

## » Der Hausbesuch vermittelt Einsichten und Vertrauen\*

E. Sturm  
Oldenburg

### Das Hausbesuchsprogramm fördert die Ausbildung zum patientenzentrierten Arzt

„Wir lernen die Menschen nicht kennen, wenn sie zu uns kommen;  
Wir müssen zu ihnen gehen, um zu erfahren, wie es mit ihnen steht.“

Goethe, Wahlverwandtschaften

Herbert Knabe, der sich 4 Jahrzehnte für eine patientenzentrierte Medizin auf dem Lande eingesetzt hat und u. a. zunächst Gründungsmitglied, später Präsident der „International Association of Agriculture Medicine and Rural Health“ war, hat sehr früh die große Bedeutung des Hausbesuches für die medizinische Ausbildung erkannt. Bereits 1965 schreibt er in seinem Buch „Der Arzt auf dem Lande und seine Helfer“: „Die Hausbesuchstätigkeit ist ein besonderer Schwerpunkt der Tätigkeit des praktischen Arztes auf dem Lande... Sie hat für die Erfassung der Umwelt des Patienten sehr große Bedeutung. Durch den Hausbesuch lernt der Arzt die Wohnung, die Familie und ihre Lebensgewohnheiten kennen und erhält oftmals Aufschlüsse über mögliche Ursachen von gesundheitlichen Störungen... Darüber hinaus kann er (dabei) auf seine Patienten und deren Familie erzieherisch einwirken.“ Knabe schreibt außerdem: „Je enger der Arzt mit seinem Wirkungsbereich verwachsen ist, um so mehr rücken diese menschlichen Beziehungen in den Vordergrund, wird die gesundheitliche Betreuung zum Schwerpunkt und die Behandlung der Krankheit eher als eine störende Unterbrechung dieser Hauptaufgabe empfunden.“

Knabes weitsichtige Einschätzung, daß sich der Hausarzt nicht auf Krankheitsbehandlung beschränken dürfe, sondern der Schwerpunkt seines Wirkens in der Förderung der Gesundheit und im Bereich der menschlichen Dimension liege, wurde richtungweisend für meine 32jährige hausärztliche Tätigkeit auf dem Lande. Hier habe ich vor allem durch Hausbesuche gelernt: *Im Mittelpunkt* der Medizin steht nicht die Lehre von objektiven Krankheitsbildern, sondern *der subjektive Mensch als Gesamtpersönlichkeit in seiner individuellen Lebenssituation*.

Für die krankheitsorientierte moderne Medizin hat der Hausbesuch kaum noch Bedeutung; er sei zeitraubend und diagnostisch und therapeutisch unergiebig, ja risikoreich. Alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen könnten in der Praxis oder im Krankenhaus vollständiger, schneller und besser ausgeführt werden.

Dieser Ansicht muß energisch widersprochen werden: Mit dem Verzicht auf Hausbesuche würde sich die Medizin aus dem unmittelbaren Lebensbereich der Menschen zurückziehen.

Eine Medizin, die sich fern vom alltäglichen Leben etabliert

- wird von den Menschen nicht mehr angenommen,
- verliert die Übersicht über die wirklichen gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung,
- kann sich nicht mehr am Bedarf orientieren und wird dadurch ineffizient,
- büßt ihren sozialen Charakter ein, weil die weniger mobilen Patienten sowie die unterprivilegierte Schichten von ihr kaum mehr erreicht werden.

Wenn unsere hochentwickelte Medizin ihre Wirksamkeit behalten oder sogar steigern will, muß sie ergänzt werden durch eine Primärmedizin, die in das Alltagsleben des Menschen integriert ist und die Fortschritte der Medizin bis in das letzte Haus trägt.

Der Hausbesuch ist das engste Bindeglied zwischen den gesundheitlichen Belangen der Menschen einerseits, weil sie mit ihrem familiären und häuslichen Leben aufs engste verflochten sind, und den Möglichkeiten einer modernen Medizin andererseits, die die Bedeutung psychischer, sozialer und existentieller Faktoren zu ermessen beginnt.

Warum der Hausbesuch eine entscheidende Rolle für patientenzentriert arbeitende Ärzte spielt, möchte ich anhand der Literatur und aufgrund eigener Erfahrungen nachfolgend begründen. Dabei sind zwei Aspekte zu berücksichtigen: Die unterschätzte Bedeutung des Hausbesuchs

1. für die ärztlichen Entscheidungen und den Einsatz salutogener Ressourcen und
2. seine pädagogische Funktion für die Aus- und Weiterbildung zukünftiger Ärzte.

Die nicht sehr umfangreiche Literatur über den Hausbesuch, der übrigens in einigen Ländern sehr selten ausgeführt wird, beschränkt sich meist auf statistische Angaben über organisatorische Probleme. Hier interessieren die inhaltlichen Aspekte:

- welche zusätzlichen diagnostischen Einsichten gewinnt der Hausarzt durch den Hausbesuch und

- welche zusätzlichen therapeutischen Möglichkeiten bietet der Hausbesuch.

### Die Welt des Kranken

Beim Hausbesuch gewinnt der Allgemeinarzt einen Eindruck von der Umwelt des Kranken; wenige Blicke informieren über seinen sozialen Stand, über seine Stellung innerhalb der Familie und über das seelische Klima. Wer als Arzt eine Antenne dafür hat, spürt aus den Umständen des Hausbesuches, ob innerhalb der Familie Spannungen oder Differenzen herrschen. Die menschliche Nähe vertieft das Vertrauen des Patienten zu seinem Hausarzt und schafft die Voraussetzung für wirksame Beratung.

Andererseits zwingt der Hausbesuch den Allgemeinarzt zu realistischer Diagnostik und Therapie. Er wird seine Maßnahmen und Anordnungen nicht nur auf die Erfordernisse der Krankheit, sondern auch auf die vorgefundenen Verhältnisse abstimmen müssen. Wirklichkeitsfremde Anordnungen oder Diätanweisungen, wie sie von Klinikern manchmal nicht nur gegeben, sondern sogar veröffentlicht werden, kommen dem Hausarzt nicht erst in den Sinn. Dem wirklichen Leben nahe zu sein, das ist auch das Besondere und Befriedigende am Beruf des Allgemeinarztes; der Hausbesuch sorgt dafür, daß er stets Realist bleibt.

### Worin besteht Wert des Hausbesuchs für den Arzt und den Studenten?

Für den Arzt, der den Patienten nur einmal behandelt, also z.B. für einen Praxisvertreter, ist der Hausbesuch aus klinischer Sicht möglicherweise unergiebig, für den Hausarzt keinesfalls. Die folgenden Sätze Häußlers aus dem Jahr 1967 haben angesichts der Technisierung eine neue Aktualität gewonnen „Gerade diese Hausbesuche vermitteln dem praktischen Arzt Einblicke, wie sie sonst kein Arzt hat. Die ordentlichen oder die manchmal vernachlässigten Wohnungen, der Essensgeruch, die Bücher und Bilder an der Wand, evtl. ungemachte Betten, gemeinsame oder getrennte Schlafzimmer der Eltern, der Umgangston unter den Eheleuten, das Benehmen der Kinder, die Wohnungsnachbarn auf dem Hausflur, der in die Wohnung dringende Lärm von der Straße, der unter Umständen pausenlos spielende Radioapparat, den man erst selbst zum Schweigen bringen muß, usw.“

Wochen später macht man wieder einen Hausbesuch, vielleicht aus anderem Anlaß, bei einem anderen Familienmitglied. Irgend etwas hat sich geändert. Die Atmosphäre in dieser Wohnung ist anders. Was ist es? Hat es etwas mit diesem Kranksein zu tun? Sehen, Hören, Fühlen, Denken sind auch heute noch für den Arzt mindestens genauso wichtig, wie EKG, Röntgen und Labor. Der Praktiker lebt von diesen Fähigkeiten, sein Patient hängt von ihrer Ausbildung ab“ (Häußler 1967).

Der Patient wünscht sich einen Arzt, der auch einmal ein paar Worte über andere Dinge als nur über Krankheit mit ihm wechseln kann. Die sachliche Atmosphäre der Praxis mit vollem Wartezimmer bietet dazu keine optimalen Voraussetzungen. Aber anlässlich eines Hausbesuches gelingt es leichter, mit dem Doktor in ein Gespräch zu kommen, wenn er selbst nicht durch sachliche Eile von vorne herein jede

Möglichkeit dazu abschneidet. Als Hausarzt darf man keine Hemmungen haben, sich auch einmal mit an den Eßtisch zu setzen, wenn sich die Gelegenheit ergibt.

### Hausbesuch überwindet Hemmungen

Beim Hausbesuch kommen Gesundheitsstörungen zur Sprache, um derentwillen allein ein sich sonst gesund fühlendes Familienmitglied nicht in die Sprechstunde gekommen wäre. Mancher, der sich schon lange mit dem Entschluß zum Arzt zu gehen, vergeblich gequält hat, atmet auf, wenn der Hausarzt sagt: „Also bitte, wir sehen uns in der Sprechstunde.“

Wir unterschätzen nämlich die Hemmungen, die zahlreiche Patienten daran hindern, den Arzt aufzusuchen, auch wenn sie genau wissen, daß es dringend nötig wäre. Sie geben Zeitmangel vor, in Wirklichkeit sind sie aus mancherlei Gründen gehemmt, z.B. weil sie nicht wissen, wie sie ihre Beschwerden vorbringen sollen; manche haben Angst, etwas Negatives zu erfahren und wollen das lieber hinausschieben. Außer diesen inneren gibt es äußere Hindernisse auf dem Weg zum Arzt. So z.B. die klatschsüchtige Nachbarin: „Na, wohin wollen Sie denn so früh? Ach zum Arzt? Aber wieso denn? Sie sehen doch gar nicht so krank aus?“ Viele haben Angst vor solchem Spießrutenlaufen, das ja im Wartezimmer fortgesetzt wird und manchmal nicht einmal im Vorzimmer endet, wenn die Arzthelferin auch noch peinliche Fragen stellt.

Praktische Medizin wird nur dann fruchtbar, wenn es dem Hausarzt gelingt, die salutogenen Ressourcen des Kranken und seines Umfeldes zu mobilisieren. Diese Hilfe zur Selbsthilfe ist die Kleinarbeit, die der Allgemeinarzt täglich leistet.

Ich halte es für falsch, wenn die Hausbesuche auf ein Minimum reduziert oder ganz aufgegeben werden, wie das in Amerika offenbar der Fall ist. Der Hausbesuch ist ein wesentlicher Bestandteil allgemeinärztlicher Tätigkeit, nicht nur, weil die Bezeichnung „Hausarzt“ davon hergeleitet wird und dieser Begriff wieder populärer werden sollte, sondern vor allem, weil der Hausbesuch den Allgemeinarzt immer wieder mit den sozialen Gegebenheiten und der Umwelt des Patienten konfrontiert.

### Der diagnostische Hausbesuch

Die diagnostischen Möglichkeiten des Hausbesuchs werden von Ärzten unterschätzt, die sich auf technische Diagnostik beschränken. Bei neuen Patienten mit komplexer Problematik habe ich auch ohne Anforderung in der Regel einen sogenannten „diagnostischen Hausbesuch“ durchgeführt. In Tab. 1 ist aufgelistet, worauf es dabei ankommt.

### Die Diagnose der Patientpersönlichkeit

Durch Hausbesuche erhält der Hausarzt Einblick in die innere Welt der Vorstellungen, Zielsetzungen und Werte (in die sog. Individuelle Wirklichkeit nach von Üexküll u. Wesiack, 1979) dieses Patienten; die Kenntnis dieser Faktoren ist deshalb so wichtig, weil hier Ansatzpunkte für die Therapie und für die Motivierung des Kranken zum Einsatz seiner salutogenen Ressourcen liegen.

**Tab. 1** Psychosoziale Wahrnehmungen beim Hausbesuch (nach Rakel, 1977).*Die Familie als Gesamtheit*

- zwischenmenschliche Beziehungen – das dominierende Familienmitglied oder der Grad der Dominanz, wenn mehrere führen
- Familienrollen – Rollen maßgeblicher Mitglieder und deren Beitrag zur Gruppe
- Zusammenhalt – Fähigkeit, Streß zu bewältigen und auf Krankheiten oder wechselnde Beziehungen in der Familie angemessen zu reagieren; äußere Faktoren, die im positiven oder negativen Sinn die Einheit der Gruppe beeinflussen
- Kommunikation – leicht, mühsam, formell, selten, häufig
- kultureller Hintergrund
- Organisation und Ausmaß der Zusammenarbeit – Rivalität unter Geschwistern
- soziale Aktivitäten außerhalb der Familie – Vereine, Kirche, politische Parteien, Sportvereine – für einzelne allein, die Eltern allein, die ganze Familie?
- religiöse Gewohnheiten – Stärke und Unterschiede der Gläubigkeit,
- Erholungsgewohnheiten – gemeinsame Interessen im Sport, individuelle Interessen Divergenz, Ähnlichkeit
- Stärken und Schwächen der Familie insgesamt
- Ernährungsgewohnheiten – Häufigkeit gemeinsamer Mahlzeiten, Sitzgewohnheiten beim Essen, Unterstützung besonderer Diäten für Individuen, kalorische und ernährungstechnische Minus- und Plusvarianten
- Mobilität – Häufigkeit des Wohnortwechsels; sozialer Wandel durch Umzug

*Familienanamnese:*

- Erbkrankheiten
- Tendenzen, die eine Krankheitsentwicklung erwarten lassen
- häufig vorkommende gemeinsame Probleme

*Beurteilung der Umwelt:*

- das Heim – Reinlichkeit, Ausmaß von Ordnung, Einfamilienhaus, Wohnung in Miethaus, äußere Erscheinung: Malerei, Anstrich; Heizung, Beleuchtung
- sanitäre Situation – Toiletten, Wasser, Kanal, Müll
- Sicherheitsstandard – Quellen für Unfälle: Lagerung von Medikamenten, Waschmitteln und Giften; offene Heizungen. Blanke elektrische Leitungen oder Steckdosen, Raumnot
- Schlafgelegenheiten – Ausmaß des Privattraums für den einzelnen, Anzahl der Räume, Entfernung zur Toilette
- Haustiere – Art und Anzahl
- Bereiche häufigen Zusammentreffens, in denen die Interaktionen der Familie am häufigsten stattfinden. Wohnzimmer, Veranda, Küchentisch)
- Beschreibung der Nachbarschaft Straßenzustand. Luftverschmutzung, sanitärer Standard
- Entfernung zum nächsten medizinischen Versorgungssystem: Arztpraxis, Krankenhäuser
- Entfernung zu Schulen und Geschäften
- Beziehung zu den Nachbarn freundlich, feindlich, indifferent

*Ökonomischer Hintergrund:*

- Einkommensquelle – wer verdient? Wie viele Personen arbeiten? Arbeiten die Kinder und wieviel?
- Finanzierung der Gesundheitspflege

*Einstellung zur Gesundheitsversorgung*

- Methoden der Gesundheitspflege: Selbstmedikation, ein Arzt oder viele Ärzte oder Arzt und Ambulanzen; Einstellungen zum Hausarzt und zu den Gesundheitsinstitutionen; werden soziale Hilfsdienste beansprucht? Naturheilkunde? Sonstige subjektive Heilmethoden?
- Vorbeugemaßnahmen Impfungen, Gesundenuntersuchungen
- Zahnversorgung, Verfügbarkeit, Häufigkeit der Beanspruchung
- Familienplanung: Einstellung und Verfahren
- Einstellung zu Kindern: tolerant, liebevoll, fordernd; Babysitter? Kinder allein?

Jeder erfahrene Hausarzt wird zugeben, daß sein Bild von einem Patienten durch die beim Hausbesuch gewonnenen Eindrücke wesentlich mitbestimmt ist.

„Nur der Arzt, der den Patienten in seiner häuslichen Umgebung gesehen hat, und das womöglich noch oft und über Jahre, kennt ihn wirklich“ (Hamm 1992).

**Die Familiendiagnose**

Eine Familiendiagnose ist ohne Hausbesuch nur schwer möglich. Man kann sich natürlich auch durch Befragung eines Patienten über Struktur, Entwicklungsstadium, Kommunikationsformen und Krisensituationen innerhalb der Familie orientieren. Aber erst ein Hausbesuch bringt tiefere Einblicke und wertvolle Information.

So ist bei symbiotischen Familien schon die Besuchsanmeldung typisch: Übermäßig besorgte Kinder bitten um einen Besuch bei einem erkrankten Elternteil; der Kranke dürfe aber nicht wissen, daß und von wem der Arzt gerufen wurde.

Aus der Situation, wie beim Hausbesuch die Familienmitglieder nacheinander auftauchen, erfährt der Hausarzt sehr schnell, wie der Kranke von seiner Familie beachtet, akzeptiert und gepflegt wird. Er erlebt im Verlaufe des Besuchs das Funktionieren der Familie und die Kommunikationsformen der beteiligten Mitglieder.

Er spürt unausgesprochene Spannungen und kann oft sehr eindeutig erkennen, ob das häusliche Milieu zur Genesung beiträgt oder ob es die Krankheit verstärkt. Er kann seine Entscheidung, ob Hauskrankenpflege oder Krankenhauseinweisung entsprechend fällen. So kann der Hausbesuch aufdecken, daß die Ursache für die Krankheit eines einzelnen Familienmitgliedes, der die Funktion des Sündenbockes übernommen hat, in der gestörten Kommunikation der gesamten Familie oder der Eltern zu suchen ist.

„Der Arzt tritt beim Hausbesuch in das Beziehungssystem Familie ein. Er hat auch eine Rolle in der Familie; er wird mit der Hierarchie der Alten und Weisen identifiziert, doch sollte er zu vermeiden suchen, eine Rolle in der Familie zu erfüllen, die sie selbst nicht erwerben konnte.

So wie das Gespräch nicht-direktiv ist, um dem Patienten freien Raum für seine Entwicklung zu geben, ist die Begegnung des Arztes mit der Familie trotz Herzlichkeit und Freundlichkeit sorgfältig distanziert zu den Interaktionen der Familienmitglieder. Alle Handlungen, die der Arzt in der Patienten-Arzt-Beziehung setzt, sind therapeutisch. Sie beeinflussen den oder die Patienten und die Beziehung selbst. Will man ein Gespräch mit einer Familie führen, so ist es wertvoll, eine Vorstellung von ihrer Gesamtheit zu haben“ (Tönies 1981).

**Familienendemie**

Der Hausarzt erfährt und beobachtet an Ort und Stelle mehr über Krankheitsentwicklung und -ausbreitung als im Sprechzimmer. So entdeckt er an der nasalen Aussprache eines Familienmitgliedes die verschleppte Sinusitis als Quelle für rezidivierende bakterielle Infekte der anderen Kinder oder die

pustulöse Akne des Ältesten als Quelle der rezidivierenden Pyodermien aller Familienmitglieder (Huygen, 1979).

### Therapie beim Hausbesuch

Der eigentliche Zweck des Hausbesuches ist die Behandlung, d.h. die ärztliche Hilfe für den Kranken. Die Therapie beim Hausbesuch beschränkt sich nicht auf das Ausschreiben des Rezeptes oder einige Ratschläge, sondern ihr wichtigstes Ziel ist, mit Hilfe salutogener Leistungen (Hesse et. al. 1996) die gesundheitsfördernden Reserven des Kranken und seiner Umgebung zu mobilisieren.

Zur Motivierung und Anleitung greift der erfahrene Hausarzt auf Methoden aus allen vier Dimensionen zurück: Er behandelt sowohl mit somatischen als auch mit psychischen, sozialen sowie mit humanen Methoden (Sturm 1990).

### Hilfe durch das Erscheinen des Arztes

In einer Welt, die an Bindungen immer ärmer wird, bringt der Hausbesuch eines Arztes, der die Bedrohung durch Krankheit abwenden kann, bereits eine große Beruhigung.

„Allein das Erscheinen des Arztes kann angstlösend wirken.“ (Klimm 1994) Angst ist deshalb eine zwingende Indikation zum Hausbesuch.

### Hilfe durch Zuhören

Manchem Menschen gelingt es nicht, sich in der betrieblichen Atmosphäre einer Arztpraxis mitzuteilen. Beim Hausbesuch kann sich ihm der Hausarzt offen zuwenden, ohne den Druck eines vollen Wartezimmers im Nacken. Für viele ist dieses konzentrierte Zuhören bereits Therapie.

### Hilfe durch Ratschläge

Ratschläge sind stets problematisch und gelten meist nur für den, der sie erteilt. Beim Hausbesuch ist es jedoch anders: Hier knüpfen Empfehlungen in der Regel an die vorgefundenen Gegebenheiten an. Sie werden deshalb besser akzeptiert und befolgt, zumal nun auch Familienmitglieder über Zusammenhänge informiert werden, über die der Patient nach einer Sprechstundenberatung meist nur sehr unvollständig berichten kann.

### Be„hand“lung durch den Arzt

Jede Handlung am Patienten, auch die Untersuchung und Blutdruckmessung ist eine besondere Zuwendung des Arztes. Diese Zuwendung ist nicht nur für den Patienten von Bedeutung, sondern kann für die pflegende Familie zum motivierenden Leitbild für ihren Umgang mit dem Kranken werden. Der Arzt sollte deshalb ganz bewußt mit der Hand etwas am Kranken tun, und wenn es ein Handgriff zur Verbesserung seiner Lage im Bett ist.

### Hilfe durch Individualtherapie

Bei Medikamenten knüpft der Hausarzt in der Regel an die bisherige Verordnung an, die meist vorgewiesen werden kann. Die eingenommene Menge kann (ohne erhobenen Zeigefin-

ger) überprüft werden; vorhandene Bestände finden Verwendung; Familienangehörige können ergänzende Auskünfte geben über Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen.

Alle Familienmitglieder werden stets gleichsinnig informiert. Ein erfahrener Hausarzt wird nichts sagen, was nicht alle hören können.

### Hilfe durch Aktivierung der Familie

Der Hausarzt bildet sich beim Hausbesuch ein Urteil über die salutogenen Ressourcen der Familie. Er kann nunmehr entscheiden, ob beim gegenwärtigen Zustand des Patienten Hauskrankenpflege durchführbar ist. Er wird die Familienmitglieder über ihre Aufgaben und Pflichten umfassend informieren, ihnen Fachpflegekräfte vermitteln, die sie dazu anleiten.

Am häuslichen Krankenbett erkennt der Hausarzt am schnellsten, welche professionellen Fachpflegekräfte, Heilberufe und Sozialdienste eine qualifizierte Hauskrankenpflege sicherstellen, und er koordiniert die Zusammenarbeit des ambulanten Pflegeteams am besten bei Treffen und Besprechungen am Krankenbett.

### Hausbesuchsprogramm als Einführung in patientenzentriertes Denken

Die Erfahrungen des universitären Unterrichts beweisen immer wieder, daß durch rein „theoretisches Lernen“ aus Vorlesungen und Büchern eine unzureichende und „unpraktische“ Intelligenz entwickelt wird. Wie in kaum einer anderen Wissenschaft besteht in der Medizin in dieser Beziehung die Chance zu sinnvollem Praxisbezug (Noack 1980). Es gibt keinen Zweifel, daß die Reifung zum Arzt durch die ständig wiederholte Konfrontation des Studenten mit Patienten in ihrer Lebenswirklichkeit sinnvoll gefördert werden kann.

Eine gute Medizindidaktik müßte eigentlich fordern, daß jeder wesentliche Lerninhalt an praktisch erlebten Beispielen festzumachen ist. Das bedeutet, daß jeder Student vom ersten Studientag an regelmäßig arztähnlichen Situationen ausgesetzt werden sollte, um bei dieser Gelegenheit die richtige Einordnung der internalisierten theoretischen Lerninhalte nachträglich überprüfen und sofort korrigieren zu können (Byrne u. Long 1973). Daß Dozenten über „Fälle“ berichten oder Patienten beispielhaft vorstellen, genügt noch nicht.

Was heißt aber „arztähnliche Situation“? Der Student kann in die Verantwortung des Arztes, die er später zu tragen hat, nur dann hineinwachsen, wenn er in diese Situation, in der er später ständig arbeiten muß, schrittweise eingeführt wird. Dazu gehört, daß er

- mit Patienten immer wieder einmal unter vier Augen,
- in einer ruhigen, ungestörten Umgebung und
- ohne Zeitdruck sprechen kann, d. h. bei einem Hausbesuch

Selbstverständlich soll er dabei nicht immer ganz allein gelassen werden, sondern er muß die Gelegenheit bekommen, sich selbst und sein Verhalten wiederzuerleben. Eine Horzontalerweiterung erfolgt natürlich nur, wenn die situativ begrenzte Fremd- und Selbstwahrnehmung reflektiert wird

und wenn er vom Hausarzt immer wieder auf neue, nicht beachtete Aspekte aufmerksam gemacht wird.

Vom ersten Studientag an soll der Student Patienten zu Hause und am Arbeitsplatz besuchen, um mitzerleben, wie unterschiedlich sie mit ihrer Gesundheit umgehen und Krankheit bewältigen.

Der Verfasser schickte seine Famuli nach einem einführenden gemeinsamen Besuch oft noch einmal mit kleinen Aufträgen allein zum Hausbesuch (Verlaufskontrolle, Blutdruckmessung oder Blutentnahme). Anders als in der Sprechzimmeratmosphäre kann der Famulus nun mit dem weniger gehemmt Patienten in dessen Milieu sprechen, die Interaktion mit den Familienmitgliedern erleben und versuchen, Rückschlüsse von der Wohnungseinrichtung auf die Individualität des Patienten zu ziehen.

Genau wie sonst der Hausarzt wird er dabei – unbemerkt und ungewollt – mit den menschlichen, existentiellen und gesundheitlichen Problemen dieser Familie konfrontiert und angeregt, über Lösungswege mit nachzudenken.

### Das Debüt

Der Anfänger denke bei seinen ersten Hausbesuchen stets daran, daß er selbst das Objekt der Neugier ist und bei seinem Debüt von allen Seiten unter die Lupe genommen wird. Die schauspielerische Leistung ist nicht zu unterschätzen; denn er muß vor fremden Kulissen mit fremden „Gegenspielern“ ohne Souffleur eine gute Szene gestalten und sich in jeder Beziehung große Mühe geben, keinen kläglichen Abgang zu erhalten. Kleidung, Haltung und Worte müssen dem Rechnung tragen.

Ebenso wie der Arzt sollte sich auch der Famulus an Gesprächsinhalte erinnern. (Ggf. sofort danach Notizen machen. Vom Hausarzt wird eine Gedächtniskapazität für Kasuistiken verlangt.)

Noch ein Tip: Man sollte eigentlich stets nur das sagen, woran man auch noch nach Jahren gern erinnert wird. Deshalb lieber weniger sagen als zuviel; in Zweifelsfällen ist es am Anfang besser, sich in bedeutungsvolles Schweigen zu hüllen.

Adäquate Einstellungen und Verhaltensweisen kann ein Student nur entwickeln, wenn er mehr von einem Patienten erfährt, als in einer kurzen Begegnung möglich ist. Deshalb versucht der Verfasser, einem Famulus oder Hospitanten einen Teil der Hintergrundinformationen, die er selbst gesammelt hat, am Beispiel einzelner ausgewählter Patienten zu vermitteln. Der Student erhält Gelegenheit, sich mit einem Patienten zunächst in der Praxis sehr ausführlich allein zu unterhalten, danach soll er sich anhand der Karteikarte über die bisherige Behandlung informieren. Am Nachmittag erfolgt ein gemeinsamer Hausbesuch. Auf dem Weg dorthin berichtet der Verfasser, was er von diesem Patienten weiß. Beim Hausbesuch lernt der Famulus die Wohngegend, die Wohnung und die anderen Familienmitglieder kennen. Dabei werden auch Freizeitaktivitäten demonstriert, z. B. der Garten oder Hobbyräume besichtigt. Wenn möglich wird der Patient in den nächsten Tagen auch noch an seinem Arbeitsplatz besucht, um das Bild abzurunden.

Im Verlauf dieser den Horizont erweiternden Demonstration wird der Student auf die für hausärztliche Entscheidungen relevanten biographischen Daten und auf die therapeutischen Ansatzmöglichkeiten in der humanen Dimension hingewiesen.

### Familienbegleitung

Um Studenten sowohl in die Problematik der Familienmedizin als auch in die kontinuierliche Langzeitbetreuung chronisch Kranker einzuführen, wurde ihnen in Göttingen die Möglichkeit geboten, schon vom ersten Semester an eine Familie über mehrere Jahre lang zu begleiten und zu beobachten. Nachdem ein Student vom Hausarzt bei einem Hausbesuch in eine geeignete Familie mit einem chronisch Kranken eingeführt worden war, hat er diese Familie zunächst in wöchentlichen, später in größeren Abständen immer wieder besucht. Er konnte dabei miterleben, wie die Familie gesundheitliche Probleme und vor allem die chronische Krankheit ohne und mit ärztlicher Hilfe bewältigt. Zugleich konnte er erfahren, was dazu gehört und wie lange es dauert, bis man sich das Vertrauen einzelner Mitglieder und schließlich der ganzen Familie erworben hat.

Die Studenten berichteten nach jedem Besuch dem Hausarzt über ihre Beobachtungen. Ebenso in der Fakultät, wo in einem Begleitseminar Erfahrungen ausgetauscht und Hintergrundwissen über Familiendynamik vermittelt wurde. Im Verlauf mehrerer Semester waren die meisten in der Lage, nicht nur über äußere Ereignisse, sondern auch über beobachtete familiäre Interaktionen, Entwicklungen und Prozesse zu berichten. Leider konnte dieser Probelauf aus personellen Gründen nur mit wenigen StudentInnen 4 Semester lang durchgeführt werden. Diese Familienbegleitung wurde von den Familien anfangs mit Skepsis akzeptiert. Später entwickelte sich ein wachsendes Vertrauensverhältnis zu allen StudentInnen.

### Zusammenfassung

Ich möchte dem Jubilar, Herrn Knabe, gratulieren, daß es ihm gelungen ist, das Hausbesuchsprogramm in dieser für „Community Medicine“ aufgeschlossenen Fakultät unter Mitwirkung engagierter Hausärzte zu einer festen Einrichtung machen.

Meine Glückwünsche und meinen Dank an meine seit jeher fortschrittliche Alma mater verbinde ich mit der Hoffnung, es möge allen Beteiligten gelingen, das Hausbesuchsprogramm über eine einsemestrige Veranstaltung hinaus auf mehrere Semester auszudehnen und eventuell sogar in eine Familienbegleitung münden zu lassen. Obgleich dies von Dozenten und Hausärzten ein hohes Engagement verlangt, erscheint mir dieser von Herrn Knabe beschrittene Weg geeignet zu sein, die bisherige viel zu theoretische und nicht sehr realitätsnahe Ausbildung besser auf den individuellen Hilfebedarf des Patienten und Gesunden zu zentrieren.

Mit dem gegenwärtigen Paradigmawandel der Medizin von einem an Krankheiten orientierten Denken zu einer neuen Einstellung, die auf den Bedarf der Menschen ausgerichtet ist, vollzieht sich parallel ein Wandel der Ausbildung (Kahlke et al. 1980). Der Kranke ist in Zukunft nicht mehr das passive

Demonstrationsobjekt, an dem pathologische Befunde demonstriert werden, sondern der Patient wird selbst zum Lehrer (Murdoch 1982). Denn niemand kann besser schildern als er, wie ihm zumute ist, und nur er allein kann seine salutogenen Ressourcen mobilisieren.

Wie man Arzt/Ärztin wird, lernt der/die Student/in nicht aus Büchern, sondern durch das Vorbild anderer Ärzte. Vor allem aber von Kranken, denen er/sie von Anfang an konzentriert und mit offener Zuwendung zuhört, in die er/sie sich einzufühlen und die er/sie zu verstehen versucht. Während er/sie über die Patienten durch Zuwendung Einsichten gewinnt, werden diese ihm/ihr als Rückkoppelung Vertrauen entgegenbringen.

Diese persönliche Individualmedizin des Einfühlens und Verstehens beim Arzt und der Einsicht und des Vertrauens beim Kranken aktiviert im Patienten all seine gesundheitsfördernden Reserven.

## Literatur

- Byrne, P., B. E. L. Long: Learning to care, person to person. Churchill, Livingstone 1973
- Häussler, S.: Der Prakt. Arzt heute und morgen. Hippokrates, Stuttgart 1967
- Hamm, H.: Allgemeinmedizin. Thieme, Stuttgart 1992, 5. Auflage
- Hesse, E., T. Lichte, E. Sturm: Kooperation beim Ressourceneinsatz. Deutsches Ärzteblatt 93 (1996) A1524–1525
- Huygen, F. J. A.: Familienmedizin. Hippokrates, Stuttgart 1979
- Klimm, H.-D.: Allgemeinmedizin. Enke, Stuttgart 1994
- Knabe, H.: Der Arzt auf dem Lande und seine Helfer. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1965
- Murdoch, J. C.: The Patient as Teacher. Allg. Med. Int. 11(1982) 24–25
- Noack, H. (Hrsg.): Medical education and primary health care. Croom Helm, London 1980
- Rakel, R. E., H. F. Conn: Family Practice. Saunders, Philadelphia 1978
- Sturm, E.: Diagnostik und Therapie in der menschlichen Dimension. Der Hausarzt in Mecklenburg-Vorpommern 1(1990)
- Tönies, H.: Der Hausbesuch des Allgemeinarztes. Hippokrates, Stuttgart 1981
- Uexküll, T. v., W. Wesiack (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München 1979

In dieser Arbeit wurden Texte verwendet aus folgenden vergriffenen Büchern des Verfassers:

- Sturm, E.: Einführung in die Allgemeinmedizin. Perimed, Erlangen 1969
- Sturm, E.: Renaissance des Hausarztes. Springer, Heidelberg 1983
- Schaefer, H., E. Sturm (Hrsg.): Der kranke Mensch. 1986
- Kahlke, W., H.-G. Schütze, E. Sturm (Hrsg.): Neue Wege der Ausbildung für ein Gesundheitswesen im Wandel. Urban & Schwarzenberg, München 1980

Prof. Dr. med. Eckart Sturm

Ziegelhofstr. 30  
26121 Oldenburg