Heinz-Harald Abholz und Elsa Heindrichs

Forschung in der Allgemeinmedizin*

Ein Beitrag zur inhaltlichen Bestimmung des Faches

Mit dem folgenden Beitrag soll zu zwei Aspekten der Diskussion um die Bedeutung des Faches Allgemeinmedizin Stellung genommen werden: Einmal soll durch die Darstellung von Forschungsfragen der Allgemeinmedizin auf die Notwendigkeit eines *akademischen Faches* Allgemeinmedizin verwiesen werden. Zum anderen soll mit Hilfe von Forschungsfragen und Forschungsergebnissen aus der Allgemeinmedizin eine inhaltliche Bestimmung des Faches in seiner *Eigenständigkeit* und *Spezifität* vorgenommen werden.

Im folgenden Katalog von Forschungsbereichen sollen einige beispielhaft charakterisierende Forschungsfragen benannt und zum Teil durch realisierte Forschungsprojekte illustriert werden. Schon an dieser Stelle kann festgestellt werden, daß die Forschung in der Allgemeinmedizin bisher in der Bundesrepublik sehr wenig entwickelt ist. Daher wird es sich vorwiegend um Illustrationen aus dem englischsprachigen Raum handeln. Aber auch dort gibt es zu zahlreichen Forschungsfragen keinerlei realisierte Projekte, so daß es häufig allein bei der Benennung von Fragen bleiben muß.

1. Beschreibung des Arbeitsgebietes Allgemeinmedizin

Als erster im deutschsprachigen Raum hat Braun (1968) eine statistische Erfassung seiner Behandlungsfälle sowie der Verläufe und Versorgungsintensitäten vorgelegt. Andere Autoren (z.B. Göpel, 1980) haben hier ergänzt und bestätigt: Ganz wenige Diagnosen oder Symptome definieren den überwiegenden Anteil der Behandlungsanlässe in der Allgemeinpraxis. Dabei handelt es sich recht häufig im Symptomkomplexe bzw. Beschwerdebilder, die nicht in der klassischen Medizin definiert sind. Als Beispiel seien genannt: Abgeschlagenheit, Magen-Darm-Beschwerden ohne körperlichen Befund, Ziehen in den Beinen. Für die Klinik so wichtige Erkrankungen wie Herzinfarkt (8-mal pro Jahr), Schlaganfall (5-mal pro Jahr) und Carcinome (5-mal pro Jahr) kommen sehr selten als Behandlungsfälle in der Allgemeinpraxis vor. Hingegen führen Probleme, die sich aus der Armut der Patienten, der Arbeitslosigkeit oder ihrem hohen Alter ergeben, zu hunderten von Vorstellungen beim Hausarzt (Fry, 1977). Der Allgemeinarzt steht einer so bedrohlichen Situation wie dem »akuten Abdomen« nur zwei- bis dreimal pro Jahr gegenüber (Fry, 1979). Hingegen führen Kriminalitätsdelikte in der Familie im Durchschnitt zu 11 ärztli-

* Ein Fremdwortverzeichnis befindet sich am Schluß des Aufsatzes.

chen Konsultationen pro Jahr (Fry, 1977). Aus derartigen beschreibenden Statistiken ergeben sich zahlreiche Schlußfolgerungen für die Schwerpunktlegung in Ausbildung, Diagnostik und Therapie in der Allgemeinmedizin (Abholz, 1979).

Mit zu diesem Komplex von Forschungsfragen gehört die Untersuchung des qualitativen als auch quantitativen Aufwandes von gesundheitlicher Betreuung. Mit welchem Aufwand wird diagnostiziert, welche Zeiten der Zuwendung zum Patienten mit welchen Leistungen werden erbracht? In welchem Verhältnis stehen psychosoziale Betreuung, Gesundheitsaufklärung, Früherkennung, medizinisch-kurative Versorgung und administrativer Aufwand zueinander?

2. Institutionelle Untersuchungen

Forschungsfragen zur institutionellen Seite der Allgemeinmedizin lassen sich aufgliedern in: a) Probleme der inner-institutionellen Arbeitsbedingungen und b) Probleme der institutionellen Funktionsweise innerhalb des gesundheitlichen Versorgungssystems.

Zum erstgenannten Fragenkomplex können z.B. Untersuchungen über die Arbeitsteilung innerhalb der Allgemeinmedizin als Beispiel dienen. Welche Aufgaben nehmen Arzthelferinnen, Krankenschwestern, Sozialarbeiter und Ärzte in der Betreuung des ambulanten Patienten ein? So hat z.B. eine Studie von Allgemeinpraktikern in Großbritannien (Bowling, 1981) gezeigt, daß in den Praxen sehr unterschiedlich die Tätigkeiten auf Schwestern und Ärzte verteilt sind. In dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, daß eine höhere Arbeitszufriedenheit bei den Schwestern vorhanden war, die relativ viele sogenannte ärztliche Tätigkeiten übernehmen konnten. In einer anderen Studie aus den USA (Spitzer, 1974) ließ sich zeigen, daß Krankenschwestern in der Hauskrankenpflege ohne Qualitätsverlust ganz wesentliche Betreuungsbereiche voll übernehmen können. Dabei wurde eine eigenverantwortliche Betreuung durch die Schwester allein durchgeführt; nur in Problemfällen wurde der Arzt hinzugezogen. Ähnliche Erfahrungen wurden in anderen Modellversuchen bei der Betreuung von Hochdruckpatienten und Patienten mit Diabetes (Komaroff, 1974) sowie der Allgemeinversorgung (Spector, 1975) gemacht.

Aus derartigen Untersuchungen ergibt sich die weitergehende Frage, ob mit Übernahme der sogenannten ärztlichen Tätigkeit durch andere medizinische Berufsgruppen die soziale Distanz zwischen Behandelndem und Behandeltem verringert wird. Dies könnte von erheblicher Bedeutung sein, wenn dadurch der Patient eine aktivere Einstellung zu der Betreuung seiner Erkrankung bekommt. Gewissermaßen nach dem Gedankengang, »was die Schwester kann, das kann ich doch auch selbst übernehmen«, könnte sich so eine Aktivierung des Patienten entwickeln. Gerade bei den chronischen Erkrankungen ist die passive Einstellung, nach der sich der

Patient vom Arzt die Therapie geben läßt, für den Therapieerfolg selbst hinderlich. Entsprechende Untersuchungen zu einer derartigen Fragestellung liegen nicht vor.

Durch die Übernahme von Aufgaben durch andere Berufsgruppen könnte so die Qualität der Versorgung verbessert werden. So gibt es für die Arbeit von Psychologen in der ambulanten Versorgung positive Beispiele: durch Einbeziehung von Psychologen können der Medikamentenkonsum bei z.B. Schmerzzuständen, Diabetes mellitus, vielen Befindlichkeitsstörungen etc. gesenkt und dahinter stehenden Probleme adäquater angegangen werden (Kowalski, 1981). Aus der Erfahrung der Sozialarbeit lassen sich ähnliche positive Schlüsse für die Qualitätsverbesserung in der Versorgung ableiten (Huntington, 1981).

Als Beispiel für Untersuchungen zur institutionellen Funktionsweise innerhalb des Versorgungssystems sei hier die Arbeit von Hannay (1978) genannt. Diese Studie weist auf, welche Unterschiede in der Schulbildung, dem sozialen Stand, dem Wissensstand etc., die Benutzung von ärztlichen Versorgungseinrichtungen im ambulanten Bereich beeinflußen. Aus ihr ist z.B. zu entnehmen, daß gleiche Symptome sozial unterschiedlich als sozialfürsorgerische oder medizinische Probleme verstanden werden. Daraus resultieren unterschiedliche Inanspruchnahmefrequenzen von sozialfürsorgerischen oder ärztlichen Institutionen durch die unterschiedlichen sozialen Schichten.

Eine ganz andere Fragestellung zum gleichen Fragenkomplex wäre die, inwiefern die vom Spezialisten des Krankenhauses eingenommene Behandlungsposition vom Allgemeinarzt, der den Patienten in ganz anderen Bezügen kennt, geteilt werden kann. Interessant wäre auch, wie gleiche Symptome institutionell unterschiedlich interpretiert und versorgt werden. Kommt z.B. ein Patient mit »Schmerzen im Brustraum« in die Ambulanz eines Krankenhauses, so wird er üblicherweise mit einer Vielzahl von technischen Untersuchungen konfrontiert. Bei der gleichen Symptomatik, aber dem Aufsuchen eines ihm bekannten Hausarztes, wird ein ganz anderes Programm an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden. Hierbei werden Gespräche über Auslösemechanismen, die Bedeutung der Symptomatik für den Patienten etc. unter Umständen im Vordergrund stehen.

Eine weitere Frage wäre die der Abhängigkeit ärztlicher Leistung von ärztlicher Schwerpunktlegung und Praxisausstattung. So konnte z.B. gezeigt werden, daß die Finanzierung der Versorgung einen Einfluß auf Aufwand und Güte der Versorgung hat. Renaud (1980) fand, daß die Versorgung von Patienten mit Kopfschmerzen häufiger inadäquat war, wenn die behandelnden Ärzte privat niedergelassen waren und nicht staatlich angestellt praktizierten. Beim Ländervergleich zwischen England und Frankreich zeigte sich, daß in Frankreich häufiger technische Untersuchungen

veranlaßt, mehr Medikamente verschrieben werden und häufiger wieder bestellt wird als dies in England der Fall ist. Dort ist hingegen das Patienten-Arzt-Gespräch länger und häufiger. Es wird vermutet, daß diese Unterschiede auf Grund unterschiedlicher Honorierungssysteme der Ärzte zustande kommen (Porter, 1980). Selbst die Arztdichte hat einen nicht unwesentlichen Einfluß auf das Leistungsvolumen und die Art der Leistung praktizierender Ärzte (siehe Borchert, 1979).

3. Arzt-Patienten-Interaktionen

Es geht hier um die Frage, inwiefern in verbaler oder non-verbaler Kommunikation zwischen Arzt und Patient etwas über Krankheit und Leid mitgeteilt wird und inwiefern hier Mißverständnisse auftreten. Einen Überblick über derartige Probleme gibt z.B. der Sammelband von Bennett (1976) sowie die bekannteste detaillierte Studie zum Thema von Byrne und Long (1976). Die zuletzt genannten Autoren haben zahlreiche Arzt-Patienten-Konsultationen mit dem Tonband festgehalten und dann analysiert. Wichtigstes Ergebnis war, daß Patienten häufig psychosoziale Probleme nur vermittelt über körperliche Symptome darzustellen in der Lage sind. Derartige »eigentliche« Anliegen werden häufig in einem Nebensatz, zumeist am Schluß der Konsultation untergebracht. Teilweise erfolgt durch die Patienten selbst eine Interpretation ihrer körperlichen Beschwerden, die jedoch nur zum Teil von den Ärzten verstanden wird. Auch konnte gezeigt werden, daß mit ganz bestimmten Mechanismen Ärzte bestimmten Fragen des Gespräches aus dem Wege gehen und immer wieder auf die Ebene einer eng medizinischen Interpretation zurückführen. In diesem Zusammenhang ergibt sich auch die Frage, ob vom Patienten z.B. bestimmte Symptome — meist wahrscheinlich unbewußt — erfunden bzw. verstärkt erlebt werden, um hierüber Zuwendung durch den Arzt zu bekommen. Auf einer empirisch-deskriptiven Ebene ist dies von z.B. Fitton und Acheson (1979) untersucht worden. Balint (1977) liefert sehr illustrative und beeindruckende Fallbeispiele zu diesem Thema.

Schließlich wären sprach-soziologische Untersuchungsansätze von erheblichem Wert, in denen die unterschiedliche Bedeutung identischer Worte in den verschiedenen Sozialschichten untersucht werden müßte. Ist es z.B. nicht so, daß in den unteren Sozialschichten »Schmerz« viel weitergefaßt für die verschiedensten Zustände von Unwohlsein in einer undifferenzierten Weise verwendet wird? Ohne Kenntnis derartiger Phänomene müßte es dann bei einem Teil der Konsultationen mit Unterschichtpatienten zu Fehlinterpretationen kommen. Ähnliche Fragen lassen sich beliebig ergänzen.

4. Die Bedeutung von Krankheit

Gerade unter Einbeziehung von psychischen und sozialen Bedingungen des Patienten ergeben sich Fragen nach der Bedeutung einzelner Krankheitsepisoden. Handelt es sich beim Auftreten einer Erkankung um eine »zufällige« Episode? Jegliche Erkankung kann auf zwei Ebenen gesehen werden: auf einer *biologischen* und auf einer *psycho-sozialen* Bedeutungsebene. Mit der biologischen Bedeutungsebene beschäftigt sich die Medizin im engeren Sinne. Die psycho-soziale Ebene ist von erheblicher Bedeutung in der Allgemeinmedizin: die Krankheit kann Schutzfunktion im Sinne der »Flucht in die Krankheit« haben, sie kann als organische Erkrankung seelischen Konfliktzustände stabilisieren helfen (Beck, 1981). Schließlich gibt es zahlreiche Hinweise, daß — insbesondere bei chronischen Krankheiten — der Erkrankung rituelle Bedeutung zukommt: es wird über sie eine konstante Zuwendung gewonnen (vergleiche Mishler, 1981, Dingwall, 1976). Sowohl in der konkreten Behandlungssituation als auch systematisiert im Sinne eines Forschungsprojektes ist zu prüfen, wie verschiedene Krankheitsepisoden bei unterschiedlichen Patienten den beiden genannten Bedeutungsebenen — medizinisch und psycho-sozial — zuzuordnen sind. Erst ein Verstehen auf diesen beiden Ebenen erlaubt ein Verstehen von Krankheit und ein adäquates Reagieren. So läßt sich z.B. ein »Rheumatiker« nur schwer therapieren, wenn eine erheblich psycho-soziale Bedeutung der Krankheit vorhanden ist und somit an dieser Krankheit »festgehalten« wird.

In dem genannten Zusammenhang müßten auch Phänomene der Multimorbidität gesehen werden (Moehr, 1977). Wie sind die Patienten zu charakterisieren, die eine auffällige Häufung von Beschwerden oder Erkrankungen zu einem bestimmten Zeitpunkt oder immer wieder, sich zeitlich abwechselnd, aufweisen? Ist eine derartige Häufung medizinisch plausibel zu erklären oder müssen hier nicht psycho-soziale Bedeutungszusammenhänge aufgezeigt werden?

Auch nach den Entstehungsbedingungen der für die ambulante Medizin so typischen Beschwerdekomplexe wie »Ziehen in den Beinen«, »Abgeschlagenheit« oder »Schwindelgefühl« ist zu fragen. Welchen Anteil haben hier organische und welchen psycho-soziale Ursachen? Gibt es Störungen des Wohlbefindens, bei denen kein organisches Substrat nachweisbar ist und bei denen auch psychische Ursachen höchst unplausibel sind? Liegt dies an einer nicht tief genug gehenden psycho-sozialen Anamnese oder an der Nichtnachweisbarkeit organischer Ursachen auf Grund der »Grobheit« medizinischer Diagnostik? Hilfreich zur Klärung derartiger Fragen könnten Beobachtungen des längerfristigen Verlaufs derartiger Beschwerden sein.

5. Langzeitverlauf von Erkrankungen und Störungen

Gedacht ist hier an Untersuchungen zum Langzeitverlauf von klassischen Krankheitsbildern sowie auch von Krankheitsbildern bzw. Beschwerdekomplexen, die nicht in der klassischen Medizin definierbar sind. Bisher sind derartige Langzeitstudien vorwiegend an Patientenpopulationen von Kliniken durchgeführt worden. Dabei handelt es sich auf Grund der sachlichen Gegebenheiten immer um eine Selektion von Patienten mit besonders schwerem Verlauf. Die relativ ungünstigen Angaben über den Verlauf bie akuter Glomerulonephritis zum Beispiel würden bei einer Untersuchung ambulanter Patienten revidierungsbedürftig sein. Zu vermuten ist, daß ein nicht unerheblicher Teil von Patienten im ambulanten Bereich kurzfristig Glomerulonephritiden durchmacht, die auf Grund ihrer geringen Symptomatik und des gleichzeitig kurzfristigen Verlaufs nicht erkannt werden und so in entsprechenden Klinikuntersuchungen gar nicht auftauchen können. Die sehr viel günstigere Prognose des Lupus erythematodes in Studien mit ambulanten Patienten — im Vergleich zu Klinikstudien — gibt hier ein Beispiel (Wallace, 1981). Fry (1979) konnte bei der Analyse seiner Praxisfälle über 25 Jahre nachweisen, daß der Großteil von Syndromen wie »Kreuzschmerzen«, »Bauchschmerzen«, »Kopfweh«, »Abgeschlagenheit« etc. einen harmlosen Verlauf nahmen. Dabei war nur in wenigen Fällen überhaupt eine naturwissenschaftlich-medizinische Diagnose zu stellen. Andere Autoren zeigten, daß etwa 40% aller allgemeinmedizinischen Konsultationen ohne einen Zweitkontakt bleiben, weil die Erkrankungen — ohne eigentliche diagnostische Einordnung — sich selbst limitierend verlaufen (Thomas, 1974).

Für Beschwerdekomplexe, die nicht klassischen Krankheitsbildern zugeordnet werden können, wie z.B. »häufige Übelkeit«, »funktionelle Oberbauchbeschwerden«, wäre der Langzeitverlauf von besonderem Interesse: Stellen derartige Beschwerden Vorstufen von organisch faßbaren Krankheiten dar oder sind dies Beschwerdebilder, die ganz unabhängig von klassischen Krankheiten existieren? Würde die erste Vermutung stimmen, so würden Patienten mit funktionellen Oberbauchbeschwerden im weiteren Verlauf gehäuft Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre bekommen. Trifft die zweite Erklärung zu, so wären diese Phänomene völlig unabhängig voneinander. Wie verhält es sich mit Patienten, die gehäuft Kopfschmerzen oder Schwindel haben, handelt es sich um Symptome in einer Krise oder den Beginn einer längerfristigen Beschwerdesymptomatik? Wie sind die beiden angenommenen Patientengruppen zu charakterisieren, welche individuellen und sozialen Bedingungen beeinflussen die angenommenen unterschiedlichen Verläufe?

6. Diagnostischer Gang in der Allgemeinmedizin

Hier sind Untersuchungen angesprochen, welche die diagnostische Vorgehensweise bezüglich Effektivität und Zumutbarkeit für den Patienten untersuchen. Zu nennen sind zum Beispiel Untersuchungen zum Nutzen von diagnostischen Maßnahmen bei Hochdruckpatienten. So haben entsprechende Studien gezeigt, daß bei einem nicht ausgewähltem Patientenkollektiv ein sehr hoher Aufwand zur Erkennung sekundärer Hypertonieformen betrieben werden muß. So kostet z.B. die Entdeckung und Therapie (Operation) eines Hochdruckes bei Nierenarterienstenose etwa 100.000 DM pro Patient (Atkinson, 1974; Gellmann, 1971). Wollte man eine solche Diagnostik für alle Hochdruckpatienten der USA durchführen, so würden damit etwa 10% der gesamten Gesundheitskosten gebunden (McNeil, 1975). Derartige Untersuchungen sind auf einer ganz anderen Ebene als die rein medizinischen Studien zur diagnostischen Wertigkeit eines Verfahrens angesiedelt. Bei den letztgenannten Untersuchungen geht es um Fragen von Sensitivität und Spezifität sowie individuellem Risiko bei der Diagnostik. Bei der erstgenannten Fragestellung, die besonders im ambulanten Bereich von Bedeutung ist, geht es um die Frage volksgesundheitlichen Nutzens. Auch die Analyse über die Wichtigkeit verschiedener Informationen bei der Diagnosestellung gehört mit zu diesem Forschungskomplex: für den ambulanten Bereich wurde immer wieder nachgewiesen, daß Angaben zur Anamnese, die Kenntnis des sozialen Hintergrundes sowie die Einschätzung der Persönlichkeit des Patienten von entscheidender Bedeutung sind und häufig eine weitaus höhere Treffsicherheit als technische Untersuchungen haben (Hampton, 1975).

7. Qualität der Versorgung

Ähnlich wie im klinischen Bereich können in der Allgemeinmedizin Qualitätskontrollen ärztlicher Tätigkeit vorgenommen werden. Anders als jedoch in den klinischen Fächern muß zusätzlich zu den medizinischen Referenzpunkten der Güte der Versorgung noch der Bereich pyscho-sozialer Betreuung mit in die Beurteilung aufgenommen werden. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: vorstellbar ist, daß die von der Schulmedizin vorgeschlagene Vorgehensweise bei Patienten mit Hochdruck in der Allgemeinmedizin in dieser strengen Weise nicht durchführbar ist, weil sie wahrscheinlich im Widerspruch zu den Bedürfnissen der Patienten steht. Schwere Nebenwirkungen sowie erst im Alltag als hinderlich sich erweisende geringere Nebenwirkungen führen zu einer Einschränkung der Lebensqualität und verringern somit die Compliance der Patienten. Von diesen Problemen wissen die Hausärzte mehr als die Kliniker. Will man nun die Qualität der Versorgung untersuchen, so müssen derartige Aspekte berücksichtigt werden. Senftleben (1980) hat in seiner Studie über die

Qualität der Hochdruck-Versorgung einmal strenge schulmedizinische Maßstäbe angelegt und zum anderen über ein peer-review (Beurteilung durch gleichgestellte Ärzte) eine Beurteilung durchgeführt. Beim erstgenannten Ansatz war nur ein vernachlässigbarer Anteil der Ärzte in die Kategorie »ausreichende Betreuung« eingestuft worden; beim letztgenannten Ansatz waren es etwa die Hälfte. Einen Überblick über derartige Studien zur Qualität der Versorgung geben McLachlan (1976) und Green (1976).

8. Nutzenermittlungen im Sinne der klinischen Epidemiologie

Geht es in der klinischen Medizin darum, unter *optimalen* Bedingungen die Wirksamkeit eines Medikamentes oder eines Behandlungsprinzips zu prüfen, so ist in der Allgemeinmedizin gerade die Frage des Nutzens eines Behandlungsprinzipes unter den *normalen* Gegebenheiten der Versorgung zentrale Fragestellung. Will man z.B. in einer klinischen Untersuchung die Wirksamkeit einer Marcumarisierung zur Vorbeugung eines Re-Infarktes prüfen, so muß alles darauf ausgerichtet sein, daß die teilnehmenden Patienten ihre Medikamente regelmäßig und in einer ausreichenden Dosierung mit entsprechend häufigen Laborkontrollen einnehmen. Die optimale medikamentöse Behandlung ist also Voraussetzung. Bei einer derartigen Untersuchung kann man dann am Schluß festhalten, ob die Substanz den gewünschten Effekt hat oder nicht. In einer allgemeinmedizinischen Fragestellung jedoch steht vielmehr die Frage nach der Durchführbarkeit eines derartigen Prinzips im Vordergrund. Wenn z.B. auch heute gesagt werden kann, daß die konsequente und gut kontrollierte Marcumarisierung von Nutzen ist (Vries, 1980), so ist damit noch nichts über den Nutzen einer derartigen Behandlung in der Routineversorgung ausgesagt. Eine Routineversorgung, die sich bei uns z.B. durch seltene Gerinnungs-Kontrollen und eine unzureichende Medikamenteneinnahme auszeichnet, führt möglicherweise zu einem ganz anderen Effekt: unerwünschte Nebenwirkungen und verminderte Wirkung auf Grund unzureichender Dosierung führen möglicherweise zu einem negativen Effekt. Ein anderes Beispiel stellt die Untersuchung des Nutzens von Früherkennungsuntersuchungen dar: wenn es unter optimalen Bedingungen gelungen ist, für bestimmte Früherkennungsuntersuchungen einen Nutzen nachzuweisen (Abholz, 1977), so ist damit noch lange nicht belegt, daß dies in der Normalversorgung wirklich ebenso von Nutzen ist. So konnten D'Souza und Mitarbeiter (1976) zeigen, daß unter den Bedingungen allgemeinärztlicher Versorgung in Großbritannien Früherkennungsuntersuchungen auf Hochdruck zwar effektiv im Sinne des Erkennens sind, bei Langzeitverfolgung der entsprechenden Patienten sich jedoch herausstellte, daß die Behandlungsintensität und -qualität für die im Früherkennungsprogramm entdeckten Patienten nicht besser als in der Vergleichspopulation ohne derartige Früherkennungsprogramme war.

Ganze Behandlungskonzepte können ebenfalls im Sinne der Nutzenermittlung Forschungsgegenstand sein. Die berühmte Untersuchung von Mather und Mitarbeitern (1976) zum Nutzen intensivmedizinischer Betreuung von Patienten mit unkompliziertem Herzinfarkt ist ein Beispiel. In dieser Studie konnte gezeigt werden, daß insbesondere im höheren Lebensalter die hausärztliche Betreuung von höherem Wert als die Einweisung in ein Krankenhaus mit Intensivabteilung zu sein scheint. Ähnliche Untersuchungen — ebenfalls in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten — haben Dellipiani (1977) und Hill (1978) mit entsprechenden Ergebnissen vorgelegt.

Untersuchungen über den längerfristigen Nutzen von Behandlungen bei chronischen Erkrankungen sind überhaupt nur im ambulanten Bereich durchführbar. Selbstverständlich können diese auch von klinischen Zentren geleitet werden, die Bearbeitung eines solchen Themas durch im ambulanten Bereich tätige Ärzte bietet sich jedoch an — besonders, wenn man die oben genannten Ausführungen zur Ermittlung des Nutzens unter den Bedingungen einer »normalen« Versorgung mit aufnehmen will. Die bekannte UGDP-Studie zum Nutzen der Therapie bei Altersdiabetes ist ein Beispiel hierfür: über 7 1/2 Jahre wurden Patienten mit Placebo, oralen Antidiabetika und Insulin bezüglich des klinischen Verlaufs der Erkrankung nachverfolgt. Das Ergebnis einer höheren Morbidität und Mortalität in der mit oralen Antidiabetika behandelten Gruppe stand im Widerspruch zu den klinischen Erwartungen (UGDP 1976).

Auch Untersuchungen zum sogenannten Compliance-Verhalten sowie über längerfristig erst auftretende Nebenwirkungen sind hier zu nennen. Die zuverlässigsten Auskünfte zu diesen beiden Komplexen erhält man, wenn man die Patienten unter ihren normalen Lebensbedingungen untersucht — und dies ist nicht die Klinik. So dürften z.B. Nebenwirkungen von Antihypertensiva, wie Impotenz oder auffällige Müdigkeit, während des Klinikaufenthaltes noch zu tolerieren sein, unter den normalen Lebensbedingungen sind sie es nicht mehr.

9. Epidemiologie nicht-infektiöser Erkrankungen

Hier sind Untersuchungen angesprochen, die nach dem klassischen Muster der Epidemiologie die Verteilung von Krankheit nach verschiedenen Gesichtspunkten untersuchen. Für die Allgemeinmedizin sind z.B. die Arbeiten von Logan (1952) sowie die der englischen Gesundheitsbehörde (Hicks, 1976) zu nennen. In diesen Studien wurde nach dem Gesichtspunkt regionaler und sozialer Zugehörigkeit der Patienten die Häufigkeit von Kranheitsepisoden bestimmt. Rückschlüsse bezüglich der Krankheitsverursachung und zum -verlauf ließen sich ableiten. Zu denken ist in diesem Zusammenhang auch an detaillierte Studien, die den Einfluß von Umweltfaktoren, wie z.B. Luftverschmutzung, Lärm und Konsumverhal-

ten etc. auf die Morbidität untersuchen. Wenn derartige Studien im Rahmen der Allgemeinpraxis durchgeführt werden, sind möglicherweise sehr viel mehr detaillierte Daten zu den konkreten Lebensbedingungen der Unterschichten zu erheben, als dies bei den üblichen Auswertungen administrativer Gesundheitsstatistik möglich ist.

Ein Fazit

Deutlich geworden sein sollte, daß die Allgemeinmedizin einen eigenständigen Forschungsbereich darstellt, der — unter Zuhilfenahme anderer Disziplinen — spezifische Fragen in spezifischer Weise anzugehen hat. Die Übernahme klinischer Erkenntnisse kann nicht unvermittelt erfolgen. Selbst sehr ähnlich erscheinende Fragen, wie z.B. die nach dem Nutzen einer Behandlung, müssen für die Klinik und den ambulanten Bereich ganz anders angegangen und beantwortet werden — wie das Beispiel der Marcumarisierung zeigte. Durch die Forschungsfragen gespiegelt sollte jedoch auch deutlich werden, was die Spezifität und den Inhalt von Allgemeinmedizin ausmacht.

Es wurde durch die Tatsache, daß kaum bundesrepublikanische Arbeiten als Beleg genannt werden konnten, auf große Forschungsdefizite verwiesen. Es bleibt zu prüfen, ob in der Praxis der Allgemeinmedizin in der Bundesrepublik zumindestens von den spezifischen Inhalten des Faches Kenntnis genommen wird. Zeichnet sich also die Praxis der Allgemeinmedizin durch die spezifischen Momente ihres Faches aus, oder ist sie die »blinde« Anwendung von Einzelfächern geblieben? Wissenschaftliche Untersuchungen zu dieser Fragestellung existieren nicht. Man ist also auf den Eindruck angewiesen und dieser läßt eher vermuten, daß Allgemeinmedizin in ihrer praktischen Anwendung ebenfalls unterentwickelt geblieben ist.

Bei der Betrachtung dessen, was in den Fachzeitschriften der Allgemeinmedizin hierzulande publiziert wird, ergibt sich ein ähnliches Bild: die Durchsicht des Jahrgangs 1980 der Zeitschriften »Der Praktische Arzt« und der »Zeitschrift für Allgemeinmedizin« ergibt, daß nur 6% der Artikel in »Der Praktische Arzt« und 8% der Artikel in »Zeitschrift für Allgemeinmedizin« entweder Forschungsprojekten oder Reflexionen über allgemeinmedizinische Tätigkeit im Speziellen gewidmet sind. In der »Zeitschrift für Allgemeinmedizin« ist der überwiegende Anteil (74%) der Artikel Fragen der Fortbildung gewidmet; hierbei fällt auf, daß diese wenig auf die spezifischen Probleme der Allgemeinmedizin ausgerichtet sind. In »Der Praktische Arzt« liegt der Schwerpunkt auf Artikeln über Standespolitik (64% der Artikel).

Anders sieht das Bild bei den großen allgemeinmedizinischen Zeitschriften aus Großbritannien aus: Im »Practioner« sind 12% der Artikel Fragen allgemeinmedizinischer Forschung und der Reflexion allgemeinmedi-

zinischer Tätigkeit gewidmet. 74% der Artikel sind spezifisch auf die Allgemeinmedizin ausgerichtete Artikel der Fortbildung. Im »Journal of the Royal College of General Practioners« sind sogar 61% der Artikel Arbeiten aus der allgemeinmedizinischen Forschung und Reflexion über die Tätigkeit in der Allgemeinmedizin.

Was nun kann diese unterschiedliche Entwicklung der Allgemeinmedizin in Großbritannien (Morrell, 1977) und in der Bundesrepublik erklären? Gehen wir einmal — vernünftigerweise — davon aus, daß dies nicht nur eine Frage der Mentalität ist, so liegt der Schluß nahe, daß die Organisation des Gesundheitswesens und somit die Arbeitsbedingungen der Allgemeinpraktiker ganz wesentlichen Einfluß auf diese unterschiedliche Entwicklung genommen haben. Zum einen dürfte hierzu beigetragen haben, daß die Allgemeinmediziner im Vergleich zum Spezialisten in Großbritannien historisch schon immer eine eigenständigere Position hatten (Tudor Hart, 1974). Auch dürfte ein staatliches Gesundheitswesen Forschungsprojekte allgemeinmedizinischer Natur sehr viel eher fördern, als dies bei uns der Fall ist: Überlegungen der Effektivität und des Nutzens dessen, was für viel Geld im ambulanten Bereich getan wird, finden in einem staatlichen Gesundheitswesen sicherlich eher ein Interesse. Hiervon kann ausgegangen werden, da partikulare Interessen am Verdienen an der Krankheit sich in einem staatlichen Gesundheitswesen sehr viel weniger als bei uns verwirklichen können. Zum Schutz vor derartigen Partikularinteressen aber kann Forschung über Nutzen und Effektivität allgemeinmedizinischer Tätigkeiten dienen.

Schließlich dürfte auch eine wesentliche Rolle spielen, daß der Allgemeinmediziner in Großbritannien nur in einem sehr beschränkten Maße das eigene Einkommen durch seine Tätigkeit variieren kann. Die Zahl der Behandlungsfälle ist nach oben limitiert, eine Kopf-Pauschale — anstelle unseres Einzelleistungssystems — verhindert, daß möglichst viel »aus dem Patienten herausgeholt wird«. So verdienen alle Allgemeinmediziner relativ gleich, ein Ansporn zum Mehrverdienen durch mehr Leistungserbringung — wem sie auch immer dient — entfällt weitgehend. Unter diesen Bedingungen scheint dem Allgemeinmediziner in Großbritannien eine größere Möglichkeit gegeben zu sein, sein Interesse am eigenen Fach zu entwickeln und so auch Forschung zu betreiben.

Fremdwortverzeichnis

Compliance: Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme bzw. der Befolgung ärztlicher Anordnungen

Hypertonie, sekundäre: Es gibt die Hochdruckerkrankung mit einer anderen Krankheit (z.B. Nierenerkrankung) als Ursache; man spricht dann von sekundärer Hypertonie. Die Mehrzahl der Hochdruckfälle hat aber keine andere Erkrankung im Hintergrund; man spricht von primärer Hypertonie.

Marcumar: Medikament zur Verringerung der Blutgerinnung

Sensivität und Spezifität: Bei diagnostischen Verfahren wird die 'Empfindlichkeit' (Sensivität) der Methode von der 'Zuverlässigkeit' (Spezifität) unterschieden. Erstere bezeichnet, wie verläßlich die Untersuchungsmethode die gesuchte Krankheit finden läßt. Zweitere bezeichnet die Zuverlässigkeit einer gefundenen Diagnose auf der Grundlage der eingesetzten Diagnostik.

Syndrom: Beschwerdebild mit mehreren Symptomen, das nicht einer eng definierten Erkrankung zuzuordnen ist.

Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H.: Der Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen am Beispiel des Lungen-, Brustdrüsen und Gebärmutterhalskarzinoms sowie polyvalenter Screenings. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 2, Argument-Sonderband 17, Berlin 1977

Abholz, H.-H.: Erfordernisse an die ambulante Medizin — Ableitungen aus klinisch-epidemiologischen Befunden. Argumente für eine Soziale Medizin, Bd. 8, Argument-Sonderband 30, 1979, S.100-120

Atkinson, A. und R. Kellett: Value of intravenous urography in investigating hypertension. J. Roy. Coll. Gen. Pract. 1974, 8: S.175-178

Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 1964, 5. Aufl., Stuttgart 1980

Balint, E. und J.S. Norell: Fünf Minuten pro Patient. Frankfurt/M. 1977

Beck, D.: Krankheit als Selbstheilung. Frankfurt/M. 1981

Benett, A.E. (Ed.): Communication between doctors and patients. Oxford 1976

Borchert, G.: Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang und Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumen und der Arztdichte. Bundesminister für Arbeit und Soziales, Gesundheitsforschung, Bd.25, Bonn 1980

Bowling, A.: Delegation in General Practice — A study of doctors and nurses. London 1981

Braun, R.N.: Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. München 1970

Byrne, P.S. und B.E.L. Long: Doctors talking to patients. HMSO, London 1976

Dellipiani, A.W. et al: Teeside Corobary Survey. Brit. Heart J. 1977, 39: 1172-78

Dingwall, R.: Aspects of illness. London 1976

Fitton, F. und H.W.K. Acheson: Doctor/patient relationship. HMSO, London 1979

Fry, J.: The content of practice. in: Trends in general practice. The Royal College of General Practitioners, London 1977

Fry, J.: Common diseases — Their nature, incidence and care. 2nd Ed. Lancaster 1979

Fry, J.: Primary care. London 1980

Gellmann, D.: The price of progress: technology and the cost of medical care. Canad. Med. Ass. J. 1971, 104: 401-5

Göpel, H.G.: Fallverteilung in der Allgemeinmedizin. in: Hamm 1980

Green, R.: Assuring quality in medical care. Cambridge, Mass. 1976

Häussler, S.: Die Versorgung der Bevölkerung durch praktische Ärzte. Ärzteblatt Baden-Württemberg. 1969, 24:291

Hamm, H.: Allgemeinmedizin — Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. Stuttgart 1979 (2. Aufl.)

Hamm, H. (Hrsg.): Allgemeinmedizin — Familienmedizin. Stuttgart 1980

Hampton, J.R. et al: Relative contribution of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. Brit. Med. J. 1975, 2, 486-89

Hannay, D.R.: The symptom iceberg — A study of community health. London 1979

Hicks, R.: Primary health care. HMSO, London 1976, dort: Kap. 3-9

Hill, J.D, et al: A randomized trial of home versus hospital management of patients with suspected myocardial infarction. Lancet 1978, i, 837-41

Huntington, J.: Social work and General Medical Practice. London 1981

Komaroff, A.L. et al: Protocols for physican assistants. New. Engl. J. Med. 1974, 290: 307-12

Kowalski, R.: Klinische Psychologen in der allgemeinmedizinischen Praxis. Erfahrungen und Entwicklungen im staatlichen Gesundheitswesen Großbritanniens. Jahrb. Krit. Med., Bd. 7, Argument-Sonderband 73, Berlin 1981

Mather, H.G. et al: Acute myocardial infarction: home and hospital treatment. Brit. Med. J. 1976, 1, 925-29

McLachlan, G. (ed.): A question of quality. Oxford 1976

McNeil, B. et al: Cost-effectiveness in hypertensive renovascular disease. New Engl. J. Med. 1975, 293: 216-21

Mishler, E.G. et al (Hrsg.): Social contexts of health, illness and patient care. New York 1981

Moehr, J.R. und K.D. Haehn (Hrsg.): Verden-Studie — Strukturanlyse allgemeinmedizinischer Praxen. Köln 1977

Morrell, D.C.: Die Bedeutung einer wissenschaftlichen Abteilung für Allgemeinmedizin in Großbritannien. Jahrbuch für Kritische Medizin, Bd. 2, Argument-Sonderband 17, 1977, S.94-102

Porter, A.M.W. und G.M.T. Porter: Anglo-french contrast in medical practice. Brit. Med. J. 1980, i, 1109-1112

Renaud, M. et al: Practice settings and prescribing profiles. Amer. J. Publ. Hlth. 1980, 70: 1068-73

Schagen, U.: Ambulante medizinische Versorgung. in: Deppe, H.-U.: Vernachlässigte Gesundheit — Zum Verhältnis von Gesundheit, Staat und Gesellschaft in der BRD. Köln 1980

D'Souza, M.F. et al: A long-term controlled trial of screening for hypertension in general practice. Lancet 1976, i, 1228-31

Spector, R. et al: Medical care by nurses in an internal clinic. J. Amer. Med. Ass. 1975, 232: 1234-37

Spitzer, W.O. et al.: The Burlington randomized trial of the nurse practitioner. New Engl. J. Med. 1974, 290: 251-56

Thomas, K.B.: Temporarily dependent patient in general practice. Brit. Med. J. 1974, 1, 625-26

Tudor Hart, J.: Von Quacksalbern zum staatlichen Gesundheitsdienst. Geschichte der ambulanten Versorgung in England. Argumente für eine Soziale Medizin, Bd. 5, Argument-Sonderband 4, 1974, S.164-187

UGDP: Effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult-onset diabetes. III. Clinical implications. J. Amer. Med. Ass. 1971, 218: 1400-1410

Vries, de, W. A. et al: A double-blind trial to assess long term oral anticoagulant therapy in elderly patients after myocardial infarction. Lancet 1980, ii, 989-91

Wadworth, M.E.J., W.J.H. Butterfield und R. Blaney: Health and sickness — The choice of treatment. London 1971

Wallace, D.J. et al: Systemic Lupus erythematosus — survival patterns. J. Amer. Med. Ass. 1981, 245: 934-38

Thure von Uexküll

Approbationsordnung und Studienreform

Erinnerung an die Zukunft

1. Die Approbationsordnung als Sündenbock

Wer die Urteile westdeutscher Hochschullehrer über die Approbationsordnung liest, erhält den Eindruck, daß der medizinischen Ausbildung kein schlimmerer Schlag hätte versetzt werden können als durch den Erlaß dieser Regelung. Die Approbationsordnung als Sündenbock für die Misere unserer Medizinerausbildung entlastet die Hochschullehrer von aller Schuld an den betrüblichen Verhältnissen.

Aber wie liegen die Dinge wirklich? Was waren die Gründe, die damals zu der Neuordnung führten? Wie sahen die Ziele aus, was wurde erreicht, was nicht und woran liegen die Mißerfolge? Ohne eine sachliche Darstellung der geschichtlichen Entwicklung, ohne Analyse der Situation vor dem Erlaß der Approbationsordnung kann man die komplexen Probleme der Gegenwart nicht verstehen. Die folgende Darstellung will dafür einen Beitrag leisten.

2. Die beiden Grundübel unserer Medizinerausbildung

Das Medizinstudium in Deutschland leidet an zwei Grundübeln, die beide mit einer Überschätzung des Staates als Ordnungsfaktor in der Berufsausbildung zusammenhängen:

1. Das Medizinstudium wird zentral durch eine staatlich erlassene Ausbildungsordnung geregelt, die als eingleisiges Steuerungsinstrument ohne Rückkoppelung funktioniert. Novellierungen sind nur sehr schwer und nur durch Änderung eines Bundesgesetzes möglich.

2. Die Entwicklung der Medizin als Wissenschaft ist mit dem medizinischen Unterricht gekoppelt. Nur Fächer, die an der Studentenausbildung teilnehmen, werden mit Kliniken, Instituten, Stellen und Geldmitteln ausgestattet. Diese Regelung mag Ende des vorigen und Anfang dieses Jahr-