

Was ist ein Hausarzt – und wenn ja, wie viele



Autor: Dr. Sebastian Huter
Vorstandsmitglied der Jungen
Allgemeinmedizin Österreich (JAMÖ)

Ein Übersetzungsfehler in der EURO-STAT-Statistik hat Österreich kurzzeitig in die Top 3 bei der Hausärztdichte katapultiert.¹ Das klingt angesichts des Dauerbrenners Hausärztemangel nicht sonderlich plausibel, und es stellte sich schnell heraus, dass „Allgemeinmediziner“ und „Hausärzte“ in dieser Statistik als Synonym angesehen wurden. Offensichtlich sind die beiden Begriffe das nicht, aber: Wo liegt eigentlich genau der Unterschied? Was ist ein Hausarzt?

Bis vor wenigen Jahren hätte man diese Frage vielleicht noch recht einfach und formalistisch so beantworten können: Ein Hausarzt ist in Österreich ein Allgemeinmediziner mit §2-Kassenvertrag.

In den vergangenen Jahren hat sich aber einiges geändert. Die Primärversorgungsreform hinterlässt ihre Spuren in der Art, wie der niedergelassene Bereich strukturiert ist, und seit Kurzem ist nun auch offiziell die Anstellung von Ärzten in Kassenpraxen explizit erlaubt. Sind sie nun auch Hausärzte?

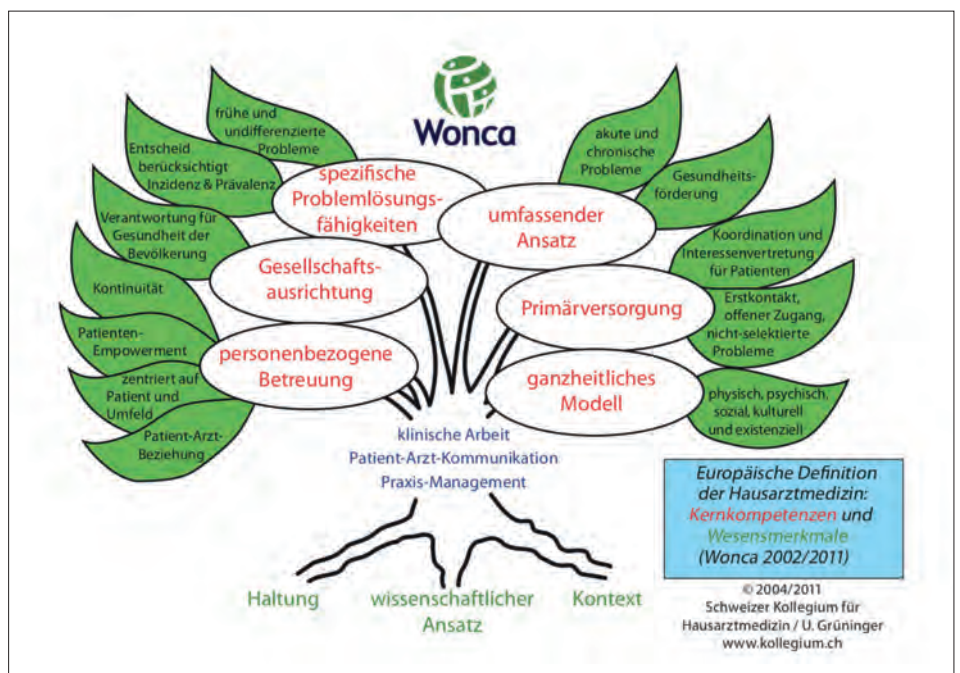
Schon 2002 und nochmals 2011 hat die ÖGAM gemeinsam mit dem Schweizer

Kollegium für Hausarztmedizin die europäische Definition der Hausarztmedizin, die die Kernkompetenzen und Wesensmerkmale aufzeigt, ins Deutsche übersetzt.² So kann man wahrscheinlich sagen: Hausarzt ist, wer hausärztlich arbeitet. Das sind einerseits natürlich viele Allgemeinmediziner mit eigenem §2-Kassenvertrag, aber auch angestellte Ärzte, die längerfristig in einer Praxis arbeiten und damit die Möglichkeit haben, eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen und zu einer kontinuierlichen Betreuung beitragen. Andererseits werden sich die meisten Allgemeinmediziner, die zum Beispiel in Notaufnahmen arbeiten, nicht als Hausärzte bezeichnen, da dort definitionsgemäß keine kontinuierliche Betreuung erfolgen kann – und auch gar nicht erwünscht ist.

Zu einer guten und nachhaltigen Planung der hausärztlichen Versorgung müssen wir auch wissen, wie viele Ärzte in diesem Bereich arbeiten. Wenn wir in Österreich die Hausärzte zählen, aber alle Allgemeinmediziner mit einschließen, werden wir uns maßlos überschätzen und auf kein grünes Blatt kommen. Aber auch wenn wir nur die Ärzte mit Kassenvertrag zählen, lassen wir viele Kollegen im hausärztlichen Bereich unbeachtet und stellen die Situation vielleicht zu negativ dar.

Realistische Zahlen brauchen realitätsnahe Zählungen – dies scheint momentan noch eine Herausforderung zu sein, die wir nicht gelöst haben.

¹ <https://uepo.de/2019/01/18/uebersetzungsfehler-in-eurostat-statistik-beschert-oesterreich-hausaerzte-boom/>
² WONCA Europe. The European definition of general practice/family medicine. WONCA Europe 2011



Balanceakt zwischen **Empathie** und **notwendiger Distanz**

Die Reflexion des ärztlichen Handelns war einer der Höhepunkte bei der heurigen ÖGAM-Wintertagung. Passend zu den letzten Ausgaben der ÖGAM News lesen Sie im Folgenden den Vortrag von Dr. Joachim Bauer über die Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung aus Sicht der Hirnforschung.

Zusammenfassung

Wichtigste Grundlage ärztlicher Entscheidungsfindung bleiben die Erkenntnisse, die wir einer evidenzbasierten Medizin verdanken.

Objektiven Einfluss auf den Erfolg des diagnostischen und therapeutischen Prozesses haben jedoch nicht nur die Prozeduren, die sich aus pharmakologischen Fortschritten und immer weiter verbesserten apparativ-(unterstützten) Prozeduren ergeben. Störungen der Gesundheit haben immer auch eine emotionale Bedeutung. Mit gesundheitlichen Störungen unvermeidlich verbundene emotionale Konnotationen des Patienten wie Angst, Scham, Ärger oder das Gefühl der Hilflosigkeit sind mehr als nur flüchtige psychologische Zustände. Weil Emotionen mit neurobiologischen Begleitprozessen, insbesondere mit der Aktivierung oder Inaktivierung von neurogenetischen Programmen (beispielsweise Aktivierung von Stressgenen oder der Inaktivierung der Motivationssysteme) einhergehen, können sie einen gravierenden Einfluss auf den Gesundungsprozess haben. Aufgrund ihrer vielfältigen Auswirkungen auf den diagnostischen und therapeutischen Prozess stellt die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung ein ärztliches Qualitätskriterium dar. Medizinische Informationen sind zwar durch nichts zu ersetzen, doch können Ärzte weitere Zeichen wahrnehmen, die zu einem „intuitiven Verstehen“ – Empathie – führen. Eine wesentliche Rolle innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung spielen wechselseitige, intuitiv ablaufende Informations- und Beeinflussungsprozesse. Neurobiologisches Korrelat der für die ärztliche Arbeit so wichtigen Empathie ist das System der Spiegelneuronen. Intuitiv ablaufende Prozesse zwischen Arzt und Patient zu beachten und im Sinne einer professionellen Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung nutzbar zu machen sollte Teil der ärztlichen Kunst sein.

Warum beeinflussen intuitives Verstehen und Empathie den Therapieerfolg?

Die Arzt-Patienten-Beziehung orientiert sich an einem allgemein gültigen Modell – der Patient bringt seinen sozusagen „defekten“ Körper zum Arzt, berichtet den Defekt und erwartet, via Diagnose und Therapie die Behebung des Problems. Dieses Modell ist vielleicht vereinfacht, dennoch trifft dieses „Reparaturmodell“ in manchen Bereichen moderner Medizin durchaus zu: Wer einen akuten Herzinfarkt oder Schlaganfall erlitten hat, wer an einer lebensbedrohlichen atypischen Pneumonie erkrankt ist, wer sich einer komplexen Chemotherapie oder einem chirurgischen Eingriff unterziehen muss, wird Ärzte schätzen lernen, die ihr „Handwerk“ beherrschen. Im normalen ärztlichen Betrieb wird aber leider ein Bereich der ärztlichen Wahrnehmung sehr vernachlässigt: Was der Patient dem Arzt über den Grund seiner Vorstellung berichten kann, unterscheidet sich vom Bericht, den der Besitzer eines defekten Fahrzeugs seinem Kfz-Fachmann gibt, in einem wesentlichen Punkt: Beschwerden, die den eigenen Körper und damit das eigene Schicksal betreffen, sind unweigerlich emotional „aufgeladen“. Gesundheitliche Störungen sind oft mit Ängsten, Wünschen, Erwartungen oder Ansprüchen verbunden. Sie können mit Scham- oder Schuldgefühlen, aber auch mit Vorwürfen einhergehen. Nicht nur die Beschwerden per se, auch die persönlichen Kontexte, aus denen heraus sich Beschwerden entwickelt haben, können scham- oder tabubelegt sein. Gründe einer emotionalen Komponente können im privaten und beruflichen Umfeld des Patienten liegen: Jeder Patient macht sich Gedanken, wie Angehörige, Kollegen oder Vorgesetzte auf eine eventuell vorliegende Erkrankung reagieren. Eine emotionale Konnotation kann sich durch die Begegnung mit dem Arzt selbst ergeben. Die meisten Patienten haben den legitimen Wunsch nach angemessener persönlicher Zuwendung, manche Patienten haben aber übersteiger-

te Zuwendungserwartungen. Andere haben Angst, ihre Beschwerden seien im Vergleich zu anderen Kranken irrelevant und fürchten, sie könnten dem Arzt nur wertvolle Zeit rauben. Manche bringen Ärzten vorsichtshalber grundsätzliches Misstrauen entgegen. Emotionale Gestimmtheiten, mit denen wir Menschen unterwegs sind, sind ein impliziter Teil unseres Erlebens. Entsprechend sind die emotionalen Aspekte, die sich für Patienten, zusammen mit gesundheitlichen Beschwerden ergeben können, in der Regel nicht Teil des expliziten Rapports wie bei der Anamnese. Obwohl mit den Beschwerden einhergehende Emotionen im Gespräch meistens außen vor bleiben, können sie die *Beschwerdeschilderung* – und oft auch sein *Beschwerdeerleben* – massiv beeinflussen. Sie können zum Beispiel eine Bagatellisierung, oder Aggravation, Weglassungen oder Verschiebungen des Wahrnehmungs- oder Aufmerksamkeitsfokus (manchmal auch Verschiebungen der Beschwerden) zur Folge haben. Solch implizite – in der Regel unbewusste – Veränderungen der Beschwerdeschilderung können, wenn sie nicht erkannt werden, den diagnostischen Prozess in die Irre führen. Diagnostische Irrwege ziehen Einbußen beim Therapieerfolg nach sich. Therapeutische Nichtansprechbarkeit kann sich nicht nur durch diagnostische Sackgassen, sondern auch aus emotionalen Verwicklungen ergeben, die – wie schon erwähnt – mit der unmittelbaren Begegnung des Patienten mit seinem Arzt zu tun haben. Fehlendes Vertrauen, verdeckte Vorwurfshaltungen, aber auch übersteigerte Versorgungs- und Bindungswünsche können zum Beispiel dazu führen, dass es einem Patienten gar nicht besser gehen „darf“. Was also tun?

Seit dem Altertum ist bekannt, dass gute Ärzte über eine Möglichkeit verfügen, durch emotionale Einflüsse verursachte Veränderungen bei der *Beschwerdeschilderung* und beim *Beschwerdeerleben* ihrer Patienten intuitiv wahrzunehmen. Worauf beruht die ärztliche Kunst, einen anderen Menschen intuitiv zu verstehen? Sie besteht darin, nicht nur genau zu hören, was der Patient explizit, sozusagen 1 : 1, berichten kann, sondern zusätzlich darauf zu achten, wie er etwas sagt, welche Zeichen seine Stimme aussendet; auf ein etwaiges Stocken seiner Rede oder auf das Gegenteil, also auf die Tendenz eines Patienten, den Arzt „zuzutexten“; auf seine Mimik, sein Blickverhalten und seine sonstige Körpersprache. Quelle intuitiven ärztlichen Verstehens ist vor allem die *Körpersprache* des Patienten. Ärzten, die während des Gesprächs nur den Bildschirm ihres PC oder ihre Unterlagen im Blick haben, fehlt diese wichtige Information. Körpersprachliche Zeichen können – wenn der Arzt bereit und in der Lage ist, diese Zeichen beim Pati-

Autor: Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Bauer

Universitätsprofessor Universität Freiburg,
Bereich Psychoneuroimmunologie,
Gastprofessor an der International
Psychoanalytic University Berlin [IPU]

Prof. Bauer lebt und arbeitet in Berlin



© 2018 fotostudiocharlottenburg

enten zu lesen – Informationen über Aspekte geben, die für den diagnostischen und therapeutischen Prozess von erheblicher Bedeutung sind. Sie können über eine vom Patienten erlebte Scham informieren, über eine nicht eingestandene Bedrückung oder Hoffnungslosigkeit, über stillen Ärger oder über eine seelische und/oder sozial bedingte Notlage. Die intuitive Wahrnehmung der vom Patienten ausgehenden Zeichen und die Fähigkeit, sie zu „lesen“, ist kein Selbstzweck, sondern kann dem Arzt helfen, seinen Patienten zu „erreichen“, sein Vertrauen zu gewinnen und eine möglichst realitätsnahe Beschwerdeschilderung zu erhalten. Spürt der Arzt, dass etwas Unausgesprochenes bedeutsam ist, so kann er vorsichtig anfragen, inwieweit etwas bisher von ihm nicht gesagt wurde („Könnte es sein, dass Sie noch etwas sagen wollten?“ oder „Ich habe das Gefühl, dass Ihnen noch etwas auf dem Herzen liegt.“). Es liegt auf der Hand, dass vom Arzt plump vorgebrachte Vermutungen oder gar Unterstellungen kontraproduktiv sind. Je vorsichtiger, taktvoller und einfühlsamer von ärztlicher Seite vorgegangen wird, umso eher wird sich ein Patient öffnen.

**Neurobiologisches Korrelat der Intuition:
das System der Spiegelneuronen**

Intuitive Wahrnehmungen wurden – mit Blick auf ihre Qualität und Zuverlässigkeit – lange Zeit als unsichere Auskunftswahl betrachtet. Schließlich war bis vor Kurzem völlig unklar, wie solche Intuitionen zustande kommen. Bis eine italienische Arbeitsgruppe an der Universität Parma, Italien, das System der Spiegelneuronen entdeckte. Dieses System ist eine Art „neurobiologischer Resonanzboden“: Eine Untergruppe von Nervenzellen des Gehirns wird nicht nur dann aktiv, wenn sich ein dort initiiertbarer Prozess im *eigenen* Körper, sondern auch, wenn sich ebendieser Prozess im Körper einer *anderen* Person abspielt. Es handelt sich dabei um keinen magischen Vorgang. Das Resonanzgeschehen funktioniert nur, wenn sich zwei Menschen im gegenseitigen ▶

Einzugsbereich ihrer fünf Sinne befinden. Spiegelneuronen („mirror neurons“) sind in der Lage, im Gehirn des Beobachters einen Vorgang zu simulieren beziehungsweise zu imitieren, der sich real nur im Körper eines beobachteten Menschen abspielt. Sehen wir also zum Beispiel einen anderen Menschen motorisch tätig werden, kommt es im Gehirn des Betrachters zu einer stillen Mitaktivierung motorischer Neurone. Das gilt auch für die Beobachtung somatosensibler Erfahrungen. Spiegelresonanzen wurden auch dann nachgewiesen, wenn wir (wie am Gesichtsausdruck) erkennen, wie sich ein anderer Mensch ekelt: Es kommt zu einer begleitenden, sozusagen spiegelbildlichen Mitaktivierung der in der Inselregion befindlichen Ekelzentren. Sehen wir, wie ein anderer Schmerzen erleidet, führt dies zu einer Aktivierung von Teilen der neuronalen Schmerzmatrix. Das System der Spiegelneuronen ist in der Lage, in uns einen inneren Eindruck, eine Vorstellung oder ein (Mit-)Gefühl bezüglich des jeweiligen inneren Zustandes unseres Gegenübers hervorzurufen. Spiegelneurone sind eine wesentliche (allerdings nicht die alleinige) neurobiologische Grundlage für die Fähigkeit des Menschen, sich in andere Personen einzufühlen und andere zu verstehen. Spiegelzellen arbeiten „präreflexiv“, das heißt, sie werden ohne bewusstes Nachdenken tätig. Alleinige Voraussetzung für ihr Tätigwerden ist der Zufluss von Informationen. Falls Sprache und Körpersprache sich widersprechen (zum Beispiel bei einem Patienten, dessen Redefluss aus erkennbarer Scham ins Stocken geraten ist, der uns aber gleichzeitig versichert, er habe nichts auf dem Herzen), glauben wir der Körpersprache – als dem evolutionär älteren Kommunikationsmittel – mehr als der evolutionär jüngeren Sprache.

Ob sich Spiegelneurone trainieren lassen, ist noch ungeklärt. Entsprechend der neurobiologischen „Use it or lose it“-Grundregel verbessern in Gebrauch befindliche neuronale Systeme ihre eigene Funktionstüchtigkeit. Daher darf angenommen werden, dass über längere Zeit gehende Übungen, sich in die Situation eines anderen einzufühlen (wie es im Rahmen von professionellen Supervisions-, Intervision- oder Balint-Gruppen geschieht), das Potenzial des Spiegelsystems und das ärztliche Einfühlungsvermögen stärken. Intuitive Informationen nehmen ihren Weg nicht nur vom Patienten zum Arzt, sondern auch in entgegengesetzter Richtung. Auch Eindrücke, die sich für den Patienten aus dem Auftreten des Arztes ergeben, können Einfluss auf das diagnostische und therapeutische Geschehen haben. Innere Haltungen und Einstel-

lungen des Arztes haben unweigerlich körpersprachliche Zeichen zur Folge, die von Patienten wahrgenommen werden. Was der Patient am Arzt wahrnimmt, beeinflusst sein Verhalten, seine Kooperationsbereitschaft, seine Offenheit und seine Heilungszuversicht. Es gilt der berühmte, von Paul Watzlawick stammende Satz: „Es ist weder möglich, nicht zu kommunizieren, noch ist es möglich, sich nicht zu verhalten.“ Haltungen und Einstellungen des Arztes haben einerseits mit seiner eigenen Person zu tun, andererseits sind sie immer auch Reaktionen (beziehungsweise Spiegelungen) auf das, was der Arzt an seinem Patienten wahrnimmt. Ärztliche Persönlichkeitsvariablen wie Zugewandtheit, Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen erhöhen die Bereitschaft des Patienten, sich zu öffnen. Entsprechend lösen situative äußere Faktoren (Überlastung, Zeitnot und eine sich daraus ergebende Gehetztheit) im Patienten entsprechend negative Intuitionen aus. Besonders gravierende, von ärztlicher Seite leider häufig nicht beachtete Folgen ergeben sich aus der Art und Weise, wie (nicht ob!) Ärzte ihren Patienten (Verdachts-)Diagnosen mitteilen. Die „zwischen den Zeilen“ lesbare Einstellung und Prognose, die ein Arzt seinem Patienten zu erkennen gibt, kann nachhaltige Auswirkungen auf den tatsächlichen Erkrankungsverlauf haben. Im Patienten wird eine spiegelbildliche emotionale Reaktion (zum Beispiel Zuversicht oder Resignation und Apathie) erzeugt die kann das Gesundheitsverhalten des Patienten massiv beeinflussen.

Spiegelresonanzen sind für den wahrnehmenden Empfänger (für einen Patienten) nicht nur eine intuitive *Informationsquelle* über die inneren Vorgänge eines anderen Menschen (über die prognostischen Einschätzungen des Arztes). Sie können, wie entsprechende Studien überzeugend zeigen, den inneren Zustand des Empfängers auch *verändern*. „Ansteckungseffekte“ sind uns allen aus dem Alltag bekannt: Die Traurigkeit oder Zuversicht eines anderen kann uns selbst traurig oder zuversichtlich machen. Auch der Ekel, das Lachen oder das Gähnen unterliegen der Möglichkeit der Ansteckung. Da Pessimismus und Depressivität biologische Folgen nach sich ziehen können (beispielsweise weil sich immunologische Parameter verändern), macht es nicht nur einen oberflächlich-psychologischen, sondern einen physiologischen Unterschied, ob sich vom Arzt auf den Patienten eine Haltung überträgt, die spürbar macht, dass – auch angesichts einer ernsten Diagnose – eine positive Lebenseinstellung, weitere therapeutische Anstrengungen und eine gesunde Lebensweise Sinn ergeben. ■