

Editorial

Quo vadis, Allgemeinmedizin?

Dr. Peter Pichler,
Arzt für Allgemeinmedizin
in Poysdorf/NÖ.



© Scheinast

Während meiner Teilnahme am Europäischen Kongress für Allgemeinmedizin kürzlich in Istanbul bot sich mir die Gelegenheit, in spontanen Gesprächen, in Vorträgen und in aufliegenden Printmedien die internationalen Entwicklungen im Fach Allgemeinmedizin/Familienmedizin kennen zu lernen. Eines vorweg: Der Kongress war mit 4.700 Teilnehmern der bisher größte seiner Art und damit ein Beweis für das wissenschaftliche Potenzial des Faches Allgemeinmedizin und das steigende Interesse der KollegInnen daran.

Viele Länder haben einen Umstrukturierungsprozess der Primärversorgung hinter sich oder befinden sich gerade darin.

Trotz unterschiedlichster nationaler Gesundheitssysteme ähneln sich die Probleme sehr:

Praktisch überall boomt der Spitalssektor. Die technische Entwicklung ist attraktiv und zieht Geld, Ärzte und Patienten magisch an. Dem kann die Allgemeinmedizin wenig entgegenhalten. Auch Systeme mit Gatekeepingfunktion der Allgemeinmedizin kommen ins Strudeln – die Gatekeeper werden rar! So versucht etwa Norwegen, seinen Mangel an Allgemeinmedizinern mit Ärzten aus dem Ausland abzudecken. Diese kommen auch gern, hat doch Norwegen im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ein recht attraktives, hausarztgestütztes Versorgungssystem.

Es herrscht allgemein Konsens darüber, dass die Allgemeinmedizin die kostengünstigste Möglichkeit der Primärversorgung darstellt. Leider fehlt es in vielen

Ländern von politischer Seite trotz Lippenbekenntnissen an der Anerkennung der Leistungen der Allgemeinmedizin und an der Finanzierung notwendiger universitärer und außeruniversitärer Strukturen (Lehrpraxen) und an entsprechenden finanziellen Rahmenbedingungen. Der Facharzt für Allgemeinmedizin ist aber weitgehend etabliert; vielfach gibt es auch weiterhin Allgemeinmediziner ohne Fachtitel mit etwas reduziertem Leistungskatalog.

Ohne gewisse Spielregeln bei der Arztwahl geht es meist nicht. Ich war überrascht, wie viele Länder ein Listensystem eingeführt haben. Die KollegInnen sind offenbar damit recht zufrieden. Die Obergrenze liegt meist bei 1.600 bis 2.000 eingeschriebenen Personen. Die Bindung einer ganzen Familie an einen Arzt wird empfohlen. Ein Wechsel zu einem anderen Arzt ist meist nach 6 Monaten möglich.

Allgemeinmedizinische Versorgungszentren etablieren sich vornehmlich in Ballungsräumen – größeren Städten. In ländlichen Gegenden bewährt sich der Einzelkämpfer, wobei die Versorgung häufig in Teamarbeit mit anderen Gesundheitsberufen erfolgt. Generell geht der Trend in Richtung größerer Versorgungseinheiten. Eine möglichst individuelle, personenbezogene Betreuung wird dennoch meist angestrebt.

Das Bild der Allgemeinmedizin wandelt sich entsprechend den heutigen Bedürfnissen und Anforderungen. Zu wessen Wohl? Doch wohl zu dem der Patienten – oder?

Narrative-based Medicine – zwei

Wie Edelsteine glänzen für mich die 24 Kapitel in diesem Buch, an dem 26 Autoren mitgewirkt haben. Innerhalb weniger Tage habe ich es richtiggehend verschlungen. Die Lektüre hat mich sehr berührt und fasziniert. Viele Gedanken im Buch spiegeln unseren hausärztlichen Alltag wider, doch so klar formuliert habe ich sie noch selten gelesen. Dazwischen tauchen immer wieder ganz neue, unbekannte Welten auf: So werde ich jetzt evaluieren, ob ich auf meine alten Tage nicht doch noch zur elektronischen Krankengeschichte wechseln soll, damit, sollte mein Gedächtnis einmal schwinden, möglichst wenige Informationen verloren gehen. An die Gefahr des „Geschichtenverlustes“ hatte ich bis anhin noch gar nicht gedacht. Am Ende der Lektüre war ich „übertoll“ und hatte das Bedürfnis, andere am Glanz dieser Edelsteine teilhaben zu lassen. So habe ich mich also hingesezt und ein paar der unterwegs aufgelesenen Gemmen (Zitate) aus verschiedenen Kapiteln für Sie zusammengestellt:

Was geht uns Narration an?

„Dass vor allem sprachliche, empathische und interpretative Fertigkeiten im Medizinstudium schonungslos durch Fähigkeiten verdrängt werden, die als ‚wissenschaftlich‘ und messbar gelten, dabei aber unvermeidlich reduktionistisch sind, ist alles andere als ein Erfolgsmerkmal des modernen medizinischen Curriculums.“

Trisha Greenhalgh und Brian Hurwitz

Leben durch Worte

„Krankheitsgeschichten sind bemerkenswert, denn meist sind sie anders als die Geschichten über unser sonstiges Leben. Aber in den Geschichten geht es nicht nur um Krankheiten oder Patienten. (...) Menschen (leben) in gesellschaftlich konstruierten Geschichten verkörpern sie und können nicht aus ihnen herausgelöst werden: das heißt, Sie und ich wären ganz andere Menschen, wenn wir in einer anderen Kultur oder in einer anderen Zeit aufgewachsen wären.“

Anna Donald

Geschichten vom Sterben:

therapeutisches Schreiben im Hospiz

„Schreiben stellt anscheinend eine

therapeutisch wirksame Möglichkeit dar, Menschen, die am Ende ihres Lebens stehen, zu ermutigen, ihre Gefühle nicht zu verdrängen, sondern sie zum Ausdruck zu bringen. Seine persönliche Geschichte zu erzählen kann ein starkes Mittel der Kommunikation und Verständigung zwischen Mitpatienten, Ärzten, Angehörigen und Freunden sein.“

Gillie Bolton

Schmerzgeschichten

„Der Arzt muss die Krankengeschichte annehmen, nicht erheben.“

Sir Richard Bayliss

Auf der Spur von Krankengeschichten: Versorgungskontinuität in der Hausarztpraxis

„Gemeinsame Geschichten (zwischen Arzt und Patient) schaffen starke Bindungen, die das Vertrauen aktiv fördern und eine wirksame medizinische Betreuung ermöglichen. Allerdings können sie auch erstarren, kodifiziert werden und zu gefährlichen Voraussetzungen und Selbstgefälligkeit führen, die den Arzt für relevante Veränderungen im mentalen oder körperlichen Zustand seines Patienten blind machen. Und wie stark das Band ihrer gemeinsamen Geschichten auch sein mag, so sollten Ärzte doch stets bemüht sein, ihre Patienten immer wieder von Neuem anzusehen und anzuhören, und vielleicht dem Beispiel von Isaiah Berlin folgen: Mich interessiert vor allem, was falsch ist an den Ideen, an die ich glaube – warum es richtig ist, sie zu modifizieren oder aufzugeben. (...) Kranksein ist das, was der Patient auf dem Weg zum Arzt empfindet, und Krankheit ist das, was er auf dem Nachhauseweg hat. (...) Eine zu starre Geschichte verringert die Chance, traumatische Erfahrungen zu bewältigen. Manchmal gelingt es dem Arzt, seinem Patienten eine andere Geschichte anzubieten, die ihm vielleicht den Weg nach vorn weist. Auch wenn der Patient sich schon mit der Rolle des tragischen Opfers abgefunden haben mag, ist er vielleicht doch noch in der Lage, diese Rolle gegen die eines mutigen Überlebenden zu tauschen, die ihm sehr viel mehr Raum für neue Selbstbestimmung, Würde und Selbstachtung lässt. (...) Der zunehmende Zeitdruck beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit

der Hausarztpraxis mit potenziell katastrophalen Folgen: Wenn wir Konsultationen nicht als den Ort verstehen, wo eminent wichtige Entscheidungen getroffen werden, die über die weitere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bestimmen, dann wird die Kosteneffektivität (...) im Sinne eines gesundheitlichen Nettogewinns abnehmen (...). Es dürfen keine falschen Anreize für Zeiteinsparungen durch unbedachte Somatisierungen, Verschreibungen oder Überweisungen geschaffen werden, und dem Arzt muss eine geschützte Zeit eingeräumt werden, in der er die Fähigkeiten des Patienten als eines Produzenten und nicht bloß Konsumenten (des Gesundheitssystems) fördern kann.“

Iona Heath

Narration und psychiatrische Erkrankungen in der Primärversorgung

„Und doch ist eine Diagnose in Wirklichkeit nicht mehr als ein sprachliches Konstrukt, das sich an den Erfordernissen eines einzelnen Fachgebietes orientiert und die Ansprüche anderer Gebiete nur unvollkommen oder überhaupt nicht erfüllt. Umsichtig angewandt kann eine Diagnose eine nützliche Konvention sein, die dem Arzt hilft, seinem Patienten zu helfen. Gedankenlos angewandt kann sie zu einem Instrument werden, mit dem der Arzt sich gegen seine eigenen Bedenken schützt. Sie führt möglicherweise auch zu Unachtsamkeit gegenüber den Teilen der Patientengeschichte, die beim Arzt eine kognitive Dissonanz hervorrufen. (...) Und Ärzte, die im Schnittpunkt zwischen der Welt der Geschichten und der Welt der Kategorisierung stehen, zwischen ihrer hermeneutischen Rolle und der (...) ICD-10, haben vielleicht zu Recht das Gefühl, dass ihre Position so nicht haltbar ist.“

John Launer

Sirenen, herrenlose Hunde und die Geschichte von Hilda Thomson

„Diese Art Medizin verlangt vom Arzt nicht nur Kenntnisse der Sprache und der Grammatik von Krankheiten, sondern auch der menschlichen Mythologie – einer Mythologie, die bis tief in die Ursprünge der Gattung Mensch, der ethnischen Gruppe und der Gesellschaft

Dutzend Edelsteine

hinunterreicht. Außerdem verlangt sie dem Arzt die Fähigkeit ab, sich mit den Vieldeutigkeiten und Widersprüchen sowohl der Erfahrung seines Patienten als auch seiner eigenen Reaktionen darauf auseinandersetzen zu können. Und genau in diesem Sinne bilden diese unvereinbaren und ungeordneten Vorstellungen eine Taxonomie der menschlichen Gesundheit. Und noch immer (...) bleibt es die Aufgabe der akademischen Allgemeinmedizin, eine solche Taxonomie zu entdecken, zu erschaffen und umzusetzen und damit die Hauptaufgabe des Arztes zu verfolgen – nämlich mit dem Patienten zu einem Einvernehmen darüber zu gelangen, ‚was ihm fehlt‘ und ‚was getan werden muss‘.“

Marshall Marinker

Krankenpflege, Narration und moralische Vorstellungskraft

„Die Qualität der medizinischen Versorgung, die der Patient vom Arzt erhält, hängt nicht nur von den technischen und klinischen Fertigkeiten des Arztes ab, sondern, neben seiner Fähigkeit zuzuhören und sich mitteilen zu können, auch von seinem Rollenverständnis und der Qualität seiner moralischen Strategien. Eine aktive moralische Vorstellungskraft entscheidet daher über die Art der Versorgung, die der Patient von seinem behandelnden Arzt erwarten kann.“

P. Anne Scott

Geschichten, die wir hören und erzählen – Gesprächsanalyse in der Arztpraxis

„Immer mehr Studien zeigen, dass die ‚Wahrnehmungen‘ der Patienten über das, was sich während der Konsultation ereignet, wahrscheinlich zuverlässiger sind als auf Kodierungsstrukturen beruhende Messparameter und dass das ‚Entdecken einer gemeinsamen Grundlage‘ eher ein *wahrgenommenes* Ereignis ist als ein quantifizierbares Ergebnis. Daher brauchen wir in diesem Bereich Methoden, mit denen wir den Subtext, den so genannten ‚weißen Raum‘ der Gedanken, Meinungsverschiedenheiten, Kummer und Unentschiedenheiten kennzeichnen, sichtbar machen können. Die Belege dafür, dass die ‚Beteiligung‘ der Patienten an Entscheidungen die spätere Inanspruchnahme von Labor- und Überweisungsleis-

tungen signifikant vermindert, lassen darauf schließen, welche Rolle dieser entscheidende, aber nahezu vernachlässigte Aspekt der Arzt-Patienten-Interaktion bei der Nutzung gesundheitlicher Ressourcen spielt.“

Glyn Elwyn und Richard Gwyn

Elektronische Krankenakte und „Geschichtenkram“

„(...) doch zeigt die Besprechung der oben vorgestellten Technologien zur Erstellung von Krankenakten, dass wir eher am Anfang denn am Ende des technologischen Weges stehen. Noch sind wir zwar weit von der Informationsfülle entfernt, die uns die Papierversion der Krankenakte bietet, doch können wir bereits jetzt von den neuen Technologien profitieren.“

Steve Kay und Ian Purves

Narration und Ethik in der Medizin

„Idealerweise erkennt die narrative Ethik den Primat der Patientengeschichte an, ermutigt aber dazu, mehrere Stimmen zu hören und auch die Geschichten derer vorzutragen, deren Leben ebenfalls von der Lösung des fraglichen Falls betroffen ist. So können alle, der Patient, der Arzt, die Familie, die Pflegenden, die Freundin und der Sozialarbeiter, ihre Geschichten austauschen.“

Anne Hudson Jones

Sprechende Medizin in einer evidenzbasierten Welt

„Unzutreffende ‚Konkretheit‘ ist auch eine passende Beschreibung für die Unstimmigkeiten, die auftreten, wenn wir versuchen, wissenschaftliche Evidenz in der klinischen Praxis anzuwenden. Als Grund dafür, warum die medizinische Praxis keine Wissenschaft ist, nennt Hunter das Fehlen von Regeln in der Medizin, die sich generell und bedingungslos auf jeden Fall, auch auf jeden Fall einer einzelnen Erkrankung, anwenden lassen. (Gestützt wird diese Auffassung auch von Tudor Harts Beobachtung, dass nur 10% der Patienten in der Primärversorgung an der Art isolierter und unkomplizierter Hypertonie leiden, die sich durch Befolgung einer evidenzbasierten Standardleitlinie behandeln lässt.) (...) Wenn wir das interpretative Wesen des klinischen Verständnis-

ses anerkennen, müssen wir die Vorstellung von einer ‚reinen Objektivität‘ aufgeben, denn die bloße Existenz interpretativer Möglichkeiten impliziert Subjektivität, Ambiguität und Raum für Meinungsverschiedenheiten. Die persönlichen und subjektiven Aspekte des ärztlichen Urteilsvermögens anzuerkennen ist dabei aber nicht gleichbedeutend mit relativistischer Anarchie, denn mit Sicherheit sind nicht alle Interpretationen einer klinischen Situation gleichermaßen glaubwürdig. (...) Es ist gerade das unwiderruflich fallorientierte (d.h. narrative-based) Wesen ärztlicher Klugheit, das uns zur Kontextualisierung und Individualisierung eines vor uns liegenden Problems befähigt.“

Trisha Greenhalgh

DIE VEREINSAMTE

Sie saß erschöpft und ratlos da und zappte durch das Hoffnungslose versank in Rauch und Überdross in leeren Plistern, Bierblechdosen stets auf der Flucht vor ihren Ängsten hat sie ihr Selbst gar nie gekannt sie hat sich andern abgebetzelt und keiner zeigte ihr ihr Land fast war sie froh, als man sie fand und über ihre Mauern hob zurück vielleicht zu ihrer Scham vielleicht sogar zu ihrer Not doch jenseits ihrer Selbstzerstörung war nur korrekter Fachverstand kein aus dem Tod Zurückgekehrter der nichts hat als die wissende Hand

Thomas Schweizer

Dr. méd. André Dahinden
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 1a, rue du Tempé
 2520 La Neuveville
 andre.dahinden@hin.ch
 PrimaryCare

BUCHTIPP

Greenhalgh T., Hurwitz B., Herausgeber:
 Narrative-based Medicine –
 Sprechende Medizin.
 Dialog und Diskurs im klinischen
 Alltag.
 Aus dem Englischen von Karin Beifuss.
 Bern: Verlag Hans Huber; 2005.
 Fr. 52,50/29,95 Euro
 ISBN 978-3-456-84110-6

Neuer Studienplan – „alter“ Turnus

Durch die Implementierung des neuen Studienplans (N 202) im Jahr 2002 hat sich das Studium der Humanmedizin grundlegend verändert. Manches änderte sich zum Positiven – manches jedoch zum Negativen; der Turnus wurde bisher (noch) nicht verändert.

Das Studium ist durch einen fixen Zeitplan nun in 6 Jahren (Mindeststudienzeit) absolvierbar, wenn man es schafft, alle 6 SIP (summativ integrative Prüfung) zu bestehen und die Diplomarbeit zeitgerecht abzuschließen. Diese 6 Prüfungen finden jeweils am Ende eines Studienjahres statt und überprüfen mittels Multiple-Choice-Fragenmuster den jeweiligen Jahresstoff. Leider müssen viele Studenten ein Wartejahr einlegen – auch wenn sie positiv abgeschnitten haben –, da Kommilitonen des Vorjahres, die primär durchgefallen sind und dann eine positive Prüfung absolviert haben, einen Fixplatz für das nächste Semester bekommen.

Durch die „Verschulung“ des Studiums hat das Medizinstudium das akademische „Privileg“ der freien Zeiteinteilung völlig verloren. Da durch die abgehaltene Jahresprüfung der individuelle Lernfortschritt nivelliert und durch den fixen Stundenplan die Zeit vorgegeben wird, können die Studenten nun keine Erfahrung mehr nebenbei sammeln, wie z.B. Tätigkeiten als OP-Assistenzen oder in niedergelassenen Praxisbereich. Auch Zusatzverdienstmöglichkeiten bestehen nur mehr abends oder am Wochenende.

Das neue „Lehrsystem“ wird in Form von „Blöcken“ abgehalten. Diese funktionellen bzw. organspezifischen Blöcke, wie Herz und Kreislauf, Respiration durchbrechen den früher bestehenden Fächerkanon und sollen den Studenten den Zusammen-

hang aus Anatomie, Physiologie, Pharmakologie und dem spezifischen Fachwissen bringen, wobei hier einerseits der Stoff wiederholt wird und andererseits neue Inhalte gebracht werden. Leider ist die Vermittlung dieses komplexen Lehrstoffes, wegen der begrenzten Zeit, oft nicht optimal aufeinander abzustimmen.

Zahlreiche „Lineelemente“ zum Erwerb praktischer Fähigkeiten, wie ärztliche Grundfertigkeiten, Gesprächsführung, Krankenuntersuchung, Reanimationsübungen usw. dienen dazu, den Studenten praktische Fähigkeiten zu vermitteln. Diese Grundfertigkeiten bereiten die Studenten auf einen optimalen Start in die erste Famulatur und den Turnus vor.

Die verpflichtende Abfassung der Diplomarbeit „bietet“ den Studenten die Möglichkeit, sich erstmals wissenschaftlich zu betätigen. Allerdings erschwert der starre Stundenplan auch hier eine oftmals notwendige, flexible Interaktion mit dem Diplomarbeitbetreuer, der z.B. Chirurg ist und nur zwischen 2 OP Zeit hätte.

Was geschieht aber nach Abschluss des Studiums?

Der „neue“ Studienplan bringt den Studenten in zahlreichen Veranstaltungen (wie oben erwähnt) bei, differenzialdiagnostische Überlegungen bei vorhandenen Symptomen anzustellen. Diese können jedoch in der Praxis leider nicht in die Tat umgesetzt werden, da der „normale“ Turnusarzt mit Aufgaben wie Infusionen verabreichen, Blutdruck messen, EKG schreiben oder Briefe diktieren ausreichend beschäftigt ist.

Diese – teilweise – an das „Personal des gehobenen Pflegedienstes“ delegierbaren Tätigkeiten sind leider immer noch fest in ärztlicher Hand.

Nach dem Abschluss des Studiums ist der Jungmediziner erstmal mit der Situation konfrontiert, dass Wissen eine Holschuld und keine Bringschuld ist. Die Betreuung in den Tertialen, wo wenige Studenten auf einen Arzt kommen und mittels Bedside-teaching oder Fallbesprechungen gezielt unterrichtet wird, wäre auch im Turnus wünschenswert. Durch persönliches Engagement lässt sich zwar oftmals die Lehrgunst der Fachärzte zum Positiven wenden, aber eine klare Struktur bzw. „Verpflichtung“ zur Wissensweitergabe besteht selten.

Begrüßenswert wäre beispielsweise auch die verpflichtende Gewährung von zusätzlichen Fortbildungstagen für die „Weiter- und Fortbildungswilligen“ unter den Turnusärzten, denn 5 oder weniger Fortbildungstage pro Jahr sind in einem so breiten Fach wie der Medizin einfach nur ein Tropfen auf den heißen Stein.

Die Ausbildung beim Arzt für Allgemeinmedizin müsste gefördert werden, da der zukünftige Allgemeinmediziner hier sicher enorm viel lernen könnte, wenn er/sie es sich finanziell leisten kann, bei ca. 360 Euro/Monat brutto zu „lernen“.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass der neue Studienplan zwar teilweise ein Schritt in die richtige Richtung war, aber hier dennoch einiges reformiert werden müsste. Die postpromotionelle Ausbildung könnte dahingehend schon leicht verbessert werden, wenn das Tätigkeitsprofil des (Turnus-)Arztes nicht nur am Papier von jenem des Pflegepersonals getrennt wäre.

*Dr. med. univ. Manuel Scharrer
Turnusarzt im KH Göttlicher Heiland,
Wien, manuel_scharrer@gmx.at*



Das Redaktionsteam: Dr. Erwin Rebhandl, Dr. Barbara Degn, Dr. Bernhard Fürthauer, Dr. Reinhold Glehr, Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, Dr. Peter Pichler, Dr. Susanne Rabady, Dr. Wolfgang Zillig

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Für Gesundheitsbewusste: www.mein-arzt.org

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel. 01/405 13 83-17
Fax 01/405 13 83-23
office@oegam.at • www.oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.