

Forum

Der «standespolitische» Grundversorger – die Geschichte eines Scheiterns

Neben einer intensiven Hausarztpraxis ist das Engagement in Standespolitik und andern Aktivitäten auch heute noch oft mit grossem Aufwand und Opfern verbunden. Im folgenden ein sehr persönlicher Bericht eines Hausarztes, der sich dabei überforderte.

Der Weg vom Studium zum Standespolitiker

Eines Morgens stürzte ein in der Standespolitik engagierter Hausarzt in der Praxis zusammen und glaubte, sein letztes Stündlein habe geschlagen.

Aber eigentlich begann die Geschichte schon viel früher. Unser Standespolitiker in spe – nennen wir ihn R.* – wuchs auf einem kleinen Bauernhof in einem Durchgangskanton des schweizerischen Mittellandes auf, war von fragiler Gesundheit und als Kind eher ein Einzelgänger, aber von zähem Willen.

So brachte es R. auf dem kürzesten Weg zu einem ausgezeichneten Staatsexamen und bildete sich nach primärer Präferenz der Pädiatrie zum Allgemeininternisten weiter. Den Abschluss bildete die Ausbildung in einer renommierten Poliklinik im bevölkerungsreichsten Kanton der Schweiz. Es war auch die Rede von einer Oberarztkarriere – unser zukünftiger Standespolitiker konnte sich aber nicht vorstellen, dasselbe zu ertragen wie seine damaligen Oberärzte, und ging deshalb nach nur sechs Jahren Assistenzzeit in die Praxis.

R. arbeitete viel, hatte bald fast zu viele Patienten, versuchte schon bald, auch ausserhalb der Praxis in der Fortbildung mitzuarbeiten, allerdings mit wenig Erfolg.

Nach einem ersten schweren Migräneanfall und immer vom inneren Feuer einer engagierten, hochstehenden Primary care geleitet suchte er nach neuen Betätigungsfeldern.

Weil er früher einmal Lehrer werden wollte, engagierte er sich in der Studentenausbildung, ärgerte sich dabei über den Konservatismus der Universität und manchmal auch über das ungestüme, fast unvorsichtige Vorgehen seiner Mitstreiter. Er ärgerte

sich auch masslos über Kollegen, deren Hauptsorge darin bestand, dass der Taxpunkt-Wert 5 Rappen tiefer war als im Nachbarkanton, und die beim Thema Kontrahierungszwang an Internierungslager und bei Zweiklassenmedizin an die SBB dachten. Schliesslich kamen zusätzliche Aufgaben, die über den Kanton hinausgingen. R. wusste, dass es eigentlich zu viel war – trotzdem gelang es ihm nicht, die bisherigen Aufgaben genügend zu reduzieren.

Der Zwischenfall

Dann kann der Zusammenbruch: R. wollte wieder einmal am frühen Morgen innert einer halben Stunde das leisten, wofür man eigentlich zwei Stunden braucht. Dazu entdeckte er noch eine Fehlleistung der MPA, die ihn einerseits ärgerte und seinen Zeitplan noch mehr durcheinanderbrachte. Plötzlich überfiel ihn ein intensiver Schwindel mit Sturz, die linke Körperseite versagte ihren Dienst und die Sinne drohten zu entschwinden – wie ein ewiges Einschlafen, dachte er später, eigentlich ein schönes Gefühl ... Nach wenigen Sekunden war der Spuk vorbei, intensive Ängste überfielen unseren Standespolitiker.

Es waren bis zum MRI schlimme Tage. Wiederholte Panikattacken verfolgten R., und er hätte alles getan, um das beste MRI der Region zu erhalten. Er verstand dabei die Leute, die zwar über steigende Prämien schimpfen, aber bei der eigenen Krankheit nur das Beste und Teuerste wollen. Der therapeutische Effekt des normalen MRI war dann phänomenal, die Ängste schlagartig verschwunden, und R. realisierte, dass da die rechte Hirnhälfte Amok gelaufen war, dass die linke übermächtige Hälfte einen kleinen Moment die Kontrolle aus der Hand gegeben hatte – und schon machte die rechte, was sie wollte ...

Den Neurologen interessierte das dann bald nicht mehr, und zum Psychiater wollte unser lieber Freund auch nicht. Er realisierte, dass es so nicht weitergehen konnte, dass seine Robustheit und Schaffenskraft weniger gross war, als er dies oft gerne wahrhaben wollte, und vor allem vielleicht auch weniger gross als die seiner ebenfalls standespolitisch tätigen Kollegen. Auch musste er einsehen, dass seine in der Standespolitik

geschätzte Mediation und Ruhe oft nur um den Preis einer zerstörerischen inneren Vulkantätigkeit möglich war. Seine standespolitischen Mitstreiter waren nicht gewohnt, dass er jetzt plötzlich «nein» sagen musste – mit grossen Gewissensbissen zwar –, aber die rechte Hirnhälfte erhob sofort den «Panik-Finger», sobald er wieder zuviel wollte. R. musste sich an den «Herd» seiner Praxis zurückziehen, konnte nur noch kleine standespolitische Brötchen backen und konnte nur hoffen, dass robustere Kollegen die vielen hängigen Aufgaben anpacken würden.

R. hofft auch weiter (bisher aber vergeblich), dass sich Modelle entwickeln lassen, bei denen nicht nur die wenigen aktiven Standespolitiker fast alle Arbeit machen müssen. Er hofft immer noch, dass es für die Mehrheit der Ärzte zur Selbstverständlichkeit wird, sich aktiv zu beteiligen.

Genauere Anschrift des Autors der Redaktion bekannt.

Eigentlich müsste man Tomaten in die Rhone werfen ...

Gedanken zur Arzneimittelsicherheit in der selbstdispensierenden Landarztpraxis

Der tödliche Ausgang einer fatalen Medikamentenverwechslung wie im Fall des Berner Inselspitals Ende vergangenen Jahres hat uns wieder einmal kristallklar vor Augen geführt, welchen hohen Stellenwert Arzneimittelsicherheit in unserem Alltag haben sollte. Handelt es sich um ein Problem, welches nur die Spitäler betrifft? Diese Annahme wäre ein Trugschluss. Als Hausarzt sehe ich mich tagtäglich mit den lauenden Gefahren im Umgang mit der Medikamentenabgabe konfrontiert.

Das richtige Medikament in der richtigen Dosis und richtigen Applikationsform mit der richtigen Information zum richtigen Zeitpunkt dem richtigen Patienten zu verabreichen, ist ein wichtiger pharmazeutischer Grundsatz, dem wir unsere volle Aufmerksamkeit zu schenken haben. Bei rund 9000 registrierten Medikamenten, welche derzeit im Handel sind, ist dies sicherlich keine leichte Aufgabe.

«Corporate identity» ist in der Phar-

maindustrie zum heiligen Prinzip avanciert, dem sich die Medikamentensicherheit unterzuordnen hat. Wie anders wäre es zu erklären, dass ganze Medikamentenpaletten einer bestimmten Firma, vom Betablocker über den ACE-Hemmer, sich lediglich durch einen dünnen roten Strich in ihrem Design unterscheiden. So kann es durchaus vorkommen, dass ein Patient bei der Medikamentenbestellung nicht mehr den Namen des Präparates angibt, sondern lediglich noch den Firmennamen reproduzieren kann. Welche verheerenden Folgen die Verwechslung haben könnte, ist uns allen bekannt und muss hier kaum näher dargestellt werden. Vielleicht ist es Ihnen auch schon passiert, dass Sie in einer Notfallsituation beim Aufziehen einer Ampulle Morphinum realisiert haben, dass es sich hierbei um Adrenalin handelt, deren Ampulle zufälligerweise praktisch gleich aussieht wie das Schmerzmittel. Die Flut alter und neuer Medikamente gepaart mit dem Bedürfnis der Pharmaindustrie nach «Corporate identity» stellen eine erhebliche Gefahr für unsere Patienten dar. Verschiedentlich habe ich Pharmavertreter auf die Verwechslungsgefahr von Medikamenten hingewiesen und bin dabei auf mehrheitlich taube Ohren gestossen.

Sicherlich haben Sie als Eltern schon die kindliche Freude beim Auspacken eines neuen Spielzeugs miterleben dürfen. Vor diesem «Franz-Karl-Weber-Effekt» scheinen auch wir Ärzte nicht ganz gefeit zu sein. Mit einer Vielzahl neuer Medikamente werden wir jährlich konfrontiert, die es auszuprobieren gilt. Das neue Spielzeug, sprich Medikament, soll unser Interesse erregen und mit einer Golfpartie in idyllischer Landschaft versüsst werden. Es fällt uns plötzlich schwer, die Wichtigkeit und den Stellenwert des neuen Medikamentes unabhängig von den Annehmlichkeiten des Golfspiels zu beurteilen.

Die geschickte Werbung, die sich zunehmend an unsere Patienten direkt wendet, löst Bedürfnisse aus, die wir gegenüber dem Patienten zu befriedigen haben. So sind wir erstaunt, dass altbewährte, gut bekannte und eingehend untersuchte Medikamente rasch und stillschweigend vom Markt verschwinden und durch neue, meistens teurere Medikamente ersetzt werden.

Wie viele Medikamente bräuchten wir eigentlich? Eines nur scheint mir sicher: Weniger wäre mehr.

Übrigens ... Sie kennen die Geschichte der Tomaten, als erzürnte Walliserbauern

ihre Tomaten in die Rhone warfen, um auf Ihre Sorgen und Nöte aufmerksam zu machen. Muss sich die Rhone wirklich wieder rot färben?

Als Hausärzte sind unsere Möglichkeiten beschränkt. Das wiederholte Gespräch mit der Pharmaindustrie und unsere wichtigste Waffe, unsere Verschreibungspraxis, gilt es wohl vermehrt zu nutzen.

Ch. Cina-Huber

Allgemeine Medizin FMH
Hauptstrasse 16, CH-3254 Messen
E-mail: kccina@bluewin.ch

Erscheinungsbild der Hausärzte in der Öffentlichkeit

Schon lange ist es mir ein Anliegen, zum Bild, das die Öffentlichkeit von uns hat, etwas beitragen zu können. Die Journalisten, so hat man den Eindruck, freuen sich daran, ein negatives Bild von uns zu zeichnen. Wir müssen es uns gefallen lassen, dass man unseren Ruf schädigt, ohne dass wir uns wehren können. Das hat politische Konsequenzen. Die Ohnmachtsgefühle können uns manchmal schon (er)drücken. Ist die Kritik berechtigt, sollten wir unsere Lösungen zeigen können. Ist die Kritik nicht berechtigt, müssten wir unsere Standpunkte in den Medien darlegen können und uns Gehör verschaffen.

Ein Arzt ist nach Auskunft vieler Presseleute ein geldgieriger Angeber, der sich rücksichtslos an den armen Patienten bereichert. Dazu ist er gefühllos, und er nimmt, was er kann. Solche Bilder sind nicht nur ohne unser Zutun entstanden und geben nach meiner Meinung allen Anlass, uns über das Verhalten bei den Patienten Gedanken zu machen. Versuchen wir uns doch einmal ein Bild davon zu machen, was in den von uns betreuten Menschen vorgehen könnte. Haben Sie sich schon einmal überlegt, wie ohnmächtig und hilflos sich ein Patient in einer Sprechstunde vorkommen kann? Auch ohne, dass wir uns arrogant aufzuführen, kann es zu unangenehmen Gefühlen kommen. Es scheint unseren Patienten, dass hier über Leben und Tod entschieden wird. In den Gefühlen erleben sie die von uns gemachten Diagnosen, die ja Schicksale sein können, als durch unsere Verfügungsgewalt entstandene Wirklichkeiten, als hätten wir die Macht, über die Prognosen der Leiden zu entscheiden. Im Verstand ist das absurd.

Die Seele hat aber Mühe mit dieser Unterscheidung.

So gesehen kann die Reaktion der Presse als Antwort auf durchgemachte reale oder vermeintliche Demütigungen der Patienten verstanden werden. Der Journalist ermöglicht es dem Patienten, seine ihm unerträglichen Empfindungen zurückzugeben, damit er sein Ungenügen und seine Hinfälligkeit besser ertragen kann. Der Wut auf den Doktor, der ihm den Alkohol, die Schokolade, die Würste, das Rauchen und andere Lebensgenüsse verbietet, kann nun freier Lauf gelassen werden. Und Journalisten sind ja auch Patienten. Es geht um Rachegefühle, die unerträglich sind und an den weitergegeben werden, der sie scheinbar verursacht hat.

Wir sind als Ärzte in einer exponierten Situation und verstehen oft nicht, wenn uns Patienten nicht für die aufopfernde Hilfe dankbar sind, sondern uns sogar hassen. Hilfe (empfangen) macht hilflos, indem es das eigene Unvermögen vor Augen führt. Das ertragen die meisten Menschen schlecht.

Um so wichtiger ist es für uns, das Bild, das die Öffentlichkeit von uns hat, mitzugestalten und Verständnis für unsere Entscheidungen zu erwirken. Seit langem versuchen wir Basler, etwas auf die Beine zu stellen, das dem jetzigen Trend entgegenwirken könnte. Dabei haben wir viele Ideen verfolgt:

- Inserate: teuer, ev. wenig wirkungsvoll, müsste professionell angegangen werden.
- Pressekonferenzen: Interesse fraglich, Möglichkeit erneuter Verzerrung unserer Aussagen.
- Gründung von Diskussionsgruppen mit Patienten, wo Probleme mit der Arzt-Patienten-Beziehung angesprochen werden können: Flächenwirkung verschieden.
- Einen Fonds gründen für gezielte Aktionen in den Massenmedien. Vielleicht könnten wir Sponsoren finden (anstelle von Abendessen und langweiligen Fortbildungen).
- Einen professionellen Imageberater engagieren.

Die Haltung, uns nicht an die Presseleute zu wenden, weil sie nicht unsere Freunde sind, entspricht nicht einem kräfteschonenden Verhalten, sondern ist ganz einfach geschmolzt.

Wir haben gesehen, dass wir hier bald an personelle und finanzielle Grenzen stossen. Gibt es andere Vorstände oder Grund-

versorgergruppierungen, die sich darüber Gedanken machen? Gibt es die Möglichkeit von regionaler Zusammenarbeit? Ich würde einen Gedankenaustausch sehr begrüßen.

Felix Häring,
Präsident GAMBA
Hauptstrasse 80
CH-4416 Bubendorf

Leserbrief zu: **Pourquoi une unité d'enseignement de médecine générale à Genève?**

Lieber Bruce

Du wirst mich entschuldigen, dass ich meinen Brief auf deutsch abfasse. Ich erlaube mir dies aber, weil ich von Magglingen her weiss, dass Du der Sprache Goethes ebenfalls mächtig bist.

Als in der Ausbildung ebenfalls aktiver Zürcher wird man jedes Mal neidisch, wenn man über die Einrichtungen zur Lehre der Hausarztmedizin in Genf etwas erfährt. Ich bin mit Dir vollständig einverstanden, dass diese Lehrinhalte der ambulanten Medizin schon in die Ausbildung und nicht erst in die Weiter- und Fortbildung gehören. Entscheidend wichtig ist eine konstruktive Zusammenarbeit mit den Fakultäten sowie eine gute Ausbildung der teilnehmenden Grundversorger.

Zusätzlich scheint mir enorm wichtig, dass alle Grundversorger-Gesellschaften, also auch die Allgemeininternisten und Pädiater, mit einbezogen werden. Es ist ja wahrscheinlich kein Zufall, dass der Hauptverantwortliche in Genf (Prof. Stalder) ein überzeugter Allgemeinintemist ist, dessen Vision darin besteht, dass die Grundversorger-Gesellschaften noch viel enger zusammen arbeiten.

Dr. Ruedi Frey
Mitglied FIHAM Zürich
Facharzt Innere Medizin FMH
Ferrachstrasse 9, CH-8630 Rüti
E-mail: Ruedi.Frey@hin.ch

Réponse

Cher Ruedi,

Au nom de mes collègues de l'UEMG, j'aimerais te remercier de tes commentaires.

Ils nous confortent dans notre approche de l'enseignement de la médecine générale.

Bien sûr, plusieurs objectifs d'enseignement de la médecine ambulatoire sont communs aux différentes spécialités de premier recours.

Les facultés de médecine ainsi que les départements hospitalo-universitaires concernés doivent s'en rendre compte, et apprendre à collaborer dans un état d'esprit privilégiant un enseignement de qualité ...

Pour enseigner la médecine ambulatoire il faut aussi des praticiens ...

Mobiliser des médecins installés pour de l'enseignement est une tâche difficile; une collaboration et une relation de confiance entre les responsables de l'enseignement (et donc des budgets à allouer ...) et les sociétés de discipline (cantonales et nationales) est une condition indispensable.

Depuis 1995, les étudiants à la faculté de médecine de Genève font en deuxième année un stage en cabinet appelé stage CMA (voir www.UEMG.ch) qui est un bon exemple de la collaboration de la faculté avec les sociétés de disciplines cantonales: les tuteurs sont internistes, généralistes et pédiatres, et les objectifs de ce stage sont communs aux trois spécialités!

Dr Bruce Brinkley
Unité d'enseignement de médecine générale, Hôpitaux Universitaires de Genève, CH-1211 Genève 14
www.UEMG.ch, E-mail:
bruce.brinkley@medecine.unige.ch