

Das Elend der Hausärzte*

The Misery of Family Doctors

Autor

U. Kurzke

Institut

Facharzt für Allgemeinmedizin, Pellworm

Eigentlich bietet sich ein paradoxes Bild. Auf der einen Seite erhält die Allgemeinmedizin nun schon über Jahre Unterstützung durch die Politik und auch Krankenkassen und hat in der Öffentlichkeit darüber auch Stärkung erfahren. Entsprechend hat sich Allgemeinmedizin historisch erstmalig auch an den Universitäten entwickelt und etabliert. Dort wird gute, wichtige und interessante wissenschaftliche Arbeit geleistet. Die Studenten erhalten Unterricht, der ihnen das Fach darstellt und die Bandbreite ärztlicher Möglichkeiten in der Hausarztpraxis vorführt.

All dies – so meint man – sollte der Allgemeinmedizin in der niedergelassenen Praxis zusätzliche Rückendeckung und Anerkennung verschaffen.

Auf der anderen Seite aber scheinen immer weniger junge Kolleginnen und Kollegen bereit zu sein, sich als Allgemeinärzte – sprich Hausärzte in einer Praxis – nieder zu lassen. Dies macht sich besonders in den östlichen Gebieten der Republik bemerkbar, wo es Landstriche gibt, die heute schon unter einem deutlichen Mangel an Hausärzten leiden. Für die nächsten fünf bis zehn Jahre wird ein zunehmender Mangel auch in weiten Teilen der ländlichen Regionen der gesamten Republik prognostiziert. Die Tätigkeit als Landarzt erfreut sich keiner besonderen Beliebtheit. Aufgelistet werden überwiegend die Nachteile einer solchen Tätigkeit: die oft ständige Rufbereitschaft, die häufigen Nacht- und Wochenenddienste.

Die als zu gering erachtete Entlohnung sowie das wenig ansprechende kulturelle und intellektuelle Angebot im ländlichen Raum führen dazu, dass immer weniger Kollegen bereit sind, sich auf eine solche Praxis einzulassen. Oft kommt hinzu, dass Allgemeinärzte zwar bei ihren Patienten beliebt und anerkannt sind, sich aber im Kollegenkreis weniger geschätzt und wertgeachtet fühlen. Im

Gespräch mit anderen Allgemeinärzten hört man daher oft, dass diese von ihrer Tätigkeit wenig begeistert sind und mangelnde Freizeit, schlechte Bezahlung und zu viel Stress beklagen (☉ **Abb. 1**). Auch für Schleswig-Holstein ist die Tendenz deutlich zu erkennen. Keiner will mehr Hausarzt werden.

Während auf der einen Seite im ländlichen Raum die Hausärzte aussterben, suchen Hausärzte im städtischen Bereich ihr Heil in einer Spezialisierung sei es Psychosomatik, Psychotherapie, Phlebologie oder Ähnlichem.

Die Weiterbildungsordnung tut ihr übriges: Aus dem praktischen Arzt, der praktisch für Alles in der Grundversorgung zuständig war, wurde der Facharzt für Allgemeinmedizin und aus dem Facharzt für Allgemeinmedizin soll der Facharzt für Allgemein- und Innere Medizin werden, für den beispielsweise Chirurgie oder Kinderheilkunde nicht als Pflicht-Weiterbildung vorgeschrieben sind. Allerdings wird letzteres von Ärztekammer zu Ärztekammer gegenwärtig unterschiedlich gehandhabt. Die Kammern verordnen einen Verlust des Generalistischen und somit auch eine Verarmung der Tätigkeit. Das „Neue Fach“ ist weitaus enger und spezialisierter als es heute noch beispielsweise durch die Tätigkeit des Landarztes gelebt wird.

Das hausärztliche Leistungsspektrum scheint aber nicht allein durch veränderte Gebührenordnungen, Streichung von Leistungspositionen oder geänderte Weiterbildungsordnungen beeinflusst zu sein. Ein Blick auf die Abrechnungsdaten zeigt, dass wir Hausärzte selbst den Rückzug angetreten haben. So bleibt die Zahl der Praxen, die überhaupt Hausbesuche durchführen zwar weitgehend konstant, die Zahl der Hausbesuche fällt jedoch kontinuierlich ☉ **Abb. 2**.

Dies gilt sowohl für geplante als auch für Notfall-Hausbesuche. Der Rückzug zeigt sich auch an anderen Leistungen, die nicht zum Kerngebiet der

Commissioned article

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1086013
 Online-Publikation: 2008
 Z Allg Med 2008; 84: 422–427
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

U. Kurzke
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Uthlandestr. 7
 25849 Pellworm
 praxis@akkupellworm.de

*Key-lecture beim DEGAM Kongress 2008, 21.–23.9., in Berlin

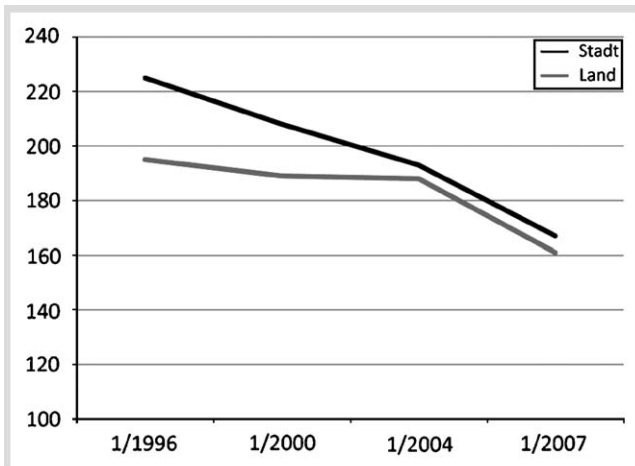


Abb. 1 Entwicklung der Praxen für Allgemeinmedizin in SH 1997–2007 im Vergleich Stadt/Land I.

Allgemeinmedizin gehören, zum breiteren Spektrum aber mit dazu gehören können.

So nimmt beispielsweise die Zahl der Allgemeinpraxen, die noch Kindervorsorgeuntersuchungen und Gelenkpunktionen durchführen, bei nahezu gleichbleibender Anzahl pro 100 Patienten in diesen Praxen kontinuierlich ab.

Was ich verdeutlichen möchte ist zweierlei. Auf der einen Seite ziehen wir uns aus originär hausärztlichen Bereichen (Hausbesuche usw.) zurück, auf der anderen Seite scheinen die Praxen, die mit einem erweiterten Spektrum ihre Patienten versorgt haben, so langsam auszusterben. Wir dürfen uns nicht wundern, dass dort, wo wir uns als Hausärzte zurückziehen, andere in diese Lücken stoßen und Home- und Palliativ- und sonstigen Careteams, angeführt von Schwester Agnes den Hausarzt zum Case-Manager degradieren. Als Hausarzt bin ich jedoch kein Case-Manager, sondern lebe in engem Kontakt mit meinen Patienten, als deren Vertrauter und Begleiter.

Was erklärt – neben zu wenig Geld, zu wenig Anerkennung, zu viel Vorgaben durch den Staat, die KV, zu viel Arbeit usw. – möglicherweise noch die schwindende Begeisterung für den Beruf des Hausarztes?

Der Stein der Weisen ist auch nicht auf Pellworm vergraben worden, ich möchte aber aus meiner ganz persönlichen Perspektive versuchen, mögliche Antworten aufzuzeigen.

Sie werden sich genauso wie ich mich gewundert haben, wie das Präsidium DEGAM auf die Idee kommen konnte, ausgerechnet einen Landarzt wie mich um eine Keylecture zur hausärztlichen Tätigkeit zu bitten. Mich, der seit inzwischen mehr als zwanzig Jahren als Arzt auf einer kleinen Nordseeinsel als „altmodischer Hausarzt“ tätig ist.

Nach dem Tod meiner Ehefrau von mehr als zehn Jahren führe ich die Praxis als einziger niedergelassener Arzt auf Pellworm. Nach der Anfrage der DEGAM befand ich mich plötzlich in der Situation eines Tausendfüßlers, der bewundernd nach seiner Fähigkeit zur Koordination so vieler Füße gefragt wird. Etwas was für mich normal und selbstverständlich ist, sollte plötzlich etwas Besonderes sein.

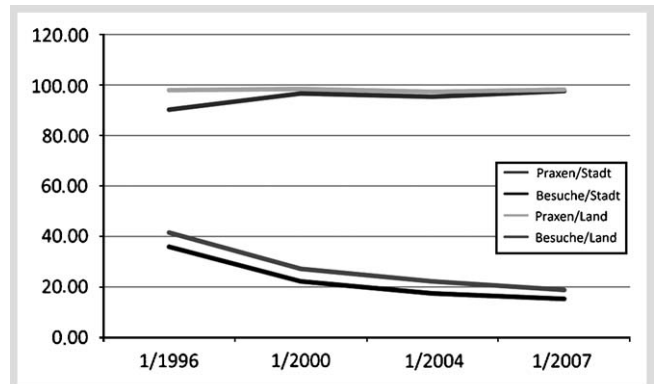


Abb. 2 Entwicklung der Hausbesuchstätigkeit im Stadt/Land-Vergleich 1997–2007.

Pellworm

Die Insel Pellworm liegt im nordfriesischen Wattenmeer und ist ca. 37 Quadratkilometer groß, ringsum von hohen Deichen umgeben, da weite Teile der Insel nur wenig über Normal-Null liegen **Abb. 3**.

Auf Pellworm leben ca. 1 200 Menschen, in den Wintermonaten eher weniger. Die Haupterwerbszweige stellen Landwirtschaft und Tourismus dar, wobei sich die eigentliche Urlaubssaison, allein Klima bedingt, im Wesentlichen auf die Sommermonate beschränkt. Die Insel ist über eine Fährverbindung zu erreichen, es ist existiert behelfsmäßiger Hubschrauber-Landeplatz. Die Anbindung an den Hubschrauber ist ebenfalls stark wetterabhängig, für Notfalltransporte steht darüber hinaus ein Seenotkreuzer der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger zur Verfügung, dessen Einsatz aber auch von Ebbe und Flut abhängig ist.

Die Altersstruktur der Inselbevölkerung weist eine (noch) recht hohe Zahl an schulpflichtigen Kindern auf, die mit Abschluss der Realschule die Insel verlassen müssen, um weiterführende Schulen auf dem Festland zu besuchen oder eine Ausbildung zu beginnen. Das Arbeitsplatzangebot auf der Insel ist sehr beschränkt, gerade für höher qualifizierte Berufe gibt es kaum eine Existenzmöglichkeiten. Der fortschreitende Strukturwandel in der Land-



Abb. 3 Nordseeinsel Pellworm von Westen, vorgelagert die Hallig Süderoog.



Abb. 4 Besuch des Kindergartens in der Praxis.

wirtschaft führt darüber hinaus auch auf Pellworm zu einem weiteren Verschwinden von qualifizierten Arbeitsplätzen. So ist es nicht verwunderlich, dass gerade die Gruppe der zwanzig bis 50-jährigen im Vergleich zum Bundesgebiet deutlich unterrepräsentiert ist, mehr als 35% der Bevölkerung sind bereits über 60 Jahre.

Anders als in einem Dorf auf dem Festland ist man auf einer Insel in einem höheren Maße aufeinander angewiesen. Zum einen erhalten sich auf Pellworm zahlreiche, für das dörfliche (Über-)Leben notwendige Strukturen länger, als dies in einem abgelegenen Dorf auf dem Festland der Fall ist, von dem man gegebenenfalls auch die nächste Stadt mit dem Auto gut erreichen kann. Sind bestimmte, für das Überleben auf der Insel wichtig erachtete Funktionen bedroht, reagiert die Inselbevölkerung sehr sensibel. Der medizinischen Versorgung kommt eine besondere Bedeutung zu. Für die Sicherung der Lebensqualität wird eine umfangreiche Versorgung für unabdingbar erachtet und eigentlich kann man sich auch gar nicht vorstellen, dass dies jemals anders sein könnte.

Die Praxis

Die Praxis auf Pellworm stellt eine breite allgemeinmedizinische Versorgung sicher. Für manch einen von Ihnen wird dies wie ein Bild aus den fünfziger Jahren erscheinen. Tatsächlich ist dem auch so. Eine Landarztpraxis, in der vom Neugeborenen bis zum hochbetagten Greis, vom schwerverletzten Unfallpatienten bis zum Tumorpatienten in seinen letzten Wochen alles betreut wird. Daneben all das, was gemeinhin zur Allgemeinmedizin gehört, die Patienten mit ihren chronischen Erkrankungen, die Familiensorgen, die Bagatellen usw. Insofern unterscheidet sich die Praxis auf Pellworm nicht von allen anderen Allgemeinpraxen; höchstens darin, dass man hier mit einer Praxis ein Habitat betreut und man sich einen guten epidemiologischen Überblick verschaffen kann **Abb. 4**.

Die apparative Ausrüstung orientiert sich vorwiegend an der Frage, ob und wann ein Patient zum Festland transportiert werden muss, um eine weitere Diagnostik oder Behandlung sicherzustellen. Und dabei ist zu bedenken, welchen der teilweise recht betagten Inselbewohnern Fahrten zum Festland, die oft mit Rückfahrt ein ganzen Tag in Anspruch nehmen, zugemutet werden können. Die Ausrüstung der Praxis entspricht daher im

wesentlichen der einer kleinen Krankenhausambulanz. Manchmal müssen mehrere Stunden überbrückt werden, bis der Transport eines Patienten zum Festland sichergestellt ist. Für Insulaner ist es ohnehin oft nur schwer verständlich, warum man denn für eine Behandlung zum Festland oder gar ins Krankenhaus fahren sollte. Nur am Rande möchte ich anmerken, dass die KV diese Besonderheit in keinem besonderen Maße anerkennt, für mich gilt genauso wie für jeden anderen auch ein individuelles Praxis Budget, dass sich an dem vor einigen Jahren festgemachten orientiert: Es gibt keine Zusatzzahlungen oder sonstigen Vergünstigungen. Vor einigen Jahren bekam ich einmal sogar eine Regressandrohung seitens der KV wegen zu häufiger Abrechnung von Notdienstziffern.

Die Misere?

Praxis auf Pellworm bedeutet 24 Stunden Rufbereitschaft an 365 Tagen im Jahr. Jede Abwesenheit von der Insel muss langfristig geplant, verlässliche Vertreter müssen rechtzeitig angeheuert werden. Eine ausführliche Übergabe und entsprechende Erläuterungen zu den etwas anderen Versorgungsstrukturen ist erforderlich, bevor die Insel verlassen werden kann. Rufbereitschaft bedeutet, ständig Handy und Pieper des Rettungsdienstes mit sich zu führen, sich nie weiter als 10 min vom Auto zu entfernen und nach Möglichkeit nie volltrunken zu sein. Für manch einen von Ihnen mag das wie Alcatraz erscheinen, andere haben ja auch schon dazu geraten, sich in einer solchen Arbeitssituation einen guten Psychotherapeuten zu suchen.

Ich kann ihnen nur sagen, es tut weniger weh als Sie vermuten werden.

Es ist natürlich eine Situation, die ich auf keinen Fall als generelles Arbeitsmodell empfehlen würde, vielleicht liegt aber in dieser Extremsituation manches, was dem allgemeinmedizinischen Hausarzt, so paradox es klingt, wieder zu etwas mehr Freude an seiner Arbeit verhelfen würde.

Was für den Inselbewohner eine Beruhigung darstellt, nämlich immer Ihren vertrauten Arzt erreichbar zu haben, ist auch eine Beruhigung für mich. Ich wüsste nicht, wo im niedergelassenen Bereich Verläufe von Erkrankungsfällen so intensiv erlebt und erfahren werden können wie auf Pellworm. Auf der einen Seite bin ich schon gezwungen, etwas vorausschauend zu arbeiten und mir gut zu überlegen, ob sich möglicherweise während der Nacht oder über das Wochenende Probleme bei einem Patienten, den ich tagsüber in der Praxis gesehen habe, ergeben könnten. Dies gewährt mir dann mehr Ruhe in meiner Freizeit. Auf der anderen Seite kann ich natürlich nicht prophylaktisch die Insel evakuieren, um meine Nachtruhe zu sichern. Ich kann aber mit dem Patienten, den Eltern, den Angehörigen klare Vereinbarungen treffen, wie bei unklaren Beschwerden auch „out of hour“ verfahren werden soll. Sie wissen, dass ich erreichbar bin, dass ich da sein werde und allein dieses Gefühl scheint oft schon ausreichend zu sein, um einen Anruf oder einen Hausbesuch überflüssig zu machen. Auf der anderen Seite hat sich so im Laufe der Jahre vieles an erlebten Verläufen und Erfahrungen angesammelt, die mir helfen, mich in meinen Entscheidungen sicherer zu machen. In manchen Bereichen bin ich vorsichtiger als noch zu Beginn der Tätigkeit, in anderen mutiger geworden. Nicht jedem Patienten und jeder Familie kann ich das „abwartende Offenhalten“ mit dem Airbag der nächtlichen Erreichbarkeit zumuten. Gegenseitiges Vertrauen ist hier für die unabdingbare Grundvoraussetzungen. Eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-

tenbeziehung ist in allen Bereichen medizinischer Betreuung wesentlich. Bei zunehmender Technisierung und Atomisierung der Medizin wird dieses zwischenmenschliche Vertrauen oft zu ersetzen versucht durch Vertrauen in die entsprechende Technik. Über diese Technik verfügen wir Hausärzte in der Regel nicht – für uns ist dieses gegenseitige Vertrauen eine der wesentlichen Grundlagen für eine erfolgreiche Arbeit.

Und dieses Vertrauen muss belastbar sein, unsere Patienten müssen sich auf uns verlassen können, und das nicht nur während der Sprechzeiten.

Dazu bedarf es sicherlich nicht einer Extremlösung wie auf Pellworm. Intelligente Lösungen, die verantwortungsvolle Hausärzte in Kooperationen finden, bei denen Patienten beispielsweise wie in einer dezentralisierten Gemeinschaftspraxis gemeinsam von getrennt niedergelassenen Hausärzten betreut werden, können helfen, das verloren gegangene Vertrauen zurückzugewinnen. In den Niederlanden wird dies durchaus erfolgreich praktiziert. Wir können unsere Patienten, die sich uns anvertrauen, nicht irgendwelchen Call-Center Agenten und Freizeit-Notdienstärzten überlassen, dafür sind sie uns als (Mit-) Menschen, aber auch als unser „Kapital“ zu wichtig.

Allgemeinmedizin als Grenzerfahrung

Die Situation einer Insel, dazu als Alleinversorger, bringt dies naturgegeben mit sich. Natürlich gibt es Rettungshubschrauber oder einen Seenotkreuzer, bei uns kurz „der Retter“ genannt, mit denen Patienten zum Festland zur Weiterversorgung transportiert werden können. Leider sind diese Rettungsmittel nicht immer verfügbar und bis zum Weitertransport kann es auch einmal mehrere Stunden dauern. Es gibt kein „Backup“ System und in gewisser Weise stehe ich medizinisch nicht selten „mit dem Rücken zur Wand“. Inzwischen ist ein Rettungsassistent auf der Insel stationiert, sodass man im Notfall nicht ganz auf sich angewiesen ist, in den ersten Jahren bestand die Qualifikation des Krankenwagenfahrers in seinem Führerschein.

Anders als auf dem Festland schnurren nicht 2 oder 3 rot gekleidete Spezialisten um einen herum, Auf der einen Seite die große Erwartungshaltung des Patienten oder seiner Angehörigen, auf der einen Seite mein Wissen um mein „Unwissen“ mit der gleichzeitigen Verpflichtung das Richtige oder zumindest Bestmögliche zu tun. Seit mehr als 30 Jahren gibt es auf Pellworm keine Hebamme mehr. So war es früher, bevor Betriebswirte, Controller, Medizinischer Dienst und Bezahlung nach DRGs die Hoheit über die Behandlung in Krankenhäusern übernommen haben, üblich, dass werdende Mütter von der Insel bereits einige Tage vor dem errechneten Termin im Krankenhaus aufgenommen wurden. Weder verfüge ich über eine intensive geburtshelferische Ausbildung, noch steht im Hubschrauber bzw. dem Rettungskreuzer ein Säuglingsinkubator zur Verfügung, nicht selten macht auch das Wetter einen zügigen Transport zum Festland unmöglich. Obwohl ich jede Mutter rechtzeitig vor dem Stichtag darüber informiere, mit welchen Risiken eine Geburt sowohl für die Mutter als auch das Neugeborene auf der Insel verbunden sein kann, wird nicht selten der Anruf bei mir bis zur allerletzten Minute hinausgezögert. Die werdenden Mütter scheint nicht die Promille bessere (?) Versorgung in einer Fachklinik vorrangig zu bewegen, sondern die Nähe zum Heim und zum vertrauten Arzt scheint ihnen wichtiger, weil vielleicht erlebbarer **Abb. 5.**

„Allerletzte Minute“ heißt für mich, dass beispielsweise die Wehen schon alle 4–5 min kommen, vielleicht die Fruchtblase



Abb. 5 Übergabe eines Patienten an den Rettungshubschrauber an der Praxis.

bereits geplatzt ist oder im unangenehmsten Fall schon die ersten Presswehen eingesetzt haben. Da nützt natürlich kein Schimpfen oder eine vorwurfsvolle Haltung, in einer solchen Situation wird mir eine Verantwortung aufgebürdet, die ich eigentlich nicht tragen kann und dennoch aktiv werden muss. Auf der einen Seite nach außen Sicherheit und Zuversicht zu vermitteln, auf der anderen Seite gegen die inneren Unsicherheiten und Ängste anzukämpfen ist oft kaum aushaltbar. Natürlich ist es jedes Mal ein erhebender Moment, wenn dann das Neugeborene das Licht der Welt erblickt hat, sei es zuhause auf dem Wasserbett, im Krankenwagen oder auf dem Seenotkreuzer – Sicherheit will sich bei mir nicht einstellen – schon gar nicht das Gefühl, dass alles zu können, ganz im Gegenteil.

Bei knapp 1 200 Einwohnern kennt man sich. Mit vielen bin ich per Du, mit manchen habe ich gemeinsam persönliches Freud und Leid erlebt, es sind Freundschaften entstanden. Gleichzeitig bleibe ich der Arzt für sie mit all den Erwartungen und Übertragungen.

Notfallsituationen stellen immer wieder eine besondere Herausforderung dar. Es gibt eben nicht den Notarzt der 5 min nach Anruf mit seinem voll ausgerüsteten Team um die Ecke kommt, an den man die Verantwortung abgeben könnte. Es ist gerade etwas mehr als 2 Jahre her, wir hatten einen schönen gemütlichen Abend mit einem befreundeten Paar verbracht, gemeinsam beschlossen, dass wir doch mit unseren inzwischen fast schon erwachsenen Kindern noch einmal einen gemeinsamen Winterurlaub verbringen wollten, so wie wir es früher des Öfteren getan hatten. Kaum eine Stunde im Bett, klingelt das Handy, ich werde zu einem Verkehrsunfall gerufen. Ein Wagen, besetzt mit zwei jungen Männern war von der Straße abgekommen und hatte sich überschlagen. Bei Eintreffen am Unfallort war einer der Insassen offensichtlich bereits tot, der andere lag gut zwanzig Meter vom Wagen entfernt, bewusstlos. Zunächst lief die Bergung routiniert, Zugänge wurden gelegt, die Beatmung sicher gestellt, halt als das, was routinemäßig bei einem Polytrauma zu erfolgen hat. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ich keine Vorstellung davon, wer die beiden Jungen sein konnten. Ich habe sie schlicht nicht erkannt. Heute weiß ich, dass ich sie nicht erkennen wollte. Erst als wir den Schwerstverletzten im Rettungswagen stabilisiert hatten und ich in seinen Hosentaschen nach Ausweispapieren suchte, fiel es mir wie Schuppen von den Augen. Der Schwerstverletzte war mit einer meiner Töchter gemeinsam in die Klasse gegangen, der Verstorbene war der Sohn der Freunde, mit denen

wir noch kurz vorher gemeinsam den Urlaub geplant hatten. Ich war wie paralysiert, kaum fähig weiter zu arbeiten und dennoch gab es in dieser Situation keine Möglichkeit zur Flucht. Wenn Sie selbst schon einmal weinend aus dem Raum gegangen sind, weil Sie bei einem Patienten, der über die Jahre zum sehr guten Freund geworden ist, im Ultraschall eine durchmetastasierte Leber gesehen haben, werden Sie wissen, was ich meine. Es sind die diese großen – aber auch viele scheinbar weniger dramatische Grenzsituationen, die mir deutlich machen, dass Angst in gewisser Weise mein Begleiter ist. Angst vor dem eigenen Versagen, der eigenen Unfähigkeit, Angst vor der Überforderung, Angst um die Erkrankung des anderen, dem vielleicht nicht so geholfen werden kann, wie es wünschenswert wäre. Auch dies ist ein Teil der Verantwortung, die uns Hausärzten übertragen wird und der wir uns (im Großen und im Kleinen) nicht entziehen können. Gleichzeitig hilft es uns, uns selbst und auch die Möglichkeiten der Medizin nicht zu überschätzen.

Distanz und Nähe

Neben all den beruflichen und bürokratischen Belastungen, die die Tätigkeit als Hausarzt mit sich bringt, scheint mir die große Nähe zu den Patienten ein wesentlicher Punkt zu sein, der viele davor zurückschrecken lässt, sich ausgerechnet als Allgemein- und Hausarzt niederzulassen. Für mich sind Wohn- und Arbeitsort identisch, es gibt keine anonyme Rückzugsmöglichkeit, keinen unmittelbar geschützten Raum mit Ausnahme der eigenen vier Wände, wo dann aber auch plötzlich der eine oder andere Patient auftauchen kann. Eine Vorstellung, die auf viele abschreckend wirken wird. Wie viel von mir muss ich aufgeben, muss ich überhaupt etwas aufgeben oder darf ich, gerade im etwas besonderen Umfeld, ich selbst bleiben, darf ich „mir treu bleiben“.

Ich erinnere mich gut an die ersten Jahre, in denen ich versucht habe, den von mir vermuteten Projektionen der Patienten gerecht zu werden. Ein Tweedjackett beispielsweise schien für einen Inselarzt passend, ein Kittel sowieso, für mich, der sich mit Uniformen jeder Art eher schwer tut, kein Leichtes. Im Laufe der Zeit hat sich hier vieles verändert, ich kleide mich heute so, wie es mir bequem erscheint, spiele in einer Rock- und einer Jazzband auf der Insel, auch wenn sich manch einer der Patienten an den Anblick gewöhnen musste, den „Doktor“ mit solcher Musik auf der Bühne oder in irgendeiner Kneipe zu sehen **Abb. 6**.

Das Engagement für eine ökologische Entwicklung der Insel, von vielen sehr kritisch gesehen und bekämpft, hat anfangs für manches böses Blut gesorgt, letztlich meiner Akzeptanz als „Inselarzt“ nicht geschadet. Man kann und darf sich als Hausarzt also treu bleiben, solange man gleichzeitig die Aufgabe als Hausarzt ernst nimmt. Ein weiterer wesentlicher Aspekt meiner Tätigkeit scheint mir zu sein, nicht in dem Gefühl arbeiten zu müssen, lediglich „Dienstleister“ zu sein. So wie Nähe manchmal zu erdrückender Enge werden kann, führt die Nähe aber auch dazu, dass ich mich in meiner Arbeit spüre. Das „medizinische Umfeld“ kann ich aktiv mitgestalten, sei es durch intensive Zusammenarbeit mit den Gemeindegewestern, die als quasi verlängerter Arm der Praxis nach draußen agieren, sei es im Rettungsdienst, in der Sozialstation mit ihren pflegebedürftigen Senioren und in vielen anderen Bereichen.



Abb. 6 „Sich treu bleiben“.

Was tun?

Die Allgemeinmedizin an den Hochschulen hat uns geholfen, dem praktischen Arzt aus einer aus oft von „Gefühl“ und nicht selten auch Selbstüberschätzung geleiteten Handlungsweise herauszuholen und konkrete wissenschaftlich fundierte Orientierungen an die Hand zu geben. Als Einzelkämpfer in den Praxen sind wir Hausärzte immer in der Gefahr, selbstherrlich zu handeln.

Ohne Evidenzbasierte Medizin, Leitlinien und Qualitätszirkel ist gute Allgemeinmedizin heute nicht mehr denkbar. Die andere Seite der Allgemeinmedizin, das Hausarztsein, ist dabei etwas in den Hintergrund getreten: Waren die ersten Vertreter an den Hochschulen noch langjährig gediente Hausärzte gewesen, ist nun eine Generation von wissenschaftlich tätigen Allgemeinärzten nachgerückt, die Allgemeinmedizin nur aus Ihrer Weiterbildung und als Teilzeitätigkeit kennen.

Allgemeinmedizin ist die wissenschaftliche Bezeichnung unseres Fachgebietes. Das Hausarztsein kann, muss aber nicht, die gelebte Form der Allgemeinmedizin sein. Sich als Hausarzt niederzulassen bedeutet nicht zwangsläufig, sich auf das einlassen zu müssen, was Hausarztmedizin nach meinem Verständnis bedeutet.

Um der schwindenden Attraktivität der niedergelassenen Allgemeinmedizin Einhalt zu gebieten, wird vieles versucht. Ein wesentlicher Kritikpunkt an der Tätigkeit von Hausärzten ist die Präsenzpflicht, die Häufigkeit der Nacht- und Wochenende sowie die (zumindest vom Prinzip her bestehende) ständige Rufbereitschaft. In den Städten und größeren Gemeinden gibt es dies schon seit vielen, vielen Jahren nicht mehr. Dort sind Hausärzte in der Regel weder tagsüber außerhalb der Sprechstundenzeiten zu erreichen, ab Freitagmittag sind die vorher intensiv betreuten Patienten sich selbst oder einem mehr oder weniger kompetenten Notdienst überlassen, wenn sie im Fall des Falles nicht ohnehin gleich ins Krankenhaus fahren. Auch im ländlichen Bereich wird zunehmend nach den vermeintlichen Annehmlichkeiten der städtischen Praxen gestrebt. So werden Anlaufpraxen, Fahrdienste usw. organisiert, Patienten müssen oft mehr als 20 Km zurücklegen, um auch bei nicht akut lebensbedrohlichen Problemen einen Arzt konsultieren zu können. Ansonsten ruft man eben den Notarzt. Es stellt sich für mich die Frage: Aus welchem Grunde sollten Patienten sich einen Haus-

arzt suchen, wenn dieser dann, wenn man ihn braucht, nicht erreichbar ist?

Ich habe versucht aufzuzeigen, dass gerade die Dinge, denen man mit Flucht in die Angestellten-Mentalität entgehen will, diejenigen sind, die mein Leben als Hausarzt so spannend, so interessant und so erfüllend machen: Zuständig sein, Gebrauchtwerden, Nähe aushalten lernen ohne zu zerbrechen oder sich aufzugeben, gegenseitiges tiefes Vertrauen aufzubauen, auf das man sich verlassen kann – und wenn sie wollen, geliebt zu werden, von so vielen Menschen.

Diejenigen, die Hausärzte werden oder sind, sollten sich dies klar machen. Denn sie geben ja all zu oft – ich habe es angedeutet – gerade das auf, was all das erlaubt und ermöglicht.

Teilweise geschieht dies auch aus einem Protest gegen die drückend erlebten Verhältnisse: Man macht nur noch Dienst nach Vorschrift – und hat damit das letzte verloren, was noch blieb. Ab diesem Punkt geht es abwärts in die Tätigkeit des Dispatchers, der sein Glück allein in der Bezahlung sehen kann – aber die wird erstens nicht besser und eine solche Arbeit macht auch bei mehr Geld nicht mehr Freude.

Hausarzt sein ist vermutlich eine der letzten wirklich befriedigenden Tätigkeiten im niedergelassenen Bereich, wenn wir unser Aufgabengebiet ernst nehmen und Qualität nicht nur dort beweisen, wo Krankenkassen, MdK und Politiker sie vermuten. Dort, wo wir uns zurückziehen, drängen andere nach oder seitens der KV werden Leistungen gestrichen. So haben wir nach meiner Einschätzung zu einem nicht geringen Teil mit Schuld daran, das Hausarztmedizin nicht mehr das Highlight ist. Hausarztsein bedeutet nicht das leichteste Leben von allen. Einer meiner Weiterbildungsassistenten meinte dazu mal, das Leben sei eben kein Planschbecken, aber es kann ausgesprochen befriedigend sein und so erlebe ich es in meiner Praxis. Es ist unsere Entscheidung, Allgemeinmedizin nicht als Job zu betrachten. Jeder von uns muss aber letztlich für sich selbst entscheiden, wie er dies in seinen besonderen Umständen definiert.

Wir Hausärzte müssen uns dem stellen, was man vielleicht als „hausärztliche Ethik“ beschreiben könnte. Dazu würde für mich gehören, dass die Allgemeinmedizin an den Hochschulen diesem in den letzten Jahren etwas vernachlässigten Aspekt der Allgemeinmedizin wieder etwas mehr Beachtung schenkt. Die Aspekte von Beziehung, Nähe, Verantwortung und eben Ethik sind für unseren Beruf genauso wichtig wie die Orientierung an ebn und Leitlinien.

Universitäre Allgemeinmedizin ist zwangsläufig weit vom allgemeinmedizinischen Alltag entfernt. Eine wissenschaftliche Karriere ist heute an andere Voraussetzungen gebunden als die langjährige tägliche Praxis mit Patienten. Anders als in anderen organ- oder technikbezogenen medizinischen Bereichen präsentieren sich medizinische Probleme in der Allgemeinmedizin oft als ganzheitliche, bei denen geklagte Beschwerden und gesundheitliche Probleme eingebettet sind in ein komplexes Beziehungssystem, das sich oft nur aus intimer Kenntnis des Patienten und seiner Lebensbedingungen erschließt. Diese intime Kenntnis und das Vertrauen zueinander gründet sich auf eine

Vielzahl von oft banalen Kontakten, die nicht nur auf Sprechstunden oder Hausbesuche begrenzt sind. Wenn die hausärztliche Praxis einer Labormaus gleich lediglich als Forschungsgegenstand der universitären Allgemeinmedizin verstanden und beforscht wird, ergeben sich andere Fragestellungen als aus der täglichen Praxis heraus. Manches Forschungsergebnis wird aber nur mit der detaillierten Kenntnis der täglichen Praxis verstanden werden können. Wünschenswert wäre hier ein intensiverer Diskurs zwischen Hochschule und Hausärzten.

Forschung zur Entscheidungsfindung in der Hausarztpraxis, zu den Mechanismen der Fehlerentstehung, die Bedeutung des komplexen Beziehungsverhältnisses für gute aber auch fehlerhafte Entscheidungen, der Wert der hausärztlichen Praxis sowohl in menschlicher aber auch in Hinblick auf die Effizienz für die versorgte Bevölkerung, Fragen zur Qualität einer langjährigen Betreuung im Vergleich zur Versorgung durch anonymisierte Versorgungsstrukturen, alles das wären Fragen, die von Hochschulen gemeinsam mit Niedergelassenen initiiert und auf den Weg gebracht werden könnten. So könnte ein allgemeinmedizinisches Selbstbewusstsein wachsen, das uns allen und unserem beruflichen Nachwuchs zugute kommt.

Wenn wir hier nicht aufpassen, kann es passieren, das wir in einigen Jahren zwar Allgemeinmedizin als Hochschulfach etabliert haben, draußen im Land aber keine Hausärzte mehr leben, die diese in die Fläche tragen bzw. nur solche, die den Studenten im Hausarztpraktikum vorleben, wie schrecklich das alles ist.

Das zu verhindern, verlangt von uns, Verantwortung zu übernehmen, nicht immer gleich Verweisen, Beziehungen zulassen, Nähe aushalten, einfach breit zuständig zu sein. Gleichzeitig gewinnen wir mehr als wir glauben aufgeben zu müssen.

In einem MVZ arbeiten Allgemeinmediziner, aber keine Hausärzte. Vermutlich wird sich die Gesellschaft bald berechtigt fragen, warum man nicht eine Gruppe von Spezialisten, die alles in ihrem jeweiligen Fach ja besser können, an die Stelle eines Hausarztes setzt – insbesondere, wenn dieser auch außer Über- und Verweisen kaum noch etwas tut.

Um auf die Ausgangsfrage zurückzukommen „Wer hat schuld“ – beantworten kann ich sie leider nicht – aber jeder von uns kann seinen aktiven Beitrag leisten, dass es mit der Misere ein Ende hat.

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Zur Person



Dr. Uwe Kurzke,

Arzt für Allgemeinmedizin – Sportmedizin-Balneologie/Klimatologie
Akademische Lehrpraxis der Universität
Kiel

Lebt seit 21 Jahren als Landarzt auf der Insel Pellworm, Vater von 4 Kindern.