

Inhalt

| | |
|--|-----|
| <i>Martin Scherer (DEGAM)</i> Vorwort | 7 |
| <i>Bernhard Gibis (KBV)</i> Vorwort | 11 |
| 1. Problemaufriss | 15 |
| <i>Markus Herrmann</i> Hausärztliche Attestierung von Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Beschwerden – Ein Problemaufriss | 17 |
| 2. Theoretische Perspektiven | 35 |
| <i>Norbert Donner-Banzhoff</i> Ärztliche Entscheidung: Unsicherheit und Verantwortung | 37 |
| <i>Werner Helsper</i> Praktische Ärzt*innen im Spannungsfeld professioneller Antinomien im medizinischen Feld | 49 |
| <i>Heike Ohlbrecht, Torsten Winkler</i> Soziologie trifft Medizin | 67 |
| 3. Sozialmedizinische Perspektive/gesundheitsökonomisch- soziologische Empirie | 91 |
| <i>Bernt-Peter Robra, Anke Spura, Susanna Matt-Windel, Bettina Gaertner, Markus Herrmann</i> Arbeits(un)fähigkeit – ein Konstrukt | 93 |
| 4. Empirie: Ergebnisse aus dem DFG-geförderten Projekt: „Zwischen Fall- und Systembezug. Attestierung von Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Beschwerden“ | 125 |
| <i>Bettina Gaertner, Bernt-Peter Robra, Silke Brenne, Markus Herrmann</i> Konflikte beim Zusammenwirken von Hausärzt*innen mit den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung | 127 |

| | |
|--|-----|
| <i>Anke Spura, Susanna Matt-Windel, Bernt-Peter Robra, Marie Wöpking, Bettina Gaertner, Anika Zembic, Lena Junk, Markus Herrmann</i> Professionelle Antinomien in der hausärztlichen Praxis – Zwischen Einzelfallorientierung und Systembezügen bei der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Beschwerden | 157 |
| 5. Ausblick | 171 |
| <i>Michael Dick</i> Kontinuierliche Professionsentwicklung zur Bearbeitung hausärztlicher Antinomien | 173 |

Vorwort

Martin Scherer (DEGAM)

Entsprechend der Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) bildet die Allgemeinmedizin wie kein anderes Fach das bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit ab. Hausärztinnen und Hausärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpersonen bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen. Ihnen kommt in ihrer täglichen Arbeit die Aufgabe zu, bei der Interpretation von Symptomen Krankheitskonzepte, das Umfeld der Patientinnen und Patienten und ihre Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis).

Das Individuum steht in der hausärztlichen Praxis im Mittelpunkt. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist auf Dauer angelegt. Gleichzeitig kennt die Allgemeinmedizin aber auch das Kollektiv: die Gemeinde, die Gesellschaft. So strahlen partizipative Einzelentscheidungen nicht selten auf die gesellschaftliche Ebene aus, wie zum Beispiel bei der Verordnung einer antibiotischen Therapie. Sie hat nicht nur Implikationen für die zu Behandelnden, sondern auch für die Public-Health-Perspektive (z. B. im Sinne von Resistenzbildungen).

Nicht nur bei der Verordnung von Antibiotika hat die hausärztliche Tätigkeit stets auch die Gesellschaft im Blick. Ein wesentliches Arbeitsziel der Allgemeinmedizin ist es, den Schutz einzelner Patientinnen und Patienten, aber auch der Gesellschaft, vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung sicherzustellen. Freilich gibt es zwischen den Interessen und Bedürfnissen des Individuums und der des Kollektivs zahlreiche Bruchlinien, mit denen es in der hausärztlichen Konsultation umzugehen gilt. Die zurückliegende Akutphase der Covid-19-Pandemie hat zahlreiche Beispiele dafür geliefert, dass auch bei medizinischen Entscheidungen die Interessen Einzelner mitunter hinter gesamtgesellschaftlichen Erwägungen zurückstehen müssen (z.B. Priorisierungen von Impfungen in der frühen Phase der Impfkampagne).

Von Antinomien spricht man immer dann, wenn widerstreitende Orientierungen und Perspektiven Gültigkeit beanspruchen (Werner Helsper, in diesem

Band). Hausärztlicher Alltag bedeutet, konfligierende Interessen und Werte in Einklang zu bringen, wie zum Beispiel bei der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Letztere wird im Problemaufriss (Markus Herrmann, in diesem Band) thematisiert und ist ein Paradebeispiel dafür, wie Patientenorientierung einerseits und soziale Kontrolle andererseits entgegengesetzte Pole der ärztlichen Entscheidungsfindung darstellen können.

Antinomien verlaufen nicht nur an den Grenzlinien zwischen Einzelpatient und Gesellschaft, sondern auch zwischen Arzt und System. Beim Umgang mit diagnostischer und therapeutischer Unsicherheit stellen sich beispielsweise die Fragen:

- ob die Unsicherheit ihren Grund in der Person der Ärztin oder des Arztes hat;
- ob die Unsicherheit in der Medizin als kollektivem Wissensbestand begründet ist;
- ob die Unsicherheit ihren Grund in der Vielfalt und Zufälligkeit biologischer und psychosozialer Phänomene hat (Norbert Donner-Banzhoff, in diesem Band).

Auch hier zeigt sich, wie wichtig Schnittstellen, in diesem Falle zwischen Arzt und System, für die partizipative Entscheidungsfindung im allgemeinmedizinischen Setting sind. An dieser Schnittstelle können Antinomien insbesondere dann auskristallisieren, wenn der rasante medizinische Fortschritt zur Zersplitterung von Fachdisziplinen (wie z. B. der Inneren Medizin) führt und wenn medizinfremde Sachverhalte ärztliches Handeln prägen (Werner Helsper, in diesem Band).

Im Beitrag von Heike Ohlbrecht und Thorsten Winkler (in diesem Band) wird der „Paradigmenwechsel vom biomedizinischen zum bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit im Rahmen der allgemeinen gesellschaftlichen Veränderungen, wie dem Wandel im Krankheitsspektrum und der neuen Omnipräsenz von „Gesundheit“ kritisch adressiert. Wann, wenn nicht im Jahr drei der Corona-Pandemie, wäre ein passender Zeitpunkt dafür, den holistischen Ansatz der hausärztlichen Medizin unter die Lupe zu nehmen? Freilich hatten die Autorin und der Autor nicht die Irrungen und Wirrungen der Coronakrise im Fokus, als sie ihr Kapitel verfassten. Allerdings findet sich für ihre Betrachtungen kaum ein besserer Resonanzboden als die gegenwärtige Pandemie: Wie wirken sich gesellschaftliche Krisen und Herausforderungen auf den Verlust ärztlicher Autonomie aus? Was bedeutet der „Verlust des Ansehens von Wissenschaft im postfaktischen Zeitalter“? Und im Lichte der Pandemie könnte man hinzufügen: Was bedeutet die Verwandlung „DER“ Wissenschaft in ein politisches Kampfinstrument für die hausärztliche Rolle und das hausärztliche Arbeiten?

Im Beitrag von Bernt-Peter Robra, Anke Spura, Susanna Matt-Windel, Bettina Gaertner und Markus Herrmann (in diesem Band) werden leitfaden-

gestützte Interviews mit 37 Hausärztinnen und Hausärzten zu ihren Erfahrungen und Handlungsrouninen bei der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit bei Patientinnen mit psychischen Beschwerden vorgestellt. Es folgen Ergebnisse aus dem DFG-geförderten Projekt „Zwischen Fall- und Systembezug. Attestierung von Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Beschwerden“ mit Beiträgen von Bettina Gaertner et al. und Anke Spura et al. (beide in diesem Band).

Den Schlusspunkt setzt Michael Dick mit Überlegungen zur „kontinuierlichen Professionsentwicklung“. In seinem Beitrag beschreibt er verwobene Dilemmata, deren Verständnis Voraussetzung für eine erfolgreiche Diagnose und Therapie ist. Ausgehend davon schildert er systematische Lösungswege, die einen Beitrag zur professionellen Weiterentwicklung leisten können.

Das Buch erscheint zu einem Zeitpunkt, zu dem wir die Weltbevölkerung durch mehrere globale Krisen erschüttert sehen. Nie zuvor wurde das Medizinverständnis derart auf die Probe gestellt und nie zuvor waren politische Entscheidungen, systemische Zusammenhänge, sich rasant änderndes Wissen, mediale Berichterstattung und medizinische Einzelentscheidungen so eng miteinander verknüpft. Wenngleich die gegenwärtigen Krisen nicht Gegenstand dieses Buches ist, so verleihen sie ihm doch umso mehr Aktualität. Die sprechende Medizin der hausärztlichen Versorgung wurde schon immer unterschätzt. Auch im Rahmen der Coronakrise konnten wir an vielen Stellen beobachten, dass der hausärztlichen Versorgung nicht die Geltung zuteilwurde, die für die tragende Säule der ambulanten Gesundheitsversorgung angemessen wäre – sei es in der Zusammensetzung von Talkshow-Gästen oder von politischen Beratungsgremien; sei es bei der Frage, wer dafür verantwortlich ist, hausärztliche Praxen mit Schutzausrüstung auszustatten, oder bei der Frage, welche Rolle Hausärztinnen und Hausärzte bei der Massenimpfung der Bevölkerung spielen.

Dieser Sammelband trägt dazu bei, die Komplexität des hausärztlichen Handelns, das im Wesentlichen ein kommunikatives Handeln ist, besser zu verstehen und somit anderen Disziplinen und Professionen zugänglich zu machen. Hieraus kann sich ein Dialog über die Medizin der Zukunft ergeben mit der hausärztlichen Praxis und ihren Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt.

Martin Scherer, Hamburg
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Vorwort

Bernhard Gibis (KBV)

Wie in keinem anderen Fachgebiet ist das Spektrum hausärztlicher Tätigkeit breit gefächert und geht weit über die Lösung einzelner, spezialisierter Fragestellungen hinaus. Hausärztinnen und Hausärzte sind Partner, Ratgeber und Unterstützer ihrer Patienten und befinden sich dabei vornehmlich auf dem Terrain der individuellen Arzt-Patientenbeziehung: Vornehmstes Interesse eines freien Berufes ist es, das erlernte und durch Erfahrung erworbene Wissen für seine Patienten einzusetzen. Alles andere käme einem Mandantenverrat gleich, und würde – ähnlich wie bei anderen freien Berufen wie dem Anwaltsberuf – einen schwerwiegenden Verstoß gegen das (selbst gegebene) Berufsrecht darstellen.

Patienten sind jedoch nicht die einzigen Mandanten von Ärzten. Ärzte befinden sich nicht nur in einem Beziehungsgeflecht mit ihren Patienten, sondern auch mit anderen Akteuren wie dem Staat und der nachgelagerten Krankenversicherung oder der Industrie. Mit der Inkorporation der Medizin in den modernen Staat wurde Ärztinnen und Ärzten zwar Autonomie als Individuen und als Gruppe gewährt sowie das Monopol über die Feststellung (und Behandlung) von Krankheit eingeräumt. Damit einher geht auch die Unterstellung unter staatlich regulierte Grundsätze.

Michel Foucault hat dieses ambivalente Wechselverhältnis von Universität, staatlichen Stellen und Einrichtungen (wozu auch die Ärztekammer gehört) und Praktikern in „Die Geburt der Klinik“ treffend beschrieben.¹ Mit der Einführung umfassender Ab- und Versicherungssysteme, spätestens im ausgehenden 19. Jahrhundert, wurden Ärzte Vertragspartner von Kostenträgern mit eigenen, dezidierten Interessen. Zur individuellen Arzt-Patienten-Beziehung tritt eine Systembeziehung: Die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems, hierzulande exemplarisch am Beitragssatz² festgemacht und vertreten durch Krankenkas-

1 Vgl. Michel Foucault (2011): Die Geburt der Klinik. Fischer Frankfurt, S. 62.

2 Dessen Bedeutung hat in § 71 SGB V „Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel“ Gesetzesrang erhalten.

sen, erfordert den (jeweils) sachgerechten Einsatz der naturgemäß begrenzten Ressourcen. Ärzten kommt dabei eine zentrale Position zu: mit ihrer Unterschrift veranlassen sie die Bereitstellung von Leistungen der Krankenversicherung. Hierzu gehört auch, die Erkrankung eines Kassenmitgliedes zu bescheinigen, aber nur dann, wenn tatsächlich eine Erkrankung im Sinne der Regularien vorliegt. Damit entsteht ein Dreiecksverhältnis, in dem Ärzte die berechtigten Interessen der Patienten und Kostenträger austarieren müssen und dies so, dass es zu keinem Rollenkonflikt kommt³.

Die zugrundeliegenden Regularien für die Ausstellung des „gelben Scheins“ wurden dabei über die Jahrzehnte beständig geändert und an die jeweiligen gesellschaftlichen und normativen Veränderungen angepasst. Hauptzweck der Krankenversicherung war bei ihrer Einrichtung nicht die Übernahme von Behandlungskosten, sondern die Lohnfortzahlung für erkrankte Arbeiter⁴. Bis in die 1970er Jahre bestanden unterschiedliche Regelungen für Arbeiter und Angestellte hinsichtlich der Krankschreibung zum Zweck der Lohnfortzahlung. Spätestens hieran wird deutlich, dass Ärzte nicht nur ihren Patienten im Moment der Krankschreibung vor sich sehen, sondern ihnen die Versichertengemeinschaft in Form der Krankenkasse mit ihren ausgefeilten Vorschriften über die Schultern schaut. Unbenommen der moralischen Verpflichtung, keine Beitragsgelder zu verschwenden, sind Krankenkassen früh dazu übergegangen, für sie kostenträchtige relevante Bereiche bei Auffälligkeiten mit Strafen zu belegen. Der Sorge, dass Arzt und Patient in einem kollusiven Verhältnis eine gemeinsame Lösung zu Lasten der Kasse und damit der Versichertengemeinschaft finden, wurde mit deutlichen Sanktionsmechanismen auf ärztlicher und Patientenseite begegnet. Die Ausstellung der „ordnungsgemäßen“ Krankschreibung war dabei in Zeiten wirtschaftlicher Not, wie den 1920er Jahren, deutlich strenger sanktioniert als heute. In den Richtlinien für Prüfungsausschüsse gemäß Abschnitt V der Richtlinien des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen aus dem Jahre 1926 wurde für die Prüfung von Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit festgehalten, dass die Kasse dezidierte Prüfarzte zur Kontrolle der Krankschreibungen und zwar mittels Durchführung von Nachuntersuchungen („insb. bei Verdacht auf Simulation oder Übertreibung, auffallend langer Krankheitsdauer, Alkoholismus“) bestellen könne. Im Wortlaut heißt es: „Der Prüfungsausschuss stellt von sich aus oder auf Antrag der Kasse fest, ob und in welcher Höhe der behan-

3 Interessen weiterer relevanter Beteiligter schwingen ebenso mit, z.B. Arbeitgeber, Familie, soziales Umfeld.

4 Siehe auch Hadrich, J.: Arzthonorar und Morbidität in der sozialen Krankenversicherung. Berlin: Duncker&Humblot 1957, S. 27.

delnde Arzt, dessen Krankschreibungen beanstandet worden sind, für den der Kasse zugefügten Schaden haftbar zu machen ist.“⁵

Die Regressierung des vermeintlichen oder tatsächlichen Fehlverhaltens von Ärzten als weitgehendste Form der Haftbarmachung ist zwischenzeitlich fast nur noch bei der Verordnung von Arzneimitteln oder Heil- und Hilfsmitteln der Fall. Auch dies zeigt an, wie sich die regulatorische Aufmerksamkeit von der Überprüfung der Krankschreibung hin zu anderen, offenbar wirtschaftlich drängenderen Themenbereichen verlagert hat.

Das Wissen um den der Abwägung von Individual- und gesellschaftlichen Interessen immanenten Rollenkonflikt ist dabei nur eine Seite der Betrachtung. Der immer komplexer gewordene Vorgang der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit verdient ebenfalls Beachtung. Arbeitsunfähigkeit kann für unterschiedliche Versicherungssysteme (z.B. Kranken- oder Unfallversicherung) und Arbeitgeber, für Schüler, Berufstätige oder Schwangere bescheinigt werden – mit nicht immer klaren Abgrenzungen. Die aktuelle Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses umfasst derzeit zehn Seiten und regelt detailliert, wann Arbeitsunfähigkeit vorliegt, einschließlich der Benennung von neun gesonderten Sachverhalten, und wann eben nicht.⁶ Schwierig wird die Abgrenzung zur Ausstellung von Beschäftigungsverboten, z.B. nach Mutterchutz- oder Jugendarbeitsschutzgesetz.

All dies macht deutlich, dass mit der Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit in der hausärztlichen Praxis neben medizinischen Fragestellungen der „Systemüberbau“ eigene, dezidierte Kenntnisse erfordert, welche darüber hinaus in entsprechender Weise vermittelt werden müssen.

Die Geschichte der Krankschreibung (die im Übrigen noch geschrieben werden müsste) wird gerade um weitere Kapitel ergänzt. Mit der Digitalisierung stehen neue Möglichkeiten der Übertragung von Krankmeldungen an alle Beteiligten in Echtzeit – mit Vor- und Nachteilen – zur Verfügung. So ist die digitale Nichtübertragung des Praxisstempels an den Arbeitgeber eher positiv zu werten, während neue Möglichkeiten der Sofortintervention neue Kontrollmöglichkeiten für Krankenkassen schaffen. Hätten solche Möglichkeiten schon zu den Zeiten der eingangs erwähnten Prüfausschüsse bestanden, lässt sich leicht ausmalen, welches Potenzial die Digitalisierung auch hier in sich trägt.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden jährlich über 80 Millionen Mal in Vertragsarztpraxen ausgefertigt. Beides, das Wissen um den Rollenkonflikt und die Regularien der Ausschreibung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, sind alltägliche und nicht nur in Hausarztpraxen wichtige

5 Zitiert nach Richter, Sonnenberg (1926): Die kassenärztlichen Rechtsverhältnisse. Leipzig: Verlagsbuchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands, S. 233. Zum Rollenkonflikt selbst treffend in Thiersch, J. (1895): Der Kassenarzt. Leipzig: Verlag J.A. Barth, S.51 ff.

6 GBA Richtlinie zur Arbeitsunfähigkeit, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2431/AU-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf (Zugriff: 6.4.21).

Voraussetzungen für die ärztliche Tätigkeit, derer sich die Autorinnen und Autoren in dem vorliegenden Werk angenommen haben. Ambiguität, Rollenkonflikte und Antinomien sind Bestandteile des hausärztlichen Handelns. Sich dieser Konflikte bewusst zu werden, nicht nur in der täglichen Praxis, sondern auch als ärztliche Profession, ist Voraussetzung dafür, dass für alle Beteiligten tragfähige Lösungen im Einzelfall wie auf Normebene verhandelt bzw. gefunden werden können. Es ist das Verdienst der Autoren, die Materie umfassend in mehreren Perspektiven aufbereitet zu haben. Der vorliegende Band trägt zu dieser Bewusstwerdung bei, weswegen diesem eine breite Leserschaft zu wünschen ist.

1. Problemaufriss

Hausärztliche Attestierung von Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Beschwerden – Ein Problemaufriss

Markus Herrmann

Das spekulative Denken besteht nur darin, dass das Denken den Widerspruch und in ihm sich selbst festhält.

1 Einleitung

Die Auswirkungen des Anstiegs psychischer Erkrankungen von Erwerbstätigen sind mit Blick auf die Gruppe der Betroffenen, aber auch aus gesundheitsökonomischer oder volkswirtschaftlicher Perspektive in verschiedenen Zusammenhängen analysiert worden (z. B. Schott/Hornberg 2011). Allerdings wurde bislang kaum die Frage untersucht, welche Auswirkungen diese Entwicklung auf den (haus-)ärztlichen Praxisalltag hat, wenn Hausärzte und -ärztinnen zum einen das Wohl ihrer Patientinnen und Patienten vor Augen haben, zum anderen aber auch Anforderungen der Träger der sozialen Sicherung zu berücksichtigen sind. Auch ist, wie in einem Diskussionspapier des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF) dargelegt, wissenschaftlich wenig untersucht, welche „Eintrittspforten“ ins Versorgungssystem wann genutzt werden, wie sich die Inanspruchnahme im weiteren Verlauf gestaltet und wie kritische Ereignisse z. B. Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung die Behandlung beeinflussen (Jacke et al. 2021). Im Rahmen der hausärztlichen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Beschwerden stellt die Attestierung von Arbeitsunfähigkeit und deren Begrenzung eine machtvolle Intervention dar, die auch nachteilige Effekte aufweisen kann (Macdonald et al. 2012). Wie sich aus dem Instrument der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit eine spannungsreiche Herausforderung ergibt, wenn zwischen Alimentierung und Aktivierung von Patienten und Patientinnen hausärztlich entschieden wird, war Gegenstand eines DFG-Projektes¹ und dient

1 DFG-Projekt „Zwischen Fall- und Systembezug – Professionelles Selbstverständnis und

als Problemaufriss für die Fragestellung des Projekts. Zunächst legt der Beitrag die wachsenden Veränderungen in der Arbeitswelt dar und diskutiert die Zunahme von Diagnosen psychischer Erkrankungen und deren Folgen für die Betroffenen. Anschließend werden die verschiedenen hausärztlichen Rollen im Gesundheitssystem aufgezeigt. Aus den verschiedenen Rollen erwachsen nicht selten spannungsreiche Herausforderungen und Zielkonflikte aufgrund von Anforderungen unterschiedlicher Geltungsbereiche. Als Paradoxien oder Antinomien professionellen Handelns bereits bei anderen Professionen wie Lehrerinnen und Lehrern oder Juristinnen und Juristen beschrieben und diskutiert, werden sie als konstituierend auch für professionelles hausärztliches Handeln eingeführt. Ein Fallbeispiel veranschaulicht mögliche Antinomien. Ein Fazit legt dar, welchen wichtigen Beitrag für die Professionsentwicklung in der Allgemeinmedizin der Reflexion möglicher Antinomien und damit dem spekulativen Denken zukommt, erörtert an der Frage der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Beschwerden.

Für Robert Pippin (Pippin 2011, S. 25), einem der bekanntesten Forscher auf dem Gebiet des Deutschen Idealismus, insbesondere zu Kant und Hegel, ist das Bewusstsein „stets damit beschäftigt, seine eigene begriffliche Aktivität aufzuklären; und in gewisser Weise bedeutet dies, dass man es gleichermaßen als sich selbst bestätigend, zu Urteilen und Geboten gelangend, aber auch als potentiell ‚sich selbst negierend‘ bezeichnen kann, weil ihm bewusst ist, dass das, was seiner Klärung zufolge der Fall ist, auch nicht der Fall sein könnte“ (Pippin 2011, S. 25). Ein Widerspruch ist für Hegel gerade deswegen produktiv und positiv, weil er mit Hilfe des spekulativen Denkens ermöglichen kann, eine neue Gegebenheit zu generieren. Somit wohnt der Widerspruch auch dem Prozess der Anerkennung inne, und der Anerkennung gelingt es, die dem Bewusstsein inhärenten Widersprüche aufzulösen.

Professionelles Handeln in der hausärztlichen Praxis ist bei aller Alltagsroutine immer auch ein Handeln unter Unsicherheit, da das theoretisch erworbene nosologische Fachwissen nie bruchfrei auf den spezifischen Einzelfall angewendet werden kann (Donner-Banzhoff 2008). Wie Barth et al. (Barth/Nassehi/Schneider 2014) bestätigen, werden durch die Differenzierung von medizinischen Spezialisten Eindeutigkeiten generiert, die sich nicht in der hausärztlichen Tätigkeit wiederfinden. Hausärztinnen und Hausärzte an der vordersten Front platzieren zum einen über ein „hermeneutisches Fallverständnis den Sinn einer Krankheit immer in unbestimmten Dazwischen (sic) eines bio-psycho-sozialen Kontextes“ (ebd., S. 62) und zum anderen haben sie

Handlungslogiken von Hausärzten bei der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Beeinträchtigung“ (HE 5524/4–1). Unter der Leitung von Prof. Dr. med. Markus Herrmann MPH, M.A., Universität Magdeburg, Institut für Allgemeinmedizin; Mitverantwortlicher: Prof. Dr. med. Bernd-Peter Robra, MPH, Universität Magdeburg, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung; Kooperationspartnerin: Dr. Anke Spura M.A., Universität Magdeburg, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung.

am Anfang der medizinischen Handlungskette ein größeres Spektrum an Wahlmöglichkeiten als der oder die bereits vorselektierte Spezialist oder Spezialistin. Gerade, wenn es um Aussagen und Entscheidungen geht, die zu treffen sind und sich erst in der Zukunft als falsch oder richtig erweisen können, bekommt das deutende Herangehen an das Narrativ etwas Spekulatives im Sinne Hegels, da das praktische Handeln unter dem Vorbehalt der Vorläufigkeit und Korrekturbedürftigkeit steht. Im Kontext von Unbestimmtheit und Alltagsroutine in der hausärztlichen Praxis müssen bei aller Widersprüchlichkeit Entscheidungen getroffen werden und gehandelt werden. Dies bedarf trotz aller Routine Phasen des Nachdenkens und des Reflektierens, z. B. im Rahmen einer Balintgruppenarbeit. Diese wachsenden Anforderungen an verstärkte Reflexion gerade aus der scheinbaren Routine heraus, wirken als erheblicher Motor der allgemeinen und akademischen Weiterentwicklung dieses Faches (Herrmann/Lehmann 2016).

2 Veränderte Arbeitswelt, Zunahme der Prävalenz psychischer Erkrankungen und deren Folgen für die Betroffenen

Veränderungen der Arbeitsbedingungen führten in den letzten Jahrzehnten, wie arbeitssoziologische Arbeiten zeigen, zu steigenden Anforderungen an die Individuen und die Arbeitsorganisation. Beispielhaft seien genannt: Multitasking, starker Termin- und Leistungsdruck, Arbeitsunterbrechungen, Monotonie und schnelle Arbeitsprozesse (Lohmann-Haislah 2012; Rau et al. 2010); Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit (Auflösung von Grenzen zwischen Erwerbsarbeit und Privatsphäre) (Kratzer/Sauer 2003; Kleemann/Moldaschl/Voß 2002), Flexibilisierung und Prekarisierung von „Erwerbsformen, Unternehmen und Arbeitsstrukturen“ (Becke 2012: 280; Sauer 2012) sowie Rationalisierung und Leistungsverdichtung durch moderne Technik. Als Konsequenz erleben Betroffene vermehrt Verunsicherung, Prekarisierung und Entkopplung der Lebenslagen, welche sich u. a. in ihrer gesundheitlichen Situation widerspiegeln (Hardering 2011: 7). Erhöhte individuelle Gesundheitsrisiken, gerade auch psychische, sind auf häufige Wechsel der Arbeitsorte und -zeiten zurückzuführen, aber auch auf die Ausführung monotoner und teilweise gefährlicher Tätigkeiten. Erhöhte Beschäftigungsinstabilität, fehlende Integration in die betriebliche Gesundheitsförderung und unzureichender Arbeitsschutz sind weitere belastende Faktoren (Becke 2012: 281).

Die Diagnosestellung für psychische Erkrankungen hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen (BPtK 2013; Rau et al. 2010). Psychische Erkrankungen führen etwa doppelt so häufig zu einer Arbeitsunfähigkeit wie somatische Erkrankungen (Linden/Weidner 2005). Von 2001 bis 2010 stieg der