

Hausärztliche Fortbildung – Ein Vorschlag zu Grundzügen der Neuorientierung

S. Sachtleben

Continious Medical Education – A Proposal for an Outline of a New Concept

In der ZfA 9/2004 wird nicht zum ersten Mal über die Irrationalität hausärztlicher Therapie viraler Infekte der oberen Luftwege berichtet (Altiner A. et al., S. 366). Die Arbeit zeigt vor allem eines: es hat sich so gut wie nichts geändert. Als im hiesigen Qualitätszirkel dieses Thema besprochen wurde, war keinerlei Einstimmigkeit zu erzielen – ganz im Gegenteil: die Diskussion war dogmatisch und emotional. Das Argument, dass Viren auf Antibiotika nicht ansprechen, griff nicht, weil nicht „virale Infekte“ behandelt wurden, sondern „Bronchitis“, „Scharlach“, „Angina“. Jeder war schon irgendwo auf einer Fortbildung gewesen, hatte etwas gelesen, wo von kompetenten Kollegen ganz klar gesagt worden war, wie wichtig die Antibiotikagabe ist.

Die Irrationalität der hausärztlichen Hustentherapie wirft vor allem ein grelles Licht auf die hausärztliche Fortbildung. Der State-of-the-art ist für jeden etwas anderes. Der Eine geht hierhin, die Andere dorthin, fast immer ist die Veranstaltung von einschlägigen Sponsoren abhängig. Die Fortbildungen werden zumeist von Nicht-Hausärzten gehalten, die Themen generiert der Zufall oder die gerade aktuelle PR-Situation am pharmazeutischen oder technischen Markt oder unsere Vorlieben (und nicht unsere Schwächen!). Abholz spricht in der ZfA 10/2004 völlig zu Recht vom „Verlust der Breite“. Hausarztmedizin ist mehr, muss mehr sein, als unser Lieblingsfach und wir müssen uns um diese Breite ernsthaft bemühen

Wer jedoch eine breite Fortbildung will, der sucht den tatsächlichen State-of-the-art meist vergebens. Wo ist die hausärztliche Fortbildungsinstitution, an die er oder sie sich vertrauensvoll wenden kann? Eine Institution etwa, wie es das „Royal College“ in Großbritannien zumindest auch ist?

Ein weiteres Beispiel für das Problem Fortbildung sind die DMPs. Dass Leitlinien sinnvoll sind, bezweifeln zumindest in der akademischen Hausarztmedizin nur noch wenige. Jedoch, wenn Leitlinien sinnvoll sind, wieso müssen sie dann von Krankenkassen bei den Hausärzten eingeführt werden? Wieso ist es nicht möglich, dieses als State-of-the-art anerkannte Wissen aus der akademischen Hausarztmedizin so in die Breite zu transferieren, dass es dort auch als Fortschritt und nicht als bürokratische Vergewaltigung ankommt? Und wieder läuft der Wissenstransfer nicht über ärztliche Kommunikationswege, oder gar etablierte Transferinstitutionen – nein, wieder müssen andere, nicht ärztliche Institutionen die Fortbildung tragen.

Wie also kommuniziert man von akademischen Leitinstitutionen Wissen in die ärztliche Breite? Wie viele Leser hat die ZfA? Wie viele Mitglieder die DEGAM? – Von Breite kann (leider) nicht die Rede sein. ZfA und DEGAM-Veranstaltungen alleine genügen nicht für diesen Transfer.

Die Marktrücknahme von Vioxx ist ein weiteres Beispiel für das Problem. Auch in der ZfA (6/03, S. 288) war dazu bereits vor 2 Jahren ein eindeutiger Artikel zu lesen, von den anderen unabhängigen Publikationen ganz zu schweigen. Dennoch hat alles der Verordnung des Medikamentes nicht nur keinen Abbruch getan, vielmehr war die Überraschung über die Marktrücknahme vielerorts groß. Kurz: alle diese Arbeiten kommen an der Basis nicht an.

Der hausärztlichen Fortbildung kann nur aufgeholfen werden, wenn sie aus ihrer strukturellen und inhaltlichen Beliebigkeit herausfindet.

Institutsangaben

Hausarztpraxis, Pirmasens

Korrespondenzadresse

Dr. Stefan Sachtleben · Hausarztpraxis · Kaiserstr. 2 a · 66955 Pirmasens ·
E-mail: stefan.sachtleben@t-online.de

Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 8–10 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-836268
ISSN 0014-336251

Dies ist auch politisch ein Gebot der Stunde, denn nicht nur Gesellschaft und Administration erwarten von der Hausarztmedizin eine Professionalität, die sie nicht nur erst noch entwickeln muss, sondern es gibt auch in Deutschland eine ganz bedenkliche Erosion des hausärztlichen Kompetenzansehens: in DMPs wird uns die Fähigkeit anspruchsvollerer internistischer Therapie glatt aberkannt, Kassen lassen völlig selbstverständlich unsere AU- und andere Entscheidungen vom MDK revidieren, die Hausarztpraxis, zumal die kleine Einzelpraxis muss sich von allen Seiten „Inkompetenz“-Vorwürfe anhören, im neuen EBM werden diese Praxen sogar geringer honoriert, Kollegen in stationären Einrichtungen arbeiten nur sehr ausnahmsweise mit uns zusammen, usw. (dies ist nur eine Auswahl).

Gerade wer die außerordentlich sorgfältige, um äußerste Rationalität bemühte, akademische allgemeinmedizinische Diskussion der letzten Jahre kennt, der muss feststellen, dass das öffentliche Erscheinungsbild, auch in der ärztlichen Kollegenschaft, geradezu das Gegenteil des Anspruches ist, den die akademische Diskussion an sich hat.

Hier ist ganz besonders und vor allem die DEGAM gefordert. Warum die DEGAM? Sie ist die einzige deutsche Hausarztinstitution, die sich kompromisslos akademisch versteht. Sie ist die einzige Hausarztinstitution, die Unabhängigkeit und Kompetenz glaubwürdig verbindet. Nur sie hat strukturell die Voraussetzungen unser „Royal College“ zu werden. Die Rolle, die die Hausarztmedizin für die Solidargemeinschaft bereits spielt und in Zukunft noch (wieder) spielen soll, verlangt nach einer klaren Leitinstitution, für uns, für unsere Kolleginnen und Kollegen der anderen Disziplinen, für die Öffentlichkeit.

Jedoch wie?

Denkbar wären Hausarzt-Akademien, die von akademisch motivierten Kolleginnen und Kollegen vor Ort betrieben werden, als z.B. hausärztliche Fortbildungsreferate der Ärztekammern, deren curriculares Rückgrat aber von der DEGAM kommt. Zusätzlich könnten an dieses Rückgrat Veranstaltungen angebaut werden, je nach regionaler Präferenz. Diese Akademien sollten den Ehrgeiz haben, in einem 3–5-jährigen Turnus möglichst viele wesentliche allgemeinmedizinische Themen anzubieten und zwar schwerpunktmäßig als Refresher- oder Stand-der-Medi-

zin-Vorträge, -Seminare, -Arbeitsgruppen, -Übungen, usw., und nicht als Das-Neueste-vom-Neuen-Veranstaltungen. Selbstverständlich sollte eng mit vor Ort bestehenden allgemeinmedizinischen Institutionen der Lehre und Fortbildung zusammengearbeitet werden. Als Referenten könnte man sich unter anderem sehr gut Kolleginnen und Kollegen aus den spezialisierten Fächern vor Ort vorstellen. Dies würde auch helfen klarzumachen, dass und wie wir zusammengehören.

Dieses Konzept könnte mehrere Probleme lösen.

Diese Akademien könnten jener Ort sein, wohin ein unabhängige Fortbildung suchender Hausarzt, eine Hausärztin sich vertrauensvoll wenden kann, um zu erfahren, was für unsere Arbeit von Bedeutung ist.

Die DEGAM könnte über die Curricula ihre standardisierende, den Stand der Allgemeinmedizin definierende Wirkung entfalten und sie hätte ein Mittel diese Wirkung in die Fläche zu tragen. Sollte zum Beispiel die hausärztliche Weiterbildung an diese Akademien gebunden werden, dann wird es in wenigen Jahren keine junge Kolleginnen und Kollegen mehr geben, die die DEGAM nicht kennen. So würde auch klar, dass Aus-, Weiter-, und Fortbildung keine in sich abgeschlossenen Einheiten sind, sondern lediglich zeitliche „Verdichtungen“ eines fließenden Kontinuums.

Diese Akademien könnten vielleicht der Ort sein, an welchen jenes allgemeinmedizinische Zusammengehörigkeitsgefühl wohnen und wachsen könnte, welches durch die neue Weiterbildungsordnung wieder nicht möglich geworden ist. Diese Akademien könnten auch ein hilfreicher Ausgangspunkt sein, um zum Beispiel EPA oder Visitatije-Programme bekannter zu machen. Die hausärztliche Qualitätsdiskussion könnte dort ein Zuhause finden.

Und diese Akademien könnten ein nach außen hin sichtbares Gesicht der professionellen Allgemeinmedizin sein. Sie zeigen, dass wir kompetent sind, dass wir uns um Weiterentwicklung unserer Kompetenz bemühen und dass wir es ernst meinen.

Interessenkonflikte: keine angegeben

Zur Person



Dr. Stefan Sachtleben
Hausarzt, Schwerpunkte Geriatrie, Suchtmedizin,
Ernährungsberatung, psychosomatische Grund-
versorgung, Ohren steif halten

Kommentar zu Dr. Stefan Sachtleben. Hausärztliche Fortbildung – ein Vorschlag zu Grundzügen der Neuorientierung

Katzen im Stechschritt

Ich stimme der Diagnose von Dr. Stefan Sachtleben durchaus zu. Gerade bei den häufigen, überwiegend in unseren Praxen behandelten Problemen und Erkrankungen leisten wir uns einen solchen Sammelsurium an Vorgehensweisen und damit verknüpften Theorien, dass man uns eigentlich den Status einer Profession absprechen müsste. Selbstkritisch muss ich allerdings anmerken, dass dies eher das Problem des akademischen Allgemeinarztes zu sein scheint. Unsere Patienten nehmen eine weniger dogmatische Position ein; sie sind mit ihrem Hausarzt meist zufrieden – sie bekommen offenbar das was sie wollen. Pluralistische Erwartungen können eben nur mit einer breite Palette von Medizin-Konzepten erfüllt werden.

Trotzdem, es sollte einen Kern geben, den wir alle anerkennen. Die Fach-Definition der DEGAM, ein gemeinsam gelehrttes Modell der Konsultation und damit der Beziehung zum Patienten, das in unseren Leitlinien dargelegte Vorgehen bei häufigen Beratungsanlässen sollten dazu gehören. Diesem Kern, der sich wissenschaftlich gut begründen lässt, fehlt die Heimat: in den Ärztekammern und deren Akademien müssen wir oft mühsam Kompromisse mit anderen nicht immer verständnisvollen Disziplinen schließen, die Universitäts-Abteilungen für Allgemeinmedizin sind immer noch dünn gesät, und unser Berufsverband hat in Bezug auf industrie-unabhängige Fortbildung noch Nachholbedarf.¹

Nun muss man auf der anderen Seite sagen, dass die Landschaft in den letzten Jahren vielfältiger geworden ist. Gut die Hälfte der Hausärzteschaft ist heute in Qualitätszirkeln organisiert. Die DEGAM bietet immer mehr Kolleginnen und Kollegen ein relevantes Arbeits-Netz: der Arbeitskreis Leitlinien, der Professionalisierungs-Kurs, die DEGAM-Benefits, der Listserver ALLGMED-L, die

Sektionen, aber auch die regional sehr unterschiedlichen Systeme der Kursweiterbildung. Hausärztliche Initiativen, von der hessischen Leitliniengruppe bis hin zu Modellpraxen lassen sich schon nicht mehr überblicken. Durch all diese Aktivitäten hat die wissenschaftlich begründete Allgemeinmedizin in den letzten zehn Jahren an Gewicht gewonnen.

Im Vorschlag von Dr. Sachtleben geht es jetzt um die Verankerung vor Ort, als Regionalisierung der DEGAM in den letzten mehrfach – obwohl etwas halbherzig – diskutiert. Ich habe die Ländergesellschaften in Thüringen und Sachsen immer als attraktives Modell empfunden; leider ist nur noch die sächsische lebendig. Offenbar ist es schwer, zwischen den vorhandenen Organisationen einerseits und kollegialem Zynismus andererseits (letzterer meist ein Symptom des Burn-out) die Fahne einer wissenschaftlichen Allgemeinmedizin hoch zu halten.

Eine regionale Akademie benötigt Ressourcen. Ein Sekretariat, Sitzungsräume, eine (teilweise elektronische) Bibliothek müssen zuverlässig finanziert werden. Unter den heutigen Umständen sehe ich kaum Möglichkeiten, dies jenseits industrieller Umklammerung zu leisten. Trotzdem sollten wir die Idee weiter verfolgen. Es ist immer einfacher, formal etwas nachzuvollziehen, was real bereits existiert. Wenn irgendwo in Deutschland sich eine Hochschulabteilung für Allgemeinmedizin, mehrere Lehrbeauftragte und Qualitätszirkel der Umgebung, der Hausärzteverband samt IhF zusammen tun und kritische Masse bilden – warum sollte dies nicht in Form einer solchen Akademie sein? Mit den Erfahrungen aus zwei oder drei Modellprojekten wüssten wir, ob sich die flächendeckende Einrichtung lohnt und realisierbar ist.

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, MHSc
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und
Rehabilitative Medizin
Universität Marburg
35033 Marburg
Norbert@med.uni-marburg.de

¹ Donner-Banzhoff N. Schizophren, diese Situation... Von Budgets, Beziehungen und dem BDA. Der Hausarzt 2002 [13], 12–13.