

Frage nach der Berechtigung unseres Faches



In einem Land wie dem unsrigen, in dem wir zahlreiche Spezialisten haben, der Zuwachs an weitergebildeten Spezialisten größer ist als der der Allgemeinmediziner, ist die Frage legitim, warum es den Allgemeinmediziner überhaupt noch braucht.

Hierauf gibt es mehrere Antworten: Erstens, es könnte ein Patient – so wird gesagt – nicht in Bezug auf jede Symptomatik wissen, welcher Spezialist zustän-

dig ist. Es würde also zu Reibungsverlusten kommen. Ich denke: Wahrscheinlich wären diese aber nicht so erheblich, dass dies die Berechtigung des Generalisten begründen kann. Zudem haben wir doch für solche Vorsortierung noch Krankenschwestern oder zukünftig Bachelor-Mediziner, die hier preisgünstig eingesetzt werden könnten. Zum anderen haben wir doch einen Zusatznutzen darin, dass der angelaufene Spezialist der jeweils beste Arzt – für sein Fach – ist.

Ein weiteres Argument kann man hören: Der Generalist kümmerte sich um die Gesamtheit der Person – und diese sei immer mehr als die Summe ihrer Einzelteile. Dies sei bei allen komplexen Systemen so und entsprechend auch bei Menschen. Des Generalisten Berechtigung bestehe darin, dass er einzelne Störungen auf dem Hintergrund seines Wissens über den ganzen Patient, also auch in Bezug auf dessen psychosozialen Hintergrund, seinen Umgang mit sich selbst und seinen Krankheitssymptomen kenne und immer nur integrierend bewerte und priorisierend vorgehe – also nicht immer all das tue, an was er denke. Diesem Argument zu folgen, verlangt entweder ärztliche Erfahrung oder ein tieferes Verstehen von Krankheit und Gesundheit in der Einheit von Seele und Körper.

Schließlich gibt es noch ein drittes Argument: Patienten wollten ihren Arzt haben, weil sie spürten, dass eine Beziehung in der so „intimen Angelegenheit“ der Gesundheit etwas Wichtiges ist. Dies erst würde ihnen erlauben, offen zu sprechen, Gefühle zu zeigen und ihnen auch das Vertrauen geben, auf Behandlungsvorschläge von einem gut gekannten und geschätzten Arzt sich auch dann einzulassen, wenn sie nicht unmittelbar plausibel oder gar belastend seien.

Ich denke, dass nur die beiden letzten Argumente die Berechtigung eines Generalisten belegen – einmal von solchen „Banalitäten“ abgesehen, dass Generalisten preisgünstiger arbeiten, ohne dabei im Durchschnitt schlechter zu sein.

Die Fähigkeit zur Integration unterschiedlicher Befunde, die Kenntnis des Verlaufs sowie das Bestehen einer Beziehung zum Patienten brauchen im Wesentlichen zweierlei: Kontinuität der Versorgung und Breite der Zuständigkeit. Denn hierüber wächst Erfahrung mit dem Patient und Beziehung.

Alle Ideen und Vorschläge zum perfektionierenden Gesundheits- oder Krankheits-Management mit immer weiterer Arbeitsteilung im immer größer werdendem Team – also der „Industrialisierung der Versorgung“ – sind von dem Grundgedanken der ökonomischen Optimierung angetrieben: Es soll preisgünstiger (Schwestern) oder spezialisierter (hoch spezialisierter Kollege, Schwester etc.) gearbeitet werden. Der Hausarzt hat in einem solchen Konstrukt eigentlich keine Rolle, es sei denn die des Koordinators des Geschehens – dafür aber könnte man auch eine Schwester oder „Bachelor of Care Management“ einsetzen. Denn der Hausarzt wäre in einem solchen Versorgungssystem eh seiner Stärken beraubt: Über häufigen Kontakt – Kontinuität und Breite der Zuständigkeit – ein Verhältnis mit dem Patienten wachsen zu lassen, auf dem aufbauend Betreuung – so wie oben angesprochen – erfolgen kann.

Die Komplexität des Patienten erfordert die Integration von sehr vielen „Einzelteilen“ sowie das explizite als auch emotional über eine Beziehung getragene implizite Ausprobieren von Behandlungswegen. Davon ist vielleicht ein Teil – die Integration der Einzelteile – noch durch die regelmäßige Teambesprechungen zu ersetzen. Nur dadurch wird der Wunsch nach Effizienz, der das ganze Denken ja antreibt, wieder hinfällig, da Viele stundenlang in Sitzungen zubringen werden. Und dann fehlte weiterhin der andere wichtige Teil, die Beziehung, die sich ja auf Viele aufspalten müsste, also jeweils „oberflächlicher“ werden würde.

Zuständigkeit für Komplexität verlangt eine gute Ausbildung in Bezug auf die Anteile, die in Komplexität sich zusammensetzen – mit anderen Worten, eine breite Weiterbildung. Auch hier sind wir in Bedrohung, dies aufgrund von Opportunismus den von uns vorgestellten Weiterzubildenden gegenüber bzw. aufgrund von Engpässen in Bezug auf bestimmte Weiterbildungsstellen aufzugeben. In der Weiterbildung sind nur noch Innere, Chirurgie und unser eigenes Fach sowie die Psychosomatische Grundversorgung – wobei Weiterbildung heute oft in sub-spezialisierten Abteilungen erfolgt. Die vielen kleinen Fächer brauchen wir auch, wenn wir als Generalisten tätig werden wollen.

Wenn wir es nicht schaffen, diese in Rotationen (z. B. Weiterbildungsverbänden) zu organisieren, dann müssen wir ersatzweise hierfür praktisch orientierte Intensivkurse in der Weiterbildung anbieten (erweiterte Seminarweiterbildung). Denn eines Tages wird sonst gefragt, mit welcher Berechtigung wir von „Breite“ der Zuständigkeit sprächen. Wir wären dann in der Tat nur noch zum oben benannten Koordinator tauglich.

Ihr Harald Abholz

PS: Unsere CME-Fortbildung zur Leichenschau ist in diesem Heft auf S. 460. Die Teilnahme und das Ausfüllen des Fragebogens ist nur online möglich. Hinweise zur Nutzung und den Fragebogen finden Sie unter: www.online-zfa.de im Bereich Fortbildung (CME).