

Kalitzkus V, Abholz H-H. Letzter Landarzt oder Arzt der Zukunft? Z Allg Med 2017; 93: 109–112

Leserbrief von Dr. Manfred Lohnstein

Der lesenswerte „besondere“ Artikel lebt stark von der Nostalgie. Schon der Anlass zum Schreiben ist fünfzig Jahre nach hinten gerichtet. Ist das beschriebene Werk „A fortunate man“ für uns von solch einzigartiger Bedeutung oder sind inzwischen nicht zahlreiche Werke zum Thema erschienen, die nicht der Transkription durch zwei Besucher bedurften?

Der Konflikt zwischen Nähe und Distanz stellt sich in fast allen sozialen Berufen. Als Arzt mag er sehr intensiv sein, möglicherweise erlebt ihn eine Hebamme aber noch viel direkter. Ist die von John Sassa vorgelebte Nähe ein Wegbereiter für seine Phasen schwerer Depression? Waren es im heutigen Sinne Episoden von Burn-out? Wie erleben seine Patienten den Arzt in diesen Zeiten?

Die Frage, ob in Großpraxen andere Ideale gelten als in John Sassa's Landpraxis, wird gestellt, aber nicht beantwortet.

Bei Quereinsteigern in unser Fach erlebe ich fast regelmäßig, dass die Nähe zum Patienten als ein wünschenswertes Ziel genannt wird und zugleich der Wunsch besteht, nicht in einer Einzelpraxis zu arbeiten. Zahlreiche Großpraxen und MVZ bemühen sich um Kontinuität in der Betreuung des einzelnen Patienten. Die Bildung von *teamlets* ist dafür hilfreich.

Meine Eingangsfrage beantworte ich mit dem Hinweis auf zwei weniger nostalgische Werke zum Thema: Klaus Dörner „Der gute Arzt“ und Cecil Helman „Suburban Shamane“.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Manfred Lohnstein
Facharzt für Allgemeinmedizin
Hausärzte am Vincentinum
Vinzenz-von-Paul-Platz 1
86152 Augsburg
lohnstein.m@t-online.de

Leserbrief von Dr. Wolfgang Hüther

Ich habe das Buch 1998 regelrecht verschlungen, vieles unterstrichen. Ich wollte immer so gut beobachten und Spuren lesen können wie John Berger als Schriftsteller und John Sasall als Arzt. Jetzt blättere ich erneut im Buch und wie bei der Erstlektüre berühren mich viele Abschnitte aufs Neue.

Die Autoren stellen anhand der Buchvorstellung „Überlegungen zu den Kernwerten der Allgemeinmedizin“ an:

- Hausarztmedizin ist ein Fach, das den ganzen Menschen im Zentrum hat und alle Dimensionen des Krankseins umfasst.
- Hausarztmedizin übernimmt Dienst am und Verantwortung für den Patienten.
- Sie übernimmt persönliche Verantwortung in unsicheren Entscheidungssituationen.
- Wichtig sind die erlebte Anamnese und die große Nähe zum Patienten.

Soweit konnte ich das nachvollziehen. Probleme habe ich jedoch mit Passagen wie der folgenden: „Nur, wird es (das Fach Allgemeinmedizin für den ganzen Menschen, W.H.) noch so erfüllt bzw. bleibt es erfüllbar in Zeiten der schnell geschriebenen Über- bzw. Verweisungen, Teilzeitarbeit, Arbeit in Großpraxen mit zahlreichen Teammitgliedern und vielleicht ganz anderen Idealen?“. Müsste die zutreffendere Frage nicht vielmehr lauten: Wie muss Teilzeitarbeit, Arbeit in Großpraxen gestaltet sein, um den Kern der Allgemeinmedizin (gute Basisversorgung ohne unnötige Überweisungen) zu erfüllen? Schließt denn Angestelltsein gute Allgemeinmedizin aus? Und ich frage mich auch, warum die von den Autoren beschriebene alleinige persönliche Verantwortung des Arztes bzw. deren Delegation (quasi als Ideal einer Art „heldenhaften Arzt-daseins“) anstrebenswerter sein soll als aktuelle Modelle gemeinsamer Entscheidungsfindung und daraus folgender Verantwortungsübernahme? In welcher Untersuchung zeigt sich denn das Verhindern oder Behindern von Nähe

durch Teilzeitarbeit, durch Arbeit in einem Ärzteteam? Und wenn: Was sind das für Teams?

Ob die heutigen und künftigen Allgemeinärzte nicht sinnvolle Nähe und Distanz bzw. eine Kombination und Trennung von Arbeit und Freizeit benötigen und Reparatur nur dann veranlassen, wenn sie das Sinnvollste ist – das haben Berger und Sasall bereits beantwortet. Auf Seite 142 im Buch heißt es: „Manchmal frage ich mich, sagt er, inwieweit in mir der letzte traditionelle Landarzt steckt und inwieweit der Arzt der Zukunft. Kann man beides?“. Meine Antwort würde lauten: Ja, wenn man das jeweils Nützliche und Wichtige ergründet, statt „Ideale“ zu beschwören.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Wolfgang Hüther
Facharzt für Allgemeinmedizin
Lehrbeauftragter Allgemeinmedizin
Albert-Ludwigs-Universität
Elsässer Straße 2m
79110 Freiburg
schreiber-huether@t-online.de

Leserbrief von Dr. Uwe Kurzke

Für mich ist es immer wieder faszinierend, welche tiefgehenden Einblicke John Berger in ärztliches Fühlen und Denken gewinnen konnte. Es bedarf eines sehr empathischen und genauen Beobachters von außen, um Dinge so auf den Punkt bringen zu können, wie Berger es konnte (was ja für seine anderen Bücher ebenso gilt).

Ich hatte das Glück und Privileg, fast 30 Jahre ein ähnlich ungeteiltes Leben wie John Eskell (so der richtige Name des Protagonisten) auf der Insel Pellworm führen zu dürfen. Beim Wiederlesen von Berger nach Jahren habe ich meinen eigenen Weg hin zum Land- und Hausarzt besser verstehen können; in vielem war meine Entwicklung ähnlich wie die von Eskell. Nach der anfänglichen (jugendlich-naiven) Begeisterung für Notfallmedizin und das „Alles ist machbar“-Credo der Me-

dizin änderte sich meine Einstellung zu Medizin und meinem eigenen Tun, andere (für mich wesentlichere) Fragen rückten in den Vordergrund und bestimmen auch heute noch mein Handeln. Kurz – John Berger beschreibt ein ärztliches Ideal, dass ich zu Beginn meiner Tätigkeit so nicht gesehen habe, im Laufe der Zeit aber als wesentliches Ziel meines (vielleicht nicht nur ärztlichen) Tuns erkannt habe.

Wie jedes Ideal ist auch dieses jedoch an eine bestimmte Zeit und an eine bestimmte Gesellschaft gebunden. Ideale ändern sich, auch wenn ich für mich persönlich daran festhalten möchte. Über viele Jahre hinweg habe ich versucht, dieses Ideal auch den vielen Studierenden in der Praxis zu vermitteln. Ob dies (bei in der Regel aller Begeisterung der Studierenden über die Arbeit auf Pellworm) auf fruchtbaren Boden fiel, möchte ich bezweifeln. Ich bin mir nicht sicher, ob es die Frage einer Entscheidung des Einzelnen ist, was er unter Glückseligkeit versteht. Denn das, was wir unter „Glück“ verstehen, ist ebenfalls zeit- und gesellschaftsabhängig. Richard Sennett (Der flexible Mensch. btb Verlag 2000) beschreibt in seiner vor fast 20 Jahren erschienenen Studie „Der flexible Mensch“ sehr eindrücklich, wie gesellschaftliche (und hier insbesondere ökonomische) Veränderung das Individuum beeinflussen und verändern. Als sichtbarstes Zeichen des Wandels nennt Sennett das Motto „Nichts Langfristiges“, womit schnell die Überleitung zu den Begriffen Loyalität und Verpflichtung gefunden ist. Wenn gesellschaftliche Bedingungen, Globalisierung und die Entwicklung der kapitalistischen Welt nichts Langfristiges mehr zulassen, stellt sich für den Einzelnen die Frage, ob er sich langfristig (beispielsweise als Hausarzt) binden möchte, kaum noch.

In anderen Schriften, wie „Respekt“ und „Autorität“, greift Sennett immer wieder Teilaspekte dieser Entwicklung auf. Sein Fazit für die Gesellschaft als Ganzes ist eher negativ: „Eine Gesellschaftsordnung, die das Bedürfnis der Menschen nach Stabilität vernachlässigt, kann nicht von Bestand sein“.

In einem Habitat wie auf Pellworm habe ich sicherlich über viele Jahre das Glück gehabt, hier etwas zu bewahren und auch formen zu können, was auf dem Festland zu großen Teilen schon ver-

loren ist. Das Gefühl, dass letztlich (eigentlich nicht nur auf einer Insel) jeder auf jeden angewiesen ist, ist auf dem Festland der Vorstellung von individueller Autarkie gewichen. Dass letztlich dieses Ideal persönlicher Autarkie auf allen Seiten nur verlorene Seelen übrig lässt, steht auf einem anderen Blatt und ist zum Teil in den Sprechzimmern zu begutachten.

Über viele Jahre ist das von Berger beschriebene Ideal eher skeptisch betrachtet worden, da es sich u.a. einer üblichen wissenschaftlichen Beurteilung entzieht. Und vielleicht haben wir auch mit der Entwicklung vom praktischen Hausarzt zum Facharzt für Allgemeinmedizin die Schwerpunkte unserer Tätigkeit zu sehr verschoben (wie es allerdings auch gesellschaftlich vorgegeben war) und die zunehmende Entfernung der Universitäten von der Hausarztpraxis tut ihr Übriges.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Uwe Kurzke
Arzt für Allgemeinmedizin/Notfallmedizin
Unterrotte 105
A-9963 St. Jakob in Deferegggen
Schulstrasse 5, D-25849 Pellworm
praxis@akkupellworm.de

Leserbrief von Dr. Stefan Kröger

Mein Dank für den schönen Artikel. Ich weiß nicht, wie ich damals über das Buch gestolpert bin. Ich glaube fast, es war als Literaturhinweis in einem Buch von Robert N. Braun (genauso wie die „Bekanntnisse eines Arztes“ von Weresajew und Pirogows „Lebensfragen, Tagebuch eines alten Arztes“). Für mich wird in der „Geschichte eines Landarztes“ der Archetyp eines guten Hausarztes beschrieben.

Vielen Dank dafür, dass Sie das Buch über Sassa ein wenig vor dem Vergessen gerettet und hoffentlich einer neuen Lesergeneration unter den Allgemeinmedizinern zugeführt haben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Stefan Kröger
Residenzstraße 156
13409 Berlin
st.kroeger@gmx.de

Antwort von Dr. Vera Kalitzkus und Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz

Vielen Dank an Dr. Lohnstein für die weiteren Literatur-Hinweise zum Thema, deren Empfehlung wir uns gerne anschließen möchten. In beiden Büchern geht es ebenfalls um Kernwerte der Medizin und der ärztlichen Haltung. Leider und bezeichnenderweise sind diese aber auch nicht aus der „Neuzeit“ und haben nicht alleine die Hausarztmedizin im Fokus. Helmans Buch, eine Zusammenstellung früherer Publikationen, beziehen sich auf die 1970er und 1980er Jahre in seiner Londoner Praxis und Dörner erschien 2001 und stellt einen Lebensrückblick des Psychiaters, also mit etwas anderem Arbeitsbereich, dar. Aus den letzten zehn Jahren fällt uns niemand ein, den wir hier – dann noch so literarisch geschrieben und dem Dialog zwischen Wort und Bild verpflichtet – zusätzlich empfehlen können.

Zu dem Grundwiderspruch, Nähe wünschen und vor Nähe erschreckt sein, ist immer wieder die „institutionelle Kontinuität“ als Lösung versucht worden. Und einer der hier am meisten geforscht hat, George K. Freeman, kommt zu dem Schluss: Junge Leute – wir ergänzen: mehrheitlich nicht fundamental krank – können institutionelle Kontinuität sogar schätzen, weil man „da schneller einen Termin bekommt“. Ältere Patienten hingegen setzen überwiegend auf „personelle Kontinuität“ (einen guten Überblick zur Forschung hierzu: Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. Ann Fam Med. 2013; 11: 262–271).

Dr. Hüther und Dr. Kurzke sowie Dr. Kröger haben Berger schon vor Jahren gelesen und wurden in den Bann des Buches gezogen. Dr. Kurzke schließt sich heute unserer durchschimmernden Skepsis an, ob ein solcher Hausarzt noch heute Zukunftschancen bei uns hat. Dr. Hüther hingegen ist implizit optimistischer und schlägt eine kritische Auseinandersetzung mit hausärztlichem Tun und Prioritäten hausärztlichen Handelns vor, um zeitgemäße Antworten – also Ideen statt Schilderung von Idealen – auf die gestellten Fragen zu finden.

Nun haben wir mit dieser Buchbesprechung primär nur einen Hausarzt vorstellen wollen, der ein Ideal über

Jahrzehnte war und – zumindest nach allen Befragungen von Patienten zu einem „guten Arzt“ – auch heute noch ganz überwiegend als ein Ideal gesehen wird: Der Arzt der zuhört, versteht und „immer da“ ist.

Wenn man sich dies personifiziert in einem Arzt, einer Ärztin vorstellt, dann ist bestenfalls der Hausarzt konzeptionell fähig, dies zu realisieren. Sassel führt uns das vor. Denn zumindest Verstehensfähigkeit wächst mit „viel Austausch“, mit einer Beziehung mit dem Patienten – und dies beides wächst bei breiter und kontinuierlicher Zuständigkeit, eben, wenn man „immer da“ ist.

Wir wollten auf „Zeit und Raum“ übergreifende Aspekte ärztlichen Handelns hinweisen, die Berger so eindrücklich schildert, und danach fragen, wie Ärztinnen und Ärzte heute damit umgehen. Wir sahen unsere Aufgabe auch darin, die Fragen zu stellen, ob ein Arztsein

wie Sassel es verkörperte, heute überhaupt noch angestrebt wird bzw. in den modernen Kooperationsformen der Praxis zu realisieren wäre.

Wie Dr. Hüther gespürt hat, sind wir hier eher skeptisch (so wie es auch Dr. Kurzke ist). Diese Skepsis basiert auf unserer Erfahrung im Alltag, auf Arztinterviews und der Literatur zum Thema. Schon z.B. jedes Schichtsystem lässt deutlich werden, dass mit unterschiedlichen Zuständigkeiten trotz „Übergaben“ Informationen „untergehen“, weniger Beziehung entsteht und zu Schichtende das Engagement derer, die verantwortlich waren, deutlich abnimmt. So bleibt die Frage, wie die von Berger beschriebenen Werte ärztlichen Handelns unter den heutigen gesellschaftlichen und gesundheitssystemischen Bedingungen gelebt werden können. Wir glauben, dass dies zumindest denkbar, wenn nicht sogar möglich ist, dass es aber einer ge-

meinsamen Anstrengung bedarf, um dies umsetzbar zu machen.

Es ist daher – da stimmen wir Dr. Hüther zu – Zeit, jetzt „Ideen“ zur Realisierung einer Lebens- und Arbeitswelt für den „Teamarzt“ zu entwickeln und zu erproben. Ob dabei wirklich für Versorgte und Versorger akzeptable Kompromisse auf allen Ebenen der Widersprüche (Nähe/Distanz; Hauptverantwortlicher/Angestellter; Erreichbarkeit/Recht auf Freizeit etc.) zu erreichen sind, kann man eher skeptisch oder eher optimistisch sehen.

Korrespondenzadresse

Dr. disc. pol. Vera Kalitzkus
Institut für Allgemeinmedizin
Universität Düsseldorf
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf
vera.kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de

Güthlin C, Klein G. Informations- und Fortbildungsbedarf von Hausärzten zu komplementären Verfahren bei Krebspatienten. Z Allg Med 2017; 93: 172–7

Leserbrief von Prof. Dr. Norbert Schmacke

Dres. Corina Güthlin und Gudrun Klein geben wertvolle Hinweise zur Fortbildungssituation der Hausärztinnen und Hausärzte in onkologischen Fragen und greifen dabei die Tatsache auf, dass viele Patientinnen und Patienten nach alternativen oder komplementären Therapien fragen und diese z.T. auch ohne Wissen ihrer Therapeut/innen anwenden. Leider ist es so, dass an immer mehr deutschen Universitäten Verfahren, die sich selber der Komplementärmedizin zurechnen, von Vertretern dieser Richtungen (Homöopathie, anthroposophische Medizin, traditionelle chinesische Medizin – um drei häufig vertretene zu nennen) ohne jede Qualitätskontrolle unterrichtet werden. Damit wird der Eindruck unterstützt, es handle sich um ganz normale Therapierichtungen. Wie nicht zuletzt aus dem Ergebnis der Autorinnen abzuleiten ist, besteht ein gewaltiger Fortbildungsbedarf zur Evidenzbasierung der komplementären Verfahren. Dies ergibt sich vor allem

schon daraus, dass seit den 70er Jahren ein wachsender Anteil niedergelassener Ärztinnen und Ärzte regelhaft Verfahren wie die Homöopathie einsetzen, für die es keinerlei belastbare klinische Studien gibt.

Für Fortbildung in Sachen Komplementärmedizin bieten sich die Lehrstühle für Allgemeinmedizin vermutlich in besonderer Weise an. Sie müssten dafür wohl gesondert personell ausgestattet sein und deutlich machen, dass es bezüglich der Frage nach Nutzen und Schaden um genau dieselben methodischen Ansätze geht wie bei allen diagnostischen und therapeutischen Fragen. Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) ist ein ideologisches Konstrukt, das sich wissenschaftlich nicht definieren lässt [1]. Es darf nicht ungewollt immer weiter aufgewertet werden, so wenig, wie evidenzfreie Verfahren von den Krankenkassen bezahlt werden dürften. Ein ganz anderer Fortbildungsbedarf ist freilich noch darin zu sehen, mit Patientinnen und Patienten darüber zu sprechen, warum sie CAM-Verfahren für sich in Erwägung gezogen haben oder ziehen möch-

ten. Dass dabei nicht so selten, wenn auch nicht durchgängig, schlechte Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten eine Rolle spielen [2], bedarf wirklich immer wieder der Reflexion, wie sie z.B. Balintgruppen anbieten können.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke
Universität Bremen
Inst. für Public Health und Pflegeforschung
Tel.: 01520 8987285
schmacke@uni-bremen.de

Literatur

- Schmacke N. Evidenz – Glaube – politische Adelung. Positionen zur so genannten Komplementärmedizin. Westf. Ärztbl. 3/2017: 26–7. www.aekwl.de/fileadmin/aerzteblatt/pdf/waeb0317.pdf (letzter Zugriff am 21.04.2017)
- Schmacke N, Stamer M, Müller V. Gehört, gesehen und verstanden werden: Überlegungen zu den Lehren aus der Homöopathieforschung. Z Allg Med 2014; 90: 251–5