

Prof. Dr. med. Frank H. Mader
Talstraße 3
D-93152 Nittendorf

Es gilt das gesprochene Wort.

Festvortrag „50 Jahre universitäre Allgemeinmedizin“, Freiburg, 9. Juli 2016

Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin

Die angewandte Heilkunde von der Funktion zum Fach

Frank H. Mader

Sehr geehrte Damen und Herren,
gestatten Sie mir bitte vorweg ein paar persönliche Worte.

In weiser Voraussicht wurde 1457 die Albert-Ludwigs-Universität Freiburg bekanntlich bereits als Volluniversität gegründet. Demnach können Ihre Alma mater und insbesondere die Medizinische Fakultät auf eine Tradition von über einem halben Jahrtausend mit Stolz zurückschauen.

Um die kurze Zeitspanne von nur einem halben Jahrhundert geht es, wenn ich heute mit Ihnen eine vergleichsweise sehr junge und kleine Disziplin in ihrem breiten Fächerkanon betrachte, analysiere und kritisch würdige -, wenn ich heute also von den Ursprüngen der Allgemeinmedizin spreche, die 1966 mit der Vergabe des ersten Lehrauftrags an *Dr. med. Siegfried Häussler* akademisch Eingang in Ihre Fakultät fand. Ich fühle mich daher geehrt, aus diesem Anlass vor Ihnen sprechen zu dürfen. Vor allem aber freue ich mich, zusammen mit Ihnen den Bogen von der Vor-Häussler-Ära bis ins Jahr 2016 zu spannen, in welchem die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) bekanntlich ihren 50. Geburtstag feiert. Ich habe seit 1965 die Entwicklung der Allgemeinmedizin aus eigener Anschauung und aus unterschiedlichen Funktionen wie Medizin- und Fachpublizistik, Berufspolitik, Wissenschaft, Fachgesellschaft und letztlich in über 35-jähriger Praxistätigkeit verfolgen können.

Bunt wie die Allgemeinmedizin nun mal ist, werde ich ebenso bunt meine Zeitschnitte längs und quer legen – immerhin ist der Gegenstand ja „Ein halbes Jahrhundert“ –, um in der von jedem Referenten beschworenen Kürze der Zeit zur Frage zu kommen:

- Was haben wir Allgemeinärzte erreicht?
- Wo steht unser Fach heute?

Gehen wir ins Jahr 1965 zurück. Betrachten wir die damalige Situation der Allgemeinmedizin und ihrer Zunft, die der Praktischen Ärzte: Im Mittelpunkt stand das angedachte und gefühlte, in seinen äußeren Konturen aber völlig amorphe Konstrukt einer wie auch immer bezeichneten „Allgemeinmedizin“ (**Abb. 2**).

Zahlreiche Faktoren zerrten an der noch zarten Substanz, ich nenne nur beispielhaft:

- gesundheitspolitische Faktoren,
- berufspolitische Faktoren,

- gesellschaftspolitische Faktoren,
- hochschulpolitische Faktoren,
- wissenschaftspolitische Faktoren.

Es sind meiner Beobachtung nach übrigens dieselben Faktoren, die auch heute noch Berufsbild und Fach beeinflussen, wie ich es bei keiner anderen medizinischen Disziplin finde.

All diesen Faktoren war gemeinsam, was man auf den ersten Blick in der Depressionsforschung als „*Losigkeitssyndrom*“ bezeichnen würde (**Abb. 3**).

- *kein* gutes Image,
- *keine* methodische Fundierung,
- *keine* originäre Forschung,
- *keine* einheitliche Fachsprache,
- *kein* Nachwuchs,
- *keine* Fachbegrenzung,
- *keine* berufsgruppenspezifische Identität,
- *kein* Qualifikationsnachweis,
- *keine* politischen Rahmenbedingungen,
- *keine* offizielle Gebietsbezeichnung,
- *keine* homogene Arztgruppe,
- *keine* medizintechnische Praxisausstattung,
- *keine* angemessene Vergütung,
- *keine* Kommunikation Klinik/Praxis,
- *keine* Zeit für den Patienten,
- *keine* selbstbestimmte Fortbildung,
- *kein* Facharztstitel,
- *kein* lehrbarer Stoff,
- *keine* universitäre Verankerung,
- *kein* wissenschaftlich begründetes Handeln.

Unsortierter, heimatloser Haufen

Gehen wir noch 6 Jahre weiter zurück, ins Jahr 1959. Damals wurde die „Deutsche Akademie der praktischen Ärzte“ aufgrund eines Beschlusses des 61. Deutschen Ärztetags gegründet, nachdem die Mitglieder der Akademie in Stuttgart-Degerloch ihren ersten Vorstand gewählt hatten. Ziel der Gründung war es, *„Weiter- und Fortbildung des Praktischen Arztes zu fördern.“* Lassen wir einen zeitgeschichtlichen Zeugen, *Dr. Kurt Tutte*, damals Mitglied des Vorstandes der BÄK und Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, zu Wort kommen (35):

„Die Diskussionen auf dem Ärztetag ließen oftmals den Eindruck aufkommen, dass die Errichtung unserer ‚Akademie der praktischen Ärzte‘ gleichsam empfunden wurde als geflissentliche Manifestation, ja fast als Demonstration einer Eigenständigkeit der Praktischen Ärzte. Dieser Effekt war keineswegs beabsichtigt, er ergab sich vielmehr zwangsläufig aus einer Entwicklung, durch welche die Einheitlichkeit der Ärzte zunehmend aufgespleißt wurde in Fachärzte, in Kliniker und in andere Gruppen. Als Resultat solcher Aufsplitterung blieben schließlich – wie eine Art von ‚unsortierter Haufen‘ – die Praktischen Ärzte zurück, denen ihre ‚Eigenständigkeit‘ von den anderen

auf diese Weise aufgezwungen wurde; worauf sie sich – mehr nolens als volens – selber begreifen lernten als jene ärztliche Spezies, deren Spezialität es ist, nicht spezialisiert zu sein! Das war beinahe alles, was sie zu ihrer Eigenständigkeit beitrugen.“

Zu dieser Zeit waren im Rahmen der Krankenhausmedizin längst schon die klinischen Fächer entstanden und in den Universitäten verankert; sie waren das Ergebnis des Zusammenwirkens hervorragender Wissenschaftler und härtester Forschungsarbeit ihrer Institute und Lehrstühle. Die Niederlassung neuartiger Fachärzte war nur noch eine Frage der Zeit. Die Lage der Allgemeinmedizin war dagegen völlig anders: Niedergelassene Praktiker hat es während der stürmischen Entwicklung der neuen Fächer immer schon gegeben. Insofern bedurfte die Allgemeinmedizin scheinbar keiner wissenschaftlichen Begründung. Viele Universitätslehrer glaubten im Übrigen, die Sparte würde ohnedies bald aussterben (5) (**Abb. 4**). So sagte 1959 der damals 55-jährige und später als „lebende Legende“ bezeichnete Wiener Internist *Karl Fellingner* zu dem damals 45-jährigen Praktischen Arzt in Wiener Neustadt *Robert N. Braun*: „In 20 Jahren gibt es keinen Praktischen Arzt mehr, nur noch den Allgemeininternisten“ (3). Wenn man übrigens heute das Niederlassungsverhältnis von Allgemeinärzten zu Allgemeininternisten im Rahmen der hausärztlichen Versorgung der letzten 5 Jahre betrachtet, so darf man *Fellingner* nicht ganz Unrecht geben.

Zudem bestand nicht nur um die Zeit der 1960er Jahre, sondern besteht nahezu bis in die Gegenwart der speziell für den deutschen Raum charakteristische Dualismus „Klinik ist Klinik – und Praxis ist Praxis“ (**Abb. 5**) – oder berufstheoretisch ausgedrückt: „Hier die Krankheiten – da die Fälle“. Die eine Institution wusste von der anderen wenig bis gar nichts. Dies galt insbesondere für die arrivierte Universitätsmedizin im Gegensatz zur individualistischen praktischen Medizin. 1969 schrieb der kritische Praktische Arzt und Geburtshelfer und Medizinsoziologe *Paul Lüth* nachdenklich: „Praxis wird durchwegs aufgefasst, als handle es sich um eine persönliche, nicht übertragbare Kunst, die jeder sich selbst anzueignen hätte, wobei es dem einen mehr, dem anderen weniger glücke“ (22).

Zwei Jahre zuvor, Mitte Oktober 1967, fand an der jungen Ruhr-Universität Bochum („Europas größte Baustelle“) die „erste wissenschaftliche Tagung der Praktischen Ärzte“ statt. 150 Redaktionen waren eingeladen, eine einzige war durch die Zeitschrift „Der Medizinstudent“ vertreten. Eindrucksvoll und nachhaltig war für mich als Berichterstatter der Auftritt der teilnehmenden Praktiker: Gleich zu Beginn bedankte sich der eine beim gastgebenden Dekan für naturwissenschaftliche und theoretische Medizin, *Prof. Loeschke*, mit überschwänglichen Worten: „Wir Praktischen Ärzte dürfen hier vor einer Universität sprechen. Die meisten von uns haben den Doktorgrad und haben sich mit Theologie und Jurisprudenz befasst. Wir Ärzte sind universal ausgebildet.“ – Oder ein anderer: „Wir sind glücklich, vor dem Gremium einer Universität unser Erfahrungsgut wiedergeben zu können.“ Nicht minder empathisch sprach ein *Dr. Kühn*, damals bereits Lehrbeauftragter in Münster, in seinem Eröffnungsreferat vom „Vergessensein des Praktikers durch die Alma mater“ (23). Als der Biochemiker *Prof. Faillard* in der abschließenden Podiumsdiskussion ins Auditorium hinein fragte: „Was ist Allgemeinmedizin?“ platzte es aus einem Kollegen heraus: „Kommen Sie in meine Praxis, dann zeige ich es Ihnen und Sie wissen es!“

Gefühl von Ausgegrenztheit und Inferiorität

Bedrückend, fast schon bizarr, wirkte auf mich als Student dieses Gefühl der Praktikerzunft von Ausgegrenztheit und Inferiorität. Dazu noch diese Hilflosigkeit, die eigene Tätigkeit in definierter Form nicht beschreiben zu können. Sie mögen sich jetzt ausmalen, wie die teilnehmenden Medizinstudenten, später als die Generation der 68er bezeichnet, über „diese Praktiker“ denken musste, die sich damals sarkastisch als „Treppenterrier“ bezeichneten, die ein deutsches Magazin beschrieb als jene „älteren Herren mit den grauen Schläfen, treppauf- und treppab laufend und überall die gleichen Witze erzählend“. Diese „Strichdoktoren“ und „Fachärzte für Leichtkrankheiten“, oberhalb des Nabels behandelnd mit Mixture solvens und unterhalb davon mit Rizinusöl. Im Hörsaal unserer universitären Neugründung in Essen verfolgten wir oft genug mit ungläubigem Staunen,

wenn der Ordinarius anmoderierte: „Jetzt zeige ich Ihnen wieder mal einen Fall, den der Praktiker draußen...“ In diese Ratlosigkeit hinein sprach nun der einladende BPA-Landesverbandschef *Dieter Tetzlaff*: „Wir diskutieren seit 10 Jahren und wissen immer noch nicht, was ein Allgemeinpraktiker ist.“ Und Kollege *Schulze* sekundierte ihm: „Und wir werden noch weitere 10 Jahre diskutieren, wenn uns die Hochschule keine Lehrstühle gibt, damit der Praktiker wenigstens halbtags von seiner Praxis entbunden ist“ (23). Das war also die Lage anno 1967.

Vor diesem Hintergrund muss es geradezu als Wagnis erscheinen, wenn ein Jahr zuvor, genau zum WS 1966/67, die Medizinische Fakultät der Universität Freiburg auf Betreiben des damals schon renommierten Internisten und Nephrologen *Prof. Hans-Joachim Sarre* sich entschlossen hatte, einen Lehrauftrag für Allgemeinmedizin einzurichten. Es war der erste derartige Lehrauftrag in Westdeutschland, konzipiert als „eine gemeinsame Vorlesung mit Kolloquium über ‚Probleme in der Allgemeinpraxis‘“ (31). Beauftragt wurde nach einer Probevorlesung der Praktische Arzt *Dr. Siegfried Häussler*. Dieser Lehrauftrag für *Häussler* hieß von 1965 - 1970 „Die Tätigkeit des praktischen Arztes“ (20) und wurde für *Hans-Heinz Schrömbgens*, seinen Nachfolger, offiziell ab 1971 als „Lehrauftrag für Praktische Medizin“ titulierte.

Bei einer Festveranstaltung wie der heutigen, bei der die Errichtung des ersten Lehrauftrags für Allgemeinmedizin vor 50 Jahren gefeiert wird, kann leicht übersehen werden, dass Ihre Fakultät bereits 30 Jahre zuvor, wiederum genau 1936, einen allerersten Lehrauftrag für Allgemeinmedizin an den Praktischen Arzt *Dr. August Heisler* vergeben hatte (**Abb. 6**). Auch *Heisler* verdankte übrigens den ersten Lehrauftrag im deutschsprachigen Raum nicht zuletzt seinem akademischen Mentor und Türöffner, dem Freiburger Ordinarius für Innere Medizin *Helmuth Bohnenkamp*. *Heisler* hatte bereits 1913 Vorarbeit mit seinem Buch „Erfahrungen und Betrachtungen aus der Praxis“ für seinen 1928 bis 1984 in zahlreichen Auflagen erschienenen Bestseller „Dennoch Landarzt“ geleistet (**Abb. 7**).

1975 erhielt *Sarre* als erster deutscher spezialisierter Hochschullehrer die Hippokrates-Medaille der DEGAM. *Hans-Heinz Schrömbgens* sagte bei der Preisverleihung: „Wieviel Mut 1966 dazu gehörte, ein Fach lehrwürdig zu machen, das bis dahin für niemanden als fakultätsreif galt, welch unkalkulierbares persönliches Risiko *Prof. Sarre* eingehen musste, lässt sich heute – also zum Zeitpunkt der Preisverleihung nur 9 Jahre später – kaum mehr darstellen, nachdem die Entwicklung dem Weitblick von *Prof. Sarre* recht gegeben hat. Ein Fehlschlag des Experimentes hätte Hohn und Spott im Übermaß gebracht“ (31).

Jahre später, beim 20-jährigen Jubiläum des Lehrauftrages, sagte 1986 der inzwischen emeritierte *Sarre*: „Heute würde ich so nicht mehr handeln.“ Er habe die Konsequenzen und die rasche Eigendynamik seines Anstoßes unterschätzt. Von seinen Fakultätskollegen habe er Vorwürfe einstecken müssen und das Aus seiner Poliklinik bedrücke ihn. Später nahm er sein Bedauern zurück: „die Entwicklung sei sowieso nicht aufzuhalten gewesen“ (37).

Identitätsfindung der Praktischen Medizin

Wenn man in die Geschichte der Allgemeinmedizin nur tief genug eindringt, stellt man irgendwann fest, dass diese nicht mit dem Zusammentreffen einer Handvoll visionärer Persönlichkeiten beginnt. Es gab um die Zeit von 1965 und die Jahre zuvor bereits eine Fülle von Faktoren und Ressourcen, die auf die Identitätsfindung der Praktischen Medizin einwirkten, ich nenne nur einige, und diese stichwortartig (**Abb. 8**):

- Zeitschrift „Der Landarzt“ (1925)
- europaweiter Jahreskongress in Salzburg (ab 1960)
- Praxisforschung
- internistische Polikliniker

- junge/kleine Fächer
 - * Psychosomatik
 - * Medizinsoziologie
 - * Physiologie
 - * Psychoanalyse
- Erfahrungsheilkunde der Praktiker
- unausgelesenes Krankengut (Fälle)
- Internationalisierung
- Motivation der Praktiker (Pioniere, Visionäre)
- Neugierde der Studenten
- organisatorischer Aufbruch
 - * Deutsche Akademie des praktischen Arztes (1958)
 - * Arbeitsgemeinschaft für praktisch angewandte Medizin (1959)
 - * Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der Ärztlichen Allgemeinpraxis (AEA 1961)
 - * Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM 1965)
 - * Deutsches Institut für Allgemeinmedizin (1966)
 - * Gesellschaft für praktisch angewandte Medizin → SIMG (1969)

Oder kurzum wie *Volker Ziegler* 2006 anlässlich der Feier „40 Jahre Allgemeinmedizin“ in diesem Haus drei Faktoren benannte (37):

- Famose Menschen
- Zufall
- Notwendigkeiten

Die Allgemeinmedizin war also ab 1966 endlich institutionalisiert. Aber was sollte ihr universitärer Beitrag sein? Dem Wissenschaftler *Sarre*, Schüler des heute immer noch bekannten Frankfurter Nephrologen *Franz Volhard*, ging es wohl – abgesehen von der Verlebendigung seines akademisch-klinischen Unterrichts durch Fallvorstellungen von der „ersten ärztlichen Linie“ letztlich wie bei jedem akademischen Fach um *drei Ziele* und zugleich *drei Herausforderungen* (**Abb. 9**):

1. Das Fach
2. Die Lehre
3. Die Forschung

Diese Reihenfolge ist übrigens bemerkenswert im Vergleich zur umgekehrten Reihenfolge im spezialistischen Selbstverständnis.

Das Fach

Was das Fach betrifft, machten sich die Pioniere der Allgemeinmedizin am längsten darüber ihre Gedanken (**Abb. 10**):

- Womit hat es der Allgemeinarzt zu tun? (*Krankengut, Fälle*)
- Was tut er? (*Zeitfaktor, Funktion*)
 - Wie tut er es? (*Diagnosebegriff*)

Die Allgemeinmedizin als angewandte Heilkunde musste sich weit intensiver zunächst mit der *Definition* ihres Gebietes auseinandersetzen, als dies für die überwiegend organmedizinisch orientierte spezialistische Medizin der Fall war, deren Fächer in der zweiten Hälfte des 19. und 20. Jahrhunderts neu entstanden sind. Daher wurde die Allgemeinmedizin lange von den Vertretern der

klinischen Spezialfächer lediglich als approximative Addition klinischen Grundlagenwissens betrachtet – und weitgehend auch so behandelt (26). Der Name „Allgemeinmedizin“ hat bemerkenswerterweise nach seiner Einführung in den Sprachgebrauch durch *Kurt Engelmeier* lange kontroverse Diskussionen in gesundheitspolitischen und hausärztlichen Gremien durchstehen müssen, ehe seine Akzeptanz gesichert war (8).

Aufsehen erregten in den 1950er und 60er Jahren zwei Bücher des österreichischen Praktischen Arztes *Robert N. Braun* (**Abb. 11**): „*Die gezielte Diagnostik in der Praxis*“ (1957) und „*Feinstruktur einer Allgemeinpraxis*“ (1961). Aufsehen weniger bei den Praktischen Ärzten als vielmehr bei einigen Hochschuldozenten. Die Bücher von *Braun* stießen aus einem Vakuum in ein bisher unbekanntes Gebiet weiter vor, als es damals die Forschung der Anglo-Amerikaner vermocht hatte: Der Freiburger Internist *Ludwig Heilmeyer* besprach die „Feinstruktur“ in der „Medizinischen Klinik“ und hielt es dabei für an der Zeit, dass Hochschullehrer und Praktische Ärzte sich zu einem Gespräch zusammenfinden. Unabhängig von ihm regte der Hamburger Internist und Psychosomatiker *Arthur Jores* ein solches Treffen an. *Braun*, wissenschaftlicher Leiter der „*Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der Allgemeinpraxis (AEA)*“ bereitete ein solches Treffen vor und lud einige bekannte Hochschullehrer ein. Am 17. Juni 1964 trafen sich in Heidelberg neben *Jores* die Professoren *Mitscherlich* (Psychosomatische Medizin, Heidelberg), *Schäfer* (Physiologie, Heidelberg), *Schoen* (Innere Medizin, Hannover), *von Uexküll* (Innere Medizin, Gießen), *Thomä* (Psychotherapie, Heidelberg) sowie *Reichenfeld* aus Birmingham neben einigen Praktischen Ärzten der AEA. Das historisch-legendäre „*Heidelberger Gespräch*“ von 1964 lässt sich verkürzt auf zwei Sätze bringen (**Abb. 12**):

- Die Allgemeinmedizin als angewandte Heilkunde ist keine Spezialisierung auf *Krankheiten*, sondern auf eine *Funktion*.
- Die *Universität* muss in die *Praxis* gehen, nicht umgekehrt (16).

Fritz Hartmann, Rektor der damals jungen Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), erinnert sich 1968 in der Zeitschrift *Internationale Allgemeinmedizin und Hochschule*: „*Die Aufnahme der Allgemeinmedizin in die medizinischen Fakultäten war und ist von Zögern begleitet, von Widerständen behindert ... Noch ist es ein – mehr oder weniger misstrauisch beobachteter – Versuch ... Ein unbestreitbares Verdienst von R. N. Braun bleibt es, die Entscheidungsleistung eines Allgemeinarztes unter den Bedingungen einer Allgemeinpraxis begrifflich kommunikationsfähig gemacht und in eine annehmbare Ordnung gebracht zu haben. Das waren erste bedeutsame Ansätze, Allgemeinmedizin auch lehrbar zu machen*“ (15).

Braun war es schon in den 1950er Jahren klar, dass die praktisch angewandte Medizin nicht von der Krankheitenlehre ausgehend abzuleiten war. Als tragfähige Basis erwiesen sich dagegen die Regelmäßigkeiten, mit denen die ärztlichen diagnostischen Aufgaben im Berufsalltag in Erscheinung traten (6). 1955 berichtete er vor der Gesellschaft der Ärzte in Wien „*über fundamental wichtige, bisher unbekannte, die allgemeine Morbidität betreffende Gesetzmäßigkeiten*“. Damit war das „*Fälleverteilungsgesetz*“ als „*inneres Ordnungsprinzip*“ beschrieben. *Fink* und *Konitzer* bestätigten zusammen mit dem Mathematiker *Lipatov* 2009 – also über ein halbes Jahrhundert später – die gesetzmäßig fassbare, epidemiologische Besonderheit der Allgemeinmedizin (9). *Braun* war es auch, der sich mit der *Härtung des Diagnosebegriffs* auseinandersetzte; dabei bezog er sich auf den Frankfurter Medizingeschichtler *Richard Koch* und sein Werk „*Die ärztliche Diagnose*“ von 1917 (19). Die Arbeitsgruppen um *Braun* konnten nachweisen, dass nur in etwa jedem 10. Fall einer Allgemeinpraxis eine wissenschaftlich exakte Diagnose gestellt werden kann (und muss!), in der überwiegenden Zahl der Fälle bleibt es bei der Klassifizierung von Symptomen oder Bildern von Krankheiten. Für jeden Praktiker war es (und ist es auch heute noch) Realität, dass – im Unterschied zur Klinik – nicht bei jeder Beratung komplett untersucht wird; das ist nicht nur dem *Zeitfaktor* geschuldet, sondern hängt auch mit der überwiegenden Mehrzahl der Beratungsfälle zusammen, die harmloser Natur sind. Auf den zeitlichen Druck, unter dem der Praktiker zumindest damals stand,

wies Häussler 1969 in seiner Antrittsvorlesung hin: „*Da hat der Praktiker 20 Neuzugänge plus 60 bis 80 Patienten pro Tag plus 15 bis 20 Hausbesuche im Gegensatz zu 5 Patienten pro Tag in der Poliklinik*“ (16).

Der Allgemeinpraktiker kann seine *Funktion* jedoch nur dann optimal erfüllen, wenn er das mögliche Maximum an *abwendbar* oder *potenziell gefährlichen Verläufen* erfasst (4) und *in geteilter Verantwortung* mit dem Patienten festlegt, wie lange er *abwartend offen* bleiben kann. Damit waren im Wesentlichen das berufstheoretische Gebäude der Allgemeinmedizin und eine gebietspezifische Fachsprache, die weitgehend auch heute noch Verwendung findet, geschaffen.

Es war dann das Verdienst des Allgemeinarztes und späteren DEGAM-Präsidenten *Hans Hamm* in den 1980er Jahren, die wesentlichen *hausärztlichen Funktionen* formuliert zu haben (**Abb. 13**):

1. primärärztliche Funktion
2. haus- und familienärztliche Funktion
3. Koordinationsfunktion
4. soziale Integrationsfunktion
5. Gesundheitsbildungsfunktion

Sie wurden in jüngerer Zeit fortgeschrieben

6. ökologische Funktion
7. ökonomische Funktion

und fanden sinngemäß Eingang in den Text der Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin (27).

Die Lehre

Was sollte in diesem jungen Fach gelehrt werden? Was erwartete die Fakultät? Vor allem aber: Was erwarteten die Medizinstudenten? Der Freiburger Polikliniker *Hans Sarre* hatte durchaus erkannt, dass seine Poliklinik nicht die volle Wirklichkeit der ambulanten Hausarztmedizin abbildet (37). Ebenso selbstkritisch äußerte sich *von Uexküll*: „*Die Praxis, die im poliklinischen Unterricht nachgeholt wird, ist die Praxis in der klinischen Medizin, aber nicht der Allgemeinmedizin*“ (16).

Seit 1962 wurde im Bad Godesberger Gesundheitsministerium über einen Entwurf zur Neuordnung des Medizinstudiums gebrütet. Die verfasste Studentenschaft sprach von einer „Krise in der Medizin“: sie beklagte „zu wenig soziale Medizin“, „eine unpersönliche und unpädagogische Ausbildung“ und forderte einen „patienten- und problemorientierten Unterricht“ anstatt eines Unterrichts, der „ausschließlich an der klassischen klinischen Krankheitenlehre orientiert“ ist, und verabschiedete eine Resolution zur „Einführung einer Pflichtfamulatur in der Allgemeinpraxis (neben der Famulatur in Kliniken), um die Ausbildung mehr praxisbezogen zu gestalten“ (25).

Welche grundlegenden fachspezifischen Lehrinhalte sollte man aber den Studenten im allgemeinmedizinischen Unterricht in Hörsaal und Praxis vermitteln? (**Abb. 14**) „*Nur wer die Grundlagen wissenschaftlicher Forschung selbst kennt, kann im universitären Sinn lehren*“, ist nicht erst seit Unirektor Wissenschaftsminister *Frankenberg* essentiell, als er 2006 in Ulm den Landeslehrpreis übergab. Oder verkürzt gesagt, wie es in einem Münchener Exzellenzklimum im Eingangsbereich steht: „*Wissen schafft Heilung*“. Außer den Ergebnissen der berufstheoretischen Forschung – die übrigens bis in die 1990er Jahre innerhalb der hausärztlichen Dozentenschaft nicht durchgehend anerkannt waren – gab es zunächst keine eigene originäre Forschung. Somit standen die allgemeinmedizinischen Dozenten anfänglich vor dem Problem, über ihre Sonderinteressen zu berichten (z. B. Akupunktur, Chirotherapie, Naturheilkunde) oder über kassenärztliche Alltagsprobleme zu berichten oder – ich zitiere *Häussler* aus den frühen 1980er Jahren – „*den Unterricht emotionell durch Erlebnis-Beispiele im Gedächtnis zu verankern*“, eine „*Wissenschaft in Krimiform*“ zu bieten. Dabei ist „*der Arzt als Person die wichtigste Arznei, nicht als Wissenschaftler*“

(Abb. 15). Auch die Studenten der 68er Jahre sprachen fasziniert von *Michael Balints* Buch „*Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*“, das 1966 in Deutsch erschien, vom „Praktischen Arzt als dem ältesten Medikament in der Welt“. Auch heute noch gehen die allgemeinmedizinischen Dozenten erstaunlich oft mit ihren persönlichen Erfahrungen und Neigungsthemen in den Hörsaal. Natürlich sind die Studierenden dann von solchen direkt anwendungsbezogenen praktischen Lehrangeboten beeindruckt. Ich stimme jedoch mit dem unvergesslichen Hannoveraner Internisten und Kliniker *Fritz Hartmann* überein, der schon 1984 kritisch darauf hinwies: „*Die Zuwendung zum Praktischen als Flucht vor dem Theoretischen ist ein bedenkliches Missverständnis*“ (25).

Die Erfolgsgeschichte der *Famulatur in der Allgemeinpraxis* als spezifisches Lehr- und Ausbildungsangebot geht auf das Jahr 1965 zurück, als die Studenten zusammen mit der Zeitschrift „*Der Medizinstudent*“ und dem Berufsverband der Praktischen Ärzte (BPA) die „*Aktion Famulatur beim Praktischen Arzt*“ starteten. Diese Famulaturen, jahrelang überwiegend von der Studentenschaft selbst organisiert, fanden großen Zuspruch. 1972 wurde erstmals eine vierwöchige Famulatur beim Praktischen Arzt in der neuen Approbationsordnung obligat (24). Nach diversen zeitlichen und formalen Umgestaltungen kam 2012 die vierwöchige Pflichtfamulatur „*in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung*“. Freilich bestand von Anfang an die Gefahr, dass eine solche praktische, aber universitätsferne Ausbildung durch ungeschulte Lehrärzte zu einem „*Abenteuerspielplatz Allgemeinpraxis*“ geraten konnte.

Eine weitgehend strukturierte Ausbildung sollte dagegen das 2002 eingeführte „*Blockpraktikum Allgemeinmedizin*“ mit sich bringen. Zunächst einwöchig – ab 2012 zweiwöchig in geschulten Lehrpraxen – „*dient es der praktischen Verfestigung der im Studium vermittelten Inhalte*“. Die Evaluationsergebnisse sind teilweise mehr als erfreulich und zeigen die Bedeutung des Blockpraktikums für die gesamte fakultäre Ausbildung (28). Leider änderte sich dadurch nicht die gewünschte Art der Berufsausübung bezüglich Ansehen des Faches und der späteren allgemeinmedizinischen Weiterbildung (1).

Für die Pioniere der Gründerzeit unseres Faches war der Zeitdruck auf die substanzielle Ausgestaltung eines *anerkannten Lehrstoffkatalogs* enorm: Immerhin gab es bereits 1976 (also 10 Jahre nach *Häussler*) an 24 von 25 westdeutschen Medizinischen Fakultäten Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin, und 1979 wurde das Fach erstmals obligater Bestandteil des zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung. Erst 1990 jedoch hatte die Arbeitsgruppe um *Georg Härter* einen „*Lehrstoffkatalog Allgemeinmedizin und Familienmedizin*“ als „*Leitlinie für die zu vermittelnden Stoffinhalte im Fach Allgemeinmedizin*“ vorgelegt, der 1996 aktualisiert und erweitert wurde (14) **(Abb. 16)**.

Heute kann die Allgemeinmedizin das ihr immanente ganzheitliche hausärztliche Denken und Handeln professionell in die medizinstudentische Ausbildung von der Vorklinik bis zum Staatsexamen strukturiert und wissenschaftsbasiert einbringen. Ihre Bedeutung wurde 2012 erneut unterstrichen und aufgewertet (21) durch **(Abb. 17)**:

- obligates zweiwöchiges Blockpraktikum
- Pflichtfamulatur im hausärztlichen Versorgungsbereich
- Wahlterial im PJ
 - obligates Prüfungsfach im 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (1979)

Gegenwärtig gibt es gut ein Dutzend deutschsprachiger Lehr- und Fachbücher für Allgemeinmedizin, manche davon in fremdsprachlichen Übersetzungen. In zunehmendem Maße qualifizieren sich einige der rd. 800 Lehrbeauftragten in speziellen didaktischen Kursen für ihre Aufgabe als Dozenten (21). Zusätzlich stehen 4.500 geschulte Lehrpraxen, das entspricht 12 % aller Hausarztpraxen in Deutschland, für das Blockpraktikum zur Verfügung, in denen jährlich 10.000 Studierende ausgebildet werden (2). So kann es nicht ausbleiben, dass die Allgemeinmedizin in den Evaluationen der Studenten nicht selten Spitzenplätze belegt und Dozenten mit Lehrpreisen ausgezeichnet werden (z.

B. Freiburg). Mit berechtigtem Stolz darf daher die DEGAM in ihren Zukunftspositionen von 2012 sagen: „Allgemeinmedizin ist das Kernfach im Medizinstudium“.

Die Forschung

„Es war eigentlich nur noch eine Frage der Zeit, bis der Praktiker im Blickfeld epidemiologischer und medizinisch-soziologischer Forschung der Universität auftaucht. Heute ist dies geschehen“, sagte Siegfried Häussler in seiner Antrittsrede 1969 (16). Häussler war der Erste, der sich 1968 bei dem Freiburger Internisten Ludwig Heilmeyer habilitiert hatte mit dem Thema „Kostenkenntnis für Sozialversicherte, Analyse und Ergebnisse eines fünfjährigen Experiments“. Heilmeyer war bereits ein Jahr zuvor in Freiburg emeritiert und ging als Gründungsrektor an die Medizinisch-naturwissenschaftliche Hochschule Ulm. Häussler folgte ihm nach. In einem offenen Gespräch in kleiner Runde anlässlich eines internationalen Allgemeinärztekongresses im österreichischen Igls verriet mir Häussler ganz offen: „Meine Habilitation war relativ einfach. Mir stand das Abrechnungsmaterial der KV zur Verfügung. Die kommenden Kollegen werden es aber wesentlich schwerer haben.“

1976 wurde der erste Lehrstuhl für Allgemeinmedizin mit dem Chirurgen und Praktischen Arzt Klaus-Dieter Haehn besetzt. Gisela Fischer, Nachfolgerin von Haehn in Hannover und bereits selbst habilitiert, betonte 1988 in der ZFA die Besonderheit und Notwendigkeit allgemeinmedizinischer Forschung: sie erschließe Informationsquellen, die der Klinik unzugänglich sind. Sie trägt damit u. a. zur besseren Einschätzung von Indikation, Wechsel- und Nebenwirkungen medizinischer Maßnahmen bei. Durch die Aufdeckung von Versorgungsbedürfnissen und -problemen liefert sie auch für die Klinikforschung interessante Fragestellungen (10). 2014 gab es bereits an 25 von damals 36 gesamtdeutschen Fakultäten für Medizin Institute oder Abteilungen für Allgemeinmedizin mit insgesamt 20 Lehrstühlen. Mit diesen infrastrukturellen Fortschritten stieg auch die Forschungsaktivität deutlich an. Ein wichtiger Indikator dafür sind Zahl und Qualität der publizierten Forschungsarbeiten (**Abb. 18**). Schneider zeigte in einem systematischen Review, dass die Veröffentlichung von Originalarbeiten von 2000 bis 2010 außerordentlich zunahm, was letztlich auf die Schwerpunktförderung durch das BMBF und die damit einhergehende Institutionalisierung an den deutschen Universitäten zurückzuführen ist. Fast die Hälfte aller Publikationen hat Querschnittsstudien zum Gegenstand, inhaltlich sind zwei Drittel aller Arbeiten den Bereichen Versorgungsforschung und klinische Forschung zuzuordnen (30).

Der berufstheoretische Forscher Robert N. Braun formulierte es bereits vor 40 Jahren: „Das Labor der Allgemeinmedizin ist die Allgemeinpraxis“. Heute gibt es schätzungsweise inzwischen weit mehr als 1.000 allgemeinärztliche Forschungspraxen mit Bezug zu den Problemen des Praxisalltags (12). Eine neue Ära der angewandten Praxisforschung hat die DEGAM 2009 mit ihrer ersten Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen“ eingeleitet (**Abb. 19**), die beispielhaft neben einer Lang- und Kurzfassung auch als Patientenfassung vorliegt. Die Besonderheit dieser Leitlinien besteht darin, dass sie neben dem bis heute originären Praxistest das Beratungsproblem von der Beratungsursache her, also in der Regel vom Symptom aus, anpacken. Mit ihren 25 eigenen und mit ihrer Mitarbeit in sage und schreibe 47 nationalen und interdisziplinären Leitlinien nimmt die DEGAM innerhalb der knapp 270 Fachgesellschaften der AWMF heute eine führende Rolle ein (29).

Was die Forschungsleistung von unserem potenziellen Nachwuchs angeht, so müssen hier auch die Dissertationen erwähnt werden, die direkt oder indirekt von allgemeinärztlichen Doktorvätern und -müttern betreut werden, und die wesentlich zur Professionalisierung unseres Fachgebietes beigetragen haben. Noch 1982 beklagte der Mainzer Lehrbeauftragte Habighorst: „Nicht ‚Forschung in der Allgemeinmedizin‘, sondern es muss besser heißen ‚Erforschung der Allgemeinmedizin‘; denn bisher wurden nur ganz geringe Teile des Faches beleuchtet und erforscht.“ Und weiter: „Bisher erfolgt die wissenschaftliche Tätigkeit im Rahmen des Lehrauftrages über Dissertationen“ (13). Die Marburger Dissertationszentrale umfasst seit 1965 mit 470 Arbeiten sicherlich nur einen kleinen Teil.

Einschließlich der nicht archivierten Dissertationen muss bis heute von über 1.000 allgemeinmedizinischen Doktorarbeiten ausgegangen werden.

Das lebendige Herz der allgemeinmedizinischen Forschung schlägt jedoch auf den alljährlichen *DEGAM-Kongressen*. Während in den ersten Kongressjahren klinische Ordinarien wie *Schettler* oder *Hartmann* auf dem Podium saßen, wurden unter *Hamm* insbesondere allgemeinmedizinische Dissertationen vorgestellt. Einen Quantensprung in Qualität und Reichweite machten jedoch die Forschungspräsentationen unter der wissenschaftlichen Leitung von *Michael M. Kochen* ab dem DEGAM-Kongress 1993 in Saarbrücken (**Abb. 20**). Unter seiner Ägide entwickelten die Beiträge in Plenum, Sitzungen und Posterpräsentationen eine neue Qualität an Professionalität und Orientierung an internationalen Maßstäben (11).

Schluss

Meine sehr geehrten Damen und Herren, lassen Sie mich zum Schluss kommen.

„Ergebnisse haben wir genug, was uns fehlt ist Ordnung“ (19). Dieser Satz des Medizintheoretikers *Richard Koch* von 1917 ist heute aktueller denn je in einem Gesundheitssystem, das vor allem zu immer mehr Kosten, aber nicht immer zu mehr Gesundheit führt. Der Landarzt und Lehrbeauftragte *August Heisler* beklagte bereits vor rund 90 Jahren: „Eine Fülle exakter naturwissenschaftlicher Forschungsergebnisse können wir nicht mehr in Zusammenhang bringen mit der Ganzheit unseres Seins“ (18). Und gerade deswegen könnte der *Integrationsfunktion* der Allgemeinmedizin eine noch größere Bedeutung zukommen, „die Medizin zusammen zu halten“, wie der Allgemeinarzt *Ulrich Schwantes* kürzlich auf einem Symposium der Robert-Bosch-Stiftung sagte (32).

Freilich steht die Allgemeinmedizin von heute und in naher Zukunft vor respektablen *Herausforderungen*. Ich nenne wiederum in loser Reihenfolge nur einige davon (**Abb. 21**):

- Geänderte Zugangsvoraussetzungen zum Medizinstudium?
- Private medizinische Ausbildungsanstalten?
- Allgemeinmedizinischer Overkill während des Studiums?
- Bachelor-und Masterstudiengang?
- Neue Weiterbildungsordnung 2017?
- Unterschiedliche Hausarztqualifikationen?
- Facharzt für Innere und Geriatrie?
- Attraktivität von Spezialisierung und Subspezialisierung?
- Grundversorgende Spezialisten?
- Feminisierung des Arztberufes?
- Versorgung auf dem flachen Land?
 - Einzelpraxis vs. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)?

Ich möchte wieder auf die Antrittsvorlesung von *Siegfried Häussler* 1969 im Rathaus von Ulm zurückleiten (**Abb. 22**): *Häussler* – ganz in der Tradition von seinem Vorgänger *Heisler*, ein „*Wirklichkeitsmensch*“ – schloss vor 47 Jahren seine Vorlesung mit folgenden überlieferungswürdigen Worten:

„Die Allgemeinmedizin befindet sich in der Gegenwart in einer strukturellen, methodischen und ideellen Krise. Krisen entstehen immer beim Übergang zu neuen Ordnungen. Solche werden in der Zukunft der Allgemeinmedizin von der Gesellschaft und der Medizin als Wissenschaft in einem kybernetischen Regelkreis mit der Allgemeinmedizin selbst entwickelt werden. Um ihren eigenen Anteil dazu beitragen zu können, benötigt die Allgemeinmedizin eine laufende Erweiterung ihrer

Kenntnisse, ein Wachstum ihrer Mittel, eine Änderung ihrer inneren Verfassung sowie ihrer äußeren Organisation. Aber der Kern ihrer Aufgabe wird der gleiche bleiben: Den Menschen in seinem gesamten Lebensbereich in Gesundheitsführung und Krankheitsbehandlung, unabhängig von Alter, Geschlecht und Art der Gesundheitsstörung zu helfen“ (16).

1979 wurde die Allgemeinmedizin obligates Prüfungsfach. Wenn man jetzt die Dissertation von *Ingo Steudel* als eine Art Maßstab heranzieht, wonach die *Innovationszeit für die Einführung neuer Prüfungsfächer in der Medizin* im Durchschnitt 42 Jahre beträgt (33), so lässt sich mit gewissem Stolz sagen, dass das Fach Allgemeinmedizin bereits in nur 13 Jahren nach Erteilung des Lehrauftrags an Häussler Eingang in den obligaten universitären Fächerkanon gefunden hat. Wie sagte in aller Bescheidenheit *Hans-Heinz Schrömbgens*, Nachfolger von *Häussler* im Lehrauftrag Allgemeinmedizin, in seiner Abschiedsvorlesung 1992 in Freiburg im Hörsaal der Gynäkologie: „*Das weitläufige Lehrgebäude Allgemeinmedizin, gewiss nicht monumental und aere perennius, ist beziehbar geworden“ (36). Schrömbgens* wäre heuer 100 Jahre alt geworden – und der Lehrbereich Freiburg wird 50 Jahre jung. Ich gratuliere Ihnen.

Ich danke Ihnen.

Literatur:

1. Beuermann K, Schwantes U, Welke J, Rufer V (2010) Allgemeinmedizin im Wandel? Ein Vergleich zweier Befragungen von Medizinstudenten über den Berufswunsch Allgemeinmedizin. DOI 10.3238/ (zfa.2010.0450)
2. Böhme K (2016) Erfolgsmodell Allgemeinmedizin. Hervorragende Evaluationen der studentischen Ausbildung in der Hausarztpraxis. in: Mader FH (Hrsg) Von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin. DEGAM-Festschrift
3. Braun RN (1959) Prof. Fellinger am 26. Juni 1959 in Wien zu Braun
4. Braun RN (1970) Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien
5. Braun RN (1982) Allgemeinmedizin. Standort und Stellenwert in der Heilkunde. Kirchheim, Mainz
6. Braun RN, Fink W, Kamenski G (2007) Lehrbuch der Allgemeinmedizin. Theorie, Fachsprache und Praxis. Berger, Horn/Wien
7. DEGAM-Zukunftspositionen (2012) Position 16.
8. Dieckhoff D (2001) „Allgemeinmedizin“ – Ein problematischer Begriff? ZFA 77:10-11
9. Fink W, Lipatov V, Konitzer M (2009) Diagnoses by general practitioners: Accuracy and reliability. International Journal of Forecasting 25 (2009) 784-793
10. Fischer GC (1988) Besonderheiten der allgemeinmedizinischen Forschung. ZFA 64 : 170-174
11. Fröhlich E (2016) Die DEGAM-Kongresse. Epizentrum der Allgemeinmedizin. in: Mader FH (Hrsg) Von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin. DEGAM-Festschrift
12. Gágyor I (2016) Unser Labor ist die Praxis. Allgemeinärztliche Forschungspraxisnetze. in: Mader FH (Hrsg) Von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin. DEGAM-Festschrift
13. Habighorst G (1982) Forschung in der Allgemeinmedizin.Ärztelb Rheinland-Pfalz 8 : 1982
14. Härter G (1996) Lehrstoffkatalog Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Neufassung. 2. Auflage. ZFA-Spezial 1-12
15. Hartmann F (1968) IAH 19:1393
16. Häussler S (1969) Allgemeinmedizin in Gegenwart und Zukunft. Antrittsvorlesung am 12. Februar 1969 im Rathaussaal Ulm. A. W. Gentner-Verlag, Stuttgart
17. Häussler S (2016) Das „Heidelberger Gespräch“ 1964 zwischen Klinikern und Praktikern. Geschichte der Allgemeinmedizin als angewandte Heilkunde. in: Mader FH (Hrsg) Von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin. DEGAM-Festschrift
18. Heisler A (1928) Dennoch Landarzt. Erfahrungen und Betrachtungen aus der Praxis. Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelion, München
19. Koch R (1917) Die ärztliche Diagnose – Beitrag zur Kenntnis des ärztlichen Denkens. Bergmann, Wiesbaden
20. Kossow K-D (2016) Siegfried Häußler. Der Hausarzt 3:68
21. Ledig Th (2016) Anfangs Exot – Heute tragende Säule. Stand der Allgemeinmedizin im akademischen Unterricht in Deutschland. in: Mader FH (Hrsg) Von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin. DEGAM-Festschrift
22. Lüth P (1969) Niederlassung und Praxis. Eine kritische Einführung. Georg Thieme, Stuttgart
23. Mader FH (1967) Erfahrung ist alles. 1. Wiss. Tagung der Prakt. Ärzte, Bochum. Der Medizinstudent 9:21-23
24. Mader FH (1980) Zur Geschichte der Famulatur bei Praktischen Ärzten. ZFA 56:1415-1418
25. Mader FH (2003) Praktiker oder Spezialist? Welches Allgemeinartztbild müssen wir den Studenten vermitteln? 29. Symposium „Allgemeinmedizin und Hochschule“, München, 18. Oktober 2003
26. Mader FH (2009) Allgemeinmedizin im Wandel der Zeit. Festvortrag. 40. Kongress für Allgemeinmedizin, Graz
27. Mader FH (Hrsg) (2016) Von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin. DEGAM-Festschrift, Kirchheim Verlag, Mainz
28. Schelling J, Boeder N, Schelling U, Oberprieler G (2010) Evaluation des „Blockpraktikums Allgemeinmedizin“: Übersicht, Auswertung und Rückschlüsse an der LMU München. ZFA 12:461-465
29. Scherer M (2016) Freud und Leid der Leitlinien. Preisgekröntes DEGAM-Konzept bewährt sich im originären Praxistest. in: Mader FH (Hrsg) Von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin. DEGAM-Festschrift
30. Schneider A (2016) Die Entwicklung der akademischen Allgemeinmedizin. Erfolgreiche Förderung durch das Bildungs- und Forschungsministerium (BMBF). in: Mader FH (Hrsg) Von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin. DEGAM-Festschrift
31. Schrömbgens HH (1976) Laudatio Professor Dr. Hans Sarre. ZFA 8:435-436
32. Schwantes U (2015) Weniger ist mehr - Neue Wege in der Gesundheitsversorgung. Robert-Bosch-Stiftung 22. Mai 2015, Berlin
33. Steudel W-I (1971) Die Innovationszeit von Prüfungsfächern in der medizinischen Ausbildung in Deutschland und ihre Bedingtheiten. Materialien und Analysen zur Entwicklung der medizinischen Ausbildung und Ausbildungsordnung seit 100 Jahren (1869 - 1969). Inaugural-Dissertation. Kiel

34. Technische Universität München (TUM) (2016)
www.tum.de/studium/im-studium/pruefungen-und-ergebnisse
35. Tutte K (1960) Der Praktische Arzt und sein Leitbild. ÄM 34:1683-1684
36. Ziegler V (1993) Prof. Dr. Hans-Heinz Schrömbgens. ZFA 69 : 1
37. Ziegler V (2006) 40 Jahre Allgemeinmedizin an der Universität Freiburg. Anmerkungen zur Geschichte der universitären Allgemeinmedizin. Festvortrag 5.7.2006, Freiburg

Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin

Die angewandte Heilkunde von der Funktion zum Fach
Frank H. Mader

Freiburg, 9. Juli 2016

50 Jahre universitäre Allgemeinmedizin
Zwischen akademischer Professionalisierung
und Versorgungsrealität

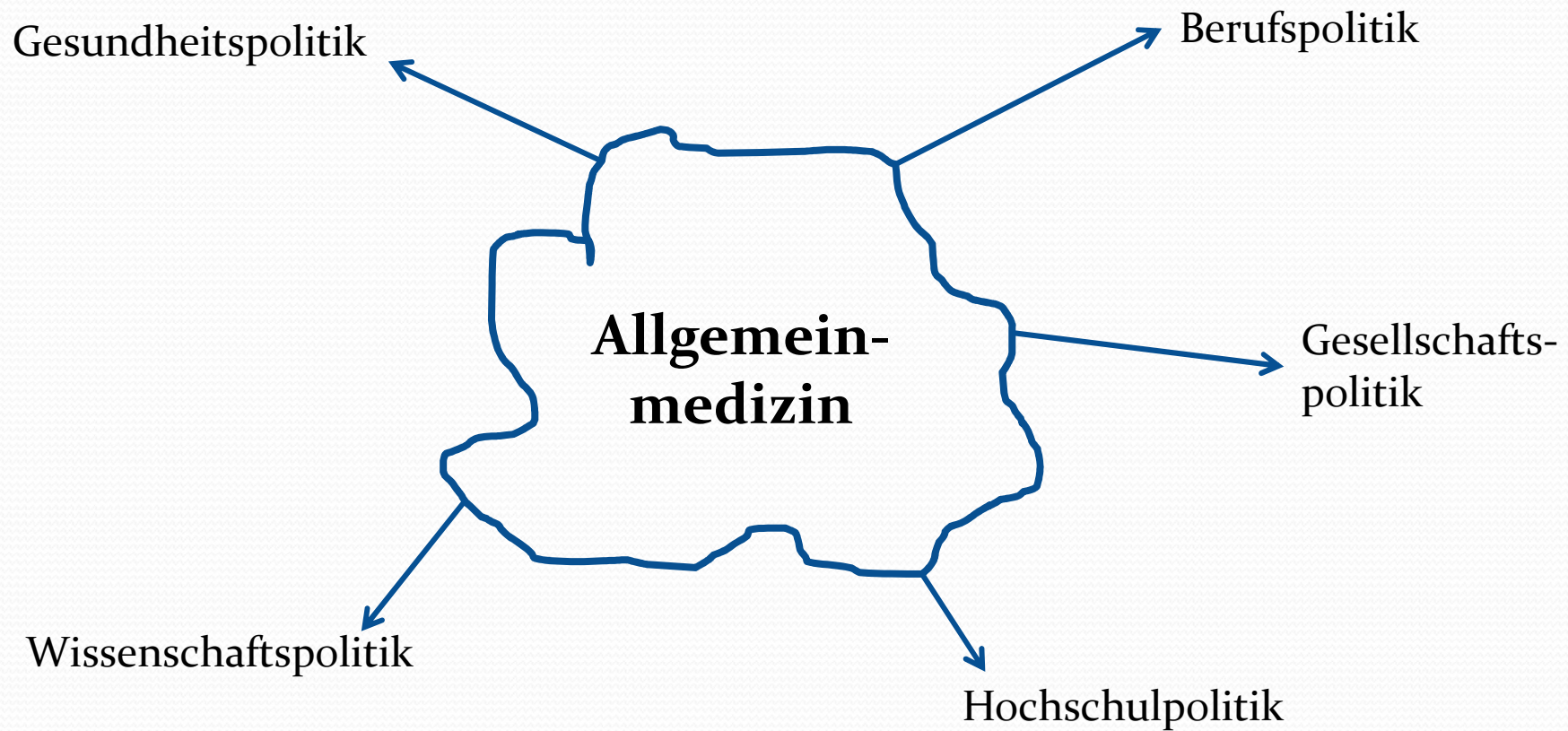


Abb. 2. Verschiedene Faktoren mit Einfluss auf die Allgemeinmedizin um 1965

kein gutes Image	keine Fachbegrenzung	keine homogene Arztgruppe	keine selbstbestimmte Fortbildung
keine methodische Fundierung	keine berufsgruppenspezifische Identität	keine medizintechnische Praxisausstattung	kein Facharzttitel
keine originäre Forschung	kein Qualifikationsnachweis	keine angemessene Vergütung	kein lehrbarer Stoff
keine einheitliche Fachsprache	keine politischen Rahmenbedingungen	keine Kommunikation Klinik/Praxis	keine universitäre Verankerung
kein Nachwuchs	keine offizielle Gebietsbezeichnung	keine Zeit für den Patienten	kein wissenschaftlich begründetes Handeln

Abb. 3. „Losigkeitssyndrom“ der Allgemeinmedizin um 1965

„In 20 Jahren gibt es keinen
Praktischen Arzt mehr,
nur noch den *Allgemeininternisten*.“

Prof. Dr. med. Karl Fellingner, Internist (1904-2000), Wien
26.06.1959 zu Dr. R. N. Braun

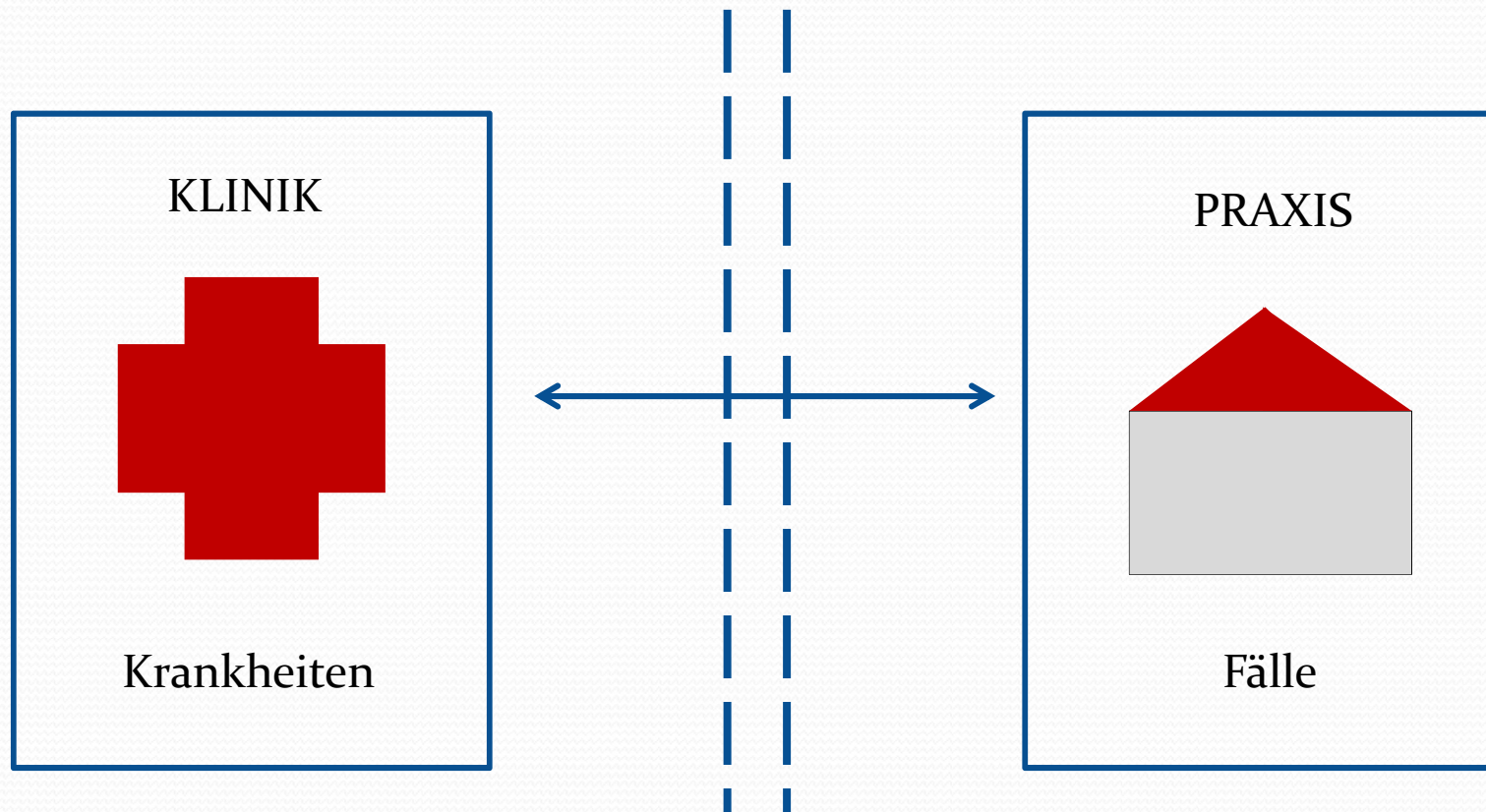


Abb. 5. Klinik ist Klinik und Praxis ist Praxis



Abb. 6. Dr. med. August Heisler (1881 – 1953)

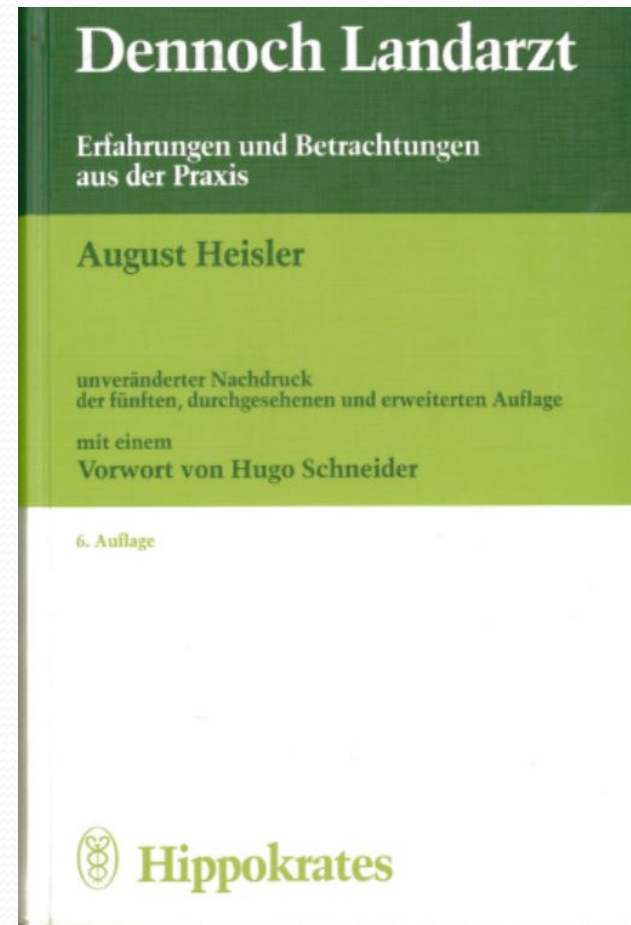
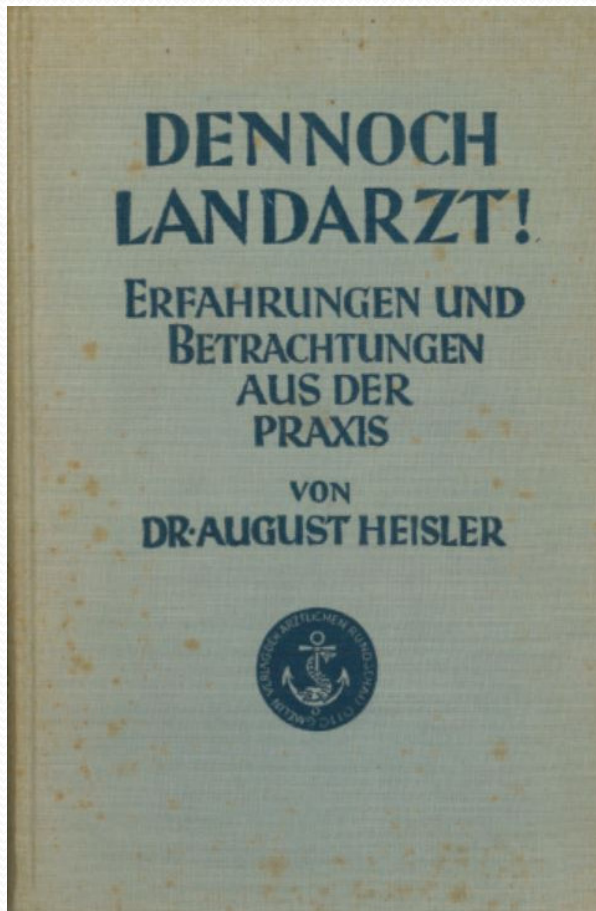


Abb. 7. Dennoch Landarzt: 1. Auflage 1928 – 6. (letzte) Auflage 1984

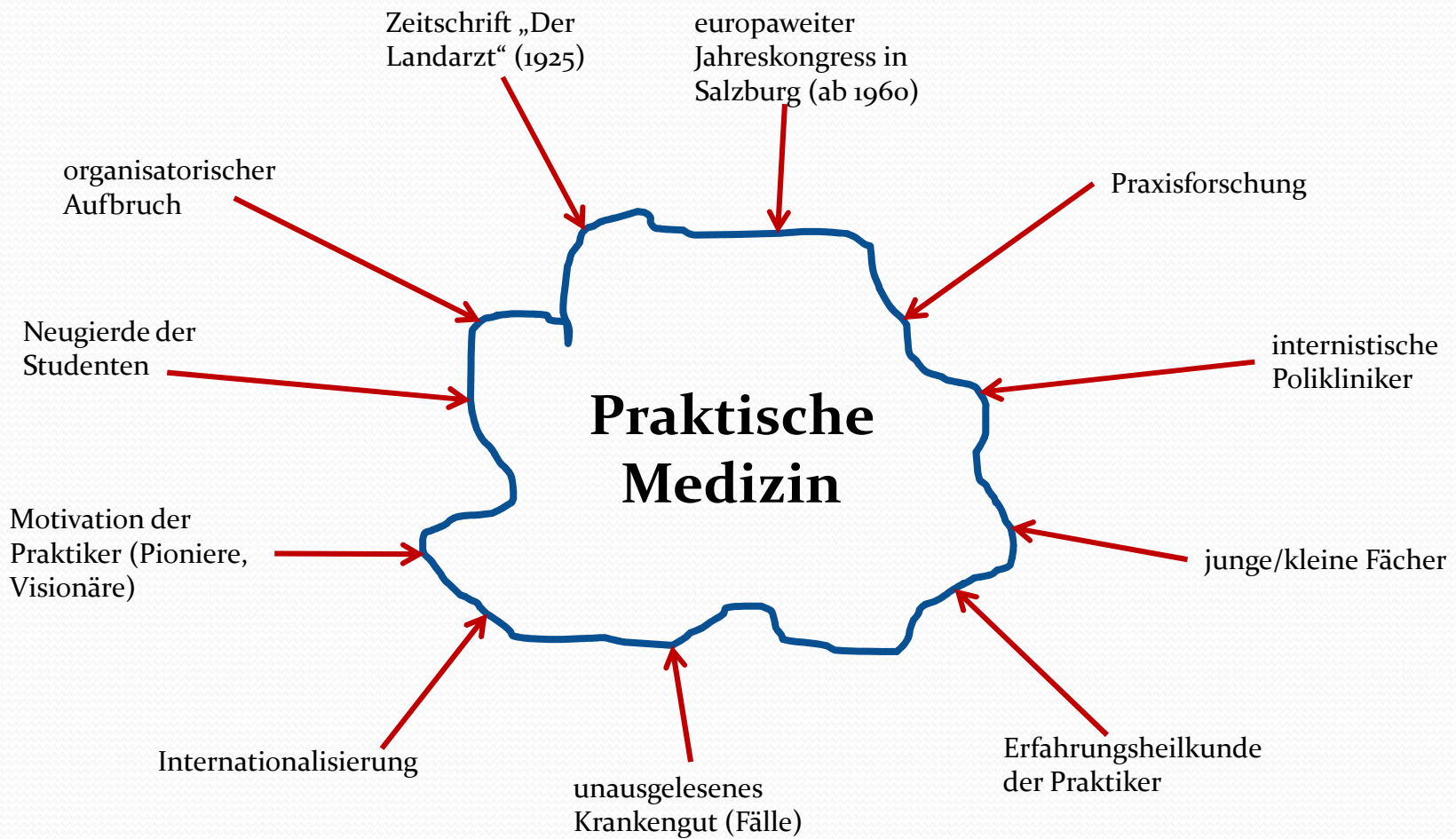


Abb. 8. Identitätsfindung der Praktischen Medizin vor 1970

- Das Fach
- Die Lehre
- Die Forschung

Abb. 9. Allgemeinmedizin 1965 bis heute
Drei Ziele – Drei Herausforderungen

- Womit hat es der Allgemeinarzt zu tun?
(*Krankengut, Fälle*)
- Was tut er?
(*Zeitfaktor, Funktion*)
- Wie tut er es?
(*Diagnosebegriff*)

Abb. 10. Überlegungen zu Aufgabe und Tätigkeit des Allgemeinarztes

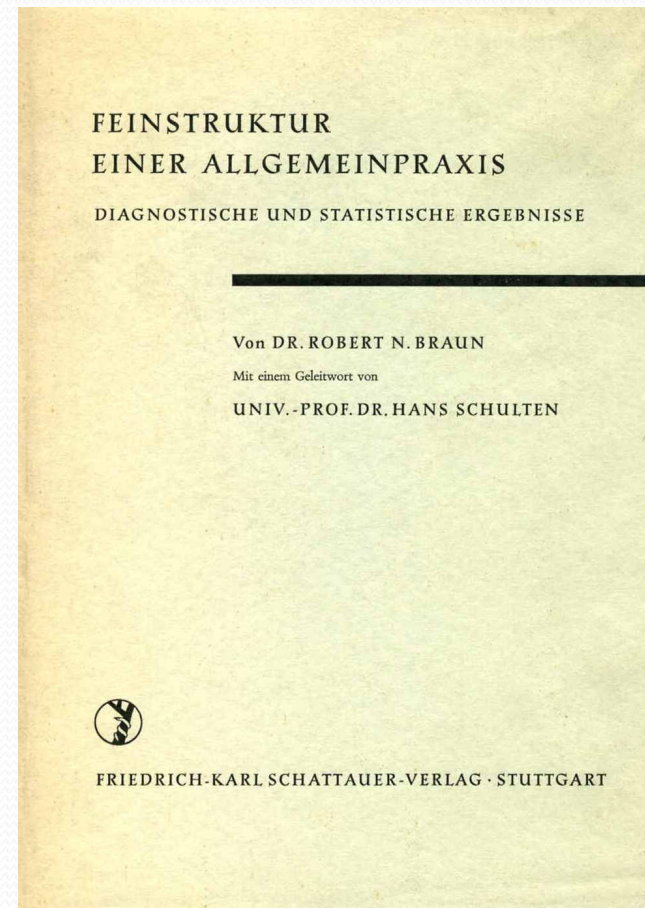
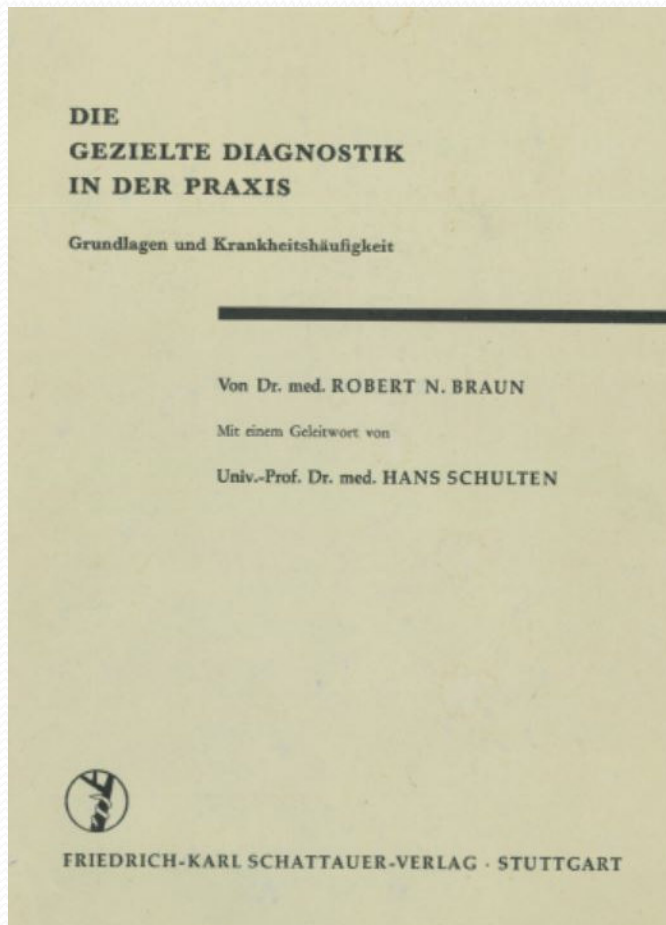


Abb. 11. Robert N. Braun: Die gezielte Diagnostik (1957) und Feinstruktur einer Allgemeinpraxis (1961)

„Heidelberger Gespräch“ von 1964

- Die Allgemeinmedizin als angewandte Heilkunde ist keine Spezialisierung auf *Krankheiten*, sondern auf eine *Funktion*.
- Die *Universität* muss in die *Praxis* gehen, nicht umgekehrt (Häussler).

Abb. 12. „Heidelberger Gespräch“ 1964

Die hausärztlichen Funktionen

1. Primärärztliche Funktion
2. haus- und familienärztliche Funktion
3. Koordinationsfunktion
4. soziale Integrationsfunktion
5. Gesundheitsbildungsfunktion
6. ökologische Funktion
7. ökonomische Funktion

Abb. 13. Die Funktionen der Allgemeinmedizin (Hamm et al.)

Die Lehre

„Nur wer die Grundlagen wissenschaftlicher Forschung selbst kennt, kann im universitären Sinn lehren.“

Abb. 14. Wissenschaftsminister Prof. Dr. Peter Frankenberg
(Landeslehrpreis BaWü 2006)

Überlegungen für die Vorlesung in Allgemeinmedizin

- 1) Das Generelle anschaulich machen durch personifizieren.
Aus dem Individuell-Konkreten das Generell-Allgemeingültige extrapolieren! Wechselduschen halten frisch!
- 2) Was in Lehrbüchern zwangsweise abstrakt abgehandelt wird, muß im Unterricht emotionell durch "Erlebnis-Beispiele" im Gedächtnis verankert werden. Wissenschaft in Krimi-Form.
- 3) Die Aufnahme neuen Wissens erfolgt am leichtesten und zugleich am dauerhaftesten durch Einfügen in vorhandene Erfahrungs- und Wissensraster. Diese Raster müssen so weitmaschig (also grundsätzlich) sein, daß das für das Neue zuständige "Fach" leicht aufgefunden wird. Die Programmierung im Gehirn erspart Nachdenken.
- 4) Die Schaffung solcher haftenden Grundmuster für ärztliches Handeln und Verhalten in allen Bereichen der ambulanten Medizin ist eine wichtige Aufgabe des Unterrichts in Allgemeinmedizin. Der Arzt ist als Person die wichtigste Arznei, nicht als Wissenschaftler.
- 5) Dies bedeutet, daß kognitive und ethische Grundmuster gleich wichtig sind, sowohl nach Zeitaufwand als auch nach Gewicht im Unterricht.

Ethik (ärztliche Einstellungen und Verhaltensweisen) wird nicht durch pastorale Vorträge, sondern durch Miterlebenlassen des Umgangs mit dem Kranken vermittelt.
- 6) Deshalb ist der Arzt als Ganzes der "Entwicklungshelfer" für den Studenten. Das menschliche Placebo (ohne Wirksubstanz) ist dabei genauso gefährlich wie das wissenschaftliche.

Der doppelte Blindversuch findet in jeder Vorlesung statt: Keiner der Beteiligten weiß, was von dem Vermittelten eine Wirksubstanz enthält.

- 2 -

- 2 -

- 7) Die Erfolgskontrolle der Imprägnation von ethischen und kognitiven Grundrastern entzieht sich dem Dozenten. Sie erfolgt lebenslang im Umgang mit dem Kranken und mit dem Wissen.
- 8) Die Imprägnation haftet nur, wenn sie möglichst oft wiederholt und verstärkt wird. In der Beständigkeit liegt auch hier das Geheimnis des Erfolges.
- 9) Die Beseitigung und der Ersatz überholter Grundraaster durch jetzt gültige ist ein Problem der Weiter- und insbesondere der Fortbildung. Die Technik dieses Austausches, die intellektuelle Methode der Einsicht, Überzeugung und Zustimmung kann aber schon in der Ausbildung vermittelt werden.
- 10) Am Ende der Ausbildung verlässt ein Arzt die Universität, nicht ein Datenspeicher, nicht ein Psychologie-Kompendium und auch nicht ein akademischer Heilpraktiker. Wer dieses Ziel nicht kennt, kann auch den Weg nicht finden. Von der Qualität der Ärzte von heute hängt die Qualität der Ärzte von morgen ab, gleichgültig ob sie direkt in die Ausbildung einbezogen sind oder nicht.

(Prof Dr. S. Häußler)

Abb. 15. Impulse für den allgemeinmedizinischen Unterricht (Häussler o. J.)



Abb. 16.
Härter, Faust, Riese (1996)
Lehrstoffkatalog DEGAM
Allgemeinmedizin und Familienmedizin.
(Erstauflage 1990)

Allgemeinmedizinische Lehr- und Prüfungsinhalte im Medizinstudium

- obligates zweiwöchiges Blockpraktikum
- Pflichtfamulatur im hausärztlichen Versorgungsbereich
- Wahltertial im PJ
- obligates Prüfungsfach im 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (seit 1979)

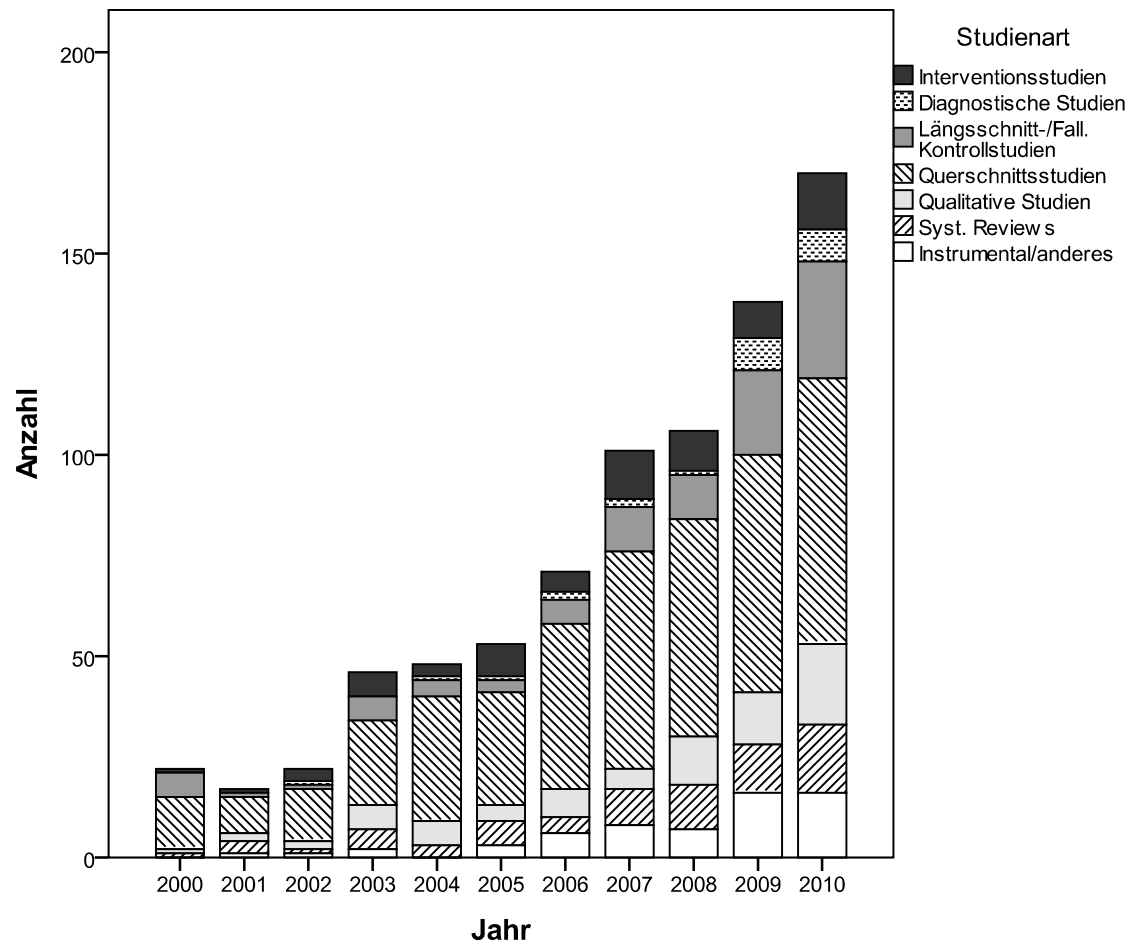


Abb. 18. Nationale und internationale allgemeinmedizinische Publikationen der Jahre 2000 bis 2010 (Schneider 2016)



Abb. 19. DEGAM-Leitlinie Nr. 1 „Brennen beim Wasserlassen“
(Lang-, Kurz- und Patientenfassung, MFA-Merkblatt)

Forschung



Abb. 20. DEGAM-Kongress Hamburg 2014.
Ehrenpräsident Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP

Herausforderungen für die Allgemeinmedizin der Zukunft

Geänderte Zugangsvoraussetzungen zum Medizinstudium?	Facharzt für Innere und Geriatrie?
Private medizinische Ausbildungsanstalten?	Attraktivität von Spezialisierung und Subspezialisierung?
Allgemeinmedizinischer Overkill während des Studiums?	Spezialistische Grundversorgung?
Bachelor-und Masterstudiengang?	Feminisierung des Arztberufes?
Neue Weiterbildungsordnung 2017?	Versorgung auf dem flachen Land?
Unterschiedliche Hausarztqualifikationen?	Einzelpraxis vs. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)?

Band 34

Allgemeinmedizin in Gegenwart und Zukunft

Siegfried Häussler

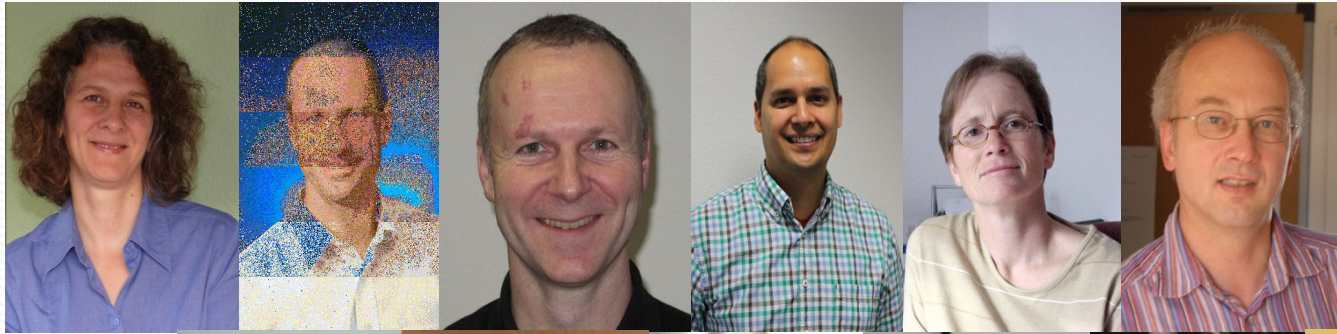
Schriftenreihe

Arbeitsmedizin
Sozialmedizin
Arbeitshygiene

A.W. Gentner Verlag
Stuttgart



Abb. 22. Prof. Dr. Siegfried Häussler: Antrittsrede (1969), in seiner Praxis (1986)





Danke!