

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

Leserbrief von Dr. Gernot Rüter

Abholz führt aus, wie die Erosion der primären Versorgungsebene durch den Trend zum „Spezialisten“ der spezialistischen Versorgungsebene deren Arbeitsweise und deren Versorgungsaufgabe unmöglich macht und so die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gefährdet.

Abholz liefert auch eine formale Geschichte dessen, wie die Erosion der Primärversorgungsebene ablief. Was fehlt, ist eine inhaltliche Auseinandersetzung mit diesem Prozess. Meiner Überzeugung nach versäumte die Primärversorgungsebene und die sie tragenden Ärztinnen und Ärzte, die von Abholz beschriebenen *drei* Komponenten guter hausärztlicher Versorgung in die Profession und die Gesellschaft hinein deutlich zu machen.

Zu verlockend war das wissenschaftlich vergleichsweise einfach zu beackende Feld dessen, das Abholz den „medizinischen Befund“ nennt. Das „gute Kennen des Patienten“, sein personaler Umgang mit Kranksein und der Umgang in und mit dem sozialen Umfeld sind viel schwieriger wissenschaftlich zu bearbeiten. Zudem sind Meriten aus diesem Feld in der wissenschaftlichen Community sicherlich nur sehr schwer zu erringen. So mag es sein, dass die Verwissenschaftlichung der Allgemeinmedizin und ihre Akademisierung gerade dazu beitragen, sogar den Trend zur Spezialisierung zu unterstützen und dem von Abholz formulierten Dreiklang der Versorgung das Wasser abzugraben.

Vielleicht ist noch Zeit für eine Trendwende und für eine Hinwendung zu den im Artikel benannten anderen Komponenten, d.h. zu „Umgang des Patienten“, zu „soziales Umfeld“ sowie zu „personaler Medizin“, denn anders wäre Abholz' Artikel ja nicht sinnvoll zu nutzen, und anders wäre der Niedergang des Versorgungssystems nicht zu korrigieren. Ich habe in den vergangenen 20 Jahren in einer Anzahl von Aufsätzen versucht, die Aufmerksamkeit auf insbesondere die

angesprochenen „personalen“ Aspekte hausärztlicher Arbeit zu lenken [1–6]. Solche Gedanken sollten aus einem Dialog der hauptamtlich versorgenden Hausärztinnen und -ärzte mit der akademischen Allgemeinmedizin entwickelt werden. Als Wissens-, Forschungs- und Versorgungsfeld liefert dazu z.B. auch die relativ junge Wissenschaft Psychoneuroimmunologie Ansätze, die in einer Integrativen oder Integrierten Medizin münden können [7].

Korrespondenzadresse

Dr. med. Gernot Rüter
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Chirotherapie – Palliativmedizin
Blumenstr. 11/Postfach 30
71726/71724 Benningen
rueter@telemed.de

Literatur

1. Rüter G. Jenseits der Klarheit – Über die Verwendung des Modells „Integrierte Medizin“ nach Thure von Uexküll in der hausärztlichen Praxis. Z Allg Med 2007; 83: 271–276
2. Rüter G, Joos S. Stellenwert und Bedeutung einer neu zu gründenden DEGAM-Sektion „Individual- und Beziehungsmedizin“. Z Allg Med 2010; 84: 322–345
3. Rüter G. Innerlich zerrissen sein: Ist Hausarztmedizin Lebenskunstmedizin? Z Allg Med 2008; 86: 340–345
4. Rüter G. Phönix aus der Blase – Vorschlag der philosophischen Grundierung der Hausarztmedizin als Lebenskunstmedizin. Z Allg Med 2010; 86: 395–399
5. Rüter G. „Training fühlenden Gestaltens“ als ein Herzstück hausärztlichen Handelns – Lebensbegleitung als tägliche Praxisaufgabe. Der Mensch 52–2016: 42–46
6. Rüter G. Wofür der Hausarzt sein Geld verdient – Komplexität in der hausärztlichen Sprechstunde. Allgemeinarzt 2017; 39: 27–31
7. Schubert C. Psychoneuroimmunologie, chronischer Stress und körperliche Erkrankung – Psychotherapie im Dialog mit der Immunologie. PiD – Psychotherapie im Dialog 2016; 17: 16–21

Leserbrief von Kai Uwe Helmers

Der Kollege Abholz geht davon aus, dass ein Primärarztssystem in Deutschland bestand und dieses sukzessive abgeschafft bzw. ausgehöhlt wurde und wird. Diese Beschreibung deckt sich nicht mit der von mir beobachteten Realität und ich denke, dass es auch zweifelhaft ist, ob es in der Bundesrepublik jemals ein Primärarztmodell gab. Explizit existierte solches jedenfalls nicht. Es ist aber von Bedeutung, ob ein Primärarztssystem abgeschafft und dagegen argumentiert wird, oder ob überhaupt erst eins gefordert wird. Die ambulante Medizin war immer von Kämpfen der Ärzte und Ärztinnen für mehr Geld bestimmt. Das geschah sehr geschickt und führte, trotz der tragenden Rolle deutscher Ärzte im Nationalsozialismus, in der Bundesrepublik dazu, dass die Einkommen der Niedergelassenen erheblich stiegen, insbesondere im Verhältnis zur Einkommensentwicklung in der übrigen Gesellschaft. Auf Regulierung ihrer Einkommen reagierte die niedergelassene Ärzteschaft mit Empörung und mit Kommerzialisierung. Es wurden Privatpatienten umworben IGeL-Leistungen erfunden und andere Geschäftsfelder entwickelt. Von einem „Kulturwandel“ zu sprechen wie der Kollege Abholz das tut, zeigt eine romantisierende Sichtweise und leugnet die Verantwortung der meisten Niedergelassenen und der Verbände.

Warum ein solches Primärarztssystem sinnvoll wäre, leitet sich aus meiner Sicht anders ab. Als Hausarzt sehe ich häufig Menschen mit einem zunächst unklaren Beschwerdebild. So muss ich einen sehr tief gehenden diagnostischen Blick entwickeln, der biologische, soziale und psychologische Aspekte aufnimmt, sie gegeneinander abwägt und das Zusammenspiel bedenkt. Dabei hilft eine langjährige Kenntnis des Patienten. Sie ist aber nicht das Wesentliche. Eine langjährige Kenntnis kann diesen Prozess beschleunigen, jedoch kenne ich den Patienten ja nur vermeintlich und muss ihn stets wieder neu kennenlernen, um kenntlich zu machen, was ist. Das Wesentliche sehe ich daher in einer

horizontalen Sichtweise und nicht allein in einer langjährigen Begleitung. Spezialisten können auch eine langjährige Kenntnis des Patienten haben jedoch anders damit umgehen. Wenn Herr Abholz schreibt, dass ohne langjährige Kenntnis nur „die reine Medizin-ebene“ bleibe und dieses könne der Primärarzt in vielen Fällen nicht bedienen, da er breit aber nicht in die Tiefe gehend weitergebildet sei, so ist doch meine Erfahrung und meine Kenntnis sehr verschieden dazu. Prinzipiell gibt es keine „reine Medizin-ebene“. Das reproduziert eine eindimensionale Sichtweise. Wenn damit gemeint ist, dass viele Untersuchungen und Therapien durchgeführt werden, so liegt das häufig an der fehlenden Kommunikation mit dem Patienten. So beobachte ich immer wieder, dass bei Menschen die nicht deutsch sprechen und mit denen es aus verschiedenen anderen Gründen schwierig ist zu kommunizieren, mehr Diagnostik und mehr Therapie durchgeführt wird.

Die **horizontale Sichtweise** unterscheidet mich von den Spezialisten, deren „Tiefe“ in der Diagnostik doch nur die Tiefe des diagnostischen Rahmens ihres Spezialfaches hat. So sind Menschen mit ungewöhnlichen und seltenen Symptomen in der Regel am besten bei einem Primärarzt aufgehoben, der erkennt, dass es sich um ungewöhnliche oder seltene Erkrankungen handeln könnte und der die Abklärung so lange vorantreibt, bis sich weitestgehend eine Klärung herbeiführen lässt. Ein weiterer wichtiger Beziehungsmodus ist der der **Egalität** und der **Fraternisierung** mit dem Patienten. Das gegenüber so zu behandeln, wie Mensch selbst behandelt werden will. D.h. auch alles einer vorsichtigen Kritik zu unterziehen und wenn nötig auch, die Verantwortung für bestimmte Entscheidungen vornehmlich zu tragen. Die Ableitung, warum ein primärärztliches System notwendig ist, lässt sich auch über das Bayes/La Place-Theorem der bedingten Wahrscheinlichkeiten erkenntnistheoretisch sehr gut herleiten. Es ist geradezu erschreckend, wie viele gesunde Menschen von Spezialisten untersucht und behandelt werden, da diese Zusammenhänge nicht gesehen oder richtig gewertet werden. Auch ein Primärarztssystem kann jedoch noch mehr entlastet werden von Menschen, die keinen Arzt brauchen, sondern vornehmlich Fürsorge oder niederschwellige Ge-

sundheitsberatungen. Auch formale Entlastungen wären sehr einfach zu verwirklichen, wenn eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erst nach 7 Tagen, anstatt meist schon nach dem ersten Tag ausgestellt werden müsste. Anstatt dass sich interprofessionelle und interdisziplinäre primärärztliche Zentren entwickeln, haben wir es mit einem Kulturwandel der Kommerzialisierung und Entwertung sozialer Arbeit zu tun. Die Arbeit der Hebammen beispielsweise wird dermaßen erschwert, dass eine Wochenbettbetreuung häufig gar nicht mehr durchgeführt wird. Große MVZ betreiben „Rosinenpickerei“ mittels Interventionen, die lukrativ vergütet werden, während die sprechende Medizin nicht ausreichend vergütet wird. Durch einfache Strukturänderungen und Einbeziehung medizinischer Berufe in die Primärversorgung, die eben nicht alleine von ärztlicher Seite geleistet werden sollte, könnten sicher zahlreiche Spezialistinnen und Spezialisten überflüssig gemacht werden bzw. in primärärztliche Tätigkeiten überführt werden. Die Versorgung könnte dem Bedarf gerechter werden, wäre Ressourcen sparend und könnte mit seinem horizontalen, egalitären, interprofessionellen und interdisziplinären Ansatz in der heutigen Gesellschaft beispielgebend wirken.

Korrespondenzadresse

Kai Uwe Helmers
Niedergelassener FA für Allgemeinmedizin
Lehrarzt für das Institut für
Allgemeinmedizin Hamburg
Ottenser Hauptstraße 1a
22765 Hamburg
praxishelmers@gmx.net

Antwort von Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz

Den Gedanken von Herr Rüter kann ich voll folgen: Mein Text war auf die historische Entwicklung, die Analyse und die Extrapolation in die Zukunft gewidmet. Herr Rüter weist auf weitere Aspekte in diesem Zusammenhang hin, wie das möglicherweise bestehende unglückliche Zusammenspiel der Entwicklung akademischer Allgemeinmedizin mit dabei zugleich zunehmendem Ignorieren des Kerns des primärärztlichen Ansatzes und der entsprechenden Versorgung. Er fordert als Rettungsversuch

auf konzeptioneller und praktischer Ebene dann eine wissenschaftliche Weiterentwicklung, die eben diesen Kern zum Forschungsinhalt hat.

Zu den Teilen des Leserbriefes von Herrn Helmers, die sich direkt auf meinen Text beziehen, möchte ich sagen: Es gab noch bis Ende der 80-er Jahre faktisch – wenn auch nicht explizit so genannt – ein Primärarztssystem, was über nur einen, später dann zwei oder drei Überweisungsscheine pro Jahr im Krankenkassenheft des Versicherten geregelt war. Diesen Überweisungsschein musste der Versicherte seinem Hausarzt bringen, damit dieser ihn dann, wenn gebraucht, ausfüllte und abstempelte. Wurden mehr Überweisungsscheine gebraucht, musste der Versicherte einen weiteren bei der Krankenkasse anfordern. Im Lauf der Zeit dann wurden es erst mehr Überweisungsscheine im Krankenkassenheft und dann am Schluss die Versichertenkarte, die auch direkt zum Besuch eines Arztes – welcher Ausrichtung auch immer – genutzt werden konnte. Dieser eine Arzt musste die Koordinationsaufgaben mit Erhalt der Karte für diesen Patienten und dieses Quartals übernehmen (was Spezialisten in der Regel von der direkten Annahme der Karte abhielt). Und schließlich wurde die Versichertenkarte zur Eintrittskarte des Versicherten zu allen Ärzten, also auch für den parallelen Gebrauch mehrerer Ärzte. Dies geschah mit den Folgen, die wir kennen, also u.a. auch mit den monatelangen Wartezeiten bei Spezialisten.

Dieser Vorgang, der sich über 20 Jahre hinzog, war primär von den Kassen – nicht der Ärzteschaft – angetrieben, die es als Symbol der Achtung der „Autonomie des Patienten“ im Wettbewerb der Kassen untereinander einsetzten. Insbesondere die Kassen, die sich an den mittleren und höheren sozialen Schichten orientierten bzw. auch nur von diesen gewählt werden durften (!), waren hier führend.

Bezüglich der Bedeutung der Breite der Zuständigkeit und der Kontinuität der Betreuung für die Arbeitsweise des Allgemeinarztes unterscheiden wir uns: Ich stellte dar, dass beides zusammen nicht nur die Kenntnis des Patienten, sondern auch den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung in der Regel notwendig macht. Herr Helmers meint hingegen, dass eine „horizontale Sichtweise“, die bei mir „bio-psycho-sozial“ heißt, auch ohne „continuity“ und

„comprehensiveness“ möglich ist – etwas, was auch im Leben generell, also außerhalb der Praxis, nach meiner Sicht nur sehr selten möglich ist: Wir alle müssen Beziehungen über die Zeit und mit vielen Gelegenheiten, uns in unterschiedlichen Situationen zu erleben, aufbauen, bevor wir uns wirklich, d.h. in

„horizontaler Weise“ (nach Helmes) kennen und Vertrauen fassen können.

Im Punkt, dass die „reine Medizin-Ebene“ eindimensional sei, da unterscheiden wir uns beide nicht – ebenso wie wir uns nicht unterscheiden, wenn es um die Schädlichkeit der Kommerzialisierung der Medizin geht.

Korrespondenzadresse

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