

Nach einem hippokratischen Leitsatz, man solle „Philosophie in das Ärztliche und Ärztliches in die Philosophie hineinbringen“, erarbeiten sich Studierende und Ärzte das nötige Werkzeug für das Beschreiben, Erklären und Verstehen – nach Jaspers zentrale Fertigkeiten einer befriedigenden Arzt-Patienten-Beziehung. Gleichzeitig müssen die Grenzen des Erklärens und Verstehens, die jeder Erkenntnis- und Behandlungsmethodik gesetzt sind, bewusst werden.

Wie werden Ärzte und Pflegende ihre Rolle am Ende des laufenden Weltwirtschafts-Zyklus, in den fünfziger Jahren des 21. Jahrhunderts definieren? Die Medizin ist in Gefahr, sich von ihren tradierten Wurzeln, einer dem Gedanken der Humanitas verpflichteten, Naturwissenschaft und Philosophie verbindenden Disziplin zu lösen und einen Paradigmenwechsel zu vollziehen. Als ursächliche Faktoren einer Verschiebung der „Primärorientierung“ weg vom Patientenwohl und hin zu öko-

nomischen Kriterien besonders in der Krankenhausmedizin hat der Deutsche Ethikrat [17] die Einführung des DRG-Verütungssystems mit seinen Fehlanreizen und die chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser auf dem Personalsektor identifiziert. Beides führe zu einem fatalen Rückgang der Zuwendungszeit zum Patienten, zu einer Schwächung der Sprechenden und einer Stärkung der technischen Medizin. Noch haben wir Zeit, die Position der Humanmedizin, ihre zukünftige Gestalt und ihre gesellschaftliche Rolle zu überdenken und zu bestimmen. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. hat in ihrem 2017 formulierten „Klinik Codex: Medizin vor Ökonomie“ klar die Eigenständigkeit der Medizin gefordert und den Kern ärztlichen Handelns herausgestellt [18]. Ähnliche Appelle wurden in jüngerer Zeit vielfach veröffentlicht. Sie sind wichtig, aber nicht nachhaltig genug. Das ethische Fundament der Medizin wird langfristig nur zu sichern

sein, wenn die Selbstreflexionsfähigkeit der Mediziner durch eine breit angebotene Aus- und Weiterbildung in der Theorie der Humanmedizin und ihrer Wurzeln in der Philosophie gestärkt wird, wenn die Politik die strukturellen Voraussetzungen und die Rahmenbedingungen für eine Sprechende Medizin und Pflege schafft und unterhält und wenn den Handelnden im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft bewusst wird, dass Gesundheit keine Ware, der Kranke keine Ressource ist.

**PD Dr. med.
habil.**

Peter T. Ulrich

Leiter der Sektion
Neurochirurgie
Krankenhaus
Nordwest
Frankfurt am Main

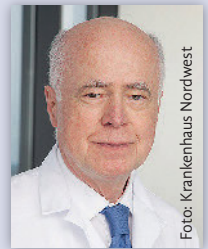


Foto: Krankenhaus Nordwest

E-Mail: ulrich.peter@khnw.de

Wir brauchen internistische Generalisten

Sind Internisten ohne Schwerpunkt ein Auslaufmodell? – Keineswegs.

Landauf und landab wird das Hohelied der Spezialisierung gesungen. Der Zeitdruck und der Kostendruck bringen es mit sich. Die Allgemeinärztin und der Allgemeinarzt müssen sich um alles kümmern, von der Krankschreibung bei Husten, Schnupfen, Heiserkeit bis zur Differenzialdiagnose von Infektionen, Thoraxschmerz, Befindlichkeitsstörungen und vielem mehr.

Die aktuelle Gesundheitspolitik fordert, dass sie sich dieser Aufgabe durch ein Rezept, eine rasche Überweisung an den Facharzt oder eine Einweisung in die Klinik entledigen. Der Rest soll von Spezialisten behandelt werden. Dafür sind sie ja da. Je mehr und spezialisierter sie ihre Eingriffe vornehmen, desto besser.

Zentralisierung und Fokussierung auf Subspezialitäten sind die Folge. Von einer patientenorientierten Führung und Steuerung, geschweige einer Betreuung von Patienten durch unser Gesundheitssystem ist keine Rede mehr. Zwischen Allgemeinärzten und Spezialisten öffnet sich zunehmend eine Lücke. Zum Glück gibt es noch die allgemeinen Internisten. Allen Versu-

chen der Politik und der Spezialisierung zum Trotz haben sie überlebt. Und sie sollten aufgewertet werden.

Im ambulanten Bereich wären Untersuchungen durch allgemeine Internisten hilfreich. So manche Überweisung zum „Spezialisten“ könnte durch eine eingehende Anamnese, eine gründliche internistische Untersuchung, einfache Ultraschalluntersuchungen des Herzens, des Abdomens und der Gefäße (oder Ähnlichem) obsolet werden. Die „Firstline-Diagnostik“ würde logischer, patientennäher, schneller und wohl auch kostengünstiger.

Auch in den Kliniken macht der Allgemeininternist Sinn. Das gilt z. B. für Konsile bis hin zur Akut- und Notfallmedizin. Wie oft werden in den Kliniken ein Konsil nach dem anderen durchgeführt, nicht immer mit Ergebnissen: „Die Beschwerdesymptomatik gehört nicht in mein Fachgebiet – auf Wiedersehen.“ Wertvolle Zeit und Ressourcen werden verschwendet.

Die Allgemeininternistin und der Allgemeininternist kennen die Erkrankungen aus vielen Schwerpunkten. Die breite und ganzheitliche Erfahrung in der Weiterbildung schlägt sich in ausführlichen klini-

schen und technischen Untersuchungen bis zur Intensivmedizin nieder. Sie ermöglichen oft die frühe Differenzialdiagnose und Klärung von Befunden und ihrer Ernsthaftigkeit.

In der Klinik werden Zeit und Qualität gewonnen und nicht zielführende Untersuchungen vermieden. Im ambulanten Bereich wird mancher Klinikaufenthalt entbehrlich. Gerade eine älter werdende und zunehmend multimorbide Gesellschaft braucht den internistischen Generalisten.

Dr. med.

Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer
Hessen,
Berufsverband
Deutscher
Internisten e. V.,
Vorsitzender Landes-
verband Hessen

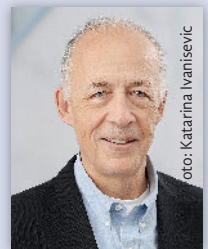


Foto: Katarina Ivanisevic

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.