

Die Frage nach der interdisziplinären Zusammenarbeit ist erst hundertfünfzig Jahre alt. Damals war ärztliche Tätigkeit überwiegend durch die Zweierbeziehung „Arzt – Patient“ gekennzeichnet. Erst als das verfügbare medizinische Wissen und die diagnostisch-therapeutische Technik die Kapazität eines Menschenhirns überschritt, wandelte sich der ärztliche Beruf. An die Stelle des Arztes trat das Gremium der Spezialisten.

Das Spezialistentum setzte ein, als man erkannte, daß die Medizin der naturwissenschaftlichen Begründung bedarf, und als die Chirurgie durch die Einführung der Anästhesie und der anti- und aseptischen Verfahren einen ungeahnten Aufschwung nahm. Es folgten die organ- und methodenorientierten Spezialitäten.

Heute ist es selbst dem Spezialisten nicht mehr möglich, alle Fortschritte seines Faches zu verfolgen, und die traditionellen Fachgebiete teilen sich in weitere Untereinheiten auf. Diese Entwicklung brachte es mit sich, daß es dem Internisten im vorigen Jahrhundert als Dilettantismus erscheinen mußte, wenn sich ein Allgemeinarzt speziellen internen Problemen zuwandte. Heute hat die gleiche Empfindung dem Mutterfach Innere Medizin gegenüber: der Kardioge, der Pneumologe, der Gastroenterologe, der Nephrologe.

Ein Lamento über die um sich greifende Spezialisierung hilft nicht weiter: Es gilt, die Vor- und die Nachteile beider Tendenzen mit einem Minimum von Nachteilen nutzbar machen. Die gewaltigen medizinischen Fortschritte der letzten hundert Jahre seien durch ein Beispiel illustriert. Vor hundert Jahren erreichten von vier Neugeborenen nur drei den ersten Geburtstag, vor fünfzig Jahren erreichten von 13 Neugeborenen 12 den ersten Geburtstag und heute von jeweils einhundert Neugeborenen 99.

Natürlich ist die erstaunliche Senkung der Säuglingssterblichkeit in den Ländern Mittel- und Nordeuropas nicht allein auf die medizinischen Fortschritte zu beziehen. Die Verbesserung der sozio-ökonomischen Verhältnisse, insbesondere auch der Ernährungsbedingungen, ist von mindestens gleicher Bedeutung, doch ist nicht zu bezweifeln, daß die Entwicklung des Impfwesens und der Antibiotika neben der Verbesserung der hygienischen Verhältnisse eine entscheidende Rolle bei der Lebensverlängerung spielt. Wieviel Leid bleibt heute

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

„Atommodell“

den Eltern erspart, und das verdanken sie zum größten Teil der interdisziplinären Zusammenarbeit in der medizinischen Wissenschaft und Praxis!

Doch nun die Kehrseite! Man könnte glauben, die überzeugenden Erfolge der wissenschaftlichen Medizin könnten bei den Patienten zu einer Verachtung unwissenschaftlicher und magischer Praktiken führen. Doch das Gegenteil ist der Fall. Die moderne Medizin ist zunehmend komplizierter und unverständlicher geworden. Vielleicht hängt es damit zusammen, daß sich weite Kreise einfacheren Heilslehren zuwenden und die Hilfe bei alternativen Heilmethoden suchen im Vertrauen auf die Kräfte der Natur, die es „ganzheitlich“ und nicht wissenschaftlich-analytisch zu erfassen gilt.

Der Schwerkranke sieht sich zum Beispiel auf der Intensivstation nicht mehr dem Arzt seines Vertrauens gegenüber, sondern ei-

nem Gremium von Spezialisten, dessen Mitglieder sich im Schichtdienst ablösen. Man hat von einer „Enthumanisierung“ der Medizin gesprochen und den Verlust der personalen Beziehung beklagt.

Sicher ist, daß nur die Spezialisierung eine so hochgradige Effektivität der Intensivmedizin ermöglicht. Dabei muß die Menschlichkeit nicht zwangsläufig zu kurz kommen. Die zunehmende Kompliziertheit der modernen Medizin führt zweifellos zu Verständigungsschwierigkeiten innerhalb des medizinischen Bereichs. Ich erinnere nur an die Fachsprache der Spezialgebiete, die schon dem Spezialisten eines Nachbargebietes den Zugang erschwert.

Das alles wäre noch zu ertragen, wenn es sich nur um Sprachbarrieren handelte und nicht auch dem Patienten Schaden brächte. Denn jede Spezialisierung bringt auch eine mehr oder weniger große Isolierung mit sich. So können die Spezialgebiete zu Brutstätten von Pseudokrankheiten werden.

Man kennt den Patienten, der an seinem EKG leidet, der gesund wäre, wenn die Elektrokardiographie noch nicht erfunden worden wäre. Wenn dann gar Spezialisten mit eingegengtem Gesichtsfeld die prophylaktische Totalentfernung allen erreichbaren Lymphgewebes bei Kleinkindern fordern zwecks Abwendung späterer Gefahren, so empfiehlt sich ein Rückgriff auf den „common sense“, den gesunden Menschenverstand des Nicht-Spezialisten, der zum Beispiel nach der Belastung und Gefährdung durch den Eingriff selbst fragt.

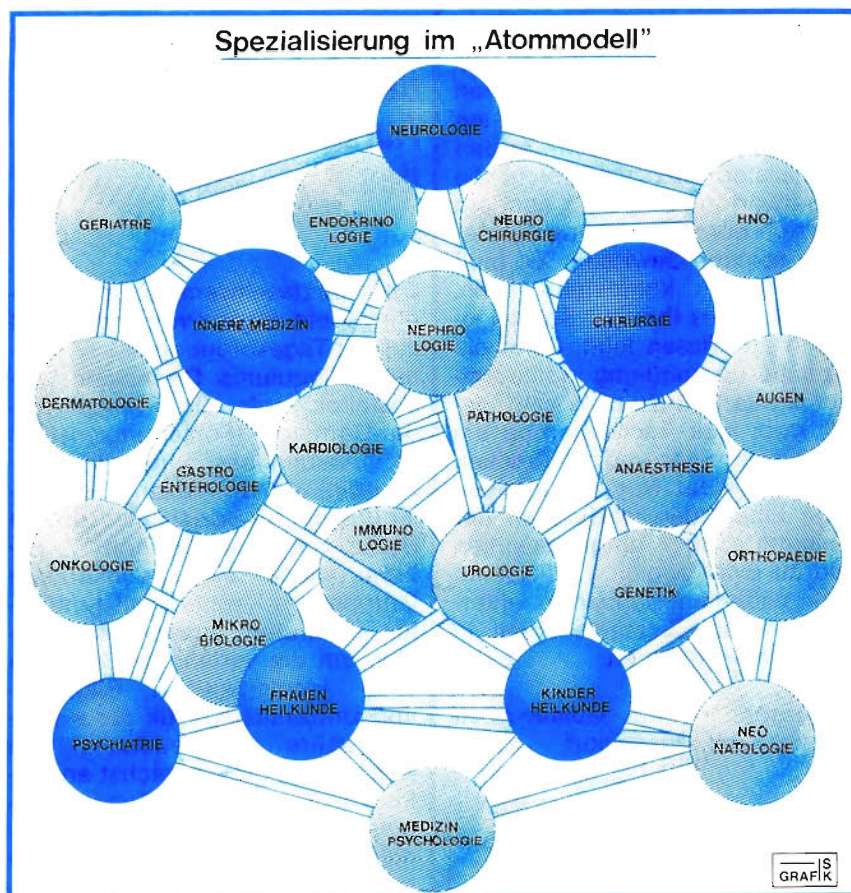
„Never trust a specialist“ lautet ein Wandspruch in amerikanischen Krankenhäusern. Die Spezialisierung muß immer auch von einer Integrierung begleitet sein oder, wie Schipperges es ausdrückte: Die Explosion der Spezialisten bedarf einer Implosion der Integration. Der Patient ist ja

nicht der Träger von Spezialleiden. Denken Sie nur an einen Patienten mit Leibschmerzen, bei dem es primär nicht feststeht, ob ihm Hilfe bringt ein Gastroenterologe, ein Nephrologe, ein Orthopäde oder gar ein Psychiater oder, wenn es sich um eine Frau handelt, ein Gynäkologe. Je nach der Fachrichtung des zuerst konsultierten Arztes wird das diagnostische Programm variieren; fachbezogene Methoden-Präferenzen sind einfach eine Realität.

So selbstverständlich die Kooperation der Spezialisten im Krankenhaus geworden ist (ich brauche nur an das Team bei Herzoperationen zu erinnern), so schwierig war die Einführung in der ambulanten Praxis. Erst 1968 billigte die Bundesärztekammer offiziell nach jahrelangen Diskussionen die Einrichtung der ärztlichen Gruppenpraxis als eine Form der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Medizin. Offensichtlich tun sich die Landesorganisationen schwer beim Abschied vom alten Arzt-Leitbild und bei der Umstellung auf die neuen Gegebenheiten. Tradierte Vorstellungen bestimmen noch weithin das berufliche Selbstverständnis. Idealbild ist, zum Teil unbewußt, immer noch der Allround-Mediziner; und jede Spezialisierung wird im Grunde als Denaturierung angesehen.

Die moderne Medizin ist ohne ständige Interaktion und Kooperation nicht denkbar. Ein „Atommodell“ (wie rechts oben dargestellt) möge dies andeuten: Jedes Spezialgebiet ist mit jedem anderen verbunden – entweder direkt oder indirekt. Von jedem Fach gehen Kraftlinien unterschiedlicher Stärke aus. Manche Fächer stehen sich besonders nahe, andere sind weiter entfernt, andere haben Bindungskräfte in zwei Hauptrichtungen. Weitere Fortschritte sind nur bei einem hohen „Kooperationsindex“ denkbar.

Für den ärztlichen Alltag muß die Regel lauten, daß in der Diagno-



Jedes Spezialgebiet ist mit jedem anderen verbunden – entweder direkt oder indirekt

stik jeder approbierte Arzt bis zu einem gewissen Grade Allgemeinmediziner sein muß, jedenfalls was die Akutdiagnostik und die Notfalltherapie angeht. In der zu planenden Therapie kann die Spezialisierung gar nicht weit genug getrieben werden.

So ist die Arthrose des Hüftgelenks leicht zu diagnostizieren, das Einsetzen einer Hüftgelenkprothese aber nimmt am besten eine Spezialklinik vor, die auf diesem Gebiet besondere Erfahrung hat. Dies als Beispiel integrierter Systeme ärztlicher Versorgung interdisziplinärer Art.

Die Berufsordnung für Ärzte schreibt vor, daß der Arzt zu kollektiver Zusammenarbeit mit denjenigen Ärzten verpflichtet ist, die gleichzeitig denselben Patienten behandeln (§ 3). Ferner verpflichtet sich der Arzt, einen weiteren

Arzt hinzuzuziehen, wenn dies nach seiner ärztlichen Erkenntnis angezeigt erscheint. Ich meine, das reicht als Handlungsanweisung nicht, wenn man das komplizierte Zusammenwirken der Ärzte verschiedener Fachrichtungen regeln will, wie dies zum Beispiel die Vereinbarung der Berufsverbände der Chirurgen und der Anästhesisten von 1982 versucht mit der präzisen Abgrenzung der Aufgaben beider Seiten bei Planung und Durchführung des Eingriffs und bei der Überwachung in der postoperativen Phase.

Früher konnte man fordern (Schulten), daß die ärztliche Verantwortung zu einer Zeit nur in einer Hand liegen dürfe. „Die ärztliche Verantwortung ist unteilbar“. Heute können wir nur wünschen, daß der Kranke (auch in der Klinik) seinen Arzt hat, bei dem alle Fäden zusammenlaufen,

der alle wichtigen Maßnahmen mit ihm bespricht und der entscheidet, wenn die Meinungen der hinzugezogenen Spezialisten divergieren. Er gibt, wenn er den Spezialisten hinzuzieht, nicht die Verantwortung an ihn ab, sondern läßt sich beraten und entscheidet nach seinem Gewissen. Er muß ausreichend kompetent sein, auch wenn es ihm auf Spezialgebieten an Wissen fehlt. Denn die ärztliche Behandlung sollte immer etwas Einheitliches sein, damit trotz aller Technisierung die psychische Führung des Kranken nicht Not leidet. Nur mit einer solchen Einstellung werden wir der Desintegration entgegenwirken und zu einer zugleich effizienten und patientenorientierten interdisziplinären Zusammenarbeit in der Medizin kommen.

Professor Dr. med. Gustav-Adolf von Harnack, Düsseldorf

DR. FLEISS' BLÜTENLESE

Berufsethik

H. Nothnagel (1814–1906) zu den Tierversuchen:

„Für die Erhaltung der Gesundheit . . . hat die Medizin durch Jahrtausende so gut wie nichts getan. Erst die neue und neueste Zeit ist an die Lösung dieser Aufgabe gegangen . . . Erst als die Physik und Chemie, das Tierexperiment, die pathologische Histologie die festen Anhaltspunkte schufen, von denen aus die Klinik ihre Beobachtungen leiten konnte, da erst begann auch eine wissenschaftliche Behandlung . . . Die Geschichte lehrt: für die Medizin führt der Weg zum Können nur durch das Kennen – beide aber sollen getragen sein von höchster sittlicher, von echt menschlicher Gesinnung.“

Ausuferung der Arztzahlen – Auflösung des Arztbildes

Die „Ärztenschwemme als ordnungspolitisches Problem“ stand auf der Tagesordnung des IV. Kölner Kolloquiums. Die beiden Veranstalter Profs. Dr. Philipp Herder-Dorneich (Forschungsinstitut für Einkommenspolitik, Universität Köln) und Dr. Alexander Schuller (Institut für Soziale Medizin, FU Berlin) hatten am 16. und 17. Februar wieder eine hochkarätige Gruppe von Kennern mit fundierten Referaten versammelt, diesmal, um die verfahrenere Situation einer ideologisierten Bildungs- und Universitätspolitik der siebziger Jahre auszuleuchten. Wie Herder-Dorneich zunächst andeutete, muß der aus den Fugen geratenen Gesundheits- und Bildungspolitik, die zu dem Leistungsübermaß in der Versicherung und einer explosiv wirkenden Ärzte-Überzahl führte oder führen wird, auch der *ordnungspolitische* Aspekt entgegengestellt werden.

Laut Herder-Dorneich dauert es mindestens ein Jahrzehnt, bis derartige Mechanismen „greifen“. Die liberalistische Konzeption, die auf die selbstregulativen Heilungskräfte vertraue und davon ausgegangen sei, daß sinkende Einkommensvolumina bei vermehrtem Ärzteangebot den Zustrom der Bewerber abbremsen, habe versagt. Die Gesetze des „Marktes“ seien auf diesem Sektor nur teilweise gültig. Auf den Nachwuchs wirke nach wie vor das hohe Status-Image der Heilberufe. Alle Lösungsversuche, die vom Verdacht lediglich zeitlicher Aufschiebungen und Dehnungen des Studiums nicht freigesprochen werden könnten, seien fehlgeschlagen. Die Bildungspolitik habe es bisher abgelehnt, Steuerungsaufgaben für die Berufspolitik wahrzunehmen.

Man muß sich einmal die Zahl vorstellen: Laut Mitteilung des stellvertretenden KBV-Hauptgeschäftsführers Hanns Wirzbach werden bis zum Jahr 1990 von den Universitäten 40 000 Ärzte „erzeugt“, die nicht notwendig sind zur Sicherung des Versorgungsstatus-quo.

Durchgreifende Steuerungsmöglichkeiten in einer derart gemischten Problemzone wie in dem von Partikular- und Gruppeninteressen bestimmten Heilwesen scheinen illusionär, vor allem, wenn Bildungs- und „Chancen“-Freiheit, politisch und juristisch abgesichert, noch so hoch im Kurs stehen. Schwierig vor allem, wo die Körperschaften des Öffentlichen Rechts einen so diffizilen Weg steuern müssen zwischen Ausführung gesetzlicher Aufträge und Wahrnehmung berufspolitischer Interessen. Warnungen sind zudem politisch höchst verdächtig.

Warnern schlägt das Argument entgegen, sie würden einen „closed shop“ einrichten und Pfründe der beati possidentes absichern. Auf die Probleme sinkender Qualität in der Ausbildung und später auch in der Versorgung wies der Präsident des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte, Dr. Horst Sebastian, hin: „Die berufsständische Selbstverwaltung wird dadurch in einen Loyalitätskonflikt gebracht zwischen der Solidarität mit den bereits im Beruf stehenden (Zahn-)Ärzten einerseits und der Integrationsverpflichtung gegenüber dem Nachwuchs andererseits.“

Der Staat beziehungsweise der Gesetzgeber solle sich abkehren von seiner dirigistischen Interventionspolitik und von deren Folgen. Aber, das waren die Fragen im Raum, wie denn?

Günter Spielmeyer, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht Kassel, umriß die rechtlichen Schwierigkeiten und Unmöglichkeiten einer wirkungsvollen