

Position der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur zunehmenden Subspezialisierung in der Medizin

Die Allgemeinmedizin hat eine zentrale Bedeutung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Sie ist auf den ganzen Menschen spezialisiert und hat als Querschnittsfach keine klar abgrenzbare Zuständigkeit für ein bestimmtes Organsystem oder definierte Pathologien. Ihre besondere Rolle liegt in der wohnortnahen Primärversorgung, der umfassenden Versorgung chronisch Kranker, insbesondere von Mehrfacherkrankten, sowie in der Prävention und Gesundheitsförderung aller Altersgruppen und beider Geschlechter. Dieses Modell ist weltweit auch deshalb erfolgreich, weil die Mehrheit der Beratungsanlässe in der ambulanten Medizin von Allgemeinärzten erfolgreich und abschließend versorgt werden kann. Nur bei ungefähr 5 bis 10 Prozent aller Beratungsanlässe ist die Hinzuziehung von Fachspezialisten erforderlich.

In den letzten Jahren besteht eine Tendenz zur **fortschreitenden Subspezialisierung** in Form von speziellen Curricula und neuen Zusatzbezeichnungen, die u.a. durch Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern geschaffen werden. Viele Initiativen betreffen die Kernkompetenz der allgemeinärztlichen Versorgung. Als Beispiele seien genannt:

- Palliativmedizin (Basisversorgung)
- Präventionsmedizin (aktuelles Curriculum der BÄK)
- Psychosomatik
- Suchtmedizin
- Geriatrische Basisversorgung
- Sozialmedizin (Rehantrag)
- Sexualmedizin
- Notfallmedizin
- Schmerztherapie
- Impfwesen

Jeder dieser Querschnittsbereiche, die keinem einzelnen Organfach fest zugeordnet werden können, kann mit Recht seine besondere Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung beanspruchen. In jedem dieser Bereiche könnten Subspezialisten den Allgemeinärzten vermutlich „Defizite“ vorwerfen. In der Regel können aber für die Versorgung tatsächlich relevante „Defizite“ nicht belegt werden. Sofern hier eine besondere Bedeutung für die Grundversorgung der Bevölkerung gesehen wird, sind sie außerdem in der universitären Ausbildung im Rahmen des Medizinstudiums angemessen zu unterrichten, was durch entsprechende Anpassungen der

Approbationsordnung und deren Umsetzungen erfolgt. Hier sind die neu eingeführten Querschnittsfächer und der in Arbeit befindliche nationale Kompetenzkatalog zu nennen. Strukturelle Besonderheiten unseres Gesundheitssystems wie die extrem hohe Frequenz bei den Arzt-Patient-Kontakten, die naturgemäß zu kurzen Kontaktzeiten führt, dürfen zudem nicht mit einer prinzipiell fehlenden Kompetenz verwechselt werden. Insofern bedarf es zunächst einer sorgfältigen Analyse von eventuell bestehenden Versorgungsmängeln, um dann mit entsprechenden Steuerungsinstrumenten gezielt Abhilfe zu schaffen.

Der Bedarf einer spezialisierten Versorgung für eine kleine Gruppe von Patienten wird in definierten Einzelfällen nicht bestritten, für die Mehrheit der Bevölkerung ist eine allgemeinärztliche Basisversorgung jedoch sowohl ausreichend als auch zweckmäßig. Ein „Mehr“ an Diagnostik und Therapie ist angesichts von verbreiteter Über- und Fehlversorgung keineswegs immer gleichbedeutend mit einer besseren Versorgung, sondern kann im Gegenteil das Wohlbefinden von Individuen erheblich beeinträchtigen, ohne ihre Prognose zu verbessern. Hier ist beispielsweise ein unkritisches Screening ohne entsprechende Evidenzbasis zu nennen, wie dies bei der Studie zum Neuroblastomscreening eindrucksvoll nachgewiesen werden konnte.

Die Schaffung dieser Vielzahl von Subspezialitäten in Verbindung mit Titeln, Zusatzbezeichnungen oder Abrechnungsprivilegien unterhöhlt und gefährdet eine ressourcensparende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung und das umfassende Betreuungskonzept der Allgemeinmedizin, in dem immer mehr Kernkompetenzen aus der Allgemeinmedizin herausgeschnitten und in neue Subspezialitäten verlagert werden. Die damit einhergehende Entwertung betrifft aber auch andere Fachgebiete, denen Basiskompetenzen, z.B. einer angemessenen Schmerztherapie, abgesprochen werden.

Diese nachgelagerten Zusatzqualifikationen sind ggf. eher Ausdruck struktureller Defizite der **Weiterbildung** (in allen Fächern), in der Kernkompetenzen offenbar nicht ausreichend vermittelt werden. Diese Aufgabe wird von den in Deutschland für die Qualität der Weiterbildung zuständigen Ärztekammern insofern nicht optimal wahrgenommen. Inhaltlich und konzeptionell optimierte Strukturen für eine angemessene Weiterbildung sind in vielen europäischen Ländern (z.B. Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Spanien) etabliert, wo diese im Regelfall auch an akademischen Zentren mit Abteilungen für Allgemeinmedizin angebunden sind.

Strukturierte, pharmafreie, am Versorgungsbedarf der Bevölkerung und am Lernbedarf der Ärzte orientierte **Fortbildung** in diesen Querschnittsbereichen wird im Rahmen der lebenslangen Fortbildung ausdrücklich begrüßt. Eine Verknüpfung mit bestimmten Kursen, Weiterbildungszeiten, Prüfungen oder Zusatzbezeichnungen bedarf im Einzelfall jedoch einer besonderen Rechtfertigung.

Deshalb wünscht sich die DEGAM für die Zukunft

- kontinuierliche bundesweite Überarbeitung des Ausbildungskataloges und dessen konsequente Umsetzung, um ärztliche Basisfertigkeiten zu stärken und außerhalb des jeweiligen Spezialgebietes unnötige Kompetenzen herauszunehmen,

- Integration von Kernkompetenzen der Primärversorgung in die **Weiterbildung** ohne zusätzliche zeitliche Belastung der Ärzte in Weiterbildung,
- Integration von Kernkompetenzen der Primärversorgung in die **Fortbildung**, die sich am Lernbedarf orientieren soll und ohne spezielle Zertifizierungen auskommt,
- Wirtschaftliche und strukturelle Rahmenbedingung, in denen Allgemeinärzte ihren **Versorgungsauftrag** erfüllen können.

Sektion Fortbildung, Sektion Versorgungsaufgaben, Sektion Weiterbildung
in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)