

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

Arztbild im Wandel^{*)}

Angekommen. Aber auch am Ziel?

Allgemeinmedizin zwischen Fach, Funktion und Zukunftsvisionen

Als ich mich 1974 nach reiflicher Überlegung in der Landarztpraxis meines Schwiegervaters niedergelassen und mit ihm eine Gemeinschaftspraxis gegründet hatte, da hatte mein Praxispartner als Praktischer Arzt und Geburtshelfer seit 1952 bereits rund 500 Hausgeburten geleitet. Ich selber brachte als einer der raren weitergebildeten Allgemeinärzte der ersten Generation meine klinisch-spezialistischen Fähigkeiten und Fertigkeiten ein: Skelettröntgen, Gastroskopie, Sigmoidoskopie und Proktologie. In der nahen Großstadt Regensburg gab es damals zwei Internisten mit einem Dreikanal-EKG. Das hatten wir natürlich auch.

Für uns 68er war es rückblickend wohl die Goldgräberzeit: es gab damals, also bereits vor einem knappen halben Jahrhundert, zu wenig junge weitergebildete Hausärzte. Daher wurden speziell Landärzte großzügig gefördert und hatten ein gutes Einkommen, wenn sie nur rund um die Uhr erreichbar waren und im Kassenarzt auch den Unternehmer sahen. Einen gleichaltrigen Kollegen im Nachbardorf hatte ich gefragt, warum er die Allgemeinmedizin gewählt hätte: *„Mein Vater war Praktiker, meine Mutter stand an der Anmeldung. Ich bin auf dem Schoß der Patienten aufgewachsen. Was kann ich anderes werden, als wieder bei meinem Vater einzusteigen?“* Das liegt freilich zwei Ärztegenerationen zurück.

Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin

Die ärztliche Muster-Weiterbildungsordnung von 2017 beschreibt 33 Gebiete, 23 Basisweiterbildungen, 10 Schwerpunktweiterbildungen und 47 Zusatz-Weiterbildungen; in diesem *Kanon der Fächer* ist die Allgemeinmedizin heute eines davon: ein definiertes, abgegrenztes und gleichwertiges Facharztgebiet mit mehrjähriger Weiterbildungszeit und Facharztprüfung.

Ich kenne in der institutionalisierten Medizin kein *Fach*, das sich seit Jahrzehnten laufend und auf internationaler Ebene dermaßen umfangreich mit der Definition seines Gebietes, seiner Aufgaben und seiner Tätigkeitsmerkmale, mit seinen Beratungsproblemen, mit seinen Herausforderungen, letztlich mit seiner *Funktion*, so intensiv befasst wie die Allgemeinmedizin.

^{*)} Persönliche Herausforderung zwischen Ideal und Versorgungsrealität. Ärztetag des Erzbistums Paderborn in Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe
4. November 2017, Paderborn

Bis ins Jahr 1945 zurück reichen die wissenschaftlichen Anstrengungen und Überlegungen herauszufinden,

- Was tut dieser Praktische Arzt?
- Welche Krankheiten begegnen ihm?
- Wie sind sein Standort und sein Stellenwert in der Heilkunde?

Noch 1965 war die Allgemeinmedizin durch ein – wie ich es nenne – „*Losigkeitssyndrom*“ charakterisiert (**Abb 1**).

Kein gutes Image	Keine Fachbegrenzung	Keine homogene Arztgruppe	Keine selbstbestimmte Fortbildung
Keine methodische Fundierung	Keine berufsgruppenspezifische Identität	Keine medizintechnische Praxisausstattung	Kein Facharztstitel
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. 1. „Losigkeitssyndrom“ der Allgemeinmedizin um 1965
F.H. Mader (2016 b) Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin

Heute – mehr als ein halbes Jahrhundert später – lässt sich feststellen: die Allgemeinmedizin hat sich professionalisiert, sie ist angekommen im Medizinbetrieb, es bestehen nur noch wenige Defizite; die wesentlichen davon sind nach Auffassung vieler, vor allem junger Kollegen weiterhin

- Keine politischen Rahmenbedingungen
- Keine angemessene Vergütung
- Keine Zeit für den Patienten
- Kein oder ungenügender Nachwuchs im Fach
- Keine oder ungenügende Kommunikation bzw. Durchlässigkeit zwischen Klinik und Praxis

Dazu im Einzelnen:

Die **politischen Rahmenbedingungen** sind, je nach Betrachtung und Anspruch, heute im Jahr 2017 ausreichend bis gut, denken Sie beispielsweise an

- Hausarzt zentrierte Versorgung
- Finanzielle Förderung von Ärzten in der Weiterbildung zum Allgemeinarzt
- Niederlassungsförderung in strukturschwachen Gebieten
- Masterplan 2020

Freilich besteht weiterhin das gravierendste Defizit darin, dass sich in Deutschland weder die Bevölkerung noch die Gesundheitspolitik wohl auch in ferner Zukunft für ein *Primärarztsystem* entscheiden kann. Der Allgemeinarzt ist also – zumindest was den Einstieg des Einzelnen ins duale Versorgungssystem betrifft – leider immer noch nicht „*der Arzt der ersten Wahl*“.

Dem Defizit der „**angemessenen Vergütung**“ messe ich im Zusammenhang mit meinem Thema und angesichts der erfreulichen Einkommensentwicklung der letzten 5 Jahre heute keine prioritäre Position bei.

Die knappe Ressource Zeit, also der **Zeitfaktor**, wie es der Berufstheoretiker Braun bereits 1964 genannt hatte, ist schon immer ein konstantes Charakteristikum der Allgemeinmedizin gewesen. Damals, also vor über einem halben Jahrhundert, lag seine Beratungszeit je Patient (auch einschließlich der Hausbesuchspatienten – ohne Fahrzeit) bei 10,5 Min (Braun 1964). Heute wird die durchschnittliche Konsultationsdauer auf 7 bis 9 Min geschätzt im Unterschied zum Primärarztssystem in Holland mit rund 15 Min (Beyer 2017). Die Gesamtberatungszeit für alle Kontakte mit einem „typischen“ Hausarztpatienten über 30 Jahre hinweg (so habe ich es einmal errechnet) beträgt aber immerhin rund beachtliche 55 Stunden. Fürwahr, eine reichlich erlebte Anamnese. Der Zeitfaktor ist also eine Herausforderung, andererseits aber langzeitbetrachtet auch ein Schlüssel zum kranken Menschen in seiner Gesamtpersönlichkeit.

Der **Nachwuchsmangel in der hausärztlichen Versorgung**, insbesondere auf dem flachen Land, betrifft nicht nur Deutschland, sondern auch unsere Nachbarländer. Die Ursachen sind vielfältig und komplex. Obwohl heute in Deutschland das Fach Allgemeinmedizin an jeder der 38 Medizinischen Fakultäten institutionalisiert ist und die Studenten bezüglich des obligaten Lehrangebotes bereits von einem eher abschreckenden Overkill sprechen, können sich nur 7,5 bis 10 % der Medizinstudenten vorstellen, Hausärzte zu werden (Walter u. Brems 2009; Bussche 2014; Nahlinger et al. 2016).

Die nahezu **fehlende Kommunikation zwischen Klinik und Praxis** lässt sich am ehesten durch unsere traditionellen Versorgungsstrukturen erklären: hier Klinik – da Praxis (**Abb.2**).

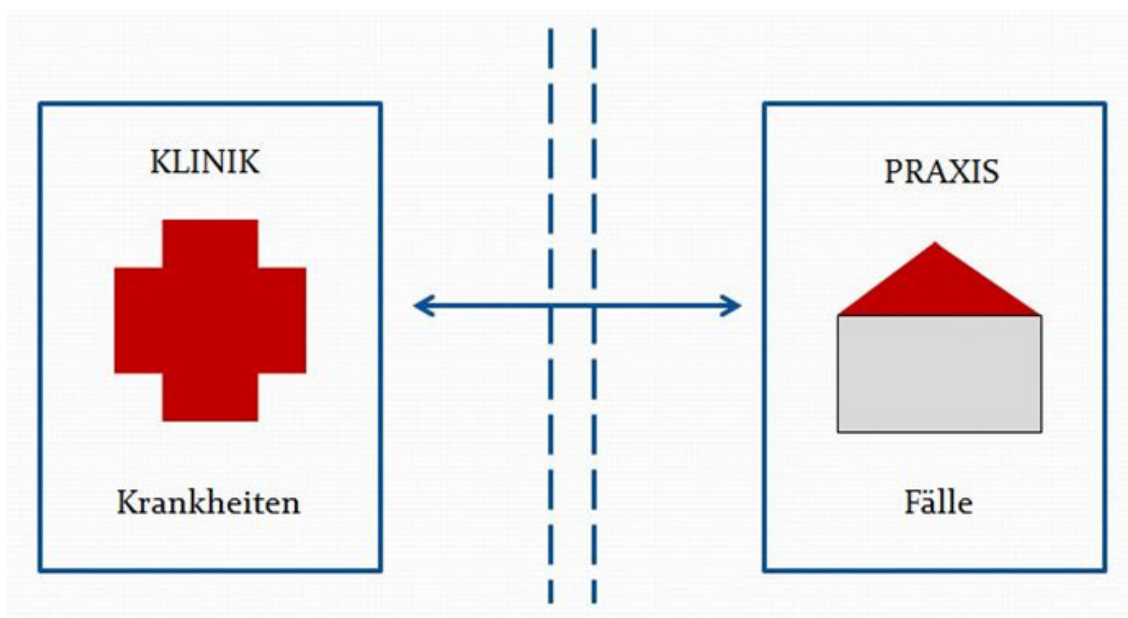


Abb. 2. Klinik ist Klinik und Praxis ist Praxis
F. H. Mader (2016 b) Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin

Prof. Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenbeirats, dazu sarkastisch: „*Das deutsche Gesundheitswesen ist wie ein geteiltes Land. Zwischen Kliniken und Praxen verläuft eine kaum überwindbare Mauer, die für Patienten gefährlich und für alle viel zu teuer ist.*“

Hier also die im Team arbeitenden Spezialisten und Superspezialisten für das Erkennen und Behandeln von weit über 60.000 definierten Krankheiten, davon bis heute geschätzte 7.000 sog. *Seltene Krankheiten* – da der Einzelkämpfer, der diesem gesamten Spektrum in all seinen charakteristischen und uncharakteristischen Präsentationen und dies in allen Stadien, der also dem unausgelesenen Krankengut an der ersten ärztlichen Linie gegenübersteht. Hier als Ziel die exakte wissenschaftliche Diagnostik und Therapie – da Notwendigkeit und Zwang zu raschem Beraten und Handeln, zum Bedenken wichtiger abwendbar gefährlicher Verläufe, zum abwartenden Offenlassen, das alles unter dem Diktat des Zeitfaktors. Hier die sektorale und temporäre Wahrnehmung eines Kranken – da die umfassende und langzeitgerichtete Betreuung eines Individuums in seinem sozialen Kontext. Oder berufstheoretisch ausgedrückt: Hier das krankheitenorientierte Spezialfach – da die einzelfallorientierte Betreuung (Mader 2016b).

Diesen Hiatus *da Klinik – da Praxis*, der vor allem für die Studenten kaum durchschaubar ist, werden auch sog. allgemeinärztliche Portalpraxen, Bereitschaftspraxen oder Institutsambulanzen an einzelnen Universitätskliniken kaum überwinden können: Zu unterschiedlich sind Versorgungsaufgabe, Krankengut und Arbeitsweise.

Die Allgemeinmedizin ist eben mehr als nur ein *Fach*, sie ist primär eine *Funktion* – (ich hatte das schon erwähnt) – in ihrer *Arbeitsweise*, ihren *Arbeitsgrundlagen* und ihrem *Arbeitsziel*. Sie berücksichtigt den kranken Menschen in seiner somatischen, psycho-sozialen und soziokulturellen Individualität (DEGAM 2002), sie bindet die erlebte Anamnese in die Besonderheiten ihrer Entscheidungsfindung ein. Dies alles letztlich zum Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft, vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung.

Fürwahr ein großer Anspruch. Dies sieht auch der ehemalige Bundespräsident *Joachim Gauck* so, wenn er in einem Grußwort zum 50jährigen Jubiläum der DEGAM schreibt: „*Die Allgemeinmedizin leistet ihr großes Pensum nicht nur täglich, sondern auch in der Fläche... Hausarztpraxen sind meist die erste Anlaufstelle bei Krankheit, auch für die Seele... Sie sind die Lotsen in einem hoch spezialisierten Gesundheitssystem... Komplette Familien finden sich in der Kartei ,ihres' Hausarztes, das mit keiner Abrechnungsziffer berücksichtigt werden könnte – Vertrauen. Ich möchte Ihr Verbündeter sein, wenn es darum geht, das hohe Gut der hausärztlichen Versorgung zu erhalten*“ (zit. Mader 2016a).

Neue Aufgaben für eine neue Ärztegeneration

Warum aber steht dann trotz aller wohlwollenden Worte gerade die Allgemeinmedizin nahezu täglich mehr oder weniger mit dicken Schlagzeilen im Fokus von Politik, Presse und Gesellschaft? Abgesehen von dem schon erwähnten Hausarztmangel sehe ich neben der überbordenden Bürokratie im Wesentlichen zwei Gründe, die weitgehend miteinander in Beziehung stehen.

- Neue Ärztegeneration
- Neue Aufgaben

In den nächsten 5 bis 7 Jahren wird etwa die Hälfte der derzeitigen Hausärzte in Rente gehen. Viele von ihnen werden sich noch nicht mit der Nachfolgefrage auseinandergesetzt haben (übrigens: bei Firmeninhabern über 55 Jahre haben sich 2 von 3 auch noch nicht damit befasst). Eine neue Generation von Ärzten rückt nach, überwiegend sind es Frauen. Vor 141 Jahren musste sich noch als erste Frau Franziska Tiburtius in Zürich ihre Promotion erkämpfen. Heute ist die Medizin weiblich. Möglicherweise erklärt das auch bestimmte Präferenzen der Generation Y:

- Große emotionale Zuwendung
- Hohes Engagement
- Großes wissenschaftliches Interesse
- Bereitschaft zum Lernen von anderen Generationen (Bruchhäuser 2016)
- Wenig Interesse an Selbständigkeit/Unternehmertum
- Sichere Rahmenbedingungen (wie Einkommen, Standort, Arbeitszeit, Team)
- Betonung der Work-Life-Balance

Der Begriff ‚*Work-Life-Balance*‘ steht nicht nur dafür, viel Freizeit zu haben, sondern steht auch für den Arbeitsinhalt. Die Arbeit soll Spaß machen, soll einen weiterbringen, man will etwas lernen. Diese Generation Y (im Gegensatz zu den Baby-Boomern mit ihrem Balanceakt zwischen Beruf und Familie) legt weniger Wert auf eine strikte Trennung von Erwerbstätigkeit und Privatleben und zielt vor allem darauf ab, die eigene Zeit sinnvoll zu verwenden. Diese neue Generation von potenziellen Grundversorgern ist untereinander bestens vernetzt und hat recht konkrete Vorstellungen von ihren Zugangsvoraussetzungen zum ärztlichen Beruf, insbesondere als Hausärztin oder Hausarzt:

- Hohe Qualität in Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung
- Standortnahe Verbundweiterbildung
- Flexible Arbeitszeitmodelle
- Bevorzugung städtischer Strukturen
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Kinderbetreuungsmöglichkeit
- Möglichkeit der Teilzeit (Frauen und Männer)
- Arbeit im Team
- Angestelltentätigkeit

Allgemeinmedizin ist mehr als nur retten und heilen

Kann man jedoch ausschließlich mit marktorientierten Ausbildungs-, Arbeitsplatz- und Tarifstrukturen ausreichend neue Grundversorger gewinnen? Hilft ein Studienplatzbonus für künftige Landärzte? Oder empfiehlt sich gar eine Männerquote im Medizinstudium?

Eindrucksvoll sind die Bemühungen, bereits im Medizinstudium und in der Weiterbildung den Nachwuchs fürs Fach zu gewinnen:

Medizinstudium

- Praxishospitation
- Blockpraktikum bei Lehrärzten
- Famulaturbörse
- Famulatur-Taschengeld
- Prüfungsvorbereitungsbücher
- PJ in PJ-Praxen
- Tage der Allgemeinmedizin
- Lehrbücher
- Summerschool
- Nachwuchsakademie
- Facebookpräsenz

Weiterbildung

- Verbundweiterbildung
- Prüfungsvorbereitungskurse
- Train-the-Trainer-Seminare
- Quereinsteiger
- Gleiche Bezahlung Klinik/Praxis

Geht es aber so einfach wie es Artur Wechselberger, der Präsident der Österreichischen Ärztekammer, vorschlägt: „Um langfristig ausreichend Ärzte für die Grundversorgung zu gewinnen, muss man sie endlich machen lassen, wozu sie angetreten sind. Dann sind auch die Herausforderungen zu bewältigen“ (Wechselberger 2017).

Wo bleiben die Strategien, die über den Quartalsregress, über den unbesetzten Kassensitz, über die nicht mehr einzudämmenden Kosten der Spezialistenmedizin hinausgehen? Die DEGAM hat – wohl als einzige wissenschaftliche Fachgesellschaft – 2012 das Wagnis unternommen, 24 „Zukunftspositionen“ als literaturunterlegte Thesen der Öffentlichkeit vorzulegen. Einige greifen Bekanntes auf, wie

- Teampraxis,
- stabile Rahmenbedingungen,
- wohnortnahe Grundversorgung,

andere umreißen das Fach mit seinem „umfassenden Behandlungsspektrum“ und der Bedeutung der „Familienmedizin“. Wieder andere Zukunftspositionen sehen die „langfristige vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung im Zentrum hausärztlicher Tätigkeit“, die wesentlich durch die ärztliche Grundhaltung mit Vertrauen, Empathie, Offenheit und Wertschätzung geprägt“ ist (DEGAM 2012).

Dieselbe *Wertschätzung*, die der Allgemeinarzt gegenüber seinem Patienten zum Ausdruck bringt, erwartet er allerdings auch für seine Arbeit, für sich selbst. Hier scheint jedoch ein Wahrnehmungsproblem zu bestehen: während gerade die Hausärzte in der Wertschätzung der Bevölkerung ganz vorne liegen (TK 2017), fühlen sie sich selber nicht ausreichend wertgeschätzt. Ein Blick in Leserbriefe und Foren bestätigt dies.

Ist diese Wahrnehmung berechtigt? Ich behaupte: nein. Gerade die Begegnungen und Interventionen des Allgemeinarztes mit dem individuellen Menschen, seiner Krankheit, seinem Kranksein, seinem Sich-krank-Fühlen macht die Arbeit anspruchsvoll, manchmal schwierig und – wie der Allgemeinarzt Rüter offen heraus sagt – einer guten Honorierung wert. Der Hausarzt verdient sein Geld für die Anwendung gesicherter medizinischer Erkenntnisse auf ein individuelles Lebens- und Beziehungsfeld (Rüter 2016).

Die Allgemeinmedizin als Prototyp der angewandten Heilkunde muss sich heute also weder berufstheoretisch noch berufspraktisch neu erfinden. Die Allgemeinmedizin ist angekommen im Fächerkanon der Ärztekammern, auf den Lehrstühlen der Universitäten und in der tagtäglichen Versorgungsrealität. Sie muss jedoch gerade der jungen Ärztegeneration glaubhaft aufzeigen, dass ihr Versorgungsauftrag mehr umfasst als das bloße *Retten* und *Heilen*.

Die komplexen psychosozialen Veränderungen sind mit hohen Lebenserwartungen verknüpft, die nicht allein mit Wissenschaft zu beantworten sind (Rüter 2017), aber auch nicht mit einem nur „guten“ Arzt oder gar einem „Pastor in Weiß“. Die neuen Aufgaben, vor denen die neue Ärztegeneration steht, sind gewaltig (**Abb.3**).

Herausforderungen	Beispiele
▪ Digitale Entwicklung (E-Health)	(Datenschutz)
▪ Telemedizin	(apersonale Medizin)
▪ Informierte Patienten	(Dr. Google)
▪ Multikulturelle Vielfalt	(Unterschiedliche Heilungserwartungen)
▪ Neue Familiensysteme	(Ehe für alle – Patchwork)
▪ Chronische Krankheiten	(Teilhabe; existenzielle Not)
▪ Seltene Krankheiten	(Priorisierung)
▪ Geriatrische Patienten	(Mobilität)
▪ Multimorbidität	(Polypharmazie)
▪ Häusliche Pflege	(Psychosoziale Belastung)
▪ Lebensbeginn und Lebensende	(Die Würde des Menschen)

Abb. 3. Beispielhafte Herausforderungen, vor denen die neue Generation von Allgemeinärzten steht

Lassen Sie mich als Familienarzt speziell zum letzten Punkt „*Lebensbeginn und Lebensende*“ etwas ausführlicher kommen. Mich beunruhigt heute der gesellschaftliche Disput, aber auch der Konsens, wie in den letzten Jahren und Jahrzehnten geradezu lautlos und gleitend immer mehr die Fülle der individuellen *Personalität des Menschen* in die jeweiligen modischen Designvorstellungen einer angeblich aufgeklärten Gesellschaft hineingezwängt wurde. Gerade die Personalität des Menschen gehört zu den wesentlichen Sozialprinzipien der katholischen Kirche (Anzenbacher 1987).

So wie am Lebensband des Menschen zu seinem Beginn, so könnte auch an seinem Ende herumgeschnipselt und herumgedoktert werden. Wir müssen nur aufmerksam die Tageszeitung verfolgen. Diese Beratungsprobleme haben längst schon, wenn nicht direkt, so indirekt über die entsprechenden Indexprobleme oder Indexpatienten unsere Praxen erreicht, was den Beginn des Lebens betrifft (ich erwähne nur die Begriffe Kinderwunsch – Wunschkind – Designbaby):

- Stammzellforschung
- Genome Editing
- Assistierte Reproduktion
- Samenspende
- Eizellspende
- Embryospende
- Präimplantationsdiagnostik („Zeugung auf Probe“)
- Pränataldiagnostik
- Selektiver Fetozid
- Social Freezing
- Schwangerschaftsabbruch
- Postmenopausale Mutterschaft
- Leihmutterschaft

Vielleicht noch bedrängender – auf alle Fälle häufiger angesichts der Alterspyramide – werden wir Hausärzte mit Fragen konfrontiert, welche das Ende des Lebens betreffen; nicht alle unserer Hoch- und Höchstbetagten sehen das Alter als einen geruhsamen „Balkon“, sondern empfinden es eher als „Kerker“ und befürchten sogar das „Massaker“ (Garhammer und Lohausen 2016):

- Tötung auf Verlangen
- Tötung ohne Willensäußerung des Patienten
- Indirekte Sterbehilfe
(Lebensverkürzung durch palliative Maßnahmen)
- Passive Sterbehilfe (Sterbenlassen)
- Sterbefasten
- Beihilfe zur Selbsttötung (ärztlich assistierter Suizid)

Die Personalität des Kranken, des Siechen, des Schutzbedürftigen muss aber auch für das immer mehr herausfordernde Gebiet der *Pflege* bewahrt und verteidigt werden, in welche der Hausarzt in besonderem Maße eingebunden ist. In dieser *palliativen Phase des Alters* geht es nicht nur um Betreuungsrecht, Ressourcenpriorisierung oder terminale Lebensqualität (Landendörfer 2017), sondern auch um die so fundamentale Beachtung und Achtung des *Schamgefühls* derer, die dem ärztlichen oder pflegerischen Zugriff hilflos ausgeliefert sind.

Spiritualität der angewandten Heilkunde

Der Paderborner Ärztetag 2014 war dem Thema „Medizin und Spiritualität“ gewidmet. Im Sprachgefühl des Gesundheitsmarktes von heute oszilliert dieser emotional besetzte Wohlfühlbegriff zwischen Ich-Werdung, Achtsamkeit und psychodelischer Wellness.

Wenn ich von einer „*Spiritualität der angewandten Heilkunde*“ spreche, so leitet mich folgende Überzeugung:

Die Allgemeinmedizin ist das prototypische Fachgebiet der angewandten Heilkunde und der Allgemeinarzt als Arzt der ersten Wahl ihr prototypischer Fachvertreter. Beide, das Fachgebiet und der Fachvertreter, sind in einzigartiger Weise direkt oder indirekt konfrontiert mit den Grenzsituationen des Lebens der ihnen Anvertrauten und deren Mitbetroffenen, angefangen von Fürsorge und Sorge um das entstehende und ungeborene Leben, aber auch ebenso direkt oder indirekt konfrontiert mit den vielfältigen Krisen, Brüchen und Transformationsprozessen des Lebens in Gesundheit, Krankheit oder im Schwinden der Kräfte.

Eine solche *Spiritualität der angewandten Heilkunde* kann jedoch nur unzureichend im Hörsaal im Rahmen einer Ethikvorlesung vermittelt werden. Hier sind wir als eingesessene Hausärzte aufgefordert, unsere urärztliche Leidenschaft, die viel weiter greift, als uns der hippokratische Eid abverlangt, diese „metaphysische Sensibilität“ (Prat de la Riba 2013), diese Leidenschaft für den Menschen in seiner ganzen Personalität wieder zum Glühen zu bringen. Dann haben wir mit einem solchermaßen gewandelten Arztbild eine wirklich neue und attraktive Allgemeinmedizin. Dann wird die jahrelang belegte Berufszufriedenheit der Hausärzte trotz aller Mühen weiterhin überdurchschnittlich sein (Rottenfußler 1999; Kurzke 2011; Behmann et al. 2012; Löffler 2014).

Das ist meine Vision.

Literatur:

1. Anzenbacher A (1987) Christliche Sozialethik. Paderborn
2. Behmann M, Schmiemann G, Lingner H, Kühne F, Hummers-Pradier E, Schneider N (2012) Berufszufriedenheit von Hausärzten. Ergebnis einer Befragung. Dtsch Arztebl Int 109(11):193-200
3. Beyer M (2017) Persönl. Mitteilung vom 9.7.2017
4. Braun RN (1964) Die Allgemeinpraxis und der Zeitfaktor. Unter besonderer Berücksichtigung des praktischen Arztes. Dtsch med Wschr 88:2084-2092
5. Bruchhäuser I, Grikscheit M, Nahlinger S, Walter N (2016) Ärztlicher Nachwuchs blickt auf die eigene Generation. Qualitative Studie. Hess Ärztebl 2:83-86
6. Bussche H vd (2014) Verändert sich das vertragsärztliche Berufsziel Hausarzt oder spezialisierter Internist im Verlauf der Weiterbildung? DOI 10.3238/zfa.2014.0508-0516
7. DEGAM (2002) Fachdefinition Allgemeinmedizin. <http://www.degam.de/fachdefinition.html>
8. DEGAM (2012) DEGAM-Zukunftspositionen. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. Frankfurt
9. Garhammer E, Lohausen M (Hg) (2016) Heiße Fragen – coole Antworten. Überraschende Blicke auf Kirche und Welt. 2.Aflg.Echter Verlag, Würzburg
10. Hilpert K (2009) Der Begriff Spiritualität. Eine theologische Perspektive. In Frick u. Roser (2009) Spiritualität + Medizin. Stuttgart
11. Kurzke U (2011) Berufszufriedenheit und Zukunft der Versorgung. DOI 10.3238/zfa.2011.0152
12. Landendörfer P (2009) Medizinische Aspekte am Lebensende. 1. Fachtagung des Ethikkomitees des Caritasverbandes für die Erzdiözese Bamberg. 25. November, Bamberg
13. Löffler C, Höck J, Hornung A, Kundt G, Drewelow E, Völker S, Kreiser B, Riedl J, Altiner A (2014) Was macht Hausärzte glücklich? Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern – eine repräsentative Querschnittsstudie. Gesundheitswesen. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387743>
14. Mader FH (2016a) Von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin. 50 Jahre DEGAM. Festschrift. Kirchheim-Verlag, Mainz
15. Mader FH (2016b) Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin. Die angewandte Heilkunde von der Funktion zum Fach. Festvortrag 50 Jahre universitäre Allgemeinmedizin, Universität Freiburg. 9.7.2016
16. Nahlinger S, Bruchhäuser J, Walter N, Kaiser R (2015) Berufliche Pläne und Motive hessischer Absolventen der Ärztlichen Prüfung von 2009 bis 2014. Hess Ärztebl 5:270-276
17. Prat de la Riba E (2013) Editorial Spiritualität in der Medizin I. In: Imago Hominis. Quartalsschrift für Med Anthropologie und Bioethik 20, Heft 3, S. 159 - Pers. Mitteilung 25.10.2017
18. Rootenfuß R (1999) Glücklichere Hausärzte? Überdurchschnittliche Arbeitszufriedenheit der deutschen Allgemeinärzte. Der Allgemeinarzt 20:311-315
19. Rüter G (2016) Training fühlenden Gestaltens als ein Herzstück hausärztlichen Handelns. Der Mensch 52:42-46
20. Rüter G (2017) Wofür der Hausarzt sein Geld verdient. Komplexität in der allgemeinärztlichen Sprechstunde. Der Allgemeinarzt 18:27-31
21. TK Baden-Württemberg (2017) Hausärztliche Versorgung. Aktualisiert 8.8.2017
22. Walter N, Brems H-J (2009) Ärztemangel, Morbiditätszuwachs und Erodierung des Sicherstellungsauftrags. Hess Ärztebl 581-582
23. Wechselberger A (2017) Neue Generationen, neue Aufgaben. ÖÄZ 4:14-16