen Nutzen hat

Atul Gawande empfiehlt Checklisten [9]. Diese standardisieren nicht die Patientenversorgung, sondern reduzieren nur das Vergessen von Entscheidungen. Sie erfordern eine Demut und Geduld, wie sie von Ärzten bislang nicht gefordert wurde. Auch für Patienten ist es leichter, sich dem Arzt mit den vermeintlich goldenen Händen anzuvertrauen, als einer Checkliste. Und doch war es die Checkliste, die Gawande zusammen mit anderen Chirurgen für den OP entwickelt hatte, die durch Vermeidung von Verwechslungen und Reduktion des Vergessens dramatisch mehr Leben gerettet hat, als es die goldensten Hände der besten Chirurgen jemals erreichen könnten. Dabei ist die Checkliste nur ein Beispiel dafür, worauf es eigentlich ankommt: Die Versorgung besser zu organisieren.

Standardisieren, was standardisierbar ist, um es zu delegieren

Eine alte Weisheit lautet, dass die Menschen zu mindestens demselben Grad alle gleich wie verschieden sind. Dort wo Individualität nicht gefragt ist, lassen sich medizinische Prozesse standardisieren und damit delegieren, um mehr Zeit für die Fragestellungen zu gewinnen, bei denen Individualität im Vordergrund steht. Wenn hausärztliche Arbeitskraft knapp wird, muss man sie entlasten.

Befreiung von der Tyrannei des Dringlichen

Ein nicht unerheblicher Teil hausärztlicher Arbeit besteht in der Betreuung von Patienten mit grippalen Infekten, unkomplizierten Rückenschmerzen, Harnwegsinfekten, Insektenstichen und anderen akuten Gesundheitsproblemen, die selbstheilend oder leicht behandelbar sind. Ein Grossteil dieser Patienten geht entweder überhaupt nicht zum Arzt oder oft nur des-

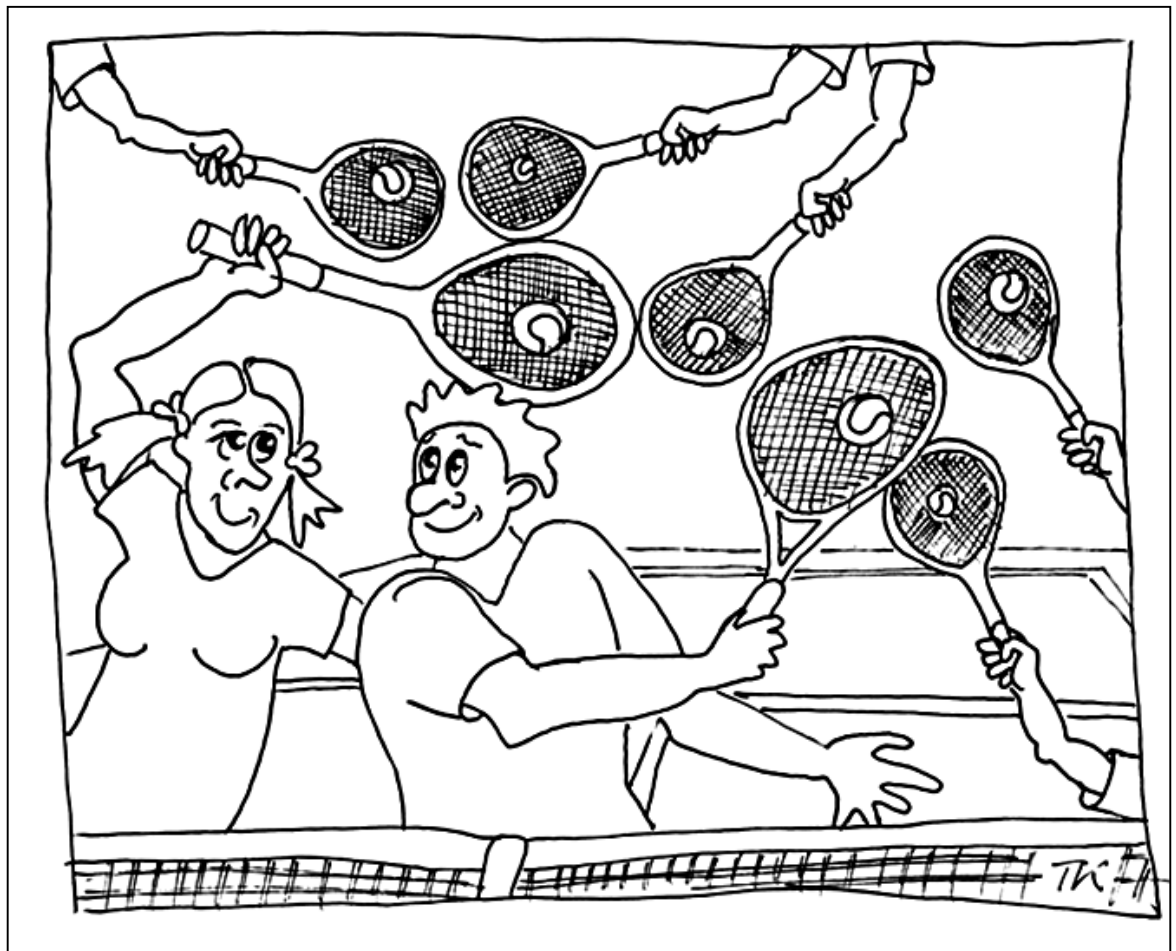


Abbildung 2: Ein mögliches Bild der Zukunft der Primärversorgung.

halb, weil sie für wenige Tage eine Krankschreibung für den Arbeitgeber benötigen. Durch nutzlose Antibiotikaverschreibungen wie beispielsweise bei akuter Bronchitis oder obsoleter Schmerzspritzen wie in Deutschland häufig bei unkomplizierten Rückenschmerzen gegeben, werden Patienten dazu erzogen, mit diesen Problemen die Wartezimmer zu füllen. Durch leitliniengerechtes Verhalten einerseits und Delegation dieser Gesundheitsprobleme an andere Gesundheitsversorger wie etwa Pflegefachpersonen liessen sich Ärzte wirksam entlasten.

Klare Trennung zwischen Risikofaktoren und Krankheit

Vieles von dem, was Ärzte tun, hat mit Krankheit nur indirekt etwas zu tun. Obwohl als Diagnosen gleichwertig mit Krankheiten geführt, handelt es sich bei der arteriellen Hypertonie, der Hyperurikämie, der Hypercholesterinämie, dem Diabetes mellitus Typ 2 oder der Osteoporose nicht um Krankheiten, sondern um Risikofaktoren für Krankheiten, deren Grenzwerte willkürlich festgelegt werden.

Ist erst einmal gesichert und im Einvernehmen mit dem Patienten beschlossen, Risiken zu verringern, geht es darum dafür zu sorgen, dass dies auch geschieht. Beispielsweise Diätschulungen, Bewegungstraining, Blutdruckkontrollen und Wiederholungsrezepte lassen sich suffizient von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen übernehmen, um dem Tennisspieler Zeit für die Dinge zu geben, bei denen seine spezifische Expertise gefragt ist (Abb. 2). Die Delegation von Leistungen muss dabei unter der Aufsicht und Verantwortung der Generalisten bleiben. Damit dies möglich wird, müssen sich die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Honorarsysteme verändern.

Zusammenfassung

Wachstum, Fortschritt und Spezialisierung sind gut, stossen aber an Grenzen, über die hinaus der Aufwand den Nutzen nicht mehr rechtfertigt und bei der die Summe immer kleinerer Verbesserungen unseren Patienten zum Schaden gereichen kann. Gleichzeitig wird über das Streben nach Fortschritt und Gewinn leicht vergessen, was das Ziel der Medizin war, zu lindern und zu helfen. Soll die Hausarztmedizin überleben – und das sollte sie dringend – muss sie die Position der Basis und des verantwortlichen Zentrums der Versorgung annehmen und nachweisen, dass nur sie in der Lage ist, die damit verbundenen Aufgaben suffizient und für alle finanzierbar umzusetzen. Diese Aufgaben sind die des Primärmediziners für akute Gesundheitsprobleme, des Koordinators und Mittlers zwischen Spezialisten und Patient im Falle schwerer Erkrankung und des verantwortlichen Versorgers bei chronischen Gesundheitsproblemen über die Zeit. Die aktuelle Krise ist eine Chance. Jetzt ist der Zeitpunkt, die Zukunft des Hausarztes anders zu gestalten.

Referenzen

- Callahan CM, Berríos GE. Reinventing Depression: A History of the Treatment of Depression in Primary Care, 1940–2004. Oxford University Press, Oxford 2004.
- Bauman Z. Mortality, immortality and other life strategies. Polity Press, Cambridge 1992.
- Rose N. Neurochemical selves. Society November 2003, DOI: 10.1007/BF02688204
- Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests. A systematic review. JAMA Intern Med. 2017;177(3):407–19.
- Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests. A systematic review. JAMA Intern Med. 2015;175(2):274–86.
- Heath I. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests – an essay by Iona Heath. BMJ 2013;347:f6361.
- Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N for the Evidence Based Medicine Renaissance Group. Evidence based medicine: a movement in crisis? BMJ 2014;348:g3725.
- Gorovitz S, MacIntyre A. Toward a Theory of Medical Fallibility. J Medicine Phil 1976;1(1):51–71.
- Gawande A. Die Checklist Strategie. Btb-Verlag, München 2013.
- Kuehlein T, et al. How Do I Care for My Patients with ...? Journal of Health Science 2015;3:141–7.
- Kühlein T, et al. Wie versorge ich meine Patienten mit ...? Z Allg Med. 2017;93(10):396–401.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med.
Thomas Kühlein
Universitätsklinikum
Erlangen
Allgemeinmedizinisches
Institut
Universitätsstraße 29
DE-91054 Erlangen
thomas.kuehlein[at]
uk-erlangen.de