

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Ludwig H

**Gasteditorial: Frauenärzte in ihrer Praxis heute
- wie aber morgen?**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2011; 29 (4)
(Ausgabe für Schweiz), 5-7*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Gasteditorial

Frauenärzte in ihrer Praxis heute – wie aber morgen?

H. Ludwig

Kürzlich hat M. Häusler in einem Gasteditorial darüber geklagt, dass gelegentlich die aktuellen Standards für das fetale Organscreening nicht eingehalten würden. Schwerwiegende Diagnosefehler, z. B. im „Combined Test“, würden erst bekannt, wenn gerichtliche Auseinandersetzungen dazu zwingen. Die Fehlereinsicht erfolge dann gewissermaßen auf einer Art „drittem Bildungsweg“, schmerzhaft für alle Beteiligten. Ungeachtet der lebhaften öffentlichen Diskussion um „Qualitätsstandards“ bestehe auch für übergeordnete Instanzen kein Mandat, korrigierend einzugreifen [1]. Ähnliche Situationen sind, ebenso wie in der pränatalen Diagnostik, in der Krebsvorsorge, der Tumornachbehandlung, der operativen Gynäkologie oder der Kinderwunschbehandlung durch den nicht-spezialisierten Allrounder vorstellbar. Was also bleibt diesem Facharzt noch zu tun, wenn er im Einklang mit dem Fortschritt der klinischen Medizin arbeiten will, und wo findet seine Kompetenz, für welche er einst das Diplom erhielt, gegenüber den komplex gewordenen Teilgebieten ihren – wenn auch eingeschränkten – Platz? Muss er sich mit einer eher eintönigen täglichen Routine abfinden, weil er weiterweisen sollte, wenn es, auf welchem Teilgebiet auch immer, erst wirklich interessant wird? Welche Patientin darf er noch behalten und wie weit soll er sie betreuen?

Die Entwicklung der Teilgebiete hat dazu geführt, dass man die Aufgaben des Facharztes, der ohne jede Teilgebietsbezeichnung auskommen muss und will, vernachlässigt. Es ist vergessen worden, dass die Ausbildung zum Frauenarzt auf das ganze Fach abzielt, die Teilgebiete überwiegend aus der klinischen Forschung entstanden sind und entsprechende Begabungen anziehen, die eher rar bleiben. Es kann selbst in Ländern wie Österreich, der Schweiz und Deutschland nicht gelingen, für jede schwierigere Aufgabe in Schwangerschaftsbetreuung, Krebsvorsorge, Tumornachbehandlung oder selbst bei einem Kinderwunschproblem schnell hochkompetente Spezialisten aufzusuchen; und außerhalb Europas oder den USA schon gar nicht. Diese werden sich vor allem in zentralisierten Schwerpunkten von Universitäts- und größeren Städten finden lassen, nicht aber in der ganzen Breite des jeweiligen Landes. Dort werden, wie ebenso in den Städten, auch in Zukunft schlichte Frauenärzte unverzichtbar bleiben.

Aber wie sollten sich diese Ärzte motivieren angesichts der verbreiteten Ansicht, dass sie so etwas wie „gynäkologische Barfußmedizin“ betrieben, wo doch die eigentlichen Fortschritte des Faches in den Teilgebieten erarbeitet und nur dort richtig weitergegeben würden, an die nämlich, welche als Patientinnen überall Anspruch auf eine zeitgemäße Medizin hätten? Ist qualifiziertes ärztliches Handeln für den Frauenarzt ohne Teilgebietsbezeichnung nicht mehr möglich?

Ganz im Gegenteil: Ärztliche Qualität ist für den Frauenarzt in einer nicht-spezialisierten Ordination auch morgen noch möglich und nötig, nur die Akzente sollten sich verschieben. Die Betonung wird neben der Prävention vermehrt auf ärztliche Empathie gelegt werden müssen, d. h. auf die Bereitschaft und Fähigkeit, die Erlebnisweise anderer Menschen zu verstehen, nachzuvollziehen, kurz: sich einzufühlen. „Der Hausarzt für die Frau“ ist ein gutes Schlagwort dafür. In den spezialisierten klini-

schen Abteilungen für Teilgebiete, weil sie konzentriert sind auf das Pathologisch-Kasuis-tische, ist diese allgemeinärztliche Pflicht viel seltener gefordert als in einer Ordinati-on, die allen Frauen – jungen wie älteren, Schwangeren wie Schmerzgeplagten, Mäd-chen wie Greisinnen – offen steht und die vordergründig präventive Ziele in der Viel-falt des weiblichen Lebens verfolgt. Wo sonst, wenn nicht hier in der frauenärzt-lichen Ordination, könnte dieses Durchein-ander an Aufgaben angesiedelt bleiben: Mehr Vorbeugung, weniger Therapie.

Der therapeutisch handelnde Arzt schließ-lich wird, wo er sich einfühlt, richtig ent-scheiden können, was er selbst macht und wen er wohin weiterweist. Er kann bereits mit aufmerksamer Anwesenheit Kompetenz vermitteln und Hilfe wie Trost geben, weil ihm seine schon von Berufswegen vielfach erprobte Mitmenschlichkeit nahe legen wird, den Kundigeren dort einzuschalten, wo er die eigenen Grenzen, z. B. der Ausbil-dung, der apparativen Ausstattung, der Ge-

schicklichkeit, des Lebensalters, als er-reicht ansehen muss.

Die Weisheit des Verzichts zu lernen, ist gerade das Noble an einem Beruf, in dem allem voran die Fähigkeit zählt, zuhören zu können, zu sehen, zu fühlen, zu riechen und manuell geschickt zu sein, – das ganze, große, persönliche Armamentarium eines Arztseins, verbunden mit Takt, aber auch Di-stanz.

LITERATUR:

1. Häusler M. Pränataler Ultraschall und der „dritte Bildungsweg“. Speculum 2011; 29 (2): 4–5.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. Hans Ludwig
Em. Direktor der Universitätsfrauen-
klinik Basel
Wartenbergstrasse 9
CH-4052 Basel, Schweiz
E-Mail: prof.ludwig@bluewin.ch*

la parole à l'invité

Les gynécologues dans leur cabinet médical aujourd'hui – mais qu'en sera-t-il demain?

H. Ludwig

M. Häusler s'est récemment plaint dans un éditorial du fait que les normes actuelles en matière d'échographie morphologique du fœtus n'étaient pas toujours respectées. De graves erreurs de diagnostic, p. ex. lors du « test combiné », n'ont été révélées que lorsque des procédures judiciaires l'ont imposé. La prise de conscience de l'erreur s'est alors effectuée sur un modèle que l'on pourrait qualifier de « troisième itinéraire de formation », un processus douloureux pour toutes les personnes impliquées. Nonobstant la discussion publique animée relative aux « normes de qualité », les instances supérieures ne disposent d'aucun mandat d'intervention leur permettant de corriger cette situation [1]. A l'instar du diagnostic prénatal, des situations comparables pourraient se produire dans la prévention du cancer, le traitement postopératoire des tumeurs, la chirurgie gynécologique ou l'aide à la procréation du fait de la polyvalence non spécialisée. Qu'est-ce que ce spécialiste peut encore entreprendre s'il veut travailler en accord avec les progrès de la médecine clinique, et où ses compétences, pour lesquelles il a un jour obtenu un diplôme, trouveront-elles une place, même limitée, par rapport aux sous-spécialités de plus en plus complexes? Doit-il se contenter d'une routine quotidienne plutôt monotone, parce qu'il doit rediriger le patient vers un confrère lorsque, dans une sous-spécialité quelle qu'elle soit, cela commence seulement à devenir vraiment intéressant? Quelle patiente a-t-il encore le droit de garder et jusqu'à quand doit-il la suivre?

Le développement des sous-spécialités a eu pour conséquence de négliger les tâches du spécialiste qui doit et souhaite subsister sans aucune sous-spécialisation. Il a été oublié que la formation de gynécologue vise l'ensemble de la spécialité, que les sous-spécialités sont essentiellement issues de la recherche clinique et qu'elles attirent des talents qui restent plutôt rares. Même dans des pays tels que l'Autriche, la Suisse et l'Allemagne, il peut arriver de ne pas trouver rapidement des spécialistes hautement compétents pour une mission difficile dans le domaine du suivi de grossesse, de la prévention du cancer, du traitement postopératoire des tumeurs ou même pour un problème lié à la procréation; et ne parlons pas des pays hors Europe et des Etats-Unis. Ces spécialistes se concentreront essentiellement dans des points centralisés de villes universitaires et de grandes villes, et ne seront pas répartis sur tout le territoire du

pays respectif. Là-bas, comme dans les villes, les « simples » gynécologues resteront aussi indispensables à l'avenir.

Mais comment ces médecins devraient-ils trouver une motivation au vu de l'opinion répandue selon laquelle ils feraient de la « médecine gynécologique aux pieds nus », alors que les véritables progrès de la spécialité ont été réalisés dans les sous-spécialités et seulement transmis de manière appropriée dans celles-ci, alors que les patientes ont droit à une médecine moderne, peu importe où elles consultent? N'est-il plus possible pour le gynécologue de fournir des soins médicaux de qualité sans sous-spécialisation?

Au contraire: demain aussi, il sera encore possible et nécessaire pour le gynécologue de prodiguer des soins médicaux de qualité dans une consultation non spécialisée, seu-

les de nouvelles orientations devraient être données. L'accent doit être mis non seulement sur la prévention, mais aussi sur l'empathie médicale, c'est-à-dire l'aptitude et la capacité de comprendre les expériences d'autres personnes, en bref de s'identifier. « Le médecin de famille pour la femme » est une bonne désignation. Dans les services cliniques spécialisés des sous-spécialités, parce qu'ils se concentrent sur la casuistique pathologique, cette obligation de médecine générale est bien plus rarement demandée que dans un cabinet, qui accueille toutes les femmes, jeunes et âgées, femmes enceintes et femmes ayant des douleurs, jeunes filles et femmes âgées, et poursuit des objectifs de prévention de premier plan dans la diversité de la vie de la femme. Dans quel autre lieu que le cabinet du gynécologue ce méli-mélo de tâches pourrait-il rester ancré : davantage de prévention, moins de traitement.

Finalement, le médecin traitant, en s'identifiant à sa patiente, pourra décider en connaissance de cause de ce qu'il fera lui-même et de quand et vers qui il doit rediriger sa patiente. Il peut déjà montrer sa compétence et apporter une aide et un réconfort en étant présent et attentif, parce que sa

compassion, maintes fois éprouvée dans sa pratique professionnelle, le conduira à faire appel à une personne plus expérimentée lorsqu'il jugera que ses propres limites, en termes de formation, d'équipement, de dextérité ou d'âge par exemple auront été atteintes.

Apprendre la sagesse du renoncement est la chose la plus noble d'une profession, où ce qui compte le plus est la capacité à écouter, ressentir, sentir et être doué manuellement – le grand arsenal personnel d'un médecin, associé au tact, mais aussi à la distance.

BIBLIOGRAPHIE:

1. Häusler M. Pränataler Ultraschall und der „dritte Bildungsweg“. *Speculum* 2011; 29 (2): 4–5.

Adresse de correspondance:

*Prof. Hans Ludwig
Directeur émérité du centre hospitalier
universitaire Bâle
Wartenbergstrasse 9
CH-4052 Bâle, Suisse
E-mail: prof.ludwig@bluewin.ch*

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)