

Hausarzt und Spitalarzt – Zusammenarbeit, Verständnis, Respekt

Persönlich schätze ich die Zusammenarbeit mit vielen Kolleginnen und Kollegen des Kantonsspitals Liestal sehr. Viele arbeiten vorbildhaft mit den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten zusammen! Dieser Artikel handelt davon, warum Gräben zwischen Praxis und Klinik entstehen und wie Brücken über die Gräben gebaut werden können.

Es ist klar, dass der durchschnittliche Hausarzt am meisten Berührungspunkte mit der Inneren Medizin hat. Bei der Chirurgie ist die Aufgabenteilung eher einfacher. Für die übrigen Fächer können die folgenden Bemerkungen nicht in allem Gültigkeit haben. Grundsätzlich ist aber die Kommunikation für alle Gebiete von grösster Wichtigkeit.

Bekanntes und unbekanntes

Vorerst eine Behauptung: Die Hausärzte (nachfolgend HA) kennen den Betrieb in einem Spital aus ihrer Assistenzzeit und viele kennen die Kliniken, denen sie zuweisen von Fortbildungen, Besprechungen und Konsilien. Die Klinikärzte (nachfolgend KA) kennen mit ganz wenigen Ausnahmen keine einzige Hausarztpraxis, was die Räume, den Ablauf der Sprechstunde (Zeitdruck), die technischen Möglichkeiten etc. betrifft.

Die HA sind zuständig für die Grundversorgung all jener Krankheitsfälle, die nicht vom Patienten selbst oder seiner Familie behandelt werden können. Lediglich 2 % aller Fälle müssen ins Spital eingewiesen werden. Schon etwas mehr werden ambulant durch Spezialisten gesehen. Die Verteilung des wissenschaftlichen Aufwandes ist in Bezug auf diese Zahlen grotesk verzerrt, denn für die kleine Anzahl spektakulärer Krankheiten wird fast der ganze Aufwand an Forschung betrieben, während für die riesige Anzahl häufiger Krankheitsbilder relativ wenig valable Daten bestehen. In Ländern mit einer starken Hausarzkultur, d.h. Hausarzt-Institute an der Universität, Lehrstühle, Forschung, standardisierte Ausbildung zum Hausarzt, wie Holland, Norwegen, Kanada u.a. bestehen mehr Daten, Richtlinien und Strukturen als bei uns für die Arbeit der HA.

Unterschiedliche Sichtweisen

KA berufen sich bei ihrer Arbeit auf die so genannte Evidence Based Medicine, d.h. auf die besten zurzeit zur Verfügung stehenden Daten. Die meisten dieser Daten sind aber nicht in den Hausarztpraxen, sondern an Kliniken oder Polikliniken erhoben worden. Mit andern Worten, für viele Bereiche der hausärztlichen Medizin gibt es keine Evidenz (=gesicherte Daten). Wenn nun Kliniker meinen, sie könnten den HA erklären, wie sie arbeiten müssten, ist das etwa so, wie wenn der Fünfsternekoch der Mutter von drei Kindern (mit einem 30% Pensum im Büro) den Wochenmenuplan für die Familie weismachen möchte. Er geht von falschen Voraussetzungen aus, was Mittel, Zeit und Bedarf betrifft.

Eine immer wiederkehrende Frage ist die, warum HA nicht an gewisse Krankheitsbilder denken? Sie «übersehen» offenbar klassische Diagnosen, die dem Spezialisten «ins Auge springen». Hier spielt die Häufigkeit des Auftretens eine Rolle. Während die Kardiologen wohl mehrere Fälle der gefürchteten Herzklappenentzündung pro Jahr sehen, trifft dies auf den einzelnen Hausarzt etwa dreimal pro 20 Jahre zu. Für den HA ist es wichtiger, 99% der Fälle korrekt abzuhandeln als Seltenheiten zu diagnostizieren. Trotzdem ist es natürlich eine besondere Befriedigung, wenn man als HA auch einmal eine seltene Krankheit entdeckt.

Ein HA sieht pro Jahr je nach Grösse der Praxis 10–15000 Fälle. Dabei stehen



Fortbildungsveranstaltungen bieten Gelegenheit zur Beziehungspflege zwischen Hausärzten und Klinikärzten

Probleme wie z.B. Halsweh (200–300 x), schmerzende Schulter (30–50 x), depressive Syndrome (50 x) Reiseberatungen (50 x), Impfungen (300–500 x) Rückenweh (50–100 x) und vieles andere mehr im Vordergrund.

Die Patienten haben ein Anrecht darauf, in der 10–20 Minuten dauernden Konsultation (für Gespräche auch 30–45 Min.) ihr Anliegen vorbringen zu können, untersucht zu werden und eine Erklärung für ihren Zustand mit und ohne Therapie, ein Zeugnis, eine Impfung, eine Verordnung oder eine Überweisung zu erhalten. Um diese Arbeit effizient, kostengünstig, kommunikativ gut und ohne sich zu verschleissen zu bewältigen braucht es eine solide Ausbildung, ständiges Lernen und viel Lebensbalance.

- eine Problemliste erstellen und lieber seine Fragestellung formulieren als Pseudodiagnosen stellen,
- dem KA bisherige Untersuchungen zur Verfügung stellen,
- über bisherige Therapien informieren (Medikamentenliste),
- die wichtigen sozialen Umstände mitteilen,
- ein Angebot machen für einen möglichen Kontakt per e-mail, Telefon, Fax für allfällige schwierige und konfliktive Situationen,
- sich in die Lage der KA versetzen und nicht nur aus hausärztlicher Optik urteilen,
- auch einmal eine Rückmeldung machen, dass es gut gelaufen ist im Spital!!!

bei Unklarheiten im bisherigen Verlauf (Abklärungen, Therapie, Soziales)

Sein wichtigster Beitrag an die Zusammenarbeit ist die rechtzeitige Information vor oder beim Austritt betreffend Pharmakotherapie, Verbandwechsel, Laborkontrollen, um nur einige Beispiele zu nennen. Hier ist eine der Schlüsselstellen der Kontinuität bei der Betreuung des Patienten und hier treten auch immer wieder Unklarheiten auf!

Im Kontakt zwischen Hausarzt und Klinikarzt ist die gelegentliche persönliche Begegnung an der Fortbildung, dem Apéro, anlässlich eines Konsiliums durch nichts zu ersetzen. Ein Telefon ist manchmal besser als ein Brief, Fax oder mail, aber sicher ist jede Kommunikation besser als gar keine.

Vorwürfe bringen keine Fortschritte in der Beziehung. Sachliche Kritik darf sein und kann helfen. Anerkennung eigener Fehler entspannt das Verhältnis zueinander oft nachhaltig! Alte Hierarchien sind obsolet. «Hochschullehrertätigkeit» gegenüber den HA sollte aufgegeben werden (was notabene die meisten bereits getan haben). Die KA sind in der modernen Medizin «Geschäftspartner» der zuweisenden HA.

Die HA selbst sollen selbstbewusst kommunizieren und bei ihren Leisten bleiben. Sie sind die letzten «Allrounder» der Medizin und haben oft als Einzige noch den Gesamtüberblick über komplexe biopsychosoziale Zusammenhänge beim einzelnen Menschen.

Wunsch und Dank

Vielleicht bringen wir Zeit und Ressourcen auf, um in den nächsten Jahren noch mehr für Zusammenarbeit, Respekt und Vertrauen zu tun?

Ich möchte an dieser Stelle allen jenen geschätzten Kolleginnen und Kollegen danken, die uns HA jahraus und jahrein bereitwillig zur Verfügung stehen für Auskünfte, Konsilien, Angaben zur Literatur, Fortbildungen und für die Übernahme unserer Patienten.

*Dr. med. Edy Riesen,
Ziefen*



**Dr. Edy Riesen:
Hausarzt und
fürsorglicher
Grossvater**

Verbesserungspotenziale

Wenn eine Überweisung ins Spital nötig ist, berühren sich die Arbeitsgebiete der Hausärzte und der Klinikärzte. An dieser Schnittstelle, die auch bei der Entlassung aus der Klinik ein Thema ist, gibt es Reibflächen, an denen noch mehr gearbeitet werden sollte.

Der Beitrag des Hausarztes an die Kooperation kann wie folgt formuliert werden:

Das grösste Verbesserungspotential ist beim Eintritt vorhanden. Der HA soll

- bei besonderen Fällen auch einmal über den Verlauf berichten (Motivation für KA!)

Der Beitrag der Klinikärzte könnte wie folgt lauten:

Das grösste Verbesserungspotential ist beim Austritt vorhanden. Der KA soll

- die Fragestellung des HA beim Eintritt aufnehmen,
- sich auch einmal in die Situation des HA versetzen,
- beim HA beharrlich rückfragen