

Allgemeinmedizin 2.0 – Die Wiedergeburt als Fach „Allgemeinmedizin und Familienmedizin“

Teil 1: Entstehung, Entwicklung und Funktionen im Gesundheitssystem

Susanne Rabady*

HISTORISCHE ENTWICKLUNG – VOM KLASSISCHEN ALTERTUM ZUR AUFKLÄRUNG

Über Jahrtausende war die Medizin „Allgemein“-medizin: Gegenstand des Bemühens war der kranke Mensch, Ort der Berufsausübung das Krankenbett, Grundlagen und Methoden wechselhaft: Je nach Zeitgeist dominierte ein mystisch-religiöses Verständnis oder der Wille zur rationalen Erfassung physischer Vorgänge. Ab der Antike ist für den griechisch-römischen Raum das Bemühen dokumentiert, das Allgemeine im Besonderen zu verstehen, gesetzmäßige Abläufe aus genauer Beobachtung und Beschreibung zu erkennen, und das entstandene Wissen weiterzugeben: die Geburt der wissenschaftlichen Methodik. Mit dem Niedergang der Antike wurde dieser Zugang weitgehend verschüttet, das gewonnene Wissen wurde nicht weitertransportiert. Mystik und Religiosität wurden dominant. Unabhängig von Zeitgeist, Weltverständnis und Erfolgsquoten war Medizin jedoch immer auf den ganzen Menschen bezogen.

Mit der islamisch-jüdischen Aufklärung (Al Andalus, 10.-15. Jh.) erlebte die Wissenschaftlichkeit eine zweite Blüte, auf Basis wiederentdeckten klassischen Wissens entstanden wesentliche neue Erkenntnisse, große Arztpersönlichkeiten (Maimonides, Avicenna, Averroes u.a.) konnten sich entfalten – und wieder folgte der Umschwung. Reconquista und Inquisition brachten neuerlich weitgehenden Stillstand und religiös bedingte Erkenntnisbegrenzung – und führten durch die Vertreibung von Muslimen und Juden paradoxerweise zur Verbreitung von (auch medizinischem) Wissen und Erkenntnissen ins Europa nördlich der Pyrenäen.

Die europäische Aufklärung ab Anfang des 18. Jh. brachte nach Jahrhunderten langsamer Weiterentwicklung einen ungeheuer schnellen, wirksamen und erfolgreichen Aufschwung in Wissenschaft und Forschung – und leitete das Ende der allgemeinen Medizin ein: das Erkenntnisinteresse wechselte

seinen Schwerpunkt weg von Heilung(-versuchen) am Krankenbett hin zum kontrollierten Experiment im Labor, in die Universitäten. Aus dem stark gewachsenen Wissen ergab sich Spezialisierung, eine Entwicklung, die sich mit hoher Dynamik fortsetzte und heute zu einem schwer überschaubaren Feld von Sub- und Sub-sub-Spezialisierung geworden ist.

DAS ALLGEMEINMEDIZINISCHE „LOSIGKEITSSYNDROM“

Was und wer nicht spezialisiert, nicht wissenschaftlich aktiv war, sondern „praktisch“ am Kranken blieb, das war eben der „praktische Arzt“. Allgemeinmedizin hat natürlich weiterhin existiert, aus schierer Notwendigkeit für die Patientinnen und Patienten – aber sie war einfach das, was übrig blieb: das Nicht-Spezialisierte, nicht Abgegrenzte – also: Undefinierte, treffend beschrieben mit dem Begriff des „allgemeinmedizinischen Losigkeitssyndroms“. Die Allgemeinmedizin des späten 19. Jh. und zum Teil bis hinein ins 21. Jahrhundert hatte kein gutes Image, keine methodische Fundierung, keine einheitliche Fachsprache, keine Fachbegrenzung, keine berufsgruppenspezifische Identität, keine medizintechnische Praxisausstattung, keine selbstbestimmte Forschung, keinen Facharztstitel, wenig lehrbaren Stoff und keine universitäre Verankerung. Die österreichische Allgemeinmedizin krankt daran in gewisser Weise noch immer, erkennbar in der jahrzehntelangen Weigerung, sie als spezifisches Fach anzuerkennen – unverständlich, angesichts der Entwicklung, die seit gut 70 Jahren zumindest in einem Teil von Europa stattfindet.

EINE DISZIPLIN AUF DEM WEG ZU IHRER BESTIMMUNG

Zeitgleich mit dieser „Losigkeit“ gewinnen esoterische Ansätze wieder an Bedeutung – insbesondere im deutschen Sprachraum (Anthroposophie, Homöopathie etc.) und nimmt auch die Fragmentierung in der Medizin und ihren Subspeziali-

Anmerkung: in diesem Artikel wird der Begriff Allgemein- und Familienmedizin entsprechend dem englischen Terminus „General Practice and Family Medicine“ verwendet und synonym zum althergebrachten Begriff „Hausarzt“. „Allgemeinmedizin“ dagegen meint hier die generalistische Medizin als Überblicksfach, wie sie in Österreich bisher, in Ermangelung einer verbindlichen Formulierung von Fachinhalten, verstanden wurde.

sierungen weiter zu. Immerhin schon Mitte des vergangenen Jahrhunderts beginnt daher eine – zunächst noch zögerliche – Selbstreflexion. Auf der Suche nach einem ganzheitlichen Ansatz als Folge dieser zunehmend kritisierten Fragmentierung der Medizin – und damit auch ihres Gegenstands, des Menschen – beginnt im nördlichen Europa die Formulierung und wissenschaftliche Erfassung der Disziplin „General Practice and Family Medicine“. Die ersten Lehrstühle und allgemeinmedizinisch-wissenschaftlichen Akademien werden gegründet. Österreich gewinnt in der theoretischen Erfassung und

scheinlich noch nicht einmal zu Beginn dieses Jahrtausends. Fragmentierung hat schwerwiegende Folgen: Patientinnen und Patienten fühlen sich als Personen in ihrer Ganzheit und Einzigartigkeit nicht ausreichend wahrgenommen, sie werden zwischen den Empfehlungen und Verordnungen der diversen Disziplinen und Professionen allein gelassen, sie erhalten widersprüchliche Anweisungen und Therapien. Polypharmazie, Überdiagnostik, Übertherapie sind ebenso Folgen wie ihr Gegenteil, die Unterversorgung, wenn niemand mehr umfassend

zuständig ist für die konkrete Person in ihrer Komplexität, weil sektoral diagnostiziert, behandelt und betreut wird. All das kostet – Geld, Qualität und Vertrauen, es bringt ein ungeordnetes Gesundheitssystem an seine Grenzen, und Patientinnen und Patienten in große Schwierigkeiten, weil sie aufgrund der Überflutung im öffentlichen Bereich in den privaten Sektor gedrängt werden. Fehlende Steuerung führt notwendig zu Ungerechtigkeit im System. Der Disziplin „Allgemeinmedizin“ wachsen damit andere Inhalte, andere Möglichkeiten und veränderte Aufgaben zu. Allgemeinmedizin muss wiederum neu gedacht,

neu beschrieben und neu gelehrt werden: als Allgemein- und Familienmedizin, die die unverzichtbare Defragmentierung leisten und ein personalisiertes Gesamtkonzept herstellen kann und muss, und die dazu ganz andere Methoden einsetzen kann als die spezialisierte Versorgung – und auch andere als die bisherige „Allgemeinmedizin“. Welche das sind, wird im Folgenden beschrieben werden.

FUNKTION DER ALLGEMEIN- UND FAMILIENMEDIZIN IM GESUNDHEITSSYSTEM

Das österreichische Gesundheitssystem hat sehr lange weder die hausärztliche Profession, noch die Primärversorgung als

Beschreibung der Allgemeinmedizin durch Robert Braun eine führende Rolle: Seit den 1950er Jahren erarbeitet er eine systematische Beschreibung des Gegenstandes („Kasuistik“, „Fallverteilungsgesetz“), etabliert eine spezifische Terminologie, beschreibt den Prozess des Diagnostizierens in einem komplexen Feld („programmierte Diagnostik“). Er vereint die Pole, die die Medizin seit den Anfängen bestimmen: Er befreit die ganzheitliche Medizin vom magisch-esoterischen Ansatz, indem er den kontextbezogenen, personenzentrierten, spezifischen Charakter der Allgemeinmedizin (also: die Allgemein- und Familienmedizin) erkennt, und mittels wissenschaftlicher Methodik beschreibt. Viele seiner Theorien haben an Aktualität seither verloren, die medizinische Welt hat sich grundlegend verändert. Die Allgemeinmedizin ist Teil einer umfassenden und multiprofessionellen Primärversorgung, Gesundheit zu einem gewaltigen Markt geworden. Die Befassung mit chronischer Krankheit und Multimorbidität ist zunehmend zentrales Thema, ebenso wie die antizipative Behandlung – Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Beides sind die Ergebnisse der höchst erfolgreichen Entwicklung der Medizin – an vielen ehemals rasch tödlichen Erkrankungen wird später oder gar nicht gestorben, ehemals unvermeidliche Komplikationen können lange oder gänzlich verhindert werden.

Der Preis dafür ist ein Maß an Spezialisierung und konsekutiver Fragmentierung, das für Braun und die anderen allgemeinmedizinischen Pioniere nicht vorhersehbar war – wahr-

Definition der Allgemein- und Familienmedizin (WONCA)

„The Specialty of General Practice/Family Medicine
General practitioners/Family doctors are specialist physicians trained in the principles of the discipline. They are personal doctors, primarily responsible for the provision of comprehensive and continuing care to every individual seeking medical care irrespective of age, sex and illness. They care for individuals in the context of their family, their community, their culture and integrated health of the planet, always respecting the autonomy of their patients.“

systemischen Begriff in ihrer tatsächlichen, umfassenden Bedeutung wahrgenommen. Erst seit offensichtlich wird, dass das ungesteuerte öffentliche Gesundheitssystem an die Grenzen seiner Belastbarkeit gerät, richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Disziplin der Allgemeinmedizin und auf ihre Systemfunktionen, derer sich andere Länder mit stark primärversorgungsorientierten Systemen längst bedienen. Allerdings beschränkt sich dieser Blick auf diese eher administrativen Funktionen, die vor allem den Schutz des Gesundheitssystems vor Überlastung zum Ziel haben (nicht nur in Österreich). Filterfunktion, Lotsenfunktion, Koordination der anderen „Gesundheitsdiensteanbieter“, Gatekeeping sind die Schlagwörter. Was übersehen wird ist, dass wir ein Gate, das nicht existiert, auch nicht „keepen“ können, dass wir nicht erfolgreich lotsen und koordinieren können, solange die alleine gelassenen Patientinnen und Patienten beinahe jede gewünschte Ebene selbständig und an uns vorbei ansteuern, solange wir Informationen von Mitbehandlern – ärztlich und nicht ärztlich – verzögert, unvollständig oder gar nicht bekommen und solange wir mit organisatorisch-administrativen Aufgaben überlastet sind.

Wir können die von der Politik gewünschte Steuerung der Wege im Gesundheitssystem also nicht ersetzen – den dafür nötigen Mut wird die Politik aufbringen müssen. Unsere Kernkompetenz ist die Gesamtsicht auf die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten: die De-Fragmentierung, die gezielte, schlanke Diagnostik, die individualisierte, rationale Entscheidungsfindung, das Management komplexer Situationen, die medizinische Begleitung durch gesundheitliche Herausforderungen – physisch wie psychisch, kurz: der integrierende Ansatz. Wir sind der Kitt zwischen den beteiligten Disziplinen und Professionen. Und das ist es, was das Gesundheitssystem ebenso braucht wie die Patientinnen und Patienten. Wenn die strukturellen Voraussetzungen in einem geordneten Gesundheitssystem geschaffen werden, dann können wir auch die genannten Systemfunktionen erfüllen – die sich ja aus unserer Kernkompetenz ergeben. (siehe Kasten) ◀

**) Dr. Susanne Rabady ist niedergelassene Ärztin für Allgemeinmedizin und 2. Vizepräsidentin und Past President der ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin)*

¹ Zur Geschichte der Medizin s. z.B. Bynum W. The history of medicine: a very short introduction. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 2008. p. 192. Porter R. The Cambridge History of Medicine. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. p. 416. Thagard P. Patterns of medical discovery. In: Gifford F, editor. Philosophy of medicine. Vol. 16. Amsterdam: North-Holland; In; 2011. pp. 187–202. ² Funk F, Steinhäuser J. Von der „Losigkeit“ zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2023;99. https://www.researchgate.net/publication/373405228_Von_der_Losigkeit_zum_Facharzt_fur_AllgemeinmedizinFrom_the_lessness_syndrome_to_the_specialist_in_general_medicine ³ 1947 American Academy of GP, 1952 Gründung RCGP UK 1966 Gründung der ÖGAM, WONCA World Gründung 1972, 1974 erste Definition Leuweenhorst Group, ⁴ Braun R. Die gezielte Diagnostik in der praxis. Grundlagen und Krankheitshäufigkeit. Stuttgart: Schattauer; 1957. Braun R. Feinstruktur einer Allgemeinpraxis. Diagnostische und statistische Ergebnisse. Stuttgart: Schattauer; 1961. ⁵ Stange KC. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. Ann Fam Med. 2009;7(2):100–3. Prior A, Vestergaard CH, Vedsted P, Smith SM, Virgilsen LF, Rasmussen LA, et al. Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study. BMC Med. 2023;21(1):305. Böker W. Arzt-Patient-Beziehung: Der fragmentierte Patient. Dtsch Ärztebl. 100(1–2):24–7.