

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

Es gilt das gesprochene Wort.

Festvortrag

Allgemeinmedizin im Wandel der Zeit

40. Kongress für Allgemeinmedizin, Graz, 26.11.2009
Frank H. Mader

Sehr geehrter Herr Kongresspräsident,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
meine Damen und Herren,

Gestatten Sie mir bitte gleich zu Beginn zwei Bemerkungen:

1. Ich werde mich in meinen Ausführungen auf die *Allgemeinmedizin* und die *Hausärzteschaft* im deutschsprachigen Raum und da wiederum bevorzugt auf die Situation in der Bundesrepublik Deutschland beschränken. Was Österreich angeht, so sind Sie meiner Beobachtung und Einschätzung nach – zumindest derzeit – in einer vergleichsweise komfortablen Lage: Sie können aus der Distanz manche übereilten bundesdeutschen Aktionen oder von vornherein falsch gelaufenen Entwicklungen in der Allgemeinmedizin gelassen verfolgen.
2. Wenn ich im Folgenden von Ärzten und Hausärzten spreche, so schließt das die weibliche Form ein. Diese Bemerkung hat übrigens nichts mit genetischer Referenz oder Favorisierung einer feministischen Sprachbetrachtung zu tun.

Meine Damen und Herren!

„Die Diskussion um die Situation des Allgemeinarztes ist in letzter Zeit sehr lebhaft geworden. Es zeigt sich, dass diese Berufssparte für die nachwachsende Generation nicht sehr attraktiv ist: die Zahl der Hausärzte stagniert, die der Fachärzte wächst. Das Durchschnittsalter des Allgemeinarztes liegt über dem der Fachärzte. Vielerorts gibt es vor allem auf dem Lande und in den Randbezirken der Städte vakante Stellen. Diese Entwicklung ist weltweit. Die Gründe dafür sind mannigfach, die vordergründige Ansicht ist, dass die Arbeitsintensität zu groß, die Arbeitszeit zu lang, und daran gemessen die Bezahlung mangelhaft ist. Ein wichtiger Faktor ist sicher auch der Informationsmangel: Der Medizinstudent und der junge Arzt in der Klinik haben keinerlei Kenntnis von der Tätigkeit des Allgemeinarztes, seinem Arbeitsfeld, seinen Methoden, seinen sozialen Bezügen, schlechthin der Sonderstellung, die er unter Ärzten einnimmt“ (38).

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen!

Was Sie jetzt einleitend von mir gehört haben, ist O-Ton aus dem Jahr 1964. Was die beiden Hausärzte Sachse und Schulze vor 45 Jahren in der „Schriftenreihe für den Praktischen Arzt“ formuliert hatten, gilt anno 2009 Wort für Wort unverändert.

Sollte ich meinen Eröffnungsvortrag an dieser Stelle jetzt abbrechen? Gemach, ich möchte es mir – aber vielleicht auch Ihnen – nicht ganz so einfach machen. Wenn der Satz von Churchill zutrifft: „Je weiter man zurückblicken kann, desto weiter kann man vorausschauen“, dann sollten wir zunächst noch etwas in der rückschauenden Betrachtung innehalten, bevor wir analysierend in die Zukunft blicken.

Seit Jahren verfolge ich als Beobachter, Besucher und Referent Ihren Kongress und bin immer wieder aufs Neue beeindruckt von der Fülle, Aktualität und vor allem der Praxisrelevanz des Fortbildungsangebots. Mein Kompliment! Vielleicht hänge ich auch emotional gerade deswegen an Graz, da ich 1967 einen Teil meiner Famulatur auf der gynäkologischen Abteilung der Franzens Universität unter Prof. Navratil absolviert hatte. Übrigens: Auch ich gehörte damals zu einer Mehrheit von Medizinstudenten, die entweder keine genaue Vorstellung über die spätere Berufsausübung hatten oder zumindest wussten, dass sie *kein* Praktiker werden würden.

Und heute, genau 40 Jahre nach meinem Staatsexamen: Welches Bild haben heute die Studenten von jenem Praktischen Arzt und Geburtshelfer, der – in der Regel auf sich alleine gestellt – von 0 bis 24 Uhr an der ersten Linie kämpfte? Wie weit ist im 21. Jahrhundert dieser exotische Arzttyp des Generalisten und mit ihm sein Fach im heiligen Hain der Akademie angekommen? Wie sehen wir heutigen Allgemeinärzte uns selbst, welches Bild haben Patient, Gesellschaft und Politik von uns? Vor allem: Was erwarten sie heute und in Zukunft von uns?

Die Medizin, die Sie und ich ausüben, hat spätestens seit den 1970-er Jahren einen Namen: Allgemeinmedizin. „*Allgemeinmedizin im Wandel der Zeit*“. Dieses Thema haben Sie mir vor einem Jahr vorgegeben. Zunächst zu den beiden Begriffen „Wandel“ und „Allgemeinmedizin“.

Was das Wort „Wandel“ modern macht, verdankt es einem Satz von Heraklith, dessen Witz im Widerspruch liegt: „*Das einzig Beständige ist der Wandel*“. Ein Satz, der viel zitiert wird, wenn man sich über zu viel schnellen Wandel hinwegtrösten will. Wandel impliziert aber auch die Begriffe Veränderung und Entwicklung. Ob und in welchem Umfang eine Entwicklung der Allgemeinmedizin als *Kanon der Inhalte* und *Form der ärztlichen Grundversorgung der Bevölkerung* stattgefunden hat bzw. auch noch stattfinden wird, eine Entwicklung im Sinne einer bewussten Veränderung des Prozesses, soll Gegenstand unserer heutigen Analysen und Überlegungen sein.

Definition Allgemeinmedizin: Semantischer Notstand

Schwieriger als mit dem Begriff *Wandel* wird es mit der Definition des Begriffes „*Allgemeinmedizin*“. An dieser Stelle setze ich mich bewusst nicht mit den internationalen nomenklatorischen Usancen auseinander. Im deutschsprachigen Raum kursieren derzeit zahlreiche synkretistische Bezeichnungen, ich erwähne nur beispielhaft: Hausarztmedizin – Familienmedizin – Praktische Medizin – allgemeine Medizin und eben Allgemeinmedizin. All diese Versuche einer adäquaten Bezeichnung unseres Faches sind Ausdruck eines semantischen Notstandes unserer Zunft.

Mit Schmunzeln erinnere ich mich noch heute an jenen Kollegen, den ich als Student einmal fragte, was denn das Besondere an dieser Hausarztmedizin sei, von der er so schwärmt. „*Kommen Sie in meine Praxis*“, sagte der Doktor erfreut, „*dann zeige ich Ihnen, was Allgemeinmedizin ist.*“ Sind wir doch ehrlich: Geht es uns heute da anders? Oft genug könnte in diesem Zusammenhang der abgewandelte Satz von Augustinus auf uns zutreffen: „*Wenn man mich nicht danach fragt und ich tue es, so weiß ich es. Fragt man mich aber danach und ich soll es erklären, so weiß ich es nicht.*“

Die Allgemeinmedizin musste sich weit intensiver mit der *Definition* ihres Gebietes auseinandersetzen, als dies für die überwiegend organmedizinisch orientierte Spezialitätenmedizin 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 behandelt.

Am 26.9.1959 wurde in Wien die Societas Internationalis Generalis Medicinae (SIMG) gegründet. Sie war die erste internationale wissenschaftliche Gesellschaft für Allgemeinmedizin – lange bevor die WONCA (World Organization of Family Doctors) 1972 an den Start ging. Eine kleine Arbeitsgemeinschaft „für praktisch angewandte Medizin“ hatte intensive Vorarbeiten geleistet. In den ersten 10 Jahren beschäftigten sich ihre Mitglieder mit dem Problem einer kurzen und klaren Definition: So wies Häusler auf den *Schnittpunkt zwischen Medizin und Gesellschaft* sowie an der *Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit* hin; van Es sah in der Allgemeinmedizin das Spezialfach für die Situation; für Braun übte der Allgemeinarzt seine Tätigkeit an der *ersten ärztlichen Linie* aus und für Lambert war der Allgemeinarzt der *Facharzt für die Probleme des Patienten*, und zwar *lebenslänglich* und *in voller Breite*, wie dies de Geus betonte (29).

Der Sozialmediziner Manfred Pflanz aus Hannover erkannte bereits früh, dass Allgemeinmedizin nicht klinische Medizin auf niedrigem Niveau sei, sondern ein *eigenständiges Fach* ist mit *eigenen Theorien* und *eigenen Methoden*. Bereits 1967 hielt er fest: „*Der Praktische Arzt der Zukunft wird nicht im Vergleich zum Spezialisten zweitklassige Gesundheitspflege bieten. Er wird der Einzige sein, der eine familienbezogene, gemeinschaftsbezogene und kontinuierliche Gesundheitspflege für alle Alterstufen und für alle häufigen Krankheiten zu einem relativ niedrigen Preis anbieten kann*“ (31).

Für Deutschland derzeit gültig ist im Bereich der ärztlichen Standes- und Berufspolitik die Definition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) von 2002, worin in einem hermeneutischen Ansatz versucht wurde, die Spezifika des Fachgebietes darzustellen durch genauere Umschreibung des Arbeitsbereiches, der Arbeitsweise, der Arbeitsgrundlagen, des Arbeitszieles und des Arbeitsauftrages.

Ärztliche Funktion mit spezifischer Grundlagenforschung

Wesentlich praxisgerechter und vor allem origineller scheint mir da die Definition von Allgemeinmedizin zu sein, wie sie für die Brockhaus-Enzyklopädie sowie für den Psyhyrembel, das Klinische Wörterbuch, erstmals für die 259. Auflage formuliert wurde. Diese Formulierung wird bis zur heutigen 261. Auflage fortgeführt.

Ich zitiere auszugsweise:

- Die Allgemeinmedizin ist eine *eigenständige ärztliche Funktion* und Gegenstand einer spezifischen *Grundlagenforschung*.
- Ihre Ausübung basiert sehr wesentlich auf dem von den *Spezialfächern geschaffenen Wissen* über Krankheiten und Syndrome.
- Nur in jedem 10. Fall kommt es zu einer *exakten Diagnosestellung*. Dennoch lässt sich die große Mehrheit der Fälle *zufriedenstellend versorgen*.
- Das ärztliche Vorgehen ist dabei überwiegend *individuell-intuitiv* (7).

Sie werden in Diktion und Sprache dieser Definition möglicherweise spontan ihren österreichischen Landsmann und Kollegen Robert Nikolaus Braun erkannt haben. Braun war es, der bereits 1945 die Existenz einer gewissen Regelmäßigkeit der Praxisvorkommnisse gesehen und über dieses Phänomen am 23.3.1955 vor der Gesellschaft der Ärzte in Wien berichtet hatte. Thema seines Vortrags: „Über fundamental wichtige, bisher unbekannte, die allgemeine Morbidität betreffende Gesetzmäßigkeiten“. Damit war das „Fälleverteilungsgesetz“ als regelmäßiges Verhalten wahrnehmbarer Dinge, als „inneres Ordnungsprinzip“ beschrieben (27). Fink und Konitzer bestätigten zusammen mit einem Mathematiker dieser Tage erneut – also über ein halbes Jahrhundert später – die gesetzmäßig fassbare epidemiologische Besonderheit der Allgemeinmedizin (12).

Theorie der Allgemeinmedizin

Durch die Forschungen von Braun wurde also das solide Fundament für die *Theorie der Allgemeinmedizin* gelegt und die Voraussetzung geschaffen, die von uns Praktikern tagtäglich ausgeübte *Funktion* – also den vernünftigen Umgang mit dem von den Lehrbüchern geschaffenen Wissen – *wissenschaftlich* zu begründen und auf diese Weise die Allgemeinmedizin als lehrbares Fach zu entwickeln. Ausgedient hat also heute der irgendwie recht hilflos wirkende, jedoch gut gemeinte Satz des leidenschaftlichen Landarztes August Heisler aus den 50-er Jahren des vergangenen Jahrhunderts: „Der Landarzt betreibt die Wissenschaft der Weite, der Kliniker dagegen die in der Tiefe“ (19). Solche und ähnlich gut gemeinte Sentenzen aus unseren eigenen Reihen trugen sicherlich dazu bei, dass noch vor zwei Jahren der Studiendekan der Medizinischen Fakultät einer deutschen Exzellenzuniversität bei der Verleihung eines Preises für beste Lehre an den Lehrbereich Allgemeinmedizin süffisant sagen konnte: „Das ist ja das Schöne an der Allgemeinmedizin, dass sie so allgemein ist.“

Dagegen ist „*nichts praktischer als eine gute Theorie.*“ Wie sehr trifft dieses Kant zugesprochene Zitat gerade auf die berufstheoretische und berufspraktische Allgemeinmedizin zu! Rückblickend auf 40 Jahre berufstheoretische Forschung können wir heute - vereinfacht ausgedrückt – 6 Säulen erkennen und beschreiben, auf denen das Lehrgebäude der Allgemeinmedizin beruht:

1. das *unausgelesene Krankengut*, wie es sich an der ersten ärztlichen Linie darstellt
2. die *Fälleverteilung* mit ihren regelmäßig und nicht mehr regelmäßig häufigen Vorkommnissen
3. die *patientenorientierte Entscheidungsfindung* in geteilter Verantwortung zwischen Arzt und Patient
4. die *prozessorientierte Klassifizierung* nach dem jeweiligen Stand der diagnostischen Erkenntnis

5. das *problemorientierte Handeln*
6. die *biopsychische Gesamtschau* des Patienten und seines Beratungsproblems (26).

Konzeptionelles akademisches Fundament

Originäre fachsprachliche Begriffe wie „*Abwartendes Offenlassen*“ und „*Abwendbar gefährlicher Verlauf*“ haben längst in Lexika, Lehrbücher und Lehrpläne Eingang gefunden. Jede neue Wissenschaft – und die Berufstheorie der Allgemeinmedizin ist eine solche – ist dadurch gekennzeichnet, dass sie zu ihrer Darstellung neuer Begriffe bedarf. Allerdings: Eine neue wissenschaftliche Wahrheit pflegt sich nicht in der Weise durchzusetzen, dass ihre Gegner überzeugt werden und sich als belehrt erklären, sondern vielmehr dadurch, dass die Gegner allmählich aussterben und die heranwachsende Generation von vornherein mit der Wahrheit vertraut gemacht wird. (Max Planck). Immerhin: Kein anderes Fachgebiet in der Medizin – in Deutschland haben wir, wenn ich richtig gezählt habe, über 100 solcher spezialisierter und superspezialisierter Domänen – hat ein solches *konzeptionelles akademisches Fundament*. Eine solchermaßen beschriebene Allgemeinmedizin hat sich also in ihrem berufstheoretisch basierten Selbstverständnis im Zeitraum von zwei Ärztegenerationen *nicht* gewandelt. Zumindest im deutschsprachigen Raum.

Spüren wir also weiter nach, ob und wie weit sich die Allgemeinmedizin als *Versorgungsauftrag* und *Versorgungsrealität* in den letzten 4 – 6 Jahrzehnten möglicherweise noch gewandelt hat. *Wandel* – sagte ich bereits – impliziert ja auch die Begriffe *Veränderung* und *Entwicklung*. Ich gehe im Folgenden ein:

1. zunächst auf das aktuelle *gesundheitspolitische Umfeld* – und damit auf uns *praktizierende Kollegen*;
2. auf die *Ausbildung zum Arzt* – also *Medizinstudium* und *Weiterbildung* – und damit verbunden auf die *Medizinstudenten* und die *Jungärzte*.
3. Zum Schluss komme ich auf das zu sprechen, weswegen wir uns heute überhaupt zusammen gefunden haben: *Der Patient*.

Der Hausarzt im Brennpunkt der Diskussion

Zunächst also ein paar Worte zu jener Spezies im Medizinbetrieb, die man im Jargon der Krankenkassen schlicht *Leistungsanbieter* nennt: *Zum Arzt*, speziell dem *Allgemeinarzt*, dem eigentlichen *Leistungsträger* in unserem Gesundheitssystem. Über die Jahrzehnte hinweg erledigt er in gezielter Zusammenarbeit mit dem Spezialisten konstant rd. 90 % aller Beratungsfälle im eigenen Bereich, etwa 5 % werden früher oder später stationär, die restlichen 5 % zur Weiterbehandlung an ambulante Fachärzte überwiesen (6, 44).

Auffallend lange war es still um ihn. Seit ein paar Jahren steht er jedoch wieder einmal im Brennpunkt leidenschaftlicher standes-, berufs- und gesundheitspolitischer Diskussionen: *der gute alte Hausarzt*. Die wesentlichen Gründe dafür sind:

- Unterversorgung in strukturschwachen Regionen,
- Feminisierung des Arztberufes,
- Zunahme chronischer und behandlungsintensiver Erkrankungen (ich erinnere an Blockbuster wie Diabetes mellitus, Asthma, COPD, KHK oder Demenz), vor allem aber

- die explodierenden und nicht mehr in Griff zu kriegenden Kosten für die Gesundheitsversorgung einer
- ebenfalls zunehmend überalternden Bevölkerung.

Ärzteschwemme – Ärztemangel

In den 1960-er Jahren prägte der Begriff *Ärztenschwemme* die gesundheitspolitische Diskussion. Einige Prognosen gingen damals sogar von 60.000 arbeitslosen Ärzten im Jahr 2000 aus. Diese Voraussagen bestätigten sich – wie so viele andere auf diesem Gebiet – bekanntlich nicht. Heute haben wir es im Fach Allgemeinmedizin nicht nur mit einem relativen und in einigen Regionen sogar absoluten Hausärztemangel zu tun, sondern auch mit einer fortschreitenden Überalterung der praktizierenden Allgemeinärzte. So beträgt in Sachsen-Anhalt der Anteil der über 60-jährigen Hausärzte bereits 30 % (20). Von ähnlichen Problemen für Österreich berichtete mir der Präsident der ÖGAM, Kollege Rebhandl; demnach sei ein Großteil der Hausärzte über 50 Jahre, so dass in 5 – 10 Jahren mit einem Mangel an Allgemeinärzten zu rechnen sei.

Dazu kommt noch, dass – zumindest in Deutschland – beinahe ein Viertel aller offiziell als Allgemeinärzte gemeldeten Kollegen nicht in einer Ordination primärärztlich tätig ist. Das sind – einer Schätzung aus Bayern zu Folge – von 8.900 Hausärzten immerhin 2.000 Praktiker. Diese haben sich überwiegend auf Spezialfächer wie Proktologie, Psychotherapie, Diabetologie usw. spezialisiert oder arbeiten beispielsweise in der Versicherungsbranche, als Medizinjournalisten oder im Sanitätsdienst der Truppe.

Ungebrochen dagegen ist der generelle *Trend zu Weiterbildung und Niederlassung als Spezialist*, der schon seit Ende der Siebziger Jahre zu beobachten ist. Damals betrug der Anteil der Fachärzte in der ambulanten Versorgung rd. 34 % (23). Noch im Jahr 1991 lag das von der Politik gewünschte Verhältnis „Hausärzte zu Fachärzte“ bei 60 zu 40; seither ist der Spezialistenanteil in der niedergelassenen Versorgung auf über 50 % gestiegen, so dass heute in Deutschland bald ein umgekehrtes Verhältnis in der ambulanten Versorgung von Spezialisten zu Hausärzten bestehen wird.

Demographischer Wandel

Die viel zitierte *Überalterung der Bevölkerung* geht nachweislich einher mit einem erhöhten hausärztlichen Versorgungs- und Betreuungsaufwand. Besteht eine solche Überalterung zudem noch in strukturschwachen ländlichen Gebieten mit Abwanderung der jungen Bevölkerung (wie z. B. in einigen Gegenden Ostdeutschlands) (20), so wächst anteilmäßig die *Morbiditätslast* der verbleibenden Bevölkerung und erzeugt ein „*Versorgungsparadoxon*“: Wenige, aber kränkere und sozial schlechter gestellte Bewohner bedeuten mehr – und nicht weniger – Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Eine noch nicht veröffentlichte Studie aus Mecklenburg-Vorpommern zu den daraus resultierenden versorgungsepidemiologischen Auswirkungen des demographischen Wandels prognostiziert bis zum Jahr 2020 einen Anstieg bei Herzinfarkten, Dickdarmkrebs und Schlaganfällen zwischen 18 und 30 % und eine Zunahme der Demenzerkrankten sogar um 91 %. Im selben Zeitraum wird sich dagegen die Zahl der Hausärzte in dieser Region um 40 % verringern (21).

Dazu kommt als zentrales Problem speziell bei geriatrischen Patienten deren *Multimorbidität* und damit die Gratwanderung zwischen notwendiger und sinnvoller (pharmakologischer)

Therapie, vielleicht auch der oftmals quälenden Entscheidung zur Polypragmasie. Rein aus „Altersgründen“ darf im Übrigen keinem Patient nach heutigen Erkenntnissen eine sinnvolle Therapie vorenthalten werden (48).

Einschränkung der beruflichen Autonomie

Internationale Studien zeigen, dass die allgemeinmedizinische Versorgung besonders bei *chronischen Krankheiten* vorteilhaft ist (39). Obwohl das Verhältnis von akuten zu chronischen Fällen in der Hausarztpraxis rd. 3 : 1 beträgt, also wesentlich mehr akute Fälle dem Arzt begegnen, geht ein Drittel der Arbeitskraft in der Versorgung und Betreuung zu Lasten von wenigen komplexen und besonders behandlungsintensiven chronischen Fällen (13, 14). Tendenz steigend.

Wenn Sie jetzt noch die Einschränkungen der beruflichen Autonomie dieses Berufsstandes betrachten – ich nenne: Bürokratisierung, Ökonomisierung, Arbeitsüberlastung, Beschränkung der ärztlichen Entscheidungsbefugnisse, Delegation nicht ärztlicher Aufgaben an Ärzte sowie die schwierige Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit, dazu noch isolierte Berufsausübung in einer Einzelpraxis mit allen Herausforderungen an Unternehmertum und laufend aktuelle Fachkompetenz (24, 28) – dann habe ich wohl jedem von Ihnen den Begriff „*Burnout*“ paraphrasiert. Die Frage einer angemessenen Vergütung der hausärztlichen Tätigkeit wurde bewusst ausgeklammert – Sie wollen ja heute Abend noch den Empfang der Steirischen Akademie für Allgemeinmedizin ungetrübt und vergnügt genießen.

Die in der Laienpresse beklagte zeitliche Belastung (Motto: „*Mein Hausarzt nimmt sich nie Zeit für mich*“) ist zu einem großen Teil durch die hohe Inanspruchnahme, also die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte, zu erklären. Studien haben gezeigt, dass im europäischen Vergleich kaum jemand so häufig zum Arzt geht wie wir Deutschen. Folglich sehen deutsche Hausärzte – und andere niedergelassene Ärzte natürlich auch – pro Tag wesentlich mehr Patienten als ihre Kollegen in anderen Ländern (10). Eine große deutsche Kasse registrierte durchschnittlich 17,9 Arztkontakte pro Jahr pro Einwohner, davon 7,1 Kontakte mit Allgemeinärzten, die am häufigsten konsultierte Fachgruppe. Tendenz steigend. Trotz Praxisgebühr, vor 4 Jahren bei uns eingeführt, inzwischen ein Plus von 7 %. Fakt ist auch, dass an einem beliebigen Montag fast 8 % - an Spitzentagen wie dem 1.10.2007 sogar 11,75 % der deutschen Bevölkerung -, das sind 9,7 Millionen Personen, bei einem niedergelassenen Arzt in der Sprechstunde sitzen (16).

Ökonomische Zwänge

Lassen Sie mich an dieser Stelle noch etwas zu den *ökonomischen Zwängen* sagen, denen der Hausarzt sicherlich nicht nur in Deutschland unterworfen ist, insbesondere zu den explodierenden Arzneikosten, für die eine ganze Berufsgruppe bei Überschreiten eines imaginären Limits in Regresspflicht genommen wird. Man könnte es auch Sippenhaft nennen:

Von den in der Weltliteratur beschriebenen 40.000 – 60.000 Erkrankungen, Symptomen und Krankheiten sieht der Allgemeinarzt regelmäßig häufig – d. h. mindestens ein- bis dreimal im langjährigen Jahresdurchschnitt – rd. 300 Entitäten, oder berufstheoretisch ausgedrückt *Beratungsergebnisse*. Nach 30-jähriger Arbeit, also innerhalb einer Ärztegeneration, werden einem praktizierenden Hausarzt ca. 3.000 verschiedene Beratungsergebnisse begegnet sein. Seit einigen Jahren gewinnt die Diskussion um seltene Krankheiten, sog. *Orphan Diseases*, zuneh-

mend an öffentlicher Aufmerksamkeit. Eine Krankheit wird demnach als *selten* eingestuft, wenn sie weniger häufig ist als einmal auf 2.000 Personen. Die Zahl solcher darunter fallenden Entitäten beläuft sich derzeit auf 6.000 bis 7.000. In Deutschland sind etwa 4 Millionen Menschen von einer als selten eingestuften Erkrankung betroffen (30). Damit Sie einen Eindruck bekommen: Allein die medikamentösen Behandlungskosten liegen je nach Krankheit und Medikament zwischen 15.000 und über eine halbe Million Euro. Wohlgermerkt pro Jahr und pro Patient. Da nimmt sich die gegenwärtige Diskussion um die zunehmende Verordnung von sog. Biologika vergleichsweise harmlos aus, ebenso auch die Ankündigung von 4 neuen Osteoporose-Medikamenten bis zum Jahr 2013.

Feminisierung des Arztberufes

Ein weiteres Phänomen unserer Tage gilt es zu betrachten: *Die Medizin ist weiblich*. Diesen Eindruck vermittelt zumindest der Blick in die Hörsäle der Universitäten. Damit komme ich nun zu den *Medizinstudenten* und *Jungärzten*. 65 % der Medizinstudenten sind Frauen, bei den berufstätigen Ärzten sind es inzwischen 40 %. Nahezu identische Zahlen gelten für Österreich. Jedenfalls wird aufgrund der heutigen Geschlechterverteilung im Medizinstudium im Jahr 2020 der Hausarztberuf – zumindest in den deutschsprachigen Ländern – eine *Frauendomäne* sein.

Zur Konsequenz hat das aber auch eine veränderte Lebensprojektion für unsere Berufsgruppe. Frauen und Männer in einer Bremer Studie unter Medizinstudierenden beschäftigt elementar ein generelles Problem der *Lebensplanung*. Nicht, dass sie nicht bereit wären, sich den hohen gesellschaftlichen Erwartungen an den Beruf des Hausarztes zu stellen. Sie sehen jedoch im ambulanten Versorgungssektor den dringenden Bedarf, die Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit zu verbessern (43). Damit gehört die Biographie eines Kollegen meiner Altersklasse – glücklicherweise – endgültig der Vergangenheit an und ist Anekdote, als er mir erzählte: „*Als Kind bin ich auf den Knien unserer Patienten im Wartezimmer aufgewachsen. Meine Mutter stand an der Anmeldung und mein Vater hat gedoktert.*“

Der Trend zur Spezialisierung

Sehr deutlich scheint sich in den Köpfen der Studierenden bereits im frühen Studiumsverlauf auch das Kalkül festzusetzen, dass eine medizinische Karriere nur mit einer *größeren Spezialisierung* einhergeht. Zweifellos: eine spätere Tätigkeit als Spezialarzt ist für viele Medizinstudenten und Assistenten wegen der faszinierenden wissenschaftlich-technischen Entwicklungen, des übersichtlich strukturierten klinischen Curriculums und der komfortablen Option zwischen Spitalstätigkeit oder Niederlassung *attraktiver* als eine komplexe und komplizierte Aus- und Weiterbildung zum Allgemeinarzt mit der Beschränkung auf die künftige hausärztliche Tätigkeit (36). Natürlich sind auch Prestige und Einkommen des Spezialisten unwidersprochen höher. So verwundert es nicht, dass nur 17 % der Studierenden später einmal den Weg als Hausarzt einschlagen wollen, wie eine Studie unter 4.000 deutschen Medizinstudenten ergab. „*Allgemeinmedizin*“, so die drastische Aussage eines Befragten, „*bedeutet: alte Leute und Erkältungen*“ (37). Oder ein Zitat aus einer explorativen Interview-Erhebung unter Medizinstudenten an 4 norddeutschen Universitäten: „*Als Student kategorisiert man einfach. Lern ich jetzt was über die Niere, weiß ich, das macht später mal der Nephrologe. So, und wenn dich was mit dem Herz interessiert, dann wirst du mal Kardiologe. Und die Allgemeinmedizin ... wann sagt man schon mal, ja, das macht der Allgemeinmediziner*“ (43).

Die Medizinstudenten haben bis zu den hohen Semestern hinauf keine oder nur mangelhafte oder klischeeartige Vorstellungen von der Tätigkeit des Hausarztes und seinem Versorgungsspektrum. Das hängt im Wesentlichen damit zusammen, dass die Studierenden an allen untersuchten Hochschulen mit diesem Teil der Medizin bislang eher wenig oder gar nicht konfrontiert worden sind. Umso erstaunlicher ist es, dass in den höheren Semestern dann trotzdem noch ein teilweise positiver Kontakt zur Allgemeinmedizin herzustellen ist. Dies gelingt offenbar in erster Linie über die praktischen Erfahrungen im Rahmen von Famulaturen und/oder der Praktika im klinischen Studienabschnitt.

Vor diesem Hintergrund ist es bedauerlich, dass allgemeinärztliche Inhalte nicht immer frühzeitig – also bereits in der Vorklinik oder zu Beginn des klinischen Studiums – aufgegriffen, genutzt, ergänzt, unterstützt und gefördert werden. Stattdessen werden sozusagen erst die Spezialisierungen verfolgt, um dann kurz vor Abschluss des Studiums, wenn die bisherige Medizinsozialisation das spezialisierte Denken verinnerlicht hat, die Allgemeinmedizin einzuführen (3).

Die Krise des Gesundheitssystems

An den 36 deutschen medizinischen Fakultäten war bis zum Jahr 2003 die Allgemeinmedizin als Fach teilweise eher marginal im Hörsaal vertreten. Eine komplett geänderte Approbationsordnung verhalf damals der Allgemeinmedizin zum inneruniversitären Durchbruch. Freilich entsprang das weniger einer tiefen Zuneigung der Politiker für unser Fach oder gar akademischer Wertschätzung von Fakultäten und Wissenschaftsrat als vielmehr der schmerzhaften Einsicht, dass unser gesamtes hoch spezialisiertes Gesundheitssystem in einer tiefen Krise steckt. Es ist einfach unbezahlbar geworden. Ärzte sind mittlerweile Allokations-Jongleure geworden: Sie sind gezwungen, bei dem einen Patienten zu sparen, um bei einem anderen Kranken die notwendigen Leistungen erbringen zu können. Begriffe wie „*Priorisierung*“ oder gar „*Rationierung*“ machen die Runde. Nur vor diesem Hintergrund sind die neuen Einsichten der Politik zu erklären (ich zitiere aus einem Presstext des Bundesrates):

„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 ...“ (46).

Allgemeinmedizin als obligates Ausbildungs- und Prüfungsfach

Die Allgemeinmedizin wurde daher im Jahr 2004 an den deutschen Universitäten als 20. Hauptfach in den traditionellen Fächerkanon der Ausbildung zum Arzt eingeführt. Damit war das Fachgebiet Allgemeinmedizin auch obligates Prüfungsfach im letzten Teil des Staatsexamens, von den Studenten auch als Hammerexamen bezeichnet. Im Staatsexamenszeugnis finden sich jetzt sogar zwei Noten: Die eine für das Fach Allgemeinmedizin, die andere für das Praktikum in diesem Fach.

Wolf-Ingo Steudel hatte in seiner Dissertation ermittelt, dass die Innovationszeit für die Einführung neuer Prüfungsfächer in der Medizin im Durchschnitt 49 Jahre beträgt. Auch wenn die Arbeit aus dem Jahr 1971 stammt, so sind ihre Ergebnisse auch heute noch hoch aktuell (47). Neben dem obligaten Staatsexamen in Allgemeinmedizin besteht in Deutschland ein fakultatives Lehr- und Ausbildungsangebot in Einführungsvorlesungen für Erstsemester,

Wahlfächern, Querschnittsfächern sowie am Studienende in einem viermonatigen Praktikum in einer zertifizierten Allgemeinpraxis. Obligat ist für alle Medizinstudenten neben einer testpflichtigen allgemeinmedizinischen Hauptvorlesung ein teilweise mehrwöchiges, prüfungs- und scheinpflichtiges Blockpraktikum in zertifizierten hausärztlichen Lehrpraxen.

Dieser mehrtägige 1 : 1 Unterricht, der sich in Bern sogar tageweise über 2 Jahre hinweg erstreckt, kommt bei den Studenten sehr gut an, wie erste Evaluationsergebnisse zeigen: So stufen die künftigen Ärzte ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten nach dem Praktikum höher ein als zuvor, schätzen stärker die fachübergreifende Versorgung und die ganzheitliche Betreuung der Patienten oder betonen ihre praktischen Erfahrungen in der Palliativmedizin (37, 40, 41). Im Unterschied zur internationalen Literatur (32, 33) konnte zudem erstmals in Deutschland durch ein solches allgemeinmedizinisches Einzeltutoriat ein positiver Einfluss auf die Motivation, später vielleicht Hausarzt zu werden, eindeutig und signifikant nachgewiesen werden (41).

Die Allgemeinpraxis als Labor der Allgemeinmedizin

In der Tat: Aufgaben und Funktion der Allgemeinmedizin lassen sich nirgendwo authentischer, augenscheinlicher und nachhaltiger vermitteln als in der täglichen Praxis, also an der ersten ärztlichen Linie. Auch gute Schauspieler-Patienten oder die Dramaturgie einer scripted reality im Hörsaal nach Art einer Pseudo-Doku sind dazu nicht in der Lage, die Studenten aus der „Konsumhaltung“ heraus in eine Interaktion zu bringen – wie sich das der Ärztliche Direktor einer Uniklinik von Simulationspatienten verspricht. Das kann nicht aufgehen: Draußen in unseren Praxen brandet die ungeschminkte Wirklichkeit und im elfenbeinernen Turm wird die Pathologie des Alltags von Schauspielern gemimt. So wie die Kliniker ihre Betten und die Institute ihre Labors haben, so ist das Labor der Allgemeinmedizin die Allgemeinpraxis (R. N. Braun).

Derzeit haben sich in Deutschland rd. 4.000 Allgemeinärzte ihren Fakultäten als Lehrärzte zur Verfügung gestellt (das sind rd. 10 % der deutschen Hausärzteschaft). An 4 der 5 österreichischen Universitäten gibt es im letzten Studienabschnitt ein Pflichtpraktikum sogar von 4 Wochen. Die oft genug belastende Ausbildung in unseren Praxen ist eine gewaltige Kollektivleistung unserer Berufsgruppe. Mir ist keine andere Fachgruppe in der Medizin bekannt, die einen derart hohen Solidarbeitrag für ihre Berufsgruppe erbringt. Und das auch noch für eine quasi symbolische Vergütung!

Ausbildungsdefizite und Ausbildungserwartungen

Freilich: Die Ausbildungserwartungen von Studenten einerseits und der Fakultät andererseits an das jetzt auch akademisch institutionalisierte Fach sind manchmal noch unterschiedlich: So vermissen die Studenten oftmals ein theoretisches Grundgerüst in der Lehre (43) bzw. eine begleitende adäquate Theorievermittlung für den oft genug spektakulär, ja sogar teilweise exotisch anmutend daherkommenden Praxisalltag. Anschauungen ohne Begriffe sind jedoch bekanntlich blind (Kant). Das Studiendekanat dagegen erhofft sich durch solche umfangreichen Praktika in Hausarztpraxen nicht selten die extrauniversitäre Vermittlung von ärztlichen Haltungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, nachdem im klinischen Massenbetrieb in der Regel nur wenig Zeit, Mittel, Räume, Patienten und Personal zur Verfügung stehen. Bei aller Begeisterung und allem Engagement müssen wir uns jedoch immer wieder daran erinnern: Es kann nicht Aufgabe ausschließlich der Allgemeinmedizin sein, die Studenten zum „Pastor in

Weiß“ zu erziehen, zudem sind unsere Praxen für die Studenten keine Abenteuerspielplätze, welche für die Ausbildungsdefizite der traditionellen klinischen Fächer erhalten sollen.

Anforderungsprofil für Weiterbildungspraxen

Ein kurzes Wort noch zur postgraduellen dreijährigen *Ausbildung* zum Allgemeinarzt in Österreich, insbesondere zum Turnus in einer Lehrpraxis. Diese soll, wie ich jüngst Ihrer „Ärzte Woche“ entnommen habe, künftig 1 ½ Jahre dauern. In Deutschland firmiert dieser Abschnitt als fünfjährige Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin mit einer maximal zweijährigen Weiterbildungszeit in einer qualifizierten Allgemeinpraxis. Abgesehen von der bei Ihnen diskutierten Frage, ob Facharztbezeichnung oder nicht – oder bei uns in Deutschland, ob „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ oder nur „Facharzt für Allgemeinmedizin“ – jedes Curriculum für die angehenden Hausärzte muss sich auf folgende 6 Grundvoraussetzungen stützen:

- Qualifizierte Struktur der Lehrpraxis
- Qualifikation des Lehrarztes selbst
- Nachweisbare Vermittlung von strukturierten und praxisspezifischen Lehrinhalten
- Überregionale, vernetzte ausbildungsbegleitende Schulung der Jungärzte, aber auch der Lehrärzte
- Angemessene Vergütung der Turnusärzte durch die öffentliche Hand in Anlehnung an die Spitaltarife
- Beseitigung aller administrativen und kassenvertraglichen Barrieren für die Ausbilder

Nur auf diese Weise lässt sich eine effektive, für beide Seiten motivierende und für die künftige Berufsausübung des Jungarztes zielführende postgraduelle Ausbildung zum Hausarzt erreichen.

Originäre Praxisforschung

Nachdem wir uns mit Ausbildung und Weiterbildung, also dem Lehrgegenstand der Allgemeinmedizin und seiner Organisationsform befasst haben, werfen wir noch einen Blick auf die *Forschung*. Ohne erfolgreiche Forschung ist jedes Fach für den studentischen Nachwuchs unattraktiv, erreicht kein akademisches Profil und wird im Gesundheitssystem nicht wahrgenommen.

Gelehrt werden darf eigentlich nur das, was erforscht wurde. Forschung – auch in der Allgemeinmedizin – setzt nicht nur die kreative und belastungsfähige Forscherpersönlichkeit voraus, sondern auch ein Minimum an materieller Substanz und personeller Struktur. Zum Ende dieses Jahres wird es in Deutschland 26 im Fach Allgemeinmedizin habilitierte Kollegen geben (1). 19 der 36 deutschen Hochschulstandorte weisen derzeit mindestens eine institutionalisierte (Teilzeit-) Professur aus, an 12 Fakultäten haben sich funktionierende allgemeinmedizinische Abteilungen etabliert (8). Freilich ist für eine originäre und unverwechselbar allgemeinmedizinische Forschung, die von Gesundheitspolitik und Klinik respektvoll anerkannt und geschätzt wird, noch nicht die kritische Masse erreicht. Dazu kommt, dass sich die forschenden allgemeinmedizinischen Abteilungen dem Gebot der Drittmittelinwerbung unterwerfen müssen, so dass der Forschungsgegenstand nicht immer Versorgungsbedürfnis und Praxisrealität widerspiegelt. Diese Gefahr verstärkt sich meines Erachtens auch weiter, wenn

die allgemeinmedizinischen Forscher zu veritablen Ordinarien und Institutsdirektoren mutieren, die nur noch marginal oder gar virtuell in der täglichen Hausarztpraxis vererdet sind.

Dennoch ist es vor allem jungen Wissenschaftlern der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) gelungen, in jahrelang mühevoller Arbeit und mit schmalen Budget bis heute 9 Leitlinien – völlig unabhängig von kommerziellen Einflüssen! – zu entwickeln, deren Methodik und Patientenrelevanz von den spezialistischen Fachgesellschaften respektvoll als vorbildhaft anerkannt werden. Ich erwähne in diesem Zusammenhang u. a. die Leitlinien „Brennen beim Wasserlassen“, „Müdigkeit“, „Kreuzschmerzen“, „Ältere Sturzpatienten“, „Pflegerische Angehörige“, „Schlaganfall“ oder „Herzinsuffizienz“.

Vorbehalte gegenüber Bachelor- und Masterstudiengang

Lassen Sie mich an diesem Punkt auch noch ein Wort zum *Bologna-Prozess* sagen. Vor genau 10 Jahren unterzeichneten 29 europäische Bildungsminister in der italienischen Stadt Bologna eine Erklärung. Ziel dieser sog. Bologna-Deklaration: Ein „*Europa des Wissens*“ und ein „*europäischer Hochschulraum*“, der die Mobilität von Studierenden und Dozierenden durch einheitliche Studienabschlüsse mit einem gemeinsamen Leistungspunktesystem (sog. *European Credit Transfer System*) das Arbeiten im Ausland erleichtern sollte. Alleine in Deutschland gibt es rd. 12.300 unterschiedliche Studiengänge. Mittlerweile haben sich 46 Staaten dem Abkommen angeschlossen. Das Studium selbst soll demnach hälftig nach einem für alle Studenten einheitlichen Studiengang mit *Bachelor*-Abschluss ausgelegt sein, dem dann ein *Master*-Studium folgt.

Was das Studium der Humanmedizin betrifft, so steht in Deutschland nicht nur der Medizinische Fakultätentag den Bachelor- und Master-Studiengängen skeptisch gegenüber. Vielleicht haben Sie in diesen Tagen unsere Presse verfolgt: Seit den wilden 68-ern besetzten erstmals wieder Studenten die Hörsäle: Da geht es auch um den Protest gegen den Bachelor- und Master-Studiengang. Die Charité in Berlin prüft gerade diese Modelle (mit jeweils 3-jährigen Studiengängen). In der Schweiz werden bereits bis Ende nächsten Jahres alle Studiengänge entsprechend dem Bologna-Prozess umgestellt sein, einschließlich der Medizin. Von den 5 Schweizer Fakultäten hat Genf seit 2006 den *Bachelor of Medicine* und seit 2009 den *Master of Medicine* eingeführt. Der Kanton Zürich wirbt bereits intensiv für die Aufteilung des Studiums: Hier sollen die Studierenden frühzeitig wählen, ob sie einen Masterabschluss als Hausarzt oder als Spezialist anstreben. Wer den Hausarztabschluss wählt, bearbeitet bereits während der klinischen Semester Themen der Allgemeinmedizin. Im Anschluss an den Master-Studiengang beginnt dann die Weiterbildungszeit, die aber nicht mehr 5, sondern nur noch 3 Jahre dauert. Der Eintritt in die Praxis erfolgt somit 2 Jahre früher als bisher. Dies würde „die praktische Erfahrung stärken und zudem den sich abzeichnenden Engpass in der Hausarztmedizin entschärfen“ – so der O-Ton eines Zürcher Medizinalbürokraten (18).

Was aber soll mit dem nur 6-semesterig ausgebildeten Bachelor-Medizinstudenten geschehen? Wird er als „*Hausarzt light*“ an die zusammenbrechende Versorgungsfront geschickt wie weiland der Feldscher im Reiche Mao Tse-tungs, der nur für die 10 häufigsten Krankheiten zuständig war? Ja, was wird mit der Allgemeinmedizin insgesamt geschehen, wenn es zu einer solchen Neustrukturierung im Bachelor- und Master-Studiengang kommt? Wird sie formal, vor allem aber inhaltlich unter die Räder kommen? Das Beispiel von Dänemark zeigt jedenfalls, dass sich dort die erforderliche Punktzahl erreichen lässt, ohne dass das Fach Unfallchirurgie überhaupt belegt worden wäre.

Der Facharzt für das Unausgelesene und Uncharakteristische

Ich darf jetzt kurz – wie schon angedeutet – auf die Patienten, speziell *unsere Patienten* in unseren Hausarztpraxen, zu sprechen kommen: 9 von 10 Bürgern setzen in unserem Gesundheitssystem auf die Dienste eines Arztes an der ersten Linie, vor allem bei gesundheitlichen Alltagsproblemen, insbesondere wenn die Beschwerden *uncharakteristisch* sind, wie Bauchschmerzen, Verdauungsstörungen, Schwindel, Herz-Kreislauf-Probleme, bei chronischen oder geriatrischen Prozessen oder am Ende des Lebens in der Sterbebegleitung. In allen Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit sind unsere Patienten mit eindrucklicher Einhelligkeit der Ansicht, dass die Allgemeinmedizin die neuen Herausforderungen gut bestanden hat: In einer aktuellen Befragung der Bevölkerung schneiden beispielsweise Zürcher Hausärzte mit sehr guten Noten ab: über 90 % der Befragten sind der Ansicht, dass die Hausärzte eine Sprache sprechen, die sie verstehen können und vier von fünf Personen sind der Meinung, dass sich die Hausärzte genügend Zeit für sie nehmen (31). Ähnliche Ergebnisse lassen sich für den gesamten deutschsprachigen Raum finden.

Viele Menschen haben heute durch Internet und Medien sich selbst über ihre Krankheit informiert und gehen mit konkreten Vorstellungen über ihre Behandlungsmöglichkeiten zum Arzt. Gerade der informierte Patient als der *kompetente kranke Mensch* hält nichts von einem dirigierenden *Hausarzt als Pförtner* im Gesundheitssystem. In seiner Vollkasko-Welt ist die Freiheit, auch primär einen Spezialisten in Anspruch nehmen zu können, ein unverhandelbares hohes Gut – auch wenn sich die Effektivität im Hochprävalenzbereich der Spezialisten nur durch die konsequente Filterfunktion der primärärztlichen Versorgung sichern lässt (45). Leider stehen wir Hausärzte erst am Anfang unserer Bemühungen, die Gesundheitskompetenz unserer Patienten zu fördern und gezielt in den Heilungsprozess einzubeziehen.

Der Hausarzt der Zukunft

Nicht die Allgemeinmedizin in ihrem soliden, berufstheoretisch basierten Selbstverständnis hat sich gewandelt. Es besteht immer noch die Herausforderung für uns Allgemeinärzte: Wie gehe ich mit all den unzähligen Krankheiten und Symptomen und ihren undenkbar vielen uncharakteristischen Präsentationen und vielfältigen Kombinationen innerhalb weniger Minuten auf höchstmöglichem Niveau *vernünftig* um? (27) Gewandelt haben sich vielmehr die gesundheitspolitischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die einem kaum umkehrbaren und tief greifenden Wandel unterworfen sind. Vor allem die Auswirkung der demographischen Alterung wird sich zusammen mit steigenden Abgangszahlen und rückläufigen Nachwuchszahlen an Allgemeinärzten besonders stark auf die Hausarztmedizin auswirken. Diese Voraussage gilt gleichermaßen für Deutschland, Schweiz oder USA, bezogen auf die untersuchten Jahresendpunkte 2020, 2030 oder 2050 (9, 35, 39).

Auch wenn sich eine *genaue* Prognose – nicht zuletzt aufgrund der nicht absehbaren Fortschritte der Medizin – nur mit hoher Unsicherheit treffen lässt, ist bis zum Jahr 2020 von einer um mindestens 20 % erhöhten Arbeitslast in der hausärztlichen Versorgung auszugehen (2). Um das Angebotsdefizit möglichst gering zu halten, müssen gleichzeitig mehrere Parameter, die sich auf das hausärztliche Angebot *und* die Inanspruchnahme durch die Patienten auswirken, verändert werden. Dazu bedarf es freilich eines gigantischen gesellschaftlichen Kraftaktes und nicht eines schnell dahin gesagten Lippenbekenntnisses, wie vor kurzem im *Journal of the American Medical Association* oder im nicht minder prominenten *British New England Journal* nahezu gleichlautend zu lesen stand: „Die Lösung für das Problem in unse-

rem Gesundheitswesen ist die Allgemeinpraxis“ oder „Nur die Allgemeinmedizin kann das politische Gesundheitssystem retten“.

Die Zukunft der Allgemeinmedizin entscheidet sich maßgeblich in der medizinstudentischen Ausbildung und in der postgraduellen Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Das setzt jedoch voraus, dass die Aus- und Weiterbilder in Universität, Klinik und Praxis Begeisterung für die Hausarztmedizin wecken, selber glaubwürdige kompetente Vorbilder sind und vor allem auch professionell organisierte Hilfen im Rahmen von angemessen finanzierten Rotationsstellen bei inhaltlich strukturierter Weiterbildung anbieten (16, 42). Darüber hinaus müssen wir unseren hausärztlichen Nachwuchs da abholen, wo er sich heute gesellschaftlich sieht:

- mit hohem Freizeit-, Partner- und Familienanspruch,
- skeptisch bis ablehnend gegenüber dem Unternehmen Arztpraxis,
- abgeneigt jeglichem Einzelkämpfertum.

Neue Strukturen im Praxis- und Patientenmanagement

Das kann als Konsequenz neue Strukturen im Praxis- und Patientenmanagement bedeuten. So sind eine überschaubare Vergütungsstruktur und einfache und transparente Abrechnung, vor allem aber zunächst ein radikales Umdenken erforderlich. Vielleicht sollten wir Hausärzte uns schon heute von der Idee der freien Berufsausübung verabschieden. Sich in *Netzen* einordnen zu können, wird zukünftig grundlegend sein. Auch wenn sich Patienten in kleineren Betreuungseinheiten in der primärärztlichen Versorgung besser aufgehoben fühlen (49), müssen neue Formen hausärztlicher Kooperation mit Spezialisten gefördert werden, etwa fächerübergreifende Qualitätszirkularbeit, familienfreundliches Angestelltenverhältnis in einer Praxis, auch in Teilzeit, örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, Zweigpraxen, Zusammenarbeit mit Callcentern und regionalen Spitälern zur Entlastung von nächtlichen Einsätzen (17), ausgelagerte Praxisräume, Übergangsmo-delle für ältere Ärzte, medizinische Versorgungszentren oder von Allgemeinärzten geleitete Aufnahmestationen im interdisziplinären Krankenhaus, wie in Frankreich die *Urgintistes* (35). Wir werden also das traditionelle Versorgungssystem aufgeben, das *anbieter- und sektororientiert* ist, und ein Zukunftskonzept entwickeln müssen, das sich als *populationsbezogen* und *sektorübergreifend* versteht (16) („Nahtstellenmanagement“). Das Hausarztbild traditionellen Stils erfährt einen Paradigmenwechsel hin zum primärmedizinischen Spezialisten (15). Für einen Platz in solchen integrierten und durchlässigen Versorgungssystemen dürfte die Hausarztmedizin allerdings einen Preis zu zahlen haben:

- eine für das gesamte System standardisierte Dokumentation,
- eine allseits zugängliche elektronische Plattform,
- einheitliche Vorgehensweisen vor allem bei chronischen Erkrankungen anhand von Leitlinien und evidenzbasierter Literatur,
- straffere organisatorische Strukturen,
- veränderte Arbeitsteilungen (11).

Die „Einzelkämpfer-Praxis“ wird in einem Diskussionspapier „Zukunft des Gesundheitssystems“ kurzerhand für überholt erklärt (4). Allerdings wird nicht der Gesetzgeber darüber entscheiden, wie die Zukunft der ambulanten Versorgung aussieht, sondern es ist die Entscheidung jedes Arztes und jedes Bürgers (22).

Unterstützung durch medizinische Fachberufe

Je weniger Ressourcen für das primärärztliche Versorgungssystem zur Verfügung stehen, desto bedeutender wird der Einsatz von medizinischen Fach- und Assistenzberufen werden. Tätigkeiten, die heute der Hausarzt ausübt, könnten künftig von anderen akademischen Gesundheitsfachberufen übernommen werden. Damit würde aber vielleicht auch der Ruf nach einem Ersatz des Hausarztes durch *Nurse Practitioner* lauter werden: Sie versorgen bekanntlich chronisch Kranke in eigener Sprechstunde; auch für leichte Erkrankungen übernehmen sie immer häufiger die Betreuung bis hin zur Verschreibung von Medikamenten (11). Dagegen laufen derzeit in Deutschland mit Erfolg Projekte an wie die „Gemeindeschwester AGnES“ (AGnES = Arztlastende, Gemeindenahe E-healthgestützte Systemische Intervention) oder die von Hausärzten initiierte 160-stündige Fortbildungsqualifikation VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis): Vor allem VERAH ist durch ein eigenes professionelles Delegationskonzept charakterisiert (z. B. für Hausbesuche, Impfungen mit Recallsystem, Wundversorgung, Präventionsleistungen), wobei jedoch die therapeutische Gesamtverantwortung – im Unterschied zur *Nurse Practitioner* – weiterhin dem *Arzt als Koordinator und Moderator* mit Letztverantwortung obliegt.

Meine Damen und Herren!

„Krise ist ein produktiver Zustand, man muss ihr nur den Beigeschmack der Katastrophe nehmen“ (Max Frisch). Es gibt gute Gründe für die Annahme, dass die Krise der Hausarztmedizin nicht so sehr eine Finanz- oder Organisationskrise ist, sondern auch eine Sinnkrise ihrer ärztlichen Leistungsträger und damit auch ihres hausärztlichen Nachwuchses. Ich bin mir jedoch sicher, dass es gelingen wird, sich mit Respekt vom omnipotenten und stets präsenten Generalisten zu verabschieden, der oft genug zum Facharzt für Schriftverkehr degradiert wurde. Der neu definierte Facharzt für Allgemeinmedizin wird wieder Freude an seiner Berufung haben. Als Facharzt für Individualmedizin und Multimorbidität wird er auch weiterhin der unersetzliche Spezialist bleiben für das eher Unausgelesene, das eher Unspektakuläre, das eher Unscharfe, das eher Uncharakteristische, das Präklinische (25). Und im Übrigen – und da darf ich wieder Ihren Landsmann Robert Nikolaus Braun zitieren – ist es für Qualität und Niveau der Heilkunde eines Landes nicht alleine entscheidend, was an einigen wenigen Universitätskliniken geschieht, sondern auch, wie der Praktiker im letzten Winkel seines Landes mit seinen Patienten umgeht (5).

Ich danke Ihnen.

Literatur:

1. Baum E (2009) pers. Mitteilung 3.11.
2. Bericht der AG der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland; 11.03.2008. Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020
3. Böhme K et al (2007) Blockpraktikum Allgemeinmedizin – Integration von universitärer und außeruniversitärer Lehre. Hands-on-Training in General Practice 6:247-251
4. Bormann R et al (2009) Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
5. Braun RN (1999) pers. Mitteilung
6. Braun RN (1986) Lehrbuch der Allgemeinmedizin. Theorie, Fachsprache und Praxis. Kirchheim, Mainz
7. Braun RN, Mader FH (2000) Pschyrembel, 259. Aflg, (2004) Pschyrembel, 260 Aflg, (2007) Pschyrembel, 261. Aflg
8. Chenot JF, Blank WA (2008) Weiterbildung Allgemeinmedizin? Eine Entscheidungshilfe für Medizinstudenten. Z Allg Med 84:532-537
9. Council on medical graduation (2005) Physician workforce Guidelines for the United States, 2000-2050. US-Department of Health and Human Services
10. Deveogele M et al (2004) Is the communicative behavior of GPs during the consultation related to the diagnosis? A cross-sectional study in six European countries. Patient Educ Couns 54: 283-9
11. Donner-Banzhoff N (2009) Die Zukunft der Primärversorgung. Z Allg Med 85: 234-239
12. Fink W, Lipatov V, Konitzer M (2009) Diagnoses by general practitioners: Accuracy and reliability. International Journal of Forecasting 25 (2009) 784-793
13. Franz U (1962) Versuch der Analyse einer Landpraxis. Med Welt, 7-9
14. Franz U (1968) Leistet der Praktische Arzt Wesentliches? in: Der Praktische Arzt heute. Probleme und Ziele der Allgemeinmedizin. Hrsg. P. Brandlmeier, G. Krüsi. Hans Huber, Bern und Stuttgart
15. Gerlach FM (2002) Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem. Konsequenzen für Forschung, Lehre und Praxis. Z ärztl Fortbild Qual.sich 96: 243-249
16. Gerlach FM (2009) Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug. Berlin 15. September
17. Gnädinger M, Doeneck Ch, Chlebec Dh, Hartmann A, Pfister M (2009) Nächtliche Abdeckung des hausärztlichen Notfalldienstes durch das Akutspital. Primary Care 13: 239-241
18. Heiniger Th: Hausarztmedizin – Spitzenmedizin. Vortrag am 31. Schweizer Kongress für Allgemeinmedizin 4.09.2008, Zürich
19. Heisler A (1950), 5. Aflg Max Heitner Verlag, München
20. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (2006) Ärztemangel in Sachsen-Anhalt. Mitteilungen der KVSA 113-114
21. Klement A, Ledig Th, Becker M, Lichte Th, Hermann M (2009) Landflucht, Überalterung, Hausarztmangel: Diskussionsbeitrag zur zukünftigen medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen. Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 7:35-38

22. Knieps F (2009) Zur Zukunft der ambulanten flächendeckenden Versorgung. Profund 2008: 8-9
23. Kopetsch Th (2002) KBV-Studie zu Arztlzahlen: Überaltert und zu wenig Nachwuchs. Dtsch Arztlbl 99(9): A-544-546
24. Liebig K, Oberlander W (2008) Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte, Hsg. Ludwig-Sievers-Stiftung, Köln
25. Mader FH (1999), mod. 2001. Vorlesungsreihe Berufstheorie der Allgemeinmedizin
26. Mader FH (2003), mod. 2008. Interdisziplinäre Vorlesung
27. Mader FH, Weißgerber H (2007) Allgemeinmedizin und Praxis. Anleitung in Diagnostik und Therapie. Mit Fragen zur Facharztprüfung. 6. Aflg, Springer
28. Merz B, Oberlander W (2008) Berufszufriedenheit: Ärztinnen und Ärzte beklagen die Einschränkung ihrer Autonomie. Dtsch Arztlbl 105: A323-A324
29. Meyer RL (2002) Definitionen der Allgemeinmedizin im Laufe der Zeit. Schweiz Ärztezeitung 83: 2681-2690
30. Orphanet Deutschland (2007) Handbuch Seltene Krankheiten. Medizinische Hochschule Hannover
31. Pflanz M (1967) Quo vadis medicina – aus der Sicht des Sozialmediziners. 5. Teil. Hippokrates 38 (10): 405-408
32. Rabinowitz HK, Diamond JJ et al (2008) Medical school programs to increase the rural physician supply. Acad Med 83 (3): 245
33. Rabinowitz HK, XU G, Veloski JJ et al (2000) Choice of first-year residency position and long-term generalist career choices. JAMA 284 (9). 1081-1082
34. Rosowsky O (2009) Pers. Mitteilung
35. Ruedin HJ, Seematter-Bagnoud L, Junod J, Roth M, Santos-Eggemann B (2008) Prognosen des Angebots und der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Hausarztmedizin bis 2030. Primary Care 8:201-205
36. Rufer V, Beuermann K, Schwantes U, Welke J (2008) Allgemeinmedizin im Wandel? Eine Befragung von Studierenden der Humanmedizin über den Berufswunsch „Allgemeinmedizin“ und vergleichende Betrachtungen mit einer ähnlichen Umfrage aus dem Jahr 1988. Jahrestagung der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) Greifswald, 2.-5.10.2008
37. Rusche H (2008) Untersuchung Umfrageprojekt der Abteilung Allgemeinmedizin Bochum. Focus 47
38. Sachse P, Schulze H (1964) in: Hrsg. Häußler S. Schriftenreihe für den Praktischen Arzt. Stuttgart 1964
39. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Deutscher Bundestag. Drucksache 16/13770
40. Schäfer H-M, Gündling PW et al (2008) Das Praktische Jahr im Fach Allgemeinmedizin. Erste Ergebnisse und Erfahrungen an der Universität Frankfurt. Z Allg Med 84: 201-206
41. Schäfer H-M, Sennekamp M, Güthling C, Krentz H, Gerlach FM (2009) Kann das Blockpraktikum Allgemeinmedizin zum Beruf des Hausarztes motivieren? Z Allg Med 85: 206-209

42. Schlabing J (2009) Lernort Hausarztpraxis. Tipps für Weiterbilder und Assistenten. Der Allgemeinarzt (2009) 7: 22-23
43. Schmacke N (2008) Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte. schmacke@uni-bremen.de
44. Schmittziel M (2002) Innovative Lösungen bei der sektorübergreifenden Kooperation dargestellt am Beispiel der ambulanten Notfallversorgung in der Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte im Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München. Dissertation, Universität München
45. Schneider A, Dinant G-J, Szecsenyi J (2006) Zur Notwendigkeit einer abgestuften Diagnostik in der Allgemeinmedizin als Konsequenz des Bayes'schen Theorems. Z ärztl Fortbild Qual Gesundh.wes 100; 121-127
46. Sozialpolitische Umschau (2002) Nr. 16/198
47. 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
48. Stoppe G, Mann E (Hrsg) Geriatrie für Hausärzte (2009) Hans Huber, Bern
49. Wensing M, Hermsen J, Grol R, Szecsenyi J (2008) Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. Health expectations: 384-390