

Konsequenter Versuch der De-Professionalisierung der Allgemeinmedizin in der Ärztekammer



1967 wurde in der DDR, 1972 in der BRD, der Facharzt für Allgemeinmedizin nach vielen Jahren des Streits mit etablierten Fachärzten eingeführt. Seitdem gab es regelhaft Versuche, den Facharzt für Allgemeinmedizin immer wieder klein zu reden. Federführend war hier die Vertretung der Klinikärzte mit dem Ziel, die Hürden für einen „Notausgang“ aus dem Krankenhaus niedrig zu halten.

In Bremen ist es nun im Oktober erneut offen- und aktenkundig geworden, dass einige Vertreter dem Fach Allgemeinmedizin seine gebietspezifische Qualifikation absprechen wollen. Hier scheint man der Meinung zu sein, dass die Allgemeinmedizin quasi nebenbei erlernbar ist – auch wenn man nie in einer Allgemeinpraxis tätig war. Argumentiert wurde, dass das Arbeitsspektrum dem der hausärztlichen Internisten entspreche. Die Forderung nach einer Mindestzeit in einer Allgemeinpraxis im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin soll in keiner Weise die wichtigen Kompetenzen der internistischen Kolleginnen und Kollegen in Zweifel ziehen. Es muss vielmehr festgestellt werden, dass bedeutende Inhalte der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Allgemeinmedizin sonst schlichtweg völlig ausgeblendet würden.

Die Besonderheit der hausärztlichen Arbeitsmethodik fußt insbesondere auf den Inhalten der Muster-Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, die nicht Teil der internistischen Weiterbildungsordnung sind. Zu diesen zählen:

- Primäre Diagnostik, Beratung und Behandlung bei allen auftretenden Gesundheitsstörungen und Erkrankungen in unausgelesenen Patientenkollektiven aller Altersstufen
- Integration medizinischer, psychischer und sozialer Belange im Krankheitsfall
- Langzeit- und familienmedizinische Betreuung

- Erkennung und koordinierte Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter
- Behandlung von Patienten in ihrem familiären Umfeld und häuslichen Milieu, in Pflegeeinrichtungen sowie in ihrem weiteren sozialen Umfeld, einschließlich der Hausbesuchstätigkeit
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen, zum Beispiel auch im Rahmen gemeindenaher Projekte
- Erkennung, Beurteilung und Behandlung der Auswirkungen von umwelt- und milieubedingten Schäden einschließlich Arbeitsplatzeinflüssen
- Behandlung von Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Störungen
- Für die hausärztliche Versorgung erforderliche Techniken der Wundversorgung und der Wundbehandlung, der Inzision, Exzision, Exstirpation und Probeexzision auch unter Anwendung der Lokal- und peripheren Leitungsanästhesie.

Diese Inhalte können nur erworben werden, wenn die Weiterbildung auch in einem ausreichenden Maße in den allgemeinmedizinischen Praxen stattfindet. Aber auch die Arbeitsmethodik unterscheidet sich in der Allgemeinmedizin fundamental von der des (klinisch weitergebildeten) Internisten. Dass sich das Patientenspektrum in der primärärztlichen ambulanten Versorgung von dem der Krankenhauspatienten unterscheidet, ist evident. Ebenso, dass dies andere Versorgungsstrategien erfordert, beispielsweise auch hinsichtlich Multimorbidität und Langzeitbetreuung. Daher ist es nur verständlich, dass das SGB V vorschreibt, dass die hausärztliche Versorgung vorrangig von Ärzten für Allgemeinmedizin zu übernehmen ist.

Betrachten wir beispielhaft die bereits erwähnte Weiterbildungsordnung in Bremen, lässt sich festhalten, dass diese eine Mindestweiterbildungszeit im

„ambulanten hausärztlichen Versorgungsbereich“ vorsieht. So kommt es also vor, dass Kolleginnen und Kollegen nach dreijähriger stationärer Weiterbildungszeit in der Inneren Medizin, zwei Jahre bei einem hausärztlichen Internisten ihre Weiterbildung machen und sich dann zur Prüfung „Allgemeinarzt“ anmelden, ohne jemals bei einer Allgemeinmedizinerin oder einem Allgemeinmediziner weitergebildet worden zu sein.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin ist damit, zumindest in Bremen, das einzige Gebiet (inzwischen gibt es 82 Facharztbezeichnungen), in welchem die Ärzte nicht in dem Bereich weitergebildet werden müssen, in dem sie später auch tätig sind. In diesem Zusammenhang muss jedoch betont werden, dass nicht alle Kammern bei der allgemeinmedizinischen Weiterbildung so verfahren wie die Ärztekammer Bremen.

Dennoch muss man leider feststellen, dass sich dieses Vorgehen in das Bild fügt, welches die Bundesärztekammer momentan auf der Bundesebene abgibt. Diese hat in den letzten Monaten mehr als deutlich gemacht, dass sie nicht gewillt ist, Verantwortung für die Allgemeinmedizin zu übernehmen. Bestes Beispiel hierfür ist der Plan des Vorstandes der Bundesärztekammer, die Akademie für Allgemeinmedizin auflösen zu wollen. Welche Konsequenzen die Allgemeinärzte aus dieser fortgesetzten Ausgrenzung ziehen werden, bleibt abzuwarten. Der Deutsche Hausärzteverband hat zunächst einmal ein Treffen aller allgemeinärztlichen Kammervereine initiiert, um darüber zu diskutieren. Im Sinne unserer Patientinnen und Patienten müssen wir alles daran setzen, die eigenständige Kompetenz von uns Allgemeinmedizinern immer wieder heraus zu stellen und selbstbewusst zu vertreten.

Dr. Hans Michael Mühlendorf
Erster Vorsitzender
Hausärzteverband Bremen e.V.