

Heinz-Harald Abholz

Das Besondere der Allgemeinmedizin

I. Einleitung

Zu dem, was Allgemeinmedizin ist, gibt es extreme Positionen: auf der einen Seite steht die Einschätzung, daß in der Allgemeinmedizin eine Vielzahl medizinischer Fachdisziplinen — jeweils schlecht beherrscht — zur Anwendung kommen. Der Facharzt kenne einen kleinen Bereich der Medizin gut, der Allgemeinarzt einen weiten Bereich der Medizin schlecht. Allgemeinmedizin wird als ein Sammelsurium medizinischer Einzeldisziplinen verstanden, etwas Spezifisches existiert nach diesem Verständnis nicht.

Auf der anderen Seite steht die Einschätzung, daß Allgemeinmedizin — neben der Vielzahl berührter Fachdisziplinen — auch etwas Spezifisches beinhaltet: es handele sich um die umfassende Betreuung von Gesunden und Kranken unter Berücksichtigung von medizinischen, psychologischen und sozialen Bedingungen. Neben der Therapie habe die Prävention eine zentrale Bedeutung. Schließlich — und dies wird nur noch von einigen Autoren betont — sei die Arzt-Patienten-Beziehung in der Allgemeinmedizin von zentraler Bedeutung. Dabei sei — im Vergleich zur Klinik — der Patient als selbständiger Partner anzusehen. Bei diesem Verständnis von Allgemeinmedizin ist selbstverständlich, daß es um die Beschreibung einer ärztlichen *Tätigkeit* geht, die nicht ausschließt, daß auch ein Spezialist — z. B. der Internist — allgemeinmedizinisch arbeiten kann.

Als ich mich im Mai 1984 nach dreizehnjähriger klinischer Tätigkeit als Allgemeinarzt niederließ, glaubte ich zu wissen, was Allgemeinmedizin sei. Ich ging von der Spezifität des Faches aus. In den fünf Jahren vor der Niederlassung hatte ich mich relativ intensiv durch Lesen, durch Teilnahme an einem Arbeitskreis sowie durch eigene Publikationen mit dem Thema beschäftigt. Doch das, was ich dann in der Praxis erlebte, war völlig anders als erwartet. Es schien so, als sei meine theoretische Beschäftigung keine ausreichende Vorbereitung gewesen. Erst nachdem es mir gelang, meine Erlebnisse mit dem Fach etwas zu systematisieren, stellte ich fest, daß ich dabei zu sehr ähnlichen Verallgemeinerungen kam, wie ich sie aus der Literatur und meiner Vorbereitung kannte. Es scheint mir so zu sein, daß die allgemeinmedizinische Literatur auf einer abstrakten Ebene sehr wohl eine Charakterisierung des Faches in seiner Spezifität zu vermitteln in der Lage ist. Nur ist dabei die Abstraktion so weit vorangetrieben, daß die konkrete Arbeit in dem Bereich nicht mehr erkennbar bleibt. Und hiermit wiederum scheint mir einiges, das die Spezifität des Faches Allgemeinmedizin ausmacht, verloren zu gehen. Aus dieser Erfahrung heraus will ich den Versuch unternehmen, meine Erlebnisse mit dem Spezifischen der Allgemein-

medizin anhand von Fallbeispielen mitzuteilen. Obwohl Allgemeinmedizin ganz wesentlich auch durch die Langzeitbetreuung charakterisiert ist, erscheint es mir gerechtfertigt, schon nach so kurzer Zeit — nach eineinhalb Jahren Tätigkeit — Bemerkungen zum Thema zu machen. Gerade als Neuling in dem Fach fallen die Besonderheiten ins Auge, Routinen haben den Blick für das Besondere noch nicht verstellt.

Es war möglich, aus der Vielzahl der Behandlungsabläufe einige wenige Beispiele auszuwählen, die eine idealtypische Darstellung zur Spezifität des Faches erlauben (Teil II). Erst im letzten Teil (Teil III) werden generelle Schlußfolgerungen zur Spezifität des Faches als auch zu gesundheitspolitischen Konsequenzen gezogen.

Zu den Beispielen ist anzumerken, daß sie — wenn in der Regel auch nicht in dieser idealtypischen Weise — die Mehrzahl aller Behandlungssituationen charakterisieren. Die relative Eindimensionalität des in der Klinik so im Vordergrund stehenden *medizinischen* Aspektes des Krankseins stellt die große Ausnahme dar und wird — bei der Anstrengung allgemeinmedizinischer Tätigkeit — eher als Erholung erlebt.

II. Fallbeispiele

These I:

Wesentlicher Inhalt allgemeinmedizinischer Tätigkeit ist es, die unterschiedlichen Aspekte des Krankseins in ihrer Bedeutung zu erkennen und adäquat bei der Behandlung zu berücksichtigen.

Beispiel 1:

Eine 30jährige Patientin kommt in Begleitung ihres Freundes neu zu mir, nachdem sie am Vortage aus dem Krankenhaus bei noch bestehendem drohendem Darmverschluß (Subileus) entlassen worden war. Bei der Patientin war aufgrund mehrerer vorangegangener Bauchoperationen sowie einer 3 Jahre zurückliegender Eiterung im Bauchraum (eitrig Peritonitis) an eine Verklebung mit folgendem drohendem Darmverschluß (Bridenileus) zu denken. In der Betreuung ging es also darum, zu überwachen, ob die Darmtätigkeit wieder normal in Gang kam oder ob sich ein totaler Darmverschluß und damit eine sofortige Operationsnotwendigkeit ergab. Die Patientin kam täglich — zumeist in Begleitung ihres Freundes — zur Vorstellung: es bestand ein druckschmerzhaft geblähter Bauch, sie berichtete über Darmkrämpfe und das Ausbleiben von Stuhlgang. Nach 8 Tagen ohne eindeutige Besserung der Symptomatik entschloß ich mich, ihr orale Abführmittel — zusätzlich zu den schon zuvor verordneten Einläufen — zu geben. Nach einer weiteren Woche entstand für mich eine zunehmende Diskrepanz zwischen den Angaben der Patientin über das Ausbleiben ihres Stuhlganges und dem bei den Untersuchungen doch zunehmend unauffäl-

liger werdenden Bauch. Diese Diskrepanz wurde so groß, daß mir schließlich Zweifel kamen, ob die Patientin überhaupt wahrheitsgetreue Angaben machte. Bei meinen Überlegungen zu dieser Diskrepanz rückten auf einmal Beobachtungen, die anfänglich registriert, aber von mir nicht weiter beachtet wurden, in den Vordergrund. Eigentlich schon immer auffällig war, daß der die Patientin begleitende Freund höchst aufgeregt, fast in Panik über die Symptomatik sprach, die Patientin selbst jedoch höchst gelassen, fast lieblich lächelnd sich präsentierte. Schließlich gab es sogar einige Unstimmigkeiten bezüglich ihrer Angaben über Bauchschmerzen sowie das Ausbleiben von Stuhlgang mir und dem Freund gegenüber. Wobei ich den Eindruck gewann, daß dem Freund eine noch dramatischere Situation als mir gegenüber geschildert wurde. Ja, ich stellte fest, daß alles Dramatische der Beschwerdesymptomatik eigentlich nur durch den Freund, nicht aber durch die Patientin vermittelt wurde. Bei dem nächsten Besuch machte ich die Patientin darauf aufmerksam, daß sich aufgrund der Untersuchungen — inzwischen war auch eine Kontrolle des Röntgenbildes (Abdomen leer) angefertigt worden — eine Besserung des Beschwerdebildes eindeutig abzeichne. Dagegen stünden ihre Angaben zur weiter bestehenden Symptomatik. Ich stellte die Hypothese auf, daß inzwischen nicht mehr das Bild eines drohenden Darmverschlusses, sondern eine einfache Verstopfung vorläge. Die Symptomatik sei schließlich fast identisch, eine Verstopfung in ihrem Alter jedoch sei als psychosomatische Störung aufzufassen. Aus meinen Beobachtungen des »Zusammenspiels« von ihr und ihrem Freund würde ich ableiten, daß sie an der Symptomatik festhalte, weil sie einen offensichtlichen Krankheitsgewinn in der Fürsorge ihres Freundes habe. Die Patientin lehnte dies vehement mit der Begründung ab, daß sie ihren Freund immer hasse, wenn er wegen ihrer Beschwerden so überfürsorglich mit ihr umgehe, alles für sie regle und »den Krankenpfleger herausstelle«. Seine panische Reaktion bei ihrer Symptomatik sei ihr eher peinlich. Sie kam ins Erzählen, wobei deutlich wurde, daß ihr Freund sie nach ihrem Empfinden zu sehr umsorgte, ihr einen Großteil ihrer Aufgaben aus der Hand genommen hatte. Wenn er einmal verreist sei, lebe sie wie befreit auf. Andererseits hänge sie sehr an ihm und wolle sich — trotz noch weiterer erwähnter Schwierigkeiten — nicht von ihm trennen. Auf der Hand lag nun die Hypothese, daß sie durch ihr Krankheitsverhalten ihren Freund zu einem Verhalten brachte, welches ihr erlaubte, ihn zu hassen und somit möglicherweise einen Weg zur Trennung vorzubereiten. Ich formulierte der Patientin gegenüber diese Hypothese, wir diskutierten noch einiges Für und Wider, wobei sie emotional — ganz im Gegensatz zu vorangegangenen Besuchen — sehr beteiligt war und zu weinen begann. Am nächsten Tag kam der Freund — wie schon manchmal — alleine in die Praxis und stieß in Panik getrieben den Satz aus: »Jetzt ist es passiert.« Sofort schoß mir die Idee durch den Kopf, daß meine Hypothese zum Trotz

nun doch ein Darmverschluß aufgetreten sei. Er aber fuhr fort, daß er gestern nach Hause gekommen einen Brief vorgefunden habe, in dem seine Freundin ihm ihren kurzfristigen Auszug aus der gemeinsamen Wohnung mitgeteilt habe. Vier Tage später erst kam die Patientin wieder in die Praxis und berichtete, daß sie seit dem Tag ihres Auszuges regelmäßig Stuhlgang habe, die Bauchschmerzen seien auch besser geworden. Bis auf eine kurze Episode — etwa ein halbes Jahr später — sind die Beschwerden im Bereich des Bauches — trotz der vorhandenen zahlreichen Verwachsungen — im Hintergrund geblieben. Etwa zwei Wochen nach dem Auszug ist die Patientin dann doch wieder zu ihrem Freund in die Wohnung zurückgezogen. Sie berichtete mir, daß dieser — seitdem sie wieder gesund sei — unter schweren depressiven Zuständen litt. Dann hörte ich eine Weile nichts mehr von ihr, schließlich kam sie nach einigen Wochen mit einem rein psychologischen Problem, nämlich der endgültigen Trennung von ihrem Freund zu mir. Es soll hier abgebrochen werden, obwohl die »weitere Krankengeschichte« noch mehrere weitere Beispiele immer des gleichen Wechsels zwischen körperlichen Erkrankungen und festgehaltener Symptomatik in ähnlicher wie der oben geschilderten Weise zeigte. Dabei »rückten« die Patientin und ihr Freund während der verschiedenen Krankheitsepisoden jeweils noch einmal zusammen, um dann jedoch Schritt für Schritt auf eine Trennung hinzusteuern.

Beispiel 2:

Diese Patientin kam das erste Mal mit den Worten zu mir: »Vielleicht können sie mir helfen, eine Freundin hat sie mir empfohlen«. Sie erzählte, daß sie seit fünf Jahren die folgenden Beschwerden habe: Ein bis zweimal pro Monat komme es zu heftigen Bauchkrämpfen, an die sich dann vier bis sieben Tage durchfalliger Stuhl anschließe. Insgesamt habe sie in der Zeit seit Bestehen der Symptomatik stark an Gewicht bis zur jetzigen Magerkeit verloren. Die genauere Anamnese erbrachte — bis auf einen geringen Hinweis auf eine Milchzuckerunverträglichkeit (Laktoseintoleranz) — keinerlei Verdacht auf eine organische Erkrankung. Das Beschwerdebild hatte etwa sechs Wochen nach Geburt ihres ersten und einzigen Sohnes begonnen. Diese Schwangerschaft war völlig unerwartet eingetreten und hatte — so berichtete die Patientin — erst einmal ein Erschrecken bei den jungen Eheleuten ausgelöst. Da sie viele Jahre lang immer wieder unter Unterleibsbeschwerden — einschließlich Entzündungen — zu leiden hatte, sei es — so die behandelnden Ärzte — zu Verklebungen gekommen, die eine Schwangerschaft eigentlich als nicht möglich hatte erscheinen lassen. Aus diesem Grunde habe sie auch keinerlei Verhütungsmittel angewendet.

Ich hatte drei Gründe, davon auszugehen, daß es sich um ein psychosomatisches Krankheitsbild handelte: einmal sprach die für eine somatische Erkrankung untypische Anamnese dafür; zum anderen auch der Zeit-

punkt des Beginns des Krankheitsbildes nach Geburt des unerwarteten Kindes. Zum Dritten schien es mir sehr unwahrscheinlich zu sein, daß eine normal intelligente Frau in einer Großstadt in einem Zeitraum von fünf Jahren keinen Arzt zu finden in der Lage ist, der ihre — hier einmal angenommene somatische Erkrankung zu diagnostizieren vermochte. Ich teilte meinen Eindruck der Patientin mit, und wir führten ein längeres Gespräch über die psychischen Auswirkungen ihrer Erkrankung als auch über mögliche Ursachenbereiche. Meine Vermutung einer psychosomatischen Erkrankung schränkte ich ihr gegenüber etwas dadurch ein, daß ich ihr sagte, man müsse noch eine einzige, für mich im Zusammenhang vorstellbare organische Ursache — eine Milchsuckerunverträglichkeit — ausschließen. Alle weiteren vorstellbaren Untersuchungen waren zuvor bei anderen Ärzten durchgeführt worden. Drei Tage später kam die Patientin zu einer einfachen Laboruntersuchung, die dann schließlich die Laktoseintoleranz sehr wahrscheinlich machte. Schon bei unserem dritten Zusammentreffen konnte ich also der Patientin diesen Befund mitteilen. Ich riet ihr dann noch zu einer Dünndarmbiopsie, die noch weitere Intoleranzen von Nahrungsmitteln auszuschließen helfen sollte. Sie stimmte diesem Vorschlag zu und begab sich in die Ambulanz einer Klinik.

Ich hatte also die große diagnostische Leistung vollbracht, innerhalb von zwei Konsultationen bei der Patientin eine organische Erkrankung zu diagnostizieren, die in den vorangegangenen fünf Jahren von all den anderen aufgesuchten Ärzten nicht gefunden worden war. Meine Begeisterung und mein Stolz hierüber ließen mich meinen ersten Eindruck, den der Psychogenese der Erkrankung, vergessen. Anfangs wurde ich auch von der Patientin mit Erfolgsmeldungen belohnt: unter meinem Rat, Milchprodukte zu meiden, nahm sie in den nächsten Wochen ständig an Gewicht zu. Bauchschmerzen, Durchfälle traten nicht mehr auf. Parallel dazu liefen die Untersuchungen in der Klinik. Als nach einigen Wochen der Zeitpunkt gekommen war, an dem die Ergebnisse der klinischen Untersuchungen mit der Patientin besprochen werden sollten, meldete sie sich nicht mehr. Ich rief sie mehrmals an und erfuhr jeweils, daß sie zu den Besprechungsterminen nicht zu gehen in der Lage gewesen sei, da verschiedene — für mich nichtige — Dinge dazwischen gekommen seien. Außerdem ging es ihr auch nicht mehr so gut, sie bezweifle inzwischen die von mir gestellte Diagnose, weil es zu erneuten Beschwerden und einer erneuten Gewichtsverminderung gekommen sei. Nachdem ich in einem weiteren Telefongespräch von der Verschlechterung erfuhr, fragte ich sie, ob sie möglicherweise doch Dinge esse, die sie nicht vertrage. Und sie berichtete mir, daß sie zur Gewichtszunahme jetzt regelmäßig Schlagsahne esse. Gerade diese Speise aber hatte mich viele Monate zuvor auf die Idee der Laktoseintoleranz gebracht, was ich auch damals der Patientin erklärt hatte. Auf meinen Hinweis, daß dies wohl das Verkehrteste sei, was sie tun könne,

sagte sie nur, daß sie ja schließlich irgendetwas unternehmen müsse, um wieder an Gewicht zu gewinnen. Seit diesem Zeitpunkt habe ich nichts mehr von der Patientin gehört. Aus der Klinik jedoch habe ich erfahren, daß sich die Patientin bis zum jetzigen Zeitpunkt nie nach den Ergebnissen ihrer Untersuchungen erkundigt hat — die übrigens eine isolierte Laktoseintoleranz bestätigten.

Beide Beispiele illustrieren die Schwierigkeit allgemeinmedizinischer Tätigkeit, die entscheidenden Aspekte des jeweiligen Krankseins zu erkennen und adäquat zu werten. Im ersten Beispiel scheint mir dies gelungen zu sein, wobei die Anstrengung der Arbeit im wesentlichen darin bestand, bei fast gleichbleibender Symptomatik die unterschiedliche Bedeutung der Symptome zu begreifen. Das zweite Beispiel illustriert hingegen das Mißlingen einer adäquaten Berücksichtigung der einzelnen Aspekte des Krankseins. Hatte ich medizinisch zwar »richtig« gehandelt, so kam es — unter allgemeinmedizinischem Blickwinkel beurteilt — doch zu einem »falschen« Behandlungskonzept. Hätte ich die Patientin länger und somit genauer gekannt, wäre dieser Fehler möglicherweise nicht geschehen. Dieses Beispiel illustriert somit möglicherweise einen typischen Anfänger-Fehler. Dennoch erscheint mir das Beispiel mitteilenswert, illustriert es doch auch ein grundsätzliches Problem. Wie ein »richtiges« Konzept hätte aussehen müssen, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden. Zumindestens aber steht fest, daß es mir nicht gelungen war, die Patientin überhaupt näher kennenzulernen, weil ich mich — zeitlich — überschlug, die Organdiagnostik weiter zu treiben. Vielleicht wäre es sinnvoller gewesen, die Patientin zu mehreren Untersuchungen — medizinisch gesehen unsinnig — einzubestellen, um uns somit die Gelegenheit des Kennenlernens zu geben. Hierbei hätte ich möglicherweise dann Hinweise für ein besseres Behandlungskonzept gewinnen können.

Es lassen sich einige Verallgemeinerungen aus den beiden Beispielen ziehen:

a) der Umgang mit den verschiedenen Aspekten des Krankseins setzt auf Seiten des Arztes eine *profunde Kenntnis* infragekommender Krankheitsbilder, der psychischen und sozialen Aspekte des Krankseins sowie eine gute Menschenkenntnis voraus. Nur so ist es möglich, eine adäquate Berücksichtigung der jeweils relevanten Aspekte des Krankseins vornehmen zu können. Insbesondere soll darauf hingewiesen werden, daß nur so der Angst standgehalten werden kann, mögliche organische Ursachen zu übersehen. Folgt man dieser Angst und der dahinter steckenden juristischen Drohung eines Kunstfehlerprozesses etc., so läßt man sich auf einen immer weiter gehende organmedizinische Diagnostik auch dann ein, wenn man mit hoher Wahrscheinlichkeit eine solche Erkrankung schon ausgeschlossen hat. Dies ist aber für ein allgemeinmedizinisches Vorgehen schädlich,

wird doch dem Patienten dadurch das Unverständnis seiner Problematik gegenüber illustriert — ganz abgesehen von erheblichen Kosten und der Gefährdung durch eine unnötige Diagnostik.

b) Allgemeinmedizinische Tätigkeit ist durch ein hohes Maß von *Subjektivität* charakterisiert. Wie die einzelnen Aspekte des Krankseins und in welcher Wertigkeit gesehen werden, hängt stark vom Arzt und seiner Interaktion mit dem Patienten ab. Daraus läßt sich ableiten, daß unterschiedliche Ärzte aufgrund ihrer Subjektivität und der dann spezifischen Interaktion mit ein und demselben Patienten unterschiedliche »richtige« Konzepte der Behandlung entwickeln können.

c) Akzeptiert man die unterschiedlichen Aspekte des Krankseins und insbesondere den psychischen Aspekt, so muß man auch akzeptieren, daß im Sinne des Patienten selbst eine »Entmündigung« *therapeutisch sinnvoll* sein kann. Der im Anschluß an das Beispiel 2 gegebene Entwurf für ein richtigeres Behandlungskonzept beinhaltet ja eine derartige Entmündigung in Form eines taktierenden Hinhaltens des Patienten — hier zum Zweck des besseren Kennenlernens —, anstelle der zielstrebigten und schnelleren Diagnostik.

These II

Die Beurteilung eines »richtigen« Vorgehens in der Allgemeinmedizin ist von außen betrachtet nur selten möglich. Medizinisch richtiges Handeln kann inadäquat sein und medizinisch falsches Handeln kann der Situation angemessen sein.

Beispiel 3:

Eine Patientin, die schon längere Zeit bei mir in Behandlung war, berichtete immer wieder über ihren kranken Mann, der mit seinen Beschwerden — Gewichtsabnahme, Müdigkeit und Schwäche -nicht zum Arzt gehen wolle. Eines Tages gelingt es ihr dann offensichtlich doch, ihren Mann zu einem Arztbesuch zu bewegen. Als der etwa 60jährige Patient durch die Tür tritt, bin ich schon durch den Aspekt davon überzeugt, daß er an einem fortgeschrittenen Krebsleiden erkrankt ist: blaß, eingefallen, ja fast ausgezehrt. Die Anamnese und körperliche Untersuchung erbringen jedoch keinen lokalisierenden Hinweis für ein Tumorgeschehen. Als weiteren Schritt der Diagnostik nehme ich zahlreiche Blutuntersuchungen ab. Aufgrund der Vorinformation durch die Ehefrau beginne ich sehr vorsichtig ein Gespräch über die möglichen Krankheitsursachen seines Zustandes. Der Patient signalisiert mir mehr oder minder offen, daß er an ernstere Dinge nicht denken möchte. Die Laborbefunde ergeben dann weitere Hinweise für ein Tumorleiden, ohne daß eine Lokalisation hiermit nahegelegt ist. Der Patient kommt zu der Besprechung dieser Ergebnisse gar nicht zu mir,

sondern läßt diese über seine Frau erfragen. Ich bin im Zwiespalt, einerseits zu akzeptieren, daß ein Patient über einen möglichen Tumor nichts näheres zu erfahren wünscht. Dies konnte ich akzeptieren, weil auch nach meiner Einschätzung eine solche Diagnose bei den dann anzunehmenden Auswirkungen des Leidens wahrscheinlich ohne therapeutische Konsequenzen sein würde. Andererseits muß ich mir auch darüber Gedanken machen, daß mir ohne eine weitere Diagnostik eines Tages der Vorwurf gemacht werden wird, ich hätte nichts unternommen. In dieser Situation verhalte ich mich nicht sehr eindeutig, sondern versuche die Entscheidung zusammen mit dem Patienten auszuloten: ich fordere ihn erneut über seine Frau auf, doch noch einmal zu einer Besprechung zu kommen. Als er dann bei mir ist, wünscht er sehr entschieden Medikamente gegen seinen niedrigen Blutdruck und die im Labor festgestellte Anämie. Ich versuche ihm klarzumachen, daß diese Art symptomatischer Therapie nicht sehr sinnvoll sei, man müsse zu den Ursachen vordringen. Der Patient geht darauf nicht ein und ringt mir dann ab, ihm Eisen und ein Mittel gegen niedrigen Blutdruck zu verschreiben. Nach weiteren zwei Wochen kommt der Patient nochmals, um sich erneut diese Medikamente verschreiben zu lassen. An seinem Zustand hat sich nichts geändert, der Patient weicht jedoch in einem Gespräch immer wieder aus, er bagatellisiert seine Situation. Schließlich akzeptiert er dann doch die Röntgenuntersuchung seiner Lunge. Nach schulmedizinischen Aspekten war dies sicherlich richtig gehandelt, hatte der Patient doch vermehrt Husten. Bei einer kritischen Einschätzung der Möglichkeiten zur Therapie eines Bronchialkarzinoms war es hingegen nicht sehr sinnvoll: für ein Bronchialkarzinom in diesem Stadium gibt es keine Therapie.

Auch dieser diagnostische Schritt zeigt, wie ich, innerlich dem rechtlichen Aspekt der Problematik folgend, das Interesse des Patienten — zumindestens seinen Wunsch — aus dem Auge verlor. Die Röntgenuntersuchung erbrachte übrigens keinen Tumorhinweis. Der Patient kam noch mehrere Male in die Praxis bzw. forderte per Telefon weitere Rezepturen für seinen niedrigen Blutdruck und seine Anämie. Seit einem halben Jahr habe ich ihn nicht mehr gesehen, auch blieb die Ehefrau von der Praxis fern. Ich gehe fest davon aus, daß der Patient einen Tumor hat und sehe schon in Gedanken die klinisch tätigen Kollegen zum Zeitpunkt der Aufnahme des Patienten mit einem vernichtenden Urteil über den medizinisch völlig katastrophal behandelnden Doktor, der eine Tumoranämie mit Eisen und einen tumor-bedingten Schwächezustand mit Antihypotonika behandelt.

Beispiel 4:

Ich lernte einen 73jährigen Patienten neu bei einem Hausbesuch kennen, der wegen hohen Fiebers, Husten und Inappetenz seit drei bis vier Wochen

angefordert wurde. Auch dieser Patient hatte sich lange Zeit geweigert, einen Arzt aufzusuchen bzw. zu rufen. Die Untersuchung erbrachte den Verdacht auf eine fieberhafte Bronchitis als auch auf einen Oberbauchtumor. Möglicherweise — so dachte ich — waren die hohen Temperaturen auch durch den angenommenen Tumor bedingt. Da es zwei Tage vor Ostern war, mußte ich schnell entscheiden, ob der Patient von mir zu Hause oder im Krankenhaus betreut werden sollte. Auch hier ging ich bei dem schon tastbaren Oberbauchtumor davon aus, daß eine medizinische Hilfe mit Sicherheit zu spät käme, eine Krankenhauseinweisung daher eigentlich nicht sinnvoll sei, sondern der Patienten alleine früher über seine totbringende Erkrankung informiert werden würde. Dennoch wies ich ihn ein, und hierfür waren zwei Gründe entscheidend: einmal hatte ich schon durch den Hausbesuch als auch durch Vorgespräch mit der Ehefrau mitbekommen, daß zwischen den beiden Eheleuten ein heftiger und gehässiger Kampf geführt wurde. Der Patient in seiner hilflosen Situation schien mir hierbei der Unterlegene. Die Krankenhauseinweisung stellte eine Möglichkeit dar, ihn den Angriffen seiner Frau zu entziehen. Zum anderen entschloß ich mich aus sehr egoistischen Gründen zu der Krankenhauseinweisung, weil — diese unterlassend — ich um meinen Ruf fürchtete. Denn ich ging davon aus, daß über kurz oder lang das Leiden unübersehbar werden würde und mir dann den Vorwurf ärztlicher Unterlassung gemacht werden würde. Die Ehefrau, die ich als »gehässige Klatschbase« einschätzte, würde mich sicherlich für den Schuldigen am Tod ihres Mannes erklären. Einen von manchen Ärzten gegangenen Mittelweg, die Diagnose zu stellen und nur dem Partner mitzuteilen, schien mir in diesem Falle nun besonders ausgeschlossen zu sein, da im dem feindlich-gehässigen Verhältnis der beiden Eheleute zueinander dies von der Ehefrau wahrscheinlich gegen den Patienten benutzt worden wäre. Der Mann wurde in das Krankenhaus eingewiesen, nach fünf Tagen konnte man ihm sagen, daß die Leber voller Metastasen sei und eine weitere Suche nach dem eigentlichen Tumor sich nicht lohne. Diese deutliche Aufklärung war erfolgt, obwohl ich zuvor dem Krankenhaus gegenüber sowohl auf die eheliche Situation als auch auf den eher grüblerischen Charakter des Patienten hingewiesen hatte. Innerhalb von fünf Wochen, in denen sich der Patient der Welt gegenüber verweigerte — kaum sprach, keine Nahrung aufnahm —, verstarb er schließlich.

Beispiel 5:

Eine 33-Jährige Patientin war aufgrund einer Empfehlung von ihrem bisherigen Arzt weggegangen und zu mir übergewechselt. Bei der ersten Begegnung berichtete sie über zahlreiche Beschwerden wie Herzjagen, Hitzeanwallungen, Angstzustände, Schwindelgefühle etc., die sie alle auf ihre Schilddrüsenstörung zurückführte. Aus der Schilderung und später aus

entsprechenden Befunden entnahm ich, daß eine Vergrößerung der Schilddrüse mit normaler Hormonlage vorlag. Die Symptomatik war also nicht auf die Schilddrüse zurückführbar. Für die Schilddrüse nahm die Patientin ein Hormonpräparat, das sie bei der obigen Indikation (Euthyreote Struma) unterdosierte und dabei — je nach Befinden — in diesem Bereich auch noch in wechselnder Menge einnahm. Weiterhin berichtete die Patientin über einen Herzklappenfehler, der nach Vorstellung ihres bisherigen Arztes mit einer Herzkatheteruntersuchung in einer Klinik abgeklärt werden sollte.

Leicht ließ sich überblicken, daß die Patientin eine starke Tendenz hatte, eine Somatisierung vorzunehmen, d. h. psychisch bedingte Symptome auf körperliche Erkrankungen zu fixieren. Das war ihr mit ihrer Schilddrüse in einer Weise gelungen, die auch in dem bisher eineinhalbjährigen Kontakt mit der Patientin für mich nicht zu durchbrechen war. Obwohl wir über viele Problembereiche in ihrem Leben gesprochen haben, kommt sie immer wieder auf ihre Schilddrüse als eigentliche Ursache für ihre Mißempfindungen zurück. Inzwischen habe ich ihren Umgang mit dem Schilddrüsenhormon akzeptiert; ob dies wirklich eine für die Situation adäquate Verhaltensweise ist, kann ich nicht mit Sicherheit entscheiden, eine andere Lösung ist mir jedoch nicht gelungen.

Aber noch einen weiteren — medizinisch gesehen — »Fehler« in meiner Behandlung habe ich begangen: aus der Einschätzung der Somatisierungstendenz heraus bin ich bezüglich des Herzklappenfehlers — eines kombinierten Mitralvitiums — diagnostisch nicht weitergegangen. Vielmehr habe ich der Patientin gegenüber diesen »kleinen« Fehler als zumindest momentan irrelevant heruntergespielt. Es drohte sich nämlich an den angenommenen Herzklappenfehler eine Invalidisierung zumindestens beruflicher Natur anzubahnen. Für ihre psychische Situation — so schätzte ich nach vielen Gesprächen ein — wäre jedoch eine Berufsunfähigkeit katastrophal.

Zu dem schon unter These I aufgeführten charakterisierenden Momenten allgemeinmedizinischen Handelns kommt also noch das folgende hinzu:

Neben den unterschiedlichen Aspekten des Krankseins auf Seiten des Patienten sind von Seiten des Arztes — neben der Subjektivität bei der Bewertung der einzelnen Aspekte — noch *weitere Bestimmungsmomente* für das Handeln gegeben: in den Beispielen sind *juristische*, aber auch rein *egoistische Überlegungen* aufgeführt. Im Beispiel 3 und 5 habe ich juristische Konsequenzen für meine Unterlassungen weitergehender Diagnostik hintenangestellt. Dennoch bleibt eine Bedrohung bei einem solchen Handeln bestehen, da vor Gericht fast immer rein medizinisch — also unter Auslassung aller anderen Aspekte — geurteilt wird. Im Beispiel 4 habe ich mich sowohl nach juristischen und egoistischen Aspekten in meinem Handeln wesentlich bestimmen lassen — zum Schaden des Patienten, wie ich schon vorher wußte.

These III:**Das, was in der Behandlung geschieht, ist immer Ergebnis von Interessen und Wünschen bei Arzt und Patient.**

Schon Beispiel 3 und 5 haben gezeigt, daß das Behandlungskonzept ganz wesentlich auch vom Patienten mitbestimmt wird: angesprochen ist das Wehren gegen die Diagnostik beim Karzinomverdacht und der — medizinisch gesehen — unsinnige Umgang mit dem Schilddrüsenhormon. Zwei weitere Beispiele sollen folgen:

Beispiel 6:

Ein 35jähriger Patient kam immer wieder wegen unterschiedlicher kleinerer organischer Beschwerden. Mir schien es so, daß diese kleineren Leiden eher ein Vorwand für den Arztbesuch als die eigentlichen Ursachen waren. Nach häufigeren Kontakten sprach der Patient dann über seine ihn belastenden Probleme, die ihn — so meinte er — auch zum Alkoholabusus gebracht hätten. Dabei ist zu erwähnen, daß der Patient von Anfang an meinen Umgang mit seinem Alkoholproblem bestimmte: schon beim ersten Besuch leitete er damit ein, daß er seinen bisherigen Arzt verlassen habe, weil dieser ihn immer auf sein Saufen angesprochen habe. Mir blieb also nur, dies zu unterlassen, oder darauf zu warten, daß er auch mich verlassen würde. Die Konsultationen mit ihm liefen immer nach dem gleichen Muster ab: ein kleineres medizinische Problem bildete den Anfang, dann kam er — teilweise sehr emotional — zu seinem eigentlichen Problem. Zum Beispiel berichtete er — teilweise dabei weinend — daß er von seiner Frau immer häufiger bei sexuellen Annäherungen abgewiesen werde und sie als Begründung sein Alkoholabusus anführte. Er aber meinte, daß er zum Alkohol greifen müßte, weil er sich von ihr immer abgewiesen fühlte. Nach einer Weile Gespräch hierüber beendete er dies dann mit dem Satz: »Ach, Herr Doktor, gucken sie doch mal mein Exzem am Hintern an«. Was beachtigt werden konnte, war eine leichte Rötung, die angeblich heftige Schmerzen bereitete. Medizinisch gesehen wäre nichts oder nur ein Eincremen mit einer normalen Hautcreme ausreichend gewesen. Aus vorangegangenen Behandlungsanlässen wußte ich jedoch, daß der Patient das »medizinische Ritual« brauchte. So schrieb ich ihm auch in dieser Situation eine Exzem-Salbe auf. Zu den Behandlungsanlässen gehörte auch der immer wiederkehrende Schmerz in einem Knie. Der Patient berichtete, daß der Orthopäde ihm früher Cortison injiziert habe. Ich wollte dies bei dem sonst unauffällig aussehenden Knie nicht tun und erklärte dem Patienten mehrmals und ausführlich, daß das Cortison auf die Dauer eher negative bis katastrophale Folgen für das Gelenk habe. In diesem Fall weigerte ich mich also, ihm sein »medizinisches Ritual« zu geben. Aber immer wieder kam er deswegen, andere therapeutische Maßnahmen waren ihm

nicht ausreichend. Und schließlich sagte er — dabei lächelnd — »wenn Sie mir nicht etwas ins Knie spritzen, dann gehe ich wieder zum Orthopäden, der gibt mir mit Sicherheit Cortison«. So entschloß ich mich, medizinisch unsinnige Injektionen außerhalb des Kniegelenkes an vom Patienten angegebenen Schmerzpunkten mit einem Lokalanästhetikum zu setzen. Dieses Verfahren reicht zumindest aus, für 10 bis 14 Tage eine Beschwerdefreiheit zu erreichen. Mehrmals wurde dies wiederholt — inzwischen ist das Knie aus anderen Gründen kein Thema mehr. Daß es eigentlich auch nie um das Knie gegangen war, scheint mir auch dadurch illustriert zu werden, daß bei zweimaligen Ansätzen einer weitergehenden Diagnostik der Kniebeschwerden entsprechende Überweisung zum Röntgen oder zum Spezialisten vom Patienten nie eingelöst worden waren. Vor einem halben Jahr kam der Patient von sich aus, um einen ambulanten Alkoholentzug zu machen. Dies scheint bis heute auch gelungen zu sein; der Patient sucht deutlich weniger als früher die Praxis auf, braucht offensichtlich nicht mehr die Behandlungsanlässe.

Beispiel 7:

Ein 81jähriger, ziemlich hilfloser Patient mit einem schlecht eingestellten Diabetes mellitus (Zucker), Schwindelzuständen wahrscheinlich auf der Basis von Durchblutungsstörungen sowie sehr quälenden Blasenpolypen und dabei immer wieder auftretenden Harnwegsinfekten habe ich jetzt seit etwa einem Jahr in Behandlung. Immer wieder klagt der Patient — und noch mehr seine Ehefrau — über seinen Schwächezustand. Und immer wieder werden »Aufbauspritzen« verlangt. Mehrmals habe ich mich mit den beiden hingesetzt und ihnen erklärt, daß es keine Aufbauspritzen gäbe und daß derartige Behandlungswege eigentlich nur darauf bauen, daß der Patient an die Behandlung glaube. Ich würde ihm gegenüber dies jedoch als Betrug empfinden. Anfänglich waren die beiden über die ehrlichen Worte dankbar, später kamen sie jedoch immer wieder mit dem Wunsch nach irgendeinem Medikament, was gegen die Schwäche, gegen den Schwindel helfen könnte; sie würden es auch privat bezahlen. Ich lehnte beharrlich immer wieder ein solches Ansinnen ab.

Nachdem — bei sonst sehr schlecht eingestellten Zuckerwerten — einmal ein relativ guter Wert bestimmt wurde, gestand mir der Patient, daß dies wahrscheinlich auf seine mir bisher verrheimlichte Sauerstoffmehrschrittherapie beim Heilpraktiker zurückzuführen sei. Er sei dort seit einem viertel Jahr in Behandlung und fühle sich seitdem auch deutlich besser. Der bessere Blutzuckerwert sei ihm jetzt Beweis für den Erfolg der Therapie. Meine anfangs gewählten Worte bezüglich des Betruges durch Placeboeffekte benutzte er für eine Kritik: Was denn das ewige Gerede solle, der Heilpraktiker helfe nur, wenn man an ihn glaube, Hauptsache es werde einem geholfen.

Beispiel 8:

Eine 28jährige Frau, die zumeist wegen medizinisch geringfügiger Störungen oder Beschwerden zu mir gekommen war, kam eines Tages mit ihrem fünfjährigen Sohn in die Praxis. Ich schaute interessiert auf das völlig gesund erscheinende herumspielende Kind und erfuhr von der Mutter, daß sie wegen einer seit gestern abend bestehenden schweren Bronchitis ihres Sohnes hier sei. Ich mag etwas hilflos bis zögernd geschaut haben, fragte ich mich doch, was wohl der eigentliche Grund der Vorstellung des Kindes sein mochte. Denn die Bronchitis — einen halben Tag anhaltend — bei einem so gesund aussehenden Kind konnte es wohl nicht sein. Dennoch ließ ich mich auf die »Bronchitis« ein — und hörte das Kind ab. Einen pathologischen Befund konnte ich nicht erheben. Ich teilte dies der Mutter mit und sie antwortete mir darauf: »Ja, was kriegt er nun verschrieben, mit Milch und Honig ist er nicht zufrieden.« Ich darauf: »Ach, bestehen Kinder jetzt auch schon auf einem richtigen Medikament, wenn Hausmittel genauso gut helfen?« Die Patientin »klärte mich darüber auf«, daß Kinder im Alter von sechs Jahren im Schnitt pro Jahr zwölf Medikamente verschrieben bekommen. Komischerweise erschien mir diese Aufklärung nicht ohne Kritik gegen den geschilderten Tatbestand als auch gegenüber meinem Unwissen diesem Skandal gegenüber. Ich entschied mich dann für einen pflanzlichen Hustensaft. Irgendwie nicht sehr zufrieden zogen beide ab. Eine Woche später kam die Patientin alleine wieder zu mir und leitete mit den Worten ein: »Bei den Behandlungen bei mir war ich immer sehr zufrieden mit Ihnen, aber bei Ihrer Behandlung meines Sohnes wußte ich von vornherein, daß ich Grund zur Skepsis habe. Wir sind am nächsten Tag zur Kinderärztin gegangen und diese hat eine Lungenentzündung festgestellt und sofort mit einem Antibiotikum behandelt. Nach Einnahme des Antibiotikums ist es ihm dann auch gleich am nächsten Tag deutlich besser gegangen.« Und sie fügte noch hinzu, daß die Kinderärztin sogar vorgeschlagen habe, daß Kind zu röntgen. Ich war mir aus mehrererlei Gründen sehr sicher, daß eine Lungenentzündung nicht vorgelegen hatte: einmal schien mir das Kind viel zu gesund für eine Lungenentzündung, zum anderen traute ich mir ein Überhören einer Lungenentzündung nicht zu. Zum Dritten sprach auch das schnelle Ansprechen des Antibiotikums eher für ein Placebo als für ein Medikamenteneffekt. Und schließlich dürfte eine Kinderärztin, wenn sie sich sicher über den Befund einer Lungenentzündung ist, kaum einem Kind zu einer Röntgenuntersuchung raten. All' dies machte mich sicher in der Annahme, daß die Patientin für ihr Kind eine Behandlung bei der Ärztin »erzwungen« hatte, die sie bei mir zuvor nicht bekommen hatte. Mir war sehr gut vorstellbar, daß die Patientin zur Kinderärztin gehend und darauf verweisend, daß der erste Arzt keine richtige Therapie begonnen habe, diese unter noch größeren Zugzwang brachte. Mit diesen meinen Überlegungen machte ich etwas, was sicherlich der Si-

tuation in keiner Weise adäquat war: ich klärte die Patientin über meine Gedanken auf. Das Ergebnis war deutliche Verärgerung auf Seiten der Patientin, brachte ich sie durch meine Überlegungen in die Situation, entweder zu akzeptieren, daß sie durch die Kinderärztin — und dann noch auf ihren eigenen Wunsch — betrogen worden sei, oder mich als schlechten Arzt abzulehnen. Verständlicherweise entschloß sie sich für Letzteres; sie ist seitdem auch nicht mehr zu mir gekommen. Auf anderem Wege habe ich erfahren, daß die Patientin zwei Jahre zuvor ihr zweites Kind aufgrund eines »sudden death« verloren hatte. Möglicherweise hierüber bzw. über die damit häufig verbundenen Schuldgefühle ließ sich das Verhalten der Patientin retrospektiv verstehen.

Gerade das letzte Beispiel illustriert, daß erst bei besserer Kenntnis aller Aspekte des Krankseins eine adäquatere Handlungsweise vorstellbar ist. Ich stellé mir in diesem Zusammenhang die Frage, ob die antibiotische Therapie — so medizinisch unsinnig und in seltenen Fällen sogar gefährlich — in diesem Fall nicht richtig war. Grundsätzlich frage ich mich sogar, ob mein Verhalten, wie es im Beispiel 7 dem alten Herrn gegenüber illustriert ist, nicht unhuman, wenn auch »medizinisch sauber« ist. Kann man nicht eine »Humbug-Medizin« zum Teil als humaner ansehen, als den Rückzug auf eine rationale Herangehensweise? Wie ich im Beispiel 6, den Injektionen an das schmerzhaft kniegelekt illustriert habe, tue ich dies manchmal — in diesem Beispiel, um Schlimmeres (Cortison) zu verhüten. Aus den Beispielen läßt sich somit folgende, bei den vorangehenden Thesen bisher noch nicht genannte Bedingung ableiten:

Das Greifen zum »*medizinischen Ritual*« oder zur »*Humbug-Medizin*« kann in der allgemeinärztlichen Betreuung eine Rechtfertigung haben. Das Problem besteht jedoch darin, daß derartige Formen des Heilens auch zum Verdecken von eigentlich zu lösenden Problemen benutzt werden können. Andererseits wirft eine strikte Ablehnung derartiger Methoden zumindest die Frage nach einem inhumanen Umgang mit dem Kranken auf. Die gewissenhafte Entscheidung über das, was an »*medizinischem Ritual*« und »*Humbug-Medizin*« angewendet werden darf, wird in einer Situation besonders erschwert, in der *Ärzte um Patienten konkurrieren*. Der Patient kann von seinem Arzt das, was er wünscht, besonders leicht erpressen, weiß er doch, daß sein Arzt auch von ihm abhängig ist und dieser mit anderen Ärzten in Konkurrenz steht. Das Eingehen auf die Patientenwünsche wird zudem noch dadurch gefördert, daß nach dem System der Einzelleistungs-Honorierung zusätzliche medizinische Handlungen belohnt werden.

These IV:

Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist auf Seiten von Patient und Arzt teilweise auf extrem unterschiedlichen Ebenen angesiedelt.

Beispiel 9:

Eine 40jährige Frau kommt aufgrund einer Empfehlung eines Bekannten von mir, um ihre bisher schwer einzuordnenden rheumatischen Beschwerden abklären zu lassen. Es ginge ihr nur darum zu klären, was es sei; die Beschwerden seien momentan nicht so stark, daß eine Therapie — insbesondere eine medikamentöse — von Nöten sei. Anamnese, Untersuchung und Labor führten zu der Verdachtsdiagnose einer sehr seltenen rheumatischen Erkrankung. Ich erklärte der Patientin, um welche Erkrankung es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit handle, und daß ein Beweis hierfür nur durch eine weitergehende, dann aber eingreifende Diagnostik möglich sei. Da dies allerdings zum jetzigen Zeitpunkt ohne therapeutische Konsequenzen sei, würde ich ihr nicht zu diesem Vorgehen raten. Die Patientin fragte mich dann und bei weiteren Konsultationen immer wieder nach Möglichkeiten einer therapeutisch bzw. präventiven nicht-medikamentösen Beeinflussung. Die Patientin ist Wissenschaftlerin und aus dem Teil ihrer Publikationen, den ich kenne, weiß ich, daß sie in ihrer Denkweise sehr stark den Prinzipien der Rationalität verpflichtet ist (hierbei soll keinerlei Gegensatz zu Emotionalität gemeint sein). Mit diesem Hintergrundwissen ausgerüstet, bemühte ich mich, der Patientin die Problematik zu erklären, die darin liegt, daß bei einer derart seltenen Erkrankung und bei den bekannten Schwerpunktlegungen unserer Medizin keine Empirie über nicht-medikamentöse Therapieverfahren oder Prävention vorliegen. Das, was sie tun könnte — denn sie fragte immer wieder hiernach — wäre eher mit einem Ausprobieren zu vergleichen. Ich schlug ihr einige Dinge vor, konnte ihr jedoch keinen Erfolg versprechen, sondern verwies sie auf ihr Experimentieren. Insgesamt wirkte sie dann mit diesen Ratschlägen nicht sehr zufrieden.

Einige Zeit später berichtete sie mir, daß sie sich in Behandlung eines Heilpraktikers begeben habe, der sich auch erst über die Krankheit habe belesen müssen. Er beginne jetzt aber mit ihr eine Umstimmungsbehandlung. Zudem habe er ihr viele Medikamente zur äußerlichen als auch innerlichen Anwendung verschrieben. Die sonstigen Prinzipien der Patientin kennend, begann ich ein Gespräch darüber, wie es ihr — sonst dem Prinzip der Rationalität folgend — möglich sei, sich hier auf etwas einzulassen, was so ganz außerhalb dieses Prinzips läge. Schnell konnten wir uns darauf verständigen, daß ich mit Rationalität nicht Naturwissenschaft meine und auch die Denkweise eines Heilpraktikers möglicherweise in sich geschlossen sei. Es blieb jedoch der Bruch ihres sonstigen Denkens zu einem völlig anderen Denksystem. Nach einem ziemlich langen Gespräch verwies die

Patientin darauf, daß — wenn man krank sei — doch etwas getan werden müsse. Der Heilpraktiker mache etwas mit ihr und erlaube ihr aktiv zu werden. Ich problematisierte, was hier »aktiv« beinhaltet.

Bewußt ist hier das Beispiel der intellektuellen Patientin gewählt worden, weil diese — so bleibt zu vermuten — die Brüche in ihrem Denken sehr viel eher bemerken sollte bzw. man dies mit ihr besprechen kann. Das geschilderte Problem ist jedoch an sich in vielen Konsultationen wiederzufinden.

Beispiel 10:

Eine 58jährige sehr gewissenhafte, ängstliche Patientin kommt regelmäßig wegen kleinerer Leiden und der Blutdruckkontrolle in meine Praxis. Sie steht schon unter einer laufenden Hochdruckmedikation, die die Blutdruckwerte in einen Normalbereich halten. Wie ich nach längerer Zeit feststellte, kommt sie immer dann zu Blutdruckkontrollen, wenn Befindlichkeitsstörungen in ihrem Leben, die sie auf schwankende Blutdruckwerte zurückführt, eingetreten sind. Fast immer liegen die Werte auch bei diesen Kontrollen im Normbereich. Schließlich erfahre ich — mehr zufällig —, daß die Patientin ihre Blutdrucktabletten auch in Abhängigkeit von ihrem Befinden phasenweise an- und absetzt. Ein solches Vorgehen ist medizinisch gesehen sicherlich nicht sinnvoll und da ich zugleich fast immer normale Meßwerte gemessen habe, schlage ich vor, dann doch versuchsweise das Präparat einmal ganz wegzulassen, um zu schauen, ob der Blutdruck überhaupt noch relevant erhöht sei. Dies wehrt die Patientin energisch und ängstlich ab, wobei sie auf den doch so bekannten Risikofaktor Hochdruck verweist. Ich versuche ihr zu erklären, daß bei sehr mildem Hochdruck dieses Risiko gar nicht so hoch sei wie man immer annähme, und daß in ihrem Fall ein konsequentes Weglassen der Medikation möglicherweise ohne Probleme sei. Dies wird ängstlich abgewiesen und die Patientin fährt fort — davon bin ich überzeugt — je nach ihrem Wohlbefinden die Medikation zu nehmen oder wegzulassen. Hier mischt sich bei der Patientin das sehr moderne medizinische Konzept einer präventiven Beeinflussung von Risiko-Erkrankungen (symptomlos) mit der dazu sehr veraltet wirkenden Vorstellung, Krankheit müsse Symptome haben (Medikationsausrichtung nach Befinden).

Ein solches Nebeneinander unterschiedlicher Konzepte stellt mit Sicherheit keine Ausnahme dar. Dieses Nebeneinander nicht vereinbarter Konzepte kann sich im Kopf des Patienten abspielen, es kann sich jedoch auch — wahrscheinlich viel häufiger — als Nebeneinander unterschiedlicher Vorstellungen von Arzt und Patient zum gleichen Therapieprinzip zeigen.

Als Charakteristika allgemeinmedizinischer Tätigkeit lassen sich aus den Beispielen folgende Schlüsse ableiten:

a) Kranksein stellt etwas derart Besonderes dar, daß die *gewohnten Um-*

gangsformen mit Problemen nicht selten *aufgegeben werden* (Flucht in die Irrationalität, in den Glauben an das Wunder).

b) Die Prinzipien einer rationalen Medizin sind auf Seiten der Patienten so wenig aufgenommen, daß es zu dem beschriebenen *Nebeneinander unterschiedlicher, häufig nicht vereinbarter Vorstellungen* zur Behandlung kommen muß. Ergebnis ist, daß Arzt und Patient, über die gleichen Dinge sprechend, völlig unterschiedliche Dinge damit verbinden.

III. Schlußfolgerungen

Die Beispiele scheinen mir repräsentativ für *meine Praxis* zu sein. Hier liegt jedoch auch die Einschränkung: da die Interaktion zwischen Patient und Arzt eine so wesentliche Rolle in der Allgemeinmedizin spielt, ist davon auszugehen, daß jeder Arzt mit seiner Umgangsform eine Selektion der Patienten betreibt. So haben unterschiedliche Ärzte unterschiedliche Patienten, eine Repräsentativität ist damit immer nur eingeschränkt möglich. Bei einem Anfänger entfällt ein Charakteristikum allgemeinmedizinischer Betreuung, das jahrelange Kennen der Patienten. Dennoch gehe ich davon aus, daß die von einem Anfänger gesehenen Probleme in jeder allgemeinmedizinischen Betreuung bestehen. Durch unterschiedliche Selektion und durch unterschiedlich ausgeprägtes Zurückdrängen und Verdrängen der Problematik dürften die Probleme nur unterschiedlich verteilt und unterschiedlich offensichtlich sein.

Zusammengefaßt ergeben sich folgende Spezifika allgemeinmedizinischer Tätigkeit:

1. Die Allgemeinmedizin geht mit einer *Vielzahl von Aspekten des Krankseins* um. Dies schließt den medizinischen, sozialen und psychischen Bereich ein, meint jedoch auch das spezifische Krankheitsverständnis des Patienten, den mystischen Umgang mit Krankheit etc..
2. In der Allgemeinmedizin und — in geringerem Maße — im ambulanten Bereich überhaupt ist der *Patient* im Vergleich zur Klinik ein ungeheuer starker *Partner*, der das, was in der Behandlung geschieht, wesentlich mitbestimmt. Dadurch ist die Patienten-Arzt-Beziehung — wie jede andere Beziehung — sowohl durch gemeinsames Handeln als auch hartes Ringen miteinander gekennzeichnet. Es werden von beiden Seiten Kompromisse geschlossen, Taktiken überlegt, Niederschläge eingesteckt und Siege triumphierend festgehalten.
3. Neben den unter 1 und 2 festgehaltenen Bestimmungsmomenten greifen *institutionelle, juristische und egoistische Einflußfaktoren* in den Behandlungsablauf ein (Konkurrenz um Patienten, Einzelleistungsabrechnung, Angst vor juristischen Folgen etc.).
4. Bei der Vielzahl der Aspekte und angesprochenen Ebenen ist davon auszugehen, daß *Allgemeinmedizin* nur stark *subjektiv* orientiert über-

haupt möglich ist. Standardisierte Verfahren würden bestenfalls einem oder wenigen Aspekten Rechnung tragen können.

Einige weitergehende Schlußfolgerungen

1. Beurteilung allgemeinmedizinischer Tätigkeit

Die oben beschriebenen Bedingungen allgemeinärztlicher Tätigkeit und insbesondere die der Subjektivität von Entscheidungen bei der Vielzahl der Aspekte des Krankseins macht eine Beurteilung der Tätigkeit in diesem Bereich extrem schwierig (vgl. These II). Mit Sicherheit ist eine Beurteilung der Qualität ambulanter Tätigkeit im Einzelfall nur bei detailliertester Kenntnis der jeweiligen Situation überhaupt möglich. Für juristische (z. B. Kunstfehlerprozeß), kassenarztrechtliche (z. B. Regress) und wissenschaftliche Fragen (z. B. Analyse von GKV-Daten) wird in der Regel nur ein Aspekt allgemeinmedizinischen Handelns — und damit eigentlich nicht für die Spezifität des Faches adäquat — herausgenommen: der medizinische. In einem Kunstfehlerprozeß geht es in der Regel darum, ob medizinisch richtig gehandelt wurde. Wie die Beispiele zeigten, muß dies nicht die adäquate Frage für die jeweilige Problemsituation gewesen sein. Selbst die Vertreter der kassenärztlichen Vereinigung, die ambulante und allgemeinmedizinische Tätigkeit kennen, urteilen in entsprechenden Regress-Verfahren entweder nur nach medizinischen Aspekten, oder entscheiden nach Standesinteressen, ein Explizit-machen der Vielfältigkeit der Aspekte allgemeinmedizinischer Tätigkeit erfolgt in der Regel jedoch nicht. Wird bei wissenschaftlichen Untersuchungen auf der Basis von GKV-Daten z. B. festgestellt, daß die Hochdruckbetreuung — geurteilt nach Verordnungen und durchgeführter Hochdruckdiagnostik — unzureichend ist, so ist dies eine Aussage, die sich allein auf den medizinischen Aspekt bezieht. Ob bei den Patienten mit der Diagnose Hochdruck die Krankheit selbst oder ein anderes dahinter stehendes Problem von zentraler Bedeutung war, bleibt dabei unbeantwortet. Allerdings — das Beispiel ausweitend — kann man sich fragen, warum es denn dazu gekommen ist, daß andere, hier einmal angenommene, im Hintergrund stehende Probleme über das Vehikel der Hochdruckbehandlung betreut werden.

Es läßt sich feststellen, daß immer, wenn es um eine Beurteilung der Qualität allgemeinärztlicher Betreuung geht, auf nur den einen Aspekt, den der Medizin, rekuriert wird. Daß dies möglicherweise aus Praktikabilitätsgründen gerechtfertigt ist, mag sein, ausreichend ist es sicherlich nicht.

Auf der anderen Seite liegt in der Betonung der Vielfältigkeit der Aspekte des Krankseins als auch der Subjektivität ärztlicher Entscheidung die Gefahr, daß alles, was in der ärztlichen Praxis geschieht, mit dem Verweis hierauf gerechtfertigt werden kann. Das Verschreiben gefährlicher Medikamente, das regelmäßige Einbestellen zur Durchführung medizinisch un-

sinniger Injektionen etc. kann eben seinen nachvollziehbaren Sinn haben, kann aber auch nur Ausdruck des Verdienens am Patienten bzw. der Abwehr einer Diskussion über im Hintergrund stehende Probleme der Patienten sein.

Kann im Einzelfall auch nur die detaillierte Kenntnis eine Beurteilung erlauben, so ist für die Beurteilung ganzer Patientengruppen — z. B. aller vom Arzt behandelten Patienten mit Rückenschmerzen — schon weniger detaillierte Kenntnis ausreichend. Erhalten z. B. fast alle Patienten mit diesem Beschwerdebild Injektionen, so darf der Verdacht laut werden, daß dies nicht einer adäquaten und im Einzelfall angepaßten Behandlung entspricht. Es ist also bei aller Subjektivität und bei aller »Verwirrung« durch die Vielzahl der Aspekte des Krankseins dennoch möglich, Annäherung an eine Qualitätsbeurteilung vorzunehmen.

2. Ausbildung und Organisation der Allgemeinmedizin

Es läßt sich ableiten, daß eine rein medizinische Ausbildung mit Sicherheit keine ausreichende Voraussetzung für allgemeinmedizinische Tätigkeit ist. Auch die Kenntnis in Psychologie und Soziologie ist allein eine notwendige, nicht aber eine hinreichende Bedingung. Immer wieder schlecht zu beschreiben, dennoch notwendig sind zahlreiche Persönlichkeitsmerkmale des Arztes, die für eine Entscheidungsfindung im oben genannten Zusammenhang Voraussetzungen sind. Sind derartige Merkmale nicht da, flüchtet der Arzt entweder in die eindimensionale Betrachtung des Medizinischen, oder er betreibt — für sich und andere unkontrolliert — eine dann zufällige »Humbug-Medizin«, wenn er bemerkt, daß rein medizinische Antworten auf allgemeinmedizinische Probleme inadäquat sind.

Durch unser Versorgungssystem, in dem der Allgemeinarzt in Konkurrenz mit den Spezialisten steht, in dem für beide das System der Einzelleistung die Art der Medizin bestimmt (Abholz/Dreykluft, 1983) und er um den Patienten mit anderen Ärzten konkurriert, in einem solchen System werden ganz grundsätzliche Probleme der Allgemeinmedizin — wie oben geschildert — besonders verstärkt. So können Konzepte der Behandlung mit dem Patienten nicht durchgehalten werden, weil dieser beliebig auf andere ausweichen kann bzw. durch Hinweis, auf das, was üblich ist, auch das Übliche häufig durchzusetzen in der Lage ist. Dies betrifft nicht nur das beschwerliche Angehen psychischer Aspekte des Krankseins, sondern kann sogar mittlen in der Schulmedizin angesiedelt sein. So ist die schulmedizinische Position, daß auch bei nicht-insulinpflichtigen Diabetikern mit mehrmaligen Insulingaben am ehesten Spätfolgen — im Vergleich zur Tablettentherapie — zu verhindern sind, in der Praxis in unserem Lande nur ausnahmsweise überhaupt durchzusetzen. Der Patient kann in »schlagender Argumentation« darauf verweisen, daß alle seine Bekannten, die die gleiche Erkrankung haben, ja die viel bequemeren Tabletten bekämen.

Die Tatsache, daß man an medizinischen Einzelleistungen verdient, führt zu einem übermäßigen Anwenden derselben. Dies wiederum läßt auch in den Köpfen der Patienten ein Bild dessen, was für ihr Verständnis richtig ist, entstehen. Die Tendenz zur Medikalisierung von Problemen wird somit in einem solchen System verstärkt vorzufinden sein. Davon unberührt bleibt die Einsicht, daß — dies sollten obige Beispiele illustriert haben — eine Medikalisierung eines Problems auch einmal sinnvoll sein kann. Ja, ich habe mich bei den Beispielen zur Ritualisierung medizinischen Handelns und denen zur »Humbüg-Medizin« sogar gefragt, ob im Einzelfall ein solches Vorgehen nicht humaner als das Bestehen auf Rationalität sein kann.

Für ein gutes Versorgungssystem zu fordern ist jedoch, daß die Arbeitsbedingungen des handelnden Arztes das schnelle Nachgeben in Richtung einer »Humbüg-Medizin« erschweren und so zu einer Einzelentscheidung werden lassen. Die Konkurrenz um die Patienten, die Honorierung nach Einzelleistung bei nicht limitierter Patientenzahl: dies sind die entscheidenden Arbeitsbedingungen, die eine Medikalisierung zur Routine und hochproblematische Entscheidung zu einer »Humbüg-Medizin« zur Regel werden lassen.

Die zusammenfassende Darstellung stellt in keiner Weise etwas Neues dar. In abstrakter Form ist in der allgemeinmedizinischen Literatur ein ähnlicher Beitrag zur Spezifität des Faches Allgemeinmedizin geliefert worden (z. B. Dreibholz/Haehn 1982, Hamm 1980, Sturm 1983). Die Arbeiten von Balint und Mitarbeitern (1977) haben sogar eine hervorragende Konkretion eines wesentlichen Teilbereiches gegeben.

Für praktizierende Ärzte sind die Beispiele banal, weil sie nur ihre Alltäglichkeit illustrieren. Solche Beispiele tauchen in der Literatur aber wiederum nicht auf, sie werden bestenfalls von den Allgemeinärzten und Praktikern am Biertisch ausgetauscht. In der offiziellen Diskussion ziehen sich die Allgemeinärzte immer wieder auch auf die Ebene der Medizin, also genau das Unspezifische ihres Faches, zurück. Da werden z. B. die Behandlung des Bluthochdruckes oder die Diagnostik beim akuten Bauchschmerz so diskutiert, als ob es sich allein um ein medizinisches Problem handeln könnte.

Wie kommt es dazu, daß über Allgemeinmedizin nur in einer abstrakten und damit die Problematik deutlich reduzierenden Weise oder aber am Stammtisch in Form der Anekdote gesprochen werden kann? Ärzte sind Autoritäten und wollen dies auch bleiben. Ärzte sind zwar nicht Wissenschaftler, wollen aber Akademiker sein. Der Rückzug auf die medizinische Ebene, die wissenschaftliche und von den Ärzten erlernte, erlaubt ihnen, ihre Position als Akademiker zu halten und sie mit Autorität auszustatten. Die Vielzahl der Aspekte des Krankseins würde sehr viel mehr Wissen erfordern und — was hier das Entscheidendere ist — sehr viel mehr Vagheit

in ärztliche Entscheidungen bringen. Eine Bekenntnis zur Vagheit würde aber auch der teilweisen Abgabe von Autorität gleichkommen. Das explizite Zugeben, daß man als Allgemeinarzt häufig bei Entscheidungen nicht auf einen Fundus von im akademischen Studium Erlernten zurückgreift, sondern auf Lebenserfahrung etc., macht die eigene Position deutlich angreifbarer. Dies gilt für den einzelnen Arzt, als auch für die kollektiv zu verteidigende Machtposition der Ärzteschaft. Allgemeinmedizin braucht Medizin, Psychologie und Soziologie als Grundlage, hat viel mit Lebenserfahrung und Persönlichkeitsmerkmalen des Arztes und sehr viel mit Alltagsentscheidungen zu tun. Eine niederschmetternde Erkenntnis für jemanden, der als Akademiker, als Autorität und Sachverständiger in allen Fragen des Lebens angesehen werden will.

Aber auch diese eher kritische Sicht des Arztstandes kann aus dem Erlebnis der Allgemeinmedizin nicht ungebrochen ausgesprochen werden: zu fragen ist, ob nicht ein wesentlicher Teil von Patienten in ihrer Krankheit die Autorität sucht — und möglicherweise — auch braucht.

Solange die Allgemeinmedizin die hier angesprochenen Probleme nicht offen diskutiert, sondern durch Abstraktion, Verniedlichung oder Verbannung an den Bierstisch glaubt erledigen zu können — solange werden die vielfachen Probleme in diesem Fach keine ausreichenden Lösungen finden. Ich bin sicher, daß die Allgemeinmedizin erst dann zu einem wirklich eigenständigen und dann auch akademisch fundierten Fach werden kann, wenn sie die angesprochenen Problembereiche systematisierend durch empirische Untersuchungen und theoretischer Reflektion angeht.

Literatur

- Abholz, H.-H., H.R. Dreykluft: Ärztliches Abrechnungssystem und Qualität der Versorgung. in: *Ambulante Gesundheitsarbeit, Argument Sonderbd. 102*, Berlin 1983, S. 5-22
- Balint, E., J.S. Norell: *Fünf Minuten pro Patient*. Frankfurt 1977
- Balint, M: *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. 5. Aufl. Stuttgart 1980
- Dreibholz, J., K.-D. Haehn (Hrg.): *Hausarzt und Patient — Lehrb. der Allgemeinmedizin*. Hannover 1982
- Hamm, H. (Hrg.): *Allgemeinmedizin, Familienmedizin — Lehrb. und praktische Handlungsanweisung für den Hausarzt*. Stuttgart 1980
- Sturm, E.: *Renaissance des Hausarztes*. Heidelberg 1983