

# Warum ist die Allgemeinmedizin notwendig und was benötigt sie?

## *Why General Practice is Necessary and What is Needed for it?*

Heinz-Harald Abholz

**Zusammenfassung:** Das System „Ärztliche Versorgung“ benötigt das Fach Allgemeinmedizin trotz und wegen der gleichzeitigen Notwendigkeit einer Spezialisierung der Medizin. Begründet wird diese Aussage hier mit den Charakteristika (*core values*) des Faches, nicht primär mit dessen Kosten-Effizienz. Bis heute sind diese zentralen Argumente für die Notwendigkeit der Allgemeinmedizin nur höchst unzureichend in der professionellen und allgemeinen Öffentlichkeit angekommen. Ebenso wenig sind die Konsequenzen für den Erhalt des Faches begriffen.

*Schlüsselwörter:* Allgemeinmedizin; Ausbildung; Versorgungsstruktur; Spezifika

**Summary:** There is a necessity of family medicine within the health care system in spite and because of the simultaneous necessity of specialisation in medicine. This is demonstrated on the basis of the core values of family medicine and not primarily on its cost-effectiveness. Until today, these essential arguments have inadequately reached the profession and the public. Moreover the political and professional consequences of the preservation of family medicine have not been realized.

*Keywords:* Family Medicine; Education; Health Care System; Core Values

Seit etwa 30 bis 40 Jahren ist es zu einer zunehmenden Spezialisierung und Subspezialisierung der Medizin gekommen. Dies wird nicht nur durch die Interessen der Spezialisten erklärt, sondern hat auch eine gute Begründung: Ein Fach oder gar die gesamte Medizin kann aufgrund der angesprochenen Entwicklung der Medizin nicht mehr von *einem* Spezialisten, sondern oft nur durch mehrere kenntnisreich und in aller Tiefe des Wissens betrieben werden.

Gleichzeitig aber gilt weiterhin: Fast 90 % der neu auftretenden „Versorgungsfälle“ bedürfen nicht des Spezialisten [1]. Bei diesen kann und sollte der Allgemeinmediziner allein handeln – und tut das auch.

Dennoch hat die beeindruckende und schnelle Entwicklung der Medizin zu einer Spezialisten-Orientierung geführt und das Bild der Medizin in der Öffentlichkeit majorisierend geprägt. Diese Prägung wird aber in vielerlei Weise zum Verhängnis: Einmal kommt es zur Ausweitung medizinischer Interventionen über das Notwendige hinaus. Man macht glauben und schürt die Erwartung,

dass alles machbar sei. Diese Art extensiver Versorgung geht aber nicht selten an den Problemen des Patienten vorbei, weil der Spezialist in der Regel nur „seinen“ Aspekt sieht – und der allein ist es oft nicht, der Kranksein erklärt [2].

Die Tatsache, dass Patienten mit ihrer Versicherungskarte seit nun zwei Jahren jeden Spezialisten aufsuchen können, heizt diese Ausweitung an. Das hat u.a. dazu geführt, dass Spezialisten, die in gleicher Zahl wie Hausärzte ambulant tätig sind, inzwischen Termine erst in Wochen und Monaten vergeben. Hier muss es sich um einen Zustand der Ausweitung handeln, der nichts mit den Notwendigkeiten einer spezialistischen Versorgung zu tun hat. Denn diese gelingt in anderen Gesundheitssystemen – je nach Fach – entweder ohne oder mit einer deutlich geringeren Zahl entsprechender Spezialisten im ambulanten Bereich (z.B. Orthopäden, Gynäkologen, Augenärzte etc.) [3].

Auf dem hier skizzierten Hintergrund ist das Bild der Medizin in der Öffentlichkeit zum Bild der Spezialisten-

Medizin geworden – und diese erscheint (fast) immer erfolgreich und faszinierend. Spezialistenmedizin kann aber, angelsächsischer Medizinkultur folgend, deutlich bescheidener auftreten [4]. Dabei wirkt wahrscheinlich die Aufnahme von Evidence based medicine auch in den Fächern der Spezialisten unterstützend, da deren Ergebnisse fast immer deutlich machen, wie eher wenig „wir“ eigentlich mit unseren Interventionen erreichen.

Vor diesem Hintergrund und der Tatsache täglich berichteten Ärztemangels, der ja ein Hausarzt-, nicht aber z.B. eine Anästhesisten-Mangel ist, könnte man erwarten, dass über die „Probleme“ unseres Faches nicht nur versorgungspolitisch, sondern auch inhaltlich diskutiert wird. Eine solche Diskussion aber findet nicht ausreichend statt. Vielmehr bekräftigt man das Engagement für das Fach mit der „Förderung der Allgemeinmedizin“. Und wir selbst sprechen auch nicht ausreichend über den Inhalt unserer Arbeit, unsere *core values* (Charakteristika des Faches) [5, 6], durch die deutlich würde, dass für unser Versorgungs-

system der Hausarzt sogar **notwendig** ist.

Denn wenn wir nicht inhaltlich begründen, wird der Tag kommen, an dem die ganz einfach erscheinende Frage gestellt wird: *Warum überhaupt ist der Generalist noch nötig, sind denn nicht die Patienten selbstständig genug, sich ihren Weg zum jeweilig zuständigen Spezialisten zu suchen?* Hierauf eine Antwort zu geben, wird schon deswegen schwierig, weil man sich in der Öffentlichkeit fragen wird, warum man erst dann damit „herauskommt“.

Und die Antwort wird nicht leicht vermittelbar sein, wenn man bis dahin das Bild aufrecht erhalten hat, dass Allgemeinmedizin im Kern „von allem etwas, wenn auch etwas weniger tiefgehend“ macht, also faktisch nur die „Kleine Medizin“ sei, sich also eigentlich nicht von der „großen“ unterscheidet. Auch Funktionsbeschreibungen wie „gate-keeper“, „dispatcher“ und „Begleiter“, gar der „Spezialist des Allgemeinen“ helfen nicht zu einem Verständnis des Faches in seiner inhaltlichen Unterschiedlichkeit zum Spezialisten sowie zur strukturellen Notwendigkeit dieses Faches für unser gegliedertes System von Spezialisten und Generalisten.

### Kooperation von Generalisten und Spezialisten

Es gibt eine Reihe von Argumenten, warum ein solches kooperatives Modell besser als ein reines Spezialisten-System (was es ja nirgends in der Welt so „rein“ gibt) in der Lage ist, gute – und dann noch preiswerte – Versorgung zu garantieren.

Kranksein ist mehrdimensional –  
Spezialisten schauen  
eindimensional

Ist jemand krank, so hat er Symptome oder Befunde, die fast immer durch mehrere, unterschiedliche Ursachen erklärt werden können und bei denen die Ursachen nicht selten auch ineinander verwoben wirken. Vereinfachend und damit idealtypisch sortierend dargestellt: Es gibt biologische, psychische sowie soziokulturelle Ursachen des Krankseins und der Entwicklung von Krankheit in einer Person [7]. Diese Ursachen-Kategorien sind zudem – selbst

das gleiche Krankheitsbild betreffend – immer individuell ausgeformt und haben bei unterschiedlichen Individuen unterschiedliche Effekte auf deren Leben.

Bei einem Kranken nun die „richtige“ Erklärung (Ursachen-Konstellation und Diagnose) für sein Kranksein zu finden, ist keine Spezialisten-Aufgabe. Denn dieser ist und sollte sich primär auf das von ihm versorgte Krankheitspektrum oder ein Symptom konzentrieren, wofür er besonders fundiert ausgebildet ist. Aufgabe des Generalisten hingegen ist es, bei einem Patienten mit Beschwerden erst einmal herauszufinden, was bei ihm und in dieser Situation am ehesten zum Kranksein geführt haben könnte. Dabei sind die genannten drei Kategorien zu berücksichtigen und deren Bedeutung in *diesem* „Fall“ abzuwägen. Zudem gilt es, innerhalb dieser Kategorien Krankheiten bzw. Störungen differenzialdiagnostisch zu bedenken, die anhand der Symptome/Befunde überhaupt infrage kommen [7, 8]. Schließlich ist mit einer Diagnose, die meist erst einmal eine Verdachtsdiagnose ist, ein diagnostisches und ggf. therapeutisches Konzept zu entwickeln. Dabei ist die eigene Rolle darin zu definieren, ob diese Aufgabe als Generalist noch machbar ist oder des Spezialisten bedarf.

Eine solche Vorgehensweise ist immer durch Unsicherheit in Bezug auf die „Richtigkeit“ des Ergebnisses, der Diagnose oder der Therapie, gekennzeichnet. Denn es sind zahlreiche, teilweise interagierende differenzialdiagnostisch angenommene oder belegte ursächliche Einzelfaktoren zu berücksichtigen. Dazu gibt es keine festen, gar mathematischen Regeln [9]. Vielmehr muss fast immer interpretiert werden sowie mit angenommenen Wahrscheinlichkeiten (die nur abzuschätzen sind) gearbeitet werden [7, 8].

Das Moment der Unsicherheit bleibt dabei immer bestehen und charakterisiert geradezu das Arbeitsfeld des Generalisten [10]. Der Spezialist hingegen, der ja nur für einen Teilaspekt zuständig ist, kann hier weitaus leichter Sicherheit durch das Vertiefen in Diagnostik schaffen; sinnvoll allerdings geht das nur bei vorselektierten Patienten (s.u.).

Der Umgang mit Unsicherheit im Arbeitsfeld des Generalisten ist verantwortungsvoll nur mit breitem Wissen zu

den Dimensionen von Medizin, Psyche und Sozialem sowie einer guten und breiten Basiskennntnis zu den Krankheitsbildern möglich. Zudem bedarf es auch der guten Kenntnis des jeweiligen Patienten und seiner Lebenssituation, aus der dann ein Interpretieren der „Einzelbefunde“ aus allen Bereichen erfolgt – und so zur „vorläufigen Diagnose“ führt [2, 8, 9, 11].

In einem gedachten Spezialisten-System, bei dem diese dann primär auch für die Erstversorgung zuständig wären, hätte der Patient zu entscheiden, welcher Spezialist für ihn am ehesten zuständig sein könnte. Bei „Erfolglosigkeit“ des ersten wären der zweite und dann ggf. der dritte Spezialist aufzusuchen. Alle würden ihren Bereich in tiefergehender Diagnostik abarbeiten. Dies geschähe immer mit dem Ergebnis sehr ausgeweiteter Medizin-Anwendung – und oft am eigentlichen Problem vorbei, da dies sich nicht selten einem spezialistischen Ansatz entzieht, weil gerade die Interaktion mehrerer Dinge das Problem des Patienten ausmacht [2, 7, 11].

### Das Seltene ist selten

Da ein Großteil der neu aufgetretenen Krankheitssituationen auf harmlose, häufig auch bald wieder verschwindende oder leicht zu behandelnde Krankheiten oder Funktionsstörungen zurückzuführen ist, erscheint es nicht sinnvoll, hier Spezialisten zu beschäftigen, die gerade die nicht-harmlosen Erkrankungen im Blick haben und haben sollen und daher überwiegend alles diagnostisch Mögliche tun sollen [8].

Würden diese aber mit *allen* Patienten konfrontiert, die ein Symptom haben, das auf sie als Zuständige hinweisen könnte (Kopfschmerz – Neurologe, Augenarzt, Psychiater), dann müssten sie jedoch ihren bisherigen Ansatz verlassen, der fast immer berechtigt unterstellt, dass ein nennenswerter Teil der von ihnen Untersuchten etwas Ernstes hat. Diese besondere „Epidemiologie“ ihrer Patienten kommt aber nur aufgrund der Vorselektion der Patienten durch die Generalisten zustande: Überwiesen wird nur der, bei dem eine größere Wahrscheinlichkeit besteht, dass etwas Ernstes vorliegt.

Gibt es die Generalisten aber nicht (vorgeschaltet) bzw. besteht – wie inzwi-

schen – der freie Zugang zu Spezialisten, dann müssen sie selbst die Vorselektion betreiben. Dazu sind sie aber schlecht ausgerüstet: Sie kennen den Patienten in der Regel nicht und haben ihn nicht in unterschiedlichen Lebenssituationen erlebt, wissen nicht Bescheid über dessen weitere Leiden etc.

### Vorselektion ist notwendig

Würde man aber nicht nach solchen Wahrscheinlichkeiten sein Handeln ausrichten und so nicht immer alles an Diagnostik und Therapie tun, an das man denkt bzw. denken sollte, dann käme es zu einer Über-/Fehlversorgung. Denn jegliche Diagnostik ist dadurch ausgezeichnet, dass immer dann, wenn man sie in einem Versorgungsbereich anwendet, in dem das jeweils gesuchte Krankheitsbild selten, d.h. unwahrscheinlich ist, dazu führt, dass es zahlreiche – meist sogar überwiegend – sog. falsch-positive Befunde erbringt [10]. Dies heißt: Sehr oft ist dann ein „krankhafter Befund“ nicht wirklich Ausdruck einer Krankheit, sondern Ergebnis der Variationsbreite in der Biologie, die nicht streng zwischen „krank“ und „gesund“ trennt. Ablesbar ist dies an der prädiktiven Wertigkeit eines Testergebnisses, die überwiegend von der in der „untersuchten Bevölkerung“ bestehenden Prävalenz der gesuchten Krankheit/Störung, also von der Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens, abhängig ist [10]. Da man aber bei Vorliegen eines positiven Ergebnisses nicht weiß, welcher positive Befund nun richtig und welcher falsch-positiv ist, muss man bei allen Patienten mit positivem Test weitergehen und dann zunehmend aufwendige und eingreifende Diagnostik betreiben.

Dieses Problem wird umso kleiner, je wahrscheinlicher das Auffinden der wirklichen Erkrankung in einer gedachten Gruppe von Patienten (mit bestimmten Symptomen, Befunden und Belastungen etc.) ist – und dies ist von der Prävalenz der Erkrankung in der untersuchten Population abhängig. Eine Vorselektion von Patienten, die eine Untersuchung bekommen sollen, dient daher der „Herstellung“ von gedachten „Populationen“ mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine Störung/Erkrankung. Eine solche Vorselektion nun bezieht alle Informationen zum Patienten – einschließlich dessen Umgang mit Krank-

heit/Störung – mit ein; sie ist also nur bei guter Kenntnis des Patienten relativ treffsicher möglich.

Die Spezialisten profitieren von dieser Vorselektion: Ihre diagnostische Treffsicherheit erhöht sich massiv, wenn sie nur mit einer „Population“ per Überweisung konfrontiert werden, in der die Krankheiten „konzentriert“ sind. Sie arbeiten so in einem Arbeitsbereich, der mit Hoch-Risiko-Bereich bezeichnet wird. In diesem entstehen dann nur wenig falsch-positive in Relation zu richtig-positiven Befunden.

Weitet sich jedoch der freie Zugang von Patienten zum Spezialisten weiter aus bzw. gäbe es keine Generalisten mehr, hätten wir also ein Spezialisten-System ohne die Gate-keeper-Funktion des Hausarztes, dann würde Diagnostik (und auch Therapie) zu massiver Fehlversorgung führen – entfele doch die Vorselektion, die erst die spezifische Arbeitsweise des Spezialisten sinnvoll werden lässt.

### Kenntnis des Patienten und Arzt-Patienten-Beziehung

Was hilft, eine Vorselektion treffsicher vornehmen zu können? Nur wenn ein Patient mit seiner Vorgeschichte und – häufig wichtiger – seinem Umgang mit Krankheit, mit psychischen oder sozialen Belastungen sowie seinem familiären Umfeld und seiner sozialen Einbettung bekannt ist, ist ein abwägendes Entscheiden, wie in einer bestimmten Krankheitssituation vorgegangen werden sollte, verantwortlich möglich [2, 7, 8, 11].

Am einfachen Beispiel deutlich gemacht: Ein Patient kommt wegen immer wieder auftretenden Herzstolperns und -jagens bei ansonsten guter Leistungsfähigkeit in die Arztpraxis. Körperliche Untersuchung und EKG zeigen keine Auffälligkeiten. Hier ist von großer Bedeutung zu wissen, dass dieser Patient in einem Werk tätig ist, in dem gerade Massentlassungen anstehen. Umgekehrt gilt das Gleiche: Zu wissen, dass dieser Patient eben nicht in einer solchen oder ähnlichen Situation sich befindet, zudem gar eher ein „Herunterspieler“ ist, fördert eine weitergehende Diagnostik – bei gleichem Symptom!

Und mit guter Kenntnis, die erst über die Kontakte mit dem Patienten erworben werden muss, wächst auch fast

immer eine gute, zumindest solide Arzt-Patienten-Beziehung. Oder anders ausgedrückt: Entsteht diese nicht, dann ist kaum anzunehmen, dass man viel – also mehr als das vom Patienten für notwendig Erachtete – vom Patienten erfährt. Auch wird dieser ohne eine solche Beziehung meist nicht viel vom Rat des Arztes annehmen.

Und schließlich bemerkt man in einer guten Beziehung auch mehr von dem, was kommuniziert werden soll – nonverbal oder verbal: Da werden Nuancen im Ton, der Wortwahl oder der Mimik und Gestik zur zusätzlichen Information über den Patienten in sein Befinden und in Bezug auf seine Präferenzen im Vorgehen etc. Solche Nuancen erkennt man aber meist nur, wenn man jemanden gut kennt. Damit wird eine gute Beziehung auch zur Hilfe in Diagnostik und Therapie.

### Kontinuität und Breite der Versorgung

Gut lernt man Menschen immer nur dann kennen, wenn man sie einerseits häufig und möglichst in unterschiedlichen Situationen sieht und andererseits auch in der Lage ist, ihnen die Möglichkeit zu geben, sich offen darzustellen. Um einander kennenzulernen, sich zu öffnen, braucht es Zeit und *viele Begegnungen* [12]. Diese Situation entsteht nur, wenn der Generalist immer erster Ansprechpartner ist, er also in einer Gate-keeper-Funktion tätig ist, die den Zugang zu Spezialisten und Krankenhaus nur über ihn ermöglicht [13].

### Chronisch Kranksein ist das Problem, nicht chronische Krankheit

Chronische Krankheiten – meist sogar als Teil von Multimorbidität – sind das Kennzeichen einer immer älter werdenden Gesellschaft. Für die Mehrzahl der chronischen Erkrankungen gibt es definierte und meist auch leicht zu beherrschende Behandlungen sowie Kaskaden der Behandlungssteigerungen, die im Verlauf meist notwendig werden.

Dass in Versorgungs-Studien für fast alle chronische Krankheiten eine „schlechte Versorgung“ für nennenswerte Teile der Betroffenen aufgewiesen wird, dürfte – weil die Behandlungskonzepte meistens einfach sind – überwiegend nicht durch schlechte Kenntnis

des Arztes, „schlechte“ Medikamente etc., sondern durch die Schwierigkeiten der Behandlung von Multimorbidität nach Leitlinienempfehlungen [14] sowie durch schlechte „Compliance“ des Patienten erklärt werden [15]. Letzteres spiegelt damit oft andere als die medizinisch gewünschten Verhaltensweisen, nämlich die Präferenzen und Krankheitskonzepte des Patienten wieder [16, 17].

Hier in Bezug auf Entscheidungen optimal vorgehen zu können und dabei des Patienten Konzepte und Präferenzen zu berücksichtigen, ist immer dann leichter, wenn „man sich kennt“. Das Aushandeln eines zwischen Patient und Arzt ausgemachten Behandlungsziels verlangt Vertrauen – basierend auf gegenseitig erlebter Ehrlichkeit. Nur muss es dazu ausreichend „menschliche Kontakte“ gegeben haben, auf denen Vertrauen aufbauen kann. So wird auch hier die Notwendigkeit eines Systems deutlich, das *viele Kontakte bei einem Arzt* ermöglicht, sogar zum *Versorgungsinhalt* macht.

### Was benötigt die Allgemeinmedizin?

Welche Anforderungen an uns als Fach und an die anderen Akteure im Versorgungssystem lassen sich aus dem Gesagten ableiten?

Der **Allgemeinmediziner** benötigt:

- Breites Wissen in der Medizin.
- Gute Kenntnisse und Fähigkeiten im psychosozialen Bereich mit insbesondere Empathie-Fähigkeit und Einfühlbarkeit, die unterschiedlichen Aspekte des Patienten wahrzunehmen.
- Die Fähigkeit, mit Ungewissheit umgehen zu können und dabei Verantwortung zu übernehmen (denn nicht alles, was möglich ist, soll immer getan werden).
- Ein optimiertes Gleichgewicht zwischen der Fähigkeit, eigene Grenzen erkennen zu können einerseits und der Bereitschaft zur Handlung in Verantwortungsübernahme andererseits.
- Kooperationsfähigkeit.
- Die größte Anforderung auf unserer Seite scheint aber die Arbeitszeit zu werden. Es muss ein Ausgleich zwi-

schen Anspruch der Patienten auf „ihren Arzt“ und dem *Freizeitanspruch des Arztes* hergestellt werden. Die Stärke der Allgemeinmedizin – dies zeigen immer wieder Patienten-Befragungen – besteht darin, dass der „Doktor immer da ist“. Wenn also der Doktor nicht mehr immer da ist, weil er oft Freizeitausgleich hat, dann wird am Bild der Allgemeinmedizin erheblich gekratzt. Erschwerend kommt hinzu, dass die Häufigkeit und Kontinuität gemeinsamer Erfahrung von Arzt und Patient über reduzierte Arbeitszeiten und damit reduzierte Zuständigkeit ebenfalls vermindert wird. Gerade aber die „gemeinsame Erfahrung“ – nicht die in der Patientenakte wiedergegebenen Fakten – erlaubt erst den Aufbau einer Beziehung sowie das Erlangen guter Kenntnis über den Patienten. Damit wird das „Da-sein“ zur Notwendigkeit für die generalistische Arbeitsweise!

Das „Da-sein“ jedoch macht heute für viele Ärzte die Hausarztztätigkeit unattraktiv. Aber gerade diese Anforderung, Kontinuität zu bieten, also „dazu-sein“, macht die Hausarztztätigkeit so interessant und bietet die Basis für die Berufszufriedenheit. Denn nur so erschließt sich die Vielfältigkeit der anderen Person, des Patienten. Dies und das Erleben, gebraucht zu werden sowie zu sehen, dass man etwas bewirkt und so Dankbarkeit erntet, das macht das Fach erst aus – ansonsten würde es zur langweiligen Routine [12, 17, 18].

Die **Hochschule** benötigt:

- Einen didaktisch-inhaltlichen Ansatz, der die Überblicksorientierung ins Zentrum stellt. Bisher – trotz Reform-Curricula – wird meist noch die Tiefe des Detail-Wissens betont. Mit einem solchen neuen Ansatz aber muss immer didaktisch auch verbunden werden, zu vermitteln, dass eben nur ein Teil dessen, was man weiß, gelehrt wurde; mit der Folge, dass hierauf aufbauend, am besten am „Fall“, weiter zu lernen ist (= *continuous medical education*).
- Das Lehren von Hinterfragen unseres Wissens. Momentan noch setzt man im Unterricht eher auf „Alles ist klar“. Evidenzbasierte Medizin stellt dagegen den idealen Zugang dar, muss aber insbesondere für den

Generalisten durch Narrative Medizin, und damit dem Aspekt des Individuums, ergänzt werden [19].

- Die inhaltliche Betonung, dass die meisten Gesundheitsprobleme vom Allgemeinarzt zu lösen und zu betreuen möglich sind – wenn auch die Grenzen dieser Betreuung immer erkennbar werden müssen. Momentan ist in der Lehre faktisch immer noch der „Spezialistische Ansatz“ das strukturierende Moment. Ergebnis ist die Furcht des Studenten und jungen Arztes, überhaupt etwas richtig machen zu können, wenn man nun – wie ein Hausarzt – für all die vielen Krankheiten gleichzeitig zuständig sein soll.
- Die Vermittlung, dass man in verantwortlicher Abwägung auch Entscheidungsverantwortung übernehmen kann und muss. Momentan wird implizit vermittelt, dass man Verantwortung an andere, dann Spezialisten, abgeben muss, da alles als „so unübersehbar schwierig“ vermittelt wurde.
- Die Vermittlung psychosozialer Kompetenzen. Dies geschieht heute schon an den meisten Hochschulen im Fach Psychosomatik und den Kommunikationskursen. Zu klären bleibt aber noch, ob hier nicht dennoch überwiegend nur Pflichtfächer von den Studenten abgearbeitet werden, Inhalte also unzureichend in das Handeln des Auszubildenden übergehen. Und für die Kommunikationskurse besteht die Frage, ob hierüber sogar aufgrund didaktischer Vereinfachungen nur Verhaltensrituale der Abwehr von echter Nähe und Empathie aus dem Kommunikations-Unterricht resultieren [20, 21].
- Eine zunehmende Symptom- anstelle Fächerorientierung. In den Reform-Curricula hat man vermeintlich weitaus mehr Nähe zum hausärztlichen Alltag und dem dort geforderten Ansatz erreicht. Dennoch muss bei der „erdrückenden Übermacht“ der Spezialisten in der Lehre z.B. bei Themen wie Brustschmerz, Kraftlosigkeit, Anämie etc. überlegt werden, ob nicht deren dabei gemeinsam vorgebrachter spezialistischer Ansatz zur „versteckten Botschaft“ wird – also z.B. aufgrund der vielfältigen Ausformungen des je-

weiligen Themas durch die jeweiligen Fächer es gerade zur Höherbewertung der Spezialisten kommt. Dies liegt sogar nahe, da der allgemeinmedizinische Beitrag zu den einzelnen Themen dann notwendigerweise – weil überwiegend generalistisch – sich bei jedem Einzelthema in den Grundzügen wiederholen muss. Zudem ist dieser Ansatz für den Anfänger nicht selten un bequem, weil er oft nicht gradlinige „Rezepte“, sondern Rahmenbedingungen von Entscheidungen, die immer mehrdimensional sind, zum Thema macht.

Dass dies nicht Ergebnis von Ausbildung sein muss, zeigt die angelsächsisch orientierte Medizinkultur: Schaut man sich die Curricula dort an, so hat das Fach Allgemeinmedizin meist nicht mehr Raum im Studium als bei uns – und dennoch wenden sich dort 20 bis 30 % der Studenten der „1. Berufswahl“ Hausarzt zu [22, 23]; bei uns sind es 10 % [24]. Erklärend wird hier wahrscheinlich sein, dass dort die Spezialisten aufgrund deren Medizinkultur weitaus bescheidener sind und oft gerade betonen, dass man nicht „so viel machen kann“ (wie immer behauptet wird), „hier erst einmal der Hausarzt zuständig“ sei etc. [4]. Dies ist dort eine naheliegende Haltung, da es nur wenige Spezialisten im ambulanten Bereich gibt und die Konkurrenz um Patienten entfällt.

**Weiterbildung** benötigt: Ein Konzept zur Vermittlung eines breiten praktischen Wissens und der dazu gehörenden Fertigkeiten. Momentan wird dies in der Pflichtweiterbildung nur in zwei spezialistischen Fächern, der Inneren Medizin (Krankenhaus) und der Chirurgie geboten. Zur Vermittlung der notwendigen Breite der Ausbildung muss daher heute der gut auszubildende Allgemeinarzt die Arbeit übernehmen. Dies wird keineswegs immer eine ideale Lösung sein, verschließt sie doch oft den Zugang zur Vermittlung neuerer Entwicklungen in den sog. kleinen Fächern.

Ziel muss daher sein, auch die sog. kleinen Fächer mit patientenversorgender Funktion in die Weiterbildung aufzunehmen. In Ansätzen ist das in einer Verbundweiterbildung gegeben [25]. Da aber diese nur für einen klei-

nen Prozentsatz der Weiterbildung zum Tragen kommt, bietet dies politisch keine ausreichende Lösung.

Daher müssen die Rahmenbedingungen der Weiterbildung politisch verändert werden: Mindestens drei bis vier kleinere Fächer – wie Haut, Neurologie, Orthopädie, Kinderheilkunde, Psychiatrie – müssen in Abschnitten von 4 bis 8 Wochen durchlaufen werden. Da dies zu Beginn Engpässe geben wird, könnte man ersatzweise praxisorientierte Intensivkurse berufsbegleitend mit 20 bis 40 Kursstunden anbieten. Vorgesehen ist dies momentan schon in der Vereinbarung der Krankenkassen und KV im Rahmen des Programms „Förderung der Allgemeinmedizin“ – nur wird es nicht umgesetzt.

**Forderungen an die Politik** sind:

- Der Weg zum Allgemeinmediziner als Berufsziel muss vergleichbar leicht mit anderen Facharztweiterbildungen sein. Bis auf die wenigen Ausnahmen – z.B. im Rahmen von Verbundweiterbildung – ist der Weg zum Allgemeinmediziner eine Strafe: Er bedeutet über mindestens fünf Jahre immer neue Stellensuche, neue Arbeitsverträge. Es bedarf also einer politischen Lösung, nach der die Weiterzubildenden – wie auch in anderen Ländern (Italien, GB, DK, frühere DDR etc.) – staatlich angestellt werden und sie dann mit Finanzausgleich zwischen Staat und konkretem Arbeitgeber vermittelt werden.
- Die Arbeit muss in ihrer Bedeutung entsprechend *gesellschaftlich gewürdigt* werden. Zum statusbestimmenden Moment gehört das Einkommen. Wenn auch die Berufsgruppe der Ärzte weiterhin zu den bestverdienenden Berufsgruppen gehört, dann darf es dennoch nicht innerhalb der Ärzteschaft so deutliche Einkommensunterschiede zwischen Allgemeinärzten und der Mehrzahl der Spezialisten geben. Das ist eine innerärztliche Angelegenheit, nur hat die Profession seit Jahrzehnten nicht geschafft, hier Änderungen zu erwirken. Damit wird es zu einer gesundheitspolitischen Aufgabe der Gesellschaft, denn sie leidet unter dem resultierenden Problem.

- Es müssen anstelle von Förderprogrammen *Strukturmaßnahmen* erfolgen. Die Förderung ländlicher Niederlassung wird nicht funktionieren (auch nicht durch gezielte Weiterbildungsförderung), solange nicht von den Ärzten erlebte Nachteile einer Niederlassung auf dem Lande finanziell kompensiert werden. Eine unterschiedliche Zulassungsschwelle und unterschiedliche Honorierung in Abhängigkeit des Niederlassungsortes in sowohl Stadtteilen als auch zwischen Stadt und Land funktioniert seit fast drei Jahrzehnten erfolgreich in England [26–28]. Interessanterweise wagt sich an dieses einfache und effektive Mittel hierzulande niemand heran: Die zuständige KV kann gar kein Interesse daran haben, die Politik müsste sich erst zuständig – und damit unbeliebt – machen.
- Es muss wieder eine Steuerung der Kooperation zwischen Generalisten und Spezialisten durch eine *Gatekeeper-Funktion* des Generalisten für die Mehrzahl der Überweisungsfächer geschaffen werden. Durch deren Abschaffung (endgültig mit Freigabe des direkten Zugangs zum Spezialisten mittels Krankenkassenkarte) ist mittelfristig schon das gegliederte Versorgungssystem existenziell gefährdet – ein Spezialisten-System droht.

## Schlussfolgerungen

Der Erhalt des gegliederten Systems von Generalisten und Spezialisten ist essenziell für eine qualitativ hochwertige Versorgung, die ein Optimum zwischen den Gefahren von Unter-, Über- und Fehlversorgung erreichen lässt. Dieses System wird durch Abschaffung der Gatekeeper-Funktion des Generalisten im Kern gefährdet. Ein Spezialisten-System droht zu entstehen, was zu noch deutlich größerer Über- und Fehlfunktion führen wird. Damit aber ist auch die Frage der Bezahlbarkeit des GKV-Systems infrage gestellt.

Gleichzeitig müssen wir wahrnehmen, dass nicht ausreichend viele aus- und weitergebildete Ärzte in den Beruf des Hausarztes gehen wollen. Aber wie sollte man dies auch anders erwarten bei:

### Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz ...



... Facharzt für Innere Medizin sowie Facharzt für Allgemeinmedizin. 1984–1998 Hausarzt in Berlin; 1998–2011 Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf. Seit 2012 nach Emeritierung wieder in Hausarztpraxis nahe Köln tätig. DEGAM-Präsident bzw. Vizepräsident für neun Jahre. Lehrbeauftragter für Public Health (Epidemiologie, Prävention) erst in Berlin, dann Düsseldorf.

- einem mühseligen und finanziell problematischen Weiterbildungsweg;
- notwendiger besonderer Verantwortungsübernahme in einem Arbeitsfeld mit viel Unsicherheit;
- von uns nicht vermittelten „Reizen“ des Faches, seiner Befriedigung, die

es bei Akzeptanz von „Immer-da-sein“ gibt;

- der relativ schlechten Bezahlung.

Auf keines dieser Probleme gibt die Politik ernsthafte Antworten. Und wir selbst drücken uns ebenfalls, zu sehen,

dass in unserem Fach eben Kontinuität benötigt wird – das es aber auch erst dadurch interessant und so befriedigend wird.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz  
 Institut für Allgemeinmedizin (Emeritus)  
 Heinrich-Heine-Universität  
 Moorenstraße 5  
 40225 Düsseldorf  
 abholz@med.uni-duesseldorf.de

## Literatur

- Linden M, Gothe H, Ormel J. Ländervergleich Deutschland/Niederlande: Der Hausarzt als Gatekeeper. Dtsch Arztebl 2004; 101: A-2600-2602
- Abholz HH. Generalist und Spezialist – zwei unterschiedliche Welten von Arbeit und Arbeitsauftrag. Z Allg Med 2004; 80: 411–3
- <http://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/rtt-waiting-times/rtt-data-2014-15/> – dort „RTT“-Dokumente (letzter Zugriff am 01.03.2015)
- Payer L. Medicine and culture. Revised Ed. New York: Holt, 1996
- WONCA Europe. Die europäische Definition der Allgemeinmedizin. 2002. [www.sgam.ch](http://www.sgam.ch) bzw. [www.oegam.at](http://www.oegam.at) (letzter Zugriff am 01.03.2015)
- DEGAM. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. 2009. [www.degam.de](http://www.degam.de) (letzter Zugriff am 01.03.2015)
- Abholz H-H, Wilm S. Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin. In Kochen MM: Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 4.Aufl. Stuttgart: Thieme, 2012: 606–616
- Montgomery K. How doctors think. Oxford: Oxford Univ. Press, 2006
- Miles A. Complexity in medicine and healthcare: people and systems, theory and practice. J Eval Clin Pract 2009; 15: 409–410
- Abholz H-H, Donner-Banzhoff N. Epidemiologische und biostatistische Aspekte der Allgemeinmedizin. In Kochen MM: Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 4.Aufl. Stuttgart: Thieme, 2012: 530–546
- Reeve J. Interpretive medicine – supporting generalism in a changing primary care world. Royal College of General Practitioners, Occasional Paper 88, London 2010
- Freeman G, Hughes J. Continuity of care and the patient experience. London: The Kings Fund, 2010
- Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, et al. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. Ann Fam Med 2013; 11: 262–271
- Boyd CM, Darer J, Bould C. et al. Clinical practice guidelines and the quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. JAMA 2005; 294: 716–24
- Kaduszkiewicz H, Streich W, Fuchs A, et al. Kann die hausärztliche Versorgung multimorbider Patienten in Deutschland mithilfe des Chronic Care Modells verbessert werden? Ergebnisse der Pilotierung der cluster-randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie MultiCare 4. Z Gerontol Geriatr 2011; 44: 95–98
- Wilm S, Abholz H-H. Chronisches Kranksein. In Kochen MM: Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 4.Aufl. Stuttgart: Thieme, 2012: 203–216
- Rüter G. Innerlich zerrissen sein: Ist Hausarztmedizin Lebenskunstmedizin? Z Allg Med 2010; 86: 322–28
- Abholz H-H. Das Besondere der Allgemeinmedizin – und wie es durch andere und uns selbst bedroht wird. Z Allg Med 2009; 85: 67–73
- Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin: Dialog und Diskurs im klinischen Alltag. Bern: Huber, 2005
- Reeve J, Lynch T, Lloyd-Williams M, Payne S. From personal challenge to technical fix: the risk of depersonalized care. Health Soc Care Community 2012; 20: 145–154
- Agledahl K.M, Gulbrandsen P, Forde R, Wifstad, A. Courteous but not curious: how doctors' politeness mask their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. J Med Ethics 2011;37: 650–654
- Goldacre MJ, Turner G, Lambert TW. Variation by medical school in career choices of UK graduates of 1999 and 2000. Med Educ 2004; 38: 249–258
- Wright B, Scott I, Woloschuk W, Brenneis F. Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. CMAJ 2004; 170: 1920–24
- Birck S, Bussche H v d, Jünger J, et al. Verändert sich das vertragsärztliche Ziel Hausarzt oder spezialisierter Internist im Verlauf der Weiterbildung? Z Allg Med 2014; 90: 508–16
- DEGAM. DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung. Frankfurt 2013
- Maynard A, Walker A. The physician workforce in the United Kingdom: issues, prospects, and policies. Leeds: The Nuffield Trust, 1997
- Simoens S, Hurst J. The supply of physician services in OECD countries. OECD health working papers No. 21. DELSA/HEA/WD/HWP (2006)
- Goddard M, Gravelle H, Hole A, Marini G. Where did all the GPs go? Increasing supply and geographical equity in England and Scotland. J Health Serv Res Policy 2010; 15: 28–35