

Allgemeinmedizin: Von der Improvisation zum wissenschaftlich begründeten Handeln

Abschiedssymposium für Frank H. Mader
TU München, 21. März 2012

Wenn mir jemand 1995 bei meiner Probevorlesung im Hörsaal A gesagt hätte, dass 33 Semester später im Hörsaal Pavillon der Ordinarius des Instituts für Allgemeinmedizin dieser Fakultät ein wissenschaftliches Symposium zur Theorie der Allgemeinmedizin im Beisein des Dekans und des Ärztlichen Direktors dieses Klinikums ausrichtet, - ich hätte wegen der absoluten Irrealität nicht einmal gewettet.

Die bayerischen Allgemeinärzte forderten regelmäßig auf den bayerischen Hausärztetagen, die Allgemeinmedizin an den Universitäten in Bayern zu institutionalisieren. Letztlich waren es aber auch unsere Medizinstudenten und ihr konsequenter Druck und Anspruch, die Allgemeinmedizin 1995 an der TU zu implementieren.

Damals war die TU immerhin die einzige der 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland, die nicht einmal einen Lehrauftrag für Allgemeinmedizin vorweisen konnte.

Heute ist von den 5 medizinischen Fakultäten in Bayern der einzige Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der TU München angesiedelt. Das Fach Allgemeinmedizin ist vom 1. Semester bis zum 10. Semester mit Lehrangeboten in Vorlesung, Seminarvorlesung und Blockpraktikum, in Querschnittsfächern und im Pflichtwahlfach vertreten und ist Prüfungsgegenstand im Staatsexamen. Obendrein ausgezeichnet mit einem ersten Preis für gute Lehre. Dazu kommt noch das Angebot einer postgradualen curriculären Verbundweiterbildung.

Freilich ist es auch der Einsicht der Politik zuzuschreiben, wenn die Allgemeinmedizin heute in ihren formalen – (leider nicht materiellen) – Rahmenbedingungen an den Universitäten so dasteht als 20. Fach im Ausbildungskanon, gleichwertig den anderen Fachgebieten.

Im Jahr 2002, die ÄAppO wurde wieder einmal geändert, fand sich in der "Sozialpolitischen Umschau" des Bundesrates als Begründung für diesen Schritt:

*„...Das Spektrum der Krankheiten wandelt sich. Chronische Krankheiten nehmen zu. Deshalb braucht die Medizin nicht nur den hochspezialisierten Facharzt, sondern auch den gut ausgebildeten Generalisten, der **Kooperation** und **Kommunikation** in der Medizin gewährleistet.“*

Wie steht es heute um diesen Generalisten speziell im akademischen Kontext? Vermitteln wir den Studenten die wissenschaftlichen Grundlagen für dieses Berufsbild? Sie werden von mir dazu keine gesundheitspolitischen, standespolitischen oder gar berufspolitischen Statements erwarten.

Gestatten Sie mir jedoch, dass ich in diesem Zusammenhang auf meine eigene Professionalisierung als Allgemeinarzt zu sprechen komme. Wenn man die Dissertation von Wolf-Ingo Steudel - allerdings aus dem Jahr 1971 - heranzieht, wonach die Innovationszeit für die Einführung neuer med. Prüfungsfächer durchschnittlich 49 Jahre beträgt, so ist der Verweis auf meine eigene Biographie zu entschuldigen und nicht allzu penetrant.

Es war im Jahr 1967, ich studierte damals im 2.klin.Semester am neu gegründeten Klinikum Essen der neu gegründeten Ruhruniversität Bochum. 200 Studenten. 2000 Betten. Bedsideteaching von der Einweisung des Patienten bis zur Entlassung. Nach dem Massenstudium in der Vorklinik in Erlangen jetzt 20 Studenten im Hörsaal(raum) - für mich das akademische Paradies. Nahezu jede Vorlesung begann mit der Stereotypie des Klinikers:

"Na, da haben wir wieder mal einen Fall, wo der Praktiker draußen nicht die richtige Diagnose gestellt hatte."

Allmählich aber wurden wir Studenten skeptisch, ob das alles so stimmt. Wir, das war jene Generation, die später als die 68er bezeichnet wurde. Wir, die vieles hinterfragt, sehr vieles in Frage gestellt oder gar bezweifelt hatten.

Einige von uns hatten mitgearbeitet und kannten also die sozialmedizinische Studie von Feest und Kapuste "**Interviews in Ixburg**". Wichtigstes Ergebnis darin über unsere Generation von Medizinstudenten:

"Vertrautheit mit dem ärztlichen Milieu. Über 70 % der Befragten haben mind.1 Arzt in der Verwandtschaft" und der war meist "Praktischer Arzt."

Und diese Praktiker wiederum – so vermute ich – hatten das Buch von Heisler "Dennoch Landarzt" von 1950 in 5. Auflage auf dem Nachttisch und befanden sich in vollkommener Übereinstimmung von Beruf und Berufung.

Waren also jene schlimmen Einweisungsfälle, die uns im Hörsaal präsentiert wurden, tatsächlich die Frucht des Wirkens unserer fachlich insuffizienten Väter, Onkel etc.?

Es sind wiederum die Studenten gewesen, welche damals im Ministerium von Frau Minister Schwarzhaupt und später Käthe Strobel eine Änderung der ÄAppO herbeiführten und damit eine vierwöchige Pflichtfamulatur bei Praktischen Ärzten durchgesetzt hatten. Wir wollten es einfach wissen, was das für ein Typ war, dieser Praktiker.

Damals lektorierte und redigierte ich als Medizinjournalist das erste Lehrbuch für Allgemeinärzte von Sturm "**Einführung in die Allgemeinmedizin**", das 1969 erschien. So kannte ich aus dem Kapitel "Hat der Allgemeinarzt noch eine Zukunft?" nicht nur das Gejammere um das "*schlechte Image*", um "*die Karikatur des Allgemeinarztes, die von einigen jungen Hochschuldozenten vielleicht ganz unbeabsichtigt gezeichnet wird*", sondern ich wusste auch aus dem Kapitel "Allgemeinmedizinische Erkrankungen", dass "*R.N. Braun richtig erkannt hatte, dass man von der statist. Häufigkeit aller Krankheiten ausgehen sollte... An die Stelle der Improvisation ist weitgehend wissenschaftlich begründetes Handeln getreten.*"

Dieser Robert Nikolaus Braun hatte bereits 13 Jahre zuvor, 1955, vor der "Gesellschaft der Ärzte in Wien" über "fundamental wichtige, bisher unbekannte, die allgemeinmedizinische Morbidität betreffende Gesetzmäßigkeiten" gesprochen.

9 Jahre später, 1964, traf sich in Heidelberg auf Anregung von Braun eine illustre Gesellschaft von teilweise auch heute noch bekannten Hochschullehrern wie

- Jores (Innere und Psychosomatische Medizin), Hamburg
- Mitscherlich (Psychosomatische Medizin), Heidelberg
- Schaefer (Physiologie), Heidelberg
- Schoen (Innere Medizin), Hannover
- von Uexküll (Innere Medizin und Psychosomatik), Gießen.

Ich zitiere:

Das Ergebnis *„dieser historischen Diskussion in 1964 war die Feststellung, dass die Hochschule nicht weiß, welcher Art das Arbeitsfeld des Praktischen Arztes ist“*. Nachzulesen im heute noch aktuellen Tonbandprotokoll der sog. *„Heidelberger Gespräche“*.

Von diesem Braun stammte dann auch im Jahr 1969 auf dem Boden seiner Vorarbeiten das erste wissenschaftliche "Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinmedizin", zu dem v. Uexküll (inzwischen Ulm) ein 6-seitiges Vorwort schrieb und die *"Pionierarbeit zur Begründung einer neuen Disziplin, der Wissenschaft von der ärztlichen Allgemeinpraxis"* lobte.

In seiner Einleitung zu diesem Buch schrieb Braun:

„Die durchforschte Allgemeinmedizin wird künftig in ihrer Eigenständigkeit unterrichtet, abgeprüft und nach den Regeln dieser Lehre ausgeübt werden müssen. Das wird die Heilkunde an der ersten Linie später einmal ebenso schwer und die Ausbildung darin ebenso lang und speziell machen, wie dies für alle anderen großen Fächer gilt.“

Seit diesen Tagen haben mich Person und Werk von Braun begleitet, bis ich ihn schließlich 1981 in Brunn in seiner Praxis im Waldviertel persönlich traf. Ich war inzwischen selbst in die große Landarztpraxis meines Schwiegervaters als Partner eingestiegen.

Von Braun stammt der Satz:

„Auf der Hochschule eignen sich die Studenten zwar eine Menge an Wissen über Krankheiten an, aber was man mit alldem in 5-10 Minuten macht, ist bisher dem Allgemeinarzt überlassen.“

Und an anderer Stelle:

„Es werden von uns Allgemeinärzten Entscheidungen und Handlungen verlangt, wofür wir noch keine sichere theoretische Grundlage hatten.“

Braun ist es zu verdanken, dass die Allgemeinmedizin – jenes für Viele amorphe Gebilde einer vermeintlich individuellen und oftmals improvisierten Berufsausübung – einen kohärenten berufstheoretischen Unterbau mit einer spezifischen Fachsprache erhielt. Allgemeinmedizin ist demnach eine eigenständige ärztliche *Funktion*. Ihre Ausübung basiert sehr wesentlich auf dem *Umgang* mit dem von den Spezialfächern geschaffenen Wissen über Krankheiten und Syndrome.

In einer Studie der Universität Bremen aus dem Jahr 2008 vermissen die Studenten oftmals ein theoretisches Gerüst in der Lehre. Unsere Studenten am Klinikum sollten sich darüber

nicht beklagen können: Alle unsere Lehrbeiträge orientieren sich an diesem berufstheoretischen Konzept – vielleicht mehr, als den Studenten manchmal lieb ist.

Nach Kant sind „*Anschauungen ohne Begriffe blind. Nichts ist praktischer als eine gute Theorie*“. Diese Verbindung von Praxis und Theorie ist es schließlich, was den Unterricht in der Allgemeinmedizin an unserer Fakultät auszeichnet.

An dieser Stelle darf ich auch einen Dank an unsere Lehrärztinnen und Lehrärzte aussprechen, stellvertretend an die Gruppe unserer Lehrbeauftragten, die sich von Anfang an einheitlich diesem berufstheoretischen Lehrgebäude verpflichtet fühlten.

Ärzte, die auf diese Weise lehren, präsentieren und reflektieren damit für unsere Studenten das Bild eines kompetenten Allgemeinarztes, letztlich also eines Spezialisten *sui generis*.

Ich komme zum Schluss und fasse als Ausblick zusammen:

Der reformierte Unterricht in der Allgemeinmedizin muss von der *ärztlichen Wirklichkeit* ausgehen („*Das Labor der Allgemeinmedizin ist die Allgemeinpraxis*“, Braun) und sich an den *berufstheoretischen* Grundlagen orientieren.

Ärzte, die auf diese Weise lehren, präsentieren und reflektieren damit das Bild eines *kompetenten Allgemeinarztes*, letztlich also eines *Spezialisten sui generis*

- für das Unausgelesene an der ersten ärztlichen Linie,
- für das Uncharakteristische und Uncharfe,
- für das Bedrohende und abwendbar Gefährliche ebenso wie
- für den angemessenen Umgang mit dem unabwendbar Gefährlichen; eines Spezialisten, der
- um die Falle der Banalität weiß, der
- die Handlungszwänge zum abwartenden Offenlassen engmaschig, kritisch und in geteilter Verantwortung mit dem Patienten überprüft,
- dessen fachsprachliche Ausdrucksformen sich realistisch (und damit seriös!) der Begrenztheit seiner Versorgungsmöglichkeit anpassen; eines Spezialisten,
- dem der Patient zutraut, dass er 90 % aller an ihn herangetragenen Beratungs- und Versorgungsprobleme im eigenen Bereich
 - selbstverständlich, wo immer es erforderlich ist,
 - in gezielter Zusammenarbeit mit anderen Spezialisten löst; letztlich eines Spezialisten in diesem neuen Sinn der qualifizierten Zuständigkeit,
- dessen Handlungsalgorithmus sich stets an der Frage orientiert:
- Was ist das Optimum an Maßnahmen
 - für diesen *Patienten*
 - mit diesem *Problem*
 - zum *jetzigen Zeitpunkt* und *in Zukunft*?

Wenn Popper sagt: „*Alles Leben ist Problemlösen*“, so würde meiner Überzeugung nach für dieses neue Allgemeinarztbild gelten:

„*Alles Lehren ist Problemlösen.*“

Ich danke Ihnen mit dem Bekenntnis „*Dennoch Landarzt*“.