

Das Besondere der Allgemeinmedizin – und wie es durch andere und durch uns selbst bedroht wird*

Heinz-Harald Abholz

Zusammenfassung: Es wird die Medizin-Geschichte der letzten 30 Jahre als eine der zunehmenden Industrialisierung und Partikularisierung dargestellt, die eine Entprofessionalisierung und Proletarisierung der Ärzteschaft zur Folge hat. Die Ärzteschaft hat an diesem Prozess ungewollt selbst mitgewirkt. Modelle der Gegenwehr sind: der Betrug, der Kaufmann und die eigens betriebene Proletarisierung über „Arbeit nach Vorschrift“. „Reflective practitioners“ stellen eine weitere Form der Gegenwehr mit Ziel des Festhaltens an den Werten der Profession dar. Es wird ein Katalog zur strategischen Orientierung der Gegenwehr von verfasster Ärzteschaft und „reflective practitioners“ vorgestellt.

Schlüsselwörter: Ärzteschaft, Allgemeinmedizin, Entprofessionalisierung

The Specificity of General practice – and how it is threatened by others and us

Abstract: History of Medicine of the last 30 years is shown as one of industrialisation and particularisation of those acting within the system resulting into proletarianisation and de-professionalisation. The profession itself was involved in this process. Models in the process have been: Cheating, doctor as merchant, doctor as a proletarian. Reflective practitioners are another answer to this social development, trying to beware professional ideals but accepting the social position of an employee. A strategic orientations for the profession and the reflective practitioners in this social process is given.

Key words: Profession, General practice, industrialisation of medicine

* Überarbeitete Fassung eines Vortrags anlässlich des Hausärztetags Bremen am 19.11.2008

Das Besondere der Allgemeinmedizin ist immer das „Andere“ im Vergleich zu Spezialisten. Und das Besondere der Allgemeinmedizin lässt sich auf verschiedenen Ebenen abbilden, die auch in der DEGAM-Definition des Faches von 2004 festgehalten sind: In Kürze zusammengefasst sind wir für das Kranksein, nicht nur die Krankheit, zuständig, also für die medizinische, die psychische und die soziokulturelle Dimension zugleich. Zudem sind wir in der Breite der Medizinischen Versorgung, quer zu den spezialistischen Fächern, als auch für Prävention, Behandlung und Begleitung bis hin zur Sterbegleitung zuständig. Wir sind also breit in der medizinischen Zuständigkeit und breit in der Erfassung des gesamten Menschen und seines Leids.

Zudem sind wir in unserem Fach durch die Kontinuität der Zuständigkeit und Versorgung charakterisiert. Diese Kontinuität – zusammen mit der Breite der Zuständigkeit – führt zu sehr vielen Kontakten mit unseren Patienten. Aus diesen Kontakten erwächst ein Arzt-Patienten-Verhältnis sowie eine gute Kenntnis der Patienten auch in Nuancierungen ihrer Ausdrucksweise bei Leid und Glück, bei Schmerzen und anderen Symptomen. Es entsteht „Erlebte Anamnese“.

Und schließlich – dies ist ein sehr wichtiger Hintergrund für unsere ärztliche Arbeitsweise – arbeiten wir im Bereich einer niedrigen Prävalenz schwerwiegender Diagnosen, aber auch der Mehrzahl wohl definierter Diagnosen – von den häufigsten Chronischen Erkrankungen einmal abgesehen.

Und wir arbeiten auch im sogenannten Niedrig-Risiko-Bereich, da wir von allen Krankheitsbildern jeweils zumeist eher die leichteren Formen und Verläufe versorgen – sind dieses doch unter dem „Dach“ einer Diagnose jeweils die häufigeren.

Niedrig-Prävalenz- und Niedrig-Risiko-Bereich sind dafür verantwortlich, dass wir nicht immer alles, woran wir denken, auch diagnostisch und therapeutisch einsetzen. Zu viele falsch-positive diagnostische Ergebnisse und eine Überbehandlung wären die Folge.

Damit ist die Arbeit des Generalisten – und so heißen wir in anderen Sprachen – im Vergleich zum Spezialisten gekennzeichnet. Wir denken integrierend und handeln priorisierend – auf Basis ei-

ner guten Kenntnis und einer guten Arzt-Patienten-Beziehung.

Wir arbeiten damit auch immer mit Unsicherheit – eben weil wir nicht allen „Spuren“ folgen – folgen können, weil wir sonst mehr Schaden als Nutzen anrichten und weil dies kein Patient auch „mitmachen“ würde. Um dies verantwortlich überhaupt zu können, nutzen wir alle, breit gewonnenen Erkenntnisse, Befunde, unser Gefühl in der Beziehung zum Patienten, die Erlebte Anamnese und die Wahrscheinlichkeitsabschätzungen, die im Niedrig-Prävalenz- und Niedrig-Risiko-Bereich notwendig sind. Diese Integration bei der Entscheidungsfindung im komplexen Entscheidungsraum nennen wir – einer Erkenntnistheorie folgend – Heuristisches Fallverständnis.

Gewissermaßen Rückgrat für diese Art von Arbeit und konstituierend für eine verantwortliche hausärztliche Arbeit sind damit häufige Arzt-Patienten-Kontakte, Breite und Kontinuität der Zuständigkeit sowie eine darüber gebildete tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung. Denn diese Dinge erlauben uns erst, in der Unsicherheit mehr Sicherheit zu gewinnen, weil wir die Erlebte Anamnese sowie die Informationen, die wir aus einer Beziehung ziehen, als zusätzliche Orientierung nutzen können.

Gerade aber diese Voraussetzungen für unsere Arbeit sind momentan vielfältig bedroht – und hierüber wird im Folgenden zu sprechen sein. Ein Teil dieser Bedrohung betrifft alle ärztlichen Berufsgruppen und deren Arbeitsfeld in Krankenhaus und Praxis, ein anderer Teil betrifft nur unser einzigartiges Fach, nämlich das des Generalisten. Für unser Erleben dieser Bedrohung spielt diese Unterscheidung keine wesentliche Rolle. Für die Frage aber, was man dagegen tun kann, ist sie jedoch von großer Bedeutung.

Professionelle Autonomie und Proletarisierung der Ärzteschaft

Ärzte sind über zumindest die letzten 100 Jahre als Profession angesehen und gesellschaftlich so behandelt worden: Unter einer Profession versteht man eine Berufsgruppe innerhalb einer Gesellschaft, die gesellschaftlich sehr wichtige Funktionen übernommen hat und

in einem Handlungsspielraum komplexer Entscheidungsfindung tätig ist, also ihre Arbeit nicht mit einfachen Regeln sinnvoll bewerkstelligen kann. Autonomie in der Entscheidungsfindung und in der Arbeit ist damit ein zentraler Begriff (Professionelle Autonomie).

Einer Profession werden neben der Autonomie bestimmte weitere Privilegien, wie hohe soziale Anerkennung, Vertrauensvorschuss sowie hohe Bezahlung zugesprochen. Von ihr wird dafür die Einhaltung der Regel von Unbestechlichkeit, Fehlen konfliktiver – insbesondere finanzieller – Interessen bei der Arbeit verlangt.

Wir wissen aber, dass die Ärzteschaft in den letzten 2 bis 3 Jahrzehnten gesellschaftlich zunehmend weniger als Profession behandelt wird. Berufssoziologisch nennt man diesen Vorgang Proletarisierung, was den Prozess der zunehmenden Wegnahme von Rechten der Profession und den Übergang in überwiegend Regeln folgendem und abhängigem Handeln meint. Einige Tatbestände sollen dies verdeutlichen:

Der Verdienst der Ärzte vor Steuern ist über die letzten 25–30 Jahre dramatisch zurückgegangen – obwohl die Ärzteschaft nach Steuerstatistik weiterhin noch eine Spitzenstellung unter den Berufsgruppen einnimmt.

Die Autonomie der Ärzteschaft ist und wird durch zahlreiche Verwaltungsvorgaben, Gebührenordnungen, gesetzliche Bestimmungen mit Auswirkungen auf die ärztliche Entscheidungsfindung, aber auch durch evidenzbasierte Medizin mit daraus abgeleiteten Qualitätsindikatoren etc. deutlich in ihrer Autonomie eingeschränkt. An dieser Stelle gilt es nicht, darüber zu entscheiden, ob dies gerechtfertigt ist oder nicht, es soll nur angesprochen sein, dass es geschieht.

Die Ehrerbietung dem Beruf gegenüber wird gesellschaftlich geringer – ein Blick in die Medien macht dies deutlich. Aber hier auch gilt heute noch: Der ärztliche Beruf ist bei Umfragen in der Bevölkerung weiterhin der mit dem höchstem Ansehen.

Entwicklung der Proletarisierung

Wie ist es zu dieser Entwicklung gekommen? Hierfür gibt es vielerlei Gründe,

von denen ich die mir am wichtigsten erscheinenden aufführen will:

1. Auf **Ebene der Arbeitsorganisation** hat ein Prozess der **Industrialisierung** stattgefunden. Dies heißt, es ist eine Arbeitsteiligkeit – und damit **Partikularisierung** des Handelns und der Handelnden – zum Charakteristikum moderner Medizin geworden. Hinzu kommt die zunehmende Technik-basierte Medizin, die nochmals eine Industrialisierung von Gesundheitsversorgung verstärkt. Der Prozess ist in den USA deutlicher vorangeschritten als bei uns und wird dort mit dem Medizinisch-Technischen-Wirtschaftskomplex, einem der wichtigsten Wirtschaftszweige, bezeichnet. Dort, wo industrialisiert wird, wird auf Effizienz und damit auf Kostenreduktion geschaut.
2. Auf **inhaltlicher Ebene** führt die **Evidenz basierte Medizin (EBM)** faktisch dazu, dass konzeptionell nur noch Gruppen behandelt werden oder implizit werden sollen, selbst wenn viele von uns diesen Unterschied noch gar nicht bemerkt haben, wenn sie „ihre“ Behandlungsentcheidung bei ihrem Patienten fällen. Denn Evidenz basierte Medizin beruht im Wesentlichen auf Studienergebnissen, diese lassen sich nur an Gruppen realisieren. Faktisch gelten damit auch nur für Gruppen Evidenz basierte Leitlinien. Dies ist erkenntnistheoretisch interessant und wichtig, wäre auch noch kein Problem, wenn nicht die Gesellschaft zunehmend die Einhaltung derartiger Leitlinien – erkenntnistheoretisch naiv, aber politisch mächtig – einfordern würde. Dabei wird hiermit nicht der positive Effekt von Evidenz basierter Medizin geleugnet, und es wird auch wahrgenommen, dass die Väter der Evidenz basierten Medizin eigentlich immer die „beste Evidenz“ meinten (also das, was, einschließlich der klinischen Erfahrung, vorliegt), sie zudem auf die Schwierigkeiten der Übertragung auf den Einzelnen hinwiesen. Nur in der Alltagswirklichkeit ist EBM heute die Umsetzung von Studienergebnissen auf die einzelnen Versorgten – bei der wir Allgemeinmediziner noch am meisten spüren, dass dies häufig gar nicht so gehen kann. Massenhaft wird eine solche Einhaltung nicht vor Gericht (dort eher ge-

rade nicht so!), sondern mittels DMPs und – zukünftig – Qualitätsindikatoren als Maßstab unserer Beurteilung und Bezahlung erzwungen werden. Anstelle von Autonomie tritt geforderte Gefolgsamkeit – oder man geht unter.

Das Problem ist, dass Evidenz basierte Medizin uns einerseits weiter bringt – wenn wir sie als sehr wichtige Orientierungshilfe für unser Handeln verstehen. Andererseits aber wird von den Laien in der Gesellschaft, also der Politik, aber manchmal auch aus unseren Reihen, EBM zunehmend instrumentalisiert und dabei als Vorgabe und Maßstab für Qualität genommen – was sie so nicht ist und konzeptionell auch nicht sein kann.

3. **Ideologisch** ist der oben skizzierte Prozess der Industrialisierung und der dahinter steckenden Arbeitsteilung und Standardisierung zeitlich zusammenfallend mit dem Entstehen von Evidenz basierter Medizin, Leitlinien, Qualitätsindikatoren etc. Es herrscht der **Glaube** an die Erreichung von mehr **Gesundheit mittels Perfektionierung** in der Arbeitsteilung, Spezialisierung und Standardisierung vor – und dass Gesundheit über die perfektionierte Kontrolle von Einzelteilen am besten zu erreichen sei. Damit ist es in der Gesellschaft zunehmend verloren gegangen, ärztliches Tun noch als Heilkunst sehen zu können. Ärztliches Behandeln und Betreuen beinhaltet nach dieser alten Vorstellung vielmehr und zentral gerade das, was nicht standardisierbar ist, was auf die Besonderheit und das Andere, auf die Komplexität des Einzelnen und der Situation fokussiert. Dieser Teil der Medizin aber entzieht sich faktisch und konzeptionell der Analysefähigkeit mittels einfacher und der so präferierten randomisierten Studien.

Bei gesellschaftlicher Einschwörung auf Studien, Evidenz basierte Medizin, Standardisierbarkeit als Zeichen von Qualität sowie auf die daraus abgeleiteten klassischer Outcome-Parameter, die alle eindimensional sind, kommt es dazu: Diabetes Betreuung wird am HbA1c allein gemessen, vielleicht noch am Blutdruck dazu. Aber es muss sehr viel mehr erreicht werden: Zufriedenheit des Patienten mit seinem Leben, nicht dem HbA1c; Abglei-

chen von Therapiezielen mit anderen Wertvorstellungen etc. Mit eindimensionalen Outcomes wird faktisch und hinterrücks das eigentlich Ärztliche, nämlich die Entscheidungsfindung und das Handeln im komplex definierten Handlungsraum, zunehmend aus dem Blick gebracht, gar als „unnötig komplizierend“ dargestellt. Doch ärztliche Qualität ist eben nur mehrdimensional zu beschreiben – ansonsten kann sie delegiert werden; selbst an ein Computerprogramm. Eine solche Negierung des eigentlich Ärztlichen werden zwar alle Ärzte, aber die Hausärzte am meisten zu spüren bekommen.

Die **Ärztenschaft hat sich gegen die Auswirkungen des Prozesses der Industrialisierung und damit der Proletarisierung**, der sich in zunehmend geringerer Bezahlung und Anerkennung sowie in zunehmend partikularisierter, also auch langweiliger Arbeit darstellt, in der Weise **gewehrt**, dass sie wenigstens ein Privileg, nämlich eine hohe Honorierung, zu retten sucht.

4. Da dies nicht mehr „legal“ im zunehmend restriktiveren und kontrollierten System möglich war, hat ein nennenswerter Teil von Ärzten eine **Ausweitung in der Leistungsabrechnung, die Falsch-Abrechnung** betrieben – dies alles im Bewusstsein, Gerechtigkeit herzustellen, also das zu holen, was einem Angehörigen der Profession zusteht. Dass dies bei einem Budget im Hintergrund zu einem Verteilungs-Kampf innerhalb der Profession, nicht mit der Gesellschaft (!) führt, wird dabei von den „Kämpfern“ nicht registriert. Dass Moto ist: Jeder denkt an sich primär – womit wiederum ein wesentliches Charakteristikum der Profession verletzt wird.
5. Ein anderer, deutlicher kleinerer Teil hat die **Grenze zum Kriminellen** nicht mehr gesehen und hat Betrügereien zum eigenen Vorteil organisiert: Ringüberweisungen, Absprachen mit Apothekern über Rezepte, die nie eingelöst wurden etc. Diese Betrügereien erfolgten alle unter Nutzung noch bestehender „Autonomie in der Abrechnung“ und der Leistungserbringung.
6. Hier hinein gehört – wegen der Besonderheit aber herausgestellt – auch die Entwicklung der **IGeL-Leistungen**. Sie stellen den Versuch dar, auf andere

Weise der Proletarisierung zu entkommen: Denn hier artikulieren die Ärzte implizit, dass sie **Kaufleute** werden wollen und schon sind, also definitionsgemäß keine Profession – aber eben auch keine Arbeiter. Dies wird gesellschaftlich auch so verstanden und man denkt ganz explizit daran, diese Kaufleute mit dem Namen Mediziner so wie alle Kaufleute zu behandeln – also z.B. mit Umsatzsteuer zu besteuern.

Mit dem Anbieten von IGeL wird nochmals – und weitaus stärker als über die Proletarisierung – ein Charakteristikum der Profession zerstört: Der Arzt als Helfer, auf den man vertrauen kann, verschwindet. Vielmehr muss man sich als Patient nun – wie bei jedem Kaufmann – fragen: Warum sagt mir dies der Doktor jetzt, geht es um mich oder geht es um seinen Verdienst? Und diese Frage hören wir ja schon von unseren Patienten immer häufiger ausgesprochen, wenn sie eine „second opinion“ neuer Art nach Besuch bei einem IGeL-Arzt bei uns einholen.

Die Rolle als Kaufmann bedeutet das Ende der Profession in weitaus deutlicher Form als mittels der Einnahme der Rolle des „Arbeiters“. Letztere lässt ja noch den Helfer – Kern der ärztlichen Profession – erhalten, ersteres arrodirt diesen Kern empfindlich.

7. Ein weiterer Teil der Ärzte schließlich hat die **stattfindende Proletarisierung von sich aus weiter vorangetrieben**: „Arbeit nach Vorschrift“, Arbeit nur solange das Budget es hergibt, sowie Rückzug aus Bereitschaftsdiensten, extensiver werdendes Job-sharing zur Optimierung von Freizeitmöglichkeiten – dies sind einige Beispiele dazu. Es sind Beispiele für Entscheidungen, die wir getroffen haben und in denen man die „Profession“ und deren soziale Rolle nicht mehr erkennt. Wir benehmen uns hierüber zunehmend wie „Arbeiter“ – und geben damit nochmals der Gesellschaft Rechtfertigung, uns nun auch so zu behandeln. Ärzte machen sich hier gemein mit den anderen abhängig Arbeitenden, nutzen deren Protestformen und deren „Tricks des Widerstands“ gegen eine ansonsten nicht mehr zu beeinflussende Macht der Gesellschaft. Zwar kann man diese Entwicklungen auch „nur“ als Zei-

chen der Demoralisierung verstehen – nur ändert es nichts daran, dass wir den Prozess unserer Proletarisierung beschleunigen. Allerdings können die abhängig Arbeitenden noch reklamieren, dass sie den Beruf des Helfers beibehalten wollen – also nicht Betrüger oder Kaufleute werden wollen.

8. Und es gibt eine letzte, kleine Gruppe, die „Reflective Practitioners“, also die Ärzte, die im positiven Sinne nachdenklich sind, ärztlich an ihrer professionellen Rolle festhalten und dennoch moderne Entwicklungen wie Evidenz basierte Medizin und auch Arbeitsteilung behutsam integrieren, sich nicht zum Kaufmann, dann eher zum aufrecht gehenden Arbeiter machen lassen wollen. Was sie tun, ist faktisch ein Rettungsversuch der Profession. Nur ist diese Gruppe nicht sehr stark und, da sie sich nicht bestechen lässt, auch nicht sehr publikumswirksam im Auftritt. Zu dieser Gruppe zählen die alten konservativen Ärzte und viele junge mit Idealen – nämlich denen der Profession. Die standespolitischen Kämpfe innerhalb der Ärzteschaft selbst und innerhalb der Berufsgruppen zeugen von den teilweise nicht überwindbaren Widersprüchen zwischen dieser Gruppe und „den anderen“. Dies zeigt sich manchmal schon in den sehr unterschiedlichen Positionen von Berufsverband und Wissenschaftlicher Fachgesellschaft, wenn es um konzeptionell „entscheidenden Fragen“ geht – Fragen nach wissenschaftlicher, professioneller Aufrichtigkeit, Nähe zur Industrie, Anpassung an die Politik, Taktisches vs. Strategischem Verhalten etc. Die Ärzteschaft stellt sich in ihrer Gesamtheit zunehmend als eine soziale Gruppe dar, die einerseits in die Proletarisierung gedrängt, andererseits diese Charakteristika des Arbeiters auch annimmt, aber zugleich noch so privilegiert ist, dass sie sich einen „Nebenverdienst“ als Kaufmann beschaffen kann. In diesem gesellschaftlichen Bild ist zunehmend weniger die alte soziale Rolle der Profession zu erkennen. Daneben existieren Gruppen, die Legalität im Handeln – als Profession eh schon – voll verlassen haben: In Betrug und/oder IGeL „erweitert“. Und es gibt die kleine Gruppe, die sich und die Profession retten wollen, dazu auch den Schritt

zum aufrecht gehenden Arbeiter zu tun bereit sind.

Allgemeinmedizin in diesem Prozess

All die bis hierher genannten Entwicklungen treffen selbstverständlich auch auf die Allgemeinmedizin zu, sind aber z. T. für diese sehr viel bedrohlicher als für spezialistische Fächer.

Halten wir uns zum Verständnis hierfür die zusammenfassend Teil-Definition der Allgemeinmedizin in der DEGAM-Formulierung vor Augen: „Allgemeinmedizin beinhaltet die umfassende Betreuung aller medizinischen, psychischen und soziokulturellen Aspekte des Krankseins unter Einbeziehung des Patienten“. Und: Kontinuität und Breite der Betreuung sowie die dabei erwachsende Arzt-Patienten-Beziehung sind zentrale Elemente der Arbeit.

Mit einer solchen Arbeitsweise und einer solchen Arbeitsaufgabe aber ist das, was unter Industrialisierung der Medizin beschrieben wurde, nicht vereinbar. Beachtung von Komplexität bei der Arbeit sowie Arbeiten mit Heuristischem Fallverständnis, also dem Interpretieren aus einer Gesamtsicht auf die vielen Einzelbefunde, Symptome, Vorgeschichte, den Krankheitsumgang des Patienten, seine Lebensumstände sowie das in einer Beziehung dem Arzt Kommunizierte, sind mit Standardisierung, Partikularisierung, Eindimensionalität von Qualitätsindikatoren etc. nicht erreichbar, sondern werden fundamental darüber bedroht. Geben wir hier nach, so bereiten wir das Ende des Generalisten vor.

Selbstverständlich kann man unter den Charakteristika der industrialisierten und damit auf Eindimensionalität ausgerichteten Medizin weiterhin Versorgung machen. Nur wird diese dann sehr einfach, nämlich eindimensional sein – also nichts mehr mit dem Generalisten zu tun haben. Für den Spezialisten hingegen stellt dies ein kleineres Problem dar.

In Bezug auf eine „Basisversorgung“, die so auch möglich bliebe, stellt sich dann aber die Frage, ob sie nicht auch durch andere partikularisierte und unterschiedliche Berufsgruppen – innerhalb der Mediziner und unter Einschluss der Pflege – erledigt werden kann. Und

wir wissen, dass dies alles heute auch schon angedacht ist.

Und es stellt sich die Frage, ob dann der Generalist noch als notwendig angesehen werden muss – denn seine Behandlungsziele werden eindimensional ja eh nicht erfasst, das fehlende Erreichen der Ziele würde also gar nicht auffallen.

In Bezug auf den medizinisch-inhaltlichen Motor dieser Entwicklung, die Evidenzbasierte Medizin, ist es ähnlich zu sehen: Wenn die Arbeitsinhalte der Allgemeinmedizin nur über den wissenschaftlichen Zugang von Evidenzbasierter Medizin – also auf Basis von – möglichst randomisierten Studien an Gruppen – zu erfassen gesucht wird, und wir selbst dies gar so akzeptieren, dann wird nur das, was leicht messbar erscheint, zur Orientierung in unserer Arbeit werden. Dies aber ist gerade nicht das, was uns als Generalisten auszeichnet. Das Generalistische der Betreuung kann nur *mehrdimensional* beurteilt werden. Dies aber ist in Studien – als Basis von evidenzbasierter Medizin – in der Regel nicht gegeben.

Die in Studien gut messbaren einzelnen Dimensionen – erreichte Blutzuckereinstellung, Prozentsatz der KHK-Patienten mit ASS etc – sind nicht unwichtig, sie aber auf *einen* Nenner zu vereinen und dann noch die Mitbestimmung des Patienten am Behandlungsprozess, Multimorbidität, Krankheitskonzept des Patienten mit zu integrieren, ist methodisch fast immer unmöglich. Es verlangt vielmehr das Gegenüber-Abwägen – also generalistisch orientiert zu beurteilen.

Können wir dies der Gesellschaft nicht wirklich verständlich machen und uns als Generalisten als Konstituenten einer gegliederten Versorgung darstellen, dann werden wir abgeschafft werden. Die Spezialisten hingegen werden „nur“ proletarisiert, indem sie noch mehr auf Einzelfunktionen reduziert und in Bezug auf diese kontrolliert werden.

Umsetzungsebenen der Bedrohung des Generalisten

1. Die zunehmende Einschränkung des Faches über die **Weiterbildung**: Über die letzten 3 Jahrzehnte ist die Weiterbildung in Bezug auf das, wozu sie qualifiziert, immer enger gewor-

den. Dies gilt für die Spezialisten und den Generalisten in gleicher Weise. Diese Einengung mittels der Weiterbildung ist aber beim Spezialist zumindest konsistent mit der Begründung, dass er eben Spezialist ist. Denn Spezialisierung gibt Antworten auf 1. das Problem einer zunehmend breiter werdenden Basis von Wissen und Fertigkeiten in der Medizin und 2. darauf, dass nicht selten die Qualität der erbrachten Leistungen davon abhängt, wie häufig man sie erbringt. Der Generalist hingegen ist derjenige, dessen zentrale Aufgabe – neben der Basisversorgung – gerade darin besteht, die Integration von „Allem“ vorzunehmen. Dazu bedarf es aber eines breiten Zugangs zu Allem – zumindest in der Versorgung an der Basis. Aber heute kann der Generalist in Deutschland auf Basis seiner Weiterbildung – und damit Zulassung – weit weniger als die Generalisten in der Mehrzahl der anderen europäischen Länder tun. Grund hierfür ist – und dies gilt nur für Deutschland – zum einen der „Kampf“ von Spezialisten und Generalisten um Versorgungsfelder. Darüber hinaus aber – und grundsätzlicher – ist es ein Argument aus spezialistischer Sichtweise, das sich die Gesellschaft zu eigen gemacht hat. Scheinbar vernünftig heißt es: Ein Generalist könne heute nicht mehr alles können, was sich im gesamten Bereich der Medizin entwickelt habe. Man kann diesem Argument folgen oder dem, das die anderen Länder zu ihrer anderen Entscheidung bewegt hat, nämlich eine Arbeitsteilung zwischen sehr hoher Spezialisierung einerseits und dem Generalisten andererseits als Optimum der Versorgung anzusehen. Die Entscheidung zwischen diesen Argumenten, die ja beide einer Vernunft folgen, macht eine inhaltliche und politische Abwägung notwendig, die ein tiefes Verständnis davon im Hintergrund haben muss, was Kranksein beinhaltet und was die Arbeit im sog. Niedrig-Prävalenz- sowie Niedrig-Risiko-Bereich für strukturelle Antworten braucht. So entscheiden wie im europäischen Ausland wird man nur, wenn man noch eine Idee davon hat, welche erheblich integrative und darüber hinaus zwischen Unter- und Überversorgung abwägende Funktion der Generalist in

Bezug auf diagnostisches und therapeutisches Vorgehen besitzt. Eine Funktion, die von Spezialisten mit jeweils kurzen und auf nur eine Problematik bezogene Kontakte zum Patienten überhaupt nicht zu erfüllen ist. Eine solche Einsicht verlangt aber auch, dass man ernsthaft noch den Generalisten zutrauen kann, diese Funktion auszufüllen. Dagegen steht aber zunehmend eine Weiterbildung ohne Breite.

2. Mittels der **Gebührenordnung** wird über die „Abrechenbarkeit von Leistungen“ zunehmend darauf orientiert, den spezialistischen Bereich und den generalistischen deutlicher voneinander abzugrenzen. Dies hat die gleichen rationalen Gründe, die bei der Einengung der Weiterbildung aufgeführt sind: Man könne etwas nur gut, wenn es auch massenhaft getan würde – und es werde ökonomisch effizienter! Es hat aber auch als Grund den Kampf der Berufsgruppen untereinander sowie die Verkennung des Wertes des Generalisten. Also führt auch die Gebührenordnung zunehmend – und in Übereinstimmung mit der Einengung der Weiterbildung – zur Wegnahme der Breite der Versorgung beim Generalisten.

3. Alle, die **Leitlinien** aufmerksam studiert haben, und insbesondere alle die, die an Leitlinienentstehung beteiligt waren, wissen, dass Leitlinien mit evidenzbasiertem Hintergrund fast ausschließlich leicht messbare Outcomes und dann noch – aus Studienlogik verständlich – meist nur einen oder sehr wenige – als Orientierung verwenden können. Nur haben wir es in der Allgemeinmedizin im Regelfall mit Mehrdimensionalität zu tun – eine Mehrdimensionalität, die in den Studien nicht abgebildet werden kann. Wir haben also zu dem, was wir als Generalisten „anders“ tun, keine oder nur selten „hohe Evidenz“. Die „Kultur“ von evidenzbasierter Medizin gibt – gewollt oder nicht – damit dauernd die Botschaft, dass es um harte Fakten gehe, die in Studien belegt sein müssen. Und für Allgemeinmedizinische Spezifika gibt es diese meist nicht. Erfahrung und Plausibilität einer Empfehlung wird in Leitlinien nur manchmal noch, dann unter „Fernerliefer“ erwähnt; dies mit sehr niedrigrangiger Evidenz. Dies hat

nach „Logik“ von EBM seine Berechtigung, obwohl es in manchen Fällen auch zu absurden Schlussfolgerungen oder zum Nicht-Handeln-Können führt. Nur bietet diese „Logik“ für weite Teile generalistischer Arbeit keinen passenden Zugang. Aber wir müssen uns dabei dennoch im Klaren sein, dass in einer Welt, die den Blick auf Evidenz fokussiert, dies tödlich für ein Fach enden kann. Das Problem ist, dass Evidenz basierte Medizin mit ihrer Rationalität – selbst wenn diese eindimensional ist – etwas absolut Bestechendes hat: und dies liegt völlig im Trend der Zeit, der auch in vielen anderen Bereichen eindimensional orientiert ist. Gegen diese Logik, diese Ausrichtung an so verstandener Rationalität zu argumentieren, ist schwierig, wenn nicht von vornherein vergeblich. Viele stimmen noch dem Argument zu, dass Studien zu eindimensional ausgelegt seien, aber immer mehr von uns denken dann auch schon, dass man „da“ wenigstens etwas Handfestes habe – und vergessen, dass die Welt eigentlich durch Komplexität, nicht aber durch Eindimensionalität charakterisiert ist.

4. Die Geschichte der **Auseinandersetzung um die Allgemeinmedizin** der letzten 30 Jahre ist charakterisiert durch eine ideologische Anpassung der Wortführer der Allgemeinmedizin an den Zeittrend und – damit verbunden – durch das **Aussparen** der **Benennung dessen, was unser Fach ausmacht**. Die Öffentlichkeit hat „bestenfalls“ ein Bild des Hausarztes als den liebevollen Betreuers und denjenigen, der koordiniert, überweist, auch einmal berät, wenn Auskünfte der Spezialisten nicht verstanden worden sind. Dies ist die Übersetzung der populären Definition, die wir uns gegeben haben: Gatekeeper, Fallmanager, Koordinator. Die komplexe Entscheidungsfindung, der generalistische Ansatz sind in diesem Verständnis untergegangen und wir haben nie dargestellt, dass wir mit „Heuristischem Fallverständnis“ arbeiten und uns damit fundamental von den Spezialisten unterscheiden. Und wir haben nie die biostatistisch begründeten Hintergründe (Niedrig-Prävalenz und Niedrig-Risiko-Bereich) der Sinnhaftigkeit eines gestuften Systems der Versorgung trans-

parent gemacht. Es ist so das Bild des Allgemeinmediziners entstanden, der viel macht und wenig wirklich fundiert kann – also des schlechten „Spezialisten“ in allem. Als förderungswürdig werden wir daher nur gesehen, weil wir „billiger sind“. Ganz offensichtlich haben wir bei unserem Schweigen und Aussparen von Auskünften immer gedacht: Nur nicht auffallen, dann werden auch wir gefördert, alles andere ist zu kompliziert. Aber bei einer so komplizierten Angelegenheit wie der Versorgung von Kranken in ihrer Multidimensionalität kann jegliche Vereinfachung oder Umgehung der Darstellung komplexer Hintergründe immer nur dazu führen, dass diejenigen, die sich um das Komplexe kümmern, nämlich wir, in der Öffentlichkeit auf die Dauer untergehen. Der Verlust würde ja nicht einmal auffallen, wenn andere Berufsgruppen – vielleicht noch etwas niedriger ansetzend – das übernehmen, was nach Sicht der Öffentlichkeit wir ja nur gemacht haben, gatekeeping und Grundversorgung.

5. Aufgrund des in Vordergrund-Tretens der Ansprüche von Ärzten (also auch Hausärzten), ausreichend Zeit für sich haben zu wollen, ist es zu einem **Rückzug aus der Kontinuität und der Breite der Versorgung gekommen**. Breite und Kontinuität der Zuständigkeit benötigen wir aber für den generalistischen Ansatz, der als Basis die „Erlebte Anamnese“ und die „Beziehung“ braucht, um verantwortungsvoll ein Heuristisches Fallverständnis zu nutzen. Wenn wir also unsere Nachtdienste an Systeme abgeben, wenn wir halbtags, dritteltags, gar in Schichtsystemen tätig sind oder gar unsere personelle Zuständigkeit im Rahmen einer Gruppenpraxis eines MVZ abgeben, wenn wir zunehmend in die Überweisung und damit Abgabe von Verantwortung ausweichen, dann muss man sich ernsthaft fragen, was wir überhaupt noch von einem Generalisten haben. Wir werden uns nämlich längerfristig in der Öffentlichkeit diese Frage gefallen lassen müssen. Ich habe darauf keine gute Antwort, wenn wir weiterhin die Grundlagen für unsere generalistische Arbeitsweise faktisch abbauen. Was tun?

Gegen den gesellschaftlichen Prozess einer Industrialisierung der Medizin und der Proletarisierungen der Ärzteschaft wird man nichts Grundsätzliches tun können: Die Gesetze der Ökonomie und die dahinter stehenden und Interessen werden wir nicht aufhalten können, diesen Prozess weiter zu betreiben.

Man kann aber diesen Prozess mit gestalten:

1. Als Profession wäre zu organisieren, dass zunehmende Regulierung und Kontrolle ärztlichen Tuns nicht noch dadurch bestärkt und beschleunigt wird, dass die Ärzteschaft selbst diese Industrialisierung, die immer weiter voranschreitende Arbeitsteilung, Delegation etc. sowie die Illusion, Qualität über Qualitätsindikatoren nennenswert abbilden zu können, unterstützt oder gar betreibt.
2. Als **Profession** wäre zu regulieren, dass Betrügereien am System sowie der „Arzt als Kaufmann“ (IGEL) energisch und bestimmt eingedämmt werden.
3. Man müsste als **Profession** öffentlich verdeutlichen, was Heilen und Betreuen überhaupt – neben den technischen Seiten – beinhaltet: Das Abwägen, wann etwas für einen bestimmten Patienten richtig und vernünftig ist oder nicht. Dies sei der wesentliche Teil des ärztlichen Berufs, der zwischen 30 bis 70 % der Arbeit von Ärzten – je nach deren Funktion – ausmache.
4. Als **Generalisten** unter den von mir geschilderten ideologischen Orientierungen unserer Gesellschaft haben wir nur eine Chance als Generalisten zu überleben: Nämlich dann, wenn wir unser Generalistentum weitaus selbstbewusster als bisher ins Zentrum stellen. Dies hat in unserer Ausrichtung des Faches, also in Weiterbildung, Fortbildung, Publikationen und auch in der Forschung zu geschehen.
5. Als **Generalisten** haben wir der Gesellschaft deutlich zu machen, dass es in einer sich immer weiter spezialisierenden und damit partikularisierenden Medizinwelt des Arztes bedarf, der integriert und mittels einer integrierenden Sichtweise – also dem, was

Prof. Dr. med. H.-H. Abholz ist...

... Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Innere Medizin. Langjährig in Klinik und Allgemeinpraxis tätig. Seit 1998 Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf.

man mit Heuristischem Fallverständnis bezeichnet – verhindert, dass Patienten zu Opfern von eindimensionaler Versorgung werden – und dies zudem noch sehr teuer ist.

6. Wenn wir uns als **Generalisten** mit hoher Kompetenz für diese Fähigkeit darstellen wollen, dann müssen wir wieder mehr davon auch bei uns Wirklichkeit werden lassen. Wir brauchen neben einer breiten Ausbildung, die zudem die Spezifika des generalistischen Arbeitens zum Inhalt hat, dazu auch noch etwas anderes, was nämlich in den Augen von Patienten den Hausarzt ausmacht: er ist „immer da“ und „für alles da“. Wir müssen also wieder mehr „da sein“. Dies mag die erschrecken, die an ihre Familie, an ihre Hobbys, ihre Reisen etc. denken. In einem gewissen Maße sind diese – verständlichen – Ziele damit auch gefährdet. Nur würden wir auch deutlich gewinnen können, wenn wir uns wieder erreichbarer und damit weniger ersetzbar machten. Was „kauft“ man alles dafür ein, ist man erreichbar für seine Patienten und nimmt nicht, als Ersatz, nur noch selten am Notdienst für 50 Praxen teil? Was bekommt man, wenn man sich – zeitlich länger dauernd – auf das Erzählen des Patienten einlässt,

obwohl es „sehr persönlich“ wird? – Man bekommt Bedeutung, die man möglicherweise jetzt schon in seinem Hobby suchen musste. Man bekommt Anerkennung, die man – darüber habe ich wesentlich geredet – heute nicht mehr so leicht von der Gesellschaft bekommt. Man bekommt gezeigt, dass man gebraucht wird – dieses Gefühl bauen wir ab, wenn wir austauschbar uns selbst positionieren, nicht mehr erreichbar, nicht mehr für ein längeres Gespräch offen sind. Und wir bekommen über den weitaus breiteren Einblick in das Leben vieler unserer Patienten eine Bereicherung unserer Erfahrung, also auch eine Anregung, über uns und die Welt nachzudenken, mit einem Wort weiser werden zu können.

Mir ist klar, dass meine Perspektive überhaupt nicht im Zeitrend liegt. Man hört hingegen immer wieder die Rede von der „Allgemeinmedizin des 21. Jahrhunderts“, die im Case-Management, vernetzten Strukturen, Kleinbetrieben mit verschiedenen angestellten Gesundheitsberufen, dem Team etc. besteht. Innerhalb der Praxis werden danach ärztliche Arbeitsaufteilung und Schwerpunktlegung als notwendig erachtet. Da frage ich mich,

warum nimmt man denn dafür nicht gleich die Spezialisten in „ein Haus“ zusammen, die sind doch, wenn es ums „Einzelne“ geht, eh besser. Und dies könnte sich auch eine Gesellschaft fragen, deren bisheriges Unverständnis dem Generalisten-Ansatz gegenüber ja mit solchen Ideen nochmals gestützt wird. Ich denke, dass wir mit solchen modernen Orientierungen, die alle Ausfluss von Spezialisierung, Partikularisierung, Effizienzdenken sowie der Gefangenheit in Eindimensionalität sind, zum Leid der Patienten beitragen würden. Denn es braucht die Klammer und Integration der Ergebnisse einer – auch berechtigten – Spezialisierung. Dies aber verlangt nach dem Generalisten, nicht nach der Teambesprechung. Denn wollte man diese wirklich, d. h. ernsthaft zu einem guten Ersatz werden lassen, dann wäre besonders hoher zeitlicher Aufwand von Vielen damit verbunden, dieser aber wird in einer sich industrialisierenden Medizin nicht tolerabel sein!

Interessenskonflikte: Laut Autor keine vorhanden.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Abt. Allgemeinmedizin
Heinrich-Heine-Universität
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Tel.: 0211/8 11-77 71
Fax: 0211/8 11-87 55
E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de