

# „Family Medicine“

Eine spezielle Facharztausbildung in den USA



Foto: istockphoto.com/Justin Horrocks

## Mary Johanna Fink und Eckardt Johanning

Die ärztliche Versorgung ist in viele unterschiedliche Fachbereiche gegliedert. In den USA gibt es allerdings eine spezielle Facharztausbildung, die mit dem Ziel konzipiert wurde, den Blick auf den Patienten und sein soziales Umfeld auszuweiten. Ärzte der sogenannten Family Medicine betreuen ihre Patienten sowohl ambulant als auch stationär und das in ganz unterschiedlichen medizinischen Belangen.

Die Ärztin Deborah arbeitet in einer texanischen Kleinstadt mit zwei Kollegen\* in einer Praxis, die sich auf Innere Medizin, Kinderheilkunde und Schwangerenbetreuung spezialisiert hat. Kommt einer ihrer Patienten ins Krankenhaus, betreut Deborah ihn dort täglich – wie eine Belegärztin. Dokumentation, Behandlungs- und Pflegeanweisungen, Nachsorge und viele andere Aufgaben liegen allein in ihrem Verantwortungsbereich. Elena arbeitet ebenfalls als Ärztin in einer städtischen Praxis, die durch staatliche Mittel für unterversorgte Gebiete unterstützt wird. Ihr ärztlicher Alltag beinhaltet unter anderem Hausbesu-

che: Sie kümmert sich um ältere oder pflegebedürftige Patienten, die nicht mehr mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu ihr in die Praxis kommen können.

Beide haben nach dem Abschluss ihres Medizinstudiums in den USA eine Weiterbildung („Residency“) zum Facharzt für Family Medicine absolviert. In den Beispielen zeigt sich bereits, wie vielfältig die spätere Arbeit ist, allerdings findet man Absolventen dieser Weiterbildung auch in staatlichen Behörden, Gesundheitsämtern, globalen NGOs oder der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Aber was sind die Ziele und wie ist die Ausbildung im Fach Family Medicine aufgebaut?

### Entstehung in den 1960er Jahren

Nach dem Zweiten Weltkrieg sollte die medizinische Ausbildung und Lehre vereinheitlicht und standardisiert werden. Zunächst legte man fest, dass die Weiterbildung zum Facharzt in Allgemeinmedizin nur ein Jahr dauern sollte – bei zunehmendem Bedarf an Allgemeinmedizinern

schien dies sinnvoll, allerdings wurde bald klar, dass der medizinische Fortschritt es erforderlich machte, die Ausbildungszeit zu verlängern. In den 1960er Jahren wurde daher ein Facharzt für „Familienmedizin“ konzipiert.

Dieser „Familienarzt“ sollte ein weiser und fürsorglicher Partner für Patienten jeden Alters und Geschlechts sein – Eigenschaften, die angesichts der oft „unbestimmten Patientensorgen bei tödlichen Erkrankungen, ungewöhnlichen und langwierigen Krankheiten oder psychosomatischen Beschwerden“<sup>1</sup> dringend notwendig waren. Man war der Meinung, dass gerade solche gesundheitlichen Beeinträchtigungen nur von einem Arzt verstanden und behandelt werden konnten, der sich auch im Leben seiner Patienten auskannte. Viele Beschwerden werden durch die spezifischen Lebensumstände ausgelöst und bedürfen daher einer besonderen Aufmerksamkeit, der der ganzheitlich orientierte Blick der Family Medicine gerecht werden sollte. Im ärztlichen Selbstverständnis stehen dabei „ethische“ Beratungsprinzipien im Mittelpunkt.

Die Facharztdisziplin Family Medicine wurde schließlich 1969 eingeführt. Seitdem umfasst sie eine dreijährige Weiterbildung in einem anerkannten akademischen Lehrkrankenhaus. Während dieser Zeit hospitieren die Assistenzärzte für je ein oder zwei Monate in verschiedenen Fächern, in stationären wie auch ambulanten Einrichtungen. Der praktische Teil wird von Unterricht, Vorträgen und Seminaren begleitet.

### Ausbildung: stationär und ambulant

Die „first year residents“ (auch „Interns“ genannt) sind zunächst für vier Monate auf einer Inneren Station im Lehrkranken-

haus, gefolgt von jeweils einem Monat in der Kinderheilkunde, in der „Community Medicine“ (also Haus-, Schul- und Altersheimbesuche, Sozialmedizin), in Chirurgie, der Intensivmedizin sowie der Klinikambulanz, und schließlich zwei Monaten in der Gynäkologie und Geburtshilfe. In allen stationären Bereichen diagnostizieren, therapieren und betreuen sie von Anfang an Patienten, selbstverständlich mit Unterstützung der erfahreneren Kollegen. In der ambulanten Versorgung, die meist an das Lehrkrankenhaus angeschlossen ist, reicht das Spektrum von Patienten mit „einfachen“ Erkrankungen (Bluthochdruck, Diabetes, Rheuma) bis zu komplizierteren Fällen (Krebserkrankungen, Behinderungen und Geburtsfehler). Eigenverantwortung und Autonomie steigen im Laufe der Ausbildung.

Zu Beginn betreut ein Intern in der Ambulanz meist drei bis vier Patienten pro Sprechstunde (ca. 40 bis 60 Minuten pro Patient). Er untersucht den Patienten zunächst allein und stellt ihn im Anschluss einem erfahrenen Facharzt vor, der eine weitere Untersuchung durchführt und dann Differenzialdiagnose sowie Therapieplan mit dem Intern abstimmt. Während der einmonatigen Station im Bereich „Community Medicine“ werden Patienteninterviews mit Video aufgezeichnet und später gemeinsam besprochen.

Die Ärzte aus dem zweiten oder dritten Ausbildungsjahr werden verstärkt in der stationären Versorgung eingesetzt (mindestens sechs Monate), dazu kommen zwei Monate in der Notaufnahme für Erwachsene oder Kinder und ein Monat in der Dermatologie. Während dieser Dienste müssen sie weiterhin mindestens ein Mal wöchentlich ihre ambulanten Patienten im „Family Health Center“ betreuen. Die

fortgeschrittenen Ärzte nehmen nach und nach mehr Patienten (sechs bis zehn) in ihre Sprechstunde auf und sind häufiger (zwei bis vier Mal pro Woche) in der Ambulanz tätig. So erweitern sie die Anzahl ihrer Patienten stetig auf ein für den späteren Praxisalltag realistisches Maß.

### Blick auf das soziale Umfeld

Die ambulanten Kliniken und Weiterbildungsstätten der Family Medicine unterscheiden sich von anderen Lehrstellen dadurch, dass dort Mediziner mit einer psychiatrischen beziehungsweise psychosozialen Fachqualifikation arbeiten und das soziale Umfeld der Patienten immer im Blick gehalten wird.<sup>2</sup> Die Idee, die psychosoziale Wirklichkeit der Patienten zu berücksichtigen, geht über das sonst übliche rein biologisch-medizinische Verständnis in der klassischen Mediziner- ausbildung in den USA hinaus.<sup>3</sup> Im Zentrum dieses besonderen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient sollen das Leben der Patienten und ihre Perspektive stehen. In der Praxis kommen daher zum Beispiel offene Fragen (Wie geht's?) oder spezielle Interviewmethoden (z.B. „Motivational Interviewing“<sup>4</sup> oder das „harm reduction model“<sup>5</sup>) zum Einsatz. Im Idealfall erhält der Patient so einen anderen Blick auf und einen neuen Zugang zu seiner Krankheit.

Einen Teil der Ausbildung stellen Hausbesuche und Visiten im Pflege- oder Altersheim dar<sup>6,7</sup>, was den Blick auf verschiedene Lebens- und Erlebnisbereiche bei den Allgemeinmedizinerern erweitern soll. Die psychosozialen Beziehungen sollen im nicht-klinischen Kontext berücksichtigt und das Verständnis von sozialbedingten Krankheitsverläufen durch praktische Beispiele vertieft werden. Die Ärzte

## NEUE PRAXISHILFEN FÜR DIE SOZIALPSYCHIATRIE



### Alleingelassenen Kindern Raum geben

Dieses an konkreter Hilfepraxis orientierte Handbuch soll Praktiker, die sozialpsychiatrisch, psychotherapeutisch, beratend und pädagogisch tätig sind, anregen, ihre Arbeit mit einer offeneren Wahrnehmung für Kinder psychisch erkrankter Eltern zu gestalten.

2016, ca. 150 Seiten, ca. € 23,00  
ISBN 978-3-7841-2892-4



### Welche Bedürfnisse haben Wohnungslose?

Die SEEWOLF-Studie untersucht den psychischen und körperlichen Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen im Großraum München.

2016, ca. 300 Seiten, ca. € 25,00  
ISBN 978-3-7841-2910-5

[www.lambertus.de](http://www.lambertus.de)

**LAMBERTUS**  
SOZIAL | RECHT | CARITAS

lernen ihre Patienten im sozialen Umfeld kennen und darüber hinaus deren Beziehungen zu Familienmitgliedern, Kollegen und Freunden.

Die nationale Organisation „Accreditation Council for Graduate Medical Education“, die in den USA die formalen Voraussetzungen der Facharztausbildung festlegt und auch überwacht, sorgt dafür, dass die Ausbildung trotz der unterschiedlichen Bedingungen und den Versorgungsgebieten (Stadt oder Land, reiche oder arme Bevölkerung, Gemeinden mit besonderen ethnischen Bevölkerungen) standardisierten Qualitätserfordernissen entspricht, aber auch eine individuelle Ausbildung ermöglicht. Neben den festgelegten Bereichen im Lehrplan können die Ärzte zum Beispiel Wahlfächer wie Arbeits- und Umweltmedizin oder Praxismanagement belegen.

### Primärmedizin unter Druck

Die Mehrheit der amerikanischen Medizinstudierenden wählt allerdings keine Fortbildung im Bereich Family Medicine, sondern entscheidet sich für die attraktiver erscheinenden „ROAD“-Facharztausbildungen (Radiologie, Orthopädie, Anästhesie und Dermatologie). Im Jahr 2016 wurden in den USA insgesamt 27.860 Weiterbildungsstellen zum Facharzt („one year residency“) angeboten, davon rund 12.300 Plätze in der Primärmedizin (Inneren Medizin, Family Medicine, Kinderheilkunde).<sup>8</sup> Obwohl diese Zahlen zunächst nicht schlecht erscheinen, ist es doch bedenklich, dass sich Jahr für Jahr mehr Absolventen für hoch spezialisierte Fächer entscheiden, da diese meist besser bezahlt werden und „angesehener“ sind. Die Tatsache, dass 82 Prozent der Studierenden Studienschulden in Höhe von 180.000 bis 200.000 US-Dollar zurückzahlen müssen, spielt hier sicherlich eine Rolle.

Zudem steht die Primärmedizin auch gesellschaftlich und ökonomisch unter Druck: Der medizinische Alltag ist mehr und mehr durch technische Apparate und Leistungen geprägt, die auch in den USA höhere Erlöse versprechen als die gesprächsorientierte Behandlung und Beratung. Während das Leben der Menschen und das „gesunde Verhalten“ in den USA immer mehr durch die Medizin bestimmt werden – etwa mit Nichtraucher- und Schlankheitskampagnen –, werden Patienten gleichzeitig oft überdia-

gnostiziert, weil sie oder ihre Angehörigen erwarten, dass „irgendwas gemacht werden muss“ (z.B. bei sterbenden Patienten).

Auch die Fernsehwerbung trägt ihren Teil dazu bei: Seit einiger Zeit dominieren Werbekampagnen, die Patienten direkt ansprechen – hier werden scheinbar neue Medikamente gegen Impotenz, Nervenkrankungen oder gar Herzrhythmusstörungen mit schönen Bildern angepriesen. Die Aufforderung „Fragen Sie Ihren Arzt nach ...“ überzeugt die Menschen zunehmend – das ließ sich die Pharmaindustrie 2014 rund 1,9 Milliarden US-Dollar, nur für die zehn meistverkauften Mittel, kosten.<sup>9</sup>

Schließlich ist es der Trend zu einer „individualisierten Präzisionsmedizin“, dem sich die Primärmedizin in den USA stellen muss. Hier werden beispielsweise bei Dickdarmkrebs Tumormarker bestimmt und eine auf der Analyse der eigenen DNA basierende Behandlung versprochen. Eine solche Art der Medizin kann allerdings kein gutes Arzt-Patient-Verhältnis ersetzen, das auf Vertrauen und Gesprächsbereitschaft aufgebaut ist. Wenn die finanziellen Mittel künftig mehr auf die Individualmedizin konzentriert werden, werden Public Health-Maßnahmen zwangsläufig zu kurz kommen.

Die Krise in der Primärmedizin wird deutlich, wenn man auf die Entwicklung der Ausbildung und den prognostizierten künftigen Ärztemangel schaut: Schon 2020 werden in den USA rund 20.400 Allgemeinmediziner in der Versorgung der Bevölkerung fehlen.<sup>10</sup> Dabei muss man bedenken, dass in den USA bereits heute die Grundversorgung der Patienten oft nur von besser qualifizierten Schwestern („master prepared nurse“) und Arztassistenten („Physician assistant“) anstelle von Medizinern geleistet wird.

### Gesundheit und Politik

Die noch junge Gesundheitsreform – der affordable care act (ACA) – hat zu einer erheblichen Verringerung der ehemals etwa 38 Millionen Nicht-Versicherten geführt. Immer mehr Menschen haben mithilfe der staatlich kontrollierten privaten Krankenkassen Zugang zu einer medizinischen Versorgung und inzwischen ist ein Ausschluss von Menschen mit vorbestehenden chronischen Erkrankungen aus der Krankenversicherung verboten.<sup>11</sup> Das Problem des Ärztemangels bleibt hinge-

gen weiterhin bestehen. Und obwohl der Bedarf durch die immer älter werdende Bevölkerung stetig wächst, haben die republikanischen Präsidentschaftsanwärter, wie der Milliardär Donald Trump oder der erzkonservative Texaner Ted Cruz, angekündigt, den ACA – abwertend als „Obamacare“ bezeichnet – wieder abzuschaffen.

Das US-Gesundheitssystem ist komplex und eindeutig ein „for-profit“-Business mit vielen unterschiedlichen Interessen. 2011 waren 15,7 Prozent der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen beschäftigt, mit einem Ausgabenbudget von 2,7 Milliarden US-Dollar, von denen 42,3 Prozent durch staatliche Haushaltsmittel finanziert werden.<sup>12</sup> Dennoch liegen die USA bei Indikatoren wie der Säuglingssterblichkeit oder den Überlebenschancen bei Erkrankungen weit hinter anderen Industrienationen. Der politische und staatliche Einfluss auf die alltägliche Arbeit der Ärzte ist und wird voraussichtlich weitreichend bleiben. Was das für den so wichtigen Bereich der Family Medicine bedeuten wird, wird sich in den kommenden Jahren zeigen. Dass Gesundheit ein wichtiges Wahlkampfthema ist, zeigen aktuelle Umfragen: Nach Wirtschaft/Beschäftigung und Terrorismus rangiert das Thema auf Platz drei, von demokratischen Wählern wurde es sogar auf den ersten Rang gehoben. ■

*\* Sämtliche personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral zu verstehen.*

Die Literatur zum Text finden Sie unter [www.mabuse-verlag.de](http://www.mabuse-verlag.de)

### **Ich bin ein Familienmensch, weil...**

„... in Begegnung Tiefe steckt.“



**Dr. med. Mary Johanna Fink**

geb. 1949, ist Assistant Professor an der Columbia University, New York City, USA. [mjf2103@cumc.columbia.edu](mailto:mjf2103@cumc.columbia.edu)



**Dr. med. Eckardt Johanning**

geb. 1953, ist Arbeitsmediziner in New York City, USA. [www.johanningmd.com](http://www.johanningmd.com)