

## Van den Bussche H, Siegert S, Nehls S, Boczor S, Kocalevent R-D, Scherer M. Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Teil 1. Z Allg Med 2018; 94: 362–366

### Leserbrief von Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz

#### Weiterbildung verkürzen

Am Schluss des Textes machen sich die Autoren tabubrechende Gedanken zur Frage der Weiterbildung – basierend auf ihren (als auch anderen) präsentierter Ergebnisse: Überwiegend Frauen werden Allgemeinärzte oder wollen es werden, sie aber brauchen im Durchschnitt – bei einer Pflichtweiterbildung von 6 Jahren – 9 bis 11 Jahre.

Hier stellen van den Bussche et al. die Frage, ob diese Zeit nicht viele Frauen davon abhält, eine solche lange Zeit in Weiterbildung zu investieren. Man kann berechtigt dagegen argumentieren, dass dies doch identisch auf alle Weiterbildungsgänge zutrefte.

Aber ich sehe hier einen Unterschied zwischen Spezialisten und den *heutigen* Allgemeinmediziner, die van den Bussche et al. Recht geben würden: Um Wissen und klinische Erfahrung in einem Fach zu gewinnen, braucht es solch lange Pflichtweiterbildungszeiten. Nur was beinhaltet heute das Fach Allgemeinmedizin und braucht man dazu noch eine so lange Weiterbildung? Da die Kontinuität und Breite der Betreuung (*comprehensiveness*) (oft auch mit Wunsch bzw. nach Fähigkeit der jungen Hausärzte) zunehmend entfällt, bleiben eigentlich nur noch die folgenden Dinge: Orientierende einfache Diagnostik, Behandeln nach Leitlinien oder Empfehlungen in Arztbriefen bzw. von Spezialisten, Überweisen an alle nur infrage kommenden Spezialisten (wenn nicht die Patienten dies

ihnen schon durch eigene Entscheidung abgenommen haben).

Verblieben sind als eigentlich hausärztliche Aufgaben nur noch: Betreuung der Alten, der hoffnungslos chronisch Erkrankten sowie der „Psychos“, die sonst keiner „haben will“. Sowie: Früherkennungs- und präventive Behandlungen. Der Generalist mit seinem spezifischen Arbeitsansatz, nach dem nicht immer alles, an das gedacht wurde, auch für jeden Patienten – und zu dessen Wohl – getan wird, stirbt aus.

Das, wofür die Allgemeinmediziner die Spezialisten waren, nämlich für die integrative Zusammenführung verschiedener Aspekte der Krankheiten des Einzelnen sowie das Psycho-Soziale, das wird zunehmend weniger von den jungen Hausärzten getan und kann auch nur weniger getan werden: Bei fehlender Kontinuität und *comprehensiveness* muss der generalistische Arbeitsansatz fallen gelassen werden. Und damit entfällt auch die bisher übliche und immer schwierige – weil mit Verantwortungsübernahme verbundene – Aufgabe der Prüfung, was für *diesen* Patienten gut ist und keine Über- oder Unterversorgung beinhaltet.

In Deutschland – und wahrscheinlich auch Österreich – ist durch die faktische Aufhebung des strukturell abgesicherten Primärarztsystems [1], aber auch aufgrund der Willigkeit der Allgemeinmedizin und vieler Allgemeinärzte, dies geschehen zu lassen, das Fach auf „leichte Arbeit“ reduziert worden (s.o.).

Insofern wäre ein kürzerer Weiterbildungsgang von z.B. 3 Jahren ohne Qualitätsverlust in Bezug auf die *heute noch übernommenen Funktionen* wahrschein-

lich ausreichend. Das dabei aber viel an Qualität durch Verdrängen der *generalistischen Funktionen* – einschließlich der Verantwortungsübernahme für Entscheidungen – verloren gegangen ist und weiterhin geht, habe ich an vielen Stellen [z.B. 1] bedauert. Nur scheint dies in Deutschland – anders als in den meisten Ländern Europas – der gesellschaftlich gewünschte oder akzeptierte Gang der Zeit zu sein.

Also sollte man sich eher Gedanken machen, ob ein System mit mehrheitlich über 6 Jahre lang ausgebildeten „dispatcher“ einerseits und Spezialisten andererseits gesellschaftlich vertretbar ist.

Will man die Weiterbildung der Allgemeinmediziner verkürzen, muss man wenigstens doch noch einige Generalisten haben, die all die Patienten betreuen, die aufgrund des spezialistischen Arbeitsansatzes, unzureichend versorgt werden. Wenigstens für die Patienten und Fragestellungen, die durch das Versorgungsgeraster von nur noch Spezialisten und Dispatchern fallen, braucht es Institutionen oder Arztberufe, die sich dieser Patienten annehmen können. Klar ist, dass es sich hier immer um einen „schlechten Ersatz“ des „klassischen Generalisten“ handeln kann, entfällt doch beim „neuen Generalisten“ weiterhin die Kontinuität und *comprehensiveness*. Aber immerhin, es wäre vielleicht ein gewisser Ersatz für zumindest die organischen Erkrankungen. Der Wiederaufbau der klassischen internistischen Polikliniken und/oder der Ausbau der sog. „Zentren für Seltene Erkrankungen“ mit dann erweiterten Aufgabenspektrum, wäre vielleicht ein Konzept für das deutsche Versorgungssystem (für

das Ausland entfallen alle solche Lösungen, haben sie doch noch ein Primärarztssystem).

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz  
Emeritus, Universität Düsseldorf  
Institut für Allgemeinmedizin  
Werdener Straße 4  
40227 Düsseldorf  
abholz@med.uni-duesseldorf.de

#### Literatur

1. Abholz H-H. Primärarztssystem – Welche Folgen hat ein Abbau in Deutschland? *Z Allg Med* 2018; 94: 291–295

#### Antwort von Prof. Dr. Hendrik van den Bussche

Dem Kollegen Abholz ist zuzustimmen, dass unsere KarMed-Ergebnisse unausweichlich die Frage nach Quantität und Qualität der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin stellen. Die Tatsache, dass künftig Ärztinnen die allgemeinärztlich basierte hausärztliche Versorgung tragen werden, und Männer offenbar für diese Tätigkeit kaum (noch) zu gewinnen sind, drängt die Frage auf, wie auf diese relativ neue Rekrutierungssituation reagiert werden kann und soll. Einfach gesagt, wie können wir mehr Absolventinnen des Medizinstudiums für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin und dadurch für die hausärztliche Tätigkeit gewinnen? Das sind zwei verschiedene Anliegen, wie wir in unserem Aufsatz gezeigt haben.

Hierbei ist immer zu bedenken, dass Köpfe (= arbeitende Personen) nicht notwendigerweise Vollkräfte sind. Dies verschärft die Probleme in Anbetracht der hohen Anteile von Teilzeitsuchenden weiter. Die Pflichtweiterbildung – die ja ein Minimum von fünf Jahren bis zum Abschluss voraussetzt – dauert in der Tat bei Ärztinnen ca. 10 Jahre, aber auch bei Männern ist sie nach einem jüngsten Aufsatz in der ZFA mit acht Jahren nur wenig kürzer [1]. Frühere Angaben waren in vergleichbarer Größenordnung [2–4]. In den KarMed-Daten hatten nur 14 % der Ärztinnen die Weiterbildung nach sechs Jahren abgeschlossen, bei den (we-

nigen) Männern (mit [Ehe]-Frau im Rücken?) waren es „immerhin“ 38 %.

Es stimmt aber nicht, wie Abholz meint, „dass dies doch identisch auf alle Weiterbildungsgänge zutreffe“. Die real dafür benötigten Zeiten sind bei den Spezialisten deutlich kürzer – z.B. sind Pädiaterinnen nach sechs Jahren zu 25 % mit der Weiterbildung fertig. Folge für unseren Bereich: Die hausärztliche Niederlassung findet im Alter von durchschnittlich 38 Jahren statt [1], d.h. „nur“ ca. 30 Jahre bis zum Rentenalter! Das „Produktivitätsproblem“ trifft in dem Maße leider nur auf das Fach Allgemeinmedizin zu.

Im internationalen Vergleich ist unsere Weiterbildungsdauer vermutlich Weltrekord. Niemand kann erklären, dass bei uns bis zu 16 Jahren Qualifizierung nötig sind, um die hausärztliche Tätigkeit qualifiziert in allen seinen vielfältigen Aspekten auszuüben. Das ist eine Vergeudung von Lebenszeit und Ressourcen wie auch eine Quelle von Frust für die Beteiligten; zumal die Zustände nach der Niederlassung in vielerlei Hinsicht (Abholz beschreibt die Limitationen und Absurditäten des „Systems“ drastisch!) nun auch nicht gerade paradiesisch genannt werden können (Honorar, Arbeitsbelastung, Einzelkämpfertum, administrativer Aufwand etc.). Die meisten europäischen Länder schaffen es mittels eines strukturierten und supervidierten Programms, das weitaus mehr „Fächer“ durchlaufen lässt als bei uns, die Hausärzte und -ärztinnen innerhalb von drei Jahren (breit) zu qualifizieren und ihnen eine solide professionelle Identität zu vermitteln, während wir die genannten langen Zeiten benötigen und dann als Nebeneffekt auf mehr als 50 % Quereinsteiger und auf 30 % hausärztliche Internisten bauen müssen, um eine Primärversorgung überhaupt hinzukriegen. Dabei muss man zudem sehen, dass in den meisten dieser Länder die Hausärzte nun wirklich auch eine breite Versorgung betreiben; zumal es ambulant kaum Spezialisten dort arbeiten. Und hierzulande geschieht gerade das Gegenteil: zunehmende Einengung des Aufgabenspektrums.

Unverständlich – und gefährlich – ist aus meiner Sicht, dass die Fachgesellschaft den Zustand in der Weiterbildung duldet, obwohl er unter (aktuellen) Rekrutierungsgesichtspunkten ein Eigentor darstellt. Die Kompetenzzentren sind ei-

ne prima Idee, aber mehr als ein Tropfen auf dem heißen Stein können sie nicht darstellen. Man könnte zynisch sagen: Zum Glück wissen das die 10 % Absolventen und Absolventinnen des Studiums, die in eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin einstiegen, alles nicht. Sonst käme wohl niemand mehr nach.

Nicht ganz folgen würde ich Abholz, wenn er eine kausale Verbindung zwischen einer abnehmenden Kontinuität, *comprehensiveness* und Generalismus in der hausärztlichen Tätigkeit (der Jüngeren) und den Zuständen in der Weiterbildung herstellt. Belgien beispielsweise hat auch kein Primärarztssystem, die dreijährige hausärztliche Weiterbildung in Flandern – unter der gemeinsamen Ägide der fünf hausärztlichen Universitätsinstitute – gehört aber allgemein anerkannt zur Weltspitze. Möglicherweise ist die Dynamik der Jüngeren dort, die sich 10 Jahre früher niederlassen (können), eine wichtige Voraussetzung für eine aktive Verteidigung einer hausärztlichen Professionalität, die diesen Namen verdient.

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Hendrik van den Bussche  
Institut für Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
bussche@uke.de  
Tel.: 0151 15640854

#### Literatur

1. Schäfer M, Donnachie E, Schneider A. Über den Zusammenhang von Geburtsort, Studienort und hausärztlicher Tätigkeit. *Z Allg Med* 2018; 94: 345–349
2. Becka D, Rusche H, Huenges B. Wo arbeiten die Allgemeinmediziner nach der Facharztanerkennung? *Z Allg Med* 2015; 91: 440–445
3. Huenges B, Weismann N, Osenberg D, Klock M, Rusche H. Weiterbildung aus Sicht der (Haus-)ärzte von morgen. *Z Allg Med* 2010; 86: 369–378
4. Sachverständigenrat für die Begutachtung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, S. 393. [www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten\\_2014\\_Langfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf)