

# Die Grundlagen der Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Frank H. Mader

Handout für die Seminarvorlesung Allgemeinmedizin am

Klinikum rechts der Isar (TU München), Oktober 2012

Alle Rechte beim Verfasser <sup>1</sup>.

## 1. Die berufstheoretische Forschung

Die **Allgemeinmedizin** ist eine **eigenständige ärztliche Funktion** und **Gegenstand** einer **spezifischen Grundlagenforschung**. Ihre Ausübung basiert sehr wesentlich auf dem von den Spezialfächern geschaffenen Wissen über Krankheiten und Syndrome.

Die **berufswissenschaftliche Forschung** in der Allgemeinmedizin befasst sich mit Berufspraxis und Berufstheorie. Die **berufstheoretische Forschung** ist die wissenschaftliche Betrachtung von

- Funktion,
- Fach und
- Fällen

der Allgemeinmedizin zum Zweck von Ordnung und Lehre (Mader 1995).

Die **Theorie der Allgemeinmedizin**, letztlich das Handeln und Behandeln des Allgemeinarztes, fußt im Wesentlichen auf **sechs Säulen**.

### Die sechs Säulen der Allgemeinmedizin

1. Das unausgelesene Krankengut
2. Die Regelmäßigkeit der Fälleverteilung
3. Die prozessgerechte Klassifizierung
4. Die biopsychosoziale Gesamtschau
5. Die patientenorientierte Entscheidungsfindung
6. Das problemorientierte Handeln (Mader 2009)

Die **berufstheoretische Basis der Allgemeinmedizin** als angewandte Heilkunde beruht nicht auf den Entitäten der klassischen klinischen Lehre von den definierten **Krankheiten**, sondern auf den **Fällen**, also auf den **Beratungsergebnissen (BEs)** des unausgelesenen Krankengutes und ihrem regelmäßig häufigen Vorkommen in der Allgemeinpraxis.

Der **Medizinstudent**, der **PJ-Student** sowie der **Arzt in Weiterbildung** sollten sich daher zunächst mit diesen berufstheoretischen Grundlagen vertraut machen, bevor sie in die Praxis der Allgemeinmedizin eingeführt werden bzw. in dieser tätig werden. Darin liegt die wesentliche Aufgabe für die praktische **studentische Ausbildung** und die **ärztliche Weiterbildung**.

Die allgemeinmedizinische Berufstheorie leistet auch einen wesentlichen Beitrag zur Versorgungsforschung, indem sie einen sensiblen Außenfühler der angewandten Heilkunde darstellt.

Neben den regelmäßig häufigen BEs kommen klarerweise in jeder Praxis auch immer wieder andere, nicht regelmäßig häufige BEs vor, die dem Allgemeinarzt für gewöhnlich nur noch ungefähr ein- bis dreimal jährlich begegnen. Verglichen mit den regelmäßig häufigen BEs ist ihre Gesamtzahl jedoch klein (2–5% zu 95–98%).

Die Allgemeinmedizin kann ihrem Wesen nach keine Konzentration auf bestimmte Krankheitsgruppen sein, wie das für die Spezialfächer gilt. Sie muss vielmehr nicht nur mit *allen* Erkrankungen rechnen, sondern auch mit ihnen umgehen können, damit die Patienten rasch und vernünftig versorgt werden können (Braun et al. 2004).

---

<sup>1</sup> vgl. ausführlich: Mader: Allgemeinmedizin und Praxis. Anleitung in Diagnostik, Therapie und Betreuung. Mit Wissensportal im Internet. 7. Auflage. Springer, Heidelberg 2013

## 2. Das Fach Allgemeinmedizin

Die Allgemeinmedizin ist dadurch charakterisiert, dass Menschen **aller** Altersgruppen, **beiderlei** Geschlechts, **jeder** Gesundheitsstörung, in **jedem** Stadium und zu **jeder** Zeit Patienten des Allgemeinarztes sein können. Die Allgemeinmedizin hat den **ganzen** Menschen zum Ziel, und zwar in langzeitgerichteter, kontinuierlicher Betreuung, in Einzelfällen in lebenslanger Führung.

Der **Allgemeinarzt** übt in der Regel seinen Beruf als niedergelassener Arzt in einer **Allgemeinpraxis** aus. Die wesentlichen Aufgaben des Allgemeinarztes liegen in der **praxisgerechten** und **problemorientierten** Diagnostik und Therapie **jeder** Art von Erkrankungen, bevorzugt beim **unausgelesenen Krankengut**, ferner in der Vorsorge und Gesundheitsführung, in der Früherkennung von Erkrankungen, insbesondere von **abwendbar gefährlichen Verläufen (AGV)**, in der ärztlichen Betreuung chronisch kranker und alter Menschen, in der Erkennung und Behandlung von milieubedingten Schäden, in der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie in der Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für die Kranken und in der gezielten Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Gebiete, mit Krankenhäusern und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Zu unterscheiden vom Fachgebiet Allgemeinmedizin ist der sozialpolitisch definierte Versorgungsauftrag **Hausarztmedizin** sowie vor allem die **allgemeine Medizin**, deren Berufsausübung für jeden Arzt verbindlich in den Gesetzen der Ärztekammern geregelt ist.

## 3. Das unausgelesene Krankengut

Der Allgemeinarzt wird bekanntlich in der Praxis durch eine **Mischung verschiedenster Probleme** beansprucht, die er als „Allrounder“ auch fraglos am besten bewältigen kann. Diese Mischung verkörpert – statistisch gesprochen – das „unausgelesene Material“ oder „Krankengut“, d. h. Menschen aller Altersgruppen, beiderlei Geschlechts, mit Beratungsproblemen aller Art, zu jeder Zeit und in jedem Stadium (s. o.).

Natürlich umfasst das **unausgelesene Krankengut** nicht alle Gesundheitsstörungen, da es selbst stark selektiert ist: Die Menschen gehen bekanntlich wegen leichter Halsschmerzen, geringer Unpässlichkeit oder etwas Kopfschmerz nicht gleich zum Arzt.

Weltweit sind in der Literatur rund 40.000 bis 60.000 voneinander abgrenzbare Krankheiten, Syndrome sowie zahllose Symptome und Symptomgruppen beschrieben. Die ICD-10 führt beachtliche 14.500 abgrenzbare Entitäten auf. Rund 6000 Krankheiten werden als extrem selten eingeschätzt (»**Orphan Diseases**« bei weniger als 1:2000 Menschen). In einem rund 30-jährigen Berufsleben begegnen dem Hausarzt immerhin noch 2500 bis 3000 verschiedene definierte Krankheiten.

Selbst wenn der Praktiker im langjährigen Durchschnitt „nur“ ca.300 Fälle regelmäßig häufig pro Jahr sieht, so bleibt die **Herausforderung für den Hausarzt**, die man aufs äußerste komprimiert hinterfragen kann: Wie geht er mit den rund 40.000–60.000 beschriebenen Symptomen und Krankheiten sowie den zahlreichen atypischen Präsentationen und uncharakteristischen Symptomkombinationen innerhalb weniger Minuten auf höchstmöglichem Niveau vernünftig um (Mader 1990)?

Die meisten dieser überwiegend banalen Erkrankungen laufen im Laienbereich ab, nur etwa ein Viertel sämtlicher Gesundheitsstörungen bekommen die Ärzte zu Gesicht, ein kleiner Teil wird ins Krankenhaus oder zum Spezialisten überwiesen, und nur ein winziger Teil kommt in die Universitätsklinik – und an diesem hoch selektierten Krankengut werden die Studenten ausgebildet.

## 4. Die Regelmäßigkeit der Fälleverteilung

Prof. Robert N. Braun erkannte als Erster bei dem an die Allgemeinmedizin herangebrachten Krankengut ein **inneres Ordnungsprinzip**, er sah also bereits 1945 Indizien für die Existenz einer gewissen Regelmäßigkeit der Praxisvorkommnisse.

Dieses Phänomen war von R. N. Braun erstmals 1955 publiziert und als »**Fälleverteilungsgesetz**« bezeichnet (Braun 1955) sowie 2003 neu formuliert worden (Danninger et al. 2003): Bevölkerungsgruppen von mindestens rund 1.000 Menschen, die unter ähnlichen Bedingungen leben, sind dem Faktor Gesundheitsstörung mit signifikant ähnlichen Ergebnissen unterworfen.

Statistisch gesehen erfasst die Fälleverteilung mit ihren rd. 300 regelmäßigen Krankheitshäufigkeiten nicht jenes Viertel an Konsultationsleistungen, die der Allgemeinarzt für sog. Non-sickness-Kontakte aufbringt (z. B. psychosoziale, Gesundheits- oder Impfberatung).

### 5. Beratungsanlass, Beratungsursache, Beratungsergebnis, Beratungsproblem

Grundsätzlich ist semantisch zu unterscheiden zwischen

- Diagnostik (einem Weg) und
- Diagnose (dem Ziel).

Die **Diagnostik** ist der **Weg**, der von der **Beratungsursache (BU)** zum Ziel, dem **Beratungsergebnis (BE)**, führt.

Der **Beratungsanlass** ist der Umstand, der letztlich den **Patienten** bewegt, einen Arzt aufzusuchen; dieser kann von vielfältigen Faktoren abhängen (z. B. Leidensdruck, Drängen des Partners, durch Medien vermittelte Ängste).

Die **Beratungsursache (BU)** (engl. reason for consultation, reason for encounter) dagegen ist das anamnestische Kondensat aus einer Fülle von Angaben, Bemerkungen, Beobachtungen etc., das der **Arzt** aufgrund der konkreten Patienten- Arzt-Begegnung gewinnt, dokumentiert und zur Grundlage seiner weiteren Diagnostik macht. Die Problematik der BU ist derzeit ein wissenschaftlich fast unberührtes Gebiet. Beratungsanlass und Beratungsursache lassen sich nicht immer exakt unterscheiden.

Die eher seltene **vorgeschobene Beratungsursache** (engl. hidden agenda) ist eine meist unbewusste Präsentation des Patienten von überwiegend verschiedenster körperlicher Beschwerden als Leitsymptom, bei denen auffallend häufig eine psychische oder psychosomatische Affektion vorliegt.

Das **Beratungsergebnis (BE)** (engl. result of consultation) ist das Resultat des **Allgemeinarztes** am Ende der einzelnen Konsultation („Beratung“) mit Bewertung, Benennung und Dokumentation des jeweiligen diagnostischen Prozesses. Das einzelne BE wird auch als **Fall** bezeichnet.

#### Merke

Die Fälleverteilung ( s. oben) ist eine Statistik der BEs, nicht der BUs.

Als **Beratungsproblem** wird der diagnostische Prozess zwischen BU und BE bezeichnet.

Von den BEs, also den Fällen, sind statistisch die **Inanspruchnahmen („Kontakte“)**, scharf zu trennen.

### 6. Die prozessgerechte Klassifizierung

Mittels der **Klassifizierung** wird in der Allgemeinmedizin eine diagnostische Situation in ihrer Unklarheit bzw. Klarheit gegenüber den wissenschaftlichen Krankheitsbegriffen realistisch bezeichnet.

Am Ende des diagnostischen Prozesses in der Allgemeinpraxis wird das gefundene BE einem der 4 **Bereiche A-D** zugeordnet („klassifiziert“); dabei muss sich der Arzt über folgende Fragen im Klaren sein:

- Wurde der Fall unter einem **einzigen Symptom (A)** klassifiziert (z. B. Extrasystolie)?
- Standen **mehrere Merkmale (Symptomgruppen) (B)** gleichrangig im Vordergrund (z. B. uncharakteristisches Fieber mit Halsschmerzen und Husten)?
- Lag das **Bild einer Krankheit (C)** oder einer Krankheitsgruppe vor (z. B. Bild einer Pertussis)?
- War eine **exakte Krankheitserkennung = Diagnose (D)** möglich (z. B. Verbrennung II. Grades)?

Der deutsche Begriff **Symptom** wird im Angloamerikanischen unterschieden in „*symptom*“ (*Klage*, subjektive Krankheitszeichen, z. B. Schmerz) und „*sign*“ (*Befund*, objektives Zeichen, z. B. Bauchdeckenspannung). Bei rd. einem Viertel aller BEs an der ersten ärztlichen Linie steht ein einziges Krankheitszeichen (**Leitsymptom**) im Vordergrund (Braun 1986).

### Merke

Die **Diagnose** ist die überzeugende Zuordnung eines Falles zu einem definierten Krankheitsbegriff.

Im langjährigen Durchschnitt machen die Bereiche A+B jeweils rd. 25 %, der Bereich C rd. 40 % und der Bereich D rd. 10 % aller Fälle in der Allgemeinpraxis aus.

## 7. Der abwendbar gefährliche Verlauf

An der ersten ärztlichen Linie geht es letztlich um die meist **gefährlichen Ausnahmen** und nicht um die so häufig vermuteten **Banalitäten**. Diese Aufgabe macht einen entscheidenden Teil der Existenzberechtigung der Allgemeinärzte aus (Braun 1988).

Als sog. **abwendbar gefährlicher Verlauf (AGV)** (engl. potentially dangerous condition) wird in der Allgemeinmedizin ein gesundheitsgefährdender, möglicherweise lebensbedrohlicher Verlauf einer Erkrankung bezeichnet, der bei sachgemäßem Eingreifen des Arztes abwendbar ist (W. Fink et al. 2010).

Das Wort **abwendbar** betont eine bestimmte Facette der **Früherfassung**, das Wort **Verlauf** zielt in die Zukunft; es lenkt die Aufmerksamkeit auf **bedrohliche** Gesundheitsstörungen, die ganz so beginnen können wie eine **Bagatelle**. Abwendbar heißt also auch behandelbar, im Gegensatz zu nicht abwendbar, also nicht mehr behandelbar oder unheilbar. Vor diesem Hintergrund ist auch der Rechtsbegriff der **Fahrlässigkeit** zu sehen.

**Karzinome** stellen in klassischer Weise die AGVs schlechthin dar. Trotz ihrer Seltenheit überschreiten die Malignome jedoch als Gruppe zusammengenommen die 1:3.000 Grenze sehr deutlich. Im langjährigen Durchschnitt gibt es etwa 10 neu entdeckte Karzinome auf 3.000 BEs.

### Merke

Karzinome sind, auch als entfernte Möglichkeit, so lange zu berücksichtigen, bis eindeutig feststeht, dass im gegebenen Fall keine bösartige Erkrankung dahinter steckt.

## 8. Das abwartende Offenlassen (AO)

Der Begriff „**Abwartendes Offenlassen (AO)**“ deklariert die diagnostische Situation am Beratungsende, wenn keine überzeugende Zuordnung des Falles zu einem wissenschaftlichen Krankheitsbegriff möglich war. Das diagnostische Problem ist mehr oder weniger offen, d. h. die überzeugende Zuordnung zu einem definierten Krankheitsbegriff war nicht möglich.

Nicht die „Diagnose“ wird abwartend offen gelassen, sondern der Fall. Die meisten Fälle (Bereiche A, B und C) in der Allgemeinpraxis werden demnach abwartend offen geführt.

Ein wesentliches Kriterium des AO ist nicht das untätige Treibenlassen des Falles, sondern das **aufmerksame Beobachten** (engl. watchful waiting) des weiteren Krankheitsverlaufs. Nichts abwendbar Gefährliches darf übersehen werden.

Die meisten Praxisfälle in der Allgemeinmedizin werden abwartend offen geführt. Der Arzt darf nicht durch eine unzulässige »Diagnose« die wahre diagnostische Lage verschleiern. Über den Zeitraum des AO wurde noch nicht geforscht.