

Was erwarten praktizierende Hausärztinnen und Hausärzte von der akademischen Allgemeinmedizin?

What do Practicing Family Physicians Expect from Academic Family Medicine?

Heinz-Harald Abholz¹, Uwe Kurzke²

Nehmen wir einmal an, dass sich praktisch tätige Hausärztinnen und Hausärzte auf eine beliebige Homepage einer der 36 allgemeinmedizinischen Universitäts-Institutionen begeben, um zu entdecken, was dort publiziert wird. Sie würden dann fast nur Arbeiten in englischer Sprache sehen, mit Fragestellungen, die nur zum kleinen Teil etwas mit ihrer Tätigkeit in der Praxis zu tun haben. Forschung als Kontaktfeld zwischen Uni und Praxis scheint nicht nennenswert zu existieren; vermutlich dürfte kaum eine/r der Website-BesucherInnen (selbst mit Uni-Kontakt) jemals diese Arbeiten gelesen haben.

Anders ist es auf dem Feld des Unterrichts: Die Abteilungen/Institute suchen Praktizierende, die den Unterricht (Praktika oder auch Seminare) durchführen, da in den Abteilungen kaum noch Allgemeinmediziner tätig sind. Die Zusammenarbeit bezieht sich hier auf Fortbildungsveranstaltungen, manchmal auch auf didaktische Schulungen für die Praktika sowie auf einen „Tag der Allgemeinmedizin“.

Praktizierende aber haben zahlreiche Fragen aus der täglichen Versorgung, die sie gern auch wissenschaftlich bearbeitet sehen würden. Solche Veröffentlichungen gab es früher mehr als heute – wenn auch fast immer nur in *Englisch* publiziert. Die für die Veröffentlichungen grundlegenden Fragen sind dabei aber keineswegs weniger geworden.

Nur einige Beispiele sollen dies illustrieren: Studien, wie z.B. über die optimale Behandlung einer Blasen-

entzündung (Hammers-Pradier et al.); den Umgang mit Patienten bei Verdacht auf eine Thrombose anhand eines geprüften Algorithmus (El Tabei); die Prüfung eines „Befund-Rasters“, der eine treffsichere Einschätzung des Patienten mit Thoraxschmerzen ermöglicht (Donner-Banzhoff); die randomisierte Prüfung, ob eine „Spritze“ mehr als eine Tablette mit identischer Inhaltssubstanz bei Rückschmerzen erbringt (Abholz). Oder auch die Untersuchungen, wie man weniger Antibiotika-Gebrauch bei Atemwegsinfekten erreichen kann (Altiner); wie man Raucher effektiv unterstützen kann, mit dem Rauchen aufzuhören (Kotz); wie man mit „absoluten“ Risikoreduktionen kardiovaskulär beraten kann (Donner-Banzhoff).

In Bezug auf die aufgeführten beispielhaften Texte ist zu sagen: Alle hier aufgeführten Arbeiten sind initial weder in deutscher Sprache noch in der ZFA publiziert worden, also den hausärztlich tätigen Leserinnen und Lesern verborgen geblieben.

Mindestens sechs Entwicklungen erscheinen verantwortlich für das faktische Verschwinden von Hausarzt-Themen aus den Instituten/Abteilungen:

1 Ohne Zweifel war die universitäre Etablierung der Allgemeinmedizin wichtig – sie hat essenzielle Impulse für die Allgemeinmedizin gesetzt, unser Fach mit EBM und wissenschaftlicher Untermauerung ausgestattet und so zu (teilweiser) Anerkennung durch

die Spezialfächer geführt. Parallel hat in dieser Zeit der Kontakt und die Nähe zur Praxis abgenommen. Universitäre Abteilungen für Allgemeinmedizin werden heute, anders als in ihren Anfängen, zunehmend nur noch von einer verschwindend kleinen Minderheit von praktisch tätigen, langjährig erfahrenen Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten geleitet.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Die enormen Anstrengungen zahlreicher Hochschullehrerinnen und -lehrer, die sich Woche für Woche neben der Uni noch für einen halben oder ganzen Tag in eine Praxis begeben, sollen nicht in Abrede gestellt werden. Die praktische Erfahrung von niedergelassenen Allgemeinärzten zeigt jedoch, dass es Jahre der täglichen Praxis braucht, um halbwegs zu verstehen, worum es in unserem Fach eigentlich geht. Kämpft man in den ersten Jahren mit einer Fülle von Krankheiten und Beschwerden, von denen man mit Glück im Studium zumindest etwas gehört hat, so erreicht man nach eigenen Erfahrungen von Hausärzten erst nach 7–10 Jahren ein Stadium, in dem das fachspezifische Rüstzeug einigermaßen sitzt und man sich auf das eigentlich Wesentliche der Hausarztmedizin konzentrieren kann.

Fazit: Die Institute/Abteilungen werden inzwischen mehrheitlich von praktisch/klinisch wenig erfahrenen Hausärztinnen und Hausärzten geleitet. Damit ist ein riesiger Schritt weg vom „Kranksein“ als ursprünglichem Fokus des Faches hin zur „Krankheit“ mit ihrer spezialistischen Ausrichtung getan.

¹ Emeritus, Institut für Allgemeinmedizin, Universität Düsseldorf

² Arzt für Allgemeinmedizin, Pellworm und St. Jakob in Defereggen

DOI 10.53180/zfa.2022.0446-0448

2

Hinzu kommt, dass – begründet durch einen Mangel an Bewerberinnen und Bewerbern – an den universitären Institutionen inzwischen 60 bis 85 % nichtärztliche Mitarbeiter/innen tätig sind, also eigentlich Fachfremde. Was auf der einen Seite eine Bereicherung durch Einbindung von anderen Perspektiven bedeuten kann, wirkt sich in der Realität jedoch nachteilig aus. Viele (Forschungs-)Fragen der Praxis verlangen gerade die Detailkenntnis des „Alltäglichen“, was nur mittels Arbeit in der Praxis erfasst werden kann – und so auch die Forschungsfragen der Praktizierenden generieren lässt.

3

Verstärkt wird dieses Auseinanderdriften zwischen den Forschungsfragen der Institute/Abteilungen an den Universitäten und den Praxis-Problemen (die eigentlich auch einer wissenschaftlichen Bearbeitung bedürfen) zusätzlich dadurch, dass sich die Vergabe meist staatlicher Drittmittel für Forschung zunehmend (mehr als noch vor 15 Jahren) an einer „Versorgungsforschung sozialwissenschaftlicher Ausprägung“ orientiert. Vor 15 bis 20 Jahren aber gab es noch eine gezielte Forschungsförderung der Allgemeinmedizin – und dazu gehörte dann als Teil auch eine „allgemeinmedizinische Versorgungsforschung“, die ja immer näher am Objekt der Untersuchung – Arzt, Patient oder beide – ansetzte.

4

Selbst bei den Hausärztinnen und Hausärzten liegt – im Vergleich zur Zeit vor 20 bis 30 Jahren – ein Wandel der Identität des Faches vor: Es ist zu einer Abkehr vom „bio-psycho-sozialen“, also generalistisch ausgerichteten Fach mit kontinuierlicher Betreuung der Patienten (für das z.B. Balint-Gruppen und deren Sicht auf die ärztlichen Aufgaben im Zentrum standen), zu einem Fach mit EbM und Leitlinien-Orientierung gekommen; von manchen – nicht ganz unverständlich – als Kochbuch-Medizin verstanden. Denn nicht selten werden aus Studien gewonnene Erkenntnisse, die eigentlich primär nur für „Gruppen“ gelten, auch als Richtungsvorgabe für jeden einzelnen Patienten ge-

Unsere Buchempfehlungen



David Matusiewicz/
Alice Martin (Hrsg.)

Smarte Medizin

Analog und digital von A bis Z

2022. 360 S., Kt
€ 39,95 (DE)/
€ 41,10 (AT)/ CHF 52.50
ISBN 978-3-456-86172-2
Auch als eBook erhältlich

In Form von Interviews geben Experten aus Klinik und Praxis aber auch Gesundheitswirtschaft einen praxienahen Einblick in die digitale Transformation der jeweiligen Teilbereiche der Medizin und einen Ausblick auf zukünftige Handlungsfelder.



Norbert Donner-Banzhoff

Die ärztliche Diagnose

Erfahrung – Evidenz – Ritual

2022. 360 S., 64 Abb., 5 Tab., Kt
€ 44,95 (DE)/
€ 46,30 (AT)/ CHF 59.50
ISBN 978-3-456-86194-4
Auch als eBook erhältlich

Das Buch versucht anhand verschiedener Sichtweisen eine Handlungsrelevanz für den ärztlichen Alltag herauszuarbeiten. Fallbeispiele, klinische Bezüge und zusammenfassende Darstellungen, erleichtern das Verständnis.

www.hogrefe.com



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

... war 12 Jahre Hausarzt in Berlin, dann 13 Jahre Institutsleiter an der Universität Düsseldorf mit drei Halbtagen in einer Landpraxis nahe Köln. Anschließend für weitere neun Jahre Halbtagsstätigkeit in einer hausärztlichen Praxis.

Foto: Melitta Blazey-Abholz



Dr. med. Uwe Kurzke ...

... war über 30 Jahre als einziger Arzt auf der Nordseeinsel Pellworm tätig. Die Praxis war akademische Lehrpraxis der Universitäten Kiel (UK war dort auch Lehrbeauftragter) und Göttingen. Anschließend arbeitete er 5 Jahre in einer Teampraxis in einem abgelegenen Osttiroler Bergdorf.

Foto: privat

nommen (das ist der Untergang für „personalisierte Versorgung“).

Damit ist das Fach sowohl aus Sicht der Praxis als auch der Hochschule „eindimensionaler“ geworden. Es scheint, als ob das Fach wie jedes andere im Wesentlichen nur noch „Medizin“ repräsentiert – und man mittels EbM und Leitlinien weiß, „was richtig“ ist – eben auch für den einzelnen Patienten richtig sein müsste. D.h. wir haben begonnen – entgegen den Vorstellungen der Väter von EbM – die Leitlinienempfehlungen, die ja aus Studien zu Gruppen gewonnen wurden, nun auf jeden einzelnen Patienten zu übertragen.

5

Die Ärztekammern haben mit der fortschreitenden Atomisierung der Fachgebiete ihr Übriges getan, was von der Allgemeinmedizin nicht abgewehrt wurde und so das Fach „schrumpfen“ ließ: Medizinische Kernbereiche der Allgemeinmedizin sind aus dem Fach herausgelöst worden. Dies ist im Ausland völlig anders: Hier ist der Hausarzt für alle wesentlichen Fragen von kleiner Chirurgie, Orthopädie, Neurologie, Pädiatrie, Urologie etc., sogar der Gynäkologie weiterhin der primär Zuständige.

Bei uns gehört noch nicht einmal die Chirurgie zum verpflichtenden Curriculum der Weiterbildung. Für die Betreuung von Palliativpatienten im häuslichen Umfeld sind Zusatzqualifikationen erforderlich, die nur schwer neben der laufenden Praxis erworben werden können. Und die Hausärzte selbst haben zu verantworten, dass die Anzahl der Hausbesuche seit Jahren kontinuierlich abnimmt. Hausbesuche aber trugen wesentlich zum Verständnis des kranken Menschen in seinem Umfeld bei, scheinen aber heute zum Großteil nur noch als lästiges Übel empfunden zu werden. Ein weiteres Beispiel ist die Aufhebung der Residenzpflicht, die dazu führt, dass Hausärzte nicht mehr dort „zu Hause“ sind, wo ihre Patienten und Mitbürger leben. Was einem Bedürfnis nach Privatheit der Ärzte dienen soll, führt dazu, dass wichtige Einblicke außerhalb der Sprechstunde in das komplexe soziale Gefüge eines Ortes oder Stadtteils verloren gehen.

6

Eine solche neue und zunehmend um sich greifende Fachorientierung in Richtung auf die unterstellte Klarheit von EbM als auch die nun geschaffene

Enge des Faches selbst – also das in Punkt 4 und 5 skizzierte – haben auch den Weg zu einer neuen Arzt-Identität bereitet. Dies ist eine, in welcher der einzelne Hausarzt gut austauschbar geworden ist, weil sein von ihm verantwortetes Arbeitsfeld immer kleiner und nach „eindimensionalen Regeln“ – z.B. Leitlinien – orientiert worden ist. Dies ist etwas, was für die bei Neuhäusärzten breit gewünschte bessere Berücksichtigung eigener Life-Balance, Halbtagsstätigkeit und „viel Freizeit“ ja auch notwendig erscheint.

Es bleibt abzuwarten, ob diese „neuen Ärzte“ zukünftig überhaupt noch unter einer Ferne zur Forschung an den Unis leiden werden. Denn die Spannung im Denken zwischen Praktizierenden und Forschern könnte sich nun sogar verringern, wenn es überwiegend um „eindimensionale Behandlungsziele der Medizin“ – wie in Leitlinien definiert – geht: Dann werden nämlich beide Bereiche – die sozialwissenschaftlich orientierte quantitative Forschung und die alleinig verbliebene biomedizinische Zuständigkeit des Hausarztes – widerspruchlos vereinbar. Verloren gegangen ist dann nur das einzig Typische der Allgemeinmedizin, nämlich der generalistische Ansatz und damit die Patienten- anstelle der Krankheitsorientierung.

Ob dies dann sowohl für die Praktizierenden als auch Forscher noch eine spannende und lebenslang faszinierende Aufgabe bleibt, kann man aber auch bezweifeln. Denn die reale Mehrdimensionalität des Krankseins auszublenden, mag zur öden Routine-Arbeit führen, die dann selbst für den sozialwissenschaftlichen Forscher als Studienobjekt langweilig wird.

Korrespondenzadresse

**Prof. em. Dr. med.
Heinz-Harald Abholz
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
c/o Centre for Health and Society (chs)
Gebäude 17.11, 2. Etage
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf**