

1966
2016

Frank H. Mader (Hrsg.)
Von der
allgemeinen Medizin
zur Allgemeinmedizin

FESTSCHRIFT

50
JAHRE
DEGAM



Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin
(DEGAM) e.V.

Impressum

Bibliografische Information der Deutschen
Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publi-
kation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.
ISBN 978-3-87409-626-3

Die einzelnen Beiträge entsprechen dem aktuel-
len Zeitpunkt ihrer Einreichung bzw. Bearbeitung
während der Jahre 2012 bis 2016.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in allen Fäl-
len, in denen weibliche und männliche Perso-
nen in gleicher Weise angesprochen werden, nur
die männliche Form verwendet (z. B. „Ärzte“ statt
„Ärztinnen und Ärzte“, „Studenten“ statt „Stu-
dentinnen und Studenten“).

Nachdruck und Vervielfältigung auch in Auszü-
gen nur mit ausdrücklicher Genehmigung von
Herausgeber und Verlag.



1. Auflage 2016
Alle Rechte vorbehalten
© Kirchheim-Verlag+ Co GmbH
Kaiserstraße 41, 55116 Mainz
www.kirchheim-shop.de
Printed in Germany

Frank H. Mader (Hrsg.)

Von der
allgemeinen Medizin
zur Allgemeinmedizin

FESTSCHRIFT

50
JAHRE
DEGAM



Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin
(DEGAM) e. V.

Mit 99 Abbildungen, 55 Reprografien und 4 Tabellen

Gewidmet den vielen Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten, die jahrelang die Last der Lehrverpflichtungen in den Praxen und im Hörsaal getragen hatten und tragen. Ihr Idealismus für die Lehre und ihre hausärztliche Leidenschaft für den kranken Menschen sind die Pfeiler der akademischen Allgemeinmedizin von heute und morgen. *Frank H. Mader*



Joachim Gauck, Bundespräsident

Grußwort

Bundesregierung/FA - Denzel

Liebe Leserinnen und Leser,

fünfzig Jahre! Wie viele Menschen haben während all dieser Zeit in einer Hausarztpraxis Rat und Hilfe gefunden, wie viele Behandlungspläne wurden erstellt, wie viele Worte der Ermutigung gesprochen? Die Allgemeinmedizin leistet ihr großes Pensum nicht nur täglich, sondern auch in der Fläche – ob bei der Prävention, im Notfall oder in der Langzeitversorgung. Hausarztpraxen sind meist die erste Anlaufstelle bei Krankheit, auch für die Seele. Sie sind Zentren der Anamnese und Diagnose, und sie sind Lotsen in unserem hochspezialisierten Gesundheitssystem. Mehr noch: Komplette Familien finden sich in der Kartei „ihres“ Hausarztes oder „ihrer“ Hausärztin, weil es ein gemeinsames Band gibt, das mit keiner Abrechnungsrubrik beziffert werden könnte – Vertrauen.

Gern nutze ich das runde Jubiläum, um der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, ja einem ganzen Berufsstand für diese wichtige und vielschichtige Arbeit zu danken.

Zugleich möchte ich Ihr Verbündeter sein, wenn es darum geht, das hohe Gut der hausärztlichen Versorgung zu erhalten. „Tradition wahren – Aufbruch gestalten – Hausärzte begeistern“, so haben Sie Ihren 50. Verbandskongress überschrieben. Ein Titel, der mich an die schwierige Situation in meiner Heimat Mecklenburg-Vorpommern erinnert, wo viele Praxen händeringend nach der nächsten Generation von Landärzten suchen. Wie können die Rahmenbedingungen für die Nachfolge gerade auf dem Lande verbessert werden? Vor allem, wie lässt sich gesellschaftlich vermitteln, dass kostbarer Dienst am Menschen auch etwas kostet?

Ich begrüße es sehr, dass Sie sich in Ihrem Jubiläumsjahr Themen wie den Masterplan Medizinstudium 2020 oder den Umgang mit dem demographischen Wandel auf die Agenda gesetzt haben. Als Bürger Gauck wünsche ich mir, dass solche Projekte auch zum Wohle meiner Enkel und Urenkel gelingen. Als Bundespräsident stehe ich an Ihrer Seite in einer nicht einfachen Debatte, die wir sehr entschlossen führen müssen: Unsere medizinische Versorgung ist gut, weil und solange sie uns alle Mühen wert ist.

Joachim Gauck
Bundespräsident

Die DEGAM wurde am 12. Februar 1966 in Bad Godesberg gegründet. Im gleichen Jahr wurde in Freiburg der bundesweit erste Lehrauftrag zur „Tätigkeit des praktischen Arztes“ an *Sigfried Häussler* vergeben. An eine eigenständige, universitär breit etablierte akademische Disziplin war damals nicht zu denken. Seitdem ist viel passiert.

Fünfzig Jahre! Jetzt kommt die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in ihre besten Jahre. Diese Festschrift liefert eine Vielzahl von Belegen dafür, dass das nicht übertrieben ist.



Ferdinand M. Gerlach

Vorwort

Heute, fünfzig Jahre später, gibt es an 31 von 38 medizinführenden Universitätsstandorten selbständige Abteilungen oder Institute für Allgemeinmedizin. Und es besteht die begründete Hoffnung, dass die noch fehlenden Standorte früher oder später folgen werden. Der Weg dahin war sehr steinig und sehr lang. Jede einzelne Professur musste letztlich gegen zahlreiche Bedenken und Widerstände in den Fakultäten „erkämpft“ werden.

Dass die DEGAM einen ganz wesentlichen Anteil an dieser Entwicklung hatte und sich seit ihrer Gründung auch selbst mehrfach und stark gewandelt hat, wird durch diesen Festband deutlich, der anlässlich des 50. Geburtstags und des 50. wissenschaftlichen Jahreskongresses herausgegeben wird. Gerade in den letzten fünf Jahren, in denen die DEGAM ihre Mitgliederzahl mehr als verdoppelt hat, lässt sich eine beschleunigte Entwicklung erkennen. In diesem Band vertiefte Stichworte wie Bundesgeschäftsstelle, DEGAM-Benefits, Facebook-Seiten, Famulaturbörse, Junge Allgemeinmedizin Deutschland (JADE), Nachwuchsakademie, Newsletter, Pressearbeit oder Zukunftspositionen machen das deutlich.

Ein Teil des Erfolgs der DEGAM beruht auf einer konsequenten Abstinenz gegenüber der pharmazeutischen Industrie und einer unabhängigen, kritisch und wissenschaftlichen Grundhaltung. Sowie auf sehr engagierten Mitgliedern. DEGAM-Mitglieder engagieren sich in sechs Sektionen und diversen Arbeitsgruppen in Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschung, Qualitätsförderung und Versorgung. Die Entwicklung hochwertiger und zugleich praxiserprobter DEGAM-Leitlinien für typische Beratungsanlässe in der hausärztlichen Praxis ist ein weiterer wichtiger Beitrag für eine gute Medizin und zur Fundierung des eigenen Fachs.

Es ist ein Glücksfall, dass sich *Frank H. Mader* der Aufgabe angenommen hat, diese Festschrift zu erstellen. Er ist im doppelten Sinne ein Mann der Praxis. Zum einen ist *Mader* ein erfahrener Facharzt für Allgemeinmedizin, der alle Facetten des Praxisalltags aus langjähriger eigener Erfahrung kennt und reflektiert, zum anderen ist er als langjähriger Chefredakteur der Zeitschrift „Der Allgemeinarzt“, Initiator der beliebten Fortbildungsveranstaltung „Practica“ und Autor vieler Bücher und Fachartikel auch ein Praktiker des geschriebenen Worts und der professionellen Weiterentwicklung. Ihm ist es zum Beispiel zu verdanken, dass er zahlreiche Zeitzeugen gewinnen konnte, über die Zeit der Gründung und des Aufbruchs zu berichten. Von Strukturen im Wandel und der Wissenschaft von der Allgemeinmedizin spannt er einen weiten Bogen über die Lehre, die Lehrenden und die Lernenden bis zu Weiterbildung, Berufsbild und Professionalisierung. Alte und neue Visionen laden zur Reflektion ein, zahlreiche Abbildungen ermuntern zum neugierigen Blättern, Zeittafeln, Chronologien und Register machen die Festschrift zu einer Fundgrube.

Es ist uns eine ganz besondere Ehre und erfüllt uns mit Dankbarkeit sowie Stolz, dass Herr Bundespräsident *Joachim Gauck* ein Geleitwort verfasst hat, in dem dieser seine besondere Anerkennung und Wertschätzung der Allgemeinmedizin ausdrückt.

Ich wünsche allen Lesern eine informative sowie inspirierende Lektüre und darüber hinaus viel Spaß mit einer äußerst vitalen DEGAM in den besten Jahren!

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V.

Frankfurt am Main, im September 2016

Wagnis für eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, deren Gründerjahre nahezu ausschließlich vom Engagement und den Visionen standes- und berufspolitischer Praktiker geprägt waren, einer Generation von Hausärzten, die tagtäglich millionenfach eine Funktion ausübten, die weitgehend noch unerforscht war und der die akademische Alma Mater lange genug ratlos bis ablehnend gegenüber stand. Es war

kanon der obligaten Weiterbildungsordnungen, im Fokus der gesundheitspolitischen Wahrnehmung, in der Fülle und respektablen Qualität ihrer Fachpublikationen sowie in den vielfältigen Möglichkeiten der Berufsausübung in freier und angestellter Tätigkeit, in Voll- oder Teilzeit im Fach selbst oder in Gebietskombination, im Unternehmertum der eigenen Praxis, im akademischen Mittelbau oder im Ordinariat.

Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin in einem schlanken Druckstück aufzuspüren, abzuwägen und abzuhandeln, ist zugleich Wagnis und Herausforderung.



Frank H. Mader

Einleitung

So vielfältig und bunt also wie die Allgemeinmedizin, so kaleidoskopisch soll sich der Mix aus Texten, Zitaten, Ausrissen, Dokumenten und Bildern in Vor- und Rückschau präsentieren. Sämtliche Beiträge – abgesehen von Nachdrucken – wurden mehrfach redigiert, um sie formal aufeinander abzustimmen und um Redundanzen zu vermeiden. Bewusst sollte seitens der Autoren auf Literaturverweise verzichtet werden, erforderliche Quellenangaben sind direkt den Texten zugeordnet. Das umfangreiche Sachverzeichnis dient dem raschen Auffinden oft komplexer Begriffe. Breiter Raum wurde den jungen, insbesondere den weiblichen Protagonisten der Allgemeinmedizin gegeben.

Der Herausgeber bedankt sich bei der DEGAM und ihrem Präsidenten, Professor *Ferdinand M. Gerlach*, für die Freiheit in der Gesamtkonzeption und für das Vertrauen in die unabhängige Recherche sowie bei Professor *Erika Baum* und *Edmund Fröhlich* für die stetige Hilfestellung durch Präsidium und Geschäftsstelle. Die Grundkonzeption des Buches verdankt manchen Impuls Professor *Gernot Lorenz*. Ein besonderer Dank gilt dem Kirchheim Verlag in Mainz für die großzügige personelle, materielle und logistische Unterstützung des Projektes, insbesondere seinen kreativen Herstellern und Layoutern *Reiner Wolf* und *Hayo Eisentraut*, jenseits kaufmännischer Bedenken ein Optimum an Information und Anmutung zu ermöglichen. Freilich, ohne das gewissenhafte und klaglose Text- und Archivmanagement von Frau *Anna Jäger* hätte dieses Werk innerhalb von vier Jahren niemals verwirklicht werden können. Ihr gilt mein ganz persönlicher Dank.

daher eine besondere Auszeichnung, aber auch Herausforderung für den Herausgeber, im Auftrag des Präsidiums zum 50. Gründungsjubiläum der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2016 eine Festschrift vorzulegen, die den langen Weg vom Praktischen Arzt bis zum Facharzt für Allgemeinmedizin begleitet und zeitgleich die angewandte Heilkunde von der allgemeinen Medizin bis zum universitär institutionalisierten Fachgebiet Allgemeinmedizin dokumentiert.

Die offizielle Daten- und Berichtslage der DEGAM bis Mitte der 1980er Jahre ist schmal und lückenhaft. Allerdings konnte sich der Herausgeber auf sein einschlägiges umfangreiches Text-, Buch- und Bildarchiv stützen, das er als Medizinpublizist seit seiner Studentenzeit 1966 am Klinikum Essen bis heute pflegt. Irgendwie hatten ihn diese „Praktiker draußen“ in ihrem exotischen Tun, aber auch in ihrer beispiellosen Patientenvertrautheit schon immer fasziniert – bis er selber einer von ihnen wurde.

Heute ist die Allgemeinmedizin längst angekommen: im Lehrplan der Fakultäten, im Fächer-

Prof. Dr. med. Frank H. Mader
Facharzt für Allgemeinmedizin
Herausgeber

Nittendorf / Vichtenstein (A), im Juli 2016

Inhalt

Bundespräsident Joachim Gauck

3 Grußwort

Ferdinand M. Gerlach

4 Vorwort

Frank H. Mader

5 Einleitung

8 Abkürzungen

Gründung und Aufbruch

Gernot Lorenz

- 10 **Ein neuer Abschnitt der Allgemeinmedizin**
Von der Gründung der DEGAM 1966 bis zur Etablierung des Faches 1996

Klaus-Dieter Kossow

- 13 **Zwischen Berufstradition, Gesundheitspolitik und Wissenschaftlichkeit**
Hausärztliche Berufspolitik als Gründungsväter der DEGAM

Hans-Dieter Klimm

- 15 **Einmalig, herzerfrischend und verbindend**
Rückblick auf 12 Jahre Verbandsarbeit

Waltraut Kruse

- 17 **Mit Pioniergeist erfüllte Gemeinschaft von Allgemeinärzten**
Lehrbeauftragtenseminare und Dekansymposien

Gerhard Jungmann

- 19 **Der lange Weg**
Geschichte der Weiterbildung zum Allgemeinarzt

Frank H. Mader

- 21 **Schon vor über 50 Jahren dieselben Klagen**
Überalterung der Allgemeinärzte und Unterversorgung weltweit

Franz Dietz

- 23 **Vom Gebiet zum Fach Allgemeinmedizin**
Berufspolitischer Zusammenschluss

Hanno Grethe

- 25 **Allgemeinmedizin in der DDR**
Von der SBZ bis zur Wende

Diethard Sturm

- 27 **In Zeiten des Umsturzes eine wissenschaftliche Gesellschaft?**
Vereinigung von GAM der DDR und DEGAM

Benno König

- 29 **Ein historischer, schöner, glücklicher Tag**
Meine Erinnerungen als DEGAM-Präsident 1990

Strukturen im Wandel

Frank H. Mader

- 32 **Viele Komplimente, aber kein Heiratsantrag**
30 Jahre Allgemeinmedizin

Edmund Fröhlich

- 33 **Goldene zwanzig Jahre**
Die DEGAM von der Jahrhundertwende bis heute

Thomas Lichte

- 35 **Ein Modell auf der Erfolgsspur**
DEGAM-Sektionen seit über 15 Jahren unverzichtbar

Sonja Strothotte

- 36 **Ein Netzwerk wächst seit 2008**
JADE – Junge Allgemeinmedizin in Deutschland

Michael M. Kochen

- 38 **Vom „Landarzt“ zur „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“**
Beispiel für die Professionalisierung einer Fachzeitschrift für Allgemeinmedizin

Eberhard Hesse

- 40 **Allgemeinmedizin international**
SIMG – ESGP/FM – WONCA EUROPE

Edmund Fröhlich

- 42 **Die DEGAM-Kongresse**
Epizentrum der Allgemeinmedizin

Die Wissenschaft von der Allgemeinmedizin

Siegfried Häussler

- 46 **Das „Heidelberger Gespräch“ 1964 zwischen Klinikern und Praktikern**
Geschichte der Allgemeinmedizin als angewandte Heilkunde

- 49 **Fachdefinition Allgemeinmedizin**

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Norbert Donner-Banzhoff

- 50 **Wagenburg und neue Kraft**
Die Wissenschaft von der Allgemeinmedizin im Licht der Universitäten

Klaus Jork

- 52 **An Forschung hatte noch keiner gedacht**
Streiflichter vom Beginn der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin

Gisela C. Fischer

- 54 **Erst Ablehnung, dann Anerkennung**
Meine Erfahrungen als Hochschullehrerin für Allgemeinmedizin

Antonius Schneider

- 56 **Die Entwicklung der akademischen Allgemeinmedizin**
Erfolgreiche Förderung durch Bildungs- und Forschungsministerium

Martin Scherer

- 58 **Freud und Leid der Leitlinien**
Preisgekröntes DEGAM-Konzept bewährt sich im originären Praxistest

Fritz Meyer

- 60 **Eigenes Arbeiten wissenschaftlich überprüfen**
Was einen Landarzt für DEGAM-Postersitzungen motiviert

Doris Heuser

- 61 **Marburger Dissertationszentrale**
470 Arbeiten seit 1965

Ildikó Gágyor

- 62 **Unser Labor ist die Praxis**
Allgemeinärztliche Forschungspraxisnetze

Joachim Szecsenyi

- 63 **Qualitätszirkel in der Allgemeinmedizin**
Hausärzte waren die Pioniere

Andreas Graf von Luckner

- 65 **Der erste Professionalisierungskurs der DEGAM**
Den Fuß in die akademische Allgemeinmedizin bekommen

Die Lehre, die Lehrenden und die Lernenden

Hans Hamm

- 68 **Wie alles begann**
Aus den Pioniertagen der allgemeinmedizinischen Lehre

Wilhelm Niebling

- 69 **Völlige selbstverständliche Gleichstellung als Endziel**
VHLA 2005 bis GHA 2013

Ingeborg Siegfried

- 71 **„Da hab ich's eben gepackt!“**
Mit den Professoren die Fälle besprochen und Tennis gespielt

- Erika Baum*
- 73 Hochschulkarriere aus dem Mittelbau heraus
Herausforderungen und Chancen
- Antje Bergmann*
- 75 Vereinbarkeit von Familie und Karriere
Spagat zwischen den Welten
- Maren Ehrhardt*
- 76 Mittelbautreffen und DEGAM-Karriereworkshops
Zunehmend Nicht-Allgemeinärzte vertreten
- Vittoria Braun*
- 77 Allgemeinmedizinische Lehre an der Charité nach der Wende
Doppelfunktion als Hochschullehrer und Allgemeinarzt unverzichtbar
- Thomas Kühlein*
- 79 Warum ich mich nach 10 Jahren Praxis um einen Lehrstuhl bewarb
„Was mit mir geschah, war wie eine Art Infektion“
- Thomas Ledig*
- 81 Anfangs Exot – Heute tragende Säule
Stand der Allgemeinmedizin im akademischen Unterricht in Deutschland
- Klaus Böhme*
- 83 Erfolgsmodell Allgemeinmedizin
Hervorragende Evaluationen der studentischen Ausbildung in der Hausarztpraxis
- Reinhold Klein*
- 85 Famulatur in der Allgemeinpraxis
Seit 1965 die erfolgreichste Ausbildungsform
- Juliane Höfer*
- 88 Landarztfamulatur mit Bergglück
Von Berufstheorie und Dienst im Dirndl
- Anne Simmenroth-Nayda*
- 90 Studierende mit dem PJ sehr zufrieden
Deutlicher Zuwachs an hausärztlicher Kompetenz
- Georg Eckstein*
- 92 Erstmals gelernt, eine ordentliche Untersuchung durchzuführen
Meine Eindrücke im PJ Allgemeinmedizin
- Weiterbildung, Berufsbild und Professionalisierung**
- Max Kaplan*
- 94 Die Weiterbildung zum Hausarzt
Dauerkonflikt zwischen Allgemeinmedizin, Innerer Medizin und EU-Richtlinien
- Jean-Francois Chenot*
- 96 Mehr Kompetenzerwerb und weniger Hürden
DEGAM-Vorschlag zur neuen Musterweiterbildungsordnung
- Jost Steinhäuser*
- 98 Verbundweiterbildung^{plus} in der Allgemeinmedizin
Ein attraktives Angebot für die Generation Y
- Thorsten Tempelfeld*
- 100 Gut aufgehoben und ernst genommen
„In der Verbundweiterbildung fühlte ich mich wohl“
- Bernadett Maria Hilbert*
- 101 Wie ich auf die fantastische Idee kam, eines Tages Hausärztin zu werden
Für mich der absolute Traumjob
- Beate Müller*
- 103 Warum ich Allgemeinärztin werde
Mit Peer Group zur Allgemeinmedizin der Zukunft
- Dirk Schnack*
- 105 Quereinstieg mit Mitte 40
Plötzlich Allgemeinärztin

- Hans-Otto Wagner*
- 107 Einmal Landarzt – nicht immer Landarzt
Warum und wie ich als Hausarzt an die Uni wechselte
- Heinz-Harald Abholz*
- 109 Aus der Hochschule in die Allgemeinpraxis zurück
Zwei Seiten derselben Medaille
- Ralf Bettker-Cuza*
- 110 Abseits vom Hausarzt
Allgemeinarzt als Leiter des werksärztlichen Dienstes
- Günther Egidi*
- 111 Der allgemeinmedizinische Listserver [ALLGMED-L]
Virtueller Stammtisch für Allgemeinärzte
- Armin Mainz*
- 113 Unabhängige und selbstbestimmte Fortbildung
Hey teacher leave us docs alone ...
- Hans-Michael Mühlenfeld*
- 115 Strukturierte Fortbildung für Primärversorger
Qualitätsvolle und praxisgerechte IuF-Angebote
- Gernot Rüter*
- 116 Abrechnung im Pauschalsystem
Durch HzV wieder frei in meiner ärztlichen Arbeit
- Bernhard Riedl*
- 117 50 Jahre Hausarzt als Unternehmer
Ein Berufsbild im Wandel
- Nathalie Bormann*
- 119 DEGAM-Nachwuchsakademie
Zweifel ausräumen – Fragen beantworten
- Sandra Lange*
- 120 Summerschool Allgemeinmedizin der DEGAM
„Netzwerke ein echter Gewinn“
- Raimund Schmid*
- 121 Professionalisierung der Allgemeinmedizin
Rückblick eines journalistischen Weggefährten auf 30 Jahre

Von alten und neuen Visionen

- Eberhard Hesse*
- 124 Allgemeinmedizin 2016
Eine Vision aus dem Jahr 1996
- Ferdinand M. Gerlach*
- 126 Die Zukunft gehört den Generalisten
Gute Allgemeinmedizin ist Medizin mit Augenmaß
- Wolfgang Kölling*
- 128 Langfristige Planungssicherheit
Finanzbasis, Arbeitszeit, Praxisstrukturen
- Uwe Popert*
- 129 Hausarzt-Praxis 2020
Wohin geht die Reise?
- Ulrich Weigeldt*
- 131 Zähes Ringen um gemeinsame Lösungen
DEGAM verlässlicher und konstruktiver Partner
- Frank H. Mader*
- 133 Die DEGAM-Präsidenten 1990 bis 2016
„Es geht voran“
- 136 „Danke DEGAM. Halte den Kurs!“
Glückwünsche von DEGAM-Mitgliedern zum 50. Jubiläum

Anhang

- 138 Vorstand und Ehrenmitglieder DEGAM
- 139 Preisträger der Hippokrates-Medaille
- 140 Zeittafel Allgemeinmedizin in Deutschland
- 142 DEGAM-Kongresse
- 143 Sachverzeichnis

Abkürzungen

ÄApprO	Approbationsordnung für Ärzte	IMPP	Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen
ÄP	Ärztliche Praxis. Die Zeitung des Arztes in Klinik und Praxis	JADE	Junge Allgemeinmedizin Deutschland
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen	KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	LL	Leitlinie
ÄZ	Ärzte Zeitung	MFA	Medizinische Fachangestellte
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	MMG	Medizin Mensch Gesellschaft
BÄK	Bundesärztekammer	MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
BDA	Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzterverband	M-WO	(Muster-)Weiterbildungsordnung
BDI	Berufsverband Deutscher Internisten	NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung	ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
BMFT	Bundesministerium für Forschung und Technologie	PC	PrimaryCare
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	Q. n. v.	Quelle nicht nachvollziehbar
BPA	Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin	SAGAM	Salzburger Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	SGAM	Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft	SGB V	Sozialgesetzbuch V
DGIM	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin	SIMG	Societas Internationalis Medicinae Generalis
DHÄV	Deutscher Hausärzterverband	SÜGAM	Südtiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin
DPA	Der Praktische Arzt	SVA	Sächsischer Verband der Fachärzte für Allgemeinmedizin
EGPRN	European General Practice Research Network	SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
EGPRW	European General Practice Research Workshop	TdA	Tag der Allgemeinmedizin
EQUIP	European Society for Quality and Safety in Family Practice	TGAM	Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine	UEMO	European Union of General Practitioners/Family Physicians; Union Européenne des Médecins Omnipraticiens/Médecins de Famille
FDA	Fachverband Deutscher Allgemeinärzte	VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
GAM	Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR	VGAM	Vorarlberger Gesellschaft für Allgemeinmedizin
GAMT	Gesellschaft für Allgemeinmedizin Thüringen	VHLA	Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin
GHA	Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin	WABe	Weiterbildung Allgemeinmedizin Berlin
GMA	Gesellschaft für Medizinische Ausbildung	WO	Weiterbildungsordnung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz	WONCA	World Organization of Family Doctors
HÄVG	Hausärztliche Vertragsgemeinschaft	ZFA	Zeitschrift für Allgemeinmedizin
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung	Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
IAH	Internationale Allgemeinmedizin und Hochschule. Organ der VHLA. Beilage zur ZFA	ZKM	Zeitschrift für Klinische Medizin

50 Jahre DEGAM
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Gründung
und Aufbruch

Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands war Sprachrohr unserer Berufsgruppe. Die Wochenarbeitszeit des Praktischen Arztes betrug 60 Stunden, die des Arbeiters 43. Die zunehmende Spezialisierung der Medizin hatte die Frage aufkommen lassen, ob der Praktische Arzt überhaupt eine Zukunft habe. *Robert N. Braun* hatte 1955 in Wien und in den Folgejahren mit seinen berufstheoretischen

in Tübingen sowie an *Hayn* und später *Jork* in Frankfurt, an *Habighorst* in Mainz, *Brandlmeier* in München, *Hamm* in Hamburg und *Haehn* in Hannover.

DEGAM aus Zusammenschluss geboren

Die fachübergreifenden Berufsverbände wie der Hartmannbund und der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) sowie der eigene Berufsverband der Praktischen Ärzte (BPA) sahen die Notwendigkeit, über ihre jeweiligen berufspolitischen Aktivitäten hinaus ein gemeinsames Organ für die wissenschaftliche Entwicklung der Allgemeinmedizin zu schaffen. So wurde 1966 in Köln u. a. durch Repräsentanten von BPA und NAV das „Deutsche Institut für Allgemeinmedizin e. V.“ gegründet.

Hermann Kerger (1906 – 2009), eine Persönlichkeit, die Zuversicht und Integrationsfähigkeit mitbrachte, hatte bereits im November 1965 zusammen mit *Gerhard Jungmann* in Frankfurt die „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin e. V.“ gegründet und war deren Vorsitzender bis 1975. Die Gesellschaft wurde vom Registergericht Bonn am 4. Oktober 1966 eingetragen. Die offizielle Verschmelzung der DEGAM mit dem Deutschen Institut für Allgemeinmedizin und der VHLA erfolgte am 14. Juni 1975 zur „Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin e. V.“. Erster Präsident der „neuen“ DEGAM war *Klaus-Dieter Haehn*, der spätere erste Ordinarius für Allgemeinmedizin in Hannover. In Konstanz fand bereits 1966 im Gründungsjahr der Gesellschaft im berufspolitischen Windschatten des BPA der erste Kongress für Allgemeinmedizin der DEGAM statt. Die folgenden Kongresse mit teilweise über 200 Besuchern führten zu einer Konsolidierung der Gesellschaft in den ersten 10 Jahren.

Viel Geschick, Geduld und Beharrungsvermögen

Die Geschichte der DEGAM kann nicht unabhängig davon betrachtet werden, ob und in welchem Ausmaß sich die Allgemeinmedizin an den Universitäten etabliert hat, basierend auf der jeweils gültigen Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppro). Nach der Erteilung der ersten Lehraufträge erfolgte 1976 in Hannover die Errichtung des ersten bundesdeutschen ordentlichen Lehrstuhls für Allgemeinmedizin und dessen Besetzung mit *Klaus-Dieter Haehn*. 1979 wurde in Frankfurt das Institut für Allgemeinmedizin gegründet (Leiter *Klaus Jork*). Angeregt durch die KV Niedersachsen unter *Weinhold* wurde in Göttingen 1984 der Lehrauftrag Allgemeinmedizin zu einer Abteilung für Allgemeinmedizin mit dem Allgemeinarzt und Honorarprofessor (1982) *Eckart Sturm*, 12 Lehrbeauftragten und 9 Assistenten erweitert (bis 1989).

Der zögerliche Aufbau und die überwiegende Beschränkung der universitären Darstellung auf eine Lehre nur durch Lehrbeauftragte ohne Forschungsmöglichkeit erforderte von den Re-

Im Jahr 1966, dem Gründungsjahr der (damals) „Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM)“, war *Ludwig Erhard* Bundeskanzler und *Heinrich Lübke* Bundespräsident. Arbeitsminister *Blank* strebte eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze für die Krankenversicherung von 600 DM auf 900 DM an. Auch von „Punktwerten“ war schon die Rede.

Gernot Lorenz

Ein neuer Abschnitt der Allgemeinmedizin

Von der Gründung der DEGAM 1966 bis zur Etablierung des Faches 1996

Untersuchungen zur Fällverteilung Aufsehen erregt. Dieser österreichische Praktiker Braun gehörte zu einem Kreis von Persönlichkeiten, die sich 1964 zu den sog. „Heidelberger Gesprächen“ zusammengefunden hatten.

„Optimale Allgemeinmedizin definieren und lehren“

Die damals geäußerten Gedanken zur Akademisierung sind unverändert aktuell: „Wer die Allgemeinmedizin erforschen will, muss mit seinem Institut zur Allgemeinpraxis hinausgehen, in neben- oder nachgeordnete Räume einer Stadt- oder Landpraxis.“ Und „Hat man eine ausreichende Grundlage erarbeitet, wird man die optimale Allgemeinmedizin auch definieren und lehren können.“

1966 wurde der Praktische Arzt *Siegfried Häussler* erstmals an die Universität Freiburg durch den Ordinarius für Innere Medizin, *Hans-Joachim Sarre*, zu einer Vorlesung eingeladen und erhielt dann dort 1967 den ersten Lehrauftrag für Allgemeinmedizin in der Bundesrepublik. Weitere Lehraufträge folgten in Baden-Württemberg an *Mattern* und *Isele* in Heidelberg, an *Härter* in Mannheim, *Schiffner*

„Die Allgemeinmedizin hat in den letzten Jahren eine erstaunliche Entwicklung durchgemacht. Durch Selbstbesinnung und zunehmende Erforschung ihres Arbeitsbereiches begann sie die ihr zukommende Eigenstellung innerhalb der Gesamtmedizin zu entfalten.“

Hans Hamm, 1975, im Vorwort zu seinem Lehrbuch „Allgemeinmedizin“

„Der Leser wird in die Pionierarbeit einer neuen Disziplin, der Wissenschaft von der ärztlichen Allgemeinpraxis, eingeführt.“

Thure von Uexküll, 1970, im Geleitwort zu R. N. Braun „Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis“



30 Jahre DEGAM: Präsident G. Lorenz 1996 in Bremen

präsentanten der Allgemeinmedizin viel Geschick, Geduld und Beharrungsvermögen. Die Ernennung zu Honorarprofessoren bei gleichbleibend schlechter materieller Grundausstattung verbesserte für den Einzelnen und für das Fach die Lage zunächst nicht. Auch erste Habilitationen blieben ohne folgende Institutionalisierung. Trotz fortgesetzter Verständigungsversuche mit den Fakultäten über Inhalte und Zweck von Lehre und Forschung in Allgemeinmedizin bei den von Häussler initiierten jährlichen „Dekansymposien“ machte die Akademisierung der Allgemeinmedizin bis Mitte der 1990er Jahre nur bescheidene Fortschritte.

Prägende Persönlichkeiten

Die Dozententreffen unter der prägenden Führung von Häussler festigten das Selbstverständnis und belebten die Motivation der Kollegen, die sich nur unter Mühe aus der täglichen Praxis freimachen konnten, aber auch andere Einflüsse wirkten mit: Da war die philosophische Vertiefung durch *Mattern*, eine stark gestisch-didaktische Ausrichtung durch *Schrömbgens*, die Systematik durch *Hamm*, wissenschaftliche Methodik durch *Haehn* und Frau *Schach*, anthropologisches Denken durch *Sturm*, scharfe Analysen von *Jork*, pragmatisch-ruhige Feststellungen von *Brandlmeier*, psychosomatische Sichtweisen – verfochten von *Helmich* und kritisch reflektiert von Frau *Kruse*, strenge redaktionelle Maßstäbe von Frau *Sehrt*, geriatrische Statistiken von Frau *Fischer* und der pragmatisch zusammengestellte Lehrstoffkatalog von *Härter* und *Faust*.

Klaus-Dieter Haehn, zweiter Präsident der DEGAM von 1975 bis 1979, gab der Gesellschaft die eindeutigere, spezifisch wissenschaftliche Ausrichtung: In den Hopenhagener Beschlüssen wurde die bisherige Definition der Allgemeinmedizin überarbeitet. Weitere Beschlussfassungen des Präsidiums erfolgten in Baden-Baden, später in Langen und Egelsbach zur Fort- und

Weiterbildung, zu den Grundsätzen wissenschaftlicher Arbeit, Schwerpunkten wissenschaftlicher Forschung, der Definition der Familienmedizin mit Erstellung eines Curriculums. Sie sind Fundgruben komprimierter Gedanken und quasi ganze Arbeitsprogramme.

Der dritte Präsident, *Hans Hamm*, hat die Gesellschaft von 1979 bis 1986 mit seiner wissenschaftlichen Tätigkeit als Verfasser der populären ersten einschlägigen allgemeinmedizinischen Lehrbücher und seiner internationalen Orientierung stark geprägt. Von 1983 bis 1985 wurden von ihm die Kongresse der Gesellschaft in Mannheim organisiert, 1985 in Zusammenarbeit mit der SIMG. Während der Präsidentschaft von *Georg Härter* 1986 bis 1990 war es der Gesellschaft durch die Unterstützung des BPA möglich, eine eigene Geschäftsstelle in Köln einzurichten. Seit 1990 führte die DEGAM dann ihren Jahreskongress zusammen mit dem BDA im Rahmen des Hausärztetages durch.

Von 1990 bis 1992 intensivierte und verbesserte das Präsidium unter seinem Präsidenten *Benno König* die Kontakte zum 1979 gegründeten Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA) e. V. und vollzog die Vereinigung mit der Gesellschaft für Allgemeinmedizin (GAM) der ehemaligen DDR. Die GAM war von ihren zuletzt 6.000 Mitgliedern fachlich und kollegial mehr als nur akzeptiert. Über die SIMG bestanden bereits zu DDR-Zeiten Kontakte zu *Gärtner*, *Meumann* und anderen Kollegen.

Seminarweiterbildung Allgemeinmedizin

Während der Präsidentschaft von *König* wurde nach kontroverser Diskussion in vielen Gremien noch im Jahr 1992 durch den BPA-Chef *Rolf-Eckart Hoch* der Antrag auf eine 3-jährige Weiterbildungspflicht mit einer ergänzenden



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

50 Jahre DEGAM. Von der Gründung als „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin“ 1966 bis zur letzten Änderung des Logos 2009



Erster Lehrauftrag und erste Habilitation: S. Häussler



Herrenrunde 1969 in Innsbruck (v.l.n.r.): F. H. Mader, BPA-Chef
W. Haupt, K.-D. Haehn

DEGAM-Präsidenten von 1966 bis 2016

1966 – 1975

Dr. med. Hermann Kerger,
Frankfurt

1975 – 1979

Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Haehn,
Hannover

1979 – 1986

Prof. Dr. med. Hans Hamm,
Hamburg

1986 – 1990

Prof. Dr. med. Georg Härter,
Mannheim

1990 – 1992

Prof. Dr. med. Benno König,
Mainz

1992 – 1996

Prof. Dr. med. Gernot Lorenz,
Tübingen

1996 – 1998

Prof. Dr. med. Peter Helmich,
Düsseldorf

1998 – 2004

Prof. Dr. med. Heinz-Harald
Abholz, Düsseldorf

2004 – 2010

Prof. Dr. med. Michael M.
Kochen, MPH, FRCGP, Göttingen

seit 2010

Prof. Dr. med. Ferdinand M.
Gerlach, MPH, Frankfurt

Seminarweiterbildung von 240 Stunden in den Deutschen Ärztetag in Köln eingebracht. Mit Hilfe der Kollegen aus den neuen Bundesländern konnte die Vorlage als Bestandteil der (Muster-) Weiterbildungsordnung beschlossen und anschließend im Bundestag definitiv im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) verankert werden (§ 95a Abs.2: Voraussetzung für die Eintragung in das Ärzteregister für Vertragsärzte).

1992 bis 1994 wurde diese Seminarweiterbildung dann in zahlreichen gesellschaftsinternen Sitzungen und Abstimmungen zusammen mit der BÄK zum „Kursbuch Allgemeinmedizin“ ausgearbeitet und gemeinsam mit der DEGAM herausgegeben. Hunderte von angehenden Allgemeinärzten haben bis 2005 in ihren Landesärztekammern diese allgemeinmedizinisch spezifischen Seminare mit Referenten, die in der Regel aus Hausarztpraxen kamen, durchlaufen. Der gleichzeitig erarbeitete Entwurf einer neuen Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) mit vermehrten Aufgaben für die Allgemeinmedizin (und deren universitärer Entwicklung) sollte aufgrund des Widerstandes der Bundesländer jedoch noch Jahre lang nicht verabschiedet werden.

DEGAM-Satzung 2010

„§ 1, Abs. 1.0: Der Verein führt den Namen ‚Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V.‘. Seine englische Bezeichnung ist: ‚German Society of General Practice and Family Medicine‘. Er hat seinen Sitz in Bonn... Die DEGAM ist die wissenschaftliche Gesellschaft der Allgemeinmedizin und Familienmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. Ihre Aufgabe ist die Förderung und Koordinierung von Lehre, Forschung, Weiterbildung, Berufsausübung und Fortbildung in der Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Ziel der Gesellschaft ist es, der Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Forschung, Lehre und Praxis die ihr zukommende Bedeutung zu verschaffen. Zur Verfolgung ihrer Aufgaben kann die Gesellschaft Arbeitskreise und Institute einrichten.“
Satzung (Auszug) in der am 24. September 2010 beschlossenen Fassung

Das Jubiläum „30 Jahre Allgemeinmedizin“ im Jahr 1996 stand ganz im Zeichen richtungsweisender Beschlüsse des 99. Deutschen Ärztetages: Die Delegierten hatten sich eindeutig für die Konzentration der Hausarztqualifikation auf den Allgemeinarzt und eine entsprechende Verlängerung und Ausgestaltung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin auf 5 Jahre ausgesprochen. Mit der Umsetzung dieses Beschlusses wurde ein langjähriges Hauptziel unserer Gesellschaft erreicht und ein neuer Abschnitt der Allgemeinmedizin in Deutschland eingeleitet.

Prof. Dr. med. Gernot Lorenz

Facharzt für Allgemeinmedizin, Präsident
DEGAM (1992 – 1996), 72793 Pfullingen

Vom Herausgeber erweitert, rech. und red. bearb. Fassung
Festvortrag „30 Jahre Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin“, 19. Hausärzttag, Bremen, September 1996

Zusammenlegung der drei allgemeinmedizinischen Vereine

Am 4. Mai 1974 hatten in Baden-Baden die Repräsentanten der Organisationen Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin e. V. (Vors. Kerger), Deutsches Institut für Allgemeinmedizin e. V. (Vors. Haehn) und die Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin (VHLA) e. V. (Vors. Häussler) beschlossen, ihren Mitgliederversammlungen die Zusammenführung unter dem Vereinsnamen „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin e. V.“ zu empfehlen. Aufgabe der neuen Gesellschaft soll gemäß der neuen Satzung sein „die Förderung und Koordinierung von Lehre, Forschung, Weiterbildung, Berufsausübung und Fortbildung in der Allgemeinmedizin. Ziel ist es, der Allgemeinmedizin in Forschung, Lehre und Praxis die ihr zukommende Bedeutung zu verschaffen. Zur Verfolgung dieser Aufgaben kann die Gesellschaft Arbeitskreise und Institute einrichten.“

Nach Satzungsdiskussion wird am 14. Juni 1975 in Baden-Baden der Beschluss durch die 41 Mitglieder der 3 vorgenannten Organisationen „einstimmig“ umgesetzt. Dr. Haehn wird zum Vorsitzenden, die Dres. Kerger und Härter werden zu Stellvertretern der DEGAM gewählt. Zum Vorstand der „neuen“ DEGAM gehörten ferner Dres. Jungmann, Hamm, Kuhn und Vogler. Dieser Zusammenschluss wurde am 1. August 1975 vom DEGAM-Vorsitzenden Haehn dem Präsidenten der BÄK, Prof. Dr. Sewering, gemeldet. Wann die VHLA (wieder-)begründet wurde, ließ sich durch den Herausgeber nicht mehr in den Archiven herausfinden. Frank H. Mader

Als *Hufeland* Gründungsrektor der Charité und Hausarzt der Königin *Luise* wurde, prägte sein Werk „Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern“ noch die Medizin, es beschreibt Allgemeinmedizin fast im modernen Sinne.

Im Jahr 1822 fand die Gründung der deutschen Gesellschaft der Naturforscher und Ärzte statt. Sie bildete viele Sektionen naturwissenschaftlich

Nach meinem Geschichtsbild ist die Allgemeinmedizin aus der klösterlichen Heilkunde, zum Beispiel der *Hildegard von Bingen*, entstanden. Sie entwickelte eine erste Blüte, nachdem *Leonardo da Vinci*, *Paracelsus* und *Andreas Vesalius* durch Beobachtungen der Natur und durch Sektionen ihr eine erste wissenschaftliche Grundlage gaben.

Klaus-Dieter Kossow

Zwischen Berufstradition, Gesundheitspolitik und Wissenschaftlichkeit

Hausärztliche Berufspolitiker als Gründungsväter der DEGAM

„Die DEGAM wurde gegen den Widerstand der Universitätsmedizin durch berufspolitisch aktive Hausärzte und Hartmannbund-Aktivisten gegründet.“

ausgerichteter Spezialisten. Eine romantische Medizin zerstörte den Weg der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin auf anthropologischer und psychologischer Grundlage.

Gegen den Widerstand der Universitätsmedizin

Was seit der Mitte des 19. Jahrhunderts bis heute auseinander gefallen ist, das muss eine zwar

auch naturwissenschaftliche, aber zunehmend auch psychologische und mit den Methoden der empirischen Sozialforschung wissenschaftlich begründete Allgemeinmedizin nun mühsam wieder zusammenfügen.

In diesem Sinne wurde gegen den Widerstand der Universitätsmedizin durch die berufspolitisch aktiven niedergelassenen Hausärzte und die Hartmannbund-Aktivisten *Hermann Kerger* und *Gerhard Jungmann* die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) gegründet. 1981 erhielt Kerger die Paracelsus-Medaille. Kurz nach seinem 103. Geburtstag starb er 2009. Da war die von ihm gegründete DEGAM schon seit 34 Jahren anerkanntes Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Weitere Mitglieder des Hartmannbundes wie *Siegfried Häussler*, *Hermann Braun* und *Ernst-Eberhard Weinhold* unterstützten zusammen mit dem 1961 gegründeten Berufsverband der praktischen Ärzte (BPA) die Entwicklung der Allgemeinmedizin, so zum Beispiel *Heinrich Kellner*, der erste Verbandsgeschäftsführer des BPA aus Peine. Den nächsten Schub durch aktive hausärztliche Berufspolitiker bekam die wissenschaftliche Allgemeinmedizin nach Gründung des Fachverbands Deutscher Allgemeinärzte (FDA) 1979.

In der harten Auseinandersetzung um die Weiterbildung spielten der bayerische Ärztekammerpräsident und Vorsitzende der ständigen Konferenz ärztliche Weiterbildung der Bundesärztekammer (BÄK) *Hans-Joachim Sewering* eine Schlüsselrolle: Eine ausreichende Zahl von Nachwuchs-Hausärzten und eine verlässliche Beschäftigung der von der BÄK erzeugten Facharztmasse seien am besten durch weniger kompetente Hausärzte zu gewährleisten. FDA-Mitglieder und jüngere Hausärzte im BPA sahen daher die Zusammenarbeit zwischen dem BPA-Vorsitzenden *Helmuth Klotz* und *Sewering* mit Argwohn. Spätestens Anfang der Achtzigerjahre entstand aus dieser politischen Diskussion auch ein gewisser Gegensatz zwischen *Klotz* und der DEGAM.



K.-D. Kossow am 22. Deutschen Hausärztetag mit 33. DEGAM-Kongress, Dresden 1999

„Der Allgemeinarzt ist nicht nur der Arzt für die ‚allgemeinen Krankheiten‘, sondern, was für die Gesellschaft viel bedeutungsvoller ist, der Arzt für die Allgemeinheit der Bevölkerung. Er ist damit in besonderem Maße sozial in die Gesellschaft eingebunden.“

Hamm H (1976) MMG 1:171-172

Aufschwung der DEGAM

1972 erfolgte die Gründung des Verdener Arbeitskreises der DEGAM; die KV Niedersachsen förderte intensiv diese Aktivität engagierter Allgemeinärzte. Nach drei Jahren Arbeit wurden dann die Verden-Studie (S. 54) publiziert und das Projekt DOMINIK III abgeschlossen, auf dessen Grundlage ein Pflichtenheft für die weitere Entwicklung der Praxis-EDV erstellt werden konnte. Der Allgemeinarzt *Klaus-Dieter Haehn* aus dem niedersächsischen Kirchboitzen erhielt nicht zuletzt aufgrund dieser Publikationen den ersten Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der medizinischen Hochschule Hannover. *Weinhold* baute in den zehn Jahren von 1983 bis 1993 mit mir als Nachfolger ein Förderprogramm für die Weiterbildung auf, welches in der Spitze einen Fonds von 120 Millionen DM aufwies und das durch die niedersächsischen Krankenkassen refinanziert war. Dies alles wurde schrittweise unter dem Einfluss fachärztlicher Funktionsträger nach 1993 durch Auszahlungen als Honorar an die Not lei-

„Wir müssen der kommenden Ärztegeneration die Sicherheit bieten, dass der Allgemeinarzt als eine Form ärztlicher Berufsausübung die nächsten Jahre überdauern wird. Die nicht enden wollenden Diskussionen über die wirtschaftliche und medizinische Zukunft des Allgemeinarztes müssen endlich zu einem positiven Ende gebracht werden, um die Motivation, den Weg zum Allgemeinarzt einzuschlagen, zu verstärken. Wir müssen uns entscheiden, ob wir eine primärärztliche Versorgung der Spezialisten oder durch Allgemeinärzte haben wollen.“

Dr. med. Hellmuth Klotz,
Vorsitzender der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin, 84. Deutscher Ärztetag 1981, Trier

Siegfried Häussler (1917 – 1989)

(auch „Häußler“). „Vor 50 Jahren erhielt *Häussler* von der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg einen Lehrauftrag. Man gab ihm den Titel ‚Tätigkeit des Praktischen Arztes‘. Dies war die späte Geburt der Allgemeinmedizin an deutschen Medizinischen Hochschulen und Unis, von denen auch heute noch nicht alle einen Lehrstuhl für hausärztliche Medizin eingerichtet haben... Nach seiner Habilitation 1968 bei Prof. *Ludwig Heilmeyer*, Freiburg, mit der Habilitationsschrift ‚Kostenkenntnis für Sozialversicherte. Analyse und Ergebnisse eines fünfjährigen Experiments‘ erhielt *Häussler* die Lehrbefugnis an der neu gegründeten Ulmer Uni, wo er 1973 zum außerplanmäßigen Professor ernannt wurde.“

Kossow K-D (2016) *Der Hausarzt* 3 : 68

Abgrenzung der DEGAM zum BDA

„In der DEGAM-Versammlung (1996) kam es zu heftigen Diskussionen zwischen BDA und DEGAM darüber, was noch ‚wissenschaftliche‘ Aufgabe der wissenschaftlichen Gesellschaft sei, und auf welchen Aktionsfeldern die DEGAM doch bitteschön das Feld der Berufspolitik zu überlassen habe. Von den Vertretern des BDA wurde dabei allerdings wenig berücksichtigt, dass in der schwierigen Umbruchsituation, in der sich die deutsche Allgemeinmedizin derzeit befindet, die Klärung wissenschaftlicher Positionen oft zwangsläufig berufspolitische Auswirkungen hat. Ein praktisches Beispiel dafür war der Antrag der Umbenennung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin in Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin. Eine Anpassung an die europäische Situation macht aus Sicht der wissenschaftlichen Gesellschaft durchaus Sinn, politisch ist eine Diskussion darüber zum jetzigen Zeitpunkt jedoch unklug, denn – so bemerken die standespolitischen Vertreter zu Recht – die Diskussion um die 5-jährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und deren noch ausstehende Ausfüllung würde dadurch enorm behindert und verzögert.“

Günther Buck, Chefredakteur ZFA (1996):23



DEGAM-Mitbegründer und Ehrenmitglied DEGAM,
Träger der Paracelsusmedaille
Dr. med. Hermann Kerger (1906-2009)

denden Kassenärzte zerstört. Aber die Allgemeinmedizin und die DEGAM nahmen von da an einen Aufschwung. Dies hatte zwei Gründe:

Zahl und Qualität der Lehrbeauftragten und Professoren an den Hochschulen nahmen zu, und durch die Fusion von FDA und BPA über den BDA und schließlich zum Deutschen Hausärzterverband entwickelten die Hausärzte eine von den Körperschaften unabhängige politische Kraft. Mittlerweile ist ein Professor aus unseren Reihen Vorsitzender des Sachverständigenrats und die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) schließt eigene Verträge mit den Krankenkassen und wickelt sie im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) selbst ab. Dies wurde möglich, weil wir uns durch hausarztfeindliche Mehrheiten sowohl in den Ärztekammern (Beispiel ist die Nicht-Umsetzung der Rostocker Beschlüsse) und in den kassenärztlichen Vereinigungen (Beispiel ist die Auszahlung des Förderfonds für die Weiterbildung künftiger Allgemeinärzte als Honorar für die Fachärzte in Niedersachsen) nicht haben entmutigen lassen.

Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Kossow

Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Ehrenvorsitzender Deutscher Hausärzterverband, 28832 Achim

Die Veranstaltung fand im Rahmen des 1. Deutschen Hausärztetages und erstmals zusammen mit einem internationalen Kongress statt, des European General Practice Research Workshops (EGPRW).

In Erinnerung geblieben sind mir weniger die wissenschaftlichen Veranstaltungen als einige Persönlichkeiten, deren Namen schon damals Programm waren: *Haehn, Härter, Hamm,*

1978 wurde ich auf dem 12. Deutschen Kongress für Allgemeinmedizin in Marburg zusammen mit *Helmut Pillau* in den Vorstand der DEGAM gewählt. Beinahe wäre ich zu spät gekommen, da ich noch nie auf einem DEGAM-Kongress war und gar nicht wusste, wie das abläuft und wo man sich hinwenden sollte.

Hans-Dieter Klimm

Einmalig, herzerfrischend und verbindend

Rückblick auf 12 Jahre Verbandsarbeit

Uffelmann, Keller, Häussler, Pillau, Schrömbgens, Mattern, Vogler, Göpel, Brandlmeier. Was mir jedoch noch in Erinnerung blieb, war eine Dichterlesung von *Karl Keller*, damals Lehrbeauftragter in Ulm, und eine Vernissage von ihm mit eigenen Gemälden.

Bis 1990 war ich Mitglied im Vorstand der DEGAM, davon die letzten 8 Jahre als Sekretär. Die Gesellschaft war relativ klein und hatte in den 80er Jahren zwischen 200 und maximal 400 Mitgliedern; sie bestand im Wesentlichen aus 3 Gruppen: einigen aktiven, sehr motivierten Persönlichkeiten, meist Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin – einigen Lehrbeauftragten, die zwar Mitglied waren, aber sich nicht sehr an der Gesellschaft und deren Entwicklung beteiligten – und einer größeren Zahl von Hausärzten, meist BPA-Mitglieder, die lediglich ihren Beitrag zahlten.

Wissenschaftliches Aushängeschild der Berufspolitik

Ziele und Strategien der Gesellschaft waren ausschließlich berufspolitisch orientiert, da der Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin (BPA) (unter deren damaligen Vorsitzenden *Klotz, Hoch* und *Kossow*) eine große Zahl von Mitgliedern hinter sich vereinigen konnte und dadurch auch das entsprechende Geld hatte. Meist ging es um die Honorierung hausärztlicher Leistungen sowie um Fragen der Abrechnung. Die DEGAM als zweites Bein der Allgemeinmedizin war sozusagen das wissenschaftliche Aushängeschild für den BPA.

Neben diesen beiden Interessenvertretungen keimte ein junger Verband auf, der Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA), der natürlich als Konkurrenz zum BPA gesehen und dort auch so verstanden wurde. Der FDA unter *Mader* und *Brüggemann* galt als Vertreter der „reinen Lehre“, da er sich kompromisslos den mehrjährig qualifizierten weitergebildeten „Facharzt für Allgemeinmedizin“ aufs Panier geschrieben hatte. Vom Herzen her fühlten sich die meisten DEGAM-Vorstandsmitglieder zu diesem jungen Verband der Allgemeinärzte hingezogen, waren andererseits aber realistisch genug, sich angesichts der materiellen Abhängigkeit mit dem BPA zu arrangieren. Erst die Vereinigung von BPA



DEGAM-Archivarbeit 2013 in Kuppenheim: F. H. Mader, H.-D. Klimm, B. König (v.l.n.r.)

und FDA im Jahr 1995 zum „Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA)“ entkrampfte das häufig angespannte Verhältnis der einzelnen Gruppierungen und verlieh der berufspolitischen Allgemeinmedizin in Deutschland einen enormen Aufschwung.

Mitarbeit in Gremien und Institutionen

Eine wesentliche Aufgabe der DEGAM und auch der Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin (VHLA) bestand darin, in wissenschaftlichen Gremien und politisch wichtigen Institutionen die Allgemeinmedizin mit einem Vertreter zu etablieren. So waren beispielsweise *Hamm* und *Klimm* lange Jahre beim Bundesgesundheitsamt, später beim Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Vertreter für das Fach Allgemeinmedizin, bei der AWMF waren es *Haehn*, *Hamm*, später *Lorenz*, im Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) u. a. *Hamm*, *Haehn*, *Klimm*, *Härter*, *König*, *Kruse*, *Hortmann*, *Mader*, bei der BÄK *Hamm*, *Haehn*, *Mattern*, *Schrömbgens*, *Kruse* und natürlich *Häussler*.

Seit ihrer Gründung hatte sich die Gesellschaft intensiv bemüht, außer dem eigenen Kongress auch andere Fortbildungsveranstaltungen, sei es unter der Leitung der DEGAM oder der Hochschullehrervereinigung, zu etablieren oder zumindest Tagungsbeiträge oder gar ganze -programme anderer Träger mit zu gestalten, beispielsweise in Karlsruhe (Therapiewoche), in Düsseldorf (Medica) oder auf dem Ärztekongress in Berlin. Hier waren viele Vertreter der DEGAM aktiv, insbesondere *Hamm*, *Haehn*, *Härter*, *Klimm*, *Jork*, *Pillau*, *Kruse*, *König*, *Göpel*, *Habighorst*, *Sturm*, *Häussler*.

Wegweisende Klausurtagungen

Trotz aller Bemühungen, über die Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA), die berufspolitischen Blätter oder die Pharmaindustrie neue Mitglieder zu gewinnen, dümpelte der Mitgliederstand der DEGAM langsam vor sich hin, zwar leicht ansteigend, aber nicht steil nach oben zeigend. Erst ab der Präsidentschaft unter *Michael M. Kochen* 2004 kam es zu einem sprunghaften Anstieg, der bis heute anhält.

In die Zeit meiner Mitgliedschaft im Präsidium fielen auf verschiedenen Klausurtagungen wichtige Vorstandsbeschlüsse, z. B. 1979 in Hodenhagen, als erstmals das Fachgebiet Allgemeinmedizin definiert wurde, oder Baden-Baden mit der Definition der Weiterbildungsziele in der Allgemeinmedizin und der Erstellung eines Weiterbildungskataloges zusammen mit der VHLA und dem BPA.

Schon sehr früh war den Repräsentanten der DEGAM klar, dass man das, was man definierte, was man also jeden Tag in der Praxis ausübte, letztlich auch wissenschaftlich untermauern müsse. Sprich: eigenständige, authen-

tische Forschung war angesagt. Erste Bemühungen waren Dissertationen aus dem jungen Fach (z. B. Hannover, Hamburg, Heidelberg und München/LMU), der große Durchbruch kam aber erst durch Hannover und die dort etablierten Forschungsansätze, insbesondere die Verden-Studie und die von der KBV angestoßene und geförderte Erhebung, die EVaS-Studie (S. 55). Hier wurde erstmals systematisch aufgezeigt, wie sich die Klientel der Allgemeinpraxis zusammensetzt, was der Hausarzt macht, wie viel Zeit er braucht und vieles andere mehr. Damit waren fachspezifische Markenzeichen gesetzt, „Duftmarken“ wie eine Forschung aussehen könnte.

„Forschung wie in anderen Fächern auch“

Klaus-Dieter Haehn, ein guter Freund von mir, riet mir 1979 in Hodenhagen bei einem Spaziergang an der Aller: „*Klimm*, wenn die Allgemeinmedizin etwas werden will, wenn Du was werden willst, musst Du Forschung vorlegen, das Habilitationsverfahren durchlaufen wie in allen anderen Fächern auch.“ Und er hatte recht und hat immer noch recht. Und langsam entwickelte sich in diesem Sinn eine den wissenschaftlich etablierten Regeln entsprechende Forschung. *Häussler* hatte bereits mittels Zugang zu KV-Abrechnungstatistiken in Freiburg habilitiert, dann kamen *Pillau* in München mit einem Thema zur Anamnese, *Kochen* in München untersuchte, was und was nicht Hausärzte verschreiben, *Gisela Fischer* in Frankfurt spezialisierte sich auf ein Unterkapitel der EVaS-Studie zum Thema Geriatrie und in Heidelberg kam *Klimm* mit einer teilweise experimentellen Arbeit zur Früherkennung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit in der Praxis hinzu. Inzwischen sind in Deutschland eine Vielzahl von allgemeinmedizinischen Habilitationsverfahren erfolgreich abgeschlossen, Tendenz steigend.

Was hat mir die Mitarbeit im Vorstand der DEGAM trotz aller Belastungen durch meine große Landarztpraxis im Badischen gebracht? Zu allererst Begegnungen mit vielen äußerst lebenswerten und interessanten Kollegen, allesamt voller Begeisterung und Begeisterungsfähigkeit und überzeugt von ihrem Fach und dessen Notwendigkeit in Lehre, Weiterbildung, Fortbildung und Forschung. Wenn ich an die vielen gemeinsamen Stunden in der Forschungsarbeit denke, aber auch in den Klausuren, in den Familien der einzelnen Vorstandsmitglieder bei den Treffen, so denke ich zurück mit Dankbarkeit und Freude an diese Begegnungen. Es war einmalig, herzerfrischend, herzverbindend und immer mit dem Ziel, was zu tun und zu erreichen für die Allgemeinmedizin, Schwerpunkt DEGAM.

Prof. Dr. med. Hans-Dieter Klimm
Facharzt für Allgemeinmedizin, Mitglied im Präsidium DEGAM (1978 – 1990), Träger Hippokraties-Medaille, 76456 Kuppenheim

„Die DEGAM als zweites Bein der Allgemeinmedizin war sozusagen das wissenschaftliche Aushängeschild für den BPA.“

„Der FDA galt als Vertreter der reinen Lehre. Vom Herzen her fühlten sich die meisten DEGAM-Vorstandsmitglieder zu diesem jungen Verband hingezogen.“

Ohne wissenschaftlichen Nachwuchs kann unser Fach keine Anerkennung finden, und der Nachwuchs muss aus unseren Lehr- und Forschungsbereichen kommen.“

Als ich diese Sätze in meiner Begrüßungsrede am 9. Oktober 2004 als Vorsitzende der Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin e. V. (VHLA) in München anlässlich des 30. Symposiums

International geht der Trend dahin, die medizinische Ausbildung stärker an den Grundbedürfnissen der Bevölkerung zu orientieren. Das bedeutet, der Allgemeinmedizin gegenüber den anderen Fachdisziplinen ein größeres Gewicht zu geben. Dabei sollte aber die Hinführung zu wissenschaftlicher Tätigkeit unter keinen Umständen vernachlässigt werden.

Waltraut Kruse

Mit Pioniergeist erfüllte Gemeinschaft von Allgemeinärzten

Lehrbeauftragtenseminare und Dekansymposien

„Allgemeinmedizin und Hochschule“ sprach, war unser Fach innerhalb der letzten 38 Jahre bereits an allen Medizinischen Fakultäten in Deutschland mit Lehraufträgen, Abteilungen oder Instituten vertreten und unsere Vereinigung konnte auf 31 Jahre mühsamer, aber letztlich erfolgreicher Arbeit zurückblicken.

Hans Hamm, früherer Präsident der DEGAM, erinnerte sich 1991: Häussler war der erste Vorsitzende der Vereinigung, deren Initiator und tragende Persönlichkeit, die er bis zu seinem Tod 1989 blieb. Die VHLA, deren Hauptzweck die Formung und hochschulpolitische Durchsetzung der Lehre und Forschung in der Allgemeinmedizin an den Universitäten ist, war von vornherein eine persönlich sehr eng verbundene, mit Pioniergeist erfüllte Gemeinschaft von Ärzten aus der Allgemeinpraxis im Bundesgebiet und später auch aus dem weiteren deutschsprachigen Raum. Schon früh war die Teilnahme von Gästen aus Österreich und der Schweiz, z. T. auch aus den Niederlanden und Großbritannien, an den Lehrbeauftragten-Seminaren die Regel.

„Die sog. ‚Dekansymposien‘ haben uns die Kontakte zu den Fakultäten und verantwortlichen Vertretern im Bereich der Kultus- und Wissenschaftsministerien ermöglicht.“

„Nur Definierbares kann gelehrt werden“

Aus den in den späten 1960er Jahren losen Treffen der damals Handvoll Lehrbeauftragten wurde 1972 in Berlin eine „Arbeitsgemeinschaft der Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin“ und ein Jahr später die „Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin“ im Vereinsregister in Stuttgart eingetragen und damit offiziell konstituiert (Kasten). Die Lehrbeauftragten-Seminare bildeten gut 30 Jahre den Kern der Veranstaltungen der VHLA. Sie fanden in den ersten Jahren regelmäßig halbjährlich meist in Berlin oder Stuttgart statt; sie wurden jahrzehntelang großzügig bis 1993 durch das Zentralinstitut (Zi) der KBV finanziell unterstützt. Von 1970 bis 2003 liegt eine lückenlose Dokumentation anhand der Semesterberichte der Lehrbeauftragten jeder Universität vor. Aus diesen Unterlagen geht die Entwicklung der Lehre der Allgemeinmedizin an den deutschen Universitäten eindrucksvoll hervor.

Die Aufgaben dieser Seminare und damit auch die der VHLA sind seit der Zielformulierung von Häussler anlässlich des ersten Seminars am 2. Mai 1970 weitgehend dieselben geblieben:

- › Kennenlernen der Lehrbeauftragten untereinander und Austausch von Hochschulkarriere-Erfahrungen (Zusammenarbeit mit der Fakultät usw.).
- › Definition der Ziele für die Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung. Wörtlich: „Nur was definierbar ist, kann gelehrt werden“.
- › Erarbeitung der Unterrichtsmethodik, Erfahrungsaustausch über das jeweilige Unterrichtsprogramm und Schulung des eigenen Nachwuchses.

Dekansymposien unverzichtbare Institution

Ebenfalls Häussler war es, der 1974 den jährlich einmal stattfindenden Kongress der VHLA „Allgemeinmedizin und Hochschule“ (sog. „Dekansymposium“) in München ins Leben rief. Diese Münchener Symposien haben uns die Kontakte zu den Fakultäten und verantwortlichen Vertretern im Bereich der Kultus- und Wissenschaftsministerien ermöglicht. Im Lauf der Jahre ist unsere zweitägige Veranstaltung zu einer unverzichtbaren Institution geworden. 2006 fand zum letzten Mal dieses zweitägige Zusammentreffen der Dekane und Fachbereichsvertreter deutscher und österreichischer Universitäten mit den allgemeinmedizinischen Hochschullehrern und Lehrbeauftragten statt. Im Wesentlichen ging es immer darum, nach einer besseren Institutionalisierung der Allgemeinmedizin an den Hochschulen zu suchen. Hierzu wurde jeweils eine Reihe von Grundsatzreferaten namhafter Persönlichkeiten aus dem Bereich der Universitäten oder der Gesundheitspolitik gehalten.

Das 10. Dekansymposium 1984 in München war mit dem internistischen Ordinarius

„Wer aber wissenschaftlich mitarbeiten will, der muss seine Kranken vernachlässigen, da er nicht immer herausgerissen werden kann aus zusammenhängender Arbeit, und dann hört er eben auf, praktisch Arzt zu sein.“

August Heisler: Dennoch Landarzt! Stuttgart 1950



KBV-Chef und VHLA-Vorsitzender S. Häussler gratuliert Frau W. Kruse zum Honorarprofessor, Berlin 1983

Hans Erhard Bock, Tübingen, dem Ordinarius für medizinische Soziologie Christian von Ferber, Düsseldorf, oder dem Institutsleiter für Ausbildungs- und Examensforschung Hannes G. Pauli, Bern, hochrangig besetzt. Ihre Grundsatzreferate „Allgemeinmediziner: ein Partner, der auch trösten kann“, „Allgemeinmedizin: dem Stiefkind wird der Katzentisch zu klein“ und „Vision von Allgemeinmedizin als neues Wissenschaftsmodell“ illustrierten und problematisierten „das Besondere der Allgemeinmedizin: ihren Standort (die außerklinische Primärversorgung) und die Größe ihres Aufgabenbereichs“². Die Bedeutung dieser Treffen wurde auch durch die Teilnahme der Präsidenten des medizinischen Fakultätenta-

ges, z. B. Gebhard von Jagow, Frankfurt, oder Gerhard Lehnert, Erlangen, oder des Präsidenten der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, oder deren Vertreter dokumentiert.

Prof. Dr. med. Waltraut Kruse

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Trägerin Paracelsus-Medaille, Vorsitzende VHLA (1989-2005), Ehrenvorsitzende GHA, 52076 Aachen

„Die Besoldung als Honorarprofessorin ist so gering, dass man wirklich nur von einem Ehrenamt sprechen kann. Mit dem Status des Honorarprofessors ist man zwar Mitglied der Medizinischen Fakultät, jedoch ist man primär praktizierender Arzt und mit diesem Beruf hauptsächlich den Patientinnen und Patienten verpflichtet. Ich habe diese Nähe immer als besonderes Glück und als große Bereicherung für meine Tätigkeit in Forschung und Lehre wahrgenommen.“

W. Kruse in „Allgemeinmedizinische Lehre – Rückblick auf die letzten Jahrzehnte mit Ausblick oder: Was erwarten wir?“. München 2010

- 1) Hamm H (1991) Geschichte und Entwicklung des Faches Allgemeinmedizin. DPA 1:12-20
- 2) Bock HE in Häussler (1985) Warum an der Universität Allgemeinmedizin gelehrt werden muss. München-Gräfelfing

1973 Gründung der Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin e. V.

Anlässlich des 7. Seminars der Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin in Berlin wurde am 30. März 1973 die „Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin e. V.“ (später abgekürzt: VHLA) gegründet. Gründungsmitglieder: Häussler, Schrömbgens, Schiffner, Brandlmeier, Korfmacher, Mattern, Isele, Hamm, Härter, Hayn, Haehn, Tetzlaff. Zum 1. Vorsitzenden wurde Siegfried Häussler gewählt.

Damit wurde „aus dem bisherigen losen Arbeitskreis“ (der nach Erinnerung von Benno König um 1967 durch Häussler, Matern und Schrömbgens gegründet wurde) „eine rechtsfähige Organisation geschaffen, die notwendig ist, um die Interessen der Lehrbeauftragten zu vertreten und insbesondere auch die materiellen Voraussetzungen für die Förderung und den Ausbau von Lehre und Forschung in Allgemeinmedizin an den deutschsprachigen Universitäten zu schaffen“. Außerdem soll dem Tagungsbericht von Häussler zufolge „die Vereinigung auf internationaler Ebene tätig werden“. Die VHLA fusionierte jedoch (vorläufig) 2 Jahre später mit der DEGAM (vgl. S. 12).

Frank H. Mader

Im Jahr 1959, also 3 Jahre später, hat der Deutsche Ärztetag in Garmisch beschlossen, diese Frage auf dem nächsten Ärztetag zu behandeln.

Wie soll der Praktiker heißen?

Zur Klärung ist damals die „Deutsche Akademie der Praktischen Ärzte“ ins Leben gerufen worden. Auf dem 64. Deutschen Ärztetag (Wiesba-

Die Frage nach einer obligatorischen Weiterbildung zum Praktischen Arzt ergab sich zwangsläufig, als in den Jahren 1950 bis 1956 von den damaligen Ärztetagen die Anpassung der Weiterbildung der Fachärzte an die veränderten Verhältnisse eingehend behandelt worden ist. Erstmals auf dem 59. Deutschen Ärztetag (Münster 1956) ist eine entsprechende Forderung auch für die Praktischen Ärzte erhoben worden.

Gerhard Jungmann

Der lange Weg

Geschichte der Weiterbildung zum Allgemeinarzt

„Wir haben uns in den frühen 1960er Jahren alle nur möglichen Bezeichnungen für die Berufsbezeichnung ‚Praktischer Arzt‘ überlegt.“

den 1961) hat dann diese Akademie die Ergebnisse ihrer Beratungen vorlegen können, woraufhin der trotz mancher Widerstände vom Vorstand der Bundesärztekammer übernommene Antrag beschlossen wurde: „Der Deutsche Ärztetag hält es für notwendig, dass die Weiterbildung zum Praktischen Arzt in der Berufsordnung verankert wird. Der Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, dem nächsten Deutschen Ärztetag hierzu konkrete Vorschläge vorzulegen.“ Angenommen wurde auch der von dem damaligen 2. Vorsitzenden der KBV, Dr. Bihl, gestellte Antrag, nach dem eine bestimmte Pflichtfortbildung festgelegt werden sollte, von deren Erfüllung die Führung der Berufsbezeichnung „Praktischer Arzt“ abhängig sein sollte. Wir haben uns in den frühen 1960er Jahren alle nur möglichen Bezeichnungen überlegt und uns gefragt, ob es überhaupt berechtigt sei, die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ zu ändern. Was ist da nicht alles angeboten worden! Praktiker, Allgemeinarzt, Vollarzt, Familienarzt, Ausdrücke, die sich aus der ausländischen Literatur ergeben, oder ausländische Bezeichnungen für Allgemeinarzt oder Facharzt für Praktische Medizin – oder sogar Nicht-Facharzt.

Marburger Bund gegen Weiterbildung – Angst vor Facharztschwemme

Gegenteilige Auffassungen zur Pflichtfortbildung (Anm. d. Red.: heute „Weiterbildung“) sind vor allem von den Vertretern des Marburger Bundes vorgetragen worden, von dem bereits damals die Ansicht vertreten wurde, dass die Vermittlung der für den Praktischen Arzt erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten Aufgabe der medizinstudentischen Ausbildung sein und bleiben müsse. Der 65. Deutsche Ärztetag in Norderney 1962 hat sich dann erneut und abschließend mit diesem Fragenkomplex befasst und sich abermals mit den Vertretern gegenteiliger Auffassungen auseinandergesetzt. In seinem Bericht hat Jungmann (damals Vorsitzender der Akademie der Praktischen Ärzte) vorgetragen, dass sich außer den Praktischen Ärzten auch die Hochschullehrer und Kliniker sowie die Deutschen Gesellschaften für Chirurgie und Innere Medizin zustimmend, einige fachärztliche Berufsverbände und der Marburger Bund dagegen ablehnend geäußert hätten, „wobei ein Zusammengehen zwischen diesen Facharztverbänden und dem Verband der Angestellten Ärzte deutlich erkennbar gewesen“ sei.

Der Marburger Bund blieb bei seiner Entscheidung, sich der im Vorjahr grundsätzlich beschlossenen Weiterbildung zum Praktischen Arzt sowie ihrer Verankerung in der Berufsordnung „mit Nachdruck zu widersetzen“, weil er glaubte, davon arbeits- und tarifrechtliche Schwierigkeiten befürchten zu müssen. Zur Bekräftigung dieses Standpunkts wurde das Schlagwort einer „Abwertung der Approbation“ ins Feld geführt und die Befürchtung geäußert, dass eine „Superweiterbildung“ zum Praktischen Arzt zu einer „Facharztschwemme“ führen müsse, während tatsächlich eine Verknappung von Weiterbildungsstellen für künftige Fachärzte befürchtet wurde.

1962 Durchbruch zur Anerkennung

Am Ende der ganztägigen Diskussion sind dann alle Anträge abgelehnt worden, die gegen den Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer gerichtet waren oder eine Vertagung der Entscheidung zum Ziel hatten. Der auf Vorschlag der Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte gestellte Antrag ist dagegen „mit überwältigender Mehrheit“ angenommen worden: „Die vom Deutschen Ärztetag 1956 in Münster verabschiedete ‚Berufsordnung für die deutschen Ärzte‘ ist wie folgt zu ändern bzw. zu ergänzen: 1. Im Anschluss an den Abschnitt ‚II. Facharztordnung‘ ist der folgende neue Abschnitt als § 34 einzufügen: III. Weiterbildung zum Praktischen Arzt (§ 34). Die Berechtigung, die Bezeichnung Praktischer Arzt zu führen, setzt eine Weiterbildungszeit von mindestens 3 Jahren nach dem Zeitpunkt voraus, zu welchem die erteilte Bestallung die selbständige Ausübung des ärztli-

„Der Allgemeinarzt ist die notwendige komplementäre Ergänzung der unentbehrlichen Spezialisten. Er ist es nicht so sehr als prädestinierter medizinischer Generalist, sondern vielmehr als immer strebend bemühter, praktizierender ärztlicher Universalist.“

Prof. Dr. Dr. h. c. H. E. Bock,
Ordinarius für Innere Medizin,
in DPA (1980) 26:2899-2911

„Der Praktische Arzt ist heute nicht mehr als der Standard- oder Prototyp des Arztes anzusehen. Die moderne Medizin ist nämlich arbeitsteilig, daher ist der Allgemeinarzt kein Konkurrent des Facharztes, sondern eine natürliche und notwendige Ergänzung.“

Jungmann G (1967) Die Zukunft des Praktischen Arztes.
Der Landarzt (1967) 75

chen Berufes gestattet.“ Damit war der Durchbruch zur Anerkennung der Allgemeinmedizin als gleichwertigem Fachgebiet neben den bereits anerkannten Fachgebieten der Medizin erfolgt. Die Anerkennung der Bezeichnung „Allgemeinarzt“ (bzw. Arzt für Allgemeinmedizin) und ihre gleichberechtigte Einfügung in die Weiterbildungsordnung (anstelle der bisherigen Facharztordnung) konnte erst später erreicht werden.

Dr. med. Gerhard Jungmann (1910 – 1981)

Facharzt für Allgemeinmedizin, Ehrenvorsitzender DEGAM, Ehrenmitglied FDA, Träger der Paracelsusmedaille; Schriftleiter „Der Landarzt“ (später ZFA)

Red. bearb. Nachdruck aus: Der Allgemeinarzt (1980)2:64-65 und Der Allgemeinarzt (1981)3:125

Hausärzte verstanden sich als Vollärzte

Erst in den späten 1960er Jahren konnte die Bezeichnung „Allgemeinarzt (Arzt für Allgemeinmedizin)“ durchgesetzt werden. Diese offiziell neue Bezeichnung war notwendig geworden, nachdem sich anhaltende Widerstände gegen eine obligatorische Weiterbildung des Praktischen Arztes nicht hatten überwinden lassen. Das Spezialistentum innerhalb der Ärzteschaft entwickelte sich in der Mitte des 19. Jahrhunderts zunächst unregelmäßig. Keimzelle waren die medizinischen Fakultäten. Der ständige wissenschaftliche Fortschritt machte eine zunehmende Spezialisierung erforderlich. Die damaligen Hausärzte, die sich im Gegensatz zu den Fachdisziplinen als

„Vollärzte“ verstanden, erhielten im Rahmen der Neuordnung des Standesrechtes die verpflichtende Zusage der Fachärzte, sich künftig auf ihr jeweiliges Spezialgebiet zu beschränken und dies entsprechend anzukündigen. So sollte die Einheit des Arztberufes erhalten bleiben. Nach dem im Jahr 1949 verabschiedeten Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland wurde die Regelung der Berufsausübung in den Heilberufen zur Angelegenheit der Länder. Um eine denkbare Ungleichheit in der Umsetzung (regionale Kammerbereiche!) zu verhindern, konsentierten die Deutschen Ärzte eine „Muster-Facharztordnung“. Heute ist die (Muster-)Weiterbildungsordnung (M-WO) für Ärzteschaft und Bevölkerung neben der Berufsordnung das bedeutendste Instrument der ärztlichen Selbstverwaltung.

Dr. med. Wolfgang Kölling, Facharzt für Allgemeinmedizin, 66399 Mandelbachtal



„Die gesamte Heilkunde“: Praxisschild um 1975

Allgemeine Medizin

Bayerns Ärztekammer-Präsident Dr. Hans Hege, selbst Allgemeinarzt, hatte auf dem Bayerischen Hausärztetag in Nürnberg 1997 den Allgemein- arzt so definiert: „Er ist nicht der Arzt für das Allgemeine im Sinne des Universellen, sondern der Facharzt mit speziellem Wissen um das unausgelesene Krankengut. Der Ruf nach dem Hausarzt gründet auf dem Wunsch des Patienten, in der Spezialistenlandschaft einen möglichst lebensbegleitenden Arzt zu finden, sowie auf dem Wunsch der Gesellschaft nach Arbeitsteilung.“

„Die neue Weiterbildungs- ordnung war nicht nur beeinflusst von neuen medizinischen, sondern auch von rechtlichen Erfordernissen, nämlich dem Inkrafttreten der Römischen Verträge im Dienstleistungsbereich, d. h. also der Austauschbarkeit der ärztlichen Diplome und der Gleichwertigkeit der ärztlichen Ausbildung.“

Häussler S (1970) Mit 30 fertig – so ein Unding. med ass 12:10



Gross R (1992)
Dtsch Arztebl 9,B : 668-671

Die Diskussion um die Situation des Praktischen Arztes ist in letzter Zeit sehr lebhaft geworden. Es zeigt sich, dass diese Berufssparte für die nachwachsende Generation nicht sehr attraktiv ist. Die Zahl der Praktischen Ärzte stagniert, die der Fachärzte wächst,“ schrieben 1964 der damalige 1. Vorsitzende des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte (BPA), Dr. med. Peter Sachse, und Dr. med. Heinz Schulze,

Hohes Durchschnittsalter, fehlender Nachwuchs, schlechtes Image: Die Klagen über den Berufsstand waren vor 50 Jahren nicht unähnlich den heutigen Hilferufen der Allgemeinärzteschaft. Dazu kam bereits ab den 1960er Jahren das jahrzehntelange Ringen um eine qualifizierte Facharztweiterbildung zum Allgemeinarzt. Ein unkommentierter Blick des Herausgebers in sein Archiv.

Frank H. Mader

Schon vor über 50 Jahren dieselben Klagen

Überalterung der Allgemeinärzte und Unterversorgung weltweit

Ausschuss für Grundlagenforschung und Fortbildung im BPA, in ihrem Vorwort zum „Heidelberger Gespräch“ und fahren fort: „Das Durchschnittsalter des Praktischen Arztes 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 ein Informationsmangel: Der Medizinstudent und der Jungarzt in der Klinik haben keinerlei Kenntnis von der Tätigkeit des Praktischen Arztes, seinem Arbeitsfeld, seinen Methoden, seinen sozialen Bezügen, schlechthin der Sonderstellung, die er unter den Ärzten einnimmt.“

Praktischer Arzt ist bekannteste Berufsbezeichnung

Dr. phil. Bodo Kosanke, Mitarbeiter des Zi der KBV, reflektierte 1982 in seinem Buch „Die Arztpraxis“: „Die Allgemeinmedizin ist ein Problemkind in unserem Gesundheitssystem. Probleme liegen in der Weiterbildung, in der Bezeichnung

und in der Schlüsselposition des Allgemeinarztes im System der Gesundheitsversorgung. Die beiden ersten Probleme liegen nahe beieinander. Von der Bezeichnung auf eine formale Qualifikation zu schließen, war damals selbst für Ärzte schwer. Unter einem Allgemeinmediziner verstand man einen Hausarzt, Praktischen Arzt, Allgemeinarzt, Arzt für Allgemeinmedizin, Arzt ohne Gebietsbezeichnung, Allgemeinmediziner oder Praktiker. Nach einer repräsentativen Umfrage der GfK (Nürnberg) im Auftrag des Zentralinstituts (Zi) hatte der Praktische Arzt die bekannteste Arztbezeichnung, der Arzt für Allgemeinmedizin folgte auf Rang 15. In verschiedenen Lebenslagen gaben die Befragten dem Praktischen Arzt den Vorzug.“

Tatsächlich hatte der Praktische Arzt der 60er Jahre durchschnittlich fast 9 Jahre klinische Weiterbildung. „Das ist in den letzten Jahren rapide zurückgegangen“, weist Kosanke nach: „In den Jahren 1978, 1979 unterschritt der Arzt ohne abgeschlossene Weiterbildung erstmals die 4-Jahres-Marke. Nach dem Berliner Ärztetag von 1979 heißt er künftig ‚Arzt‘, wenn eine Weiterbildung in Allgemeinmedizin nicht abgeschlossen wurde. Nur der Arzt mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin soll auf seinem Praxisschild die Bezeichnung ‚Arzt für Allgemeinmedizin‘ führen dürfen. Die Qualität der Weiterbildung von Ärzten ohne einen Abschluss nimmt deutlich ab. Der Arzt für Allgemeinmedizin wird allerdings gegenüber dieser Gruppe deutliche Konkurrenzvorteile haben: Der Allgemeinarzt hat im Vergleich mit seinem nicht weitergebildeten Kollegen 5 % mehr Patienten, und zwar in fast allen Ortsgrößenklassen. Er realisiert einen um 20 % höheren Umsatz.“

Pflichtweiterbildung: Bis zur Erschöpfung diskutiert

Ein Redakteur des Deutschen Ärzteblattes (Kürzel gb) kommentierte 1982 (S. 70) kritisch ein umfangreiches Gutachten des Zi der KBV: „Auf einem Presseseminar, zu dem die Pressestelle der Heilberufe in Baden-Württemberg 1982 nach Stuttgart eingeladen hatte, wurde ein 200 Seiten starkes Gutachten ‚Standortbestimmung und Konzept Allgemeinmedizin‘ vorgestellt, über dessen Inhalt im Grunde genommen schon seit Jahren und vor allem auf dem 84. Deutschen Ärztetag 1981 in Trier (fast) bis zur Erschöpfung diskutiert worden ist. Veranstalter waren die KV Nord-Württemberg (deren Vorsitzender, Prof. Häußler, die Veranstaltung leitete), die DEGAM (vertreten durch ihren Präsidenten Dr. Hamm) und die VHLA (für die der Heidelberger Prof. Mattern sprach). Vom FDA wurde ein zustimmendes Schreiben verteilt. Auf etwas mehr als 4 Seiten komprimiert ist das, was die Autoren als ‚für die Sicherstellung der allgemeinärztlichen Versorgung dringend erforderlich‘ betrachten:

„Die vordergründige Ansicht ist, dass die Arbeitsintensität zu groß, die Arbeitszeit zu lang und daran gemessen die Bezahlung mangelhaft ist.“

Dres. med. Peter Sachse und Heinz Schulze (1964)



Dr. med. Waltraut Kruse 1954 mit ihrem „Fiat-Ferkelstälchen“ auf Hausbesuchstour

„Die Geschichte der Allgemeinmedizin als Theorie und als Praxis ist älter als die der Spezialfächer. Ihre Schwierigkeit begann, als sie die Theorie einer einheitlichen Krankheitsentstehungslehre vor 200 Jahren aufgeben musste... Die Erwartungen der Fakultäten, dass sich auch Allgemeinmedizin als Wissenschaft versteht, beschreibt, aufweist und bewährt, ist gerechtfertigt. Bei den Ansprüchen jedoch haben einige Disziplinen die Anfänge ihrer eigenen Geschichte verdrängt.“

Prof. Dr. med. Fritz Hartmann,
Ordinarius Innere Medizin,
Hannover, in IHA (1988) 19:1393

- › Sonderquote von 2 % der Medizin-Studiplätze für Bewerber, die sich verpflichten, später als Allgemeinärzte tätig zu werden;
- › eine neue Approbationsordnung mit weit besserer Berücksichtigung der Allgemeinmedizin sowie Lehrstühle, Institute und Lehrpraxen bei allen Medizinischen Fakultäten;
- › Anerkennung der Tatsache, dass die heutige Ausbildung den Arzt nicht befähigt, als Niedergelassener in eigener Praxis tätig zu werden, sondern dass sie lediglich einen ‚weiterbildungsfähigen Arzt‘ hervorbringt;
- › daraus folgernd: Einführung der Weiterbildung als Voraussetzung für jede Kassenzulassung; für die Allgemeinmedizin soll die Pflichtweiterbildungszeit stufenweise auf 4 Jahre angehoben werden, von denen 50 % in einer Allgemeinpraxis abgeleistet werden müssen (zu finanzieren nach dem ‚Modell Nord-Württemberg‘: Die Kassen zahlen dafür pro Krankenschein 0,20 DM/Quartal);
- › in Abänderung früherer Ärztetagsbeschlüsse soll der Begriff ‚Facharzt‘ wieder eingeführt werden, somit auch der ‚Facharzt für Allgemeinmedizin‘.

Man kann all dies auf eine kurze Formel bringen: Die ganze Diskussion über die Zukunft der Allgemeinmedizin kann wieder von vorn losgehen.“

Überalterter Berufsstand

„Über die Ursachen des steigenden Mangels an Praktischen Ärzten ist viel geredet und noch mehr geschrieben worden. Mit einem Durchschnittsalter von 57 Jahren (auf dem Lande) sind die Praktiker hoffnungslos überaltert. Neben der starken beruflichen Inanspruchnahme werden nicht selten wirtschaftliche Gründe dafür verantwortlich gemacht. Die Einkünfte vieler Praktischer Ärzte liegen im Durchschnitt weit unter dem Einkommen aller anderen Ärzte. Die Differenz beträgt max. 60 % (etwa gegenüber den Radiologen).

Wirtschaftliche Gründe, mangelnde Freizeit, schwindendes Ansehen und geringe Fortbildungsmöglichkeiten sind u. a. die Ursachen für die ständig sinkende Zahl der Praktischen Ärzte... Stirbt der Allgemeinpraktiker aus? 1985 soll nur noch jeder vierte Arzt ein Praktiker sein. Diese gesundheitspolitische Katastrophe sagte der Belgier Dr. Fussen auf einer Tagung der EWG-Arbeitsgruppe Allgemeinmedizin in Hamburg auf Grund sorgfältiger Berechnungen voraus.“

Habrigh E (1970) Berufsbild Praktischer Arzt. Kein Mann von Welt. med ass 12:23

Dem neuen „Arzt mit der Gebietsbezeichnung Allgemeinmedizin“ fehlte was, er wurde zum Auslaufmodell. Die Fachärzteschaft dagegen hatte viel Eifer darauf verwendet, die geforderte ankündigungsfähige Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ für einen Widerspruch in sich zu halten. Daher musste 20 Jahre lang offiziell auf das Wort „Fach“ verzichtet werden, bis der Einzug der

1972 wurde das „Gebiet Allgemeinmedizin“ mit 4-jähriger strukturierter Weiterbildungszeit offiziell aus der Taufe gehoben. Für das Berufsleben hatte das aber kaum Bedeutung, wurde doch bei Honorar und Tätigkeitsfeld gegenüber dem Praktiker daraus kein Unterschied gemacht.

Franz Dietz

Vom Gebiet zum Fach Allgemeinmedizin

Berufspolitischer Zusammenschluss

„20 Jahre lang musste der Allgemeinarzt auf die ankündigungsfähige Bezeichnung ‚Facharzt für Allgemeinmedizin‘ offiziell verzichten.“

Delegierten aus den neuen Bundesländern in den Deutschen Ärztetag den „Facharzt“-Titel für alle weitergebildeten Ärzte reanimierte.

Gebührenordnung von 1965 mit Einzelleistungsvergütung

Parallel zum Wirtschaftswunder der 60er Jahre des vorherigen Jahrhunderts kam der rasanten Aufschwung der naturwissenschaftlichen Medizin in der Diagnostik und den therapeutischen Möglichkeiten auch in den Praxen an und wurde den Ärzten zunächst attraktiv honoriert. Die Gebührenordnung von 1965 leitete mit der Einführung einer Einzelleistungsvergütung, die leider nicht zur rechten Zeit korrigiert wurde, eine paradiesisch scheinende Zeit ein. Das lockte teure Spezialisten und Subspezialisten ins KV-System. Mit einer Serie von Kostendämpfungsgesetzen fesselte die Politik die Ausgaben für die Kassenärzte (später: Vertragsärzte) an den Zuwachs der Grundlohnsumme, obwohl die Zahl der Mediziner doppelt so schnell wuchs wie das ihnen vorgegebene Honorarbudget.

Am härtesten traf die Reglementierung die klassischen Hausärzte, die dem „Hamster-

rad“-Wettbewerb mit den Spezialisten unterm Honorardeckel hilflos ausgeliefert waren. Sie stagnierten am Tabellenende der Praxisumsätze, trotz Arbeit rund um die Uhr und im Bereitschaftsdienst, der in der Regel den Hausärzten auferlegt war. Die rigide gesetzliche Budgetierung der Arzneimittelausgaben belastete besonders die Hausärzte mit großem bürokratischen Aufwand, Rechtfertigungsdruck und ständiger Regressgefahr.

Der Trend bei den Nachwuchsmedizinern ging weg von der Allgemeinmedizin. Weiterbildungsstellen in den Kliniken wurden angehenden Spezialisten vorbehalten, künftige Allgemeinärzte schoben den einfachen Stationsdienst in Krankenhäusern der Grundversorgung. Gynäkologie, Geburtshilfe und Pädiatrie, deren Grundkompetenzen zuvor zu jedem Praktischen Arzt gehörten, wurden für den Hausarzt allmählich „gebietsfremd“, der „medizinisch-technische Fortschritt“ grenzte ihn aus. Gleichzeitig ebnete die freie Arztwahl dem niedergelassenen Internisten bei besseren Konditionen (Honorar, Arbeitsaufwand) den breiten Weg zum „Haus-Internisten“.

Zerfall in 41 Fach- und Spezialgebiete

Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammern setzte die so geschaffenen Fakten bundesweit ins Berufsausübungsrecht um, die Medizin zerfiel durch Ärztetagsbeschlüsse schließlich in 41 Fach- und Spezialgebiete, denen nun viele vormals hausärztliche Tätigkeiten exklusiv vorbehalten wurden. Kinder- und Schwangerenvorsorge wurden neben vielen anderen Leistungen („k.o.-Kataloge“) für Hausärzte „fachfremd“.

Dieser Prozess wurde von Vertretern der Facharztverbände begrüßt und als Fortschritt propagiert. Die freie Arztwahl wurde dahingehend interpretiert, dass der seit 1995 mit seiner Krankenversicherungskarte („Chipkarte“) ausgestattete Versicherte als Konsument in freier Wahl nicht nur des Arztes, sondern auch der Versorgungsebenen jederzeit Leistungen durch Mehrfach- und Parallelanspruchnahme abrufen konnte. Diesen Existenz-Wettlauf verloren vor allem die Hausärzte, weil „sprechende Medizin“ und Hausbesuche schlecht bezahlt wurden und honorarwirksame Leistungen kaum an Apparate, Analyser und nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden können.

Unter Bundeskanzler Adenauer hatten die Ärzte einst auf ein Streikrecht im Tausch gegen ein zugesichertes Monopol, den Sicherstellungsauftrag für die Kassenärztlichen Vereinigungen verzichtet. In einem solchen Kollektivvertragssystem nun gefesselt wurden sie in den siebziger und achtziger Jahren zum Spielball der Kostendämpfungsgesetze mit ihren „Verschiebehahnhöfen“. Und das traf wiederum besonders hart die Hausärzte.

„Ein Gebiet kann immer nur Teil des Ganzen sein. Allgemeinmedizin kann daher schon rein begrifflich kein Gebiet sein, sondern nur Ausübung der Heilkunde unter den Bedingungen der Praxis.“

Prof. Dr. Dr. med. h. c. Hans-Joachim Sewering, Präsident der Bay. Landesärztekammer, 1986

Der neue Hausarzt im Sozial- und Berufsrecht

Vordringlich musste jetzt endlich die Zersplitterung der hausärztlichen Interessenvertretung überwunden werden durch die Festlegung auf ein einheitliches Berufsbild. Das wurde schrittweise durch einen gemeinsamen Verband realisiert. Zunächst trat am 19.01.1991 die bislang eigenständige Vereinigung der Praktischen Ärzte für Allgemeinmedizin Bayerns (VPAB) e. V. dem BPA-Bundesverband bei. Der 1979 von Frank H. Mader gegründete, bundesweit organisierte Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA) kooperierte über gemeinsame Aktivisten bereits seit 1986 auf der Basis des „Frankfurter Programms“ (Kasten) immer enger mit dem VPAB.



FDA-Vorstandstreffen in Nittendorf 1991 (v.l.): F. Dietz, DEGAM-Präsident Prof. König (Gast), FDA-Justitiar RA J. Niedermayer

Unmittelbar erfolgreiches Ergebnis dieser Zusammenarbeit war die Überwindung des bisherigen Schattendaseins der Praktischen und Allgemeinärzte in den ärztlichen Körperschaften. In der bayerischen KV-Wahl von 1987 konnte das Wahlbündnis der beiden hausärztlichen Verbände erstmals die Mehrheit der Sitze der niedergelassenen Ärzte erringen. Die fachärztlich dominierte Ära Sewering in Bayern wurde abgelöst durch die Wahl des profilierten Hausarztes Dr. Hans Hege zum Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer; damit waren die Hausärzte auch wieder in der Bundesärztekammer vertreten.

Am 01. April 1995 vereinigten sich BPA und FDA zu einem gemeinsamen Verband, dem BDA. Dessen damaliger Bundesvorsitzender Kossow optimistisch: „Die Gründung des BDA wird Ursache, Auslöser und Motor dafür sein, dass die hausärztliche Versorgung wieder ihre zentrale Rolle in der Medizin gewinnt.“ 2005, also 10 Jahre später, wurde die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) sowohl innerhalb des Kollektivvertragssystems der KVen – zum Teil durch Strukturverträge („Hausarztverträge“) – als auch außerhalb des KV-Systems über eine hausärztliche Vergütungsgemeinschaft (HÄVG) umgesetzt.

Dr. med. Franz Dietz

Facharzt für Allgemeinmedizin,
94081 Fürstentzell



Zielvorstellungen des Fachverbandes Deutscher Allgemeinärzte (FDA) e. V. „Frankfurter Programm“

Auf seiner Gründungsversammlung 1979 in Nittendorf/Regensburg hat der Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA) folgende Vorstellungen entwickelt und beschlossen, die als Verbandsziele in Zukunft verwirklicht werden sollen:

1. Wiedereinführung der Bezeichnung „Facharzt“ für alle Ärzte mit qualifizierter abgeschlossener Weiterbildung auf einem Gebiet einschließlich der Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“.
2. Kassenzulassung (nicht zu verwechseln mit Niederlassungsgenehmigung!) ausschließlich für weitergebildete Ärzte, dazu zählen in der Grundversorgung die Allgemeinärzte.
3. Der qualifiziert weitergebildete Allgemeinarzt muss in der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) eine eigene Fachgruppe darstellen.
4. Finanzierung von Assistentenstellen in Weiterbildungspraxen (z. B. zusammen durch Kassen, KV und Praxisinhaber).
5. Die Kombination der Gebietsbezeichnung Allgemeinmedizin mit einigen wenigen bestimmten Gebieten, z. B. Öffentliches Gesundheitswesen oder Arbeitsmedizin, muss in die Weiterbildungsordnung Eingang finden.
6. Staatliche Zulassung von Krankenanstalten zur Weiterbildung nur für solche Abteilungen und Krankenhäuser, die eine ausreichende Anzahl von Weiterbildungsstellen für angehende Allgemeinärzte zur Verfügung stellen; diese Stellen dürfen ausschließlich nur von Ärzten besetzt werden, die sich in der Weiterbildung zum Allgemeinarzt befinden.
7. Der Allgemeinarzt muss auf Grund seiner langjährigen Weiterbildungszeit und seines qualifizierten Arbeitseinsatzes in demselben Maße wie jeder andere weitergebildete Arzt aus einer anderen Fachgruppe anerkannt werden.

Quelle: *Der Allgemeinarzt* (1980) 1:13

Nach dem 2. Weltkrieg wurde in der damaligen Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) sehr bald das Bemühen spürbar, das Gesundheitswesen neu zu strukturieren und perspektivisch dem sowjetischen anzugleichen. Durch Befehle der Sowjetischen Militär-Administration Deutschlands (SMAD) wurden das Betriebsgesundheitswesen und die ersten Polikliniken gegründet.

Die Allgemeinmedizin der DDR fußte auf drei Wurzeln: Tradition des Praktischen Arztes in Europa, internationale Allgemeinmedizin nach dem 2. Weltkrieg und sowjetische Medizin. Kenntnis und Verständnis der Allgemeinmedizin in der DDR können nicht ohne Berücksichtigung dieser geschichtlichen Aspekte gelingen.

Hanno Grethe

Allgemeinmedizin in der DDR

Von der SBZ bis zur Wende

Die Furcht vor dem sowjetischen Basisarzt

Die ohnehin durch den Krieg dezimierte Gruppe Praktischer Ärzte begann um ihre Zukunft zu fürchten, da es einerseits in der Sowjetunion als Basisarzt nur den „Therapewt“, einen Internisten niedrigerer Qualifikationsstufe, gab und andererseits die Sozialhygieniker bis weit in die fünfziger Jahre hinein (*Renker* und *Winter*) Praktische Ärzte für überflüssig oder gar schädlich und durch Teams von Spezialisten ersetzbar hielten. Dem stellten sich erfahrene Praktische Ärzte (*Brandt*, *Krogner*, *Wichmann*) publikatorisch energisch entgegen. Durch die sogenannte Republikflucht von Praktischen Ärzten wurde jedoch die Situation für die Bevölkerung allmählich bedrohlich. So sahen sich SED und Regierung 1960 auf der Weimarer Gesundheitskonferenz veranlasst, ihren Irrweg aufzugeben.

Ab 1961 „Facharzt – Praktischer Arzt“

Ab 1961 war wieder die Möglichkeit der Berufsergreifung als Allgemeinarzt gegeben, und zwar über eine 3-jährige Weiterbildung (nach Hochschulstudium und einjähriger Pflichtassistentz) zum „Facharzt – Praktischer Arzt“. Langjährig tä-

tigen Praktischen Ärzten wurde dieser Titel zuerkannt. Das Kolloquium am Ende der Weiterbildung wurde von einer Prüfungskommission abgenommen, der auch fachfremde Vertreter angehörten (Internist, Sozialhygieniker). Der Bildungsweg folgte den Empfehlungen von *Hohlfeld*, *Knoblauch* und *Mitzscherling*.

Seit 1967 „Facharzt für Allgemeinmedizin“

Ab 1967 wurde die Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ gewählt, ein Ausbildungs- und Prüfungsstandard (von *Gärtner* und *Leißa* formuliert) für verbindlich erklärt und eine Gleichstellung mit allen anderen Fachrichtungen vollzogen. Alle Weiterbildungsprozesse liefen hinfort unter der Verantwortung der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR. Die junge Generation der Fachärzte für Allgemeinmedizin der sechziger Jahre, welche die Situation als niedergelassener Arzt nicht mehr kannte, stürzte sich mit großem Elan in die Aufgaben der Zeit. Sie empfand ihre „neue“ Fachrichtung Allgemeinmedizin als Ergebnis einer Synthese aus drei Wurzeln:

1. Die Tradition des europäischen Praktischen Arztes des 19./20. Jahrhunderts. In Berichten und literarischen Darstellungen (z. B. bei *Balzac*, *Storm*, *Turgenev*) imponierten seine hohe Ethik, seine Volksverbundenheit und sein vielseitiges Können.
2. Die internationale Situation der Allgemeinmedizin nach dem 2. Weltkrieg. Die harten Bemühungen in den übrigen deutschsprachigen sowie anglo-amerikanischen Ländern um Stellung, Aufwertung, Aus- und Weiterbildung der Allgemeinmedizin im Spannungsfeld von Spezialisierung und Integration gaben Impulse für die Kämpfe im eigenen Lande. Die Fachärzte für Allgemeinmedizin der DDR identifizierten sich trotz aller Behinderungen mit dieser internationalen Entwicklung.
3. Die sowjetische Medizin. Seit 1917 war in der Sowjetunion ein großes Experiment angefallen. Wie für alle Lebensbereiche, so galten auch für den Gesundheitsschutz die festgefügtten Vorstellungen der Partei.

Schlüsselstellung der Allgemeinmedizin

Als Ergebnis der Synthese der drei Wurzeln imponierte ein Facharzt für Allgemeinmedizin in der DDR mit einem steigenden Selbstbewusstsein: Er fühlte sich als Fortsetzer alter deutscher Tradition und war froh, dass in der Anlageseines Fachgebietes keine Kopie sowjetischer Vorbilder lag, ja dass er sich den sowjetischen Basisärzten deutlich überlegen wusste. Er empfand sich im Anliegen und Wesen seiner Arbeit eng mit den Problemen der internationalen Allgemeinmedizin verbunden und vermisste schmerzlich die informationellen und persönlichen Zugänge zu diesem Bereich. Er wusste schließlich, dass auf der Basis dieser ersten beiden Wurzeln und der

„Ab den 1960er Jahren imponierte ein Facharzt für Allgemeinmedizin in der DDR mit steigendem Selbstbewusstsein.“

„Die Allgemeinmedizin, durch die mehr als 50 % aller Konsultationen und 90 % aller Hausbesuche geleistet werden, beeinflusst ganz wesentlich das Urteil der Bürger über das sozialistische Gesundheitswesen der DDR. Die jetzige Situation ist das Ergebnis eines Weges, der mit der Gesundheitskonferenz von Weimar 1961 beginnend und über die Einführung als selbständige Fachrichtung die Allgemeinmedizin zum wichtigsten Fachgebiet in der ambulanten medizinischen Grundbetreuung erhob.“

Dückert N et al (1986) ZKM 41:1659

„sozialistischen“ Wurzel die Allgemeinmedizin der DDR eine gewisse Einmaligkeit in der Welt hatte: eine Schlüsselstellung in einem nationalen Gesundheitsdienst ganz besonderer Prägung.

So widersprüchlich wie das gesamte Gesellschaftssystem der DDR, so widerspruchsvoll war auch die Entwicklung der Allgemeinmedizin. Durch den großen Anteil der Fachärzte für Allgemeinmedizin an der gesamten Ärzteschaft und durch ihre Position an der Nahtstelle zwischen Medizin und Gesellschaft besaß die Allgemeinmedizin unzweifelhaft einen großen Einfluss auf die Bevölkerung. Deshalb wurde die Fachrichtung Allgemeinmedizin in der DDR stets ein wenig argwöhnisch beobachtet. Es gab keine wesentlichen Entscheidungen, die nicht vorher von Parteidienststellen abgesegnet waren. Durch die gesellschaftliche Determiniertheit war die Beeinflussung der Fachrichtung durch Anschauungsschwankungen der offiziellen Politik stärker als bei anderen klinischen Disziplinen ausgeprägt. Missverständnisse durch Vertreter anderer Fachrichtungen gesellten sich hinzu.

1969 eigene Fachgesellschaft GAM

So gestaltete sich der Weg der Allgemeinmedizin in der DDR in der Praxis trotz dokumentierter prinzipieller Akzeptanz sehr schwierig. Erst acht Jahre nach Einführung der Weiterbildung durfte (!) 1969 eine eigene Fachgesellschaft, die Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR (GAM), gegründet werden. Mit 15 Bezirksgesellschaften und den 5 zentralen Sektionen

- › Sektion Gesundheitsschutz auf dem Lande (*Knabe, Huyoff*)
- › Sektion Gesundheitsschutz in den Ballungsgebieten (*Frau Kielstein*)
- › Sektion Arbeitsmethodik (*Knoblauch*)
- › Sektion Information und Dokumentation (*Frau Hügel*)
- › Sektion Aus-, Weiter- und Fortbildung (*Grethe*)

hatte die GAM (Vorsitzende: *Barten, Frau Jung-hanns, Borgwardt*) die Entwicklung der Allgemeinmedizin in der DDR maßgeblich

„Am schmerzlichsten für die seit 1969 sich in der Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR zusammenschließenden Fachärzte für Allgemeinmedizin war das Unverständnis und das Misstrauen der an der Hochschule etablierten Disziplinen. Durch den Bau der Mauer und die damit verbundene Abschottung konnten Impulse von den Hochschulen in der BRD und in Westberlin, die die Allgemeinmedizin förderten, in der DDR nicht wirken. Fachgebundene Zeitschriften und Berufsverbände fehlten völlig.“

Borgwardt G (1990) Entwicklung und Stand der hausärztlichen Betreuung in der DDR. Berliner Ärzte 3:20-23

Trotziges Selbstbewusstsein

„Wer die Lage der Allgemeinmedizin im anderen Teil Deutschlands verstehen will, muss im Jahr 1945 beginnen. Damals wurden die Euphorie des Neubeginns und der Impuls zum Andersmachen den Vorstellungen der östlichen Besatzungsmacht untergeordnet. Ergebnis waren die Polikliniken, das Betriebsgesundheitswesen und anderes mehr. Strukturen, die sich mit der aus Westeuropa und den USA hinüber schwappenden Tendenz zu Differenzierung und Spezialisierung trafen. Für die deutsche Hausarzt-Tradition war die Potenzierung dieser Faktoren verhängnisvoll. Es bedurfte eines trotziges Selbstbewusstseins der Protagonisten der Allgemeinmedizin, um in der DDR den Untergang des hausärztlichen Gedankens zu verhindern.“

Borgwardt G (1990) Der Allgemeinmediziner in der DDR. Nur noch Hausarzt der Rentner? Ärztliche Praxis 37:34-35

beeinflusst. Eine Institutionalisierung der Allgemeinmedizin und die Schaffung von Lehrstühlen und Lehraufträgen für Allgemeinmedizin an den Hochschulen war jedoch trotz aller Kämpfe nie gelungen. Auch die Herausgabe einer eigenen Zeitschrift wurde nicht genehmigt. Die Auseinandersetzung mit den offiziellen und den ungeschriebenen Dogmen der Gesellschaft verlief untergründig und widersprüchlich. Durch die „Wende“ in den frühen 1990er Jahren stand die GAM bei ihrer Vereinigung mit der DEGAM vor der Frage: „Nachahmen statt nachdenken?“ Die Zukunft musste alten Fragen neue Antworten hinzufügen.

*MRDr. med. Dipl.-Phys. Hanno Grethe
Facharzt für Allgemeinmedizin, 1. Vorsitzender
Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
(SGAM) (1992 – 2002), 09465 Sehmatal-Sehma*

Red. bearb. u. genehm. Text aus dem dreiteiligen Beitrag: H. Grethe: Der Facharzt für Allgemeinmedizin in der DDR. Gedanken zum theoret. Selbstverständnis der Allgemeinmedizin in der DDR. Geschichtliches und Grundlegendes. Der Allgemeinarzt (1990) 696-698; (1990) 765-768; (1990) 828-831



Vorbildlich: Bildungsprogramm Facharzt Allgemeinmedizin der DDR vom 11.8.1978

In diesen Wochen und Monaten träumten „wir im Osten“ von Demokratisierung, Freizügigkeit, wirtschaftlichem Aufschwung. Man phantasierte alle ungelösten Probleme der knappen Ressourcen und politischen Zwänge weg unter Bewahrung der lieb gewordenen sozialen Sicherheit eines Arzt-Patienten-Verhältnisses, das frei von merkantilen Gesichtspunkten und der Konkurrenzlosigkeit der Ärzte geprägt sein soll-

- › Die GAM bleibt als wissenschaftliche Gesellschaft auf dem Gebiet der DDR bis zur Bildung einer gesamtdeutschen wissenschaftlichen Gesellschaft für Allgemeinmedizin bestehen.
- › Die Vorstände der Bezirksgesellschaften ergreifen die Initiative zur Bildung von Berufsverbänden nach den Strukturen der Länder innerhalb der GAM.
- › Hinsichtlich der Interessenvertretung könnte sich die Zusammenarbeit mit den Landesverbänden des BPA als hilfreich erweisen.

Noch im Mai 1989 hatte die Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR (GAM) einen phantastischen Kongress in Karl-Marx-Stadt (Chemnitz) mit 1200 Teilnehmern unter Leitung von *Hanno Grethe* gefeiert. Vom 19. bis 23. März 1990 fand in Berlin der internationale Kongress der SIMG statt, ein Ereignis, das von der GAM 5 Jahre lang vorbereitet wurde. Dazwischen lag der Anfang des politischen Umsturzes.

Diethard Sturm

In Zeiten des Umsturzes eine wissenschaftliche Gesellschaft?

Vereinigung von GAM der DDR und DEGAM

Mit der DEGAM wurde zu diesem Zeitpunkt Übereinkunft erzielt, die Arbeit der Sektionen und Arbeitsgemeinschaften fortzusetzen. Am 14.7.1990 folgten die Wernigeröder Beschlüsse des geschäftsführenden Vorstandes der GAM zur Vereinigung mit der DEGAM mit den Grundsätzen: Erhalt der Landesgesellschaften innerhalb der DEGAM, Erhalt der Sektionen und der Arbeitsgemeinschaften. Als erste bildeten die Mecklenburger ihre Bezirksgesellschaften zum Landesverband des BPA um, bis August 1990 formierten sich auch Landesverbände in den anderen Ländern, meist mit direkter Unterstützung westdeutscher BPA-Landesverbände. Nur in Sachsen (*Grethe*) und Thüringen (*Pils*) erfolgten daneben ernsthafte Schritte zur Bildung von Landesgesellschaften.

Konkurrierender Einfluss der Verbände

Im Fokus der künftigen Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) stand vorrangig die Weiterbildung. Bereits am 11.7.1990 legte *Heinz Brandt* einen Satzungsentwurf für die Sächsische Landesgesellschaft vor. Die Fusionsgespräche wurden allerdings vom konkurrierenden Einfluss der Verbände erheblich gestört, vom Machtkampf um Einfluss, zum Teil mit grotesken Konkurrenzauftritten dieser Verbände untereinander. Die Teilnehmer des Treffens sprachen sich allerdings eindeutig für verbandspolitische Neutralität der Gesellschaft aus. Andere Kollegen aus den Vorständen hatten zwischenzeitlich den BPA Sachsen gegründet mit Unterstützung aus Bayern und Baden-Württemberg.

Am 5.9.1990 beschlossen die Vorstände der Bezirksgesellschaften für Allgemeinmedizin Dresden, Leipzig und Chemnitz den Zusammenschluss zum „Sächsischen Verband der Fachärzte für Allgemeinmedizin (SVA)“: „Der Verband trägt die gleichzeitig gebildete Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin“ (Protokoll unterzeichnet von den Bezirksvorsitzenden). Am 23. und 24. Februar 1991 kam es schließlich zu offiziellen Verhandlungen in Berlin zwischen dem Vorstand der DEGAM und der gewählten Verhandlungsdelegation der GAM. Diese forderte die Aufnahme der fortbestehenden Landesgesellschaften in die bis dahin lt. Satzung zentralistische DEGAM sowie den Fortbestand der Sektionen und

te. Wie wichtig war da noch eine wissenschaftliche Gesellschaft der Allgemeinmedizin für uns?

Wettlauf um die künftige Existenz

In dieser Zeit des Umbruchs umwarben DEGAM, BPA, NAV und FDA die ostdeutschen Allgemeinärzte, sie zerrten an ihnen wie im Kaukasischen Kreidekreis von Brecht. Bei den sich auflösenden staatlichen Strukturen bildeten sich die Anfänge von Kammern und KVen; immer deutlicher wurde die Liquidation des staatlichen Gesundheitswesens und damit die Notwendigkeit zur Gründung einer eigenen Praxis. Praktische Ärzte ohne Facharztweiterbildung konnten sich schnell noch niederlassen. Der Wettlauf um die künftige Existenz begann. Berufspolitiker und Verbände, pharmazeutische Industrie und Banken, Praxisausstatter und Steuerberater: sie alle wussten, was wir jetzt zu tun hätten. Die Währungsunion erfolgte am 30. Juni 1990, und am 3. Oktober 1990 war die politische Wiedervereinigung vollzogen.

Am 23.3.1990 veröffentlichte der Vorstand der GAM der DDR eine Erklärung mit folgenden Empfehlungen an die Mitglieder und Vorstände (Auszug):

„Im Fokus der künftigen SGAM stand vorrangig die Weiterbildung.“

Zusammenschluss GAM und DEGAM

Der Zusammenschluss der Gesellschaft für Allgemeinmedizin (GAM der DDR) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) erfolgte am 24. Februar 1991 in Berlin. Die Vertreter beider Gesellschaften veröffentlichten eine gemeinsame Erklärung, in der es u. a. heißt: „Ausgehend von den ‚Wernigeröder Beschlüssen‘ (14.7.1990) schließen sich die Gesellschaft für Allgemeinmedizin (GAM) und die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) zusammen. Die neue Gesellschaft ist berufspolitisch neutral und unabhängig. Sie ist die wissenschaftliche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin in Deutschland. Ihre Aufgaben sind die Förderung und Koordinierung von Lehre, Forschung, Weiterbildung, Berufsausübung und Fortbildung in der Allgemeinmedizin und Familienmedizin... Regionale Gesellschaften für Allgemeinmedizin der Länder werden als außerordentliche Mitglieder in die DEGAM aufgenommen.“

Arbeitsgemeinschaften. Ein solches Ansinnen erschien dem Vorstand der DEGAM unmöglich, weil satzungswidrig. Die GAM möge sich auflösen und ihren Mitgliedern empfehlen, der DEGAM beizutreten.

Das zumindest war der Ausgangspunkt der Gespräche Anfang des Jahres 1991 in Berlin zwischen dem Vorstand der DEGAM und der Verhandlungsdelegation der GAM. Und das war auch der Schluss der Gespräche, denn eine Einigung konnte vor Ort nicht erzielt werden. Es bedurfte einer Denkpause. Doch unbeschadet der offenen juristischen Fragen beschloss die Mitgliederversammlung der DEGAM am 20. September 1991 in Bad Honnef den Zusammenschluss mit der GAM. Drei Kollegen (*Rita Kielstein, Christian Köhler, Hanno Grethe*) wurden in den DEGAM-Vorstand kooptiert.

Neues Selbstbewusstsein in den neuen Ländern

Landesgesellschaften für Allgemeinmedizin entstanden nur in Thüringen (GAMT – 2005 mit dem Thüringischen Hausärzterverband verschmolzen) und Sachsen (SGAM). Ähnliche Bemühungen in Berlin/Brandenburg und in Mecklenburg waren nicht erfolgreich. Im Übrigen blieben die Belange der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin im Gewirr von persönlichen Nöten, Verlust des alten Arbeitsplatzes, Vorbereitung zur Niederlassung, Konstituierung von KVen und Kammern mit der Notwendigkeit, dort hausärztlichen Einfluss zu gewinnen bzw. zu sichern, im allgemeinen Umsturz der rechtlichen,

wirtschaftlichen und politischen Bedingungen im Hintertreffen.

Die DEGAM nahm am 25.9.1992 auf ihrer Mitgliederversammlung in Bad Homburg eine entsprechende Satzungsänderung vor, welche fortan die Bildung und Mitgliedschaft von Regionalgesellschaften ermöglichte. Die Arbeitsgruppen und Sektionen lösten sich auf. Die offizielle satzungsgemäße Gründung der „Sächsischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM)“ in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) e. V. konnte dann am 5. Dezember 1992 in Grillenburg erfolgen, zum Vorsitzenden wurde *Grethe* gewählt.

Im November 1993 vereinigten sich die beiden Berufsverbände der Hausärzte in Sachsen, der SVA und der BPA-Sachsen zum „Sächsischen Berufsverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin“ (SBA) (später „Sächsischer Hausärzterverband“). Zwei Jahre später vereinigten sich BPA und FDA. Durch den 100. Deutschen Ärztetag 1997 in Eisenach wurde der Facharzt für Allgemeinmedizin – nicht zuletzt aufgrund des neuen Selbstbewusstseins der allgemeinärztlichen Kollegen aus den neuen Ländern – obligatorische Voraussetzung für die Niederlassung als Allgemeinarzt.

Spätestens jetzt war die Wiedervereinigung komplett.

Dr. med. Diethard Sturm

*Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirotherapie,
Gründungsmitglied SGAM und SVA
09125 Chemnitz*

Statut der Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR (GAM) von 1969 (Auszug)

§ 1 (1) Die Gesellschaft führt den Namen „Gesellschaft für Allgemeinmedizin der Deutschen Demokratischen Republik“. Sie ist eine selbständige Organisation im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für klinische Medizin.

§ 2 (1) Die Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR stellt sich die Aufgabe, die wissenschaftliche Tätigkeit, den Erfahrungsaustausch, die Weiterbildung und die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin zu fördern und zu koordinieren sowie eine enge Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis herzustellen.

Ich war damals DEGAM-Präsident und sah es jetzt als meine wichtigste Aufgabe an, beide Organisationen zu einer gesamtdeutschen Gesellschaft zusammenzuführen. Innerhalb des DEGAM-Präsidiums gab es sehr unterschiedliche Vorstellungen, wie dies geschehen sollte. Sicher war es bei der GAM nicht anders. Mein Prinzip war es, GAM- und DEGAM-Repräsentanten zunächst einmal in Kontakt miteinander zu

Nach der politischen Wende und Öffnung der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) zur Bundesrepublik Deutschland nahm das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) der Bundesrepublik anlässlich der Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin SIMG (Societas internationalis medicinae generalis) im März 1990 im östlichen Teil Berlins erste Kontakte mit der Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR (GAM) auf.

Benno König

Ein historischer, schöner, glücklicher Tag

Meine Erinnerungen als DEGAM-Präsident 1990

„Trotz juristischer Schwierigkeiten und Störaktionen haben die beiden wissenschaftlichen Gesellschaften die Vereinigung vorangetrieben.“

bringen, sich gegenseitig kennenzulernen und festzustellen, wie groß die Bereitschaft zu einer Vereinigung war, um dann in aller Ruhe, gegenseitiger Achtung und Kooperationsbereitschaft das gemeinsame Ziel anzugehen. Dieses Konzept konnte ich auch in meinem Präsidium durchsetzen.

Gleiche Ziele – unterschiedliche Bedingungen

Obwohl GAM und DEGAM seit ihrer jeweiligen Gründung weitestgehend gleiche Ziele verfolgten, waren die Bedingungen, unter denen sie arbeiten konnten, kaum vergleichbar. Der frühere GAM-Vorsitzende Günther Borgwardt schilderte dies bei der ersten Begegnung sehr anschaulich. Er beschrieb, dass freiberuflich tätige Hausärzte als Relikte der Kapitalistenklasse diffamiert und Arztkinder prinzipiell nicht zum Studium zugelassen wurden. Durch die Polikliniken und Dispensar-Einrichtungen, durch die der Patient schon beim Erstkontakt im Krankheitsfall ein Spezialistenteam in Anspruch nehmen konnte, wurde der Hausarzt überflüssig.

In der Weimarer Gesundheitskonferenz 1960 wurde eine Anerkennung der Position des

Allgemeinmedizin der DDR: Den politischen Gegenkräften abgerungen

„Auch in der Medizin finden wir nur wenig Beispielhaftes für das gemeinsame Deutschland. Doch in unserer Allgemeinmedizin und der mit ihr verbundenen Facharztanerkennung liegen Attribute, die wir in die Zukunft einbringen können, ja, die uns unveräußerlich scheinen, gerade weil sie erheblichen politischen Gegenkräften abgerungen werden mussten.“

Brandt H (1990) *Der lange Weg der Allgemeinmedizin in Ostdeutschland. Festvortrag zur Gründungsveranstaltung der GAMT. Der Allgemeinarzt 15:896-904*

Hausarztes im sog. abgestuften System der medizinischen Betreuung der Bevölkerung anerkannt und 1961 zunächst die Fachdisziplin „Praktischer Arzt“ und 1967 der „Allgemeinarzt“ ins Leben gerufen. Trotz aller Aufsicht und Reglementierung habe sich in der GAM eine Gruppe immer selbstbewusster werdender Allgemeinärzte entwickelt. Er nannte die Kollegen Gärtner, Friedrich, Knabe, Brandt, Hohlfeld, Knoblauch, Mitzscherling, Ina und Andreas Hügel, Barten und Junghanns, die sich unter schwierigen Bedingungen für die Anerkennung des Allgemeinärztes eingesetzt haben.

Verständnisvolle Atmosphäre

Die GAM wählte nun einen Verhandlungsausschuss, dem Frau Ingrid Germer vorstand und



Ost-Protest am stillen Örtchen. 100. Ärztetag Eisenach 1997

dem Grethe, Köhler und Frau Kielstein angehörten. Dieser Ausschuss traf sich mit den Präsidiumsmitgliedern der DEGAM König, Härter, Lorenz, Klimm und Frau Kruse in Wernigerode, in Köpenick, in Ulm und Baden-Baden, um die Vereinigung beider Gesellschaften vorzubereiten.

Trotz juristischer Schwierigkeiten und Störaktionen, u. a. von berufspolitischer Seite, haben sich die Vertreter der beiden wissenschaftlichen Gesellschaften nicht entmutigen lassen, die Vereinigung voranzutreiben. Eine für die jeweiligen Positionen verständnisvolle Atmosphäre und rasch zunehmende menschliche

und kollegiale Sympathien waren die Basis hierfür. Bei der Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin am 20. Sept. 1991 in Bad Honnef konnten wir den Zusammenschluss beider Gesellschaften bekanntgeben.

Für mich war dies ein historischer, schöner, glücklicher Tag.

Prof. Dr. med. Benno König

Facharzt für Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin, Präsident DEGAM (1990–1992), Preisträger Hippokrates-Medaille, Ehrenmitglied DEGAM, 55126 Mainz

21. Juli 1991

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege!

Mit großer Freude teilen wir Ihnen mit, daß die von Ihnen gewählte Verhandlungsausschuß gemeinsam mit dem Präsidium der DEGAM die Voraussetzungen für die Vereinigung der beiden Gesellschaften geschaffen hat.

Die ehemalige Gesellschaft für Allgemeinmedizin konnte ihre Bedeutung und Erfolge nur durch ihre aktiven und zahlreichen Mitglieder erreichen. Wir hoffen daher, daß Sie sich den Zielen unserer medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft nach wie vor verbunden fühlen und das durch Ihre Mitgliedschaft und aktive Mitarbeit in der DEGAM weiterhin zum Ausdruck bringen. Nur als eine mitgliederstarke Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin können wir unsere Ziele in Aus-, Weiter- und Fortbildung des Facharztes für Allgemeinmedizin durchsetzen.

Wir laden Sie deshalb herzlich ein, in recht großer Zahl den Hausärztertag in Bad Honnef vom 18.-21. September 1991 zu besuchen. Auf der dort stattfindenden Mitgliederversammlung der DEGAM wird die Öffentlichkeit über die vollzogene Vereinigung informiert werden.

Mit freundlichen Grüßen

MR Dr. Ingrid Germer

Prof. Dr. Benno König

Historisches Dokument vom 21. Juli 1991: Handschriftlicher Entwurf zur Vereinigung GAM/DEGAM

„Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Mit großer Freude teilen wir Ihnen mit, daß die von Ihnen gewählte Verhandlungsausschuß gemeinsam mit dem Präsidium der DEGAM die Voraussetzungen für die Vereinigung der beiden Gesellschaften geschaffen hat.

Die ehemalige Gesellschaft für Allgemeinmedizin konnte ihre Bedeutung und Erfolge nur durch ihre aktiven und zahlreichen Mitglieder erreicht werden. Wir hoffen daher, daß Sie sich den Zielen unserer medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft nach wie vor verbunden fühlen und das durch Ihre Mitgliedschaft und aktive Mitarbeit in der DEGAM weiterhin zum Ausdruck bringen. Nur als eine mitgliederstarke Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin können wir unsere Ziele in Aus-, Weiter- und Fortbildung des Facharztes für Allgemeinmedizin durchsetzen.

Wir laden Sie deshalb herzlich ein, in recht großer Zahl den Hausärztertag in Bad Honnef vom 18.-21. September 1991 zu besuchen. Auf der dort stattfindenden Mitgliederversammlung der DEGAM am 19.9.1991 wird die Öffentlichkeit über die vollzogene Vereinigung informiert werden.

Mit freundlichen Grüßen

MR Dr. Ingrid Germer
Prof. Dr. Benno König“

am
19.9.1991

50 Jahre DEGAM

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Strukturen im Wandel

Dennoch warnten unsere Standsvertreter unverdrossen vor der „heranrollenden Ärzteschwemme“. Ganze 72 Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin rackerten sich an einigen wenigen Fakultäten ab.

Verminter Kassenarzt-Alltag

Der Kassenarzt-Alltag ist in diesen Zeiten listenreich und vermint: Negativ-, Positiv-, Ba-

Je weiter man zurückblicken kann, desto weiter kann man vorausschauen: Vielleicht erinnern sich einige von Ihnen noch an jene frühen 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts: 25.000 Allgemeinärzte und Praktische Ärzte waren in der damaligen BRD niedergelassen, ihr Niederlassungsverhältnis betrug 1 : 5, die Gruppe der weitergebildeten Allgemeinärzte drohte mit durchschnittlich 58 Jahren auszusterben.

Frank H. Mader

Viele Komplimente, aber kein Heiratsantrag

30 Jahre Allgemeinmedizin

gatell- und Transparenz-Listen. Das „Aus“ für Nasschemie und Individuallabor, danach endlose Kostenabstaffelung im Gemeinschaftslabor. Hochgerüsteter Maschinen- und Gerätepark: In jeder fünften Allgemeinpraxis steht ein Röntgengerät, in mehr als 50 Prozent ein gynäkologischer Untersuchungsstuhl, in weni-

ger als der Hälfte ein EKG-Gerät. Die Sonografie hält in unsere Praxen Einzug: 1982 wird dafür ein Fachkundenachweis verlangt. Im selben Jahr erscheint die erste Tageszeitung für Ärzte. 1981 friert die KV erstmals das Kassenhonorar ein. 1983 wird die längst überholte GOÄ von 1965 endlich novelliert, und die Funktionäre geloben mit dem „Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)“ eine neue Gerechtigkeitsära. Durch die filigrane Multiplikatorberechnung der GOÄ und das Auslutschen von 300 EBM-Gebührenordnungspositionen kommt auch die EDV in unsere Praxen. Nur 10 bis 35 Prozent der niederlassungswilligen Jungärzte strebten damals die freiwillige vierjährige Weiterbildung zum Allgemeinarzt an. Für die Sozialdemokraten war dieser Arzttyp schon immer der Favorit, während die FDP eine Pflichtweiterbildung vehement ablehnte; für sie reichte die bloße Approbation zum Arzt für eine Tätigkeit als Hausarzt.

Angekommen in der Akademie

Heute hat sich der Hausarzt vom Praktischen Arzt und Geburtshelfer über den Allgemeinarzt und den Arzt für Innere und Allgemeinmedizin zum Facharzt für Allgemeinmedizin durchgemeldet. Sein Lehrgebiet ist angekommen im heiligen Hain der Akademie. Dennoch beherrschen weiterhin Mutlosigkeit, Frust und Wut unsere Zunft. Die gefühlten Ursachen und Feindbilder sind dieselben geblieben: Eine facharzt dominierte KV und eine unberechenbare Politik. Wie sagte doch so trefflich vor über 30 Jahren der eloquente Medizinjournalist und Geschäftsführer des BPA, *Walther Schwerdtfeger*: „Die Allgemeinmedizin ist eine Schöne, der jeder Komplimente macht, aber niemand einen Heiratsantrag.“

Prof. Dr. med. Frank H. Mader

Herausgeber *Der Allgemeinarzt*,
93152 Nittendorf

gekürzt. Editorial *30 Jahre Der Allgemeinarzt*
(2010) *Der Allgemeinarzt* 5:3



Stabile und förderliche Rahmenbedingungen

„Für eine zukunftsorientierte Entwicklung der hausärztlichen Primärversorgung sind stabile und förderliche Rahmenbedingungen eine unverzichtbare Voraussetzung ... Es ist (aber) zu erwarten, dass sich das ganze Potenzial der hausärztlichen Versorgung (WHO 2008) erst entwickelt, wenn gute Rahmenbedingungen für Hausarztpraxen flächendeckend über einzelne Kassenarten und Regionen hinweg geschaffen werden.“

DEGAM-Zukunftspositionen. Position 4 (Auszug). Frankfurt 2012

Dieser Zeitraum – ich bezeichne ihn als „goldene zwanzig Jahre“ – war und ist geprägt von drei Persönlichkeiten, die bereits Mitte der 1990er Jahre in der Fachgesellschaft Verantwortung hatten und auch heute noch, im Jubiläumsjahr, in maßgeblichen Funktionen und Ämtern wirken: Es sind dies die DEGAM-Präsidenten *Heinz-Harald Abholz* (1998-2004) und *Michael M. Kochen* (2004-2010)

Gernot Lorenz sollte Recht behalten, als er 1996 auf dem 19. Deutschen Hausärztetag seinen Bericht „30 Jahre Deutsche Allgemeinmedizin“ mit der Feststellung beendet hatte: „Die Zeit ist reif für die Allgemeinmedizin“. Die folgenden zwanzig Jahre wurden von unserer Gesellschaft für die wissenschaftliche Allgemeinmedizin in der Tat effizient und effektiv genutzt: in Forschung, Leitlinienarbeit sowie in der Lehre.

Edmund Fröhlich

Goldene zwanzig Jahre

Die DEGAM von der Jahrhundertwende bis heute

„Mit dem Listserver [ALLGMED-L] wurde 1997 eine bis heute beispiellos erfolgreiche Plattform geschaffen.“

– heute als Alterspräsident bzw. Ehrenpräsident noch lange nicht auf dem „Altenteil“ – sowie der amtierende Präsident *Ferdinand M. Gerlach* (2010-2016), der, gemeinsam mit *Abholz* und *Helmich*, ab 1995 die Leitlinienarbeit inhaltlich und organisatorisch maßgeblich initiiert hat. Daraus erwuchs dann 1998 die DEGAM-Geschäftsstelle für die Leitlinienarbeit in Düsseldorf (bis 2010 dort, dann in Rostock, seit 2014 in Hamburg), welche die evidenzbasierte Leitlinienarbeit über Jahre vorbildlich auch für andere Fachgesellschaften koordiniert hat.

Wissenschaftliche Entwicklung

Parallel dazu kam es ab 1998 zu einer beschleunigten wissenschaftlichen Entwicklung des Faches (zuvor gab es forschende Abteilungen nur in Hannover, Göttingen und Marburg), die mit der Berufung von Lehrstuhlinhabern in Düsseldorf, Kiel, Heidelberg, Frankfurt etc. einsetzte. Dadurch wurde ab etwa 1999 die Forschungsförderung durch das BMFT wesentlich ermöglicht.

In den Jahren bis 1997 gab es nur an rund einem Viertel der Hochschulen eine didaktisch entwickelte allgemeinmedizinische Ausbildung, die über „eine Stunde“ Frontalvorlesung

hinausging. Hier war *Waltraut Kruse* als Vorsitzende der VHLA sicherlich diejenige, welche die Allgemeinmedizin insbesondere hochschulpolitisch weit voran gebracht hatte. Ende der 1990er Jahre boten nur einige wenige Universitäten neben Kleingruppenunterricht mit dem Fokus auf Kommunikation auch ein einwöchiges Hausarztpraktikum an (z. B. Düsseldorf unter *Helmich*). Die Ausweitung und didaktische Verbesserung des Unterrichts an den Universitäten entwickelte sich jedoch dann in den Jahren ab 1997 rasant, weiterhin unterstützt durch die Arbeit des Hochschullehrerverbands (VHLA/GHA) unter Leitung von *Kruse*, *Niebling* und *Graf von Luckner*. So gibt es heute an nahezu allen 38 medizinischen Fakultäten ein mindestens zweiwöchiges Hausarztpraktikum und an allen Einrichtungen ein didaktisch sehr gut entwickeltes Ausbildungskonzept mit überwiegend Kleingruppenunterricht.

Förderung der Weiterbildung

Jürgen in der Schmitt und *Peter Helmich* legten 2000 ihr Grundlagenwerk „Weiterbildung Allgemeinmedizin“ vor. Darin werden die Schwierigkeiten und berufspolitischen Widerstände gegen eine qualifizierte Weiterbildung bis zum Jahr 1958 zurückverfolgt und zugleich Möglichkeiten für eine attraktive und strukturierte Rotationsweiterbildung aufgezeigt. Die politische Umsetzung dieser Gedanken erfolgte mit dem Programm „Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin“. Das Deutsche Ärzteblatt würdigte 2008 in einem Nachruf auf *Helmich* (der nur zwei Jahre lang das Präsidium der DEGAM leitete), er habe das Initiativprogramm zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin auf den Weg gebracht, indem er Kassen und KVen überzeugen konnte, dass die Weiterbildung in Allgemeinmedizin insbesondere einer finanziellen Förderung bedarf. Hier waren Überzeugungsarbeit und viele Gespräche mit den betreffenden Entscheidungsträgern zu leisten; neben *Helmich* seien genannt *Vittoria Braun* und *Abholz*.

Corporate Identity

Im durch *Norbert Donner-Banzhoff* inaugurierten Listserver [ALLGMED-L] begegnen sich alte Hasen ebenso wie hausärztliche Youngsters zeitgleich und auf Augenhöhe. Dieser internetaffinen Community verdankt die Gesellschaft wesentliche Impulse für ihre Arbeit. Zudem ist der Listserver zu einem nicht hoch genug zu schätzenden Faktor in der Gewinnung neuer Mitglieder und für die Corporate Identity der DEGAM geworden.

Als vergleichsweise junge akademische Disziplin ist die Allgemeinmedizin in besonderem Maße gefordert, ihren Nachwuchs gezielt heranzuziehen als erfolgreiche Persönlichkeiten in Forschung und Lehre. Diesem Ziel dienen die seit 1992 laufenden Forschungskurse der DEGAM (organisiert u. a. von Göttingen, Freiburg,

„Seit 2000 bereiten sich alljährlich rund 15 junge Wissenschaftler in einem berufsbegleitenden Professionalisierungskurs auf ihre Karriere vor. Ähnliche Ziele verfolgen die DEGAM-Nachwuchsakademie, die Summer School Allgemeinmedizin, die Junge Allgemeinmedizin Deutschlands (JADE) oder der DEGAM-Karriereworkshop Allgemeinmedizin.“

„Die wichtigsten Aufgaben der Gegenwart und der nächsten Jahre sind/bleiben die Aus- und Weiterbildung für die Nachwuchsgewinnung sowie der weitere Ausbau jener Universitätsabteilungen, die so klein sind, dass kaum allgemeinmedizinische Forschung solide und auf Dauer sich entwickeln kann.“

TU München). Später wurden diese Kurse zusammen mit international Lehrenden und Lernenden (vorwiegend aus den Niederlanden und Belgien) durchgeführt.

Die bald nahezu ein Jahrhundert alte Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA), offizielles Organ mehrerer deutschsprachiger allgemeinmedizinischer Fachgesellschaften, hat sich insbesondere seit 2000 unter *Kochen* sowie unter den übrigen Herausgebern *Abholz*, *Rabady*, *Niebling* und *Sönnichsen* zu einem beachtlichen Wissenschaftsorgan entwickelt – konsequent ohne Interessenkonflikte oder Einflüsse seitens der Industrie.

Erfolgreiche DEGAM-Kongresse

Das Herz der DEGAM freilich schlägt heute auf ihrem Jahreskongress (Seite 42): Verirrten sich zu Gründerzeiten nur einige Wenige auf die Veranstaltungen, die sich noch ausschließlich an den Fortbildungsbedürfnissen im Praxisalltag orientierten, so beeindruckten gerade in den letzten Jahren die Teilnehmerzahlen (konstant über 600) sowie Themenvielfalt und -niveau. Seit Mitte der 90er Jahre erfüllten Vorträge und Posterpräsentationen zunehmend wissenschaftliche Ansprüche. Seit etwa 2000 präsentiert der mehrtägige DEGAM-Kongress nicht nur Ergebnisse aus den forschenden Abteilungen der Allgemeinmedizin im deutschsprachigen Raum, sondern diskutiert in Workshops, Fortbildungen und Plenumsvorträgen Grundsatzfragen des Faches. 2011 fand der Kongress erstmals außerhalb Deutschlands, in Salzburg, gemeinsam mit der ÖGAM und dem Institut für Allgemeinmedizin an der Paracelsus-Universität statt. Am Ende dieses Kongresses wurde „per Handschlag“ vereinbart, künftig stärker im deutschsprachigen Raum zusammenzuarbeiten. Bereits 2013 stellte sich auf dem überaus erfolgreichen DEGAM-Kongress an der TU München eine beachtliche Delegation österreichischer und südtiroler Kollegen ein. Weitere zwei Jahre später

hatte der Drei-Länder-Kongress in Bozen/Südtirol, gemeinsam mit der Südtiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SÜGAM) und der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) veranstaltet, allein schon wegen seines transalpinen Flairs einen besonders hohen Zuspruch.

Parallel zu den zahlreichen Aktivitäten der DEGAM stieg auch die Mitgliederzahl beachtlich an: Waren es 2009 bei Gründung der Bundesgeschäftsstelle in Frankfurt noch 2.648 Mitglieder, so sind es im Jubiläumsjahr 2016 mehr als 6.100; dabei spiegelt die Mitgliederstruktur auch die Dynamik unserer Gesellschaft wider: So haben vor allem viele jüngere Frauen sowie Medizinstudierende und Ärzte in Weiterbildung eine deutliche Verjüngung des Altersdurchschnitts bewirkt. Dies ist aber auch ohne Statistik auf den fröhlichen Gesellschaftsabenden augenfällig.

Die Zeit war reif

Im administrativen Bereich wurden neben der Geschäftsführung durch Sekretariat, Projektmanagement und Pressestelle Voraussetzungen für ein zeitgemäßes Management geschaffen, um einerseits die inhaltliche und konzeptionelle Unabhängigkeit insbesondere von der Industrie zu gewährleisten und andererseits die Kommunikation nach innen und außen zu organisieren. 2015 zog die Geschäftsstelle von Frankfurt nach Berlin.

Fazit: Die Zeit war reif für die Allgemeinmedizin, die DEGAM hat dies mit einer Strategie der Professionalisierung genutzt, indem sie die Lehre stärkte, die Weiterbildung auf solidere Beine zu stellen half, sich in Forschung und in Leitlinienarbeit etablierte und so in der akademischen Welt, aber auch der Praxis, den notwendigen Respekt verschaffte.

Edmund Fröhlich

Geschäftsführer DEGAM
10117 Berlin



Fescher Nachwuchs: 47. DEGAM-Kongress 2013, München, Hofbräuhaus

Ziel der Sektionen sollte es sein, es dem Präsidium der DEGAM zu ermöglichen, auf der Basis des Sachverständs seiner spezialisierten Sektionen auf die vielfältigen Anfragen und Herausforderungen rasch und kompetent zu reagieren. 2001 auf dem DEGAM-Kongress in Hannover wurden die ersten Sektionsvorsitzenden gewählt und wurde die Entwicklung der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin auf viele Räder

In den Geschichtsbüchern der DEGAM steht nicht viel, aber Zeitzeugen berichten, dass es der damalige Präsident *Helmich* war, der die Sektionsidee anstieß, die von seinem Nachfolger *Abholz* Ende der 1990er Jahre umgesetzt wurde. Heute zählen die 6 Sektionen und 5 Arbeitsgemeinschaften zum wissenschaftlichen Thinktank der Gesellschaft.

Thomas Lichte

Ein Modell auf der Erfolgsspur

DEGAM-Sektionen seit über 15 Jahren unverzichtbar

gestellt. Mit zunächst fünf „Tracks“ Qualitätsförderung, Forschung, Studium und Hochschule, Versorgungsaufgaben sowie Weiterbildung und Fortbildung begann das Rennen mit und um Profil.

Sichtbare Erfolge

Wegen des doch eher unterschiedlichen Diskussionsbedarfs wurde die ursprünglich einheitliche Sektion Fort- und Weiterbildung aufgetrennt, so dass ab 2007 neben der Sektion Weiterbildung die Sektion Fortbildung eigenständig besteht.

Die Entwicklung der *Sektionen* und deren sichtbare Erfolge im Überblick:

1. **Qualitätsförderung:** Aus dieser Sektion entstand die vorbildhafte Entwicklung der S3-Leitlinien. Streng an der alltäglichen hausärztlichen Praxis mit ihren konkreten Beratungsproblemen angelehnt, wurden bisher 15 S3-Leitlinien, teilweise bereits in 1. Revision zusammen mit inzwischen zahlreichen S1-Formaten entwickelt. Die pharmaneutrale Qualitätszirkelarbeit mit ihren Promotoren nahm von dieser Sektion aus nahezu flächendeckend übers Land ihren Ausgang und ist ein anerkannter Qualitätsindikator für die hausärztliche Arbeit.

2. **Forschung:** Diese Sektion entwickelte sich erfreulich unter qualitativen, aber auch quantitativen Aspekten, wobei immer mehr Engagierte in universitären, aber auch hausärztlichen Bereichen eingebunden sind.
3. **Studium und Hochschule:** Aus dieser Sektion stammen mit Unterstützung der GHA immer mehr qualifizierte Dozenten auf den allgemeinmedizinischen Lehrstühlen, die sich in den letzten 10 Jahren mehr als verdreifacht haben. Außerdem werden neue Lehrformate im internationalen Vergleich erprobt und eingerichtet (z. B. für PJ, Blockpraktikum, Famulatur, Seminare). Die neuen Aufgabenstellungen, die sich durch die Änderungen der Approbationsordnung ergeben haben, erhalten aus dieser Gruppe wichtige Impulse.
4. **Versorgungsaufgaben:** Diese Sektion wurde in den Verbund aufgenommen, um zusammen mit den Niedergelassenen typische hausärztliche Fragestellungen vor allem im Rahmen der Versorgungsforschung anzugehen; dadurch wird eine spezifische Versorgungsforschung für die Allgemeinmedizin ermöglicht.
5. **Weiterbildung** spielt für die Sicherung der zukünftigen hausärztlichen Versorgung eine entscheidende Rolle. Die Attraktivität des Faches zeigt sich in einer praxisnahen Weiterbildung am besten in Verbundsystemen. Die Gestaltung der WO, z.B. in den Gremien der Ärztekammern, wird von den Sektionsvertretern entscheidend mitgestaltet. Holprige Wegstrecken führen jedoch oft zu Pannen und Umwegen.
6. **Fortbildung:** Durch die politischen Forderungen nach lebenslanger Fortbildung rücken die Aufgaben dieser Sektion in den Vordergrund. Den Kollegen ist es teilweise sehr gut gelungen, die Sinnhaftigkeit von Formaten in kleinen Gruppen und die Orientierung an qualitätsgesicherten Vorgaben wie Leitlinien umzusetzen. Eine weitgehende Pharmaneutralität ist selbstverständlich.

Derzeit gibt es 6 *Arbeitsgemeinschaften* (Diabetes, Komplementärmedizin, neue Medien, Psychosomatik sowie Wissenschaft und Forschung für Medizinische Fachangestellte [MFA]). Heute arbeiten über 100 Kollegen in den Sektionen und Arbeitsgruppen, die korrespondierend verbunden sind mit dem gemeinsamen Ziel einer effektiven, qualitativ hochstehenden und möglichst langfristig auch allgemeinmedizinisch fundierten hausärztlichen Versorgung flächendeckend zum Wohle der Patienten. Als Autor, zeitweise Mitkämpfer und immer Beobachter bin ich dankbar, ein bisschen mitgestaltet zu haben.

Prof. Dr. med. Thomas Franz Josef Lichte
Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie,
27389 Lauenbrück

JADE wurde 2008 von einer Handvoll angehender Allgemeinärzte um *Haffner, Schmidt* und *Freund* als Arbeitsgruppe innerhalb der Sektion Weiterbildung der DEGAM gegründet, jedoch war eine gewisse Eigenständigkeit und Unabhängigkeit uns von Anfang an wichtig. Heute hat das bewusst lose gehaltene Netzwerk bereits über 1.000 Mitglieder deutschlandweit.

Im September 2008 innerhalb der Sektion Weiterbildung der DEGAM gegründet, bestand noch zwei Jahre später das Netzwerk der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE) aus einer reinen E-Mail-Liste. Heute hat sich die JADE zur anerkannten Nachwuchsorganisation der deutschen Allgemeinmedizin entwickelt.

Sonja Strothotte

Ein Netzwerk wächst seit 2008

JADE – Junge Allgemeinmedizin Deutschland

„Eine der größten Ängste beim Wechsel von der Klinik in die Praxis ist, dass man dann alleine ist und niemanden mehr zum Austausch hat.“

Um wirklich „junge“ Allgemeinärzte zu bleiben, nehmen wir die Grenzen des Mitgliedsalters – bei ansonsten niedrigen Schwellen – sehr ernst und mussten schon dem einen oder anderen erfahrenen Hausarzt eine Absage erteilen, denn JADE-Mitglied kann man nur bis 5 Berufsjahre nach bestandener Facharztprüfung werden.

JADE ist im Laufe der Jahre nicht nur größer, sondern auch professioneller geworden, nicht nur durch Visitenkarten und Homepagegestaltung. Seit 2010 findet alljährlich im Rahmen der „practica – Fortbildung zum Mitmachen“ in Bad Orb der „Tag der jungen Allgemeinmedizin (TdA)“ statt. Repräsentiert wird die JADE von 4 jährlich gewählten Sprechern, welche den Ressorts Weiterbildung, Regionales, Internationale Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit vorstehen, 2015 waren das *Herrmann, Thiel, Freund* und meine Person.

Meine JADE

Die Mitgliedschaft ist kostenlos, aber keineswegs umsonst. Alle JADE-Mitglieder engagieren sich nämlich ehrenamtlich. Die Themen, die intern wie extern diskutiert werden, sind im wesentlichen die gleichen wie zur Gründerzeit: Organisa-

tion der Weiterbildung sowie Verbesserung der Weiterbildungsbedingungen, Tipps und Lerngruppen zur Facharztprüfungsvorbereitung, Gründung der eigenen Praxis und alles, was damit zusammenhängt, sowie medizinische Themen von Impfpflicht über Vorsorgeuntersuchungen bis zu Palliativmedizin und EbM. Als größter Repräsentant unserer Zielgruppe setzen wir uns auch für eine Verbesserung unserer Weiterbildungs-, Arbeits- und Forschungsbedingungen ein. Wir sind offen für Austausch und Kooperation u. a. mit der DEGAM (ein Vertreter ist ständiger Gast bei den Präsidiumssitzungen), dem Hausärzterverband, den Vertretern der Medizinstudenten (bvmd) oder den allgemeinmedizinischen Uniabteilungen.

Als sich gegen Ende meines PJs der Entschluss zur Weiterbildung zur „Fachärztin für Allgemeinmedizin“ festigte, war das aber auch das einzige, was ich genau wusste. Wo und wie ich mich jetzt bewerben sollte, wie man so eine Weiterbildung zum Hausarzt anstellt und was man sonst noch so beachten muss, das war mir gar nicht klar. Die Eltern Wirtschaftler, der Bruder Jurist, die befreundeten Kommilitonen alles angehende Spezialfachärzte – was blieb mir da als die Suche nach Informationen im Internet? Rasch stieß ich dabei auf die Homepage der JADE, die u. a. Unterstützung und Austausch genau in meiner Situation anbot. Und so bin ich schnell Teil des Netzwerkes geworden.

Regionale JADE-Aktivitäten

Persönlich muss ich im Rückblick auf die letzten Jahre sagen: Wenn es die JADE noch nicht gegeben hätte, ich hätte sie glatt gegründet! Eine der größten Ängste, wenn man nach der Klinikzeit in die Praxis wechselt ist die, dass man dann alleine ist und niemanden mehr zum Austausch hat. Dank JADE hatte sich diese Angst bei mir rasch gelegt, und heute kann ich mich über ein feh-



JADE-Button auf stolz geschwelter Brust

lendes Netzwerk absolut nicht beschweren! So hat sich bei mir das Angebot, bei der Moderation des Forums mitzuhelfen, rasch zur Übernahme der Funktion des Hauptadministrators des ganzen Portals entwickelt. Ebenso wurde ich nach Mitgründung der bayerischen Regionalgruppe

„Durch die von den KVen ergriffenen Maßnahmen konnte im letzten Jahr erstmalig ein weiterer Rückgang der Zahl der Allgemeinärzte verhindert werden. Trotz dieser Erfolge lässt sich die allgemeinärztliche Versorgung insbesondere im ländlichen Gebiet langfristig nur sicherstellen, wenn es gelingt, den ärztlichen Nachwuchs bereits während des Studiums und in der Weiterbildung wesentlich stärker für die Allgemeinmedizin zu interessieren.“

Aus einer Resolution der KV Niedersachsen vom 17.8.1974

zusammen mit den Kollegen *Eras-Kalisch* und *Schelling* rasch zu einer der zentralen Ansprechpartnerinnen, 2013 wurde ich JADE-Sprecherin für Öffentlichkeitsarbeit. Eine Sache, die mich übrigens eher geschockt als gewundert hatte, sind die geringen Computerkenntnisse vieler Kollegen in meinem Alter.

Der zweimonatlich stattfindende Münchner Stammtisch der bayerischen Regionalgruppe JA-Bay ist mir ein fester Eintrag in meinem Terminkalender geworden. Ich treffe jedes Mal neue Mitglieder, der persönliche Austausch ist doch das schönste. So ist es schön, dass es neben 4 Standorten in Bayern (Nürnberg, Würzburg, Regensburg und München) auch in Berlin (WABe), Hessen (HESA e.V.) und Thüringen (ThuJA) JADE-Regionalgruppen und regelmäßige Treffen gibt.

Die Zukunft der JADE

Der fehlende Austausch in der Weiterbildung, niedrigere Löhne als in der Spezialistenweiterbildung, das weiterhin verbreitete, abwertende Bild des Husten-, Schnupfen- und Arbeitsunfähigkeit attestierenden Hausarztes, die Negativdarstellung unseres Faches auch aus den eigenen Reihen – dies alles sind Hürden in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, welche die JADE sicherlich nicht im Alleingang verbessern kann, aber sie kann ein gutes Stück dazu beitragen – und wer weiß, was noch alles passiert

in den nächsten Jahren, denn eins ist sicher: Wir jungen Allgemeinärzte werden gebraucht – und das ist ein schönes Gefühl!

Dr. med. Sonja Strothotte

Fachärztin für Allgemeinmedizin, aktuelle Sprecherin für Öffentlichkeitsarbeit der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE), 85411 Hohenkammer

„Wir sind viele!“

„Wir bringen uns ein! Erreicht haben wir bislang u. a. die Anpassung der finanziellen Weiterbildungsförderung, die Streichung von vertraglichen Niederlassungsverpflichtungen, die Einbindung in Kommissionen zur Etablierung strukturierter Weiterbildungsprogramme sowie einen regen Informationsaustausch.

Wir sind viele! Wir sind nicht nur einzelne Hausärzte, wir sind auch der Hausärzterverband, wir sind die DEGAM, wir sind die Qualitätszirkel und wir sind unsere Selbstverwaltung. Wir sitzen nicht nur mit den anderen Fachärzten in einem Boot, sondern auch mit unseren Patienten.“

Dr. med. Michael H. Freitag, MPH, Mitglied ThuJA, in: Der Allgemeinarzt (2011) 1:3

„Gerade die heutige junge Generation mit ihrer Sozial- und Gesellschaftsbezogenheit im Denken kann ihre berufliche Erfüllung und damit das Umsetzen des Denkens in das Handeln besonders in der allgemeinärztlichen Tätigkeit finden. Wenn hierfür noch eine Reihe von Vorbedingungen erfüllt werden, braucht die Zukunft des Allgemeinarztes nicht mehr in Frage gestellt zu werden. Das Ziel muss sein, einen qualifizierten Hausarzt moderner Prägung und nach dem Bedarf unserer Gesellschaft zu schaffen.“

Hamm H (1976) MMG 1:172-80



Immer vor Ort: JADE-Aktivistin Strothotte 2015 am 6. Tag der Allgemeinmedizin der TU München

Grund genug für einen kurzen persönlichen Rückblick, der für mich bis ins Jahr 1984 führt. Damals wagte ich mich erstmals an zusammenfassende Kommentierungen von Studien, die unter der Rubrik „ZFA-aktuell“ erschienen. Ein Jahr später wurde ich, wie es damals noch hieß, „Schriftleiter“ – als Nachfolger von *Helmut Pillau* und als einziger Allgemeinarzt neben drei Internisten und einer Orthopädin.

Die Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA) existiert seit über 90 Jahren. 1925 unter dem Namen „Der Landarzt“ gegründet und 1973 in „Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)“ umbenannt, erschien das Blatt im Hippokrates-Verlag und damit in der Thieme Verlagsgruppe, seit Anfang 2009 kommt es im Deutschen Ärzte-Verlag heraus. Die Namensrechte der ZFA gehören seitdem der DEGAM.

Michael M. Kochen

Vom „Landarzt“ zur „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“

Beispiel für die Professionalisierung einer Fachzeitschrift für Allgemeinmedizin

„Die Leserinnen und Leser haben mit ihrer kritischen Solidarität unserer Fachgesellschaft und ihrer Zeitschrift zum heutigen Stand verholfen.“

Der Duktus des Blattes

Schon diese fachliche Zusammensetzung signalisierte den Duktus des Blattes:

- › Fortbildungsorientierte Informationen von Spezialisten für Hausärzte.
- › Hausärzte selbst waren als Autoren kaum vertreten.
- › Die ZFA war eine weitgehend über pharmazeutische Anzeigen finanzierte Streuzeitschrift, die allen niedergelassenen Allgemeinärzten und Internisten kostenlos zugestellt wurde.
- › Artikel wurden nur selten von außen eingereicht, sondern meist bei Klinikchefs eingeworben, die ihre Mitarbeiter für die Erstellung der Texte einspannten.
- › Außer einer sprachlichen Prüfung gab es kaum eine inhaltliche Begutachtung, mit der man (so die weit verbreitete Befürchtung) die gutwilligen Autoren nur verschreckt hätte.
- › Der Begriff „Interessenskonflikte“ war – nicht nur bei der ZFA – so gut wie unbekannt.

Professionalisierung der Zeitschrift

Hier sind schon fast alle Aspekte benannt, welche die kommende Professionalisierung der Zeitschrift ausmachte. Die meisten der nachfolgend genannten Entwicklungen fanden allerdings erst in den letzten fünf Jahren statt und gingen parallel zur rasanten Entwicklung der DEGAM.

- › In der Herausgeberschaft gibt es nur noch Hausärzte: *Harald Abholz* war seinerzeit die erste Verstärkung der hausärztlichen Säule. Es folgten *Wilhelm Niebling*, *Erika Baum* und *Eva Hummers-Pradier* (beide inzwischen ausgeschieden), *Andreas Sönnichsen* und *Susanne Rabady*.
- › Eine Besonderheit sind die engen Beziehungen zu Österreich und Italien. Neben österreichischen Landesverbänden (Salzburg [SAGAM], Tirol [TGAM] und seit 2016 Vorarlberg [VGAM]) sitzt auch die Südtiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SüGAM) als Mitherausgeber „im Boot“.
- › Die ZFA akzeptiert keine pharmazeutischen Anzeigen. Sie finanziert sich (bei einer aktuellen Auflage von 6.500 Exemplaren) ausschließlich aus den Beiträgen der Mitglieder von DEGAM und assoziierten österreichischen bzw. italienischen Landesverbänden sowie den Gebühren freier Abonnenten.
- › Fast alle (mittlerweile elektronisch eingereichten) Artikel werden von über 100 Gutachtern beurteilt, die zu 95% aus der Allgemeinmedizin kommen. Knapp 20% der Arbeiten werden abgelehnt.
- › Für alle Nutzer der Zeitschrift sind u.a. Autorenrichtlinien, eine Checkliste für eingereichte Artikel oder eine Anleitung für Gutachter frei verfügbar.
- › Die Angabe von Interessenskonflikten ist für alle Autoren obligatorisch und folgt den strengen Grundsätzen des International Committee of Medical Journal Editors.
- › Alle Inhalte der ZFA sind 6 Monate nach Erscheinen für jedermann zugänglich (open access).

Weitere Veränderungen, insbesondere im elektronischen Bereich sind geplant und werden in Kürze realisiert. Viel Geduld hingegen scheint für die Indexierung in einigen großen Datenbanken erforderlich.

Nur bedingt indexiert

Die ZFA ist indexiert in Embase/Excerpta Medica, Scopus und CCMED/MEDPILOT. Hingegen wurde die Aufnahme in Medline (NLM) und im Science Citation Index, bislang leider erfolglos, beantragt. Die Entscheidung der verantwortlichen Gremien ist wenig transparent, hängt aber offensichtlich von den vermuteten Lesegewohnheiten US-amerikanischer Nutzer ab. Und da scheint eine Pflegezeitschrift aus dem europäischen Raum attraktiver zu sein als ein allge-

„Die ZFA als wissenschaftliche Zeitschrift muss ein sehr breites Spektrum von Leserinteressen bedienen – nicht nur von praktizierenden Hausärzten, sondern auch von Wissenschaftlern und Lehrern in unserem Fach. Der ausreichende Platz für Publikation und Diskussion für die letzte Gruppe ist nicht ganz unwichtig, da keine weitere wissenschaftliche Zeitschrift in deutscher Sprache zur Verfügung steht.“

Abholz H-H (2012) ZFA 10:431

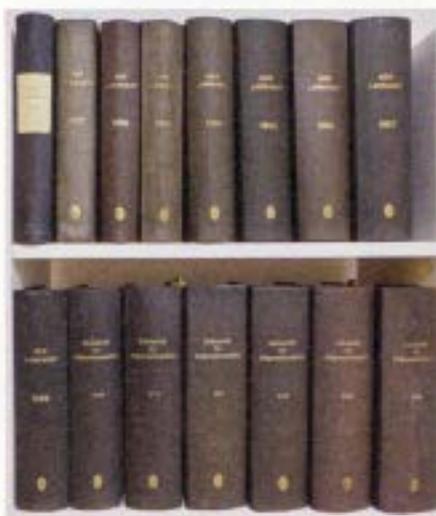
meinmedizinisches Fachblatt, das im Übrigen alle geforderten Zulassungskriterien erfüllt. Diese Situation ist besonders bitter, als die ZFA bis Ende 1975 bereits in Medline gelistet war, aber vom Thieme-Verlag aus vermutlich finanziellen Gründen zurückgezogen wurde.

Eine Zeitschrift sollte das eigentliche Identitätsmedium für eine Fachgesellschaft sein. Die Mitglieder der DEGAM haben wiederholt zum Ausdruck gebracht, dass sie für ihre Zeitschrift Offenheit, Unabhängigkeit (insbesondere gegenüber der pharmazeutischen Industrie) und kritische Reflektion wünschen. Ob die ZFA diese Kriterien erfüllt und die Herausgeber in diesem Sinne handeln, müssen die Leserinnen und

Leser entscheiden. Sie nämlich sind es, die mit ihrer kritischen Solidarität unserer Fachgesellschaft und ihrer Zeitschrift zum heutigen Stand verholfen haben. Die Entwicklungen gerade der letzten Jahre geben Anlass, mit einigem Optimismus und Zuversicht in die Zukunft zu blicken und zu hoffen, dass uns diese kritische Solidarität auch weiterhin begleitet.

Prof. (em.) Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP

Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Allgemeinmedizin, Geschäftsführender Herausgeber ZFA, Präsident DEGAM (2004-2010), Ehrenpräsident DEGAM, 79104 Freiburg



Vom Landarzt (links) zur ZFA: Über 90 Jahre Praxis und Wissenschaft für den Hausarzt

Zeitschrift für Allgemeinmedizin – Der Landarzt

1925 erschien im Hippokrates Verlag das erste Heft der Zeitschrift „Der Landarzt“. Robert Bosch hatte den Hippokrates Verlag im selben Jahr mit dem Ziel gegründet, die ärztliche Fortbildung zu fördern. Andere Quellen nennen als Jahr der Erstausgabe – vielleicht handelte es sich um eine Nullnummer – 1924. Diese Angabe korrespondiert auch mit dem „32. Jahrgang“, der sich im Impressum von Heft 1/1956 findet. Das deutet zudem darauf hin, dass das Heft auch während des Krieges erschienen ist. Uns liegen jedoch darüber keine Informationen vor.

Heft 1/1974 der (damaligen) „Zeitschrift für Allgemeinmedizin – Der Landarzt“ feiert den 50. Jahrgang als den 50. Geburtstag der Zeitschrift. Das Blatt war damals „Organ der Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin e. V. (Association of Teachers in General Medicine)“ und „Internationale Allgemeinmedizin an der Hochschule“, Herausgeber Siegfried Häussler.

Verlag und Schriftleitung leiten die Jubiläumsausgabe ein: „... eine Fachzeitschrift schlechthin, die über 50 Jahre ihre Leser ‚Aus der Praxis – für die Praxis‘ anspricht, die im regelmäßigen Intervall von 10 Tagen vom Arzt erwartet wird, die einen steten Zuwachs an Beziehern aufweist, hat nicht nur für die Vergan-

genheit ihre Existenznotwendigkeit bewiesen, sie steigt in das nächste Dezennium mit einem klaren Auftrag ihrer Leser ein. Und der lautet: aktuelle, praxisgebundene und –nahe Fortbildung und Information, klare Interpretation der Aufgaben, aber auch der Grenzen der Allgemeinmedizin, laufende Unterrichtung über den neuesten Wissensstand aller Fachgebiete, Rationalisierungsvorschläge sowie kurze Informationen zu allen Fragen der Berufsausübung ...“.

1991 wurde zwischen DEGAM, VHILA und Hippokrates Verlag vereinbart, dass die ZFA offizielles Publikationsorgan von DEGAM und VHILA ist. Ab 1.1.2000 wurde der Streuverband der ZFA durch den Hippokrates Verlag eingestellt und auf bezahlte Abonnements („40 Textseiten, keinerlei Industrieerwobenheit“) unter dem Schriftleiter H.-H. Abholz umgestellt (Abokosten 230 DM, für DEGAM-Mitglieder 110 DM). Noch 1994 erschien die ZFA mit 24 Ausgaben in einem Gesamtumfang von 130 Seiten. Zum Ende des Jahres 2008 hat Thieme als Verleger der ZFA der DEGAM gekündigt. Mit dem Deutschen Ärzte-Verlag konnte eine „schnelle Einigung auf grundlegende Konzepte“ zum 1.1.2009 erreicht werden. Dadurch möchte die Zeitschrift „noch besser als bisher dem Anspruch einer unabhängigen wissenschaftlichen Zeitschrift für kritisch reflektierende Hausärzte (‘reflective practitioners’) und Allgemeinärzte in Lehre und Forschung gerecht werden“. Frank H. Mader

Als Gründungsväter gelten der österreichische Berufstheoretiker *Robert N. Braun*, der Vordenker der Allgemeinmedizin in der DDR *Johannes K. Gärtner* sowie der westfälische Praktiker *Kurt Engelmeier*, der sich schon immer mit dem Gedanken trug, eine „deutsche Akademie für Allgemeinmedizin“ zu gründen: Seit 1952 stand dieses allgemeinärztliche Dreigestirn miteinander in Kontakt, durchaus mit

ner „Gesellschaft für praktisch angewandte Medizin (College of Medical Practice)“, deren Präsident *R. N. Braun* bis 1961 war.

Annäherung an die WONCA

Wie kam die Annäherung einer zunächst eher regional-europäischen Fachgesellschaft an die World Organization of Family Doctors (WONCA) zustande? Zwar hatte es seit 1975 bereits Bestrebungen auf beiden Seiten zur Zusammenarbeit gegeben. 1978 wurde die SIMG unter ihrem Präsidenten *Gustav Heller* (Klagenfurt) und *Stuart Carne* (London) korporatives Mitglied bei der WONCA; dabei blieb es aber auch. Zu fremd war den Europäern noch die amerikanisch-australisch-südostasiatische Ausrichtung der Weltorganisation. Erst mit Beendigung des kalten Krieges zu Beginn der 1990er Jahre stellte sich auch unter den Kollegen die heute so selbstverständliche Weltoffenheit ein. Waren die Fünfziger- und Sechzigerjahre des vergangenen Jahrhunderts die Zeit der Grundlagenbestimmung in unserem Fach gewesen, so diente die Folgezeit der Weiterentwicklung. *Carl R. Whitehouse* (GB) hatte es 1992 in Klagenfurt so formuliert: „Ich möchte die Behauptung aufstellen, dass seit den Tagen eines Hippokrates jene Ärzte, die als erste mit dem Patienten in Kontakt treten, mehr gemeinsam haben, als dies aufgrund der Unterschiede im politischen Bereich und in den Gesundheitssystemen scheinen mag.“

Forschung im europäischen Rahmen

Immer stärker profilierten sich europäische Forscherpersönlichkeiten mit ihren Schwerpunkten: *Michael Balint* (GB) hatte uns gelehrt darüber nachzudenken, was bei der Begegnung zwischen unseren Patienten und uns selbst geschieht. *Franziscus J. A. Huygen* (NL) forschte in einer Einzelpraxis und schuf den Schwerpunkt „Familienmedizin“. *Patrick S. Byrne* erhielt 1972 die erste Professur für Allgemeinmedizin in England (Manchester) und veröffentlichte im selben Jahr sein bedeutendes Werk „The Future General Practitioner – Learning and Teaching“. In zunehmendem Maße fanden Forschungen im Rahmen des European General Practice Research Workshop (EGPRW) statt sowie Diskussionen zur Lehre der Allgemeinmedizin in der Leeuwenhorst-Gruppe/EURACT und zur Qualitätssicherung im Rahmen der EQUIP – alles Arbeitsgruppen der WONCA, in denen speziell die jüngere Generation der SIMG¹ mitarbeitete. Die Gesellschaft hatte zu diesem Zeitpunkt nicht nur einzelne Personen als Mitglieder, sondern auch zahlreiche korporative Mitglieder von wissenschaftlichen europäischen Gesellschaften, so dass für die Betreffenden ins-

Die Gründungsväter der Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SIMG) hatten sich die Aufgabe gestellt, Lehre und Forschung in der Allgemeinmedizin, die Wissenschaftlichkeit in der Praxisausübung sowie Wissens- und Erfahrungsaustausch auf internationaler Ebene zu fördern. 46 Konferenzen und Kongresse geben davon bis heute Zeugnis.

Eberhard Hesse

Allgemeinmedizin international

SIMG – ESGP/FM – WONCA EUROPE

unterschiedlichen Vorstellungen. Als 1958 in der DDR ein Memorandum mit dem Ziel verfasst worden war, den Hausarzt abzuschaffen, kam es am 26.9.1959 in Wien zur Gründung ei-



Gründungsversammlung der Gesellschaft für praktisch angewandte Medizin am 26.9.1959 in Wien. R. N. Braun (A) (stehend, daneben nach re.), Engelmeier (BRD), Prosenč (A), Brandlmeier (BRD), Brandt (DDR). Im Vordergrund 3 Stapel „Der Landarzt“

Foto: Archiv R. N. Braun

1 1960 „Internationale Gesellschaft für praktisch angewandte Medizin (International College of Medical Practice), (Collège International de Médecine Générale)“. 1964 „Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin (International Society of Medical Practice), (Société Internationale de Médecine Générale), (Societas Internationalis Medicinae Generalis)“/SIMG

„Balint hatte uns gelehrt nachzudenken, was bei der Begegnung zwischen unseren Patienten und uns geschieht. Huygen schuf den Schwerpunkt Familienmedizin.“

gesamt zwei Beiträge (SIMG und WONCA) anfielen. Auch dieser Umstand zwang die SIMG, ihre Position zu überdenken.

Das Fazit der SIMG unter meiner Präsidentschaft und der WONCA in der Vancouver Weltkonferenz 1992 war das „Conference coordination committee – Group of eight“ mit Sitzungen in Lenzburg (CH) unter Vorsitz des damaligen UEMO (Europäischer Berufsverband)-Präsidenten, *Ole Asbjørn Jensen*, und in Potsdam. Das SIMG-Executive-Board – *Fons Sips* (NL), *Ole Olsen* (DK), *Kurt Zehnder* (CH) – hatte das Ziel vor Augen, eine Regionalisierung in der WONCA-Satzung zu erreichen, so dass die europäische Initiative wirkungsvoller zur Geltung kommen konnte. Die Weltkonferenz 1995 in Hong Kong brachte dann den Durchbruch: Satzungsände-

rung, Schaffung einer Europäischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin/Familienmedizin (WONCA Europe) und einer europäischen Fachzeitschrift für Allgemeinmedizin. Für dieses European Journal of General Practice (EJGP/FM) hat sich *Michael M. Kochen* verdient gemacht.

Im September 1995 wurde die neue Gesellschaft im Europaparlament in Strasbourg aus der Taufe gehoben; seitdem wirkt sie erfolgreich zusammen mit ihren Arbeitsgruppen. Ich bin sicher, dass die Allgemeinmedizin und die DEGAM von dieser Entwicklung profitiert haben.

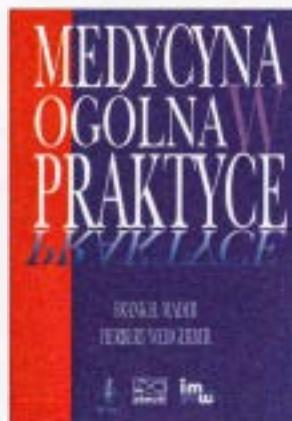
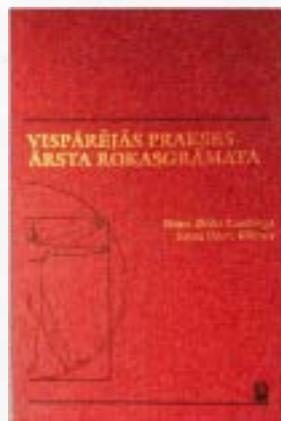
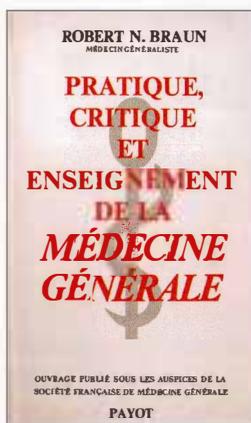
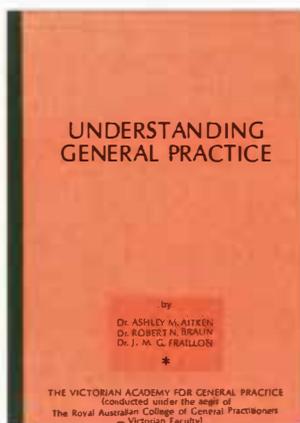
Dr. med. Eberhard Hesse

*Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie
Präsident SIMG (1991–1994)
28816 Stuhr*

Aus dem Gründungsprotokoll der „Gesellschaft für praktisch angewandte Medizin“ (später SIMG) vom 26./27.9.1959, Wien

„Zweck der Gesellschaft ist es, die praktisch angewandte Allgemeinmedizin mit Hilfe erkenntnistheoretischer Methoden wissenschaftlicher Arbeiten zu vervollkommen ... Die Gesellschaft wollte nicht nur eine Wissenschaft von der Allgemeinmedizin/Allgemeinpraxis vermitteln, sondern auch ihre Mitglieder verpflichten, selbst diese Probleme wissenschaftlich zu erarbeiten ... So ist *R. N. Braun* durch seine geleistete Pionierarbeit von der wissenschaftlichen Seite her der eigentliche Initiator der Gesellschaft; er hat die entscheidenden Grundlagen einer Wissenschaft von der Allgemeinmedizin/Allgemeinpraxis geschaffen.“

Engelmeier K in: Brandlmeier P, Krüsi G (1968) Der praktische Arzt heute. Probleme und Ziele der Allgemeinmedizin. Huber, Bern



Allgemeinmedizin international: Auswahl deutschsprachiger Lehr- und Fachbuchtitel in fremdsprachigen Übersetzungen (Englisch, Französisch, Bulgarisch, Russisch, Japanisch, Litauisch, Polnisch, Tschechisch) der Jahre 1982–2015

Noch 1966, im offiziellen Gründungsjahr der DEGAM, fand bereits in Konstanz der erste Fortbildungskongress der Gesellschaft statt. Anfänglich wurden die Veranstaltungen zunächst gleichzeitig mit der Vertreterversammlung des BPA durchgeführt, später, vor allem unter *Haehn* und *Hamm*, wurde der Versuch unternommen, sich vom berufspolitischen Umfeld abzusetzen, indem die Jahreskongresse

ergebnisse zu präsentieren, die anfangs freilich etwas dürftig ausfielen. Unter *Hamm* wurden insbesondere Dissertationen vorgestellt, die von einem Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin zusammen mit einem klinischen Dozenten betreut wurden. Sehr mühsam war es, regelmäßig einen Kongressband herauszubringen, da dies von Sponsoren abhing. Leider ließ die Zahl der Kongressteilnehmer sehr zu wünschen übrig; daher beschloss das Präsidium unter *Hamm*, neben dem wissenschaftlichen Programm ein Fortbildungsprogramm anzubieten, erstmals 1980 in Freiburg. Hier wurden von *Klimm* Doppleruntersuchungskurse und Sonografiekurse angeboten mit dem Ziel, auch Bescheinigungen auszugeben. Damit waren die Kollegen in der Lage, die erlernten Methoden auch in ihrer Praxis durchführen und abrechnen zu können. Dieses Vorgehen war zumindest bis 1985 sehr erfolgreich. Ab 1987 wurde der „Deutsche Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ umbenannt in „Wissenschaftliche Jahrestagung der DEGAM“, ab 2002 (Koblenz) in „Kongress für Allgemeinmedizin“ und seit 2013 (München) „Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“.

2016 feiert die DEGAM nicht nur ein halbes Jahrhundert als wissenschaftliche Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, sondern auch ihren 50. überregionalen Kongress in der Frankfurter Paulskirche.

Edmund Fröhlich

Die DEGAM-Kongresse

Epizentrum der Allgemeinmedizin

Grundstein für Professionalität und Qualität

Michael M. Kochen war es letztlich zu verdanken, dass unter seiner wissenschaftlichen Leitung die DEGAM-Kongresse seit Saarbrücken 1993 durch Professionalität und Orientierung an internationalen Maßstäben eine neue Qualität entwickelt hatten. Auch wenn sich damals nur 50 Teilnehmer einfanden, so war der Grundstein für den Erfolg dieser Veranstaltungen als dem wissenschaftlichen Epizentrum der DEGAM gelegt. Und auch die Zahlen stimmen heute: Waren es 2014 in Hamburg über 800 Teilnehmer, so werden es im 50. Jubiläumsjahr der Gesellschaft 2016 in Frankfurt über 1000 sein.

Bis ins Jahr 1992 reichen die Kontakte der DEGAM mit der „practica – Fortbildung zum Mitmachen“ zurück (*König*). Ab 1994 wurden spezielle Weiterbildungsseminare auf „Europas größtem Seminarkongress“ in Bad Orb durch die DEGAM verantwortet (*Lorenz*) und ab 2000 wurde der gesamte Kongress „in Zusammenarbeit

in eine Hochschulstadt (z.B. Freiburg, Heidelberg, Mainz, Göttingen) verlegt wurden.

Anfänglich Doppler- und Sonografiekurse

Während man in den ersten Kongressjahren bemüht war, spezialistische Themen für den hausärztlichen Praxisalltag aufzuarbeiten und dabei „Kapazitäten“ wie die klinischen Ordinarien für Innere Medizin *Schettler* oder *Hartmann* fürs Podium zu gewinnen, gelang es in den späteren Jahren immer häufiger, auch eigene, authentisch allgemeinmedizinische Untersuchungs-

„In den ersten Kongressjahren spezialistische Themen für den hausärztlichen Praxisalltag mit klinischen Ordinarien.“



Ausgezeichnet mit dem Dr. Lothar-Beyer-Preis (li. Dipl. Soz. Martin Beyer) und ...

„Prof. König wies in der Mitgliederversammlung darauf hin, dass die Mitgliederwerbung umso erfolgreicher sein wird, je besser durch die DEGAM die wissenschaftlichen Praxisprobleme reflektiert werden.“

ZFA (1995):1

mit der DEGAM“ (Abholz) durchgeführt (S.122). Ebenso zeigt sich auch die Bedeutung der Jahreskongresse der DEGAM als wichtigstes Forum der deutschen Allgemeinmedizin in den zahlreichen hochrangigen wissenschaftlichen Vorträgen und Posterpräsentationen zu verschiedensten Themen der Allgemeinmedizin. Diese spiegeln die ganze Vielfalt allgemeinärztlichen Denkens und Handelns wider, wie es in einem Bericht zum 43. Kongress 2009 heißt. Damals wurde auch zum zweiten Mal der „Deutsche Forschungspreis für Allgemeinmedizin – Dr. Lothar-Beyer-Preis“ vergeben. Eine ganze Reihe exzellenter und auch hochrangig international publizierter Arbeiten

wurde vorgelegt, die nahezu alle im Rahmen des Nachwuchsförderprogramms für die Allgemeinmedizin des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) entstanden. Auf dem 46. DEGAM-Kongress 2012 in Rostock wurden nach mehrmonatiger Beratung und Vorarbeit die DEGAM-Zukunftspositionen einstimmig verabschiedet. Sie sollen zur Diskussion anregen, das Fach schärfer profilieren und ein Wunschziel für die Zukunft abbilden.

Edmund Fröhlich

Geschäftsführer DEGAM
10117 Berlin

Wissenschaftlich, jung und selbstbewusst

Weit über ein halbes Jahrhundert lässt sich die Geschichte der allgemeinmedizinischen Kongresse im deutschsprachigen Raum in den Archiven zurückverfolgen: 56 Jahre liegen zwischen dem „1. Praktikerkongress“ 1959 in Wien, veranstaltet von der Arbeitsgemeinschaft für praktisch angewandte Medizin, und dem 50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der DEGAM in Frankfurt 2016. Geändert haben sich die Tagungsthemen (z. B. 1959

„Überlegungen eines Praktikers während einer Hepatitisepidemie“), aber geblieben sind in all den vielen Jahren themenbezogene Aktualität und mitreißende Neugierde und Freude an kollegialem Erfahrungsaustausch. Ein Teilnehmer schwärmte im Rückblick auf den Hamburger Kongress von 2014: „Die Allgemeinmedizin hat sich wissenschaftlich, jung und selbstbewusst präsentiert.“

Frank H. Mader



... und generationenübergreifend in die Zukunft. DEGAM-Kongress München 2013

DEGAM-Kongresse im Rückblick

Dimensionssprung nach vorne

„Eine besondere Aufgabe übernahm Professor Kochen durch die Organisation des DEGAM-Kongresses, dem ich hier im Namen der Gesellschaft sehr herzlich dafür danke. Unter seiner engagierten Eintreibung von Beiträgen haben wir einen Dimensionssprung nach vorne gemacht.“

Lorenz G (1994) Rechenschaftsbericht. ZFA 70:5-8

Enger zusammenarbeiten

„Als vielleicht wichtigstes Ergebnis des DEGAM-Kongresses in Salzburg kamen die drei Präsidenten der österreichischen, deutschen und südtirolischen Fachgesellschaften überein, in Zukunft enger zusammenzuarbeiten, um die Allgemeinmedizin im deutschsprachigen Raum voranzubringen und sich gegenseitig zu unterstützen. Im Vergleich zu England, den Niederlanden und den skandinavischen Ländern besteht hier ein erheblicher Nachholbedarf.“

Edmund Fröhlich, Geschäftsführer DEGAM, (Q. n. v.)

Alle Rekorde gebrochen

„Der 47. Deutsche Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin brach alle Rekorde: 670 Teilnehmer, 264 eingereichte Abstracts, daraus resultierend 120 Vorträge, 31 (Pre-Conference-)Workshops sowie 81 Poster. Der DEGAM-Kongress hat jedoch nicht nur quantitativ, sondern vor allem auch qualitativ hinzugewonnen. Auch die zunehmende Internationalisierung – die Teilnehmer kamen aus insgesamt 13 Nationen – unterstreicht die wissenschaftliche Bedeutungszunahme.“

DEGAM aktuell 6/2013

„Ein bärenstarker Kongress“

„Da waren für mich in München die inhaltlichen und wissenschaftlichen Inputs mit den aktuellen Forschungsergebnissen – speziell auf dem Gebiet der patienten-/personenorientierten Medizin – auf diesem bärenstarken Kongress deutlich ergiebig. Und das alles nahezu vollständig aus eigenen Mitteln finanziert. Klasse!“

Dr. med. Armin Mainz im Listserver 17.9.2013

„Kongress hat mich weitergebracht“

„Ich sitze im ICE auf dem Weg nach Hause vom DEGAM-Kongress in München. Vor allem nehme ich viele gute Gespräche mit, Begegnungen, welche die Strapazen dieses Kongresses erst erträglich machten. Das hat mich weitergebracht.“

Dr. med. Elia Karl im Listserver 14.9.2013

„Unzählige Forschungsarbeiten“

„Mit den neuen Formen der Zusammenarbeit befassten sich unzählige Forschungsarbeiten aus den allgemeinmedizinischen

Instituten, bei denen allesamt im Einzelnen die Freiheit der Berufsausübung abhanden kommt, was offensichtlich nicht als Verlust registriert wird. Hausarztzentrierte Primärversorgung, Versorgungszentren aller Art, Integration der Allgemeinmedizin in die zentrale Notaufnahme einer Universitätsklinik, ambulante Gesundheitszentren. Fast deckungsgleich die einleitenden Worte: Demographische Entwicklung, fehlender hausärztlicher Nachwuchs, Pensionierungswelle der Hausärzteschaft, Unzufriedenheit in den Pflegeberufen.“

MR Dr. med. Christian Euler, Präsident österr. Hausärzterverband, „Persönliche Eindrücke über DEGAM-Kongress“ in Der AllgemeinMediziner (8/2013)

„Hat Zukunft und ist attraktiv“

„Wie sich die Allgemeinmedizin 2014 in Hamburg auf unserem Kongress präsentiert hatte, das hat Zukunft, ist attraktiv für angehende Ärzte und kann auch dem einen oder anderen Praxisarzt neue Freude am Beruf vermitteln. ‚Opinion Leader‘,

‚Experten‘ bzw. ‚Päpste‘ wurden auf diesem Kongress nicht ins Rampenlicht gestellt und beweihräuchert. Es war keine Hierarchie zu spüren, die Erfahrung des praktisch tätigen Allgemeinarztes war genauso relevant wie universitäre Studien. Den universitären ‚Elfenbeinturm‘ habe ich jedenfalls nirgendwo gesehen.“

Dr. med. Ulrich Wüllenkemper, 14482 Potsdam

„Lebendige Atmosphäre“

„Ich genoss die lebendige und inspirierende Atmosphäre des DEGAM-Kongresses 2015 in Bozen: das Flair von Stadt und Festabend, die lebhaftes Mitgliederversammlung, die hitzigen, aber stets sachkundigen Fachdiskussionen, die Begegnungen bei Wein oder Bier mit Kollegen aus der Listserver-Community, die ich nur von ihren Mails her kannte. Sehr beeindruckend: die spontane (und recht ergiebige) Spendensammlung angesichts der Flüchtlingskrise zugunsten ‚Ärzte ohne Grenzen‘ und ‚Ärzte der Welt‘.“

Dr. med. Manfred Lohnstein, Facharzt für Allgemeinmedizin, 85165 Augsburg

DEGAM-Kongresse interaktiv: als Stuhlkreis-Seminar oder E-Plattform oder Come Together Night in Bozen 2015. Standing ovations 2014 in Hamburg. Präsident Ferdinand M. Gerlach gratuliert dem frisch gebackenen Ehrenpräsidenten Michael M. Kochen (re.)



Interessenkonflikte: Nur die DEGAM ist finanziell unabhängig

Eine prominente US-Autorengruppe schlug eine zero-dollar-strategy vor, was die Einnahme von Industriegeldern angeht. Viele dieser Forderungen fanden 2011 Eingang in ein Dokument des Council of Medical Specialty Societies (CMSS), dem Dachverband der US-Fachgesellschaften. Allerdings wurde der Verzicht auf Industriesymposien bei den Kongressen vom CMSS-Code nicht übernommen. Dagegen verzichteten einzelne amerikanische Fachgesellschaften, wie etwa die American Psychiatric Association, inzwischen vollständig auf Industriesymposien. Prof. Th. Lempert wörtlich im Deutschen Ärzteblatt: „Hierzulande hat bislang nur die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) diesen Schritt gewagt.“

Quelle: Lempert Th, v Brevern M (2015) Regulierung von Interessenkonflikten. Dtsch Arztebl 112(3):A-84

50 Jahre DEGAM

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Die Wissenschaft von
der Allgemeinmedizin

Aufsehen erregten in den 1950er und 60er Jahren zwei Bücher des österreichischen Praktischen Arztes *Robert N. Braun*: „Die gezielte Diagnostik in der Praxis“ (1957) und „Feinstruktur einer Allgemeinpraxis“ (1961) – Aufsehen nicht so sehr bei denen, die sie angehen, den Praktischen Ärzten, als vielmehr bei entsprechend interessierten Exponenten der deutschen Ärzteschaft, vor allem bei Hoch-

So ermutigt, bereitete die „Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der Allgemeinpraxis“ (AEA), deren wissenschaftlicher Leiter *R. N. Braun* ist, ein Treffen vor und lud einige bekannte Hochschullehrer ein. Am 17. Juni 1964 traf man sich in der Bibliothek der Heidelberger Psychosomatischen Klinik. Um den runden Tisch saßen die Professoren *A. Jores* (Innere Medizin/Psychosomatik, Hamburg), *A. Mitscherlich* (Psychosomatische Medizin, Heidelberg), *H. Schaefer* (Physiologie, Heidelberg), *R. Schoen* (Innere Medizin, Hannover) und *Th. von Uexküll* (Innere Medizin/Psychosomatik, Gießen) und die Praktischen Ärzte *Dr. R. N. Braun* (Brunn a. d. Wild/Österreich), *Dr. E. Buchmayer* (Wien), *U. Franz* (Schramberg/Schwarzwald), *Dr. A. Freitag* (Wien-Atzgersdorf), *Dr. G. Martin* (Wiesbaden), *Dr. F. Prosenc* (Wiener Neustadt), *Dr. W. Becker* (Offenbach), *Dr. H. F. Reichenfeld* (Birmingham U. K.), als Gast *Prof. Dr. H. Thomä* (Heidelberg).

Die Allgemeinmedizin ist keine Spezialisierung auf Krankheiten, sondern auf eine Funktion. Die Universität muss in die Praxis gehen, nicht umgekehrt! Auf diese zwei Sätze lässt sich verkürzt das historisch-legendäre „Heidelberger Gespräch“ von Universitätsklinikern und hausärztlichen Praktikern bringen. Organisiert war die mehrtägige Klausur von der Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der Allgemeinpraxis (AEA).

Siegfried Häussler

Das „Heidelberger Gespräch“ 1964 zwischen Klinikern und Praktikern

Geschichte der Allgemeinmedizin als angewandte Heilkunde

„Wir lernen auf der Hochschule und im Krankenhaus die Medizin an Fällen, die wir abgeben.“

R. N. Braun

schuldozenten. Seit etwa Kriegsende gibt es in den angelsächsischen Ländern und in Holland Zusammenschlüsse von Praktischen Ärzten, die sich nicht so sehr wirtschaftliche wie forschersche Aufgaben gestellt haben, gut organisiert sind und ein beachtliches Ansehen in Hochschul-, Ärzte- und Laienkreisen genießen. Im deutschen Sprachraum zeigen sich erst in jüngster Zeit mehr oder minder geglückte Ansätze in dieser Richtung.

Brauns Forschungen gingen weiter als die der Anglo-Amerikaner

Die Bücher von Braun stießen aus einem Vakuum in ein bisher unbekanntes Gebiet weiter vor, als es die Forschung der Anglo-Amerikaner vermochte hatte: Der Freiburger Internist *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 *Arthur Jores* ein solches Treffen an.

Die Hochschule kennt nicht das Arbeitsfeld des Praktischen Arztes

Das Ergebnis dieser historischen Diskussion im Jahre 1964 war die Feststellung, dass die Hochschule nicht weiß, welcher Art das Arbeitsfeld des Praktischen Arztes ist. Der sogenannte vor-klinische Raum ist das unbekannte große Feld der Gesundheitsstörungen, der wesentliche Bereich ärztlicher Tätigkeit überhaupt. Nur ein kleiner Teil dieser Gesundheitsstörungen kommt in das Gesichtsfeld der Klinik und damit der forschenden Medizin. Es handelt sich für den Praktischen Arzt um eine kurative Tätigkeit, nicht um die sich langsam öffnenden Bezirke der Umweltmedizin (Prophylaxe, Sozialmedizin usw.), die nach herrschender Ansicht in Zukunft das Arbeitsfeld des Praktischen Arztes erweitern werden.



Erstmals auf Augenhöhe: Kliniker und Praktiker in Heidelberg 1964 (Dokumentation von 1967)

„Mich hat beeindruckt, dass der Praktische Arzt nicht in der Lage ist, jenes Rüstzeug anzuwenden, das er in der Universität gelernt hat.“

H. Thomae

„Die Universität muss in die Praxis gehen und nicht umgekehrt.“

A. Mitscherlich

„Die heutige Medizin ist eine Wissenschaft des seltenen Falles geworden.“

A. Jores

„Die Verbesserung der Allgemeinpraxis ist kein bloßes Fortbildungsproblem. Sie gehört als eigener Gegenstand der Forschung und Lehre in den Verband der Medizinischen Fakultäten eingegliedert.“

R. N. Braun

Braun: Nach Heidelberg sind wir nicht unvorbereitet gekommen. Ihre einschlägigen Veröffentlichungen (Anm. d. Hrsg.: der Hochschulprofessoren) haben wir sorgfältig studiert. Daraus haben sich für uns Ansatzpunkte ergeben. Die von uns entwickelte Grundlagenforschung kann für sich in Anspruch nehmen, nicht nur theoretisch Wichtiges, sondern auch Ergebnisse von lehrbaren und stets überprüfbaren Gesetzmäßigkeiten für das spezifisch Allgemeinpraktische erarbeitet zu haben. Um jedoch diese Fortschritte optimal übermitteln zu können, müsste das Denken und Handeln der künftigen Doktoren schon auf akademischem Boden entsprechend geformt werden. Andernfalls verfällt es dem Subjektivismus. Dass es mit Lehrstühlen für die Allgemeinmedizin allein nicht getan ist, beweist deren Bedeutungslosigkeit in den USA.

Thomä: Mich hat besonders beeindruckt, dass die Gruppe von Herrn Braun den Eindruck vermittelt, dass die Diagnostik in der Klinik, die der Mediziner an der Universität lernt, dem Praktischen Arzt nicht jene Handlungsanweisungen mitgibt, die er benötigt, um jene Fälle zu diagnostizieren und zu behandeln, die zu ihm in die Praxis kommen. Oder etwas genauer formuliert, dass der Praktische Arzt nicht in der Lage ist, bei der größeren Zahl von Patienten, die in die Praxis kommen, jenes Rüstzeug anzuwenden, das er gelernt hat.

Braun: Die theoretische Ausbildung, wie sie momentan ist, brauchen wir. Ebenso ist die praktische Tätigkeit in den Krankenhäusern nötig. Sie ist es schon allein deswegen, weil wir ja wissen müssen, was mit jenen Fällen geschieht, die wir überweisen. Wir sind uns klar, dass wir auf der Hochschule und im Krankenhaus heute nur Routinen lernen können, die in der Praxis nicht unmittelbar anwendbar sind. Wir lernen also die Medizin an Fällen, die wir abgeben. Wir lernen nur die spezielle Fortsetzung unserer Tätigkeit.

Über die anderen 85 % unserer ärztlichen Tätigkeit lernen wir nichts.

Schoen: Nun, die Polikliniken sind zweifellos zunächst am ehesten geeignet, diesen Kontakt mit der Praxis zu vermitteln. Aber unsere Polikliniken sind größtenteils Überweisungspolikliniken, und es hat sich so entwickelt, dass der Querschnitt der Patienten in der Poliklinik nicht der Querschnitt einer allgemeinärztlichen Praxis ist. Früher hatte jede Poliklinik eine Ambulanz und machte Hausbesuche mit Gruppen von Studenten. Durch die Entwicklung der Sozialversicherung ist das heute nirgends mehr möglich, und daher ist diese große Diskrepanz zwischen Lehre und Praxis entstanden.

Jores: Wie macht man das, wenn man heute als Dozent Kolleg hält und Fälle vorstellt? Man pickt sich ja nur diejenigen heraus, bei denen in dem Sinne einer wissenschaftlichen Erkenntnis etwas zu sagen und zu demonstrieren ist, bei denen z. B. die biochemische Wissenschaft etwas gefunden hat, das in der Lage ist, das Krankheitsgeschehen zu erklären, bei denen ich irgendwelche Abnormalitäten des Blutbildes usw. demonstrieren kann. Man kann heute formulieren, dass die Medizin eine Wissenschaft des seltenen Falles geworden ist, und das färbt natürlich auch auf das Kolleg ab. Das hat auch seine Bedeutung. Denn an diesen gut erforschten Fällen lernt der Student das prinzipielle Denken, die wissenschaftliche Einstellung. Deswegen meine ich, dass es sinnvoll ist, solche Fälle zu präsentieren, weil Grundsätzliches daran gelernt werden kann.

Becker: Das Verhältnis zwischen Praktikern und Professoren – bzw. das Minderwertigkeitsgefühl der Praktiker gegenüber den Professoren – hat unter anderem seine Gründe darin, dass der Professor und die Klinik ängstlich darauf bedacht sind, immer eine Diagnose zu stellen. Ich bekomme keinen Arztbrief von der Klinik, in dem nicht der Patient mit seiner Krankheit auf

Von Zögern begleitet

Fritz Hartmann, Rektor der damals jungen Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), erinnert sich 1988 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 R. N. Brauns bleibt es, die Entscheidungsleistung eines Arztes 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... Als mit der Hochschulgesetzgebung Zentren eingeführt wurden, war es in der MHH der – verständliche – Wunsch des ersten Lehrstuhlinhabers für Allgemeinmedizin, Herrn Prof. H. Haehn, dem Zentrum für Innere Medizin zuzugehören. Vor dem Hintergrund von 2500 Jahren gemeinsamer Geschichte wäre dagegen nichts einzuwenden gewesen, wohl aber unter Würdigung der heutigen Stellung der Medizin in unserer Gesellschaft. Die Hochschule entschied dann auch anders: Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen gemeinsam mit Sozialmedizin und allgemeiner Epidemiologie, medizinische Psychologie und Soziologie, Geschichte, Theorie und Wertlehre der Medizin.“
Quelle: Hartmann F (1988) *IAH* 19:1393

irgendeine Weise plakatiert worden ist.

Braun: Wir wollen keine dogmatische Außenseitermedizin schaffen. Wir wollen nicht die spezialistische, geschweige denn die akademische Medizin herabwürdigen. Wir wollen die Medizin vielmehr – in der Erkenntnis, dass man Allgemeinpraxen nicht unbedingt vorwissenschaftlich betreiben muss – bereichern.

Mitscherlich: Ich möchte von Herrn *Martin* und Herrn *Prosenc* festhalten, dass der Ort der Erforschung der Allgemeinpraxis nicht die Universität sein kann.

Braun: Ein Lehrstuhl für Allgemeinpraxis kann durchaus ‚intramural‘ sein, auch wenn er an eine Durchschnittspraxis geknüpft ist. Auf der Hochschule wird ja auch Meeresbiologie und Tiefseeforschung betrieben, obgleich die Tiefsee nicht im Haus ist. Die Alma mater muss die Allgemeinpraxis ebenso wenig im Haus haben. Aber der Stoff muss aus der Erforschung typischer Allgemeinpraxen stammen, und die Lehre muss die Grundprobleme der praktisch angewandten Allgemeinmedizin betreffen. Und bevor nicht objektivierte Wissen über die Allgemeinpraxis in entsprechendem Umfang vorhanden ist, kann man nicht Praktikern oder Klinikern eine Lehrtätigkeit darüber zumuten.

Mitscherlich: Das Maß an Mut, auf sichernede Selbstverständlichkeit zu verzichten, bzw. sie sich bewusst zu machen, ist bei den Praktikern dieser Arbeitsgruppe sehr groß. Das möchte ich als Kliniker dankbar anerkennen. Es ist äußerst dankenswert, dass Sie diese sichernden Tabus, dieses Ritualisieren in der Praxis, mit der man einfach Diagnosen hinschreibt, sich selbst halb bewusst ein gewisses Alibi gibt, in das Zentrum

der Aufmerksamkeit rücken und darüber reflektieren. Es erscheint mir wichtig, heute darüber zu diskutieren, was man machen soll, dass nicht nur 5 Ärzte das machen, sondern wie man das lehrfähig und in den Ausbildungsbetrieben einbauen kann.

Braun: Man darf die Allgemeinmedizin nicht als eine Spezialisierung auf Krankheiten bzw. Gruppen von Krankheiten sehen, sondern als eine Spezialisierung auf eine Funktion. Das erfordert ein Umdenken. Dass jemand, der alle Fächer gelernt hat, nicht Allgemeinpraktiker ist, kann man nicht begreifen, wenn man nicht die vielen Facetten der allgemeinärztlichen Funktion sieht.

Auch die Politiker kennen nicht den Praktiker

Reichenfeld, Birmingham: Das Verhängnis des Praktischen Arztes ist es, dass mit der Hochschule die gesamte klinische Medizin, die Öffentlichkeit und mithin auch die Gesundheits- und Sozialpolitiker nichts von diesem großen Arbeitsfeld und der großen geistigen und körperlichen Leistung des Praktischen Arztes wissen. Es könnte sonst nicht zu solchen seltsamen Äußerungen kommen, wie sie anscheinend von medizinischen Ministerialbeamten in der ‚Politischen Meinung‘ 1965 und im ‚Sozialen Fortschritt‘ 1965 getan wurden: der Praktische Arzt sei seinem Aufgabengebiet nicht mehr gewachsen und müsse in Zukunft Diagnostik und Therapie an Klinik und Fachpraxen abgeben.

Auszugsweise und red. bearb. Nachdruck aus der 52-seitigen „Schriftenreihe für den Praktischen Arzt“, Bd. 2 Hrsg. S. Häussler, Stuttgart 1967, in *Der Allgemeinarzt* (1994) 1:37-41

„Das Minderwertigkeitsgefühl der Praktiker gegenüber den Professoren hat seine Gründe, dass Professor und Klinik ängstlich darauf bedacht sind, immer eine Diagnose zu stellen.“

W. Becker



Langjährige Tradition der Praxisforschung

„Allgemeinmedizinische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bearbeiten bevorzugt Forschungsfragen, die sich aus der Praxis ergeben... Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte können heute bereits eine langjährige Tradition von Praxisforschung vorweisen; diese hat mit Hausärztinnen und Hausärzten begonnen, die systematisch die Morbidität ihrer Praxispopulation untersucht haben (*Braun* 1988, *Pickles* 1983). Inzwischen ist akzeptiert, dass die Ergebnisse aus der spezialisierten Sekundär- und Tertiärversorgung meist nicht ohne weiteres auf den hausärztlichen Sektor verallgemeinert werden können. Hier sind vielmehr eigene, auch klinische Forschungsansätze unverzichtbar... Die Versorgungsforschung wurde in der Allgemeinmedizin neben der klinischen Forschung zum Kern des Forschungsfeldes. Dies erklärt den inzwischen erreichten Vorsprung an Kompetenz der Allgemeinmedizin, der sich beispielsweise bei kompetitiven interdisziplinären Ausschreibungen niederschlägt und zu einem starken Anstieg der Publikationstätigkeit geführt hat (*Schneider et al.* 2012).“

DEGAM-Zukunftspositionen. Position 20 (Auszug). Frankfurt 2012

FAMILIENMEDIZIN IN DER HAUSARZTPRAXIS



Der **Arbeitsbereich** der Allgemeinmedizin beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen.

Die DEGAM verabschiedete am 21.9.2002 auf ihrer Jahreshauptversammlung in Koblenz die richtungsweisende „Fachdefinition Allgemeinmedizin“.

Fachdefinition Allgemeinmedizin

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin (DEGAM)

„Die Familienmedizin ist integraler Bestandteil der Allgemeinmedizin. Sie verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der das Wissen um die familiäre Situation einbezieht. Sie ist definiert als die Behandlung eines Patienten/einer Patientin unter Berücksichtigung des familiären Umfeldes und besonderer familiärer Belastungen, ohne dass weitere Familienmitglieder in derselben Praxis in Behandlung sein müssen.“

Kalitzkus V, Vollmar HC, Wilm S (2016) Familienmedizin in der hausärztlichen Praxis (s. QR-Code 3. Umschlagseite)

„Familienmedizin soll auch mögliche gesundheitliche Auswirkungen des sozialen und kulturellen Umfeldes eines Patienten beleuchten und in Anamnese, Diagnostik und Behandlung dieses Patienten einbeziehen.“

Prof. Dr. Stefan Wilm, Düsseldorf. Rhein Arztebl (2016)

Die **Arbeitsweise** der Allgemeinmedizin berücksichtigt somatische, psycho-soziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis).

Die **Arbeitsgrundlagen** der Allgemeinmedizin sind eine auf Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehung und die erlebte Anamnese, die auf einer breiten Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung beruhen. Zu den Arbeitsgrundlagen gehört auch der Umgang mit den epidemiologischen Besonderheiten des unausgelesenen Patientenkollektivs mit den daraus folgenden speziellen Bedingungen der Entscheidungsfindung (abwartendes Offenhalten des Falles, Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe).

Das **Arbeitsziel** der Allgemeinmedizin ist eine qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschließt.

Der **Arbeitsauftrag** der Allgemeinmedizin beinhaltet:

- › Die primärärztliche Filter- und Steuerfunktion, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Gesellschaft verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten.
- › Die haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuch).
- › Die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für den Einzelnen wie auch in der Gemeinde.
- › Die Koordinations- und Integrationsfunktion, insbesondere die gezielte Zuweisung zu Spezialisten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation, sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld.



Haus- und familienärztliche Funktionen

Es war das Verdienst des Allgemeinarztes und späteren DEGAM-Präsidenten *Hans Hamm* in den 1980er Jahren, die wesentlichen hausärztlichen Funktionen (1 bis 5) formuliert zu haben. Diese wurden in jüngerer Zeit fortgeschrieben (6 bis 7) und sinngemäß in den Text der Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin aufgenommen.

1. Primärärztliche Funktion.
2. Haus- und familienärztliche Funktion.
3. Koordinationsfunktion mit Spezialisten in Klinik und Praxis sowie mit medizinischen Fachberufen und der Beurteilung der Zumutbarkeit für den Patienten.
4. Soziale Integrationsfunktion unter Einbeziehung von Hilfen aller Art und Vertretung der gesundheitlichen Interessen des Patienten nach außen („Gesundheitsanwalt“).
5. Gesundheitsbildungsfunktion: umfasst die Gesundheitsberatung und Gesundheitserziehung einschl. Maßnahmen der Prophylaxe und Rehabilitation.
6. Ökologische Funktion: hausärztliche Tätigkeit bei Fragen zu gemeindenahen, gesundheitsfördernden Maßnahmen.
7. Ökonomische Funktion: hausärztliche Verantwortung für den problemgerechten Einsatz von medizinischen Ressourcen; Zumutbarkeit von bestimmten medizinischen Maßnahmen.

Mader FH (2014) *Allgemeinmedizin und Praxis*, 7. Auflage. Heidelberg

Dabei spielt der Druck von außen eine gewichtige Rolle: Landesregierungen und ärztliche Körperschaften (Kammern, KVen) fordern seit Jahren die Einrichtung von allgemeinmedizinischen Lehrstühlen; dies ist vielfach mit Geldmitteln, vor allem der KVen, unterstrichen worden (z. B. Kiel, Magdeburg, TU München, Rostock, Greifswald, Homburg/Saar, früher aber schon in Hannover). Damit ist die

Die Etablierung der Allgemeinmedizin an den deutschen Universitäten ist von großer Ungleichzeitigkeit geprägt: die Spanne reicht vom Lehrbereich, der die Erfordernisse der Approbationsordnung erfüllt, bis hin zu Abteilungen mit international kompetitiven Forschungsleistungen. Klar ist allerdings die Aufwärtstendenz: die Zahl der vollwertigen Professuren (W3) steigt beständig.

Norbert Donner-Banzhoff

Wagenburg und neue Kraft

Die Wissenschaft von der Allgemeinmedizin
im Licht der Universitäten

„Methodisch haben wir uns vor allem an ‚westlichen‘ Vorbildern orientiert.“

Allgemeinmedizin in Deutschland nicht alleine: in sämtlichen Ländern, in denen die akademische Allgemeinmedizin gut vertreten ist, ist das Gesundheitssystem staatlich stark beeinflusst (UK, Niederlande, Skandinavien, Kanada). Da wo der Markt regiert, oder man universitären Mediziner freie Hand lässt, sind Hyperspezialisierung und die Verzettelung in Forschungs-Hobbies zu finden – der Generalist kommt dort unter die Räder.

Scientific Community

Entsprechend ist der Bedarf der (allgemeinmedizinischen) Versorgung das zentrale Begründungsargument; Förderantrag und Publikationen nehmen praktisch immer darauf Bezug. Dies ist keineswegs selbstverständlich. Selbst in den klinischen Disziplinen unserer Universitäten werden wissenschaftliche Karrieren überwiegend mit Grundlagen- bzw. Laborforschung unterfüttert, es herrscht eine Entdeckungsrhetorik vor, welche die Wahrheit in immer kleineren Einheiten vermutet („molekulare“ Medizin).

An vielen Standorten sind wir also noch neu und ein wenig fremd, dies führt innerhalb unserer Fachgesellschaft zu einer ganz speziel-

len Atmosphäre: ich würde diese mit den Begriffen „Wagenburg“ und „friedliche Arbeitsteilung“ umschreiben. Erstere wird gefördert durch die immer wieder enttäuschenden Erfahrungen durch unsere Minderheitsposition in den Organen der Selbstverwaltung, seien dies Entscheidungen über die Weiterbildung in den Kammern oder die hausärztliche Versorgung in den KVen. Dies führt zu einem eher kameradschaftlich-freundlichen Umgang innerhalb unserer Scientific Community.

Da gibt es natürlich auch Konkurrenz, aber die Gewichtung liegt doch eindeutig auf der Seite der Kooperation: wir stehen zusammen gegen die von außen kommenden Widrigkeiten. Eigentlich hat es auch keine wissenschaftlichen Kontroversen gegeben, eher ist es so, dass jede Abteilung ihre spezifischen Themenfelder beachtet; wird ein Bereich von mehreren Abteilungen oder Instituten bearbeitet, ist eine Kooperation z.B. im Rahmen von Verbundanträgen immer möglich. Unser Gefühl von „Wagenburg“ kontrastiert durchaus mit der Wahrnehmung durch andere; aus der Sicht beispielsweise der psychosozialen Medizinfächer und der Versorgungsforschung hat sich die Allgemeinmedizin in den letzten Jahren sehr breit gemacht, was sich gerade in der erfolgreichen Einwerbung von Drittmitteln der Versorgungsforschung (überwiegend BMBF) zeigt.

Vorreiter in der Versorgungsforschung

Methodisch haben wir uns vor allem an „westlichen“ Vorbildern orientiert: die Niederlande, Großbritannien und Kanada sind hier vorrangig zu nennen. Während die Praxisforschung von Robert N. Braun, mit der er in den 40er Jahren des vorigen Jahrhunderts begann, als eine eigene Tradition verstanden werden konnte, hat sich die allgemeinmedizinische Forschung an den Universitäten klar an den o.g. Ländern orientiert. Hier war sicher Göttingen die Vorreiter-Universität, wesentlich als Leistung von Michael M. Kochen. Statt sich an der etablierten deutschen Hochschulmedizin zu orientieren (die an versorgungsorientierten Fragen kaum ein Interesse hatte), hat er eine internationale Orientierung befördert. Dazu haben die Europäischen Netzwerke für Forschung (EGPRN), Qualitätsförderung (EquiP) und Lehre (EURACT) die nötigen Kontakte geboten. In der ersten Aufbauphase war der methodische Beitrag von Sozialwissenschaftlern wesentlich, besonders hervorzuheben hier Joachim Szecsenyi (Doppelqualifikation als Arzt und Soziologe) und Wolfgang Himmel, dessen Einfluss auf die wissenschaftliche Entwicklung der Allgemeinmedizin in Deutschland nicht unterschätzt werden sollte. Im Ergebnis sind unsere Abteilungen bei der Untersuchung patientenorientierter Fragestellungen dem Rest der deutschen Universitätsmedizin heute in der Regel einen Schritt voraus (z. B. cluster-randomisierte Interventionsstudien, qualitative Methoden).



Initiationsritus vor dem ehrwürdigen „Royal College of General Practitioners“, London 2000: Dres. med. Donner-Banzhoff (li.), Stefan Wilm

Wesentlich für den Aufstieg unseres Faches ist die Förderung von 4 Zentren (Göttingen, Heidelberg, Kiel/Frankfurt, Marburg) durch das BMBF gewesen (2002 – 2010). Für die politischen Vorarbeiten gebührt wohl vor allem *Peter Helmich* und *Gisela Fischer* Anerkennung. In diesem Programm haben wir die Möglichkeit gehabt, genuin allgemeinmedizinische Fragestellungen zu bearbeiten. Die daraus resultierenden Leistungsziffern (Drittmittel-Einwerbung, Publikationsleistungen) vor Ort haben auch denjenigen die Bedeutung unseres Fachs vor Augen geführt, die unsere inhaltlichen und methodischen Leistungen bis dahin nicht würdigen konnten oder wollten.

dass die Agenda der Förderer berücksichtigt werden muss. Dieses Spiel haben wir gelernt, eine gewisse Entfernung von der täglichen Praxis ist als Preis dafür fällig gewesen. Diese Kritik sollten die universitären Abteilungen ernst nehmen, die Klage wird jedoch nie ganz gegenstandslos werden können.

Wo wird unsere Reise hingehen? Mit Zuversicht dürften wir extrapolieren und annehmen, dass in wenigen Jahren jede Medizinische Fakultät eine funktionierende Professur (W3) für Allgemeinmedizin hat. Dadurch wird unsere wissenschaftliche Gemeinschaft größer, aber auch unübersichtlicher und wohl auch weniger kohärent.

Bei Verbundprojekten begehrte Kooperationspartner

Die Konkurrenz um begrenzte Drittmittelprogramme wird zunehmen, hoffentlich entlastet durch eine verstärkte Anerkennung unserer Ideen durch die DFG. Innerhalb der Fakultäten werden wir ein begehrter Kooperationspartner sein, wenn innerhalb von Verbundprojekten auch die Versorgungsforschung oder die patientenorientierte klinische Forschung repräsentiert sein sollen. Hier können wir auf einen höheren methodischen Standard als die etablierten Organfächer verweisen. Es bleibt abzuwarten, ob wir nicht nur international publizieren und wahrgenommen werden, sondern auch tonangebend werden können. Ich selbst war durch meine eigenen Erfahrungen in Großbritannien und Kanada an vielen „Westimporten“ beteiligt (Professionalisierungskurs, Listserver [ALLGMED-L], Weiterbildungsverbände). Wie selbstverständlich gehen wir davon aus, dass dies in Forschung und Lehre die wesentliche Innovationsrichtung ist. Wird dies so bleiben oder werden wir selbst stärkere, international sichtbare Akzente setzen können?

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, M.H.Sc. Facharzt für Allgemeinmedizin, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Philipps-Universität, 35032 Marburg

Kritik an praxisferner Forschung

Hier soll die Kehrseite dieser Etablierungsgeschichte nicht verschwiegen werden. Obwohl in jeder der international sichtbaren Abteilungen und Institute Hausärzte der Region einen wesentlichen Beitrag zu Lehre und Forschung leisten, wird immer wieder Kritik an der Praxisferne der dort stattfindenden Forschung laut. Diese Entfremdung wird sich nie ganz vermeiden lassen, zu vielfältig ist das Geflecht von Erwartungen, in das die universitären Abteilungen eingebunden sind: sie sollen nicht nur die Bedürfnisse der allgemeinärztlichen Praxis bedienen, sondern sich mit den Organ- oder Technologie-Fächern an Verbundprojekten beteiligen, Input für Studienreform und Weiterbildung geben, die Allgemeinmedizin bei Ärztekammern u.ä. vertreten und bei interdisziplinären Ausschreibungen reussieren. Letzteres führt natürlich dazu,

„In der ersten Aufbauphase war der methodische Beitrag von Sozialwissenschaftlern wesentlich, insbesondere von Joachim Szecsenyi und Wolfgang Himmel.“

„In wenigen Jahren dürfte jede Medizinische Fakultät eine funktionierende Professur (W3) für Allgemeinmedizin haben.“

Lehrstühle für Allgemeinmedizin spielen oft andere Melodie

„Nur ein Teil der medizinischen Fakultäten hat Lehrstühle für Allgemeinmedizin. Und wenn, dann handelt es sich dabei um ein Instrument in einem großen Orchester, das oft eine andere Melodie spielt. Es ist eben ein weiter Weg von den motivierenden Erfahrungen im Studium bis zum späteren Entschluss, eine eigene Hausarztpraxis zu eröffnen.“

Als Student hatte ich drei Auslandssemester in Großbritannien verbracht. Dort machte ich mit einem erfahrenen Hausarzt einen Besuch bei einem sehr alten Ehepaar wie Philemon und Baucis und dachte mir: Als Hausarzt kann ich solche Menschen als Individuen wahrnehmen und betreuen. In der Klinik oder in einem Pflegeheim wären es nur zwei verwirrte Alte, die versuchen, aus dem Gitterbett zu klettern.“

Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff in einem Interview „Es ist wichtig, dass man nah am Nachwuchs ist, und da sind wir“. Dtsch Arztebl (2010) 107(26):1284

Hayn hatte seit 1972 den ersten Lehrauftrag in Frankfurt/M durch die Zusprache des Pädiaters und damaligen Dekans *Otto W. Hövels* inne und brauchte Unterstützung bei der Unterrichtsgestaltung.

Im Seminargebäude der KV in Berlin trafen sich unter Leitung von *Häussler* ca. 12 bis 15 Allgemeinärzte zweimal jährlich zu inhaltlichen und organisatorischen Absprachen in der Leh-

Allgemeinmedizin mit wissenschaftlichem Anspruch

Neben dem langsam wachsenden Kreis deutscher Lehrbeauftragter begann sich die Allgemeinmedizin auch in anderen Ländern universitär zu etablieren. *Heller* (Klagenfurt), *Szatmari* (Ungarn), *Tutsch* (Österreich) und *Meumann* (DDR) arbeiteten zusammen in der SIMG, dem ersten Zusammenschluss europäischer Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin, deren Vizepräsident ich von 1979 bis 1987 war. Zu diesem Kreis stieß auch *Sturm*, der sich bald für die Gestaltung der Zeitschrift „Der Praktische Arzt“ verantwortlich fühlte.

Dass die Allgemeinmedizin mit Recht auch einen wissenschaftlichen Anspruch zu vertreten hat, wurde mir durch den Österreicher *Robert Nikolaus Braun* aus Brunn an der Wild bewusst. Zurückhaltend wegen der Schematisierung und dem Fällverteilungsgesetz nahm ich anfangs sein Buch „Diagnostische Programme in der Allgemeinmedizin“ (1976) nun zur Kenntnis, bis ich die praktische Bedeutung z. B. der Begriffe „abwartendes Offenlassen der Diagnose“ und „abwendbargefährliche Krankheitsverläufe“ für die Allgemeinmedizin erkannte.

Neue Approbationsordnung – Neue Herausforderungen

Auch den Politikern wurde zunehmend bewusst, dass eine Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ohne den koordinierenden und selektierenden Hausarzt wenig sinnvoll ist. Mit dem Stoffkatalog zur Erfüllung der Aufgaben nach der AO waren 1979 die Lehrbeauftragten vor eine neue Herausforderung gestellt. Bereits 1976 hatte ich in Zusammenarbeit mit *Wolfram Schüffel*, Psychosomatische Klinik in Marburg, Anamnese-Gruppen in Frankfurt eingeführt. Ein Modellversuch, getragen von der Bund-Länder Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BMFT), ermöglichte den Aufbau und die Erprobung des Projekts „Studienbegleitende praxisorientierte Ausbildung

Es war im Frühjahr 2014 genau 40 Jahre her, dass mich Dr. *Hans Hayn*, Allgemeinarzt in Neu-Isenburg, zum ersten Mal als Lehrbeauftragten mitnahm nach Berlin zum damals kleinen Kreis der Dozenten.

Klaus Jork

An Forschung hatte noch keiner gedacht

Streiflichter vom Beginn der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin

„In den Anfangsjahren sahen wir unsere Aufgabe vor allem in der allgemeinmedizinischen Lehre.“

re. Die Besonderheit dieser Zeit waren die engen menschlichen Kontakte; man lernte die Eigenheiten, Vorzüge und Schwächen eines jeden Teilnehmenden kennen. Unsere Aufgabe sahen wir in den Anfangsjahren vor allem in der allgemeinmedizinischen Lehre – an allgemeinmedizinische Forschung hatte damals noch kaum jemand gedacht.



Aussrisse von Überschriften in medizinischen Fachzeitschriften zu „Forschung in der Allgemeinmedizin“ von den 1970er Jahren bis 2015.

VOM VORZUG DER INSTITUTIONALISIERUNG

„Durch die zunehmende Institutionalisierung der Allgemeinmedizin an den Hochschulen besteht in Zukunft die Möglichkeit, auf praxisrelevante Fragen auch selber Antworten zu finden. Hausärzte dürfen nicht länger Antworten akzeptieren auf Fragen, die sie gar nicht gestellt haben“ (Pauli).“

Sohn W (1991) ZFA 67:13

im Fach Allgemeinmedizin“ von 1980 bis 1983. In Klagenfurt hatte ich den Erziehungswissenschaftler und Bildungsforscher *Edmund A. van Trotsenburg* kennengelernt, der mir erste Grundlagen der Didaktik vermittelte. Ab 1978 nahm ich an WHO-Seminaren über die universitäre Lehre bei *Hannes G. Pauli*, dem großen Pionier der Ärzteausbildung, am Institut für Ausbildungs- und Examensforschung (IAE) in Bern teil. Dieser Weiterbildung verdanke ich in späteren Jahren zusammen mit einer Gruppe von Lehrbeauftragten, dass die Studierenden in Frankfurt den Kursus für Allgemeinmedizin als den besten am Klinikum bewerteten. Regelmäßig trafen sich damals ca. 25 Lehrbeauftragte zu inhaltlichen und didaktischen Absprachen im Institut für Allgemeinmedizin, das 1979 gegründet worden war.

Standortbestimmung und Identitätsfindung

Die KV Hessen und die Landesärztekammer Hessen hatten sich in einem Stiftungsvertrag verpflichtet, für 10 Jahre die Kosten für eine Professur für Allgemeinmedizin in Frankfurt zu übernehmen. Nachdem *Hans Hayn* die Übernahme dieses Aufgabenbereiches abgelehnt hatte, wurde ich für 2 Jahre mit der kommissarischen

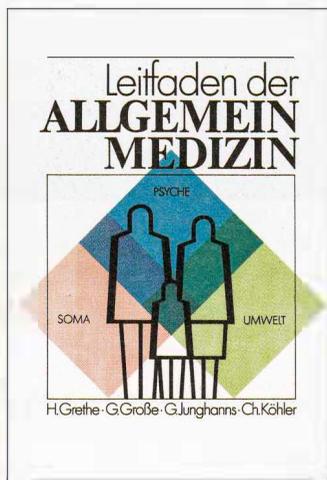
Leitung dieser Professur betraut, 1981 erhielt ich die Honorarprofessur, die dann 1991 in eine ordentliche Professur umgewandelt wurde.

Wesentlich zur Standortbestimmung und Identitätsfindung des neuen Faches Allgemeinmedizin trugen im deutschsprachigen Raum seit Anfang der 1970er Jahre, beginnend mit den wichtigen Monographien von *R. N. Braun* und *E. Sturm*, die zahlreichen Lehrbücher wie das von *Joachim Dreiholz* und *Klaus-Dieter Haehn* oder der „große Hamm“ (S. 68) und der „kleine Hamm“ bei. Mehrere Jahre lang war dabei „der Hamm“ am bekanntesten. *Braun*, der originelle Beobachter und kreative Denker, brachte 1986 zusammen mit *Frank H. Mader* bei Springer mehrere Bände der Reihe „Neue Allgemeinmedizin – angewandte Heilkunde unter dem Aspekt der Praxisforschung“ heraus.

Im August 2004 legte ich die Leitung des Institutes für Allgemeinmedizin am Klinikum in Frankfurt am Main in die Hände von *Ferdinand M. Gerlach*, der es in beachtenswerter Weise zu einer führenden Einrichtung der Allgemeinmedizin in Deutschland ausgebaut hat.

Prof. (em.) Dr. med. Klaus Jork
 Facharzt für Allgemeinmedizin, Geriatrie,
 Vizepräsident SIMG (1979-1987), 63225 Langen

Unten: Deutschsprachige Lehrbuchpioniere (Autorenwerke): **Sturm (1969), Braun (1970), Hamm (1975) Grethe, Große, Junghanns, Köhler (1984)**



Es bahnte sich hier und da die Entwicklung von Honorarprofessuren an, aber meistens mit einer unangemessenen Ausstattung und letztlich eben ohne echte Verankerung, gleichsam als Ausflucht der Universitäten.

Die junge Fakultät Medizinische Hochschule Hannover (MHH) hatte allerdings durch ihre Pioniere wie *Fritz Hartmann* eine aufgeschlossene Haltung der Allgemeinmedizin gegenüber.

Als ich nach meiner Habilitation bei *Klaus Jork* 1988 die Bühne der Allgemeinmedizin in Hannover betrat, herrschte dem Fach gegenüber noch eine weitgehende Ablehnung in den Fakultäten. Hinsichtlich Lehrstühlen, wie für andere Fächer selbstverständlich, war damals zwar vieles vorstellbar, aber nur wenig Konkretes in Sicht.

Gisela C. Fischer

Erst Ablehnung, dann Anerkennung

Meine Erfahrungen als Hochschullehrerin für Allgemeinmedizin

„Die junge Fakultät in Hannover war durch ihre Pioniere wie *Fritz Hartmann* der Allgemeinmedizin aufgeschlossen.“

So gab es die Zusage, den für *Klaus-Dieter Haehn* durch die KV Niedersachsen ausgelobten Lehrstuhl nach 3 Jahren auf Landesmittel als ordentliches Ordinariat (C4) zu übernehmen. Haehn konnte dies nicht mehr erleben.

Allgemeinmedizin wissenschaftlich anschlussfähig machen

Die Allgemeinmedizin war damals in Deutschland noch kaum als eigene Wissenschaft anerkannt. Als herausragend ist hier die Verden-Studie von *Haehn* und vielen Mitstreitern zu nennen, die als eine erste qualifizierte Versorgungsforschung mit spezifisch allgemeinmedizinischer Fragestellung gelten kann.

Für mich kam es zunächst darauf an, die Allgemeinmedizin wissenschaftlich anschlussfähig zu machen: Es schien mir wichtig, eine fundierte Auseinandersetzung zu führen, welche Themen wirklich fachspezifisch sind und von anderen Fächern nicht bearbeitet werden können. Dabei konnte es sich nicht um bestimmte Krankheiten handeln, sondern es sollten typische Patientengruppen sein, bei denen die allgemeinmedizinischen Aufgaben in besonderem Maße zum Tragen kamen. Geriatrische Fragen spielten damals

in der wissenschaftlichen Darstellung nur in der klinischen Medizin eine, selbst dort eher untergeordnete Rolle. Die spezifischen hausärztlichen Aufgaben dabei wurden jedoch nicht aufgearbeitet und transparent dargestellt. Hier konnte angesetzt werden. Dies gelang durch die Auswertung entsprechender Teile der Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (EVaS-Studie) des Zi.

Als zweiter Forschungsschwerpunkt und Aktionsfeld wurde die Qualitäts-„Sicherung“ identifiziert und verfolgt. Beide Themen waren damals für unser Fach, aber auch sonst in der Medizin in Deutschland noch weitgehend unbetretene Felder.

Verbundforschung im internationalen Bezug

Wie aber konnte hier gute Forschung gelingen? Im ersten Schritt wurden Förderanträge im Verbund mit anderen Abteilungen gestellt, hier mit dem Forschungsverbund Public Health. Auf diese Weise ließen sich zwei große Studien mit Altersbezug mit neu eingestellten Mitarbeitern durchführen. Die dritte große Studie, die sich mit der Pflege alter Menschen im häuslichen Rahmen befasste, wurde mit relativ großer Summe vom Gesundheitsministerium (BMFSFJ) gefördert. Diese drei Projekte bildeten den Grundstock für eine Ausweitung der Mitarbeiterzahl und gaben Spielraum für weitere Entwicklungen und größer angelegte Forschung.

Der nächste Schritt bestand darin, den internationalen Bezug zu suchen, was durch ein von der EU gefördertes Projekt, an dem 7 europäische Länder beteiligt waren, mit Federführung in Hannover gelang (Thema: „STEP – Standardized Assessment for Elderly People in Primary Care in Europe“). Des Weiteren wurde eine größere internationale Tagung (Health Outcome Assessment) mit Teilnehmern aus USA, China und Kanada mit Unterstützung der Volkswagen-Stiftung in Hannover durchgeführt. Außerdem war meine Abteilung an anderen EU-Projekten beteiligt.

Wichtig war der Anschluss an die internationale Allgemeinmedizin, wozu wir alle *Eckart Sturm* und später *Eberhard Hesse* viel zu verdanken haben. Bei der SIMG herrschte eine selbstverständliche Überzeugung vom besonderen Wert der Allgemeinmedizin und ihrer Spezifitäten. Die Kongresse im österreichischen Klagenfurt boten eine qualifizierte und wohlwollende Bühne, um zu lernen, im internationalen Raum aufzutreten und eigene Ergebnisse vorzustellen.

Zusammenarbeit mit der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)

Vor diesem Hintergrund konnten wir nun auch an die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) herantreten, was im ersten Schritt durch eine Broschüre erfolgte, die das Fach Allgemeinmedizin dort einführen sollte, was wohl auch gelungen war. Eine mehrtägige Tagung und später Pro-



Allgemeinärzte-Kongress, Göttingen 1986. E. Sturm (Göttingen), Th. v. Uexküll (Ulm), E.-E. Weinhold (KBV) (v.l.n.r.)

„Dies alles wäre nicht möglich gewesen ohne unsere Lehrbeauftragten.“

jekte gemeinsam mit der Kinderklinik der MHH und mit *Siegfried Geyer* (Medizinsoziologie, die mehrere Jahre Bestandteil der Abt. Allgemeinmedizin war) wurden von der DFG gefördert.

Parallel hierzu konnten sich wissenschaftliche Mitarbeiter systematisch akademisch qualifizieren. Es schien mir in unserem Kreis der Lehrbeauftragten damals schwer vermittelbar und stieß durchaus auf Ablehnung, Mitarbeiter in der Allgemeinmedizin zu habilitieren. Dennoch können wir nicht einerseits Lehrstühle fordern und uns andererseits dem Vorwurf aussetzen, es fehle an geeigneten Kandidaten. Immerhin ist es gelungen, die ausgeschriebenen Lehrstühle in Kiel, Leipzig sowie mit gleichwertiger Qualifikation in Halle/Magdeburg, später in Frankfurt/M mit den habilitierten Kollegen *Ferdinand Gerlach*, *Hagen Sandholzer* und unserem ehemaligen Lehrarzt *Thomas Lichte* zu besetzen. Habilitiert wurden außerdem *Martin Konitzer* und *Thorsten Doering*. Es ist für mich eine große Freude zu sehen, wie sie alle auch die früh in Hannover begonnenen Arbeiten (Geri-

atrie, Qualitätssicherung und Versorgungsformen) weiterführen und dass auch diejenigen, die in anderen Funktionen tätig sind, so wunderbar erfolgreich sind.

Die Grundlagen der Allgemeinmedizin

Lassen Sie mich angesichts der Jubiläumssituation unserer Fachgesellschaft an die teilweise schon vor Jahrzehnten wissenschaftlich erarbeiteten Grundlagen der Allgemeinmedizin erinnern, die ich hier nur unvollständig und unsystematisch aufführe, weil sie über der Evidence-basierten Medizin drohen verloren zu gehen:

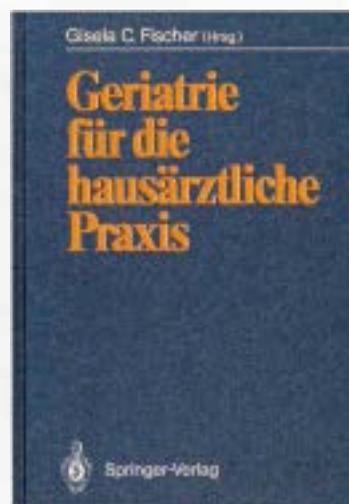
- › Das stufendiagnostische Vorgehen;
- › Bedenken oder Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe;
- › das abwartende Offenlassen als Kriterium der Verlaufskontrolle;
- › die Bedeutung salutogenetischer Ansätze;
- › die psychosomatische Grundversorgung;
- › die Gestaltung der Patienten-Arzt-Beziehung, besonders auch aus der Langzeitperspektive;
- › die Kenntnis der persönlichen Umgebung, Familie usw.;
- › die Entwicklung der Qualitätszirkel und – hier war die Allgemeinmedizin ebenso wesentlich beteiligt;
- › die Entwicklung von hausärztlich relevanten Leitlinien.

Was meinen bescheidenen Beitrag betrifft, wäre dies alles nicht möglich gewesen ohne den Rückhalt und die Inspirationen unseres damaligen Lehrbeauftragtenkreises mit allen Kolleginnen und Kollegen und den zweimal jährlichen Treffen in Stuttgart. Ich habe besonders den nun schon verstorbenen Kollegen *Häussler*, *Mattern*, *Schrömbgens*, *Helmich* und *Sturm* sehr zu danken. Dies zeigt auch, wie wichtig es war, solche Vorbilder zu haben.

Prof. (em.) Dr. med. Gisela C. Fischer
 Fachärztin für Allgemeinmedizin, 14199 Berlin



Repro: Frank H. Mader



EVaS-Studie von 1989
 und wissenschaftliches Neuland hausärztliche Geriatrie (1991)

In den letzten 40 Jahren hat die akademische Institutionalisierung der Allgemeinmedizin in Deutschland, insbesondere seit der Jahrtausendwende, bemerkenswerte Fortschritte gemacht. 1996 waren bereits neun Allgemeinärzte habilitiert. 1999 kam vom Wissenschaftsrat der Vorschlag, mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den deutschen Universitäten einzurichten. Diese Forderung wurde 2000 auch vom Sachver-

Allgemeinmedizin der TU München durchgeführtes systematisches Review zeigte, dass die Publikation 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 (Abbildung).

Ab den 1990er Jahren gab es in der Literatur zunehmende Belege, dass eine gute hausärztliche Primärversorgung das Rückgrat der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung darstellt. 1999 und 2000 forderten Wissenschafts- und Sachverständigenrat mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den deutschen Universitäten.

Antonius Schneider

Die Entwicklung der akademischen Allgemeinmedizin

Erfolgreiche Förderung durch das Bildungs- und Forschungsministerium

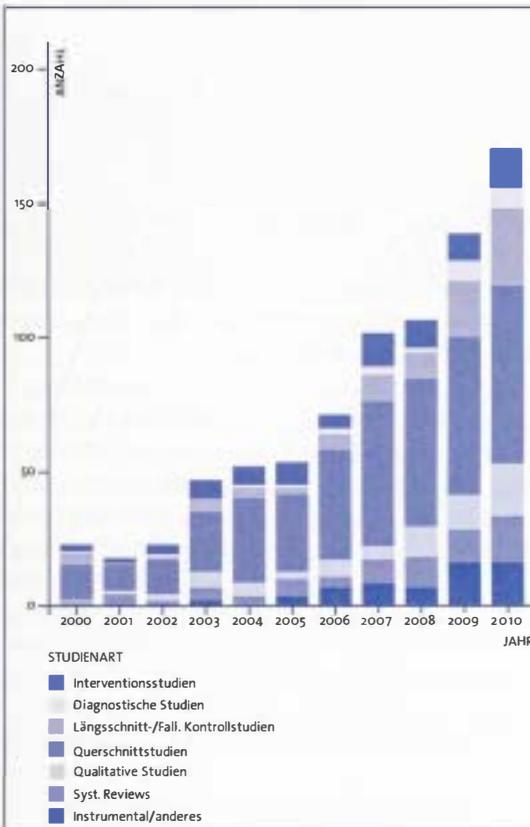


Abbildung. Nationale und internationale Publikationen von allgemeinmedizinischen Originalarbeiten von 2000 bis 2010 nach Studienart

ständigenrat für die Beobachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit dem Ziel unterstützt, durch entsprechende Forschungstätigkeit das Versorgungsgeschehen in Deutschland besser zu verstehen und die Studierenden gezielter an den hausärztlichen Beruf heranzuführen. Das Ergebnis davon waren zwischen 2002 und 2012 mehrfache Ausschreibungen, mit denen das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) den Aufbau und die Weiterentwicklung universitärer Strukturen für Allgemeinmedizin mit insgesamt 13,2 Mio Euro förderte.

2014 an 25 von 36 Fakultäten Institute oder Abteilungen

Im Januar 2014 gab es bereits an 25 von damals 36 deutschen 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 für diese Aktivität sind Zahl und Qualität der publizierten Forschungsarbeiten. Ein am Institut für

Zwei Drittel aller Arbeiten Versorgungs- und klinische Forschung

Fast die Hälfte aller Publikationen hat Querschnittstudien zum Gegenstand, inhaltlich sind zwei Drittel aller Arbeiten den Bereichen Versorgungsforschung und klinische Forschung zuzuordnen. Die Hälfte aller Artikel wurde in englischer Sprache publiziert und 60 % in einer Zeitschrift mit einem (Journal Citation Reports) Impact Faktor. Weiterhin ergab unsere Untersuchung¹, dass etwa die Hälfte der universitären Einrichtungen nicht über die notwendigen Kapazitäten zu verfügen scheint, regelmäßig Forschungsarbeiten zu publizieren.

Querschnittstudien mit Abstand am häufigsten

Ähnlich wie die Analyse anderer Autoren zu Arbeiten, die bei Tagungen des European General Practice Research Networks (EGPRN) zwischen

„Fast die Hälfte aller Publikationen sind Querschnittstudien. Die Hälfte aller Artikel wurde in Englisch publiziert.“

1 Schneider A, Grossmann N, Linde K (2012) The development of general practice as an academic discipline in Germany – an analysis of research output between 2000 and 2010. BMC Family Practice 13:581

„Die Förderinitiative des BMBF kann als erfolgreich betrachtet werden.“

2001 und 2007 präsentiert wurden, zeigt unsere Auswertung, dass Querschnittstudien die mit Abstand häufigste Studienform sind; sie sind oft einfach und kostengünstig durchführbar, haben aber häufig eher deskriptiven Charakter und wissenschaftlich begrenzte Aussagekraft. Bei den EGPRN-Tagungen waren mehr als ein Viertel aller Studien qualitative, während bei uns der entsprechende Anteil knapp unter 10 % lag. Grundsätzlich wäre es wünschenswert, wenn vermehrt interventionelle Studien zu Therapie und Diagnostik häufiger durchgeführt werden könnten; allerdings ist auch hier aufgrund der begrenzten Fördermöglichkeiten nur mit einer langsamen Zunahme zu rechnen.

Erfreulich, aber noch zu wenig Forschungsoutput

Grundsätzlich ist diese Entwicklung erfreulich. Dennoch muss festgestellt werden, dass Deutschland bei einem Vergleich des allgemeinmedizinischen Forschungsoutputs aus 6 Ländern (USA, GB, NL, Kanada, Australien und D) zwischen 2001 und 2007 deutlich hinterher hinkt. Länder wie Großbritannien, Holland, Ka-

nada und Australien investieren intensiv in allgemeinmedizinische Forschungsinfrastruktur und -vorhaben und produzieren ein Vielfaches des deutschen Publikationsoutputs. Die Entwicklung der Forschungs- und Publikationstätigkeit bleibt abzuwarten, nachdem im Februar 2012 die spezifisch allgemeinmedizinische Förderung durch das BMBF beendet wurde. Einerseits besteht nun eine hochkompetitive Situation mit allen anderen Fächern, auf der anderen Seite gibt es seit 2012 deutlich mehr Institute als zu Anfang des Förderzeitraumes. Insofern kann die Förderinitiative durchaus als erfolgreich betrachtet werden. Hier wären weitere systematische Förderungen wünschenswert, um den Forschungsnachwuchs nachhaltig zu entwickeln, damit neu geschaffene Lehrstühle adäquat besetzt werden können. Allerdings bedarf es dazu sowohl finanzieller Unterstützung als auch universitärer Strategien.

Prof. Dr. med. Antonius Schneider

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sektionssprecher Forschung DEGAM

81667 München

Absolutes Spezifikum der Allgemeinmedizin

„Forschung in der Allgemeinmedizin ist für heutige Medizinstudenten offensichtlich kein Thema. Wie sonst lässt es sich erklären, dass nach einer gut besuchten Pflichtvorlesung in der Allgemeinmedizin nur 30 Studenten im Hörsaal sitzen bleiben, um an der folgenden Ringvorlesung ‚Forschung in der Allgemeinmedizin‘ teilzunehmen – so kürzlich an der Uni Freiburg gesehen.“

Elisabeth Moosmann, Kommentar „Perspektiven der Allgemeinmedizin“, Ärzte Zeitung 18.9.1995

„Eine der wichtigsten Leistungen der Allgemeinärzte ist es, Forschungsergebnisse unterschiedlicher Bereiche aus unterschiedlichen Denktraditionen integrativ zu verbinden und für ein am individuellen Hilfsbedarf des Patienten orientiertes optimales Versorgungskonzept zu nutzen. Dieser Umsetzungsprozess ist ein absolutes Spezifikum der Allgemeinmedizin und von größter Bedeutung für die Qualität von im Gesundheitswesen erzeugten Versorgungsergebnissen. Er muss Regeln folgen, die teilweise noch durch Forschung zu entwickeln sind.“

Fischer G et al (1997) Rahmenkonzept der allgemeinmedizinischen Forschung. ZFA 73:894-900

„Als eine zentrale Aufgabe sehen wir es als Sektion Forschung der DEGAM an, Unterstützungen bei Projektkonzeptionen/-anträgen und ggf. auch bei Publikationen zu vermitteln. So verfügen viele Kollegen gerade aus dem niedergelassenen Bereich häufig über hervorragende Ideen und Ansätze für hausärztliche Forschung, die sie aber ohne externe Unterstützung nicht verwirklichen können. Hier möchten wir als Ansprechpartner fungieren. Gleichzeitig möchten wir in diesem Zusammenhang erneut auf die regelmäßig stattfindenden Forschungskurse hinweisen, die ebenfalls diesem Zweck dienen. Der nächste Kurs findet 2005 in Göttingen integriert in die Frühjahrstagung der European General Practice Research Network (EGPRN) statt.“

Hummers-Pradier E, Fischer T (2004) Sektion Forschung der DEGAM stellt sich vor. ZFA 80:529-530



Weltweit allgemeinmedizinische Forschung

„Heute gibt es mehr als 200 forschende Universitätsabteilungen für Allgemeinmedizin weltweit, in Deutschland sind ein gutes Dutzend Institute in der Lage, systematische Vorhaben zur Praxisforschung durchzuführen und Forschungsergebnisse international zu publizieren... Ein besonderes Augenmerk gilt der Implementierung von Forschungsergebnissen in die Routineversorgung. Zwar sind Leitlinien als ein Instrument der Implementierung inzwischen allgemein akzeptiert, nur im DEGAM-LL-Programm ist jedoch ein Praxistest obligatorisch. Große Cluster-randomisierte Studien sind in Deutschland durchgeführt worden, um die Wirksamkeit der Implementierung von Leitlinien zu evaluieren (Becker et al 2008).“

DEGAM-Zukunftspeditionen. Position 21 (Auszug). Frankfurt 2012

Unter anderem hieß es in dem Artikel: „Blieben nicht evaluierte Leitlinien ohne Effekt, wäre es nur schade um vergeudete Energien. Sollte sich allerdings im Nachhinein die eine oder andere zuvor evaluierte Leitlinie als Lei(d)tlinie erweisen, die unter Vernachlässigung individueller Patienteninteressen eher zu einer Verschlechterung der Ergebnisqualität beigetragen hat, wäre dies fatal.“

Wie ein Blitz schlug der Artikel auf Seite 1 des Deutschen Ärzteblatts vom 30. Mai 1997 ein: „Das Leid mit den Leitlinien“. Ein gewisser Dr. med. *Ferdinand Gerlach* MPH war es, der die damalige Leitlinienszene mit kritischen Äußerungen aufwühlte. Heute sind die DEGAM-Leitlinien aus dem hausärztlichen Praxisalltag nicht mehr wegzudenken.

Martin Scherer

Freud und Leid der Leitlinien

Preisgekröntes DEGAM-Konzept bewährt sich im originären Praxistest

„DEGAM-Leitlinien sind auch Instrumente der Deutungshoheit innerhalb des eigenen Versorgungsbereiches.“

Das Echo blieb nicht aus. Empörte Leserbriefe bezeichneten Gerlachs Kritik als „überzogen“ oder „bedauerlich“. Und überhaupt: Was habe denn so etwas auf Seite 1 des Ärzteblatts zu suchen und aus welcher Institution stamme *Gerlach* denn eigentlich? Nun, er stammte aus der Abteilung von *Gisela Fischer*, Hannover, die ihn in einem Vier-Augen-Gespräch mütterlich zur Seite nahm: „Herr Gerlach, Sie befinden sich in einer vulnerablen Phase Ihrer Karriere!“

Fraglicher Einfluss auf patientenrelevante Eckdaten

Wie wir heute wissen, hat Gerlachs Karriere keinerlei Schaden genommen. Sein Memento von damals hat aber nach wie vor Gültigkeit. Im Großen und Ganzen bleiben Leitlinien auch heute noch den Nachweis schuldig, patientenrelevante Endpunkte nachhaltig zu beeinflussen. Die aufzuwendenden ehrenamtlichen Energien sind größer denn je. Und bei der Einbeziehung der Patientenpräferenzen besteht nach wie vor deutlicher Optimierungsbedarf. Zudem werden uns die Leitlinien von den niedergelassenen Kollegen nicht gerade aus den Händen gerissen – es sei denn, sie behandeln brennende, aktuelle The-

men in verdaulicher Form. Allerdings sind Implementationsprobleme kein Spezifikum der Allgemeinmedizin: Die Literatur über Barrieren der Leitlinienimplementation quer durch alle Fachbereiche füllt inzwischen mehrere Schubkarren.

Instrumente der Deutungshoheit

Trotz allen „Abers“ beschäftigt sich die DEGAM nach wie vor mit Leitlinien. Sie sind nicht nur Praxishilfen, die den Korridor des ärztlichen Handelns markieren, sondern sie tragen auch entscheidend zur Professionalisierung unserer Fachgesellschaft und unseres Fachs bei. Sie füllen wesentliche Aspekte unserer Fachdefinition für die einzelnen Indikationen und Beratungsprobleme mit Inhalt und stellen in ihrer Gesamtheit eine Art Enzyklopädie des rationalen, evidenzbasierten Denkens und Handelns in der Allgemeinmedizin dar. Aber sie sind noch mehr: Sie sind zuweilen auch berufspolitische Rammböcke, die das Feld der Primärversorgung gegen den Anspruch einer spezialistisch dominierten Normierung verteidigen. DEGAM-Leitlinien sind nicht zuletzt auch Instrumente der Deutungshoheit innerhalb des eigenen Versorgungsbereiches.

Unermüdliches ehrenamtliches Engagement der Autoren

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 eine führende Rolle ein. Dies ist nur möglich durch das unerermüdliche ehrenamtliche Engagement vieler Autoren und Mandatsträger aus der ständigen Leitlinienkommission. Nicht wegzudenken ist natürlich auch das Verdienst der Gründerväter und -mütter des DEGAM-Leitlinienprojektes – sei es im Rahmen des preisgekröntes Konzepts zur Entwicklung, Verbreitung und Implementation von Leitlinien mit dem bis heute originären Praxistest oder durch wichtige Weichenstellungen. Zu diesen gehört beispielsweise der damals noch neue Ansatz, Leitlinien vom Beratungsanlass her auszudenken. Wichtige Personen waren neben *Gerlach* in der Anfangsphase der DEGAM-Leitlinien *Helmich*, *Szecsényi*, *Abholz* und *Lorenz*. Eine vollständige Aufzählung aller um Leitlinien verdienten Persönlichkeiten würde den Rahmen dieses Festschriftbeitrags sprengen. Nachzulesen ist die Historie der DEGAM-Leitlinien in *Silke Brockmanns* Buch: „Hausärztliche Leitlinien zwischen Erfahrung und ‚Evidence‘“.

Prof. Dr. med. Martin Scherer

Facharzt für Allgemeinmedizin, Vizepräsident DEGAM, Sprecher der Leitlinienkommission DEGAM, 20246 Hamburg

S1-HANDLUNGS- EMPFEHLUNGEN: KOMPAKT UND AN- WENDERFREUNDLICH

Seit 2013 entwickelt die DEGAM S1-Handlungsempfehlungen als kompakte und anwenderfreundlich gestaltete Leitlinien zu praxisrelevanten Themen sowie DEGAM-Anwenderversionen, welche die in Zusammenarbeit mit der DEGAM erarbeiteten Inhalte von z. B. Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) noch einmal komprimiert für die hausärztliche Praxis zusammenfassen. Darüber hinaus sind die Mitglieder der Ständigen Leitlinien-Kommission der DEGAM bei zahlreichen interdisziplinären S3-Leitlinien anderer Fachgesellschaften und allen Nationalen Versorgungsleitlinien als Vertreter beteiligt.

Quelle: DEGAM-Homepage
5.3.2016



„Die DEGAM hat nach internationalen Vorbildern damit begonnen, im Rahmen eines ‚Zehnstufenplans‘ wissenschaftlich fundierte und zugleich praxiserprobte Leitlinien zu entwickeln. Ziel ist die Beschreibung einer im Einzelfall angemessenen, bedarfsgerechten hausärztlichen Grundversorgung. Die Entwicklung erfolgt nach den Prinzipien der ‚Evidence-based Medicine‘, bezieht Anwender wie Patienten ein und umfasst bereits vor Veröffentlichung einer Leitlinie die Prüfung von Praktikabilität und Akzeptanz in einem Praxistest. Zur Unterstützung der Implementierung in die Praxis besteht jede Leitlinie aus mindestens 5 Modulen, darunter speziellen Materialien, die sich an Praxismitarbeiter und Patienten richten. Anhand einer Checkliste der ÄZQ wird die methodische Qualität der Leitlinien überprüft. Die Evaluation von Folgen und Wirkungen der Leitlinien auf die Patientenversorgung ist ebenfalls fester Bestandteil des DEGAM-Konzeptes.“

Gerlach FM et al (1999) Das DEGAM-Konzept – Entwicklung, Verbreitung, Implementierung und Evaluation von Leitlinien für die hausärztliche Praxis. ZaeFQ 93:111-120

„Die DEGAM-Leitlinien werden nicht, wie so viele andere, patriarchalisch von oben herunter nach dem ‚OBST-Prinzip‘ (OBST = Old Boys Sitting Together) generiert. Die Autorin schildert eingehend, in welcher Weise hunderte von niedergelassenen Hausärzten in dutzenden von Qualitätszirkeln, und über die beteiligten Ärzte schließlich auch die Patienten in großer Zahl als ‚Letztbetroffene‘, in die Erstellung der Leitlinien einbezogen wurden.“

Aus: Verlagsankündigung zu Silke Brockmann, „Hausärztliche Leitlinien zwischen Erfahrung und ‚Evidence‘“, Düsseldorf 2004

„Ich bin als niedergelassene Allgemeinärztin zur DEGAM über deren Leitlinien zur Mitgliedschaft animiert worden. Die erstellten Leitlinien sowie die regelmäßig erscheinende Mitgliederzeitschrift ZFA sind für meine tägliche Arbeit in der Praxis sehr nützlich und hilfreich. Für meine Tätigkeit als Lehrpraxis der Universität Erlangen-Nürnberg ist die DEGAM-Mitgliedschaft sehr wichtig, so kann ich den jungen Studierenden mit Hilfe der Leitlinien ein Verständnis für allgemeinmedizinisches Handeln gut vermitteln.“

Dr. med. Vanadis Kamm-Kohl, Nürnberg, in Der Hausarzt (2013) 7:8

„Das Leid mit den Leitlinien‘ überschrieb 1997 Ferdinand Gerlach einen lesenswerten Artikel, in dem er die Frage stellte: ‚Wird die Ergebnisqualität durch Leitlinien überhaupt spürbar besser?‘ und resignierend anmerkte: ‚Das eigentliche Ziel einer Verhaltensänderung in der Praxis wird dabei regelhaft verfehlt.‘ Neun Jahre später gab er kritisch zu bedenken: ‚Ärzte empfinden Leitlinien, die eigentlich als Hilfe für deren Entscheidungsprozesse gedacht sind, als zusätzlichen Aufwand. Leitlinien werden ... unter Bürokratie verbucht.‘“

Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger, Leiter ÄZQ – gemeinsames Institut BÄK und KBV. In Der Allgemeinarzt (2013) 20:3

„Wir sollten auf unsere hausärztlichen Leitlinien der DEGAM vertrauen. Sie entsprechen unserem Versorgungsbereich und wir haben Einblicke, z. B. in die Pharmunabhängigkeit der Autoren...“

Dr. med. Ch. L. im Lists erver [ALLGMED-L] 31.10.2014

Eine Optimierung hausärztlicher Basisuntersuchungen war und ist mein Anliegen, denn entsprechende Themen generiert der landärztliche Arbeitsalltag reichlich. Schwäbisches Tüftlerblut, die Lust am Aufarbeiten, Bewerten, Darstellen und grafischen Gestalten eigener Untersuchungsergebnisse taten ihr Übriges. 1997 konnte ich nach zweijähriger Vorarbeit als Posterautor in der Dortmunder West-

Probleme habe ich thematisiert: die Prüfung diagnostischer Kriterien bei der Tonsillitis zusammen mit der Marburger Allgemeinmedizin, die Herzfrequenzanalyse beim Fieberkind oder eine Standardisierung der Hörweitenprüfung. Gerade in Arbeit: die Entwicklung einer visitentauglichen Nystagmusbrille.

Kritisches Korrektiv in der täglichen Arbeit

Mein persönlicher Profit ist ausschließlich ideell. Der Geist und Zeit erheblich belastende Spagat zwischen hausärztlichem Tun und wissenschaftlicher Arbeit ist und war mir über die Jahre hinweg als motivierendes Pendant und kritisches Korrektiv in der alltäglichen Arbeit wichtig. Im Umfeld der Postersitzungen selbst ergaben sich stets gute Kontakte und Gespräche, die mir Inspiration und Information vermittelten. Beides ist mir gleich wertvoll für mein Doppelleben als wissenschaftlich ambitioniertem, aber ebenso leidenschaftlichem Landarzt.

Dr. med. Fritz Meyer

Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für HNO, 86732 Oettingen

Seit 16 Jahren bin ich überwiegend als Allein- oder Erstautor an den Postersitzungen der DEGAM-Jahreskongresse beteiligt. Meine Beiträge waren bislang elf Kongressposter, die mehrheitlich ohne externe methodisch-statistische, informationstechnologische oder grafische Unterstützung entstanden sind.

Fritz Meyer

Eigenes Arbeiten wissenschaftlich überprüfen

Was einen Landarzt für DEGAM-Postersitzungen motiviert

„Mein Doppelleben als wissenschaftlich ambitionierter, aber ebenso leidenschaftlicher Landarzt“

falenhalle debütieren und reiste stolz mit meinem Erstlingswerk an: Fotokartons, die eng mit DIN-A4-formatigen Ergebnisblättern beklebt waren. Die Blutdruckkontrolle bei Hypertonikern war das Thema, dem ich mit wechselnden Aspekten auch in den folgenden Jahren treu blieb. Mit der Analyse eines „Do-it-yourself“-Blutdruckmessplatzes in der Praxis wurde mir 2002 in Koblenz der (geteilte) 2. Platz des Posterpreises zuerkannt. Aber auch andere, praxisrelevante



„Viel Herzblut“: F. Meyer 2013 in München vor seinem DEGAM-Poster „Hörweitenprüfung“

Jugend forscht. DEGAM-Postersitzung Bozen 2015



Die Dissertationszentrale gab es, als ich 1979 hier angefangen hatte, noch nicht, die habe ich erst später angelegt. Ich hatte alle damaligen allgemeinmedizinischen Einrichtungen angeschrieben und darum gebeten, mir alle in Arbeit befindlichen und bereits abgeschlossenen Dissertationen zu melden, was auch von den jeweiligen Abteilungen mehr oder weniger gut befolgt wurde. Von den neu abge-

1993 beschloss das Präsidium der DEGAM in Saarbrücken, eine Bestandsaufnahme der laufenden allgemeinmedizinischen Forschungen in der Bundesrepublik durchzuführen. Eine wichtige Rolle spielte dabei auch die Marburger Dissertationszentrale. Die langjährige Lehrstuhlsekretärin erinnert sich 2014.

Doris Heuser

Marburger Dissertationszentrale

470 Arbeiten seit 1965

schlossenen Dissertationen wurden mir mind. 2 Exemplare zur Verfügung gestellt, ein Exemplar davon habe ich immer an Frau *Hutmacher*, welche damals halbtags bei der DEGAM beschäftigt war, gesandt. Alle neu abgeschlossenen Dissertationen wurden von einer Jury begutachtet, die 3 besten Arbeiten wurden einmal jährlich mit dem 1., 2. oder 3. Preis ausgezeichnet – Geld dafür kam m. W. von der Pharmaindustrie. Die Verleihung der Preise erfolgte im Rahmen des DEGAM-Kongresses. Alle Dissertationen, die uns jemals gesandt worden sind, habe ich archiviert, es sind z. Zt. 470 Exemplare, die hier aufbewahrt werden. Die älteste Dissertation stammt aus dem Jahr 1965 (*Helmut Pillau*).

Doris Heuser

von 1979 bis 2014 Sekretärin in der Abteilung Allgemeinmedizin in Marburg

Die erste Promotionsarbeit im Marburger Archiv. H. Pillau: Beziehungen zwischen Einweisungsdiagnosen und klinischen Diagnosen. München 1965



Forschungspreise für Allgemeinmedizin

- › **Klaus-Dieter-Haehn-Dissertationspreis:** 1991 gestiftet (nicht mehr verliehen)
- › **DEGAM-Poster-Preise:** Gestiftet Deutscher Ärzte-Verlag und DEGAM. Gesamtwert 3.000 €. Alljährliche Verleihung anlässlich des DEGAM-Kongresses
- › **Forschungspreis SGAM:** Alljährliche Verleihung. Preisgeld 500 € und SGAM-Pokal aus Meissener Porzellan
- › **Lehrpreis der GHA:** Seit 2006 alljährliche Verleihung
- › „2009 wurde zum zweiten Mal der ‚Deutsche Forschungspreis für Allgemeinmedizin – Dr. Lothar-Beyer-Preis‘ vergeben. Die Preisvergabe wird durch eine Stiftung der Familie Beyer an das Deutsche Institut für Allgemeinmedizin e. V. ermöglicht. Die Ausschreibung zeigt, dass die allgemeinmedizinische Forschung in Deutschland hochwertige Beiträge mit Relevanz für die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsfunktion hervorbringt. 2009 wurde eine ganze Reihe exzellenter und auch hochrangig international publizierter Arbeiten vorgelegt. Nahezu alle sind im Rahmen des Nachwuchsförderprogramms für die Allgemeinmedizin des BMBF entstanden. Die meisten prämierten Arbeiten haben klinische Themen behandelt. Die Preise sind mit 25.000 Euro, 10.000 Euro bzw. 7.500 Euro dotiert.“ *Quelle: Bericht „Versorgungsstrukturen und Qualität“, 43. DEGAM-Kongress 2009*



Erika Baum, Marburg, vor dem Schrank der Dissertationszentrale

Der berufstheoretische Forscher R. N. Braun formulierte es bereits vor 40 Jahren: „Das Labor der Allgemeinmedizin ist die Allgemeinpraxis.“ Obwohl in unserem Gesundheitssystem mehr als 80 % der medizinischen Probleme ambulant versorgt werden, fehlen in Deutschland wissenschaftlich hochwertige überregionale Studien im ambulanten Setting.

liches Maß an institutseigenen und finanziellen Ressourcen erforderlich ist, um diese Netze aufzubauen und zu erhalten, was über Projekteinzelförderungen nicht zu realisieren ist. Ziel der Initiative¹ ist es daher, staatliche Gelder für die finanzielle Förderung einzuwerben, die nach englischem und niederländischem Modell eine kontinuierliche Forschungstätigkeit und vermehrte Kooperationen ermöglichen soll.

Dr. med. Ildikó Gágyor
37073 Göttingen

Wer heute in Deutschland Forschungsprojekte in Hausarztpraxen durchführt, muss in der Regel zahlreiche Hindernisse überwinden. Tatkräftig treibt die DEGAM eine Initiative voran, um eine solide Infrastruktur für Forschungspraxen zu schaffen.

Ildikó Gágyor

Unser Labor ist die Praxis

Allgemeinärztliche Forschungspraxisnetze

Die meisten Praxisnetze finden sich bisher im Umfeld von einzelnen größeren allgemeinmedizinischen Lehrstühlen (z. B. Heidelberg, Hannover/Göttingen, Frankfurt, Düsseldorf/Witten-Herdecke, Hamburg, Marburg). Schätzungsweise gibt es inzwischen weit mehr als 1.000 solcher Forschungspraxen, die sich in der Regel projektbezogen entwickelt haben. Die gemeinsame Erfahrung dabei ist, dass ein erheb-

Alltagsforschung (Beispiele)

- › Unterschiede in Wirksamkeit und Sicherheit zwischen bereits zugelassenen Therapien mit gleicher Indikation unter Alltagsbedingungen?
- › Welche Versorgungsmodelle bei prinzipiell begrenzten Ressourcen für bestmögliche Lebensqualität und Patientensicherheit bei chronisch kranken, multimorbiden Menschen?
- › Veränderungen der Nutzen-Risiko-Bewertung bei alternden, multimorbiden Patienten mit Mehrfach-Medikation?
- › Zuverlässige Identifizierung von (regionaler) Über-, Unter- und Fehlversorgung? Effektive Maßnahmen zur Gegensteuerung?

Quelle: *Unser Labor ist die Praxis*, I.c.

Ziele von Forschungspraxisnetzen

Forschungsauftrag: Versorgungsrelevante Fragen identifizieren, schnell und effizient untersuchen. Patientennähe: Gewährleistung der ambulanten Versorgungsqualität durch patientenrelevante Forschungsfragen. Transparenz gegenüber Patienten und Öffentlichkeit in allen Aktivitäten des Netzwerks. Wertschöpfung: Professionalisierung und Strukturaufbau. Förderung und Verstetigung von Forschungskapazitäten („research capacity“). Erleichtertes Akquirieren öffentlicher Fördergelder für die ambulanten Forschungsprojekte. Kooperation: Überregionale Vernetzung. Zusammenarbeit mit lokalen Koordinierungszentren für Klinische Studien (KKS). Internationale Zusammenarbeit mit Forschungspraxisnetzen aus anderen Ländern. Einbindung der Industrie über Forschungspraxisnetze.
Quelle: *Unser Labor ist die Praxis*, I.c.



Die Bezeichnung Qualitätszirkel etablierte sich dann 1992 durch von der damaligen Arbeitsgemeinschaft Qualitätsförderung in der Ambulanten Versorgung (AQUA), als Vorgängerorganisation des heutigen AQUA-Instituts, durchgeführte Modellprojekte, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, KBV bzw. Zi: Es wurden das QZ-Konzept in einem Leitfaden beschrieben, mehrere hausärztliche QZ auf den Weg

Die Erfolgsstory der Qualitätszirkel (QZ) im deutschen Gesundheitswesen begann vor gut 20 Jahren im Umfeld der Allgemeinmedizin. Die ersten Modellprojekte mit nicht-hierarchischen Peer-Review-Gruppen gründeten sich u. a. in Düsseldorf, Hamburg, Hannover und Göttingen.

Joachim Szecsenyi

Qualitätszirkel in der Allgemeinmedizin

Hausärzte waren die Pioniere

„Über 10 000 Hausärzte haben durch QZ-Arbeit ihre Verordnungsweise qualitativ wie auch wirtschaftlich verbessert.“

gebracht und eine entsprechende Moderatorenschulung konzipiert, die 1993 in Göttingen erstmalig umgesetzt wurde. Drei Jahre später waren bereits 653 überwiegend hausärztliche QZ-Moderatoren geschult, 1998 beteiligte sich mehr als jeder vierte niedergelassene Vertragsarzt an QZ, von denen der größte Anteil hausärztlich besetzt war. Auch bei den datengestützten AQUA-QZ zur Pharmakotherapie sind die Hausärzte Vorrei-

ter. 1995 wurden in Nordhessen die ersten Gruppen auf den Weg gebracht. Heute nehmen etwa 3.500 Ärzte in Baden-Württemberg im Rahmen des Hausarztvertrags an den AQUA-QZ teil. Insgesamt haben bis dato nach diesem Konzept über 10.000 Hausärzte ihre Verordnungsweise auf der Grundlage von Feedbackberichten ihrer eigenen Verordnungsdaten in QZ kritisch hinterfragt und – wie in Studien mehrfach nachgewiesen werden konnte – sowohl qualitativ wie auch in wirtschaftlicher Hinsicht verbessert.

Überwindung des Einzelkämpferdaseins

Die Gründe, warum das QZ-Konzept gerade von den Hausärzten so gut angenommen wurde, sind vielfältig: Die Überwindung des Einzelkämpferdaseins vieler Hausärzte, der Mangel an hausarztpraxisorientierten und unabhängigen Fortbildungsmöglichkeiten sowie die angezeigte Aufwertung der Allgemeinmedizin. In QZ wird jeder als Experte seiner Praxis, seiner Patienten gesehen. Im Fokus steht das Routinehandeln der in vergleichbaren Situationen arbeitenden Hausärzte („Peers“), das im kollegialen Rahmen und in vertraulicher Atmosphäre kritisch beleuchtet wird. Das erklärte Ziel ist, voneinander zu lernen, um Qualitätsmängel und blinde Flecke zu ergründen sowie gemeinsam formulierte qualitätsverbessernde Maßnahmen umzusetzen. Mittlerweile engagieren sich nach neuesten Zahlen der KBV über 50% aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten in QZ. Zu diesem Erfolg haben wesentlich die Hausärzte beigetragen. Sie widmen in QZ, aller anfänglichen Skepsis und Widerstände zum Trotz, seit vielen Jahren zahlreiche Stunden ihrer Freizeit der selbstkritischen Analyse und Verbesserung der Versorgungsqualität in ihren Praxen und damit zum Wohl ihrer Patienten. So wurde das hausärztliche Konzept im Laufe der Zeit zur Blaupause für QZ in fast allen Bereichen des Gesundheitswesens und darüber hinaus.

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi
Facharzt für Allgemeinmedizin, Geschäftsführer
AQUA-Institut, 37073 Göttingen

red. bearb. Nachdruck aus *Der Allgemeinarzt* (2013) 18:3

Garantie einer ärztlichen Optimalversorgung

„An sich ist das Problem der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin identisch mit der Garantie einer ärztlichen Optimal- (= Minimal-)versorgung. Wir Allgemeinärzte sind es den Patienten schuldig, dass der älteste tätige Doktor den letzten Patienten am letzten Praxistag noch eine optimale ärztliche Versorgung garantieren müsste.“

R. N. Braun, zit. n. F. H. Mader „Qualitätssicherung und -kontrolle in der Allgemeinmedizin“, *Straubing* 19.10.1985

Europäische Arbeitsgruppe „Qualität in der Allgemeinmedizin“

„Die Arbeit der ‚European Working Party on Quality in Family Practice‘ (EQUIP) ist Ausdruck der zunehmenden Bedeutung, die der Qualität hausärztlichen Handelns in den europäischen Ländern zukommt. Die EQUIP ist ein Organ der Weltvereinigung allgemeinmedizinischer Fachgesellschaften (WONCA). Sie wurde 1991 von Richard Grol (Nijmegen/Maastricht) gegründet, dessen Name eng mit der Entwicklung der kollegialen Selbstüberprüfung (peer review/Qualitätszirkel) verknüpft ist. Die Mitglieder dieser ständigen Arbeitsgruppe werden von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften (in Deutschland durch die DEGAM) für einen mehrjährigen Zeitraum delegiert. 1994 wurde in Maastricht die erste einwöchige ‚Summer School on Quality Assurance in General Practice‘ durchgeführt.“ *ZFA* (1994) 24:1030

Qualitätskontrolle

„Ich meine, dass Qualitätskontrolle insbesondere in der Allgemeinmedizin zu einer Ansammlung von vielen Daten führen würde, die wenig aussagen. Dieser Ansatz beruht darauf, dass Qualität definiert wird, und er geht von einer Messbarkeit der Qualität aus. In allen Ansätzen, die mir bekannt sind, hat sich die Qualitätskontrolle als weniger wirksam erwiesen als ein Modell, in dem die Verantwortung für die Verbesserung der Qualität beim einzelnen Arzt liegt.“

Ferdinand M. Gerlach in einem Interview zum Symposium „Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin“, Ärzte Zeitung 22.11.1994

Qualitätsförderung in der Hausarztpraxis

Die Hausärzte stört es zu Recht, wenn sie für jeden Vertrag, für jedes Projekt wieder eine neue Fortbildung absolvieren sollen. Wenn aber den Praxen Qualitätsförderung in einem Gesamtkonzept angeboten wird, ist es ein Erfolg versprechender Ansatz.

Ein gutes Beispiel dafür sind die QZ zur Pharmakotherapie, die im Rahmen des AOK-Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg eine große Rolle spielen. Bei dieser Gruppenarbeit erhalten die Hausärzte regelmäßig eine Rückmeldung zu den von ihnen verschriebenen Arzneimitteln. Zugleich wird auf der Grundlage von evidenzbasierten Empfehlungen diskutiert, was für bestimmte Patienten in einer bestimmten Situation darüber hinaus angemessen ist. Die Akzeptanz unter Hausärzten ist sehr groß.

Szecsényi J (2009) in: Zukunft der hausärztlichen Versorgung, AOK BaWü



Hausärztinnen und Hausärzte sind Vorreiter in der Qualitätsförderung im Gesundheitswesen

„Patienten haben ein Anrecht auf eine qualitativ hochwertige und sichere medizinische Versorgung. Systematische Qualitätsförderung in der Hausarztpraxis kann dies gewährleisten. Deutsche Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte waren die ersten, die internationale Initiativen aufgriffen und neue Konzepte wie Qualitätszirkel, Praxisleitlinien oder Fehlerberichts- und Lernsysteme eingeführt und evaluiert haben. Besonders wichtig für eine Verbesserung der Versorgungsqualität – und damit auch als Inhalte von Hausarztverträgen – sind mit Feedback arbeitende und durch Moderatorinnen und Moderatoren sowie (Verordnungs-) Daten unterstützte Qualitätszirkel und hausarzt-spezifische Qualitäts-Management-Systeme.“

DEGAM-Zukunftspositionen. Position 22 (Auszug). Frankfurt 2012

Die DEGAM möchte die Qualität hausärztlicher Arbeit auch durch Qualitätsindikatoren, Qualitätsmanagement und Leitliniensevaluation sichtbar machen. Eine Verknüpfung mit Honorierungssystemen wird kritisch gesehen.

„Hinter den Konzepten von Qualitätssicherung, Qualitätsindikatoren und pay-for-performance (p4p) steht der Wunsch nach Optimierung von Versorgungsqualität. Die Einrichtung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ist im Sozialrecht (§ 135a SGB V) verankert. Die Entwicklung evidenzbasierter Qualitätsindikatoren erlaubt insbesondere einen Vergleich innerhalb der Versorgungsebene und kann die Qualität hausärztlicher Versorgung auf Praxisebene verbessern. Die Anwendungsbereiche von Qualitätsindikatoren sind vielfältig; u. a. für ein praxisinternes oder regionales Qualitätsmanagement. Innerhalb des DEGAM-Leitlinienprogramms wird ein starker Akzent auf Qualitätsindikatoren gelegt. Dabei ist zu beachten, dass einrichtungs- bzw. sektorenübergreifende Indikatoren ebenfalls systematisch entwickelt werden müssen und nicht ohne Weiteres aus anderen Ländern auf die Verhältnisse im deutschen Gesundheitswesen übertragen werden können. Zudem besteht die prinzipielle Gefahr, dass die Vorgaben von p4p-Systemen in Konflikt mit den persönlichen Wünschen der Patienten geraten können und dass die Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung leiden kann. (Campbell 2009)“

DEGAM-Zukunftspositionen. Position 23 (Auszug). Frankfurt 2012

Hausärztinnen und Hausärzte achten auf ihre Unabhängigkeit von fremden Leistungserbringern und Herstellerinteressen

„Hausärztinnen und Hausärzte werden gelegentlich umworben, damit sie Gewinne anderer Akteure im Gesundheitswesen verbessern. Die eingesetzten Strategien sind dabei in der Regel sehr subtil und schwer erkennbar. Die DEGAM verzichtet generell auf ein Sponsoring durch pharmazeutische Unternehmen.“

DEGAM-Zukunftspositionen. Position 24 (Auszug). Frankfurt 2012

Dieser Gedanke wurde u. a. von *Donner-Banzhoff* und *Wilm* aufgegriffen, die sich an die Ausarbeitung eines solchen Programms machten und es „Professionalisierungskurs“ nannten. Ich hatte den Vorzug, an einigen Sitzungen dieser Vorbereitungsgruppe teilzunehmen. Meine Aufgabe sah ich im Abgleichen des Wünschenswerten mit dem, was für Niedergelassene auch machbar sein sollte.

Der Vater der Idee war wohl *Peter Helmich*. Vor dem Hintergrund der notwendigen Akademisierung der Allgemeinmedizin hatte er Ende der 1990er Jahre erkannt, dass es auch für in der täglichen Praxis tätige Allgemeinärzte eine Möglichkeit geben müsste, sich akademisch weiter zu qualifizieren.

Andreas Graf von Luckner

Der erste Professionalisierungskurs der DEGAM

Den Fuß in die akademische Allgemeinmedizin bekommen

„Ich habe diese Wochenenden als intensiv, lehrreich und höchst professionell in Erinnerung. Wir konnten Alltagsballast abwerfen und über den Tellerrand schauen.“

Gesunde Mischung aus der allgemeinmedizinischen Szene

Mit meiner Teilnahme wollte ich meinen Wissens- und Erfahrungsschatz erweitern und wieder mal etwas anderes denken – außerhalb der zur Routine gewordenen täglichen Praxisarbeit und meiner Lehrtätigkeit. Dazu hatte ich auch die Hoffnung, den Fuß weiter in die Tür der akademischen Medizin zu bekommen – ohne die für mich nicht leistbare „Fronarbeit“ einer Habilitation, zumal dazu in Freiburg auch jegliche Hilfestellung und Anleitung fehlten.

Die Ausschreibung zum ersten „Profikurs“ erfolgte 2000 über die ZFA. Auch die Mitglieder der Initiativgruppe hatten sich zu bewerben und waren glücklich, dabei sein zu dürfen. Bei der Auswahl wurde auf eine ausgewogene Mischung von Interessen innerhalb der allgemeinmedizinischen Szene geachtet: Mit von der Partie waren ausschließlich als Hausärzte arbeitende Kollegen (*Hannelore Wächtler*) sowie hauptberuflich an einer Universitätsabteilung arbeitende Allgemeinärzte (*Norbert Donner-Banzhoff*, *Maren Ehrhardt*, *Anne Verbeck* und *Markus Gulich*). Einige Kollegen waren niedergelassen und zugleich auch Lehrbeauftragte (*Markus Herrmann*, *Paul*

Jansen, *Michael Jansky*, *Detmar Jobst*, *Wolfgang Kölling*, *Thomas Lichte*, *Willi Martmüller*, *Herbert Rusche*, *Lothar Schmittziel*, *Stefan Wilm* sowie ich selbst). Eine respektable Zahl von ihnen sind heute Professoren für Allgemeinmedizin (*Donner-Banzhoff*, *Herrmann*, *Jansky*, *Lichte*, *Rusche*, *Wilm*).

Selbstbestimmtes Lernen und Arbeiten

Die Initiatoren des Profikurses hatten den Schwerpunkt auf selbstbestimmtes Lernen und Arbeiten gelegt. Nur die grob skizzierten Themen an den Wochenenden von Freitag- bis Sonntagnachmittag waren vorgegeben, z. B. Medizindidaktik, Versorgung in der hausärztlichen Praxis, Forschung in der Allgemeinmedizin oder Qualitätssicherung.

Unser erstes Treffen fand in Ulm statt. *Gulich* als Gastgeber hatte die berechtigte Erwartung, dass sich so ein engagierter, wenn auch denkbar inhomogener Haufen am Ende sich doch noch würde organisieren können. Freilich war der Weg dahin gelegentlich etwas chaotisch, immer jedoch dynamisch und solidarisch. Schließlich hatten wir dennoch zu einer Gruppe zusammengefunden, die ein solides Fundament für die weitere Arbeit werden sollte. In Folge trafen wir uns in Freiburg, Marburg, Hannover und Düsseldorf. Zwischen den Wochenenden sollten bestimmte Projekte bearbeitet werden, was jedoch den Kollegen, die voll in der Praxis bzw. im Lehrauftrag arbeiten mussten, nur bedingt gelang.

Trotzdem habe ich diese Wochenenden als intensiv, lehrreich und höchst professionell in Erinnerung. Gerade die Form des selbstbestimmten freien Arbeitens ließ uns immer wieder den Ballast des Alltags abwerfen und gründlich über die jeweiligen Tellerränder schauen. Dabei war es besonders interessant mitzuerleben, wie anders sich Dinge aus den jeweiligen unterschiedlichen beruflichen Perspektiven darstellten. Leider blieben im Verlauf des Kurses einige Teilnehmer auf der Strecke, was meiner Beurteilung nach mit den unterschiedlichen Erwartungen an den Kurs, aber auch mit den Persönlichkeiten der Kollegen zusammenhing. Nicht alle konnten sich im Konzept des selbstbestimmten Lernens wiederfinden. Diejenigen aber, die durchgehalten hatten, konnten mit einem eher auf konsumtives Lernen angelegtes Wochenende nicht mehr recht viel anfangen.

Mit Frau, 5 Kindern und Au-Pair zur Hospitation nach England

Zu den wesentlichen Aufgaben eines Profikurses gehörte auch, ein Auslandspraktikum zu absolvieren. Zusammen mit *Wilm*, *Donner-Banzhoff*, meiner Frau, 5 Kindern aus 3 Familien und einem Au-Pair-Mädchen fuhren wir nach England, um dort einige Hausärzte zu besuchen, die *Donner-Banzhoff* aus seiner Studienzeit und seinem akademischen Kontext kannte.



Foto: privat

Auslandspraktikum 2001 des ersten DEGAM-Professionalisierungskurses in England mit „DEGAM-Nachwuchsakademie“: St. Wilm (Kind am Arm), N. Donner-Banzhoff (re.), Au-Pair (li.) mit Kindern Carolin, Lisa, Johannes, Clemens, Paula, Annike

„Ich war jetzt zufrieden, aus dem Haifischbecken der Universitätsmedizin entlassen zu sein und konnte mit dem Außenseiterdasein als Lehrbeauftragter ganz gut leben.“

Zwei jeweils halbtägige Praxishospitationen waren Teil des Programmes. Abends diskutierten wir mit engagierten Kleinstadt- und Landärzten sowie mit Kollegen in universitären Einrichtungen oder mit Hausärzten, die sich gerade auf dem Gebiet der Weiterbildung und der Zertifizierung einen Namen gemacht hatten. Diese Gespräche fanden stets in einer Atmosphäre gegenseitiger Achtung statt, auch Neugierde und Engagement für die hausärztliche Sache spielten bei unserer bunten Mehrgenerationentruppe mit. Noch gut erinnere ich mich an die Diskussion, dass das Sammeln von CME-Punkten in England bereits 2001 eingestellt war, während in Deutschland ein Jahr später der Fortbildungsnachweis durch CME-Punkte als große Neuerung zur Sicherung der Versorgungsqualität gefeiert wurde. Ebenso wurden Elemente wie

Portfolio, Mentorenprogramm, selbstbestimmte Fortbildung in England schon damals als selbstverständlich beschrieben, während sie bis heute noch immer keinen Eingang in die deutschen Fortbildungsstrukturen gefunden haben.

Für mich persönlich hat sich in der Zeit des Profikurses vieles geklärt: Es war in meiner konkreten Situation mit einer großen Familie (2 Ehen, 6 Kinder) unrealistisch, auf eine späte akademische Laufbahn zu setzen. Ich war jetzt mit mir und meiner Situation zufrieden, aus dem Haifischbecken der universitären Medizin entlassen worden zu sein und konnte mit dem Außenseiterdasein als Lehrbeauftragter ganz gut leben.

Der Profikurs hat zu einer intensiven Netzwerkbildung unter den Teilnehmern geführt. Die gemeinsame Auseinandersetzung um unser hausärztliches wie akademisches Tun schweißt eben doch sehr zusammen.

Dr. med. Andreas Graf von Luckner

*Facharzt für Allgemeinmedizin, Vorsitzender GHA (seit 2013),
78250 Tengen*



Selbstbestimmtes Lernen. 7. Profkurs, Magdeburg 2013 mit AiWs St. Bojanowski und P. Thiel (v.li.)

Ziele des Professionalisierungskurses

Der Professionalisierungskurs für akademisch interessierte Allgemeinärzte soll

- › Hausärzten den Weg zum „reflective practitioner“ mit und ohne Anbindung an eine universitäre Abteilung bahnen und ihm freien Erfahrungs- und Gedankenaustausch mit selbständig denkenden Kollegen ermöglichen;
- › interessierten Allgemeinärzten die Möglichkeit geben, für eine effektive universitäre Arbeit relevante Kenntnisse, Fertigkeiten und Haltungen zu erwerben;
- › zusätzliche Kompetenzen für die universitäre Allgemeinmedizin in Deutschland mobilisieren, indem die Teilnehmenden ihre neuen Ideen und Kenntnisse in ihre Universitäten zurücktragen und dort als Katalysator wirken;
- › die Kommunikations- und Kooperationskultur der akademischen Allgemeinmedizin fördern und
- › exemplarisch neue Formen der Förderung des Hochschullehrer-Nachwuchses erproben.

Aus: Einladung vom 20.5.2012 zum 7. DEGAM-Professionalisierungskurs

50 Jahre DEGAM

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Die Lehre, die Lehren-
den und die Lernenden

Liek berichtete: „Was kam, sah ganz anders aus als die sauberen Fälle der Klinik. Nichts von Tuberkulose, nichts von Typhus, nichts von Vitium cordis, sondern ein altes Weiblein mit Kreuzschmerzen, ein zweites mit Magenbeschwerden, der dritten tat alles weh. Trotz aller Anstrengung gelang es mir nicht, an Stelle dieser verschwommenen Beschwerden die exakte klinische Diagnose zu setzen.“

Schon im Jahre 1926, d. h. also jetzt genau vor 70 Jahren, beschrieb *Erwin Liek* in seinem Buch „Der Arzt und seine Sendung“ was er erlebte, als er zum ersten Mal in einer Allgemeinpraxis tätig war.

Hans Hamm

Wie alles begann

Aus den Pioniertagen der allgemeinmedizinischen Lehre

„Neben dem berufspolitischen wurde schon in der Frühphase der wissenschaftliche Charakter der DEGAM betont.“

H. Hamm ZFA 1/1991

1936: ein Praktiker hält eine Universitätsvorlesung

Zehn Jahre später, 1936, hielt zum ersten Mal im deutschsprachigen Raum ein Praktiker eine Vorlesung an der Universität. Er hieß *August Heisler*, praktizierte im Schwarzwald und war ein Verwandter unseres Freiburger Lehrbeauftragten *Ziegler*. Er war von *Bohnenkamp* nach Freiburg eingeladen worden und hatte ein Buch mit dem



Ära der Herausgeberbücher eingeläutet: Der „große“ Hamm (1980) und Dreiholz und Haehn (1982)

Titel „Dennoch Landarzt“ veröffentlicht. Darin schrieb er u. a.: „Sollte es nicht möglich sein, daß Praktische Ärzte mit wirklicher Erfahrung Gastvorlesungen an Kliniken halten würden, damit die angehenden Ärzte auch etwas von der Not, der Freude selbstverantwortlichen Handelns auf Vorposten kennenlernen?“ Die Diskrepanz zwischen dem, was auf der Universität gelehrt wurde und dem, was dem Arzt alltäglich in seiner Praxis begegnete, nahm schon seinerzeit immer mehr zu, obwohl das in der damaligen Bestallungsordnung festgelegte Ausbildungsziel eindeutig der Praktische Arzt war.

1964: Gespräche zwischen Universitätsprofessoren und Praktikern

Auch die weiteren Impulse zur Besserung dieser Situation in der Bundesrepublik gingen vom Südwesten Deutschlands aus. So kam es 1964 zu den Heidelberger Gesprächen zwischen Universitätsprofessoren und Praktikern. Letztere waren u. a. vertreten durch *R. N. Braun*, der durch seine Bücher über die Allgemeinpraxis Aufsehen erregt hatte. Von Universitätsseite nahmen namhafte Professoren und Ordinarien aus der Bundesrepublik teil. Zu direkten Konsequenzen führten diese Gespräche allerdings nicht. Nur *Ludwig Heilmeyer* stellte – wiederum in Freiburg – 1965 fest, „daß die Medizin, die der Praktiker ausübt, nicht die Medizin ist, die der Student im Studium und in der Klinik gelernt hat.“

1966: der erste Lehrauftrag für Allgemeinmedizin

1966 führten dann weitere Initiativen der Bezirksärztekammer Nord-Württemberg dazu, dass Praktiker an die Universitäten Mannheim, Tübingen und Freiburg zu Gastvorlesungen eingeladen wurden. Daraus resultierte dann 1968 der erste Lehrauftrag für Allgemeinmedizin im Bundesgebiet (an *Häussler*). Das war sicher seiner überzeugenden und dynamischen Persönlichkeit zu verdanken; damit wurde zum ersten Mal die Hemmschwelle der Universitätsmedizin durchbrochen und somit nicht nur der Allgemeinmedizin, sondern der praktizierenden Ärzteschaft überhaupt der Zugang zur Studentenausbildung ermöglicht. Das traf zusammen mit dem von der Bevölkerung beklagten zunehmenden Mangel an Hausärzten und rief wiederum die Politiker auf den Plan.

Kultus- und Gesundheitsministerkonferenzen ermahnten die Universitäten dringend und immer massiver, Unterrichtsveranstaltungen in Allgemeinmedizin durchzuführen. Trotzdem dauerte es noch etwa 3 Jahre, bis dann weitere Lehraufträge an deutschen Universitäten erteilt wurden.

Prof. Dr. med. Hans Hamm (1922 – 2008)

Facharzt für Allgemeinmedizin, Ehrenmitglied DEGAM, Präsident DEGAM (1979 – 1986)

Noch 1994 musste *Waltraut Kruse*, Vorsitzende der VHLA, anlässlich des 20. Dekansymposiums in München Mut und Hoffnung verbreiten:

„Wir sind zuversichtlich, dass die Vertreter der Ministerien und der Hochschulen uns auch in Zukunft weiterhelfen werden bis zum Endziel der völligen selbstverständlichen Gleichstellung unseres Fachgebietes mit den übrigen

Die universitäre Institutionalisierung der Allgemeinmedizin hatte im letzten Drittel ihrer ersten drei Dezennien seit Gründung endlich Fahrt aufgenommen. Freilich war es ein mühsamer Prozess voller Hürden und auch Sackgassen.

Wilhelm Niebling

Völlige selbstverständliche Gleichstellung als Endziel

VHLA 2005 bis GHA 2013

Fächern in der Medizin sowohl in der Aus- als auch in der Weiterbildung und in der Berufsausübung.“

Weichen für die Post-Kruse-Ära gestellt

Nach dem Gründungsvater und Urgestein *Häussler* hatte *Waltraut Kruse* 16 Jahre lang (1989-2005) die Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin e. V. (VHLA) als Vorsitzende geleitet. Wie keine Zweite hat sie in diesen Jahren die Vereinigung geprägt, immer nach vorne gewandt. Mit einer einzigartigen Kombination aus Charme und Bestimmtheit.

Im Sommer 2005 trafen sich die Mitglieder des damaligen Vorstands unter Leitung von *Kruse* und *Vittoria Braun* zu einer Klausur in Königstein/Taunus. Es galt, frühzeitig die Weichen für die „Post-Kruse-Ära“ zu stellen. Nach intensiver Diskussion sollten der Mitgliederversammlung (MV) im Herbst des Jahres folgende Vorschläge unterbreitet werden:

- › Umbenennung des Vereins in „Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA)“. Diese Anregung kam wiederholt vom damaligen Präsidenten des Medizini-

schen Fakultätentages, *Gebhard von Jagow*, regelmäßiger Teilnehmer am Münchener Dekansymposium.

- › Öffnung der Gesellschaft für Lehrärzte. Bedingt durch die Umsetzung der 2002 novellierten AO mit deutlicher Aufwertung der Allgemeinmedizin stieg die Zahl der allgemeinmedizinischen Lehrpraxen rasch an.
- › Einladung an den „akademischen Mittelbau“ zur Mitarbeit in der GHA. Nach den bisherigen Kriterien konnten nämlich nur Fachärzte für Allgemeinmedizin nach mehrjähriger Tätigkeit in die VHLA aufgenommen werden. Manche der älteren Mitglieder werden sich noch an bohrende Fragen, Zurückstellungen oder gar Ablehnungen von Aufnahmeanträgen auf den MVen der VHLA erinnern.

Die MV vom 2.12.2005 in Köln stimmte diesen Vorschlägen und den notwendigen Satzungsänderungen mit großer Mehrheit zu. Aus der Wahl gingen *Wilhelm Niebling* als 1. Vorsitzender und *Vittoria Braun* als 2. Vorsitzende hervor. *Waltraut Kruse* wurde nach ihrer Wahl zur Ehrenvorsitzenden der GHA mit stehenden Ovationen verabschiedet.

Preise für herausragende Lehrleistungen

Jetzt galt es, Abschied zu nehmen von lieb gewonnenen Traditionen:

- › Das Herbstseminar „Lehre und Didaktik“ mit der vorabendlichen MV im Kölner Hyatt-Hotel wurde nicht weiter vom Zi finanziell unterstützt.
- › Die „Dekantreffen“ im Bayerischen Hof in München konnten in den letzten Jahren nur noch durch Einwerbung von Geldern „aus fremder Hand“ veranstaltet werden.
- › Verzicht auf die jährlichen Semesterberichte aus den Fakultäten wegen der hohen Druck- und Versandkosten.

All dies wäre mit einem Mitgliederbeitrag von 55 €/Jahr (und dem Verzicht auf Industriegelder) nicht mehr zu finanzieren gewesen. Um die einzelnen akademischen Standorte besser kennen zu lernen (und die Kosten niedriger zu halten) gingen die MV und das traditionelle Seminar „Lehre und Didaktik“ in Deutschland auf Reisen: Köln (zusammen mit dem Kongress der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung [GMA]), Heidelberg, Halle (mit Stippvisite des damaligen Ministerpräsidenten von Sachsen-Anhalt *Wolfgang Böhmer*), Freiburg, Marburg, Bochum, Mainz (mit der Kollegenband medRock) und zuletzt Bonn.

Der neu ausgelobte GHA-Lehrpreis für langjährige und herausragende Lehrleistungen wurde 2006 erstmals an *Jörg Barlet* (Heidelberg) verliehen. Die Lehrpreisträger der nachfolgenden Jahre waren *Rudolf Kraft* (Marburg), *Franziska Hugot* (Berlin), *Dieter Kracht* (Göttingen), *Ingo Schneider* (Rostock), *Peter Maisel* (Münster), *Kurt Lamprecht* (Kiel) und 2013 *Klas Mildenstein* (Hannover).

„Durch die Umsetzung der AO von 2002 mit deutlicher Aufwertung der Allgemeinmedizin stieg die Zahl der allgemeinmedizinischen Lehrpraxen rasch an.“



Gut lachen: VHLA-Vorsitzende Waltraut Kruse und DEGAM-Präsident Michael M. Kochen 2004

Namhafte Referenten

1979 war das „Dekansymposium“ von Berlin nach München verlegt worden (und nur noch einmal 1990 nach der Wende nach Berlin zurückgekehrt). Letztmals und mit etwas Wehmut fand das 32. GHA-Symposium im März 2007 im Bayerischen Hof statt. Durch Vermittlung von Vorstandsmitglied *Lothar Schmittziel* und mit großzügiger Unterstützung des Verlegers (und Allgemeinarztes) Dr. med. *Hartmut Becker* fand sich ab 2008 in Baierbrunn mit dem hervorragend ausgestatteten Kongressgebäude des Wort & Bild Verlags eine neue Heimat für die Frühjahrssymposien der GHA. Namhafte Referenten aus Wissenschaft, Hochschul-, Berufs- und Standespolitik waren Gäste der GHA in Oberbayern, z. B. *Elizabeth Garrett* (Missouri/USA), *David Marth* (Oxford/GB), *Bruno Müller-Oerlinghausen* („Gibt es ihn noch – den guten Arzt?“), *Ferdinand*



Die Ehrenvorsitzenden der GHA 2000 in Aachen, W. Niebling und W. Kruse mit (vorne) F. H. Mader

Gerlach, Eckhart G. Hahn, Cornelia Goesmann, Frank Ulrich Montgomery, Max Kaplan, Ulrich Weigeldt, Reinhold Glehr (Präsident ÖGAM), *Martin Fischer* (Vorsitzender GMA) sowie *Melissa C. Romero* und *Jonathan Schütze*, die damaligen Präsidenten der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd).

Die 2003 in Kraft getretene AO für Ärzte stärkte unser Fach innerhalb der Ausbildung erheblich. Das obligate Blockpraktikum sowie das Wahlterial Allgemeinmedizin im Rahmen des PJ stellten allerdings die nicht institutionalisierten Standorte vor erhebliche Aufgaben. Eine Gruppe um *L. Schmittziel, C. Eicher, P. Gündling, K. Böhme* und *I. Streitlein-Böhme* entwickelte das bis heute erfolgreiche „GHA-Qualifizierungsprogramm“ mit dem Fokus auf das PJ-Allgemeinmedizin und die Durchführung des zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung. Damit einher ging ein deutlicher Anstieg der Mitgliederzahl, mehr als 50 alleine im Jahr 2007.

Allgemeinmedizin und Approbationsordnung

„Wen verwundert es, wenn die Approbationsordnung (AO) über Jahre für jeden Gesundheitsminister ein offensichtlich unlösbares Problem bedeutet? So hatte die AO vom 28.10.1970 zum Ziel, die medizinische Ausbildung an die Erfordernisse einer patientenbezogenen und zugleich technikintensiven Medizin anzupassen. Allgemeinmedizinische Themen waren damals noch gar nicht vorgesehen. Erst die Änderung der AO von 1978 brachte eine Pflichtveranstaltung für die Allgemeinmedizin und damit auch eine Gleichwertigkeit mit den anderen Fächern in der AO. Die 6. Novellierung verlangt dann sogar mündliche Prüfungen in der Allgemeinmedizin im 2. und 3. Staatsexamen und ergänzt bei der 7. Novelle vom 21.12.1989 die Berufsfelderkundung und Einführung in die klinische Medizin. Diese Thematik verteilt auf 11 Ministerinnen und Minister, sie kommen und gehen!“

Prof. Dr. Waltraut Kruse, 1. Vorsitzende VHLA, 27. Symposium Allgemeinmedizin und Hochschule, München 3. Nov. 2001

Ziele

„Förderung wissenschaftlicher Zwecke: insbesondere die Förderung und Koordinierung von Lehre und Forschung in der Allgemeinmedizin sowie der Erfahrungsaustausch auf nationaler und internationaler Ebene über die neuesten Erkenntnisse auf diesem Gebiet. Die Gesellschaft befasst sich vor allem auch mit der Förderung des Fortschritts in der ärztlichen Ausbildung sowie mit allen Fragen der allgemeinärztlichen Versorgung der Bevölkerung.“
Auszug aus der Satzung der GHA (Stand 19.10.2012)



Standards für Lehrpraxen

Zusammen mit DEGAM und GMA wurde ein „Positionspapier zur Ausbildung im primärversorgenden Bereich“ erarbeitet. Eine weitere Gemeinschaftsarbeit war die 2011 unter Federführung von *I. Streitlein-Böhme, B. Huenges* und *K. Böhme* erhobene umfangreiche Analyse der allgemeinmedizinischen Lehre an allen Medizinischen Fakultäten; daraus wurden Standards für Lehrpraxen entwickelt, die auf den 1997 und 2004 (*Wilm, Klinsing, Donner-Banzhoff*) von der GHA verabschiedeten Empfehlungen aufbauten. Die MV 2009, die zeitgleich mit dem GMA-Kongress in Freiburg stattfand, bestätigte *Wilhelm Niebling* als Vorsitzenden. Zum neuen zweiten Vorsitzenden wurde *Andreas Graf von Luckner* gewählt. Auf Anregung von *A. Altiner* und *Ch. Duncker-Schmidt*, den neuen Beisitzern, sowie von *J.-F. Chenot* wurde die „Summerschool Allgemeinmedizin“ (S. 120) geplant, die mit Beteiligung von Medizinstudierenden aus ganz Deutschland erstmals 2010 in Freiburg stattfand.

Prof. Dr. med. Wilhelm-Bernhard Niebling
Facharzt für Allgemeinmedizin, 1. Vorsitzender VHLA/GHA 2005 – 2013, Ehrenvorsitzender GHA, 79822 Titisee-Neustadt

Mader: Nach Ihrer einjährigen Pflicht-assistentenzeit waren Sie 5 Jahre lang wissenschaftliche Assistentin an der Medizinischen Poliklinik in Gießen. Was hatte Sie bewegt, sich dann 1960 als Praktische Ärztin niederzulassen?

Siegfried: Damals war die freie Niederlassung gerade möglich. Ich war mit einem Juristen verheiratet und hatte zwei Kinder. Da hab

Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried, Jahrgang 1928, ist wohl eine der letzten Zeugen, die sich an die Pionierzeiten der akademischen Allgemeinmedizin in Deutschland erinnern kann. Als erste Frau hatte sie 1974 einen Lehrauftrag. Frank H. Mader suchte sie in ihrem Haus in Biebertal/Hessen auf.

Interview mit Ingeborg Siegfried

„Da hab ich's eben gepackt!“

Mit den Professoren die Fälle besprochen und Tennis gespielt

„Bei Problemfällen habe ich in der Klinik angerufen und mit Professor v. Uexküll und seinen Oberärzten die Befunde besprochen.“

„Ich hatte zusammen mit den Spezialisten verschiedene Patienten auf Station besucht.“

ich's eben gepackt! Den Kontakt mit der Uni habe ich jedoch nie aufgegeben. In den ersten Jahren habe ich Problemfälle mit Prof. von Uexküll, damals Chef der Inneren, und seinen Oberärzten besprochen. Manchmal kamen auch die Professoren Bettge oder Taubert, Leiter der Poliklinik, zu mir in die Wohnung – meine Praxis in Biebertal war ja nur 10 km von der Uni weg. Da haben wir die Fälle erörtert, gemeinsam was gegessen und auch manchmal Tennis gespielt. So familiär war es damals eben.

Trotz aller Idylle: Hat es Sie nicht wieder in die Uni gezogen?

Da war ich nie ganz abgekoppelt: Dr. Heldt, Leiter der Ärztekammer Gießen, hielt damals eine allgemeinmedizinische Vorlesung im Rahmen der Chirurgie. Dann kamen Dr. Bernd und Dr. Höver, die mich angesprochen haben, ob ich nicht auch Interesse hätte mitzumachen. 1974 bekam ich meinen Lehrauftrag – ich war damals schon 14 Jahre in der Praxis –, der von den Professoren, dem Dekan Dieter Ringleb und Prodekan Hans-Joachim Oehmke befürwortet wurde. Beide, einer war Radiologe und der andere Gynäkologe und Anatom, haben die Allgemeinmedizin gefördert und kräftig unterstützt. Oehmke

hat mich sogar manchmal in der Praxis vertreten. Dazu kam das Interesse der Landesärztekammer Hessen mit ihrem damaligen Vorsitzenden, Prof. Horst-Joachim Reindorf. Dann hatte ich 8 Lehrärzte in der Umgebung organisiert. In diese Praxen wurden -zig Studenten aus der Vorklinik jeweils für einen Tag geschickt.

Das konnten Sie allen Vorklinikern anbieten?

Allen! Da hatte ich zuvor eine Einführung im anatomischen Hörsaal gehalten. Die Studenten saßen auf den Treppen und Fensterbänken. Der Physiologe, der zu dieser Zeit die Hauptvorlesung hielt, war sauer, dass ich ihm die Studenten wegnahm. Wegen des Erfolges hatten die Internisten dann auch eine eigene Vorlesung „Innere Medizin für Vorkliniker“ angeboten.

Befürchteten Sie bei so viel Neidern nicht auch Rückschläge?

Nein! Ich bin ein positiver Mensch. Freilich, das war nicht immer ganz einfach neben der laufenden Praxis, zumal ich mich als aktive Sportlerin damals schon seit 10 Jahren mit der Sportmedizin wissenschaftlich, publizistisch und in der Vor-Ort-Betreuung mit der Sportmedizin befasst hatte. Ich hatte immer auch ein kollegial-harmonisches Verhältnis zu meinen Mitstreitern.

Dann ließ sich die akademische Karriere ja nicht mehr verhindern.

1982 wurde eine Professur für Allgemeinmedizin in Gießen ausgeschrieben. Da gab es 12 Bewerber, davon haben 4 Probevorlesungen gehalten, und ich habe das Rennen gewonnen. Alle meine Aktivitäten und Publikationen, die ich in Prävention und Reha vorweisen konnte, wurden als Habilitationsäquivalent angesehen. Ich bekam vergütungsmäßig nur einen Teil einer C4-Professur, weil ich niedergelassen war und somit keine Beamtin werden konnte. Dazu erhielt ich von der Uni eine Sekretärin. Die Professur selbst wurde zur Hälfte von der Landesärztekammer und zur anderen Hälfte von der KV Hessen für 10 Jahre bezahlt. Frau Dr. Erika Baum, die ab 1982 als wissenschaftliche Assistentin bei mir arbeitete, wurde von der Uni – und von mir – bezahlt.

Und als die 10 Jahre Anschubfinanzierung ausgelaufen waren?

Da hatte sich der Wind gedreht und die Uni wollte die bescheidenen Kosten für die Allgemeinmedizin nicht mehr tragen. Auf Antrag der Inneren wurde die C4-Professur dann der Inneren Medizin zugesprochen.

Bestimmten Sie auch weitere interdisziplinäre Kontakte an der Fakultät?

Ich hielt zusammen mit Chirurgie, Innere, Gynäkologie und Orthopädie eine interdisziplinäre Vorlesung. Ich hatte zusammen mit den Spezialisten verschiedene Patienten auf Station aufgesucht und befragt, warum sie stationär aufgenommen wurden. Die Notwendigkeit zur stationären Aufnahme hatte ich dann in der Vorlesung gemeinsam mit Prof. Schwemmler, dem Chef der Chirurgie, im Hörsaal vor den Studen-



Ingeborg Siegfried 2014 zu Hause

ten diskutiert. Dann wurde sogleich die poststationäre Behandlung der Patienten mit dem jeweils zuständigen Kliniker, den Patienten und den Studenten im Voraus diskutiert. Das war für mich eine der wichtigsten Vorlesungen. Das ist auch der Auftrag der Allgemeinmedizin, diese Koordinationsfunktion.

Gab es in den 70er Jahren schon eine DEGAM für Sie?

Ich kann mich nicht daran erinnern. Ich erinnere mich aber noch an die VHLA unter Prof. Häussler.

Häussler?

Ja. Häussler, er war der erste Habilitierte für Allgemeinmedizin und zugleich KBV-Chef, er sah in Prof. Sewering, Präsident der Bundesärztekammer, einen echten Gegner. Sewering war immer schon gegen die Allgemeinmedizin:

„Wie könnt Ihr Allgemeinärzte Fachärzte für alles sein? Das gibt es doch nicht!“

Neben der laufenden Praxis hatten Sie ja vielfältige Funktionen in der Kammer, in der Arbeitsgemeinschaft und den Sektionen des Deutschen Sportärzteverbandes. Darauf sehen Sie heute noch gerne zurück.

Ich wurde in den 80er Jahren über viele Jahre hinweg auch in die Arzneimittelzulassungskommission des Bundesgesundheitsamtes berufen. Ich wurde dort ernst genommen. Ich hatte z. B. das EPO in die Diskussion als potentielles Dopingmittel eingebracht, was ja noch nicht bekannt war, was ich allerdings als Mannschaftsarztin im Leistungssport bereits wusste.

Ich bedanke mich und wünsche Ihnen noch viele solche schönen Erinnerungen an Ihren Beruf.



Häussler, Dekan-Symposium, München 1984



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

Lehraufträge in der Bundesrepublik Deutschland zum WS 1976/1977

› Aachen	Dr. P. H. Claßen, Dr. W. Kruse
› Berlin (West)	Dr. H. G. Göpel
› Bonn	Dr. H. Bräunig, Dr. A. Keseberg
› Düsseldorf	Dr. O. Schumacher, Dr. P. Helmich
› Erlangen*)	Dr. M. Pilz, Dr. Schultze-Lans
› Essen	Dr. K. Norpoth
› Frankfurt/M.	Dr. H. Hayn, Dr. K. Jork
› Freiburg	Prof. Dr. H. H. Schrömbgens
› Gießen	Dr. Höver, Dr. G. Malech
› Göttingen	Steht noch aus – Anfrage läuft!
› Hamburg	Dr. H. Hamm
› Hannover**)	Prof. Dr. K.-D. Haehn
› Heidelberg	Dr. H. Isele
› Kiel	Dr. G. Fetscher
› Köln	Dr. Gerresheim, Dr. Specks, Dr. Hortmann
› Lübeck	Dr. D. Dieckhoff, Dr. C. Groth
› Mainz	Dr. J. Schmitz-Formes, Dr. G. Habighorst
› Mannheim***)	Dr. G. Härter
› Marburg	Dr. W. Bartsch, Dr. K. Uffelmann, Dr. W. Vogler
› München (LMU)	Dr. P. Brandlmeier, Dr. H. Pillau
› Münster	Dr. J. Richert
› Tübingen	Prof. Dr. K. Schiffner, Dr. Mangold
› Ulm	Prof. Dr. S. Häussler, Dr. K. Keller
› Würzburg	Dr. B. Brückl

*) erstmals ab WS 1976/77 Lehrauftrag errichtet;

***) 1971 Lehrauftrag errichtet;

***) 1970 Lehrauftrag errichtet

Quelle: VHLA-Tagung, Aachen 1977

Die TU München hatte als einzige der 25 westdeutschen medizinischen Fakultäten 1977 noch keinen Lehrauftrag für Allgemeinmedizin; dieser wurde als letzter der Medizinischen Fakultäten im wiedervereinigten Deutschland erst im SS 1995 errichtet (F. H. Mader).

Meine Aufgabe waren die Unterstützung der Lehrstuhlinhaberin in Forschung und Lehre, eigene wissenschaftliche Qualifikation und Mitarbeit in der Hausarztpraxis von Frau *Ingeborg Siegfried* zu deren Entlastung und eigenen Weiterbildung.

Nach Ableistung aller anderen Module der damals freiwilligen Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin sowie der Geburt meines ers-

Zum 1. April 1982 wurde ich halbtags als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Gießen eingestellt, wobei gleichzeitig Frau Dr. *Siegfried* als Professorin (60 %) auf den neu geschaffenen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin berufen wurde.

Erika Baum

Hochschulkarriere aus dem Mittelbau heraus

Herausforderungen und Chancen

„Man setzte damals ganz auf die Karte der niedergelassenen Hausärzte und deren Weiterqualifizierung für die Hochschultätigkeit.“

ten Kindes und 6 Monaten Erziehungszeit war dies die ideale Konstellation für mich. Aber auch der Fachbereich Medizin war froh, mich wieder in seinen Reihen zu wissen, hatte ich doch nach erfolgreicher Gremienarbeit als Studentin im Studienausschuss, Fachbereichsrat und Berufungskommissionen sowie sehr guten Noten im Staatsexamen und Promotion seinerzeit die Universität verlassen, um mich der Grundversorgung zu widmen. Das Gerangel und Geschachere sowie die sehr spezialistische Ausrichtung an der Universität waren mir einfach zuwider. Im Dezember 1982 legte ich dann erfolgreich die Facharztprüfung ab. Nach 3 Jahren wurde die Stelle auf eine ganztägige Tätigkeit erweitert, immer in Kombination von Forschung und Lehre sowie Praxistätigkeit.

Charismatische Lehrer als Glücksfall

Ich konnte in den Unterrichtsveranstaltungen meiner Chefin und unserer Lehrbeauftragten hospitieren sowie eigene Ideen und Module entwickeln. Insbesondere das fallbasierte interaktive Lernen in Seminarform kristallisierte sich dabei als damals wichtigste und effektivste Unterrichtsform heraus. Eine kontinuierliche Tä-

tigkeit und breite Erfahrung in hausärztlicher Praxis ist dabei neben der didaktischen Qualifizierung eine Grundvoraussetzung auf der Seite der Lehrenden. Ein Glücksfall für unser Fach sind dabei charismatische Lehrer, hier möchte ich insbesondere den Lehrbeauftragten *Rudolf Kraft* nennen. Es gibt viele schlummernde Talente unter unseren praktizierenden Kollegen außerhalb der Universität, die unseren Unterricht erheblich bereichern, wenn wir sie nur entdecken, motivieren und unterstützen. Mir war und ist deren Einbindung und Wertschätzung immer eine Herzensangelegenheit, auch wenn ich selber das Beispiel für den in praktisch allen anderen Fächern üblichen Weg in die Hochschullehre bin.

Eine große Hilfe bei meiner didaktischen Weiterentwicklung war der Austausch in der heutigen GHA – damals VHLA. Meine Chefin nahm mich alsbald zu einem Treffen in Stuttgart mit. Dort mussten wir leider feststellen, dass ich als wissenschaftliche Mitarbeiterin nicht in die Vereinigung als Mitglied aufgenommen werden konnte. Ein Gaststatus wurde mir allerdings gewährt. Daraufhin verzichtete meine Chefin, mich weiter zu den Treffen mitzunehmen, unter anderem auch, weil es keine Finanzierung für die Teilnahme gab. Man setzte damals ganz auf die Karte der niedergelassenen Hausärzte und deren Weiterqualifizierung für die Hochschultätigkeit. Damit wurde es in den 80er Jahren in einem Klima der Reformen und Expansion der Hochschulen versäumt, Abteilungen für Allgemeinmedizin flächendeckend in Deutschland zu etablieren.

Betreuung von Dissertationen

Unsere Abteilung und ich selber profitierten aber weiterhin von der wissenschaftlichen Beratung durch Frau Dr. *Schach*, die ich auf DEGAM-Kongressen und ihrem Besuch in unserer Abteilung traf, die wir aber auch sonst nach Bedarf und auf Kosten der Hochschullehrervereinigung immer wieder konsultieren konnten. Etliche Dissertationen wurden von uns erfolgreich betreut mit dem Schwerpunktthema kardiovaskuläre Prävention. Mein eigenes Hauptthema waren Frauen im Klimakterium, wozu ich die eigene Praxispopulation intensiv erforschte.

Nach der Geburt des 2. Kindes kam noch während der Vorbereitungen auf die Habilitation und in der 10-monatigen Erziehungszeit mit reduzierter Arbeitszeit die unerwartete Wende: Meine Chefin war angesichts der Doppelbelastung Praxis und Universität dienstmüde und wollte mit Erreichen des 60. Lebensjahres bei Fortführung der Hochschultätigkeit die Praxis abgeben. Gleichzeitig war es in der Nachbaruniversität Marburg anlässlich der Ausschreibung einer Professur (halbtags C3) zu einem Bruch mit den langjährigen Lehrbeauftragten *Uffelman* und *Vogler* gekommen, und die Berufungskommission bat mich, meine Vorstellungen über die

„Durch die Ausschreibung einer Professur kam es zum Bruch mit den langjährigen Lehrbeauftragten.“

„Eine so intensive Hausarztstätigkeit neben der Universität ist heute nicht realistisch und zumutbar.“

Etablierung der Allgemeinmedizin an der Hochschule und eigene Schwerpunkte darzulegen. Zu meiner Überraschung kam dann die Kommission zu der Entscheidung, mir zunächst die Vertretung der Professur anzutragen.

Vertretung der Professoren als Chance und Herausforderung

Ich habe das als Chance und Herausforderung aufgefasst und das Angebot angenommen. So habe ich im April 1988 gleichzeitig mit einem Kollegen die große Hausarztpraxis von Frau Siegfried in Biebental übernommen und die Vertretung der Professur in Marburg. Die Hochschullehrervereinigung votierte in Marburg heftig gegen ein solches Vorgehen und fand es völlig unverständlich, jemanden ohne vorausgegangene offizielle Tätigkeit als Vertragsarzt in eine solche Position zu berufen. Dennoch wurde ich jetzt als Ausnahmeregelung in die VHLA aufgenommen, ich hatte schließlich 6 Jahre lang in der Hausarztpraxis gearbeitet, wenn auch im Angestelltenstatus.

Es gelang mir, mit geduldiger Aufbauarbeit und in Kooperation insbesondere mit den Fächern Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Informatik und Biometrie sowie Rehabilitationsforschung, mit denen wir dann auch ein gemeinsames Zentrum bildeten, die Allgemeinmedizin an der Universität Marburg zu etablieren und auszubauen. Dabei war die Unterstützung durch unsere Lehrbeauftrag-

ten und Mitarbeiter sowie Hilfskräfte essentiell. 1990 wurde ich zunächst für 6 Jahre, danach dauerhaft auf die halbe C3-Professur berufen mit je einer halben wissenschaftlichen Mitarbeiter- und Sekretariatsstelle.

Heute zu wenig Kandidaten für Professuren

Lange Jahre war ich die erste und einzige wissenschaftliche Mitarbeiterin der Allgemeinmedizin, die auf eine Professur berufen wurde. Es gab damals auch nur sehr wenige solche Mitarbeiterstellen, was sich erst langsam änderte und heute ein großes Problem darstellt, weil wir zu wenige den heutigen Anforderungen entsprechende Kandidaten/innen für neu zu besetzende allgemeinmedizinische Professuren haben. Mein zweiter wissenschaftlicher Mitarbeiter war Norbert Donner-Banzhoff, der in der Abteilung zunächst promovierte, dann nach einem Auslandsaufenthalt habilitierte und eine neu eingerichtete Halbtagsprofessur in Marburg erhielt. Im Rahmen der Frauenförderung bekamen wir mit Annette Becker weitere Verstärkung in Form einer Juniorprofessur, die im Rahmen von Bleibeverhandlungen verstetigt wurde.

So wurde aus dem Mittelbau heraus eine inzwischen sowohl auf der universitären Ebene als auch bei den Hausärzten der Region sehr gut angesehene Abteilung für Allgemeinmedizin etabliert. Dabei war mir die gleichzeitige Auseinandersetzung mit der kontinuierlichen hausärztlichen Versorgung einerseits sowie Forschung und Lehre unseres Faches auf der anderen Seite eine Herzensangelegenheit, die mich all die Jahre die hohe Arbeitslast und Verantwortung hat tragen lassen. Allerdings ist eine so intensive hausärztliche Tätigkeit, wie ich sie jetzt seit über 30 Jahren praktiziere, neben einer kompetitiven Tätigkeit an der Universität nicht realistisch und zumutbar. Wir benötigen Ganztags-Professuren an der Universität, die durch wissenschaftliche Mitarbeiter und Lehrbeauftragte sowie durch niedergelassene Hausärzte, ein funktionierendes Sekretariat und Studienassistenten (Study Nurses) komplettiert werden. Nur so erreichen wir dort Nachhaltigkeit und Augenhöhe für unser Fach.

Prof. Dr. med. Erika Baum

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Vizepräsidentin DEGAM, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, 35043 Marburg

Allgemeinmediziner fordern:

Mehr Lehrstühle!

Mannheim (dpa). Die Einrichtung von Lehrstühlen für das Fach Allgemeinmedizin an den Hochschulen der Bundesrepublik haben Experten am vergangenen Wochenende auf einem europäischen Kongress für Allgemeinmedizin in Mannheim gefordert. Das Fach sei in der Bundesrepublik noch „ein Stiefkind“, kritisierten Teilnehmer des Kongresses. Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft

für Allgemeinmedizin, Professor Hans Hamm aus Hamburg, sagte, gegenwärtig gäbe es in nur Hannover und Gießen Lehrstühle für dieses Fachgebiet. Der angehende Hausarzt aber brauche auch fundierte psychologische und soziologische Kenntnisse, um sich neuen Aufgaben in der Allgemeinpraxis stellen zu können. An der Tagung in Mannheim nahmen etwa 400 Mediziner aus aller Welt teil.

Reproduktion: Fra. H. Mader

Schon vor über 30 Jahren die Seite 1 (Ärzte Zeitung Nr. 14 vom 15.6.1985)

Mein Weg zur Allgemeinärztin war nicht sehr gradlinig, lief über gynäkologische und chirurgische Umwege, die in keiner Weise familienfreundlich waren, hin zu einem relativ arbeitsreichen, aber größtenteils selbstbestimmten Berufsleben.

Unser erster Sohn kam 1996 mitten in der chirurgischen Assistenzzeit auf die Welt. Viele Wochenend- und Stationsdienste und in der

Was kann es zugleich Schöneres als auch Herausfordernderes geben als auf der einen Seite ein ausgeglichenes und glückliches Familienleben, Kinder, einen verständnisvollen Partner, unterstützende Großeltern und ein ausgefülltes Berufsleben, Zeit für Wissenschaft, Lehre und für die Patientenbetreuung? Wie dies wechselnd gut gelingt, darüber könnte ich ein ganzes Buch schreiben.

Antje Bergmann

Vereinbarkeit von Familie und Karriere

Spagat zwischen den Welten

Freizeit eine fertigzustellende Promotion ließen erahnen, wie belastbar man als Frau und Mutter sein kann.

Förderer und Unterstützer wichtig

Wichtig war es gerade in dieser beruflichen Umorientierung und Ausrichtung auf eine Facharzttrichtung, die den gesamten Menschen

betrachtet, sich auch Zeit für Gespräche nimmt, oftmals keine schnellen „chirurgischen“ Lösungen anbieten kann und muss, dass es einen Förderer und Unterstützer gab, der mein vermeintliches Potential erkannt hat.

Erste wissenschaftliche Schritte, Übernahme von Lehrveranstaltungen und das Augenöffnen für die berufspolitisch wichtigen Dinge, die nur wir Ärzte

selbst angehen können, dies alles verdanke ich *Jan Schulze*, Präsident der Landesärztekammer Sachsen. Daneben sind gerade für eine Frau und junge Wissenschaftlerin an einer Medizinischen Fakultät Kontakte zu Gleichgesinnten, ein Netzwerk sowie weitere aktive Unterstützer (z. B. *Jochim Kugler*, Public Health, *Schulze*, Innere Medizin) vonnöten.

Familie und Karriere vereinbar

Da mir die Lehre immer viel Spaß bereitet hat, Studentenunterricht keine Last, sondern Lust für mich war und ist, konnte ich in der entscheidenden Umbruchphase unserer Fakultät, der Einführung des problemorientierten Lernens (POL), die Allgemeinmedizin in Dresden von Anbeginn an neu gestalten und aufbauen.

In der Zeit der Schwangerschaft und nach der Geburt unserer Tochter 2003 habe ich die Habilitation begonnen. 2004 kam dann unser jüngster Sohn. Diese Zeit nutzte ich für den Aufbau meiner Praxis, zunächst innerhalb eines MVZ, später dann als hausärztliche Gemeinschaftspraxis. Der Abschluss meiner Habilitation 2009 und die Berufung auf die Professur in Dresden 2010 waren Meilensteine, die unsere Kinder ganz aktiv und bewusst und auch ein wenig stolz mit begleitet haben. Zu jeder Stunde hatte ich an meiner Seite einen Mann, der mich unterstützt, der all dies ermöglicht, obwohl er oder gerade weil er auch durch eigene Selbstständigkeit weiß, dass es an „einem Strang zu ziehen“ gilt. Diese eigenen Erfahrungen verändern und prägen, ohne jeden Zweifel.

Familienfreundlichkeit und Unterstützung von Müttern haben in meiner Dresdner Abteilung Priorität. Mit durchschnittlich 1,63 Kindern pro Frau liegt die Kinderzahl in der Dresdner Abteilung für Allgemeinmedizin deutlich über der durchschnittlichen Kinderzahl/Frau in der deutschen Bevölkerung (1,39 Kinder pro Frau, Stat. Bundesamt 2010). Meine MitarbeiterInnen beweisen täglich ebenfalls, dass Familie und wissenschaftliche Tätigkeit sowie Karriere durchaus vereinbar sind. Voraussetzung dafür bilden – neben der persönlichen intrinsischen Motivation, einem guten individuellen sozialen Rückhalt sowie verlässlichen Betreuungs- und Bildungsstrukturen für Kinder – flexible Arbeitsbedingungen und eine motivierende, familienorientierte und vertrauensvolle Arbeitskultur.

Wenn ich also gefragt werde, wie ich „das alles geschafft habe“, antworte ich: „Mit viel Unterstützung, mit einem Grundoptimismus und viel Leidenschaft!“

Prof. Dr. med. habil. Antje Bergmann

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Naturheilkunde, Sektionssprecherin Studium und Hochschule DEGAM, 01307 Dresden



Foto: privat

Frau Professor mit zwei ihrer drei Kinder.
SGAM-Klausur, Görlitz 2010

Damals waren fast alle Abteilungen für Allgemeinmedizin, sofern überhaupt vorhanden, noch sehr übersichtlich. Als wissenschaftlicher Mitarbeiter war man sowohl in Kreisen der niedergelassenen Allgemeinärzte als auch an den Fakultäten selbst eher ein Exot. Bei diesen Treffen gab es jetzt also die Möglichkeit, Kollegen aus der ganzen Bundesrepublik kennenzulernen. In einem Stuhlkreis saßen ca. 20

Änderung im Sozialgesetzbuch

Ein wichtiges Thema war die Vereinbarkeit von universitärer Tätigkeit und der Arbeit in der Praxis, der nahezu unüberwindliche Hürden im Wege standen. Unter anderem ist es dem beharrlichen Einsatz der „Mittelbauerin“ *Erika Baum* zu verdanken, dass das Sozialgesetzbuch (SGB) geändert wurde und fortan in der Regel die Tätigkeit in der Praxis mit der universitären Arbeit gut zu vereinbaren ist. Neben diesen konkreten Ergebnissen des Austausches stand für mich aber immer auch der persönliche Kontakt im Vordergrund. Um wieviel einfacher ist es, Kontakt mit Kollegen aufzunehmen, die man schon einmal kennengelernt hat.

Das Mittelbauer Treffen war für mich immer ein Fixpunkt auf den DEGAM-Kongressen. Die Atmosphäre ist stets offen, angenehm und anregend, eine gute Gelegenheit, sich über kleine oder große Themen auszutauschen. Bemerkenswert ist auch, dass in den letzten Jahren außer den Ärzten zunehmend auch andere Berufsgruppen wie Psychologen, Soziologen, Gesundheitswissenschaftler, Pädagogen etc. an diesen Treffen teilnehmen.

Aus dem Mittelbau heraus entstanden auch die in den letzten Jahren durchgeführten „DEGAM-Karriereworkshops Allgemeinmedizin“. Sie sind als Coachingworkshops angelegt, im Rahmen derer Wissenschaftler aus der Allgemeinmedizin unter Anleitung einer erfahrenen Trainerin ihren persönlichen Werdegang in der Allgemeinmedizin und individuelle Zukunftsperspektiven beleuchten. Das Mittelbauertreffen findet weiterhin als offenes, lebendiges Treffen auf jedem DEGAM-Kongress statt. Alle, die sich dazu gehörig fühlen, sind herzlich eingeladen.

Dr. med. Maren Ehrhardt

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Stellv. Sprecherin Sektion Hochschule und Lehre der DEGAM 20246 Hamburg

Das erste Mal auf einem Treffen des DEGAM-Mittelbaus war ich 1999 in Dresden. Es war mein erster DEGAM-Kongress überhaupt. Eine Kollegin hatte mich zu den „Mittelbauern“ mitgenommen.

Maren Ehrhardt

Mittelbautreffen und DEGAM-Karriereworkshops

Zunehmend Nicht-Allgemeinärzte vertreten

„Dem Einsatz der Mittelbauerin Erika Baum ist es zu verdanken, dass das Sozialgesetzbuch geändert wurde: Vereinbarkeit von Praxis- und Universitätsarbeit.“

Leute, eine wohlthuend kleine Gruppe im ganzen Getümmel des Kongresses. Die Regeln waren und sind einfach und klar: Mittelbauer ist, wer sich als dazu gehörig empfindet. Man lernt andere in einer vergleichbaren Arbeitssituation kennen und kann sich über Erfolge und Probleme austauschen.

7. Workshop „Karriere in der Allgemeinmedizin“ 2014: 3 Ärztinnen unter 8 Teilnehmerinnen



Als ich dem damaligen Präsidenten der BÄK, Jörg-Dietrich Hoppe, mein Missfallen an der bundesdeutschen Weiterbildungsordnung kundtat, bot er mir an, meine eigene WO zu schreiben; dies realisierte ich mit Hilfe von Hanno Grethe und unterbreitete das Ergebnis dann verschiedenen Berufsverbänden. Infolge wurde dann eine strukturierte 5-jährige Weiterbildung sowie das Initiativprogramm zur

Eigene Praxis als Aus-, Weiter- und Fortbildungszentrum

In dieser Zeit ließ ich mich auch nieder und erlebte Frust und Lust der Selbständigkeit. Ich funktionierte meine Praxis mit hoher Investition zu einem Aus-, Weiter- und Fortbildungszentrum um, in dem nach Patienteneinverständnis mit Kameras Sprechstunde aufgenommen wurde und Studenten Arzt-Patienten-Kontakte einübten. Zusätzlich fanden hier die Seminare für AiW im Rahmen der damals obligaten 240-stündigen „theoretischen Weiterbildungskurse im Fach Allgemeinmedizin“ sowie vierwöchige Fortbildungen für Fachärzte der Region statt.

Aufschwung fand die Lehre durch Einführung der Blockpraktika als Pflichtfach, für die ich anfangs rd. 45 Berliner Allgemeinärzte warb. In meiner Praxis organisierten wir fakultative Spritzen-, Verband- und Rezeptierkurse. Gemeinsam mit einer Notfallagentur fanden beeindruckende Notfallseminare statt. Die Studenten kamen zu Hauf. Anfang der 90er Jahre gehörten wir zu den Ersten, die evaluierten.

Die Ergebnisse waren durchweg gut und sehr gut und stimulierten meine Begeisterung und mein Durchhaltevermögen. Ich betreute mehrere Promotionen, u.a. zum Qualifikationsstand von Medizinabsolventen an den drei östlichen Hochschulen und zu Gesundheitsstörungen im Rahmen der politischen Wende, mit denen wir den 1. und 2. Platz der bundesweiten anonymen allgemeinmedizinischen Promotionsbeurteilung erreichten.

Mitarbeit im Murrhardter Kreis „Arztbild der Zukunft“

Besonderen Auftrieb gab mir 1994 die Mitarbeit im Murrhardter Kreis für das Buch „Das Arztbild der Zukunft“. Nicht einfach waren die schriftlichen Klausuren zu Patientenfällen für ca. 400 Studenten/Studienjahr, deren Bewertung ich laut Prüfungsordnung innerhalb von 3 Wochen zu realisieren hatte.

Auf Dauer konnte ich den Kraftaufwand alleine nicht bewältigen, ein Lehrstuhl wurde ausgeschrieben und 1998 von Ulrich Schwantes und mir hälftig besetzt. Beide arbeiteten wir in unseren Praxen. Als es uns gelang, Fördergelder für zwei BMBF-Projekte zu erhalten, gründeten wir erstmals in Deutschland ein großes digitales Hausärztenetz, verkabelten uns bundesweit mit 150 Kollegen und erforschten deren Diagnostik und Therapie bei Patienten mit Darmerkrankungen sowie die Primär- und Sekundärprävention von Schlaganfallpatienten.

Wir schossen von 3,5 auf 20 Mitarbeiter, bezogen 10 Räume und einen Seminarraum – und wurden wahrgenommen innen und außen. Ein großer Erfolg war der erste Platz in der Lehr-evaluation aller Fachdisziplinen der Charité.

Die ersten Monate nach dem Mauerfall 1989 sind aus heutiger Sicht auch für uns Allgemeinärzte noch schwer vorstellbar. Allerdings hatten wir ein Selbstverständnis für unser Fach, waren von einer strukturierten Weiterbildung überzeugt und fragten nicht nach dem Veto der spezialistischen Fachvertreter. Dagegen gab es zu DDR-Zeiten keine universitäre Ausbildung in unserem Fach. So eröffneten sich für uns neue Horizonte im geeinten Deutschland.

Vittoria Braun

Allgemeinmedizinische Lehre an der Charité nach der Wende

Doppelfunktion als Hochschullehrer und Allgemeinarzt unverzichtbar

Finanzierung der Ärzte in Weiterbildung (AiW) erstritten. Mit Unterstützung von Harald Mau, damaliger Dekan der Charité, erhielt ich nach meiner Habilitation ein Jahr später – 1990 – einen Lehrauftrag. Meine ersten Lehrjahre im doppelten Sinne des Wortes entsprachen dem Pioniergeist der Nachwendezeit. Neben Vorlesungen entwickelte ich unser Fach langsam und stetig im „Einfruenteam“. Große Hilfe fand ich in der GHA unter Leitung von Waltraut Kruse, die mir wichtige Anregungen und Impulse gab.

„Ein großer Erfolg war der erste Platz in der Lehr-evaluation aller Fachdisziplinen der Charité.“



48. DEGAM-Kongress, Hamburg, Klinikum Eppendorf

„Ohne Kontakt zu den Patienten kann eine universitäre Allgemeinmedizin nicht erfolgreich bleiben.“

Regel-, Reform- und Modellstudiengang

Mittlerweile unterrichten wir in 3 Studiengängen. Zunehmend mehr Studenten absolvieren das PJ in der Allgemeinmedizin. Die Zahl der Lehrpraxen im Raum Berlin/Brandenburg stieg auf 450 an. Insbesondere in der Versorgungsforschung fassten wir immer mehr Fuß und warben in den letzten 10 Jahren 23 Mio Euro Drittmittel ein. Das war letztlich nur möglich durch unsere Hausärzte, die über Jahrzehnte tausende von Patienten betreuen.

Rückblickend meine persönliche Meinung: Ohne Kontakt zu den Patienten kann eine universitäre Allgemeinmedizin nicht erfolgreich bleiben. Dies gilt sowohl für die Lehrstuhlinhaber wie auch für die wissenschaftlichen Mitarbeiter unserer Abteilungen. Sie könnten sonst austauschbar werden mit Wissenschaftlern anderer Institutionen.

Durch Praxisarbeit authentisch für die Studenten

Gerade die Arbeit in der Praxis macht uns authentisch für die Studenten. Sie erleben mit uns die jahrzehntelange Betreuung von Patienten und ihren Familien. Durch diese Vorbildfunktion können wir sie für unser Fach begeistern. Gleichmaßen wirken sich Lehre und Forschung günstig auf die hausärztliche Arbeit aus. Freilich ob und in welchem Umfang Sprechstundentätigkeit an den einzelnen allgemeinmedizinischen Einrichtungen betrieben wird, muss von deren Leitern selbst entschieden werden. Für mich jedenfalls war sie in den Anfangsjahren der Etablierung der Allgemeinmedizin an der Charité Voraussetzung und Stimulus.

Prof. (em.) Dr. med. Vittoria Braun

Fachärztin für Allgemeinmedizin, 2. Vorsitzende GHA (bis 2011), 12559 Berlin



Institutsmitarbeiter
Allgemeinmedizin Charité:
Direktorin Vittoria Braun
(4. v. li.), Ulrich Schwantes
(dahinter)

Lehre entscheidet über Status

„Die Zukunft des Gesundheitswesens hängt entscheidend von dem Status ab, den die Allgemeinmedizin in der Gesellschaft behaupten kann oder noch erreichen möchte. Dieser Status wird weitgehend bestimmt von der zukünftigen Entwicklung der Lehre der Allgemeinmedizin an den deutschen Universitäten.“

Prof. Dr. med. Waltraut Kruse (1996)1033 (Q. n. v.)



Allgemeinmedizin von Allgemeinärzten

„Das breite Spektrum der Beratungsanlässe auf der primärärztlichen Versorgungsebene und die Langzeitbetreuung chronisch Kranker bedürfen einer speziellen Methodik, daher ist Allgemeinmedizin nicht die Summe der Spezialfächer oder nur ein Querschnittsfach (‘von Allem ein wenig’), sondern hat eigene Denk- und Herangehensweisen, die nur von Allgemeinärzten gelehrt werden können. Durch die Breite der Beratungsanlässe und die individuelle Betreuung von Patienten aller Altersgruppen und sozialen Schichten werden Hausärzte lebenslang intellektuell und emotional gefordert.“

DEGAM-Zukunftspositionen. Position 16 (Auszug). Frankfurt 2012

Meine Frau ist Architektin. Wir hatten in einem kleinen Dorf mit 200 Einwohnern ein schönes Haus gebaut und hatten zwei Schafe im Garten. Die Kinder gingen in die Volksschule.

Am Anfang meiner Laufbahn konnte ich mich mit der Medizin nicht wirklich anfreunden. Das Studium war praxisfern und anstrengend. Eher ein Test in Durchhaltevermögen und

Seit Anfang Oktober 2013 arbeite ich am Universitätsklinikum Erlangen. Auf dem Schild an meiner Tür stehen die Worte „Professor“ und „Direktor“. Hätte mir vor 10 Jahren jemand erzählt, dass es so kommen würde, ich hätte gelacht. Damals war ich niedergelassener Hausarzt und Partner in einer großen ländlichen Gemeinschaftspraxis in Bad Staffelstein in Oberfranken.

Thomas Kühlein

Warum ich mich nach 10 Jahren Praxis um einen Lehrstuhl bewarb

„Was mit mir geschah, war wie eine Art Infektion“

„Wir verkauften unser Haus, schlachteten die Schafe, veranstalteten ein großes Fest und gingen. Das Familieneinkommen sank auf weniger als ein Drittel. Meine Frau hat alles mitgetragen.“

Selbstdisziplin als eine Vorbereitung auf einen praktischen Beruf. „Ihr studiert in die Arbeitslosigkeit“ hatte man uns gesagt und uns dann im AiP spüren lassen, wie viel wir wert waren. Die Neugier hatte meine Frau und mich nach dem Fall des Eisernen Vorhangs von München nach Weimar und danach noch nach Mecklenburg gezogen. Meine Fächerwahl in der Weiterbildung war ein wenig zufällig gewesen: Innere Medizin, Anästhesie und Intensivmedizin, dann Chirurgie. Zuletzt, schon in Bad Staffelstein, Allgemeinmedizin mit Facharztanerkennung. Endlich machte mir die Arbeit, insbesondere die Arbeit auf dem Land, Freude.



Angekommen in Erlangen...

Vom QZ-Moderator zu ersten Publikationen

Ende der 90er Jahre wurden wir von der KV aufgefordert, Qualitätszirkel (QZ) zu gründen. Keiner meiner Kollegen bei einer Notdienstplanbesprechung wusste, was das sein soll. Ich versprach, mich darum zu kümmern und machte eine Moderatorenausbildung. Dort lernte ich, dass der eigentliche Zirkel der Qualitätsarbeit der Plan-Do-Check-Act (PDCA)-Zyklus ist. Damals war das Thema Hypercholesterinämie in aller Munde, die Statine hatten sich weit verbreitet. Bei einem QZ-Moderatorentreffen ging es um die Primärprävention der KHK und die Frage, ob alle Patienten, die ein Statin haben sollten, auch wirklich eines haben und diejenigen, die keines brauchen, auch keines haben.

Der Prozess war mühsam. Wie erfasst man am besten das tatsächliche Versorgungsgeschehen (check)? Wie sollte die Versorgung tatsächlich am besten aussehen (plan)? 2005 habe ich in der ZFA eher die Schwierigkeiten als die Erfolge dieses ersten Zyklus publiziert. *Ingrid Schubert* und *Heinz-Harald Abholz* unterstützten mich dabei. Irgendwann in dieser Zeit tauchten die Leitlinien und die Evidenzbasierte Medizin (EbM) auf. Die meisten Kollegen reagierten ablehnend und misstrauisch. Ich belegte einen Grundkurs EbM in Berlin.

Was dann mit mir geschah, könnte man mit einer Art Infektion vergleichen. Mir wurde klar, dass man die Quellen unseres Wissens selbst lesen und verstehen kann. Was zählt sind empirisch ermittelte patientenrelevante Endpunkte aus klinischen Studien. Es gibt kein Richtig und Falsch. Es gibt Wahrscheinlichkeiten von Effektgrößen für Nutzen und Schaden. Zwischen beidem gilt es individuell abzuwägen. Individualität wird für den Patienten durch EbM erst möglich. EbM ist das Ende der Hierarchien in der Medizin. Ich war begeistert.

Stimmung in der Praxis auf dem Nullpunkt

Damals begann ich wie besessen zu lesen: Studien, Leitlinien und Fachbücher über Methodik. Dann kam die gesetzliche Verpflichtung zum Qualitätsmanagement (QM). Also machte ich eine Ausbildung zum QM-Beauftragten. Der Versuch dieses in der eigenen Gemeinschaftspraxis umzusetzen, entfremdete mich zunehmend von meinen Kollegen. War ich zu radikal?

Auf einem EGPRN-Treffen in Göttingen begegnete ich *Joachim Szecsenyi*. Er hatte meine Publikation in der ZFA gelesen und interessierte sich für mich, jemanden, der einen Artikel publiziert, sich mit QM beschäftigt und gleichzeitig „so schön nach Land riecht“. Ende 2005 war dann die Stimmung in der Praxis auf dem Nullpunkt. Meine Unzufriedenheit durch eine unerträgliche Gleichzeitigkeit von Begeisterung und Frustration hatte sich schon längst auch auf mei-



... in Erwartung neuer Herausforderungen

„Was mir in der Uni zunächst fehlte, waren ein gemeinsames Ziel und die Verbindung zur Praxis.“

ne Familie negativ ausgewirkt. Der Entscheidungsprozess war hart und schwierig. Gemeinsam entschlossen wir uns, nach Heidelberg zu gehen. Das Familieneinkommen sank durch diesen Schritt auf weniger als ein Drittel. Die Fallhöhe war beängstigender als die Aufschlagshöhe. Die Trennung von der Praxis verlief leider nicht harmonisch, weil es um viel Geld ging und wir Menschen dabei auch so unsere Eigenheiten haben. Wir verkauften unser Haus, schlachteten die Schafe, veranstalteten ein großes Fest und gingen. Meine Frau hat alles mitgetragen. Die Kinder, die beim Verlassen des Dorfes am unglücklichsten waren, waren die Ersten, die sich in Heidelberg wieder eingelebt hatten.

Universitäre Abteilung hat eigene Spielregeln und Währungen

Im Heidelberger Projekt CONTENT geht es um die Erfassung von Daten aus Praxisverwaltungssystemen (PVS), um sie zur Beantwortung von Fragen der Versorgungsforschung zu nutzen. Ich wurde Leiter des Projekts, flog auf internationale Treffen und hielt Vorträge auf Kongressen. War ich jetzt zufrieden? Eine universitäre Abteilung hat ihre eigenen Spielregeln und Währungen. Es gab viele freundliche Kontakte und persönliche Hilfestellungen (Dank an *Gunter Laux*). Was mir jedoch fehlte, waren ein gemeinschaftliches Ziel und die Verbindung zur Praxis. Etwas mehr als ein Jahr habe ich das ausgehalten, dann begann ich wieder an 2 Tagen der Woche als Hausarzt zu arbeiten.

„So eine Professur ist nicht ein Ort, an dem man ankommt. Jetzt geht's erst richtig los.“

Die Arbeit in der Praxis allerdings blieb völlig abgekoppelt von meiner wissenschaftlichen Tätigkeit. Als ich meine Habilitation anmelde- te und hierfür meine Publikationen anführte, wollte der Habilitationsausschuss das Projekt selbst nicht als thematische Klammer für meine Arbeit anerkennen. Es wurde vorgeschlagen, eher das Thema Qualitätssteuerung über das PVS als Thema zu nehmen. Der Titel meiner Arbeit war dann: „Neue Dokumentationskonzepte für ein Morbiditätsregister im ambulanten Sektor – Mehrwert für eine klinische Qualitätssteuerung in der Hausarztpraxis und für die Versorgungsforschung“. Die Diskussion der Schrift beschäftigt sich vor allem mit der Frage, warum man eine solche Qualitätsarbeit leisten sollte. Die Antwort hat zwei Seiten. Auf der einen Seite ist es eine Frage des professionellen Selbstverständnisses wissen zu wollen, ob man seine Arbeit gut macht. Zum zweiten hat eine Profession aber auch eine Rechenschaftspflicht gegenüber der Gesellschaft.

Weiterhin Hausarzt und Leiter eines ärztlichen MVZ

Jetzt bin ich der „Herr Professor und Direktor“ eines Instituts. Noch besteht es aus nur meinem einzigen, wenn auch hochkompetenten und motivierten Mitarbeiter *Marco Roos*. *Ernst Engelmayr*, einer der früheren Lehrbeauftragten, ist geblieben und unterstützt uns von extern in der Lehre. Die ersten Stellen sind ausgeschrieben. Wir versuchen, 196 Medizinstudenten die Besonderheit, die Schönheit und die spezifischen Aufgaben unseres Faches näher zu bringen. Die ersten Doktoranden haben angefragt, und ich plane ein neues Praxisnetz aufzubauen. An 2 Vormittagen der Woche arbeite ich weiterhin als Hausarzt und bin Ärztlicher Leiter eines ländlichen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) mit 3 hausärztlichen Kollegen.

Meine Frau arbeitet ortsunabhängig und wird dann mit der Familie nachkommen. Bin ich jetzt frei, alles zu tun was ich will? Bin ich jetzt zufrieden und angekommen? Ja – ich glaube schon, dass ich zufrieden, ja froh und stolz bin. Allerdings ist so eine Professur ja nicht ein Ort, an dem man ankommt. Jetzt geht's erst richtig los – hoffentlich.

Prof. Dr. med. Thomas Kühlein

Facharzt für Allgemeinmedizin, Direktor Allgemeinmedizinisches Institut, 91054 Erlangen

Die Vision Häusslers von einer Implementierung der außerklinischen Heilkunde in die Routine des universitären Lehrbetriebs ist Realität.

An der Entwicklung der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) lässt sich die zunehmende Bedeutung und integrierende Funktion der Allgemeinmedizin im breiten Fächerkanon einer medizinischen Fakultät ablesen. Seit 2003

Hatte noch vor 50 Jahren der verschämte Auftritt von Praktikern im Hörsaal für die arrivierten Fächer etwas Exotisches und Kurioses an sich, so ist heute der Lehr- und Ausbildungsbeitrag der Allgemeinmedizin längst zu einer tragenden Säule des akademischen Unterrichts in Deutschland geworden.

Thomas Ledig

Anfangs Exot – Heute tragende Säule

Stand der Allgemeinmedizin im akademischen Unterricht in Deutschland

„Als einziges Fach weist nur die Allgemeinmedizin im Staatsexamenszeugnis zwei Noten aus.“

ist die Allgemeinmedizin zum obligaten Prüfungs- und damit notenrelevanten Hauptfach geworden, in dem Scheine erworben und Klausuren geschrieben werden müssen. Im Staatsexamenszeugnis ist die Allgemeinmedizin sogar als einziges Fach mit 2 Noten (für das Fach selbst und für das Blockpraktikum) ausgewiesen.

Ganzheitliches hausärztliches Denken

Im vergangenen halben Jahrhundert hat sich das Studium der Medizin von der unverbundenen Lehre einzelner naturwissenschaftlicher und medizinischer Hauptfächer in der Breite der heutigen Regelstudiengänge zu einem fächerübergreifenden patienten- und gegenstandsorientierten Curriculum entwickelt. Dies drückt sich besonders augenfällig auch in den 14 in der AO festgelegten Querschnittsbereichen aus. Vor allem haben jedoch Modellstudiengänge bei dieser Entwicklung eine wichtige Rolle gespielt: die ÄApprO erlaubte schon immer ausdrücklich das Abweichen von vorgegebenen Strukturen und Inhalten, sofern das übergeordnete Ziel (der „zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung befähigte Arzt“) gewährleistet ist. Solche Modellstudien-

gänge gibt es bisher an folgenden Hochschulorten: Aachen, Berlin, Düsseldorf, Hannover, Köln, Mannheim, Medizinische Hochschule Brandenburg, Oldenburg, Witten/Herdecke. Ausgelaufen sind die Modellstudiengänge in Berlin, Bochum und Hamburg.

Lehrangebote von der Vorklinik bis zum Staatsexamen

Die Allgemeinmedizin kann das ihr immanente ganzheitliche hausärztliche Denken und Handeln in die medizinstudentische Ausbildung optimal von der Vorklinik bis zum Staatsexamen einbringen. Ihre Bedeutung ist 2012 durch die Festlegung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin auf mindestens 2 Wochen Dauer und die (nicht unumstrittene) Etablierung einer Pflichtfamulatur im Bereich der hausärztlichen Versorgung und der Verpflichtung der Fakultäten, ausreichende Plätze für ein Wahlterial Allgemeinmedizin im PJ bereitzustellen, erneut unterstrichen und aufgewertet worden.

An 34 von 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland gibt es (Stand: 2014) schon seit Jahren Lehrbereiche, Institute oder Abteilungen für Allgemeinmedizin, allerdings in teilweise recht unterschiedlicher materieller Ausstattung und personeller Besetzung. Während z. B. in Regensburg die „Lehr- und Forschungseinheit Allgemeinmedizin“ aus 4 Hausärzten besteht, hat die „Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung“ in Heidelberg über 50 wissenschaftliche und nicht-wissenschaftliche Mitarbeiter (davon 11 habilitierte) und 7 Lehrbeauftragte. Ausmaß und Breite der Beteiligung der institutionalisierten Abteilungen am Curriculum spiegelt nicht nur Zahl und Engagement der beteiligten hausärztlichen Lehrpraxen wider, sondern wird wesentlich auch von der Innovationsfreudigkeit und Kooperationsfähigkeit innerhalb der jeweiligen Fakultät bestimmt – und natürlich auch vom Umfang der zur Verfügung stehenden Lehrmittel (Budgets).

Vorklinischer Studienabschnitt

Gut ein Drittel der allgemeinmedizinischen Einrichtungen bestreiten im vorklinischen Studienabschnitt (1. bis 4. Fachsemester) den Unterricht im Rahmen der Pflichtpraktika der „Berufsfelder erkundung“ (13 Standorte) und der „Einführung in die Klinische Medizin“ (7 Standorte). Im Rahmen von Praxishospitationen haben die Studierenden häufig die erste Gelegenheit, probeweise in die Rolle des Arztes schlüpfen zu können. Zusätzlich bieten einige Abteilungen weitere Wahlveranstaltungen und Wahlpflichtfächer an: Tutorien zum Problemorientierten Lernen (POL), Übungsseminare zur Arzt-Patienten-Kommunikation (APK, KIT), Kurse zur Erkundung der ärztlichen Haltung, Untersuchungskurse, Patientenfallseminare, problemorientierte Lerngruppen (POL) oder semesterübergreifende Begleitung von Patienten im Rahmen der Langzeitbetreuung.

Klinischer Studienabschnitt

Alle Fachbereiche organisieren das obligate mindestens 2-wöchige Blockpraktikum. Die meisten Einrichtungen bieten zudem organisatorische und/oder begleitende Vorlesungen bzw. Seminare zur Einführung ins Blockpraktikum an. Nahezu die Hälfte der allgemeinmedizinischen Einrichtungen ist zudem fest integriert in die Lehre im Rahmen der Querschnittsbereiche (QB) oder organisiert diese selber in Zusammenarbeit mit den anderen Fächern. Typische scheinpflichtige QB sind:

- › Medizin des Alterns und des alten Menschen (QB 7: 13 Einrichtungen)
- › Prävention und Gesundheitsförderung (QB 10: 9 Einrichtungen)
- › Palliativmedizin (QB 13: 6 Einrichtungen)
- › Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren (QB 12: 4 Einrichtungen)
- › Klinische Pharmakologie (QB 9: 2 Einrichtungen)
- › Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege (QB 3: 1 Einrichtung).

Manche Abteilungen sind an bis zu 5 QB beteiligt – eine Lehrbelastung, die allzu oft nur auf dem immensen Engagement der Mitarbeiter und der Lehrbeauftragten beruht und nicht selten allenfalls ideell honoriert wird. 19 Abteilungen bieten im klinischen Studienabschnitt weitere Lehreinheiten als Wahlfachangebote an, z. B. Diagnostische Strategien, Suchtmedizin, Evidenzbasierte Medizin, Gesprächsführung, Sonografie, Chirotherapie, Versorgungsforschung, Akupunktur.

Allgemeinmedizinisches Tertial im PJ

Für das Wahlfach Allgemeinmedizin im PJ werden in der Regel gut evaluierte Akademische Lehrpraxen gesondert qualifiziert. Die Einrichtungen bieten in der Regel begleitende Seminare für ihre PJ-Studenten an. Die Lehrärztinnen und -ärzte in den Praxen haben sich häufig auch als Prüfer für den zweitägigen mündlichen Abschnitt im zweiten Teil des Staatsexamens qualifiziert. Wo dies aus Praxisgründen nicht möglich ist, übernehmen Mitarbeiter der allgemeinmedizinischen Abteilung diese anspruchsvolle Prüfungstätigkeit. Wir haben anekdotisch erfahren, dass die hausärztlichen Prüfer von den klinischen Prüferkollegen im Staatsexamen oft als strukturiert denkend und gut vorbereitet erlebt wurden.

Gremienarbeit

Über ihre Einrichtungen sind die Hausärzte in den meisten universitären Gremien mit allerdings teilweise recht unterschiedlichen Möglichkeiten der Mitsprache eingebunden. In Rostock ist beispielsweise der dortige Ordinarius für Allgemeinmedizin (*Attila Altiner*) zugleich auch Studiendekan und damit in die Fakultätsleitung eingebunden. Auch bei der Erstellung

des Nationalen Lernzielkatalogs arbeiten allgemeinmedizinische Vertreter ebenso mit wie in außeruniversitären Gremien wie Ständige Impfkommision (STIKO) am RKI (derzeit *Eva Hummers-Pradier, Thomas Ledig*) oder als Vertreter der DEGAM z. B. im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (*Erika Baum, Jean-François Chenot*). In zunehmendem Maße qualifizieren sich heute einige der rund 800 Lehrbeauftragten¹ in speziellen didaktischen Kursen für ihre Aufgabe als Dozenten. So nehmen beispielsweise in Heidelberg alle Lehrbeauftragten an einer 10 Tage umfassenden Dozentenschulung (DOS) teil und können auf diese Weise das Hochschulzertifikat Didaktik erwerben. Vor diesem Hintergrund überraschend ist heute eigentlich nicht mehr der Grad der Vernetzung und die Akzeptanz hausärztlicher Vertreter in der akademischen Lehre, sondern dass an einzelnen Standorten die Allgemeinmedizin von den Vertretern einiger Fächer immer noch aktiv benachteiligt oder gar ausgegrenzt wird.

Lehrbelastung

Akademische Lehre in der Allgemeinmedizin bedeutet für uns freiberufliche Lehrbeauftragte und Lehrärzte immer den Spagat zwischen der Arbeit in unseren Praxen und der Präsenz an unseren Fakultäten. Das ist nicht ohne Opfer zu erreichen: oftmals müssen wir stunden- oder tageweise der unmittelbaren Patientenversorgung den Rücken kehren und enttäuschen dadurch unsere Patienten, die uns in der Regel als dauerhafte Ansprechpartner gewohnt sind. Die Zeit, die wir als Dozenten in Seminarräumen, Hörsälen oder mit unseren Studierenden im Blockpraktikum verbringen, wird in der Regel nur unwesentlich honoriert.

Dennoch wissen wir, dass gerade das Spannungsfeld einerseits zwischen der täglichen Routine und dem Austausch mit unseren lehrenden Kollegen, den Studierenden und den vorwiegend forschend tätigen Allgemeinärzten auf der anderen Seite für viele von uns zu einem unverzichtbaren Bollwerk gegen Praxisroutine und Burnout geworden ist. Trotz der im Laufe der Jahre oftmals zu Hunderten geleisteten Semesterwochenstunden sind wir dankbar, künftigen Kollegen die authentische Wirklichkeit hausärztlicher Tätigkeit in unersetzbarer Weise näher bringen zu können.

Dr. med. Thomas Ledig

Facharzt für Allgemeinmedizin, 71254 Ditzingen

„Nahezu die Hälfte der Einrichtungen ist fest integriert in die Lehre der Querschnittsbereiche.“

„Die hausärztlichen Prüfer im Staatsexamen werden von den Klinikern oft als strukturiert denkend und gut vorbereitet erlebt.“

PRÜFUNGSFACH SEIT 1979

Im Januar 1973 wurde der erste Allgemeinarzt als Sachverständiger für das Fach Allgemeinmedizin in eine Kommission des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), Mainz, berufen. Die Kommission hatte einen Gegenstandskatalog zu entwerfen und Fragen zu entwickeln, so dass nach diesem zeitlichen Vorlauf die Allgemeinmedizin im Herbst 1979 Prüfungsfach und damit erstmals Bestandteil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (M2-Alt: ÄApprO 2002) geworden ist. Seitdem ist das Fach fester Bestandteil der schriftlichen Prüfungen.
Quelle: Prof. Dr. Brigitta Kütting, IMPP, 27.4.2016

¹ Recherchiert und extrapoliert von F. H. Mader (Stand IV/2015)

Die verbindliche Einführung eines Blockpraktikums (BP) von mindestens einer Woche Dauer für alle Studierenden, verbunden mit der Möglichkeit, ein Tertial des Praktischen Jahres (PJ) in einer hausärztlichen Praxis zu absolvieren, bot dem Fach plötzlich eine Präsenz an den Hochschulen, deren Potential Vertreter der DEGAM und der GHA früh erkannten.

Das Jahr 2002 war für die akademische Präsenz der deutschen Allgemeinmedizin ein entscheidendes Jahr. Durch die im Juni verabschiedete, in vielen Punkten grundlegend neue Ärztliche Approbationsordnung (ÄApprO) wurde die Allgemeinmedizin neben den Fächern Innere Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde und Gynäkologie zu einem der Kernfächer im Studium der Humanmedizin.

Klaus Böhme

Erfolgsmodell Allgemeinmedizin

Hervorragende Evaluationen der studentischen Ausbildung in der Hausarztpraxis

4500 Lehrpraxen in Deutschland

Noch vor Inkrafttreten dieser AO in 2003 waren gesteigerte Aktivitäten beider Fachgesellschaften zu beobachten, die Basis für die organisatorische und inhaltliche Ausgestaltung der

Ausbildung von Studierenden in hausärztlichen Praxen zu schaffen. Workshops u.a. in Kiel und Köln legten dabei wesentliche Grundsteine für die erfolgreiche Umsetzung der neuen Gesetzeslage. Rückblickend kann festgestellt werden, dass es der Allgemeinmedizin an den meisten Hochschulstandorten binnen kurzer Zeit gelungen war, die erforderlichen Strukturen für die Rekrutierung einer ausreichenden Anzahl von Lehrpraxen zu schaffen, deren Inhaber didaktisch auf den studentischen Unterricht vorzubereiten und diese dezentralen und außerklinischen Ausbildungsabschnitte erfolgreich in das Gesamtkonzept ihrer curricularen Lehre einzubinden.

Heute stehen bundesweit etwa 4.500 Praxen für das Blockpraktikum zur Verfügung, das entspricht ca. 12 % aller Hausarztpraxen in Deutschland (Stand: IV/2014). Knapp 600 Praxen bilden Studierende auch im Wahltertial des PJ aus. Dass die Umsetzung der Approbationsordnung auf qualitativ hohem Niveau gelungen ist, legen die studentischen Evaluationen nahe: an den meisten Standorten wurden und werden sowohl die organisatorischen Rahmenbedingungen als auch der Wissenszuwachs in den Blockpraktika wie im PJ überdurchschnittlich gut bewertet. Im Ranking der Fächer belegt die Allgemeinmedizin häufig Spitzenplätze – in erster Linie ein Verdienst der Kolleginnen und Kollegen in den Lehrpraxen.

Jährlich 10.000 Studierende in Hausarztpraxen

Diese guten Ergebnisse sind umso beachtlicher, als die Rahmenbedingungen für die Studierenden – z.T. lange Fahrstrecken zu den Ausbildungspraxen und/oder externe Unterbringung – eher ungünstig scheinen. Folgende Freitext-Evaluation einer Studierenden mag beispielhaft den Erfolg erklären: „Mir hat das Blockpraktikum wirklich außergewöhnlich gefallen. Es war eine tolle Erfahrung und äußerst lehr-

PRIVATE MEDIZINISCHE HOCHSCHULEN

„Sie haben sich in den letzten Jahren auch in Deutschland etabliert: Zwei führen das Studium nach ausländischem Recht durch (Salzburg, Kassel), die beiden anderen nach deutschem Recht (Witten/Herdecke seit den 1990er Jahren und seit 2015 Med.Hochschule Brandenburg)...Sie bieten eine andere Qualität des Studiums... (mit) deutlicher Praxis- und Patientenorientierung ab dem ersten Semester.“

Schwantes U (2016) *Der Allgemeinarzt* 12 : 5

Primärversorgung in der medizinischen Ausbildung

Studierende müssen im Rahmen ihrer Ausbildung mit Aspekten der Primärversorgung vertraut werden, fordert ein Positionspapier¹ der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)². Die Empfehlungen umfassen Struktur- und Prozesskriterien für die Praktika in unterschiedlichen Praktikumsformen (Hospitationen, Famulaturen, Blockpraktika, PJ) in unterschiedlichen Hausarztpraxen. Primärversorgung ist ein ursprünglich in den 1920er Jahren in Großbritannien entwickeltes Konzept, das die niedrigschwellige Betreuung auch durch nichtärztliche Gesundheitsberufe und auch innerhalb von Familien sowie kommunalen Strukturen umfasst. Im Zusammenhang mit der medizinischen Ausbildung betrifft Primärversorgung hauptsächlich die Fächer Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Pädiatrie. Schwerpunkt dieses Positionspapieres ist allerdings nicht, „den Nachwuchs in der hausärztlichen Patientenversorgung zu sichern, sondern vielmehr den Ärzten von morgen eine fundierte allgemeine medizinische Ausbildung in einem sich immer weiter spezialisierenden Gesundheitssystem zu vermitteln.“ *Frank H. Mader*

¹ Huenges B et al. (2014) Empfehlungen zur Ausbildung im primärversorgenden Bereich - Positionspapier des GMA-Ausschuss Primärversorgung. *GMS Z Med Ausbild* 31(3):Doc35

² Die Empfehlungen wurden erarbeitet von der Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA), der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP), der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM).

„Die Lehre in der Allgemeinmedizin kann als Erfolgsmodell gelten. Die Erfolge in der Qualitätssicherung der Lehre in den Lehrpraxen ist richtungsweisend.“

reich, da es stark an der Praxis orientiert war. Es war für mich bis jetzt die beste Veranstaltung im Medizinstudium.“

Obwohl seit der letzten Novellierung der ÄApprO im Jahr 2012 ein mindestens 2-wöchiges BP Allgemeinmedizin obligat ist und obwohl jährlich etwa 10.000 Studierende die BP-Praxen durchlaufen – je nach Standort 1 bis 6 Studierende pro Jahr und Praxis – scheint die intrinsische Motivation der Lehrenden weitestgehend ungebrochen: „Besonders positiv fand ich die gute Mitarbeit, das freundliche Auftreten, die guten Vorkenntnisse sowie das harmonische Arbeiten mit der Studentin.“ Solche und ähnliche Rückmeldungen aus den Lehrpraxen sind eher die Regel als die Ausnahme. Eine Vergütung von im Bundesdurchschnitt 140 € pro Studierendem und Woche kann in diesem Zusammenhang nur als Anerkennung verstanden werden.

Das Wahlterial Allgemeinmedizin im PJ verzeichnet bei den Studierenden eine langsam aber stetig zunehmende Nachfrage. Bundesweit standen 2010 für 12 % der Medizinstudierenden Ausbildungsplätze für das PJ zur Verfügung. Genutzt wurde das Angebot dieser in der Regel di-



Simulation von Hausbesuchssituation im Lehr-Appartement mit Mitschauhineinrichtung li. Wand. Reinfried-Pohl-Lehr-Lernzentrum (RPZ) der Universität Marburg

daktisch besonders qualifizierten Praxen nur von gut 3 % der PJ-Studierenden des Jahrganges. Diese haben ihre Erfahrungen in den hausärztlichen Praxen allerdings – soweit erhoben – hervorragend evaluiert. Die meisten von ihnen fühlten sich in ihrem Wunsch, Allgemeinmedizin in der Weiterbildung zu wählen, bestärkt. Wurde die Approbationsordnung schon von Beginn an auf einem qualitativ hohen Niveau umgesetzt, so ist dies kein Grund, sich auf Erreichtem auszuruhen.

In einem in der Zeitschrift für Medizinische Ausbildung veröffentlichten Positionspapier des Ausschusses Primärversorgung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), konsentiert mit Vertretern der GHA, der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP), der DEGAM und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), werden noch einmal die Standards der Struktur- und Prozessqualität für die Ausbildung im primärversorgenden Bereich fixiert, dabei ist die Sicherung einer hochwertigen Ausbildung aller Studierenden das Ziel.

In einer Zeit, in der zunehmend Vertreter anderer Fächer – berechtigterweise – eine Ausweitung der Aus- und Weiterbildung in Einrichtungen gerade der ambulanten Versorgung einfordern, kann die Allgemeinmedizin durchaus als Erfolgsmodell angeführt werden. Ihre Erfolge auf dem Gebiet der Qualitätssicherung in der Lehre in dezentralen Lehrpraxen sind als richtungsweisend anzusehen.

Dr. med. Klaus Böhme, MME
Facharzt für Allgemeinmedizin, Lehrkoordinator
Allgemeinmedizin, 79110 Freiburg



Im Medizinstudium sollten alle Studierenden möglichst frühzeitig und durchgängig in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen ausgebildet werden

Die DEGAM setzt sich dafür ein, das Medizinstudium stärker als bisher an den Versorgungsrealitäten zu orientieren. Alle Studierenden sollten daher während ihres gesamten Studiums kontinuierlich mit der Hausarztmedizin in Kontakt kommen. Dies ist neben der Verbesserung der allgemeinen ärztlichen Kompetenz auch eine entscheidende Voraussetzung, um Herz und Hirn des medizinischen Nachwuchses für die hausärztliche Versorgung zu gewinnen.

DEGAM-Zukunftspositionen. Position 15 (Auszug). Frankfurt 2012

Allgemeinmedizin ist das Kernfach im Medizinstudium

Das Medizinstudium zielt auf die Vermittlung der ärztlichen Grundkompetenz, die zur Weiterbildung in allen Fächern befähigen soll. Essentielle Lehrinhalte sind hier z.B. praktische Fertigkeiten wie die körperliche Untersuchung und die Vermittlung kommunikativer, interaktioneller Kompetenz. Die Allgemeinmedizin ist angesichts der zunehmenden Sub-Spezialisierungen – insbesondere in den Universitätsklinik – für die Vermittlung dieser Kompetenzen in idealer Weise geeignet. Die Beteiligung von Hausärztinnen und Hausärzten an der akademischen Lehre ist ausdrücklich erwünscht.

DEGAM-Zukunftspositionen. Position 16 (Auszug). Frankfurt 2012

Diese vierwöchigen Famulaturzeiten bei Praktikern konnten auf die erforderlichen Ausbildungsnachweise nicht angerechnet werden. Die Studierenden mussten also, wenn sie in der Allgemeinmedizin famulieren wollten, diese Zeit zusätzlich zu der damals dreimonatigen Pflichtfamulatur in Kliniken oder Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes ableisten. Der „Famulusvater“ (so die

Die Erfolgsgeschichte der Famulatur bei Hausärzten geht auf das Jahr 1965 zurück. Es waren neugierige Medizinstudenten, von spezialistischen Vorlesungen frustriert, die wissen wollten, wie es „draußen in der echten Versorgungsrealität“ zugeht. Zusammen mit nicht minder engagierten Vertretern des BPA gründeten sie die Aktion „Famulatur bei Praktischen Ärzten“.

Reinhold Klein

Famulatur in der Allgemeinpraxis

Seit 1965 die erfolgreichste Ausbildungsform

„Seit 2012 müssen jährlich 10 000 Famulaturplätze bei Hausärzten organisiert werden.“

Bezeichnung durch die Studenten sic!) erhielt vom Verband (oder regional von der KV Bayern) 150 DM pro Monat, die er an den Famulus weiterreichen sollte; zusätzlich hatte er freie Kost und Logis zu garantieren. Nach einigen Jahren schließ diese Aktion allerdings ein, nachdem sich zu wenig Praxen zur Verfügung gestellt hatten.

Obwohl der 72. Deutsche Ärztetag bereits 1968 beschlossen hatte, Famulaturen bei Praktischen Ärzten zu begrüßen und auf die Pflichtfamulatur anzurechnen, wurde dies erst in der Approbationsordnung von 1972 im Rahmen einer sog. 2-monatigen „Sozialfamulatur“ umgesetzt; dabei konnte die Famulatur auch „in einer ärztlichen Allgemeinpraxis“ abgeleistet werden. Da sich nach Wegfall der Möglichkeit einer Krankenhausfamulatur erneut zu wenig Hausarztpraxen (aber auch zu wenig Plätze im öffentlichen Gesundheitsdienst!) fanden, dehnte die Erste Verordnung zur Änderung der ÄApprO 1975 die Pflichtfamulatur auf sämtliche ärztliche Praxen, also auch auf diejenigen von Fachärzten aus. Weitere bindende Verordnungen der ÄApprO von 1979 und in den Folgejahren brachten erneute zeitliche und formale Umgestaltungen der Famulatur mit sich.

Die Pflichtfamulatur kam überraschend

Bis ins Jahr 2012 konnten wahlweise 1 bis 2 Monate der insgesamt 4 Monate in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung famuliert werden. Dann kam der 24. Juli 2012: Eigentlich war von der Approbationsordnung die Einführung eines obligaten PJ-Tertials oder Quartals erwartet worden. Überraschenderweise wurde dann aber durch Bundesratsbeschluss eine 4-wöchige Pflichtfamulatur in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung eingeführt.

Von universitärer Seite kümmerte man sich lange Zeit wenig bis gar nicht um die Famulatur in der Allgemeinpraxis. Das Prüfungsamt überprüfte lediglich die Famulaturzeugnisse vor Zulassung zum Staatsexamen formal auf die Korrektheit der abgeleisteten Zeiten. Nur an wenigen Universitätsstandorten nahmen sich die allgemeinmedizinischen Abteilungen dieser Thematik an. Als erster führte Jean-François Chenot in Göttingen einen fakultativen „Kurs zur Famulaturvorbereitung“ ein. Dieses Angebot ging später im Kurs „Medizinische Basisfähigkeiten“ auf.

Eine gegenläufige Entwicklung gab es an der TU München, wo auf meine Initiative bereits seit 2000 ein Skill-Training-Kurs „Untersuchungstechnik in der Hausarztpraxis“ zunächst in der eigenen Praxis, später in Räumen der TU als fakultative Lehrveranstaltung angeboten wurde und seit 2008 mit etwas veränderten Inhalten als „Kurs Famulaturvorbereitung“ weitergeführt wird. Seit 2011 bietet die TU München unter Federführung der Allgemeinmedizin und Beteiligung der Chirurgie und Inneren Medizin unter dem Namen FAMULATUM zusätzlich einen e-learning-gestützten Kurs zur selbstbestimmten Strukturierung der Famulaturzeit an. Dieses Programm wurde 2012 mit dem Ernst Otto Fischer-Lehrpreis der TU München ausgezeichnet.

Famulaturbörse

Die Einführung einer Pflichtfamulatur im Jahr 2012 kam auch für die DEGAM überraschend. Die Herausforderung, jetzt jährlich ca. 10.000 bundesweit benötigte Famulaturplätze in der hausärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stellen, war gewaltig. Das Präsidium der DEGAM handelte sofort, indem eine bundesweite „Arbeitsgruppe Famulaturkonzept Allgemeinmedizin DEGAM“ (Leiter: Reinhold Klein) sowie eine Famulaturbörse eingerichtet wurde. Die Gruppe besteht aus Mitgliedern der DEGAM, der GHA, der Medizinstudierenden (bvmd) und des Hausärzterverbands. Einbezogen sind auch die ambulanten Pädiater (DGAAP). Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es, ein Konzept für die Famulatur in der Hausarztpraxis zu entwickeln. Dabei orientiert sich die AG an den Bedürfnissen der Studierenden und stützt sich auf die Ergebnisse der vom bvmd durchgeführten Studentenforschung und einer in Heidelberg laufenden Dissertation

zu diesem Thema. Auf der von der AG gestalteten DEGAM-Seite zur Famulaturbörse finden die Studierenden u. a.:

- › **Famulaturstellen:** Derzeit stehen über 500 (Stand IV/2015) Famulaturplätze bundesweit zur Verfügung, Tendenz steigend. Leider deckt dieses Angebot nicht annähernd den Bedarf.
- › **Auswahlkatalog zum Lehrangebot:** Er soll Famulaturarzt und Famulus unterstützen, zu Beginn der Famulaturzeit auf Grund der Selbsteinschätzung der Studierenden und der vor Ort vorhandenen Möglichkeiten die für ihn geeigneten Lehrangebote auszuwählen, die in den kommenden 4 Wochen vermittelt werden sollen. Dieser Katalog soll zu einem Portfolio weiterentwickelt werden.
- › Ein zu erarbeitender „**Lernziel-Auswahlkatalog**“, ein Logbuch zum Downloaden und Lehrmaterialien sollen Lehrende und Lernende während der Famulatur didaktisch unterstützen.
- › **Informationsmaterial** zu formalen und inhaltlichen häufig gestellten Fragen zur Famulatur.
- › **Erfahrungsberichte** von Studierenden, welche die Famulatur in einer Praxis der hausärztlichen Versorgung bereits abgeleistet haben.

Gigantische organisatorische und inhaltliche Herausforderung

Für jedes Bundesland hat die AG Famulatur einen regionalen Ansprechpartner ausgewählt, der sich um die Qualität der Famulaturpraxen, insbesondere deren formale Eignung, kümmert und der die örtliche Vernetzung mit einschlägigen Institutionen wie KVen, Kammern, Universitäten, Qualitätszirkeln, etc. unterstützt. Die Qualitätskontrolle der durchgeführten Famulatur erfolgt in gewissem Umfang in jedem der 16 Bundesländer über den regionalen Ansprechpartner der AG Famulatur.

„Die Qualität der Ausbildung während der Famulatur ist eine Herausforderung und ist von den Universitäten nur bedingt beeinflussbar.“



„Sie werden begeistert sein.“ Plakat der Medizinstudenten im Fachverband der Medizinstudenten (FVM) von 1969

Tausende von Medizinstudierenden haben bis heute erfolgreich eine Famulatur in der Hausarztpraxis seit 1965 durchlaufen. Hunderte von Praxisinhabern stellten in über 50 Jahren in der Regel unentgeltlich ihre Praxen als qualifizierte Ausbildungsplätze zur Verfügung, um die jungen Kollegen möglichst früh für den Beruf als Allgemeinarzt zu begeistern. Freilich stellt heute die Vermittlung von 10.000 Famulaturstellen allein pro Jahr eine geradezu gigantische organisatorische Herausforderung in vielerlei Hinsicht dar; dabei liegt die Suche nach dem passenden Famulaturplatz in der Hand der Studierenden selbst. Eine weitere Herausforderung ist die Qualität der Ausbildung während dieses Ausbildungsabschnitts; sie obliegt den jeweiligen Praxisinhabern und ist von den Universitäten – im Gegensatz zum PJ in der Praxis – nur bedingt beeinflussbar. Vonseiten der DEGAM wird jedenfalls auch künftig alles versucht werden, der jahrelang geforderten Pflichtfamulatur auch weiterhin zum Erfolg zu verhelfen.

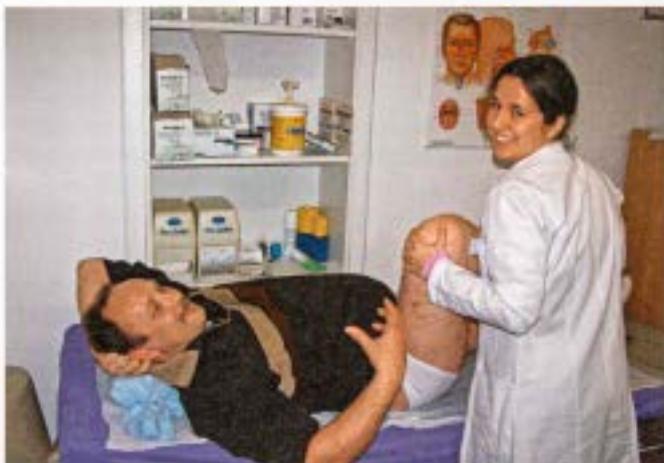
Prof. Dr. med. Reinhold Klein

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin, Chirotherapie, Palliativmedizin, Koordinator der DEGAM-Arbeitsgruppe Famulaturkonzept Allgemeinmedizin, 85235 Egenburg

Von der freiwilligen Famulatur 1965 mit „Famulusvater“ über die Sozialfamulatur 1992 bis zur Pflichtfamulatur 2012 (R. Klein wirbt 2015 für DEGAM-Famulaturbörse)



Ausbildung zum Mitmachen: Famulatur mit Spaßfaktor in der Hausarztpraxis



Feedback für den Lehrer

„Ich bekomme als Lehrer ein Feedback, zudem führt die mit Studenten gemeinsam durchgeführte Sprechstunde zu einer intensiveren Selbstreflexion. Zum anderen ist auch eine positive Wirkung auf bzw. bei den Patienten zu beobachten. Die Studenten geben mir neue Perspektiven bei den Fällen, und die Patienten freuen sich richtig, für hausärztlichen Nachwuchs ‚zu sorgen‘. Letztlich ist auch die Außenwirkung nicht zu unterschätzen. ‚Lehrbetrieb‘ ist ja ein weithin bekanntes Schlagwort. Ausbildungsbetriebe sind allgemein höher angesehen.“

Mühlenfeld H-M (2013) Von der Famulatur profitieren Student und Hausarztpraxis. Der Hausarzt 18:18-19

Es waren die Medizinstudenten

„Es waren Medizinstudenten, die Mitte der 60er Jahre – zunehmend vom theorielastigen Medizinstudium enttäuscht – den Kontakt mit den Praktischen Ärzten, als den Vertretern jenes Faches suchten, das im klinischen Unterricht zunehmend als Synonym für irrationale und Diagnose-verschleiende Medizin betrachtet wurde. ‚Wie sollen wir auch zu Praktischen Ärzten ausgebildet werden, wie es in der jetzigen Bestallungsordnung gefordert wird,‘ klagte 1969 die Marburger Studentenschaft in

ihrem Informationsblatt, ‚wenn unsere Lehrer von der Bedeutung dieser Aufgabe keineswegs überzeugt sind und uns mit aller Gewalt zu Spezialisten machen wollen?‘

Im Jahr 1965 wurde durch die Initiative der Zeitschrift *Der Medizinstudent* die ‚Aktion Famulatur bei Praktischen Ärzten‘ gegründet. Namen auf studentischer Seite wie Straube, Mader, Homann sind ebenso untrennbar mit dieser Aktion verbunden wie die einiger der damaligen Repräsentanten der freien Ärzteschaft und des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte (BPA) wie Dres. Kellner, Kunsemüller und Haehn. Begeistert berichtete ein Student: ‚Was ich meinem Famulusvater zu verdanken habe, kann ich nur später versuchen, an jüngere Kollegen weiterzugeben.‘“

Mader FH (1980) Zur Geschichte der Famulatur bei Praktischen Ärzten. ZFA 56:1415-1418

Menschlicher und medizinischer Horizont

„Der Student soll in der Zeit der Famulatur die schon erworbenen theoretischen Kenntnisse an der Praxis prüfen und auch ühend anwenden können. Je früher sie im Studium die Gelegenheit zur Famulatur in der Praxis ergreifen, desto eher wird nicht nur ihr menschlicher und medizinischer Horizont erweitert, sondern ihr meist prüfungsorientiertes Lernen erhält erstmalig einen prakti-

schen Hintergrund mit realen Bezügen. Sie werden natürlich ihr Endziel – ein guter Arzt zu werden – auch in dem ersten theoretischen Studienabschnitt nicht so leicht aus den Augen verlieren. Hauptziel der Famulatur ist das Kennenlernen der Problematik des Krankseins außerhalb des Spitals in der ersten ärztlichen Linie der Primärversorgung ... Diese Eindrücke vom Kranksein zu Hause mit allen diagnostischen und therapeutischen Problemen der freien Praxis soll jeder Student – ganz gleich, welches Ziel er später einmal anstrebt – selbst erlebt haben.“

MR Dr. Gottfried Heller (1974), Österr. Inst. für Allgemeinmedizin, Klagenfurt, Forschungsprojekt „Lehrpraxen“

Ausbildungsbetrieb Praxis

„Die Lehrpraktiker müssen für die Famulaturen vorbereitet werden. Hierfür sind Seminarveranstaltungen notwendig. Aber auch die Studenten sollen und müssen auf die Famulatur vorbereitet werden. Eine abschließende Auswertung ist ebenfalls von großer Wichtigkeit.“

K.-D. Haehn im Protokoll „Seminar Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin“, Berlin-Grunewald, 31.3.1973



Vollgepackt mit Bergsachen, Mountainbike und Koffer startete ich in das Abenteuer meiner bayerischen Landarztfamulatur. Ich wohnte im Haus der Ärztin in einem eigenen Zimmer und wurde am Morgen vom Muhen der Kuh und den Hufgeräuschen der Pferde wach. Ein wahrer Traum!

Mein Arbeitstag: Jeden Morgen um 8 Uhr Sprechstunde.

Als ich in der Unibibliothek Dresden unter diversen Zeitschriften für Studenten über die DEGAM-Famulaturbörse las, war das für mich der Beginn einer wundervoll abenteuerlichen und erfahrungsreichen Zeit in der Praxis von Dr. *Claudia Norzel* im bayerischen Oberland.

Juliane Höfer

Landarztfamulatur mit Bergglück

Von Berufstheorie und Dienst im Dirndl

Zuerst die theoretischen Grundlagen der Allgemeinmedizin

Zuerst durfte ich einige Tage meiner Mentorin über die Schulter schauen. Sie erklärte mir dabei viele theoretische Grundlagen der Allgemeinmedizin, was ihr als Lehrärztin der TU München besonders gut gelang. Ich erfasste dabei zuerst anhand des SOAP-Schemas die Probleme der Patienten sowie Ideen und Umsetzungen einer adäquaten Therapie. Nach jedem Patienten haben wir uns Zeit für eine kleine Auswertung genommen und Ideen für mögliche abwendbar gefährliche Verläufe im jeweiligen Krankheitsbild gesammelt. Am Abend habe ich mir dann zu den jeweiligen Beschwerden die entsprechende DEGAM-Leitlinie zu Gemüte geführt und unser Vorgehen noch einmal reflektiert.

Frau Norzel hat mir nach einigen Tagen auch eigene Patienten überlassen. An diesen konnte ich das Wissen des Anamnese- und Untersuchungskurses anwenden und vor allem auch für mich schwierige Untersuchungstechniken nachvollziehen. Ebenso wurden Gesprächstechniken, Geduld, die Bereitschaft zum Zuhören und das manchmal langwierige Ergründen und Nachfragen von Symptomen geschult. Da-

neben konnte ich praktische Tätigkeiten wie Blutabnehmen, Blutgerinnungs- und Glukose-Bestimmungen, Ampullen aufziehen, Fäden- und Klammerentfernung sowie Perkussion und Auskultation fleißig üben.

Das Spektrum der Beratungsprobleme „meiner“ Patienten war vielfältig: von kardiogenen Erkrankungen, chronischen Stoffwechsel-Erkrankungen, Magen-Darm-Problemen, Blutkontrollen bis hin zu häufig psychosomatisch bedingten Störungen. Besonders beeindruckt war ich dabei von der Rolle des Allgemeinarztes als „Zuhörer“ für Patienten mit psychosozialen Belastungen, die insbesondere Empathie und Einfühlungsvermögen voraussetzen. Hier konnte ich meiner Ausbilderin viel abschauen.

Das Landarzt-dasein

Das Leben als Ärztin in einer Gemeinde mit 5.300 Einwohnern inklusive der vielen kleinen umliegenden Dörfer hat vor allem den Vorteil, dass man ein sehr persönliches Verhältnis zu den meisten seiner Patienten hatte. Dabei gewann ich den Eindruck, dass dies vor allem bei psychosozialen Problemen sehr nützlich sein kann. Außerdem haben mir einige Patienten berichtet, dass es ihnen wichtig sei, eine Ärztin an ihrer Seite zu haben, die sich in sie hineinversetzen kann und dass es durchaus hilfreich sei, manchmal einfach nur ein paar tröstende, persönliche Worte zu erhalten. Das rette schon den einen oder anderen Tag. Besonders begeistert war ich von den Hausbesuchen. Auch hier gewährt einem der Patient ein Stück weit einen Blick in sein Privatleben und seine engste Umgebung. Ich finde es daher auch sehr wichtig, wenn sich der Arzt dieses Vorzugs bewusst ist und vertrauensvoll mit ihm umgeht. In Erinnerung habe ich einen meiner ersten Dienste, als

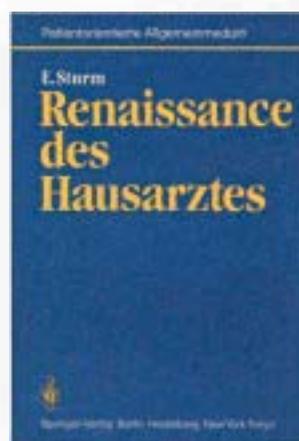


Gipfelglück: Famula Höfer mit Lehrärztin Dr. med. Norzel

KONFRONTATION MIT DER TÄGLICHEN REALITÄT

„Eine Famulatur ist die beste Gelegenheit, den Studenten in das patientenorientierte Denken und Handeln des Hausarztes einzuführen. Zugleich erhält er Einblick in die persönliche Beziehung des Hausarztes zu seinen Patienten. Er lernt den Patienten in seiner Familie und Umwelt kennen und erfährt die Rückwirkungen der Krankheit auf das persönliche und familiäre Schicksal. In einer individuellen Lernsituation ‚von Person zu Person‘ wird der Student mit der täglichen Realität konfrontiert. Wenn ein Student die Vorgänge in der Allgemeinpraxis richtig verstehen soll, dann muss er durch eine vorbereitende Lehrveranstaltung in die für ihn völlig neue Denk- und Handlungsweise des Hausarztes eingeführt werden. Erfahrungsgemäß kann der Erfolg der Famulatur durch eine solche einführende Unterrichtsveranstaltung erheblich gesteigert werden.“

Sturm E (1983) Renaissance des Hausarztes. Berlin Heidelberg New York Tokyo



Sturm (1983) Bd 1 der ange-dachten Reihe „Patientenorientierte Allgemeinmedizin“²

- 1 Bereits 1965 empfahl der Praktische Arzt Dr. med. Eckart Sturm „die Famulatur als Ergänzung der Ausbildung“, 1970 Eingang der Allgemeinpraxisfamulatur in die ÄApprO
- 2 Untertitel der Reihe : „Konzept für eine wissenschaftliche Grundlegung hausärztlicher Tätigkeit und für eine Wissenschaft vom Patienten“

wir kurz vom Leonhardifest zu einem Patienten in Tracht gefahren sind. Ich fand das schon ziemlich lustig und aufregend, Dienst im Dirndl zu machen. Sowas gibt's auch nur in Bayern.

Mit meinen Eltern war ich bereits seit den Kindertagen Winter wie Sommer hier im Oberland im Urlaub und malte mir bereits aus, wie es später einmal wäre, als Landärztin in dieser Region zu sein. Irgendwie hat mich diese Idee niemals losgelassen. Bis heute nicht.

can. med. Juliane Höfer, 01277 Dresden

Red. bearb. Text. Quelle: DEGAM-Famulaturbörse - Erfahrungsberichte

Kommentar der Praxisinhaberin

Auch ich hatte eine wunderbare Zeit mit *Juliane Höfer*. Die Idee der DEGAM-Famulaturbörse entsprach genau meinen eigenen Famulaturerfahrungen, die Zeit des Lernens auch gleichzeitig dazu zu nutzen, andere Regionen Deutschlands oder auch der Erde kennenzulernen. Mit Juliane trafen nun zwei Punkte genau ins Schwarze: Sie war begeisterungsfähig und konnte ihr Uniwissen in der Praxis anwenden und vertiefen. Und sie wollte die Zeit bei uns nutzen, um die Region kennenzulernen. Einen Famulus in der Allgemeinmedizinischen Praxis zu haben, hat mir einmal mehr gezeigt, wie wunderbar unser Beruf ist.

Dr. med. Claudia Norzel

Fachärztin für Allgemeinmedizin
83623 Dietramszell

Medizinstudenten gegen Zwangsabschnitt Allgemeinmedizin im PJ

Am 11. Mai 2002 stimmte der Bundesrat der von der Bundesregierung erstellten Novelle der ÄApprO unter Auflagen zu. Die Anträge von Mecklenburg-Vorpommern und NRW, die Studierenden während ihres PJ zu 3 Monaten Allgemeinmedizin zu verpflichten, lehnte er ab. Ebenso war der Vorschlag gescheitert, einen viermonatigen Pflichtabschnitt in der Allgemeinmedizin einzuführen und das Wahltertia abzuschaffen. Auch der Medizinische Fakultätentag (MFT) hatte im Vorfeld zu bedenken gegeben, dass jegliche Evidenz für die Erwartung fehle, dass sich mehr Absolventen für die Allgemeinmedizin entschieden, wenn man alle PJ-Studierenden in dieses Fachgebiet zwingt.

An 15 Universitäten hatten die Studentenvertreter zum Protest aufgerufen und sammelten in einer Onlinepetition tausende Unterschriften gegen den Zwangsabschnitt Allgemeinmedizin im PJ. Quelle: Dtsch Arztebl (2012) 20:858



„Durch Zwang kann kein Wohlfühlen in einem Fachgebiet erreicht werden. Die Versäumnisse der Politik bei der Allgemeinmedizin dürfen nicht auf dem Rücken der Studierenden ausgetragen werden“, sagte cand. med. Stephan Irannejad bei der Demo vor dem Bundesrat.

Quelle: Dtsch Arztebl (2012) C 858

Seit 2005 ist die Allgemeinmedizin Wahlfach im Praktischen Jahr (PJ) des Medizinstudiums und wird heute an allen Medizinischen Fakultäten mit stetig steigenden Zahlen (pro Standort ca. 147 Lehrpraxen und 5 bis 60 PJ-Studenten pro Jahr) angeboten. Gerade angesichts des zukünftig wachsenden Bedarfs an kompetenten Hausärzten müssen allgemeinmedizinische Themen integraler Teil des Medizinstudiums werden.

Wer heute in Deutschland Medizin studiert, wird in aller Regel an einem Universitätsklinikum ausgebildet: Hier werden allerdings weniger als 0,5 % aller Patienten versorgt, wichtige und häufige Krankheitsbilder sowie sozial- und familienmedizinische Themen kommen dort nicht vor. Ein PJ-Abschnitt in einer Allgemeinpraxis konfrontiert mit der hausärztlichen Versorgungsrealität.

Anne Simmenroth-Nayda

Studierende mit dem PJ sehr zufrieden

Deutlicher Zuwachs an hausärztlicher Kompetenz

„Bei 79 % der befragten PJ-Studenten einer akademischen Lehrpraxis verfestigte sich der Hausarzt als Berufswunsch.“

„Die DEGAM hat als erste deutsche Fachgesellschaft ein kompetenzbasiertes Musterlogbuch für das PJ-Wahlterial Allgemeinmedizin erstellt.“

Die Studierenden haben dagegen in einer Lehrpraxis die Chance, Langzeitbetreuung von Patienten, häufige Beratungsprobleme in der Praxis, chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Multimedikation, Notfälle, Prävention, Ärztliche Gesprächsführung, Erstberatung, hausärztliche Diagnostik- und Entscheidungsfindung, evidenzbasierte Pharmakotherapie, Heil- und Hilfsmittelversorgung und die palliativmedizinische Versorgung kennenzulernen.

Eine aktuelle Befragung von über 100 PJ-Studenten an 8 Medizinischen Fakultäten ergab bei 79 % der Befragten nach dem Ende des PJ in einer akademischen Lehrpraxis eine weitere Verfestigung des Berufswunsches „Hausarzt“. Auffällig war die sehr hohe Zufriedenheit mit der Betreuung durch die jeweiligen Lehrärzte, sie wird von nahezu allen Befragten als „sehr gut“ bezeichnet. Die Studierenden berichten außerdem von einem deutlichen Zuwachs an Kompetenz in typisch hausärztlichen Bereichen, wie z.B. ihren kommunikativen Fertigkeiten, dem Aufbau der Arzt-Patienten-Beziehung, der körperlichen Untersuchung, der Anamnese-Erhebung und der Kenntnis von Abläufen in der ambulanten Versorgung.

Erstes kompetenzbasiertes Musterlogbuch

Die DEGAM hat als erste deutsche Fachgesellschaft ein kompetenzbasiertes Musterlogbuch für das PJ-Wahlterial Allgemeinmedizin erstellt, das die spezifisch hausärztlichen Themen in Lernzielen formuliert und damit eine national vergleichbare Qualität am „Lernort Praxis“ ermöglicht. Außerdem existieren seit 2003 einheitliche personelle und strukturelle Standards für Lehrpraxen, die von der DEGAM formuliert wurden und an nahezu allen Standorten berücksichtigt werden.

Anlässlich der Novellierung der Approbationsordnung im Jahr 2012 hat die DEGAM eine Stellungnahme vorgelegt, die eine Quartalisierung des PJ und ein Pflichtquartal in der Hausarztpraxis vorsieht. Deutschland würde sich damit internationalen Standards annähern und allen Studierenden den so wichtigen Einblick in die Ebene der Primärversorgung ermöglichen. Da die Einführung des PJ-Pflichtquartals das Fach Allgemeinmedizin gleichzeitig zu einem obligatorischen Prüfungsfach im abschließenden Staatsexamen macht, würde darüber hinaus auch die Bedeutung allgemeinmedizinischer Inhalte in den Augen der Studierenden deutlich steigen. Zwar gibt es z. T. erhebliche Vorbehalte von Seiten der Studierenden (bmvd), die eine Einschränkung ihrer Wahlmöglichkeiten befürchten, und des Marburger Bundes (mb). Die Ausbildungsqualität würde sich aber für alle Studierenden verbessern, und es würden Inhalte vermittelt, die in keinem anderen Fach gelernt werden können; außerdem dient diese Maßnahme auch der dringend nötigen Nachwuchsgewinnung.

Dr. med. Anne Simmenroth-Nayda
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Oberärztin,
Lehrkoordination, 37081 Göttingen

Ärztetag lehnt Pflicht-PJ ab

Der 119. Deutsche Ärztetag in Hamburg hat „den diskutierten Vorschlag, im Praktischen Jahr (PJ) einen Pflichtabschnitt Allgemeinmedizin einzuführen, abgelehnt. Statt weitere Zwangsmaßnahmen zu etablieren, sollten die zunächst bereits angeschobenen Maßnahmen in ihrer Wirksamkeit evaluiert werden.“
Pressemitteilung Bundesärztekammer
27.5.2016

Praktische Ausbildung im Spiegel der letzten 150 Jahre

Die Ausbildung zum Arzt war in den letzten 150 Jahren seit der reichseinheitlichen Regelung durch die Reichsgewerbeordnung des Jahres 1869 Gegenstand zahlreicher lebhafter Diskussionen und teilweise eingreifender Änderungen des Curriculums, die vielleicht nur historisch erklärt werden können.

Mit der Frage nach der Qualität der ärztlichen Ausbildung und dem Ziel dieser Ausbildung war die Integrierung ausreichend praktischer Tätigkeit in das Medizinstudium verbunden. Die wichtigste Neuerung der Prüfungsverordnung vom 28. Mai 1901 war die Einführung eines Praktischen Jahres, das vor allem die Ärzteschaft schon damals im Interesse einer ausreichenden praktischen Ausbildung des deutschen Arztes gefordert hatte. Diese Bestimmungen blieben bis zum Jahr 1939 unverändert in Kraft. Die Bestallungsordnung von 1939 (auf der Basis der Reichsärzteordnung vom 13. Dez. 1935, welche die Reichsgewerbeordnung ablöste) brachte das Praktische Jahr (PJ), das vor der Bestallung abgeleistet werden musste, in Wegfall und sah dagegen eine postgraduelle „Pflichtassistentenzeit“ und ein sog. „Landvierteljahr“ für den niederlassungswilligen Arzt vor. Als Ersatz für das PJ war wohl neben einem (seit 1942) 4-monatigen Fabrik- oder Landdienst eine Pflichtfamulatur von 6 Monaten gedacht. Nach den Vorschriften der ÄApprO vom 27. Juni 2002 (zuletzt geändert 17. Juni 2012) erfolgt im letzten Teil des Medizinstudiums eine obligate Ausbildung im Praktischen Jahr. *Frank H. Mader*



PJ-Ausbilder Dr. Peter Landendörfer lädt nach Heiligenstadt/Franken ein.

PJ-Tertial beim Hausarzt Teil des Medizinstudiums

In einer 16-seitigen Broschüre „PJ-Pflichtquartal“ setzen sich DEGAM-Präsident *F. Gerlach* und der frühere Vorsitzende der GHA *W. Niebling* trotz gewisser Widerstände aus der Studentenschaft für ein obligates Tertial Allgemeinmedizin in besonders qualifizierten Hausarztpraxen ein.

Wer heute in Deutschland Medizin studiert, wird in der Regel an Universitätskliniken ausgebildet, die sich selbst als Kliniken der „Supramaximalversorgung“ bezeichnen. Hier werden jedoch weniger als 0,5% aller Patienten auf höchstem technisch-wissenschaftlichen Niveau versorgt. Das ist gut so – aber keinesfalls ausreichend! ...

Die Kenntnis der hausärztlichen Versorgungsebene ist für alle angehenden Ärztinnen und Ärzte ein Gewinn. Auch diejenigen, die später als Psychiater oder Chirurg tätig werden, verstehen auf diese Weise die Bedingungen, Chancen und Grenzen hausärztlicher Tätigkeit besser. Eine Ausbildung in akademischen Lehrpraxen verbreitert und vertieft also die Ausbildungsinhalte und verbessert darüber hinaus die spätere Kooperation zwischen den Disziplinen.

Ca. 55.000 Hausärzte bilden in Deutschland die größte Fachgruppe und haben eine zentrale, unverzichtbare Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung in unserem Gesundheitssystem. Mehrere Untersuchungen zeigen inzwischen, dass Praktika in allgemeinmedizinischen Praxen und das persönliche Kennenlernen des Berufsfeldes die Bereitschaft erhöhen, später eine Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin anzustreben. Es geht nicht darum, dass zukünftig alle Studierenden Allgemeinärzte werden. Wir wissen sogar, dass – trotz (oder wegen?) einer 6-jährigen Sozialisation in Universitätskliniken – zunehmend mehr Studierende die Faszination einer Spezialisierung auf den ganzen Menschen erkennen und sich eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zumindest vorstellen können. Angesichts des hohen Bedarfs an kompetenten Allgemeinärzten muss dieses Berufsfeld integraler Teil des Medizinstudiums sein. Alle Studierenden müssen die Chance haben, auf der Basis eigener Anschauung eine informierte Entscheidung treffen zu können. Ein PJ-Quartal in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis verbessert die Ausbildungsqualität und stellt genau das sicher.

Quelle: Vorwort zu „PJ-Pflichtquartal“: *Bergmann A, Ehrhardt M, Simmenroth-Nayda A (2013) PJ-Pflichtquartal. DEGAM-Bundesgeschäftsstelle Frankfurt/M.*



Pflichtquartal Allgemeinmedizin. Inhalte, Umsetzung, Qualität und Kosten. Frankfurt, 2013

Ich wurde von allen herzlich aufgenommen, wie ich es mir nicht hätte träumen lassen. Sie und Ihr Praxispartner hatten für mich immer ein offenes Ohr und haben sich Zeit genommen, mir Dinge neu zu erklären und praktische Fähigkeiten zu vermitteln. Trotzdem hatte ich nie das Gefühl, dass ich Ihnen zur Last falle, obwohl Sie ja trotz allem noch Ihren ganz normalen Praxisalltag zu bewältigen und nicht nur

Begeistert schreibt ein PJ-Student an seinen Ausbilder am Ende seines PJ-Tertials in einer fränkischen Landarztpraxis.

Georg Eckstein

Erstmals gelernt, eine ordentliche Untersuchung durchzuführen

Meine Eindrücke im PJ Allgemeinmedizin

mich am Bein hatten. Solche Lehrer wünscht sich ein jeder Schüler. Ich habe bei Ihnen wahrscheinlich erstmals richtig gelernt, eine ordentliche Untersuchung wiederholt und strukturiert durchzuführen, um nur einen meiner Lernerfol-

„PJ hat mich bestärkt“

„Die Allgemeinmedizin ist unter uns Studenten während des Studiums kein beliebtes Fach. Man möchte moderne Diagnostik durchführen und im OP stehen, schnelle Therapieerfolge sehen und ein ‚Macher‘ sein. Die hausärztliche Betreuung eines kranken Menschen, noch dazu wenn er alt und chronisch krank ist, ist für die meisten Studenten zu langweilig; für viele ist der Hausarzt nur noch reiner Überweiser und Rezepteschreiber. Die ganzheitliche Betreuung als Königsdisziplin des Hausarztes ist den jungen Studenten viel zu mühsam und kompliziert. Unterkunft und Fahrtkosten für 16 Wochen auf dem Land musste ich allerdings selber tragen; dafür ist im Gegensatz zu den Tertialen in der Klinik leider kein Geld vorgesehen. Und das tut einem Studenten schon weh, wenn er sein Zimmer in München nicht in dieser Zeit untervermieten kann. Trotz dieser Rahmenbedingungen hat mich mein Wahltertial nur noch mehr bestärkt, diesen wunderbaren Beruf als Hausärztin zu wählen. Ich würde es jedem Studenten weiterempfehlen.“

Quelle: *cand. med. Katharina Kluger. Auszug. Der Allgemeinarzt (2016)2:14*

ge zu nennen. Zugleich hatte ich noch nie mehr und intensiveren Kontakt zu Patienten wie hier in Heiligenstadt. Sie, Ihre Frau, Ihr Kollege und alle Ihre Mitarbeiter haben mir in diesen 3 Monaten die wohl schönste Zeit meiner bisherigen medizinischen Ausbildung geschenkt und mir eine Freude an der Allgemeinmedizin vermittelt, so dass mich mein künftiger Weg wohl in diese Richtung führen wird.“

*cand. med. Georg Eckstein
96465 Neustadt bei Coburg*

PJ-Pflichtquartal: Bessere und breitere Ausbildung

„Auch wenn die Allgemeinmedizin durch die Novellierung der ÄApprO 2012 insgesamt gestärkt wurde, scheiterte der Versuch, ein Pflichtquartal Allgemeinmedizin im PJ zu integrieren, an einer schwarz-gelben Mehrheit.

Die DEGAM ist jedoch nach wie vor überzeugt, dass im Interesse einer besseren und breiteren Ausbildung aller Medizinstudierenden und aufgrund des zukünftig hohen Bedarfs an Hausärzten die Allgemeinmedizin integraler Bestandteil des Medizinstudiums und der abschließenden Staatsexamensprüfung sein sollte.

Ein PJ-Pflichtquartal ist die hier nahe liegende Lösung: Die Studierenden behalten ihre Wahlfreiheit im PJ (verpflichtend wären dann die Fächer Chirurgie, Innere und Allgemeinmedizin), zugleich würde aber allen – wie in vielen europäischen Nachbarländern üblich – der so wichtige Einblick in die Ebene der Primärversorgung ermöglicht. Dem DEGAM-Positionspapier zufolge ergibt sich eine realistisch eingeschätzte jährliche Belastung von rd. 22 Wochen studentischer Ausbildung pro Lehrpraxis (im Mittel 2 x 2 Wochen für das Blockpraktikum und 1,5 x 12 Wochen für das PJ-Quartal). Das hat zur Folge, dass insgesamt die überschaubare Anzahl von 4.600 neuen Lehrpraxen rekrutiert werden müsste. Das entspricht einem Durchschnitt von 125 neuen Lehrpraxen pro universitärem Standort. Insgesamt würden dann realistisch rekrutierbare 16,7 % aller in Deutschland zur Verfügung stehenden Hausarztpraxen als Lehrpraxen fungieren. Bis 2019 sollte ein solches PJ-Pflichtquartal Allgemeinmedizin flächendeckend eingeführt sein. Die Gesamtkosten würden sich jährlich auf rd. 25 Mio Euro belaufen.“

Quelle: *ZFA (2013) 11:468*

50 Jahre DEGAM

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Weiterbildung, Berufsbild und Professionalisierung

Der Weg zur Qualifikation zum Hausarzt in der vertragsärztlichen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland war äußerst steinig und dornig. Da war zunächst die Diskussion um die Notwendigkeit einer strukturierten ärztlichen Weiterbildung für den Praktischen Arzt, dann die leidenschaftliche Diskussion auf dem 100. Deutschen Ärztetag in Eisenach 1997 über eine adäquate Bezeichnung vom Praktiker

sich die Weiterbildungs-gremien und die beiden betroffenen Berufsverbände intensiv mit dem Thema befasst.

Innere und Allgemeinmedizin

Nach vielen Abstimmungsgesprächen zwischen BDI, DHÄV und Kammervetretern wurde beschlossen, ein großes Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin zu bilden, in dem über ein zweistufiges Modell sich einerseits der Hausarzt und andererseits der Facharzt für Innere Medizin/Schwerpunkt qualifizieren sollte. Angedacht war ein 3-jähriger „Common trunk“ mit einer 3-jährigen Weiterbildung in der stationären allgemeinen Inneren Medizin, wobei für den „Hausarzt“ 1 Jahr Weiterbildung ambulant oder stationär in anderen Gebieten der Patientenversorgung anrechnungsfähig war. Nach diesem „Common trunk“ teilte sich die Weiterbildung in eine 2-jährige ambulante Weiterbildung in der hausärztlichen Versorgung zum Hausarzt und eine 3-jährige Weiterbildung in einem Schwerpunkt der Inneren Medizin. Die Facharztbezeichnung lautete nach der 5-jährigen Weiterbildung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“, nach der 6-jährigen Weiterbildung „Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt“. Den „Facharzt für allgemeine Innere Medizin“ gab es dadurch nicht mehr, dieser ging in dem neu geschaffenen „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ auf. Dieser neue Facharzt sollte nicht nur im hausärztlichen Bereich, sondern auch im stationären Bereich tätig sein, zum Beispiel in der Notaufnahme oder auch als Konsiliarier für die anderen Gebiete.

Bereits in der Etablierungsphase gab es jedoch Verwerfungen zwischen BDI und DHÄV sowie deren Fachgesellschaften, so dass es bereits auf dem folgenden 105. Deutschen Ärztetag in Rostock 2002 zu heftigen Diskussionen kam. Dennoch wurde dieses Modell mit 128 Ja- zu 46 Nein-Stimmen angenommen und ein Jahr später auf dem 106. Deutschen Ärztetag in Köln 2003 in die neue M-WO aufgenommen.

Da bereits bei den vorangegangenen Beschlüssen von Rostock und Köln starker Widerstand vor allem von Seiten der Internisten kam, aber teilweise auch von Seiten der Allgemeinärzte, war es nicht weiter verwunderlich, dass deren Umsetzung nicht konsequent und einheitlich stattfand. In 5 Landesärztekammern wurde die Facharztbezeichnung „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ nicht eingeführt, wobei zunächst nur eine Landesärztekammer, Hessen, abweichend vom dualen Weiterbildungsgang, den „Facharzt für Innere Medizin“ zusätzlich einführte.

EU-Richtlinien

Durch die uneinheitliche und teilweise zögerliche Umsetzung der M-WO gab es große Schwierigkeiten mit der Europäischen Union, welche mehrmals der Bundesrepublik Deutschland ein

Praktischer Arzt, Allgemeinarzt, Arzt für Innere und Allgemeinmedizin? Gebiets- oder Facharzt? Die Geschichte der korrekten Bezeichnungen des Hausarztes war nicht minder dramatisch wie das Ringen um eine spezifische, strukturierte, mehrjährige und curriculare Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.

Max Kaplan

Die Weiterbildung zum Hausarzt

Dauerkonflikt zwischen Allgemeinmedizin, Innerer Medizin und EU-Richtlinien

über den Familienarzt bis zum Allgemeinarzt und zuletzt die Festlegung eines Facharztstatus als Facharzt für Allgemeinmedizin mit einer Weiterbildungsdauer von mindestens 5 Jahren und einer klar vorgegebenen Struktur.

Dualismus in der hausärztlichen Versorgung

Im Rahmen der Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung (M-WO) kam es auf dem 104. Deutschen Ärztetag in Ludwigshafen 2001 zu einer weiteren heftigen Diskussion darüber, wer für die hausärztliche Versorgung prädestiniert sei – der Allgemeinarzt oder der Internist. Diese Auseinandersetzung führte – ausgehend von einer bayerischen Initiative – zu einem Entschließungsantrag, der den Vorstand der Bundesärztekammer beauftragte, bei der Novellierung der WO „dafür Sorge zu tragen, dass für die hausärztliche Versorgung das Nebeneinander von Allgemein- und allgemeiner Innere Medizin durch Fusion der beiden Gebiete beseitigt wird“. Begründet wurde dieser Antrag mit der Notwendigkeit einer einheitlichen Hausarztqualifikation und der Überwindung des Dualismus in der hausärztlichen Versorgung. Daraufhin haben

„Wegen uneinheitlicher und teilweise zögerlicher Umsetzung der M-WO hatte die EU mehrmals Deutschland ein Vertragsverletzungsverfahren angedroht.“

„2010 hatten Innere und Allgemeinmedizin wieder ihre ureigene Identität. Ein am Versorgungsbedarf orientiertes Projekt war gescheitert.“

„Die Schweiz hat zum 1.1.2011 einen ‚Facharzt für Allgemeine Innere Medizin‘ eingeführt. Dies entspricht der gleichen Idee, die wir vor 13 Jahren hatten.“

Vertragsverletzungsverfahren angedroht hatte. Das Nicht-Vorhalten eines „Facharztes für Innere Medizin“ schaffte insbesondere Probleme für die Migration aus anderen Staaten der EU nach Deutschland, und die nichteinheitliche Umsetzung der Qualifikation „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ für die hausärztliche Versorgung machte eine Notifizierung der neuen Bezeichnung unmöglich. Aufgrund dieser Probleme und dem wachsenden Widerstand im Berufsverband der Inneren Medizin, aber auch der Allgemeinmedizin und deren Fachgesellschaften DGIM und DEGAM führte der 110. Deutsche Ärztetag in Münster 2007 die 5-jährige Facharztweiterbildung Innere Medizin im Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ wieder ein. Auf dem 113. Deutschen Ärztetag in Dresden 2010 wurde schließlich die Trennung des bisherigen Gebietes „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ in das Gebiet Allgemeinmedizin (Facharzt für Allgemeinmedizin) und das Gebiet Innere Medizin (Facharzt für Innere Medizin) mit großer Übereinstimmung beschlossen. Jetzt hatte

wieder jedes Fachgebiet seine ureigene Identität, ein am Versorgungsbedarf orientiertes Projekt war gescheitert.

Interessant für mich ist dabei, dass die Schweiz zum 1. Januar 2011 einen „Facharzt für Allgemeine Innere Medizin“ eingeführt hat, mit einer 3-jährigen Basisweiterbildung allgemeine Innere Medizin und einer 2-jährigen Weiterbildung mit individuell wählbaren Modulen, die dann zu einer Qualifizierung entweder zum Hausarzt oder zum Spitalinternisten führt. Dies entspricht der gleichen Idee, die wir vor 13 Jahren hatten, und ich bin gespannt, welchen Weg die Schweiz weiter gehen wird. In Deutschland diskutieren wir zurzeit erneut eine Novellierung der M-WO, allerdings unter ganz anderen Gesichtspunkten: Flexibilität, Orientierung am Versorgungsbedarf und an „vermittelbaren“ Inhalten.

Dr. med. Max Kaplan

Facharzt für Allgemeinmedizin, Vizepräsident Bundesärztekammer, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, 81677 München

BOLOGNA-PROZESS

Ziele: Europaweit vergleichbare Studienabschlüsse, Einführung eines zweigestuften konsekutiven Ausbildungssystems (Bachelor/Master) sowie erhöhte Mobilität der Studierenden. Für die Humanmedizin ist die Harmonisierung durch EU-Richtlinie 93/16/EWG geregelt.

Quelle: M. Kaplan (2016)

„Wir müssen die Voraussetzungen schaffen“

„Der Arbeitgeber in der Praxis draußen, spricht: der Allgemeinarzt, kann die Weiterbildungsstellen nicht aus seinem Umsatz bezahlen. Der Praxisassistent leistet ja das gleiche wie ein Assistent im Krankenhaus – er hat also Anspruch auf das gleiche Gehalt. Aber im Gegensatz zum Krankenhaus als Arbeitgeber kann der Allgemeinarzt dieses Gehalt nicht irgendwohin, z. B. auf den Pflegesatz, abwälzen. Er kann auch nicht erwarten, dass der junge Kollege das durch seine ärztliche Leistung im Rahmen einer Allgemeinpraxis verdient. Das wäre nicht der Sinn der Mitarbeit, dass der junge Arzt sein Gehalt durch Verdoppelung des Umsatzes verdient. Er soll ja hier etwas lernen.“

Quelle: Häussler S (1980) ÄP 39:1454



Der Facharzt für Allgemeinmedizin

ist Ihr Fachmann für hausärztliche Betreuung in gesunden und kranken Tagen.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin

ist für diese Aufgabe besonders qualifiziert durch eine 4jährige Weiterbildung nach dem Studium in Klinik und Praxis. Mit Facharztprüfung.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin

lebt mitten unter seinen Patienten und kennt ihre Familien, Arbeitsbedingungen und ihre Freizeitgestaltung, Lebenslang.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin

ist umfassend geschult in Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin

macht Hausbesuche. Er ist Ihr Vertrauter und Berater. Nicht nur während der Sprechzeiten.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin

verfügt über eine moderne Medizintechnik, die ihm die Krankheitserkennung und Behandlung erleichtert.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin

steht in engem Kontakt zu anderen Fachärzten und zu den Krankenhäusern.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin

Ihr Arzt der ersten Wahl.

„Die ‚Facharztausbildung‘ (Anm. Facharztweiterbildung) zum Allgemeinarzt wird (sc. in den Deutschland benachbarten Ländern) nicht nur als Reaktion auf das ungünstige Verhältnis von Allgemeinärzten und Fachärzten oder etwa als Imageaufwertung des Allgemeinarztes verstanden. Sie ist vielmehr die allgemeine und notwendige Antwort auf die Bedürfnisse der heutigen ambulanten Gesundheitsversorgung.“

Quelle: Troschke et al. 1976

„Solange die Arbeitsbedingungen in der allgemeinmedizinischen Praxis durch starke Arbeitsbelastung und eine schlechte Work-Life-Balance schwierig sind, werden Studierende von einer Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin abgehalten. Wir müssen jetzt die Voraussetzungen schaffen, die die nachwachsende Ärztegeneration erwartet.“

Dr. Max Kaplan, Allgemeinarzt und Lehrpraxis, Präsident Bayerische Landesärztekammer 2014

FDA-Kampagne (Plakat und Aufkleber) aus den 1980er Jahren für den weitergebildeten Allgemeinarzt

Die regelmäßige Überarbeitung der Weiterbildungsordnung (WO) dient der Anpassung an den medizinischen Fortschritt und an die sich ändernden Anforderungen an die Ärzte.

Da die derzeitige WO viele realitätsferne Anforderungen enthält, ergibt sich für unser Fach ein besonderer Bedarf, wenn die Novellierung der M-WO demnächst ansteht. Jede M-WO ist

M-WO übersichtlich, flexibel und allgemein formuliert

Die DEGAM war kurzzeitig versucht, sich an internationalen Vorbildern mit ihren modernen didaktischen Konzepten und Prüfungsformaten zu orientieren. Sie hatte sich jedoch dann entschlossen, dass den Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) möglichst wenige Hürden in den Weg gelegt werden, ohne jedoch das Ziel des Kompetenzerwerbs aus dem Auge zu verlieren. Die Anforderungen an eine WO sollten übersichtlich, flexibel und allgemein formuliert sein. Unser Vorschlag für die M-WO entspricht freilich nicht unserer Vision der hausärztlichen Qualifizierung in der Zukunft, sondern gilt als ein Kompromiss, solange die Finanzierung von Weiterbildungsverbänden unregelmäßig ist.

Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Der Präambel in der neuen M-WO liegt in etwas gekürzter Form die Definition der DEGAM für das Fachgebiet von 2002 zugrunde. Eine wesentliche Änderung bedeutet die Umbenennung des Gebiets in „Allgemeinmedizin und Familienmedizin“; sie ist Ausdruck des generationsübergreifenden Versorgungsauftrags für Menschen jeden Alters und jeden Geschlechts. Die Bezeichnung ist international üblich und findet sich z. B. in USA (family medicine), Canada, der französischsprachigen Schweiz (médecine de famille), Italien (Medico di famiglia) Spanien (medicina de familia y comunitaria), Portugal (Medicina geral e familiar), Polen (Medycyna rodzinna), Türkei (Aile hekimliği) und auch im Namen der WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). Daher ist es für uns wichtig, die Kompetenz auch in den Bereichen Pädiatrie und Geriatrie sowie in der Langzeitbetreuung zu betonen. Auf diese Weise wollen wir vermeiden, nachgelagerte Zusatzqualifikationen durch aufwendige und kostenpflichtige Kurse zu erwerben.

Eine allzu präzise Formulierung bestimmter Weiterbildungsziele in der M-WO ist gegenwärtig nicht wünschenswert: Je genauer nämlich die einzelnen Weiterbildungsziele definiert werden, umso umfangreicher und unhandlicher muss die WO letztlich in der praktischen Umsetzung werden. Zusätzlich besteht die Gefahr, dass einzelne Lücken als Nichtzuständigkeit oder mangelnde Qualifizierung interpretiert werden könnten. In der Praxis lassen sich auch mit der im internationalen Vergleich sehr langen Weiterbildungszeit nicht alle praktischen Erfahrungen im Detail formulieren. Es ist eine Binsenweisheit, dass die ärztliche Qualifikation ein lebenslanger Prozess ist.

Die genauere Beschreibung von Weiterbildungszielen soll Aufgabe des Curriculums werden, wie es z. B. das kompetenzbasierte Curriculum der DEGAM vorschlägt. Dieses Curriculum

Erstmals hatte 2013 die Bundesärztekammer (BÄK) die DEGAM als die wissenschaftliche Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin anstelle des Deutschen Hausärzteverbandes (DHÄV) eingeladen, einen Entwurf für die 2017 zu novellierende Musterweiterbildungsordnung (M-WO) zu formulieren.

Jean-François Chenot

Mehr Kompetenzerwerb und weniger Hürden

DEGAM-Vorschlag zur neuen Musterweiterbildungsordnung

nur ein Vorschlag an die jeweiligen Landesärztekammern als Körperschaften des Öffentlichen Rechts, die eine WO beschließen können, die allerdings nicht immer kongruent mit der M-WO sein muss.

Die Entscheidung der BÄK, erstmals die DEGAM zu einer Stellungnahme aufzufordern, war berufspolitisch brisant, da der DHÄV mit seinen Delegierten traditionell auf den Hausärztagen über die M-WO abstimmt. So lag es nahe, dass sich die DEGAM von Anfang an mit dem DHÄV ins Vernehmen setzte. Gegenwärtig ist die Weiterbildungsordnung mit einer Abrechnungsordnung gleichzusetzen; vereinfacht formuliert: Was in der WO absolviert wurde, kann später als Vertragsarzt abgerechnet werden. Ziel der BÄK ist es jetzt, die M-WO am Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu orientieren und Kompetenzen für den Arzt anstatt eng gefasste Weiterbildungszeiten und -stätten festzuschreiben. Freilich besteht das Grundproblem weiterhin, dass fachfremde Mehrheiten auf den Ärztetagen die Inhalte der Allgemeinmedizin bestimmen.

„Derzeit Weiterbildungsordnung identisch mit Abrechnungsordnung: Was in der WO absolviert wurde, kann später als Vertragsarzt abgerechnet werden.“

„Die ärztliche Qualifikation ist ein lebenslanger Prozess.“

„Der DEGAM-Vorschlag für die M-WO entspricht nicht unserer Vision der hausärztlichen Qualifizierung in der Zukunft, sondern gilt wegen der unregelmäßigen Finanzierung als Kompromiss.“

soll explizit getrennt von der WO gesehen werden. Es versteht sich als didaktisches Instrument zur Überprüfung der Kompetenzen, entweder selbstständig oder mit Feedback des Mentors. Wieweit eine international übliche didaktische Qualifizierung der Weiterbilder oder die strukturierte Evaluation die Weiterbildung verbessern kann, lässt sich über die M-WO nicht regeln. Eine Übersicht über die wichtigsten Änderungen gibt die Tabelle.

Der Schwerpunkt der Weiterbildung soll entsprechend des Versorgungsauftrags im ambulanten Bereich stattfinden. Hausarztpraxen, die nachweislich in der chirurgischen Grundversorgung, Versorgung von Kindern und Senioren tätig sind, können diese Vorgaben der BÄK in qualifizierter Weise vermitteln. Bestehen Engpässe (z. B. Pädiatrie), soll alternativ wie bisher eine Kursweiterbildung mit Hospitation möglich sein. Chirurgische Grundkenntnisse sollen wieder verpflichtend zum Profil des Allgemeinarztes gehören. Pragmatischer Weise werden hierfür alle chirurgischen Fächer als geeignet angesehen, Kompetenzen in der Wundversorgung zu vermitteln. Einen weiteren Schwerpunkt setzen wir im Bereich Langzeitbetreuung und Multimorbidität. Rotationen und Hospitationen in kleinen Fächern sind möglich, sollten aber we-

gen der schwierigen Verfügbarkeit durch lokale Verbände organisiert werden und (noch) nicht durch die M-WO vorgeschrieben werden. Erhalten werden soll die sog. freie Zeit, in der die ÄiW einen eigenen Schwerpunkt setzen können.

Ausblick

Der Entwurf für die neue M-WO wird zum Zeitpunkt der Drucklegung dieser Festschrift bei den Landesärztekammern beraten und dann wieder in der BÄK zusammengeführt. Mit der neuen M-WO ist voraussichtlich erst auf dem Ärztetag 2017 in Freiburg zu rechnen. Entscheidend für eine attraktive Weiterbildung in Allgemeinmedizin und Familienmedizin wird das zentrale Versprechen sein, unserem hausärztlichen Nachwuchs einen gesicherten Kompetenzerwerb zu ermöglichen sowie die Bevölkerung verantwortlich und fachkundig zu versorgen. Erst wenn es flächendeckend gut aufgestellte und finanzierte Weiterbildungsverbände gibt, kann von einer wirklich neuen Weiterbildungsordnung für uns Allgemeinärzte gesprochen werden.

Prof. Dr. med. Jean-François Chenot, MPH
Facharzt für Allgemeinmedizin, Sektions-
sprecher Weiterbildung DEGAM,
17475 Greifswald

Tabelle. Schema Vergleich alte und neue Musterweiterbildungsordnung (M-WO) Allgemeinmedizin

Bezeichnung	Alte M-WO (Stand 2013) – 60 Monate			Neue M-WO Vorschlag DEGAM – 60 Monate		
	Allgemeinmedizin			Allgemeinmedizin und Familienmedizin		
Fachgebiet	Stationär 36-42 Monate	Ambulant 18-24 Monate		Stationär 12-36 Monate	Ambulant 24-48 Monate	
		Spezialisten	AM		Spezialisten	AM
Allgemeinmedizin			18-24 Monate			24-36 Monate*
Innere Medizin	18-36 Monate			12 Monate		
Chirurgie	6 Monate fakultativ	6 Monate fakultativ		6 Monate**	oder 6 Monate***	oder 6 Monate***
Pädiatrie****				3 Monate****	oder 3 Monate	oder 3 Monate***
Geriatric****				3 Monate****	oder 3 Monate	oder 3 Monate***
Psychosomatische Grundversorgung	80 h Kurs und Balint-Gruppe			80 h Kurs und Balint-Gruppe		
Kursfortbildung				12 x 8 h Allgemeinmedizin		
Freie Zeit klinisch	18 Monate			12-24 Monate		
Wissenschaft	Ermessensspielraum der Landesärztekammern			Bis zu 12 Monate in einer universitären allgemeinmedizinischen Einrichtung		

* bis zu 12 Monate bei hausärztlichen Internisten / ** Chirurgie (chirurgische Basiskompetenz unabhängig vom Fachgebiet) / *** Kompetenzen können auch in geeigneten Hausarztpraxen gewonnen werden / **** Kompetenz kann auch über Hospitation und Kursweiterbildung gewonnen werden

„Fürsorgepflicht der Inneren Medizin“

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen beschloss am 21.09.2015 gegen die Stimmen des Hausärzterverbandes eine „Mindestweiterbildungszeit im hausärztlichen Versorgungsbereich“, die für 2 Jahre auch bei einem Hausarztinternisten absolviert werden kann. ÄiWs können also nach 3 Jahren stationärer Innerer Medizin die restlichen 2 Jahre Weiterbildungszeit bei einem Hausarztinternisten ableisten; demnach ist in Bremen der Facharzt für Allgemeinmedizin das einzige Fach, in welchem Ärzte nicht in jenem Bereich obligat weitergebildet werden, in dem sie später tätig sind. Bereits 1997 beschwor Internisten-Präsident Wildmeister den 100. Deutschen Ärztetag in Eisenach: „Die Innere Medizin hat eine Fürsorgepflicht, wenn sie sich der Weiterbildung Allgemeinmedizin stellt.“

Quellen: G. Egidi (2016 pers. Mitteilung); H.-M. Mühlenfeld (2016) *Der Allgemeinarzt* 3:5; W. Wildmeister 30.05.1997 am 100. Ärztetag, Tonbandprotokoll F. H. Mader

FHM

Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin erfordert in den meisten Bundesländern mindestens einen oder gar mehrere Wechsel zwischen dem (stationären) Abschnitt in der Inneren Medizin und dem (ambulanten) Weiterbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin. Kompetenzen, die in der Inneren Medizin erworben werden können, decken rund ein Drittel der Beratungsprobleme in

gebieten, um Allgemeinarzt zu werden. Seit 1989 wurde das Thema der Verbundweiterbildung vor allem an Abteilungen und Instituten für Allgemeinmedizin, insbesondere in Marburg, weiterentwickelt. Dieses Engagement mündete 2003 in einen Leitfaden, der von der DEGAM erstellt wurde, um die Planung, Einrichtung und Führung von Weiterbildungsverbänden für eine größere Zielgruppe zu erleichtern. In den folgenden Jahren konnten landesweit 31 Verbände identifiziert werden, die nach eigenen Angaben eine Form der Verbundweiterbildung anbieten.

Im Sommer 2013 wurde das DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung^{plus} vorgestellt. Damit fand in Deutschland die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin den Anschluss an den internationalen Stand. Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) können jetzt die gesamte Weiterbildung in einer einzigen Region durchlaufen.

Jost Steinhäuser

Verbundweiterbildung^{plus} in der Allgemeinmedizin

Ein attraktives Angebot für die Generation Y

„Die Weiterbildung kann seit 2010 finanziell annähernd ähnlich wie in anderen Fachgebieten durchlaufen werden.“

der Hausarztpraxis ab. Daher durchläuft ein Arzt in Weiterbildung (ÄiW) idealerweise weitere Gebiete. Die Notwendigkeit zu einem (mehrfachen) Stellenwechsel bedeutete in der Vergangenheit oftmals, sich an mehreren Orten bewerben zu müssen, den eigentlichen Berufswunsch zu verheimlichen, wiederholt umzuziehen sowie mehrfache Probezeiten zu akzeptieren. Als Konsequenz waren Weiterbildungszeiten zwischen 8 und 10 Jahren nicht selten.

Organisierte und strukturierte Weiterbildung als Plus

Eine Weiterbildung im Verbund bedeutet hingegen, dass ÄiW die gesamte Weiterbildung in einer einzigen Region durchlaufen können, da die notwendigen stationären und ambulanten Wechsel im Vorfeld organisiert sind. So kann die Weiterbildung oft strukturierter als in anderen Fachgebieten in Deutschland absolviert werden. Insbesondere im angloamerikanischen Raum existieren, teilweise seit 40 Jahren, Erfahrungen mit strukturierten und inhaltlich auf die Allgemeinmedizin fokussierten Weiterbildungsprogrammen. In der ehemaligen DDR gab es bereits geplante Rotationen durch verschiedene Fach-

Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin in Baden-Württemberg beispielhaft

Neuen Aufschwung bekam das Thema in den Jahren nach 2008, als der drohende Hausärztemangel immer stärker in das Bewusstsein trat. In Baden-Württemberg wurde daraufhin, finanziell unterstützt durch mehrere Landesministerien, für ein ganzes Bundesland eine Verbundweiterbildung angeboten. Das „Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg“, ein netzwerkartiger Zusammenschluss der 5 medizinischen Fakultäten des Landes zur Förderung von Forschung, Lehre, Weiter- und Fortbildung in der Allgemeinmedizin bot hierfür die ideale Basis. Durch diese einmalige Situation konnten die unterschiedlichen Elemente einer Verbundweiterbildung^{plus} entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden.

Zu diesem „plus“ zählen über die Anbindung an Abteilungen und Institute für Allgemeinmedizin und die strukturierten Rotationen hinaus ein begleitendes Seminarprogramm, das Angebot eines Mentoring, die Orientierung an dem kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin, Train-the-Trainer-Workshops und eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Programms mit Ergebnissen der Begleitforschung. Des Weiteren wurde 2010 mit der Anhebung der finanziellen Förderung des ambulanten Weiterbildungsabschnittes eine wesentliche Hürde, die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin abzuschließen, verringert. Die Weiterbildung kann somit finanziell annähernd vergleichbar mit der in anderen Fachgebieten durchlaufen werden.



ÄiW im Stammtisch-Verbund (practica)

„Es ist zu erwarten, dass eine neue, selbstbewusste Generation von Allgemeinärzten heranwächst.“

Generation Y

Auf einem Symposium der BÄK zur Versorgungsforschung 2011 in Berlin hatten die Referenten die Merkmale der Generation Y so beschrieben: hohes Selbstwertgefühl, hohe Ansprüche, klare Vorstellungen vom Arbeiten und vor allem vom Leben. Peter Loske, Medizinstudent im PJ, meinte als Teilnehmer: „Das klingt fast wie ein Vorwurf. Ich sehe mich genötigt klarzustellen: ‚Wir wollen arbeiten!‘“
Quelle: Dtsch Ärztebl (2011) 49: 2187

Mediziner-Nachwuchs will mehr Zeit für die Familie

„Umfrage unter Studierenden ergibt: Einzelpraxis ist keine Zukunftsoption“

„BLIN (af). Die Einzelpraxis ist Auslaufmodell. Zu diesem gibt es immer weniger Studierende. Auf die Frage ‚Wie sehen Sie Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin?‘ antworteten die befragten Studenten.“

Einzelpraxis? Lieber in die Klinik!

Repro: Frau H. Wagner

Ausschnitt Ärzte Zeitung 7.5.2012

In Hessen wurde ebenfalls ein Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin erfolgreich etabliert, die Verbundweiterbildung wird dort auch für das ganze Bundesland angeboten. In Bayern ist das Ziel, 70 Verbünde aufzubauen in erreichbare Nähe gerückt. In der Mehrheit der Bundesländer existieren inzwischen Weiterbildungsverbünde, teilweise mit einem von allgemeinmedizinischen Abteilungen/Instituten ausgerichteten und begleitenden Seminarprogramm. ÄiW kom-

men für die Verbundweiterbildung aus dem Ausland zurück und trauen sich wieder, eine Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung aufzunehmen. Die Zahl der ambulant geförderten ÄiW ist regional um über 24 % angestiegen. Die Weiterbildungsdauer scheint durch die Verbundweiterbildung erwartungsgemäß deutlich verkürzt werden zu können.

Eine neue Weiterbildungskultur

Die Weiterbildungskultur beginnt sich vor dieser Realität langsam zu wandeln: Wer die Weiterbildung vor fünf Jahren begonnen hatte, musste sich noch allzu oft anhören, dass er seinem Weiterbilder „gar nichts bringt“, da er „zu kurz“ in der Rotation verweilt, als dass sich die Investition in seine Weiterbildung „lohnen“ würde. Jetzt beginnen die Beteiligten erster Verbünde zu verstehen, dass ÄiW zum Facharzt für Allgemeinmedizin während der ganzen 5 Jahre Weiterbildungszeit ein auf die spätere Tätigkeit hin ausgerichtetes Curriculum benötigen und konkurrieren darüber hinaus untereinander, den nächsten Bewerber für eine Rotation in ihrem Fach begeistern zu können. Das Wichtigste an dieser Entwicklung könnte allerdings die rasante Vernetzung der ÄiW untereinander sein. Es ist zu erwarten, dass auf diese Weise eine neue, selbstbewusste Generation von Allgemeinärzten heranwächst.

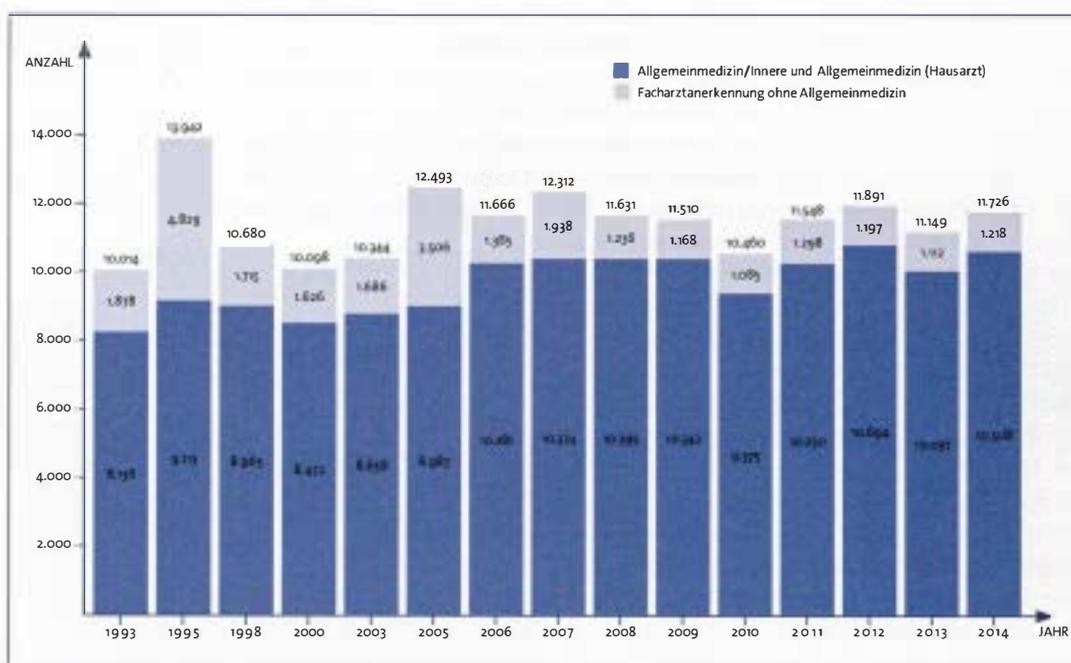
Dr. med. Jost Steinhäuser

Facharzt für Allgemeinmedizin, Koordinator Verbundweiterbildung^{plus}, 69115 Heidelberg



„Die UEMO, der politische Arm der Hausärzte Europas, wurde 1967 gegründet. Sie besteht zurzeit aus 24 Ländern und vertritt damit ca. 420.000 Hausärzte; 19 dieser Länder haben einen offiziell anerkannten Facharztstitel in Allgemeinmedizin.“

Primary and Hospital Care (2016) 2 : 37



Entwicklung der Zahl der Facharztanerkennungen von 1993 bis 2014 unter Berücksichtigung von Allgemeinmedizin/ Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt). Quelle: Statistik der BÄK 2014

Die Themen waren immer auf die Tätigkeit als Hausarzt in einer Praxis ausgelegt. Ich hatte nie das Gefühl, dass ein Thema keinen Bezug zur allgemeinmedizinischen Praxis oder zur Vorbereitung auf den Beruf als Hausarzt hatte.

Mit den Dozenten entwickelten sich lebhaft Gespräche sowie ein unschätzbare Austausch zwischen erfahrenen älteren Allgemeinärzten

Die zweitägige Einführung, wie auch alle folgenden Seminare, ermöglichten uns Ärzten in Weiterbildung immer einen Blick auf praktische Themen, die weder im Studium noch in der Klinik gelehrt wurden und werden.

Thorsten Tempelfeld

Gut aufgehoben und ernst genommen

„In der Verbundweiterbildung fühlte ich mich wohl“

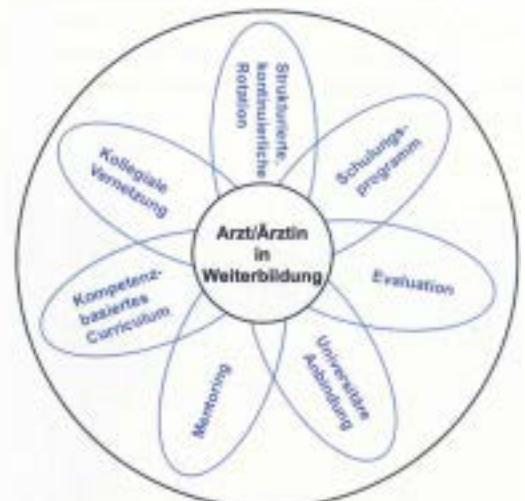
und der jungen Generation. Auch die Gespräche mit den AiWs in meiner Gruppe über ihre Erfahrungen mit dem klinischen Abschnitt oder dem Praxisteil der Weiterbildung waren für mich wichtig. Von Anfang an fühlte ich mich bei der Verbundweiterbildung der DEGAM wohl. Zu wissen, dass bei Problemen rund um die Weiterbildung immer ein Ansprechpartner zur Verfügung stehen würde, gab mir immer Sicherheit. Ich hatte immer das Gefühl, gut aufgehoben und ernst genommen zu sein.

Dr. med. Thorsten Tempelfeld
74374 Zaberfeld

Voraussetzungen	obligatorisch	erwünscht
Festgelegter Rotationsplan über die gesamte Dauer der Weiterbildung	X	
Koordination des Verbundes durch einen Allgemeinarzt		X
Möglichkeit zur Rotation in weitere Fachgebiete (neben Innerer und Allgemeinmedizin)	X	
Begleitseminare von mindestens 32 UE im Jahr	X	
Mentoren/innen (Einzel- und Gruppenbetreuung)		X
Didaktische Schulung in einem Train-the-Trainer-Kurs		X
Kontinuierliche Evaluation und Qualitätssicherung	X	
Anbindung an oder Kooperation mit universitärer allgemeinmedizinischer Einrichtung	X	
Orientierung am kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin	X	

Um als DEGAM-Verbundweiterbildung^{plus} akkreditiert zu werden, müssen alle obligatorischen und mindestens 2 der erwünschten Anforderungen erfüllt sein.

Checkliste Anforderungen an Weiterbildungsverbände zwecks Akkreditierung



Konzept Verbundweiterbildung^{plus} der DEGAM

Irgendwann kommt im Medizinstudium der Punkt, an dem man anfängt sich zu fragen, welchen Facharzt man eigentlich einmal ergreifen will. Der Gedanke Hausarzt zu werden kam mir lange Zeit nicht, weil auch bei mir die Vorurteile gegen dieses Berufsbild auf fruchtbaren Boden gefallen waren.

Ich wurde 1988 als Tochter einer Apothekerin und eines Mechanikers in Dresden geboren.

Ich glaubte, dass Hausärzte im eigenen Saft schwimmende kauzige Einzelkämpfer ohne Karrieremöglichkeit seien.

Bernadett Maria Hilbert

Wie ich auf die fantastische Idee kam, eines Tages Hausärztin zu werden

Für mich der absolute Traumjob

In meiner Familie werde ich die erste Ärztin sein und freue mich noch heute darüber, dass ich irgendwie auf die Idee kam, Medizin zu studieren. Glücklicherweise ergatterte ich im ersten Anlauf einen Studienplatz in München und kämpfte mich dann zusammen mit etwa 1.000 Kommilitonen durch die ersten Studienjahre.

DEGAM-Pressekonferenz München 2013 mit Studentin B. M. Hilbert (Mitte)



Foto: Frank H. Meißner

„Ein besonderer Höhepunkt war für mich der Besuch des ersten DEGAM-Kongresses.“

Hausarzt im Hörsaal weckte meine Neugier

Erst im Rahmen einer interdisziplinären Vorlesung im zweiten klinischen Studienjahr sollte mein Interesse für das Fach Allgemeinmedizin erwachen. Der erste Vortragende, ein Kardiologe, zählte uns die Differentialdiagnosen beim Leitsymptom Brustschmerz auf: Herzinfarkt, Lungenembolie oder auch Aortendissektion. Sofort entstand bei mir der Eindruck, dass also jeder Patient mit Thoraxschmerzen in absoluter Lebensgefahr schweben würde. Umso mehr verblüffte mich dann der darauf folgende Dozent, ein Hausarzt. Er erklärte uns, dass von 100 Patienten, die seine Praxis mit Brustschmerzen aufsuchten, nur etwa 4 an einem akuten Koronarsyndrom leiden würden. Noch seltener seien Lungenembolien oder Aortendissektionen. Für mich war das eine wirklich erstaunliche Erkenntnis – und das erste Mal, dass ich mich zu fragen begann, was genau ein Hausarzt eigentlich so macht.

Famulatur gab den Ausschlag

Um dieser Frage auf den Grund zu gehen, bewarb ich mich für eine Famulatur in der Praxis des betreffenden allgemeinmedizinischen Lehrbeauftragten. Es klappte, und vier Wochen später stand ich auch schon in einer großen, hellen Praxis etwas außerhalb von München. Nach kurzer Einweisung wies mir der Doktor einen Patienten aus dem Wartezimmer zu, den ich über sein aktuelles Problem befragen und dann untersuchen sollte. Ojeh! Bisher war ich es gewohnt, mit einer ganzen Armada von Studenten und Ärzten zu einem Patienten zu marschieren, der mit einer schon bekannten Diagnose im Bett auf Station im Krankenhaus lag. Das hier war nun etwas ganz anderes. Mein erster Patient war ein junger Mann, der über Bauchschmerzen klagte. Während meiner verworrenen Anamnese gingen mir nur allzu schnell die Fragen aus, so dass ich alsbald schon unbeholfen auf dem Bauch des Patienten herumdrückte. Zum Glück kam in diesem Moment der Arzt zu Hilfe und skizzierte das

JADE-Aktivistinnen malen sich die Zukunft aus.



Vorgehen bei Patienten mit Bauchschmerzen. Auf diese Weise lernte ich in den kommenden Wochen die hausärztliche Tätigkeit kennen, die mich so begeisterte, dass ich mir am Ende der Fakultatur vorstellen konnte, einmal selbst diesen Beruf zu ergreifen.

Begeistert vom Nachwuchsförderprogramm der DEGAM

In meinem Studium stand ich mit meinem Berufswunsch meist ziemlich allein da. Kommentare wie „Was? Hausärztin? Aber du hast doch was drauf...“ durfte ich mir manches Mal anhören. Als ich dann erfuhr, dass die DEGAM Studierende für eine Nachwuchsakademie rekrutiert, war ich sofort begeistert und bewarb mich mit dem Wunsch, auf diese Weise mit anderen an der Allgemeinmedizin interessierten Studierenden in Kontakt zu kommen. Nach erfolgreicher Bewerbung konnte ich in der Folge von den verschiedenen Angeboten dieses 3-jährigen individuellen Förderprogramms profitieren. Einen besonderen Höhepunkt stellte für mich der erste Besuch des DEGAM-Kongresses dar. Die Teilnehmer hatten mich mit ihrem Enthusiasmus und ihrem wissenschaftlichen Anspruch nachhaltig beeindruckt.

Anlässlich der Antrittsvorlesung von Sachsens erster Professorin für Allgemeinmedizin 2010 sagte der Dekan der Medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, Prof. Heinz Reichmann: „Frau Prof. Bergmann soll das Interesse am Hausarztberuf schon frühzeitig im Studium wecken und Studierende für den Beruf begeistern. Hierzu wird das Fach Allgemeinmedizin praxisnah und patientenorientiert während des gesamten Studiums die zukünftigen Kollegen für dieses Thema sensibilisieren, Interesse wecken und fakultätsintern präsent sein.“

Aufbruchstimmung in der Allgemeinmedizin

Ich bin überzeugt, dass die Allgemeinmedizin ein Fach ist, in dem Aufbruchstimmung herrscht und sich etwas bewegt. So werden mehr und mehr hausärztliche Studien publiziert, längst überfällige Lehrstühle für Allgemeinmedizin werden eingerichtet, und flexiblere Arbeitsmodelle, Weiterbildungsverbände und Nachwuchsförderprogramme finden Verbreitung.

Diese aktuellen positiven Entwicklungen vor dem Hintergrund eines abwechslungsreichen Tätigkeitsprofils machen den Hausarztberuf für mich zum absoluten Traumjob! Die Betreuung der verschiedensten Patientengruppen und Erkrankungsbilder, die Aufgabe den Patienten durch die Wirren des Gesundheitssystems zu lotsen und die Möglichkeit als sein eigener Chef und nicht als kleines Rädchen im Klinikbetrieb tätig zu sein, stellen für mich entscheidende Vorteile des hausärztlichen Berufs dar – Vorteile, die unbestreitbar noch nicht zur Masse der Medizinstudierenden durchgedrungen sind. Es ist also an der Zeit, dass motivierte und trainierte allgemeinärztliche Lehrbeauftragte die Studierenden vom ersten Semester an mit dem hausärztlichen Beruf vertraut machen. Die Allgemeinmedizin ist ein modernes, attraktives und wissenschaftliches Fach, das endlich seine Stelle als das zentrale Fach im klinischen Studienabschnitt einnehmen sollte, um mehr Studenten – genau wie mich – für diese fantastische Disziplin begeistern zu können

*cand. med. Bernadett Maria Hilbert
80801 München*

„Das abwechslungsreiche Tätigkeitsprofil macht den Hausarztberuf für mich zum absoluten Traumjob!“

Und, was hat dich in die Anästhesie geführt?“ Diese Frage wird mir aktuell (Januar 2014) häufig gestellt, und ist für mich eine Gelegenheit, meinem Gegenüber die Geschichte meiner Weiterbildungslaufbahn zur Fachärztin für Allgemeinmedizin zu erzählen. Es geht dabei um Allgemeinmedizin, aber auch um Anästhesie, Pädiatrie und Neurologie, um Verbundweiterbildung, bürokratische Hürden und

Bereits vor dem PJ war mir klar, dass ich Allgemeinärztin werden würde. Kein anderes Fach hatte mich so begeistert. Nicht selten höre ich heute als Ärztin in Weiterbildung von älteren Klinikkollegen ein nachdenkliches „Wenn ich nochmals wählen könnte, würde ich auch Allgemeinmedizin machen“.

Beate Müller

Warum ich Allgemeinärztin werde

Mit Peer Group zur Allgemeinmedizin der Zukunft

Vertragsschwierigkeiten. Um die Entscheidung für eine Klinik aufgrund von gutem Betriebsklima, um allgemeinmedizinische Forschung und um die Niederlassung gerne auch auf dem Land. Am Ende meiner Überlegungen wird oft genug auch die vielfältige Ausbildung bewundert.

Ein Lehrstuhl kann unglaublich viel bewegen

Die langjährigen Kontakte mit den Patienten sowie ihrem familiären Umfeld beeindruckten und bereicherten mich schon während des Studiums.

Es erschien mir daher nur logisch, auch meine Promotion in diesem Fach zu schreiben. In Prof. Gerlach fand ich einen sehr unterstützenden und motivierenden Doktorvater. Ich hätte vorher nie gedacht, wieviel Spaß mir die allgemeinmedizinische Forschung letztlich machen würde. Diese spezielle Begeisterung teilten allerdings nur wenige in meinem Umfeld, während die Allgemeinmedizin selbst aber proportional zur Studiendauer bei den Kommilitonen beliebter würde. Vor allem durch das in Frankfurt sehr engagiert durchgeführte Blockpraktikum Allgemeinmedizin änderte sich deren zunächst eher reservierte Haltung. Aus meiner



„Größere Gemeinschaftspraxen werden das Modell der Zukunft sein.“

Sicht kann ein in den Lehr- und Forschungsbetrieb eingebundener Lehrstuhl für Allgemeinmedizin unglaublich viel bewegen, gerade an der Kolibri- und Grundlagenforschungslandschaft der Universitäten. Studierende wollen und können begeistert werden, die wenigsten beginnen das Studium mit einem konkreten Facharztziel.

Als Sauerländerin zog es mich nach dem Studium in Hessen zurück nach NRW, seit zwei Jahren bin ich im Rheinland als Ärztin in Weiterbildung (ÄiW) tätig. Bei meinen Bewerbungen spielte ich in Bezug auf mein Facharztziel mit offenen Karten, problemlos bekam ich meine Wunschstelle in der Kardiologie (keine Uniklinik, sondern ein mittelgroßes kommunales Krankenhaus). Über unsere Betriebsärztin erfuhr ich von der gerade gegründeten Verbundweiterbildung im Kreis Düren, und so rotiere ich aktuell nach 18 Monaten Kardiologie und Gastroenterologie für ein halbes Jahr in die Anästhesie. Vor meiner Niederlassung sind noch jeweils 6 Monate Neurologie und Pädiatrie geplant; die Organisation diesbezüglich gestaltete sich trotz Verbund teilweise schwierig.

Gemeinschaftspraxis Modell der Zukunft

In meiner bisherigen Weiterbildung fühlte ich mich durch die häufigen Abteilungswechsel oft als Einzelkämpferin. Motiviert durch ein Treffen der JADE beim DEGAM-Kongress initiierte ich auch in Köln regionale Treffen mit Gleichgesinnten. Der für mich so wichtige kollegiale Austausch wird nun durch die Peer Group vor Ort gefördert. Dies ist ein Trend, den ich so auch bei Kollegen wahrnehme: die Zusammenarbeit und der fachliche Austausch im ärztlichen Team ist (optimaler Weise) die Stärke einer Krankenhaus-Abteilung. Der Gang in die Praxis wird als Schritt in die Isolation betrachtet, auch aus diesem Grund werden größere Gemeinschaftspraxen das Modell der Zukunft sein.

Im Rahmen von Hospitationen habe ich während meiner Promotion zum Thema Patientensicherheitskultur Praxispatriarchen interviewt, in deren (Einzel)Praxen keine Fehler



Bundesweite KBV-Plakataktion 2014

mehr passieren. Nein, Fehlermanagement sei bei ihnen kein Thema, sie würden das schließlich schon 25 Jahre so machen, kritische Ereignisse seien schon lange nicht mehr aufgetreten. In der Praxis von morgen wird man sich der eigenen Fehlbarkeit bewusst sein, und Angebote wie eine Online-Peer-Group in Gestalt des List-servers Allgemeinmedizin werden weiter und zunehmend gefragt sein.

Allgemeinmedizin: Von der Ausschlussdiagnose zum Erstwunsch

An meinem Status der Einzelkämpferin hat sich mittlerweile etwas geändert: ich bekomme Anrufe von anderen ÄiW und auch von Pflern, die sich für meinen Werdegang samt Verbundweiterbildung interessieren. Gerade unter den ÄiW

in der Inneren Medizin gibt es immer wieder die, die „erst mal Innere“ angefangen haben, und durch meine Begeisterung die Allgemeinmedizin ernsthaft in Erwägung ziehen oder sich sogar ganz dafür entscheiden. Ich war die erste Teilnehmerin der Verbundweiterbildung im Kreis Düren, mittlerweile sind wir zu fünf. Auch wenn sich das in den offiziellen Zahlen bislang noch nicht widerspiegelt, habe ich das Gefühl, wir sind auf dem richtigen Weg. Und ich kann es nur bestätigen: Das Ziel der universitären Allgemeinmedizin muss sein, das Fach bereits in den Köpfen der Studierenden von der Ausschlussdiagnose zum Erstwunsch zu befördern.

Dr. med. Beate S. Müller

Ärztin in Weiterbildung, 50825 Köln



Mehr Realistinnen als Romantikerinnen

„Als Hausärztinnen sind wir mehr Realistinnen als Romantikerinnen. Und aus genau diesem Grund sind wir zufriedene, oft begeisterte Vertreterinnen unserer Profession... Es ist uns möglich, innerhalb der Regeln des Berufsrechts und des KV-Systems die Praxis selbst zu organisieren.“

Quelle: Dr. med. Christine Schroth der Zweite u. Annette Alberts in „Vom Glück, Hausärztin zu sein“. Hamburger Ärzteblatt (2014) 9:37

Dr. med. Karin Erasmī war schon Mitte 40, als ihr die Rahmenbedingungen für ihre Arbeit als Anästhesistin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) am Campus Lübeck nicht mehr zusagten. „Ich war Dienstleisterin geworden und musste als Anästhesistin die Verantwortung für Operationen übernehmen, die ich nicht für sinnvoll erachtet habe“, erinnert sich Erasmī. Für die Familie war



Geschafft! Neu-Hausärztin Dr. med. Karin Erasmī mit Ehemann und Praxispartner Dr. med. Malte Scheidt

Die fremd bestimmte Arbeit als Klinik-Anästhesistin füllte Dr. Karin Erasmī nicht mehr aus. Da beschloss sie, ihren Karrierepfad völlig zu verlassen — Ziel: Hausarztpraxis. Möglich machte es der „Quereinstieg Allgemeinmedizin“, bei dem bis zu 3 Jahre Weiterbildung in einer anderen Disziplin angerechnet werden. Die Existenzgründung war trotzdem ein Abenteuer.

Dirk Schnack

Quereinstieg mit Mitte 40

Plötzlich Allgemeinärztin

eine allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis betrieb. „Ich habe erlebt, dass mein Mann mit einer viel höheren Zufriedenheit gearbeitet hat. Er konnte seine persönlichen Vorstellungen umsetzen, bekam positive Resonanz von seinen Patienten. Als Anästhesistin hatte ich das nie“, berichtet Erasmī. Deshalb erkundigte sie sich bei der Ärztekammer nach den abzuleistenden Weiterbildungsinhalten zur Allgemeinmedizin. Es folgten 18 lehrreiche Monate bei einem Landarzt und 8 Monate Innere und Palliativmedizin am Krankenhaus. Schon während dieser Zeit spürte Erasmī, dass sie die richtige Entscheidung getroffen hatte. „Und das, obwohl ich als Studentin und junge Ärztin die Allgemeinmedizin nie in Betracht gezogen habe. Ich habe das Fach fast ein wenig belächelt — völlig zu Unrecht! Es ist für mich die Koryphäe unter den Fächern“, sagt Erasmī heute. Ihr Elan steckte an — noch vor der Niederlassung überzeugte sie vier Kollegen in der Weiterbildung, ebenfalls zur Allgemeinmedizin zu wechseln.

der Neustart in die Allgemeinmedizin mit einer erheblichen Belastung verbunden. Manche Kollegen hätten die Hürden vielleicht nicht überwunden und wären an ihrem alten, sicheren Arbeitsplatz geblieben.

Mit mir sind vier Kollegen in die Allgemeinmedizin gewechselt

Erasmī aber ließ sich durch ihren Mann Dr. med. Malte Scheidt inspirieren, der mit einem Partner

Vor dem Start waren aber einige Probleme zu lösen: mit dem Baurecht, mit der Bank, und es gab einiges an zusätzlicher Arbeit, um während der Weiterbildung nicht zu große Einkommenseinbußen hinnehmen zu müssen. Erasmī räumte die Hürden mit viel Ausdauer und Beharrungsvermögen aus dem Weg. Verhandlungen mit Banken, KV und Bürgermeister, der Erwerb eines Praxissitzes, Standortanalysen, die Grundsanierung des Praxisstandortes und Ent-



Wartezimmer 1975 (Landpraxis) und Vorwartezone 2010 (hausärztliche Stadtpraxis)

„Als Student in die Allgemeinmedizin belächelt, heute ist sie für mich die Koryphäe unter den Fächern.“

scheidungen über die Praxiseinrichtung sind ihr nicht leichtgefallen, erwiesen sich aber als lösbar.

Endlich selbstbestimmt arbeiten

Als sie am 1. April 2013 ihre Praxis eröffnete, war Erasmi zwar am Ziel, musste sich als Neuling in einer neuen Praxis in einem Ort mit fünf Hausärzten aber erst ihren Patientenstamm erarbeiten. „Ich bin sehr zufrieden mit der Entwicklung; ich habe ja bei null angefangen“, berichtet die Ärztin. Und die Praxis wächst nicht nur mit der Anzahl der Patienten: Vier Angestellte inklusive Praxismanagerin gehören ohnehin schon zum Team. Eine Ärztin in Weiterbildung und eine Medizinische Fachkraft (MFA) sollen eingestellt werden, und vor einigen Monaten ist noch ihr Mann als Praxispartner dazu gekommen. „Mein Mann

ist der Mensch, dem ich am meisten vertraue. Deshalb sind wir die idealen Praxispartner.“

Was muss man mitbringen, damit man als Ärztin mit Mitte 40 und Familie noch diese Wende im Leben hinbekommt? „Man muss in erster Linie hohes Interesse an dem Fach haben – und außerdem unverdrossen und motiviert sein“, sagt Erasmi. Und wie will sie die von vielen Kollegen beschriebene Arbeitsbelastung bewältigen? Die Hausärztin rät zu einer Entzerrung des Praxisalltags. Der Terminkalender wird bei ihr so gefüllt, dass immer noch Luft bleibt. Für sie steht nach dem Abschied aus der Klinik fest: „Ich lasse mich nicht mehr fremdbestimmen.“

genehm. und red. bearb. Nachdruck: Schnack D (2014) Plötzlich Allgemeinärztin. MMW-Fortschr Med 5:8-9

Quereinstieg Allgemeinmedizin

2015 veröffentlichte die Bundesärztekammer (BÄK) einen Anforderungskatalog, nach dem Fachärzte anderer Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung Hausarzt werden können. Der „Quereinstieg in die Allgemeinmedizin“ wird als Möglichkeit für Fachärzte anderer Gebiete gesehen, die Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin unter Berücksichtigung der schon erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zu erwerben, um in der hausärztlichen Versorgung tätig zu werden. Ziel ist die Bekämpfung des Hausarztmangels. Das Projekt lief bis Ende 2015. Nach BÄK-Angaben legten 2012 und 2013 insgesamt 56 Ärztinnen und Ärzte nach einem Quereinstieg erfolgreich die Facharztprüfung für Allgemeinmedizin ab. Die meisten arbeiteten zuvor als Anästhesisten (21) oder Chirurgen (14). Der älteste Arzt war 68, der jüngste 34 Jahre.

Die DEGAM sieht in ihrem „Positionspapier zum sog. Quereinstieg“ vom Mai 2011 zwar gewisse Vorteile wie kurzfristige Überwindung von Versorgungslücken oder Honorierung ärztlicher Erfahrung in anderen Fachgebieten, gibt aber erhebliche Nachteile zu bedenken:

- › Verhinderung notwendiger struktureller Reformen in Medizinstudium, Weiterbildung und Vergütung, um den Facharzt für Allgemeinmedizin für Medizinstudierende und ÄiW zu einem attraktiven Weiterbildungsziel zu machen;
- › Verlängerung der individuellen Weiterbildungszeit, die ohnehin derzeit in der Allgemeinmedizin bei fast 8 Jahren liegt;
- › Demotivation der bereits in allgemeinmedizinischer Weiterbildung befindlichen Ärzte;
- › Aushöhlung der bestehenden WO mit den begründeten Schwerpunkten Allgemeinmedizin und Innere Medizin;
- › keine Option über den Quereinstieg qualifizierte Ärzte zu verpflichten, sich in einem unterversorgten Gebiet niederzulassen.

Die DEGAM betont, dass ein Quereinstieg nur eine befristete „Notlösung“ und kein optimaler Lösungsansatz gegen den Hausarztmangel sein kann. Gesellschaft und Patienten müssen sich auf die Qualifizierung von Hausärzten verlassen können. *FHM*

Praktischer Arzt

Bei dem Titel „Praktischer Arzt“ handelte es sich in Deutschland vor der Umsetzung der von der EU erlassenen „Richtlinie des Rates vom 15.9.1986 über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin (86/457/EWG)“ um eine „nicht geschützte“ Bezeichnung. Diese Richtlinie schrieb den Mitgliedstaaten zwingend vor, eine „spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin“, die entsprechende Voraussetzungen zu erfüllen hatte, einzuführen und ab einem bestimmten Zeitpunkt den Besitz eines derartigen Diploms zur Voraussetzung für die Tätigkeit als „Praktischer Arzt“ (also als Hausarzt) im Sozialversicherungssystem zu machen. Umgesetzt wurde diese Richtlinie hinsichtlich der Qualifikation „Praktischer Arzt“ z. B. im bayerischen Heilberufe-Kammergesetz (HKaG) im Dezember 1989 (die Umsetzung hinsichtlich der Tätigkeit im Sozialversicherungssystem erfolgte im SGB V). Ab diesem Zeitpunkt war die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ ein geschützter Begriff, der Erwerb war von einer 2-jährigen Ausbildung in Klinik und Praxis abhängig.

Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung in einem anderen Gebiet (z. B. Anästhesie) konnten sich bis Ende der 1980er Jahre ebenso wie auch theoretisch (und in Einzelfällen tatsächlich!) Spezialisten außerhalb der unmittelbaren Patientenversorgung (z. B. Laborarzt, Radiologe) für einen „Schilderwechsel“ entscheiden und als Praktischer Arzt niederlassen. Ferner konnten auch Ärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung bis zu diesem Zeitpunkt in die Berufsausübung als Praktischer Arzt einsteigen. *FHM*

Nach und nach sind die drei Kinder aus unserem Örtchen Burbach im Siegerland in die Welt hinaus gezogen. Bei uns lief weiterhin das volle Programm: Volle Sprechstunde, Hausbesuche, Heimversorgung, Notfallbetreuung, vom Kind bis zum Greis, Familien-, Palliativ- und Sozialmedizin.

Mich reizte schon lange das Zusammenspiel von Universität und Praxis, die Frage, wie For-

Nach fast 25 Jahren allgemeinmedizinischer Gemeinschaftspraxis auf dem Lande wollten meine Frau und ich „etwas verändern“: meine Frau ging als Leitende Ärztin in eine Kurklinik und ich bin jetzt Oberarzt an einer Uni-Abteilung für Allgemeinmedizin.

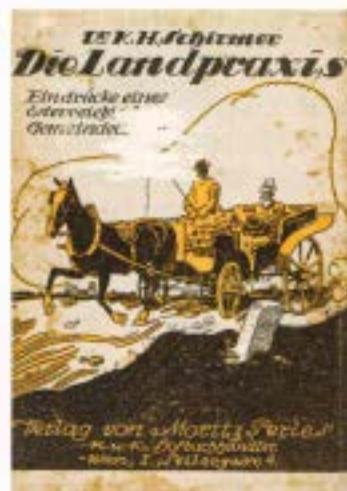
Hans-Otto Wagner

Einmal Landarzt – nicht immer Landarzt

Warum und wie ich als Hausarzt an die Uni
wechselte

„Ich wollte den Elfenbeinturm Universität erden. Ich wollte etwas verändern.“

schung und Lehre zum Alltag als Allgemeinarzt passen könnten. Das, was wir als Hausärzte ausübten, hatte wenig mit dem zu tun, was wir im Studium gelernt hatten. Am Anfang war das nur eine Ahnung. Mit den Jahren wurde aus diesem unbestimmten Gefühl der mehr oder weniger konkrete Wunsch, den Elfenbeinturm Universität zu erden. Ich wollte etwas verändern.



100 Jahre Landarzt: von Dr. med Karl Hermann Schirmer 1915 über Dr. med August Heisler (1950) bis zu Medizinstudent David Janke 2014, der als künftiger Landarzt für die KBV-Kampagne www.lass-dich-nieder.de modelt.



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Büro

Oberärztlicher Koordinator
Krankenversorgung
Dr. med.
Hans-Otto Wagner

Neues Türschild: Von der Landarztpraxis in die Uniklinik

Lehrauftrag für Pharmakotherapie in der Hausarztpraxis

Im Frühjahr 1994 kam der erste Wendepunkt: Ich telefonierte mit meinem Freund *Walter Rosenthal*, dem damaligen Direktor des Pharmakologischen Instituts in Gießen, und warf ihm vor, dass er wohl kaum eine gute Vorlesung über Gicht halten könne: „Du machst doch gar keine Patientenversorgung“, sagte ich. „Wenn du meinst, dass du das besser kannst, dann halte du morgen die Vorlesung“, war seine Antwort. Wenige Stunden später stand ich total übernachtigt im Hörsaal. Anschließend erhielt ich einen Lehrauftrag für Pharmakologie – Pharmakotherapie in der Hausarztpraxis. Offensichtlich hatte meine Vorlesung universitären Ansprüchen entsprochen.

Plötzlich sah ich eine Möglichkeit, mich weiterzuentwickeln. Ich musste darüber nachdenken, wie und an welchen Punkten die Konzepte von Uni und Klinik nicht mit der Realität einer Praxis und der Lebenswelt der Menschen übereinstimmen. Zum ersten Mal überhaupt las ich etwas über Allgemeinmedizin. Das Lehrbuch „Allgemeinmedizin“ von *Michael M. Kochen* hatte mich sehr beeindruckt. Ich schrieb ihm, dass ich irgendwie Hilfe bräuchte mit meinem Lehrauftrag. Er verwies mich zur nächsten Mitgliederversammlung der GHA: „Da können Sie ein paar Leute kennen lernen“.

GHA und DEGAM meine berufliche Familie

Im Laufe der nächsten Jahre wurden GHA und DEGAM meine berufliche Familie. 1997 erzählte mir der damalige DEGAM-Präsident *Peter Helmich* von seinem Plan, einen Arbeitskreis Leitlinien zu gründen: „Sie müssen da mitmachen“. Diesem Arbeitskreis, die heutige Ständige Leitlinien Kommission (SLK) der DEGAM, gehöre ich seit seiner Gründung an. Freilich war ich viele Jahre von der Praxisferne der Leitlinienkommission enttäuscht. Als ich im März 2011 den neuen SLK-Sprecher *Martin Scherer* zufällig am Bahnsteig traf und wir bei einem Bier ins Gespräch kamen, war es für ihn klar: „Du kommst zu mir ins Institut“. Scherer ist damals gerade der neue Chef am Institut für Allgemeinmedizin (IfA) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) geworden. Ich sollte für 10 Wochenstunden Wissenschaftlicher Mitarbeiter werden. Da meine Frau inzwischen als Leitende Ärztin genug verdiente, konnte ich mich darauf einlassen.

Scherer und ich entwickelten Pläne, wie wir meine Praxisexpertise für Lehre und Forschung nutzbar machen und seinen Wunsch nach praktischer Patientenversorgung umsetzen konnten. Zusammen mit dem UKE haben wir das Projekt „Allgemeinmedizin im Krankenhaus“ entwickelt. Mittlerweile arbeiten 7 Allgemeinärzte am UKE. *Scherer* ist Chef dieses neuen Fachbereichs Allgemeinmedizin in der Patientenversorgung in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) und in einer hausärztlichen Kassenpraxis am Campus tätig. Ich selbst bin seit 2012 mit einer vollen Stelle und inzwischen als oberärztlicher Koordinator für diesen Fachbereich zuständig, zusätzlich in Lehre und Forschung tätig und Moderator der Hausärztlichen Fortbildung Hamburg.

Der Wechsel vom Landarzt an die Uni war rückblickend vielleicht ein bisschen naiv. Meine Einbindung in einen universitären Betrieb kos-

tete Kraft. Aber es hat sich gelohnt – trotz meiner fast 60 Jahre. Allerdings wäre das alles ohne meine Ehefrau, die nicht nur in der Praxis eine verlässliche Partnerin war, nicht möglich gewesen.

Dr. med. Hans-Otto Wagner

*Oberärztlicher Koordinator Krankenversorgung
Institut für Allgemeinmedizin, Stellv. Sektions-
sprecher Qualitätsförderung DEGAM*

20246 Hamburg

Landarzt

Als Landarzt wird umgangssprachlich ein Hausarzt – meistens ein Facharzt für Allgemeinmedizin oder ein hausärztlich tätiger Internist – bezeichnet, der in einer ländlichen Region tätig ist (Wikipedia 6.10.2014). Eine Definition von KBV oder BÄK gibt es nicht. *FHM*

Landarztzuschlag

„Im Hinblick auf die praktische Tätigkeit als Hausarzt und die Sicherung der Qualität einer flächendeckenden Grundversorgung der Bevölkerung empfiehlt der Rat mit dem Modell eines ‚Landarztzuschlags‘ und des obligatorischen Aufkaufs von Arztsitzen in stark überversorgten Planungsbereichen stärkere Anreize als bisher, um die ärztliche Tätigkeit insbesondere in von Unterversorgung bedrohten Regionen zu befördern. Der SVR fordert einen Vergütungszuschlag von 50 % in der Regelversorgung. Dies würde aktuell ungefähr 12 % aller Planungsbereiche, 10 % aller Hausärzte und 4 % aller Vertragsärzte betreffen.“
Sachverständigenrat (SVR) Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche (www.svr-gesundheit.de)

Die Landpraxis anno 1915

„Die Türe zu dem Berufe eines österreichischen Landarztes steht weit offen. Während in den Städten, besonders in Wien, das medizinische Proletariat sich in erschreckender Weise vermehrt, zahlreiche ärztliche Existenzen völlig unterliegen und die Warnungen vor dem Medizinstudium immer lauter ertönen, haben alle Kronländer ohne Ausnahme über einen Mangel an Landärzten zu klagen... So sind seit Jahren in Niederösterreich stets 30 bis 40 Gemeindearztstellen vakant... Die Ursachen dieser Landflucht sind nicht ohne weiteres klar. Sicher ist der einzige Grund nicht der, dass ein guter Teil dieser Stellen nicht lebensfähig ist, es blieben noch immer Stellen, namentlich für einen Anfänger, mit hinreichenden Existenzbedingungen übrig. Ich habe über diese Frage reiflich nachgedacht und bin zu der Überzeugung gekommen, dass es in den allermeisten Fällen ein gewisses Gefühl der Unsicherheit und Unselbstständigkeit ist, welches den jungen Arzt abhält, sich um eine Landstelle zu bewerben. Trotz gediegener klinischer Ausbildung scheut er unter Umständen die große Verantwortlichkeit, in weitem Umkreise der einzige Arzt und Operateur zu sein. Dazu kommt die Angst vor den Etablierungskosten bei mangelndem Betriebskapital, die freilich meist nicht begründet ist... Sicher werden viele Kollegen auch dadurch von der Hebersiedlung aufs Land abgehalten, dass sie sich nur schwer von den Kulturgenüssen der Großstadt (Kaffeehaus, Theater, moderne Verkehrsmittel) losreißen können... und der ständigen Gefahr des Verbauerns ausgesetzt sind.“

Aus: *Dr. med. K. H. Schirmer (1915) Die Landpraxis. Eindrücke eines österreichischen Gemeindearztes. Moritz Perles, Wien*

„Das alles wäre ohne meine Ehefrau nicht möglich gewesen.“

Ohne den Anfang ist das Ende oft nicht zu verstehen. Als ich vor 15 Jahren in Berlin aus der ganztags betriebenen Hausarztpraxis und einer Nebentätigkeit als Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an die Universität in Düsseldorf als Hochschullehrer der Abteilung für Allgemeinmedizin berufen wurde, gab es eine für mich eigenartige emotionale Zeit: Ich erlebte immer wieder – vor allem in späten stil-

Landen in der Nähe von Düsseldorf kennenlernen und versorgte, ist es nie mehr zu einem solchen Verhältnis gekommen. Dies führte ich im Wesentlichen darauf zurück, dass die Universität als mein Hauptarbeitsfeld zur Rivalin im Kampf um meine Prioritätensetzung wurde. Zudem war ich für die Patienten nur an zwei bis drei Halbtagen in der Praxis erreichbar, also eigentlich unzuverlässig. Die zwar freundlichen, aber irgendwie unverbindlichen Begegnungen mit meinen Patienten im Düsseldorfer Raum machten mir nun zunehmend klar, dass ich nicht nur eine Last in Berlin zurückgelassen, sondern auch etwas zurück bekommen hatte, das ich nun vermisste.

Als ich vor zwei Jahren die Universität verließ, wollte ich noch einmal das Vermisste wieder erleben. Obwohl es dazu keinerlei finanzielle Notwendigkeit gab, wollte ich wieder jeden Tag in der Praxis sein – also für die Patienten „zuverlässig“ da sein. Weil ich die Patienten mehrheitlich schon lange kannte, erhoffte ich mir, dass das, was ich in Berlin einmal erlebt hatte, auch jetzt wieder entstehen könnte. Und es entstand. Ich brauchte nicht lange und mein einziges Ziel der Bemühungen erfüllte sich: Die Patienten, die ich über meine gesamte Universitätszeit in der Gruppenpraxis auf relativer Distanz mitbetreut hatte, wurden wieder engere Bekannte. Es wurden wieder zunehmend längere Termine für die „Schwierigen“ notwendig und ich bemerkte, dass die „Last“ zu wachsen begann, aber in gleichem Maße mein „Genuss“ an der Praxis. Auch nach zwei Jahren fahre ich jetzt weiterhin mit Freude in die nahe gelegene Praxis und genieße den Tag, der wieder wesentlich für mein Leben geworden ist.

Erst Hausarzt, dann Hochschullehrer, jetzt wieder Hausarzt. Zwei vermeintlich gegenläufige Karrieren fügen sich letztlich zu einem einzigen Berufsbild zusammen.

Heinz-Harald Abholz

Aus der Hochschule in die Allgemeinpraxis zurück

Zwei Seiten derselben Medaille

len Stunden in der Abteilung –, dass ich mich sehr erleichtert, ja frei fühlte von den Verpflichtungen, mich um die vielen Probleme meiner Patienten, insbesondere meiner „schwierigen“, zu kümmern. Und „schwierig“ war nie die medizinische, sondern immer die psychische und soziale Situation der Betroffenen, wenn diese auch mit medizinischen Problemen oft verwoben waren. Dies hatte ich, solange ich in der Praxis voll arbeitete, nicht in dieser Weise erlebt. Und immer wieder kamen auch Überlegungen, teilweise Geschichten in Träumen, hinzu: „Du hast kranke Menschen allein gelassen, das gehört sich nicht“. Andererseits hatte ich aber auch das Gefühl, dass ich das „eigentliche Leben“ mit Aufgabe meiner Praxis verlassen hatte. Ich befand mich jetzt in einem Raum, den manche Elfenbeinturm nennen. Keine emotionalen Probleme, das Gefühl des Frei-Seins. Ein Irrtum, wie sich später herausstellte.

Universität als Rivalin um Patientengunst

Dieser Abschied von den Berliner Patienten dauerte ein gutes Jahr. Mit den neuen Patienten, die ich in meiner späteren Gruppenpraxis auf dem

Praxis und Universität: Zwei unterschiedliche Welten

In Bezug auf das Weggehen aus der Universität bin ich bisher nie wehmütig geworden, und ich denke weder mit besonderer Freude noch mit Schmerz oder gar Verbitterung oder Stolz an diese Zeit. Es war irgendwie eine ganz andere Tätigkeit, die mich nie so belastet, aber eben auch nie so bereichert hatte, dass es zu einem schmerzlichen, eher erleichternden Abschied gekommen ist. Das heißt nicht, dass ich die Arbeit in der Universität nicht auch immer wieder über lange Strecken genossen habe. Vieles habe ich gelernt und vieles erlebt, was ich ansonsten nie so erlebt hätte. Nur sind für mich die Praxis und die Universität zwei unterschiedliche Welten geblieben. Dabei ist die Praxis immer wieder Anstoß für Forschungsfragen und -projekte geworden, nur umgekehrt habe ich einen solchen Einfluss auf die Praxis nicht erlebt.

Prof. (em.) Dr. med. Heinz-Harald Abholz

Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Allgemeinmedizin, Präsident DEGAM (1998 – 2004), Alterspräsident DEGAM, 50181 Bedburg/Erft

„Praxis und Universität sind für mich zwei unterschiedliche Welten geblieben.“

Viele Realitäten des Lebens sind dem Hausarzt aus erlerntem Wissen oder aus eigener Anschauung (Familie, Elternschaft, Pflege von Angehörigen etc.) häufig sehr gut bekannt. Daneben gibt es jedoch ein großes Feld, das er – so wage ich zu behaupten – eher nur vom Hörensagen kennt: die Arbeitswelt vor Ort. Doch was bedeutet es für den einzelnen Menschen, insbesondere im Hinblick auf seine Ver-

meinarzt eigentlich nie auseinandersetzen wollte (und der heute seine frühere Aversion gegen Paragraphen übrigens nicht mehr versteht).

Nahezu das gesamte allgemeinmedizinische Spektrum

Ich konnte und kann dazu beitragen, Arbeitsplätze so zu gestalten, dass Gesundheitsrisiken minimiert und chronisch Kranke möglichst leistungsgerecht eingesetzt werden können. Auf diese Weise lässt sich oftmals eine vielgestaltige Chronifizierung des Krankheitsgeschehens verhindern. Meine Einsatzfelder sind sehr vielseitig, sie umfassen nahezu das gesamte allgemeinmedizinische Spektrum – mit Beschränkung auf die berufstätige Altersgruppe und mit dem Schwerpunkt auf chronischen Erkrankungen. Dazu muss ich mich noch mit Fragen der Toxikologie, Ergonomie, Arbeitspsychologie oder Salutogenese auseinandersetzen. Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin als „Spezialist für den ganzen Menschen“ kommt mir gerade in der modernen Arbeitswelt sehr zugute. Ich werde nicht nur als Ansprechpartner für alle gesundheitlichen Belange bei den Kollegen akzeptiert, auch das spezifische Wissen im Niedrigprävalenzbereich hilft mir sehr, medizinischen Aktionismus zu vermeiden und damit im weiteren Sinn ärztliche Betreuung zu leisten.

Selbständig ohne selbständig zu sein

Ich habe es erstmals in der Arbeitsmedizin erfahren, dass ärztliche Expertise wirklich wertgeschätzt wird, dass ich tatsächlich – wie gesetzlich garantiert – weisungsfrei arbeiten kann (kein Arzt wird gesetzlich so geschützt wie der Betriebsarzt), dass Fortbildungen integrativer Bestandteil der Arbeit sind und somit natürlich Arbeitszeit darstellen und die Kosten dafür übernommen werden. Ich genieße es, vollkommen ohne wirtschaftliches Eigeninteresse einfach nur das zu tun und so zu beraten, wie ich es medizinisch für richtig halte. Mittlerweile verantworte ich als angestellter Betriebs- und Werksarzt einen werksärztlichen Dienst selbst, betreue ca. 2.000 Mitarbeiter und arbeite selbständig, ohne selbständig zu sein. Da es mir möglich ist, die Fälle des allgemeinmedizinischen Spektrums im Akutfall selbst zu versorgen, kann ich jetzt auch beide Felder vereinen und zudem ausreichend lange Gespräche führen, sinnvolles(!) Screening anbieten und nicht zuletzt reichlich quartäre Prävention betreiben. Aber einen Wunsch habe auch ich: dass Betriebsärzte und Hausärzte doch mehr miteinander reden – denn beide dienen dem gleichen Ziel.

Dr. med. Ralf Bettker-Cuza

Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Arbeitsmedizin, Verkehrsmedizin, Leiter werksärztlicher Dienst Vorwerk Elektrowerke GmbH & Co. KG, 42270 Wuppertal

In der Arbeitsmedizin gelandet bin ich als Allgemeinarzt wie viele meiner Fachkollegen eher durch Zufall. Der Gedanke, in einer Praxis unternehmerisch tätig sein zu müssen, sprang mich nicht an. In der Arbeitsmedizin habe ich erstmals erfahren, dass ärztliche Expertise wirklich wertgeschätzt wird.

Ralf Bettker-Cuza

Abseits vom Hausarzt

Allgemeinarzt als Leiter des werksärztlichen Dienstes

sorgungsbedürfnisse, in einem Kraftwerk, einem Callcenter, einer Schreinerei, einer großen Verwaltung, am Band in der Montage oder als Busfahrer zu arbeiten?

Abneigung gegen das „Kassenarztrecht“

Nach Abschluss der Weiterbildung in Allgemeinmedizin, einige Monate vor dem Prüfungstermin, überlegte ich meinen nächsten Schritt: hier in der Großstadt nur Notdienste bis zur Prüfung übernehmen oder noch was Neues lernen? Das „Kassenarztrecht“ mit all den Beschränkungen war mir zuwider. Auch das Anbieten von privatärztlich zu liquidierenden Leistungen ohne medizinischen Nährwert. So kam ich auf die Betriebsmedizin. Ein vielfältiges Arbeitsfeld, dachte ich und denke noch heute so, bei dem mehr die Gesunderhaltung im Vordergrund steht, die eigene Expertise wirklich zählt und der Arzt nachhaltige Eindrücke in die Arbeitswelt erhält. Anfangs war es für mich schwierig, ich fremdelte enorm. Ich sah kaum noch akut Kranke, in der Regel waren die Betroffenen chronisch krank oder benötigten sozialmedizinische Betreuung. Dazu reihenweise trockene Gesetze und Verordnungen, mit denen ich mich als künftiger Allge-

„Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin als ‚Spezialist für den ganzen Menschen‘ kommt mir in der modernen Arbeitswelt sehr zugute.“

Über 725 Teilnehmer (Stand: April 2015), darunter Hausärzte, Mitarbeiter allgemeinmedizinischer Institute oder Ärzte in Weiterbildung, zählen sich heute zur Community. Meist in rasantem Tempo (und nicht selten noch weit nach Mitternacht!) werden Fragen aus der Praxis beantwortet, kritisch hinterfragt, mit Fotos und deren Verlauf dokumentiert – oder es wird gelegentlich auch mal richtig „geholzt“.



[ALLGMED-L]

Vorbilder aus dem angelsächsischen Raum standen Pate, als 1997 Donner-Banzhoff ein hausärztliches E-Mail-Diskussionsforum nach Deutschland importierte. Seither ist der Listserver [ALLGMED-L] eine nicht mehr wegzudenkende Institution.

Günther Egidi

Der allgemeinmedizinische Listserver [ALLGMED-L]

Virtueller Stammtisch für Allgemeinärzte

„Die Diskussionen im Listserver sind für die Herausbildung eines fachlichen Selbstbewusstseins und einer inhaltlichen Identität enorm wichtig.“

Zimperlich darf man da nicht sein. Es gibt „Benimm-Regeln“ zum wertschätzenden Umgang miteinander, eine Zensur findet aber nicht statt. Über das Einhalten der Regeln wacht Webmaster Dominik Ahlquist, Hausarzt aus Kaltenkirchen.

Von Medizin bis Politik

Im Wesentlichen beziehen sich die Fragen auf Diagnostik, Prognostik und Behandlung einzelner konkreter Patienten. Ebenso geht es auch um die Arzt-Patienten-Beziehung im Allgemeinen, Organisation und Ablauf in der täglichen Praxis, um Qualitätsförderung, die bestmögliche allgemeinärztliche Fortbildung – oder auch mal um eine Empfehlung für einen kompetenten Hausarzt am neuen Wohnort des Patienten.

Beispielhaft einige Fragen, die im Zeitraum vom 10. bis 21. Dezember 2012 diskutiert wurden:

- › Wie unterscheide ich, ob eine Konjunktivitis eher bakterieller Genese ist, also antibiotisch behandelt werden sollte – oder eher viralen Ursprungs?
- › Wie mit einem suchtkranken Arzt umgehen? Wann sollte er wieder zur hausärztlichen Versorgung zugelassen werden?
- › Eine unklare Erhöhung der alkalischen

Phosphatase. Im Röntgen-Bild wird jetzt ein M. Paget gefunden: Ist jetzt Bisphosphonat indiziert?

- › Sollte eine Arztpraxis das Praxis-EDV-System wechseln, wenn damit die hausärztlichen Selektivverträge nach §73b SGB V nicht abgerechnet werden können?
- › Welche Diagnostik bei zufällig im Sonogramm gefundenen Ovarialzysten? Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit eines Malignoms?
- › Welche Abklärungs-Diagnostik bei unklarer CK-Erhöhung sinnvoll und erforderlich?
- › Wie sollen Hausärzte damit umgehen, wenn die sinnvolle Analgetika-Kombination Paracetamol+Codein nicht mehr als Großpackung zu Lasten der Kasse verordnet werden kann?
- › Ist die Chirotherapie eher eine gute Methode, um Schmerzmittel einzusparen? Oder ist sie eher ein Instrument, Patienten zu binden mit dem Risiko einer iatrogenen Fixierung?
- › Wie soll die Hausärztin mit der Klinik-Empfehlung für Epleneron umgehen? Hat es neben Spironolacton einen Stellenwert?

Für Aktivisten, die schon längere Zeit in diesem Forum unterwegs sind, sind gelegentliche Redundanzen vielleicht ermüdend, für die Herausbildung eines fachlichen Selbstbewusstseins und einer inhaltlich grundierten Identität sind die Diskussionen im Listserver jedoch enorm wichtig.

Einige erfolgreiche politische Kampagnen wurden in [ALLGMED-L] gestartet, beispielsweise gegen ein für Pay-for-performance gedachtes Set von Qualitätsindikatoren der KBV oder gegen ihre ambulanten Kodierrichtlinien.

Der Listserver schafft auch eine neue Evidenz: So sah die Community mit Erstaunen, dass die erste DEGAM-Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen“ in der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), die federführend von den Urologen betreut wurde, aufgehen sollte und befürchtete eine Verwässerung der restriktiveren allgemeinmedizinischen Empfehlungen. Es fehlten jedoch Argumente, der Herabstufung von Trimethoprim (TMP) in der Urologen-Leitlinie etwas entgegenzusetzen. Kurz entschlossen untersuchten 40 User des Listservers die Resistenzlage bei 191 hausärztlichen Patientinnen mit Harnwegsinfekten und fanden eine für TMP akzeptable Resistenzsituation (BMC Urology [2012] 12:33).

Ein weiteres Kraftzentrum der DEGAM

Neben dem Präsidium, den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften der DEGAM hat sich mit dem Listserver inzwischen ein weiteres Kraftzentrum der Allgemeinmedizin entwickelt. Es sei mir die Prognose erlaubt, dass der Listserver angesichts des dynamischen Wachstums der DEGAM noch an Bedeutung gewinnen wird. Auf dieser Plattform haben sich Autoritäten herausgebildet, denen zu widersprechen nicht ganz einfach ist. Für nicht Wenige stellt diese Plattform das wichtigste Instrument zur tagesaktuellen hausärztlichen Fortbildung dar. Viele sind aber einfach nur stille Leser und treten gelegentlich „aus der Deckung“. Einzelne Diskussionen wurden redaktionell geringfügig bearbeitet und dann in der ZFA veröffentlicht.

Durch die große Zahl der Teilnehmer wie auch der einzelnen Threads stößt die Lesbarkeit der [ALLMED-L]-Beiträge jedoch an ihre Grenzen. Bei weiterem Wachstum könnte die Ordnung der Beiträge nach Themengebieten möglicherweise eine Alternative sein, allerdings dann zu Lasten der Breite der Themen.

Dr. med. Günther Egidi

*Facharzt für Allgemeinmedizin, DEGAM-Sektionsprecher Fortbildung, 28259 Bremen
www.degam.de/link_listserver.html*

„Der Listserver ist ein so wichtiger Bestandteil unseres Lebens wie der Beruf.“

M. S.

Stimmen zum Listserver

„Ich oute mich hiermit als Nicht-DEGAM-List-User. Man kann sich ja einfach so anmelden und nichts zeigt auf DEGAM hin. Ich finde es gut, dass sich da ein weites Spektrum an Meinungen abbildet und man auch mal was von KollegInnen und ihren Nöten aus den anderen Bundesländern mitkriegt (auch wenn ich bis heute selbst nichts beigetragen habe). Mir ist die Flut von Mails zu viel, leider, und ich werde mich deshalb jetzt wieder abmelden.“ (S. A.)

„Es ist nie zu spät, DEGAM-Mitglied zu werden. Bleiben Sie im Listserver und werden Sie DEGAM!“ (R. B.)

„Einen herzlichen Dank für die Schulung meiner Kritikfähigkeit durch den Listserver!“ (U. M.)

„Trotz der Menge an Mails – ich möchte die Liste nicht missen.“ (J. U. S.)

„Der Listserver ist ein so wichtiger Bestandteil unseres Lebens wie der Beruf.“ (M. S.)

„Ich bin DEGAM-Mitglied, finde den Listserver trotzdem gut, so wie er ist, nämlich niedrigschwellig. Eine Beschränkung der Listserver-Teilnehmer nur auf Mitglieder würde zu einer Verarmung der Themen und der Breite der Diskussion führen. Wir brauchen doch keine Angst vor mehr Öffentlichkeit haben, die Qualität der Diskussion ist hier meist sehr hoch. Außerdem ist die Liste eine gute Werbung für die DEGAM.“ (P. F.)

„Diese Plattform funktioniert meist sehr gut auf meist hohem Niveau. Sie ist bestimmt nicht mit dem Internet gleichzusetzen. Zu schwierigen Themen gab es immer noch kluge und kritische Stellungnahmen und oft weitreichenden Konsens.“ (J. S.)

!!!!REMINDER!!!!

ListServer & JADE Treffen
Auf der Practica
Donnerstag
ab 19:30 Uhr
im Olliz
Spessartstrasse 29

Beste Grüße

Ruben Bernau

Repro: Mader

Aufruf im Listserver vom 17.10.2014 zum Treffen von Listis und JADEs auf der practica

An: ALLGMED-L@LISTSERV.DFN.DE

*„Gruß in die Runde!
Gerade eben Anruf aus dem Krankenhaus, ehemalige PJ-Studentin hat bei einem Patienten von mir M. Paget diagnostiziert, welches Bisphosphonat zu geben sei? Ich soll doch mal die Listigen fragen... Das tue ich hiermit.*

Danke“

R. B.

An: ALLGMED-L@LISTSERV.DFN.DE

*„Liebe Listserver-Gemeinde, ich wende mich heute mit 2 Anliegen an den ‚Schwarm‘:
1. vor kurzem wurde die Bridging-Thematik diskutiert, insbesondere ging es um die Therapie mit niedermolekularen Heparinen, die inzwischen problematisch erscheint. Kann mir nochmals jemand die evidenzbasierte Expertenmeinung zusenden, da es ansonsten ständig zu Diskussionen mit operativ tätigen Kollegen kommt!?
2. Kennt jemand einen guten Psychiater/Psychotherapeuten in Erlangen für einen Studenten mit dem Bild einer manisch-depressiven Erkrankung? Vielen Dank im Voraus und frohes Schaffen!“*

W. K.

Die ärztliche Tätigkeit wird in unserem Versorgungssystem von einer jahrzehntelangen „Bildung“ begleitet: Nach der universitären Ausbildung folgt die Weiterbildung zum Facharzt. Daran schließt sich berufsbegleitend die Fortbildung an, um Wissen, Fertigkeiten und Haltungen auf einem hohen Niveau verfügbar zu machen. Die Muster-Berufsordnung (M-BO) der BÄK verpflichtet Ärzte, die

lassung. Auch im Jahr 2015 ist das Fortbildungsangebot in Deutschland für Allgemeinärzte allerdings immer noch nicht zufriedenstellend. Zumindest nicht überall und nicht jederzeit.

Sehnsucht nach einfachen Lösungen komplexer Praxisprobleme

Keinesfalls neu sind die Erkenntnisse, dass das verfügbare medizinische Wissen stetig wächst und die individuelle Kompetenz bei Nichtgebrauch schwindet. Die neuronale Plastizität unseres Gehirns sorgt jedoch dafür, dass wir die sprichwörtliche Reihenfolge „Botschaften hören, verstehen, verarbeiten, behalten, anwenden und beibehalten“ beachten können. Die Forderung nach einem Verzicht auf Fortbildung wäre daher töricht und vergeblich zugleich. Vergeblich, weil Leben und Lernen fest miteinander verknüpft sind und töricht, weil Passivität und Ignoranz gegenüber dem Lernen zu einer Fremdbestimmung einladen würde. Diverse Akteure im Gesundheitswesen haben das schon früh erkannt. Durch gezielte und durchaus professionelle Einflussnahme auf die ärztliche Fortbildung verfolgen sie Interessen, die nur selten mit dem Interesse nach der Vermittlung einer wissenschaftlich begründeten Medizin übereinstimmen. Und trotzdem hält sich diese Art von Fortbildung hartnäckig. Es ist sicher nicht nur ein finanzieller Aspekt, der zu einer entsprechenden Nachfrage führt. Solche Fortbildungen befriedigen vor allem die Sehnsucht der Ärzte nach vordergründig einfachen Lösungen für die komplexen Probleme in ihren Praxen. Denn nahezu regelhaft münden diese Lösungsvorschläge in eine Verordnung von bestimmten Medikamenten oder Produkten. Und so schreitet die fatale Medikalisierung des Lebens immer weiter voran: „If you only have a hammer, every problem looks like a nail.“

Keine Beeinflussung durch kommerzielle Interessen

Dagegen stand und steht die DEGAM für unabhängige, selbstbestimmte Fortbildungen ohne Beeinflussung durch kommerzielle Interessen. Ein durchaus bemerkenswertes Aushängeschild im Reigen der medizinischen Fachgesellschaften. Vielleicht sogar ein Alleinstellungsmerkmal. Die Grundüberlegung des DEGAM-Konzepts: Die Beziehung zwischen Arzt und Patient soll unabhängig bleiben von den wirtschaftlichen Interessen Dritter. So hatte sich bereits 1980 die DEGAM in diesem Sinne zur ärztlichen Fortbildung geäußert (Langener Beschlüsse), 2001 hatte sie mit der Stellungnahme „Professionelles Lernen – ein Leben lang“ beachtliche Meilensteine gesetzt, 2007 die Sektion Fortbildung in die Eigenständigkeit erhoben und 2012 in der Zukunftsposition Nr. 19 postuliert: „Fortbildung für Hausärztinnen und Hausärzte und ihre Praxisteam ist frei von Herstellerinteressen, evidenz- und fallbasiert, interaktiv und interkollegial“. Es ist für

Seit den Langener Beschlüssen 1980 macht sich die DEGAM explizit für eine unabhängige und selbstbestimmte Fortbildung ohne Beeinflussung durch kommerzielle Interessen stark. Darüber hinaus soll die hausärztliche Fortbildung „evidenz- und fallbasiert, interaktiv und interkollegial“ sein. DEGAM-Angebote haben heute ein Alleinstellungsmerkmal.

Armin Mainz

Unabhängige und selbstbestimmte Fortbildung

Hey teacher leave us docs alone ...

„Das DEGAM-Konzept zur Fortbildung ist vielleicht sogar ein Alleinstellungsmerkmal.“

ihren Beruf ausüben, „sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnissen notwendig ist“. 250 Fortbildungspunkte müssen innerhalb von 5 Jahren nachgewiesen werden, anderenfalls drohen den deutschen Vertragsärzten Sanktionen von Honorarkürzung bis zum Entzug der Zu-



Praxishospitation: Dr. med. Armin Mainz mit Kollegin Tanja Liedtke und Patient bei Demo von arriba®

„Das deutsche Gesundheitssystem fordert viel von seinen allgemeinmedizinischen Fortbildungs-Aktiven.“

die DEGAM ein langer – aber letztlich erfolgreicher – Weg gewesen, sowohl traditionelle Fortbildungen mit zu gestalten (practica, Hausärztag, allgemeine Kongresse usw.) als auch neue Angebote zu entwickeln. In den beliebten Qualitätszirkeln und auf zunehmend mehr Tagen der Allgemeinmedizin (TdA) finden sich drei Kerninhalte von guter Fortbildung: Freiwillige Selbstüberprüfung, selbstbestimmte Reflexion mit Praxisbezug und Förderung selbständiger Lernprozesse nach dem Motto „Übung macht den Meister“.

Berufliche Identität und intrinsisch motivierter Professionalismus

Solche Art von Fortbildung beflügelt zu einer stärkeren beruflichen Identität und zu einem vorwiegend intrinsisch motivierten Professionalismus. Das ist die schillernde Seite der Medaille. Doch wie wird es in den nächsten Jahren weiter-

gehen? Das deutsche Gesundheitssystem fordert viel von seinen allgemeinmedizinischen Fortbildungs-Aktiven. Sie müssen klug genug sein, um auf ihren Fortbildungen die richtige Balance zu finden zwischen den alltäglichen Irrungen und Wirrungen im System und den Ansprüchen an eine fürsorgende, patientenzentrierte Medizin, die sich der Wissenschaft, Forschung und Qualität verpflichtet fühlt. Daher kann auch niemand vorhersagen, ob sich moderne, peer-orientierte Lernkonzepte wie Visitationen, Hospitationen, open social learning networks und Mentorensysteme durchsetzen werden. Doch hoffen darf man es schon.

Dr. med. Armin Mainz

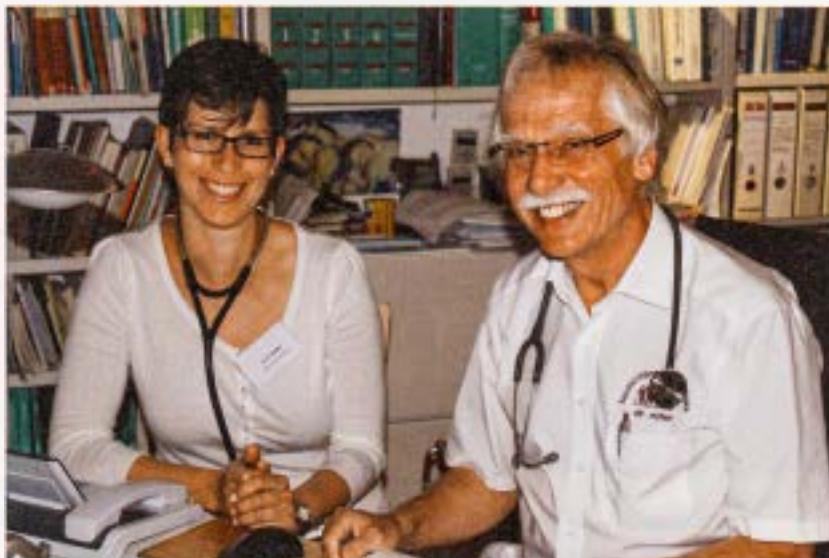
*Facharzt für Innere Medizin, Umweltmedizin,
Ärztliches Qualitätsmanagement*

*Stellv. Sektionssprecher Fortbildung DEGAM,
34497 Korbach*

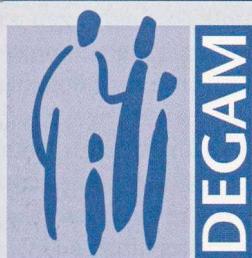
TAG DER ALLGEMEINMEDIZIN (TDA)

Geschützte Marke (Heidelberg 2007) für ganz- oder halbtägige Fortbildungsformate. Seit 2008 definierte Kriterien durch Sektion Fortbildung der DEGAM eingeführt, wie selbstbestimmtes Lernen, Hausarzt- und Patientenorientierung, Evidenzbasierung oder Industrieunabhängigkeit.

Quelle: Egidi G (2009) ZFA 4:415



ÄiW Hannah Antonia Hampel aus Berlin hospitiert bei Dr. med. Gernot Rüter in Wenningen am Neckar.



Fortbildung für Hausärztinnen und Hausärzte und ihre Praxisteam ist frei von Herstellerinteressen, evidenz- und fallbasiert, interaktiv und interkollegial

Da die Allgemein- und Familienmedizin sehr spezifische Merkmale aufweist, wie z. B. Multimorbidität der Patienten, Arbeit im Niedrig-Prävalenzbereich oder biopsychosoziales Krankheitsmodell, sind traditionelle Fortbildungsformate mit Vorträgen fachfremder „Spezialisten“ nur bedingt geeignet, die hausärztlichen Kompetenzen zu erhalten oder zu verbessern.

Aus diesem Grund sollte das bereits in ärztlichen Qualitätszirkeln erfolgreich etablierte evidenzbasierte Lernen untereinander und voneinander („peer-learning“, Hospitationen) auch in der Fortbildung vermehrt genutzt werden. Zusätzlich müssen mit einer wachsenden Verantwortung der nicht-ärztlichen Professionen diese stärker in die Fortbildungsstrukturen integriert werden.

Die DEGAM tritt nach dem Vorbild amerikanischer und australischer Ärztevereinigungen dafür ein, dass im Rahmen von Fortbildungsverpflichtungen generell keine pharma-gesponserten Fortbildungsveranstaltungen anerkannt werden.

DEGAM-Zukunftspositionen. Position 19 (Auszug). Frankfurt 2012

Nur mit aufeinander abgestimmten Fortbildungsangeboten zum Kompetenzerhalt wird es dem Allgemeinarzt als Generalisten zukünftig möglich sein, den demographischen und strukturellen Anforderungen des deutschen Gesundheitssystems gerecht zu werden. Vor diesem Hintergrund hat der Deutsche Hausärzteverband 2001 das IhF als selbständigen Verein gegründet. Zunächst kon-

men unterstützen. Mit den von *Thomas Lichte* entwickelten IhF-Mini-Modulen (Folienvortrag, Patientenflyer, Quellliteratur, Lernerfolgskontrolle) wurde die Qualitätszirkelarbeit auf regionaler Ebene unterstützt. Mehrere DEGAM-Leitlinien konnten auf diese Weise in hunderte von Qualitätszirkeln in die Versorgung implementiert werden. Dazu kam die deutschlandweite Ausrollung einer Strukturierten hausärztlichen Fortbildung (ShF), welche die Fortbildungskorridore definiert und es dem Hausarzt individuell ermöglicht, seine Fortbildung entsprechend einzuteilen und abzarbeiten.

Als größter ISO-zertifizierter Fortbildungsanbieter für Hausärzte und das gesamte Praxisteam bildet das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) gemeinsam mit der DEGAM und dem Deutschen Hausärzteverband das Fundament einer qualitativvollen, praxisgerechten und strukturierten Versorgung in der primärärztlichen Versorgung der Bevölkerung Deutschlands.

Hans-Michael Mühlenfeld

Strukturierte Fortbildung für Primärversorger

Qualitätsvolle und praxisgerechte IhF-Angebote

zentrierte sich das IhF darauf, meist Industrie initiierte Fortbildungsveranstaltungen gemäß der IhF-Charta bezüglich der Inhalte als auch der Methoden zu prüfen: „Hausärztliche Relevanz – Evidenzbasierung – Produktneutralität“. Dieser Zertifizierungsprozess erhielt das IhF-Siegel und ermöglichte den Hausärzten „auf einen Blick“ zu erkennen, dass die geprüften Veranstaltungen sie in einem angemessenen Zeitrah-

Erfolgsmodell Versorgungsassistentin (VERAH®)

Bestimmte gesetzliche Bestimmungen (SGB V §73b) und Zusatzverträge (z. B. Disease Management-Programme, Palliativmedizin) erforderten weitere Fortbildungsangebote wie die „IhF-Kompakttage“, die inzwischen an über 20 Standorten angeboten werden. Andere Angebote unterstützen die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit Themen zu Rehabilitation, Psychosomatik, Geriatrie oder Hautkrebscreening. Einen weiteren Meilenstein in der Fortbildung setzte das IhF 2007 mit einem 200-stündigen Curriculum „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®)“ zur speziellen Qualifizierung der Medizinischen Fachangestellten (MFA). Inzwischen haben über 7.000 MFAs das Diplom erworben. Durch weiterhin enge Abstimmung und Kooperation mit der Sektion Fortbildung und der Leitlinienkommission der DEGAM wird auch in Zukunft das breite Fortbildungsangebot für Hausärzte bundesweit präsent sein. Die gegenseitige Befruchtung und gemeinsame Präsenz auf dem DEGAM-Kongress, den Tagen der Allgemeinmedizin (TdA) sowie den Kompakt- und Hausärztetagen, dem IhF-Kongress und der *practica* sind die Grundlage für diese beispiellosen Erfolge in der hausärztlichen Fortbildung.

Sie dient neben der Wissensvermittlung insbesondere der Stärkung des hausärztlichen Selbstbewusstseins und der interkollegialen Solidarität, letztlich dem Wohle unserer Patienten. Ich möchte mich bei allen Vorständen und *Klaus-Dieter Kossow* als Bundesvorsitzendem im Gründungsjahr sowie *Robert Festersen* als kontinuierlichen Begleiter und Rückgrat des IhF für die geleistete Arbeit bedanken.

Dr. med. Hans-Michael Mühlenfeld

Facharzt für Allgemeinmedizin, Vorsitzender Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) e.V., 28197 Bremen



Übergabe VERAH®mobil an MFA R. Hombach (im Auto) und Dr. med. Ch. Pfeiffer (Mitte)

Für mich als Allgemeinarzt ist eine völlig neue Situation entstanden: Ich sehe den Lohn meiner Arbeit nicht mehr im Spiegel eines filigranen Vergütungssystems mit zig Abrechnungsziffern für jede einzelne Leistung. Das erfordert freilich eine Umstellung des Vertragsarztes – nicht im Handeln, aber eher im Denken. Ich steige aus dem Hamsterrad aus. Ich muss keine Leistungen mehr erbringen, nur weil sie mit

einem direkten Honorar verknüpft sind. Solche Leistungsanreize können erst gar nicht mehr geschaffen werden: Ich bin wieder frei in meiner ärztlichen Arbeit.

Ich kann mich unmittelbar von der Überlegung leiten lassen, was braucht dieser Patient, welche Vorstellung hat er von seinem Kranksein, was ist wissenschaftlich begründet? Kann ich in diesem oder jenem Fall mal ein „Routine-EKG“ weg lassen? Hilft es einem anderen Patienten sogar, wenn ich meine hausärztliche Schutzfunktion ernst nehme und ihn vor medizinischer Überversorgung bewahre, indem ich z. B. sinnvolle Screeningmaßnahmen mit ihm bespreche, von sinnlosen aber abrate? Kann ich nicht meinem Patienten in dem Maße, wie es ihn gesunden lässt, wieder Verantwortung für sich selbst zurück geben (Salutogenese)? Muss er vielleicht gar nicht mehr so oft in die Sprechstunde kommen? Kann ich ihn unterstützen, dass er wieder stolz auf sich ist, selbst etwas geschafft zu haben?

Seit es sie gibt, also seit Mai 2008, rechne ich in Baden-Württemberg meine Leistungen im Rahmen der Hausarzt zentrierten Versorgung (HzV) mit Selektivverträgen ab. Damit wird meine vertragsärztliche Tätigkeit weitgehend pauschal vergütet.

Gernot Rüter

Abrechnung im Pauschalsystem

Durch HzV wieder frei in meiner ärztlichen Arbeit

Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)

Seit 1998 hat der Gesetzgeber sukzessive besondere Versorgungsformen implementiert, die im Unterschied zu den Kollektivverträgen sowohl Ärzten als auch Patienten eine weitere freiwillige Teilnahmeoption ermöglichen. Dazu zählt die HzV nach § 73b SGB V, wonach die Krankenkassen entsprechende Verträge mit Leistungserbringern schließen.

Ärzte und Versicherte können sich in diese Programme einschreiben. Seit 2009 haben die Krankenkassen die Pflicht, ihren Versicherten diese besondere Versorgungsform, die für Innovationsfähigkeit und Wettbewerbsbereitschaft mit dem Ziel von Versorgungsverbesserungen steht, anzubieten. Die Ausgestaltung der Vergütung bleibt den Vertragspartnern überlassen. Bundesweit nehmen über 16.700 Hausärzte und über 3,8 Millionen Versicherte (Stand: 11/2015) an den 63 Verträgen zur HzV teil. Vincent Jörres, Deutscher Hausärzteverband e. V.

„Alle Beteiligten sind zufrieden. Diese radikale Umstellung im Denken hat sich für mich gelohnt.“

Zeitgewinn und planbares Honorar

Jetzt gibt es für mich nur noch wenige Abrechnungsziffern. Für den eingeschriebenen Patienten erhalte ich auch dann ein Honorar für vorgehaltene apparative Technik, wenn er im betreffenden Quartal nicht zur Behandlung kommt. Bestimmte Indikatoren für Struktur- und Prozessqualität sowie eine erhöhte Morbidität der Patienten erhöhen das pauschale Honorar. Freilich kenne ich auch aus Kollegen-gesprächen die Versuchung, z. B. eine Zerumen-spülung oder eine kleine Naht nicht mehr zu erbringen, „weil dies nicht mehr vergütet wird“.

Für mich jedenfalls stehen durch den effektiven Zeitgewinn und das angemessene und planbare Honorar der Patient und seine Anliegen, aber auch der Arzt mit seinen Bedürfnissen und Präferenzen sowie seinen medizinischen Neigungen wieder im Mittelpunkt. Alle Beteiligten sind zufrieden, da sie nicht nur auf Abrechnungsnotwendigkeiten schielen müssen. Der unsichtbare Dritte, die Versicherung und die Gesellschaft, sind in dieser Beziehung weniger präsent geworden. Diese radikale Umstellung im Denken hat sich für mich gelohnt. Dem pauschalen Honorar steht jetzt eine pauschale, aber weiterhin von Arzt zu Arzt und von Patient zu Patient differenzierte Versorgungsleistung gegenüber. Ein fast paradiesischer Zustand.

Dr. med. Gernot Rüter

Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirotherapie, Palliativmedizin, 71726 Benningen

Im Jahr 1976 hieß es in der Beratungsschrift „Arzt in freier Praxis“ des Zi der KBV: „Die Mehrheit aller an deutschen Krankenhäusern tätigen Ärzte sucht oder findet dort keine Lebensstellung. Für diese Ärzte wird daher zu irgendeinem Zeitpunkt die Frage der Niederlassung aktuell.“ Zum damaligen Zeitpunkt gab es also keine Alternative zur Selbständigkeit. Und weiter: „In den kommenden Jahr-

Noch in den 1960er Jahren war es selbstverständlich, dass ein Arzt, der sich als Hausarzt („Praktischer Arzt“) niederlassen wollte, in die eigenverantwortliche Selbständigkeit ging. Heute scheuen immer mehr Ärztinnen und Ärzte die Risiken des Unternehmertums und bevorzugen die Arbeit im Angestelltenverhältnis.

Bernhard Riedl

50 Jahre Hausarzt als Unternehmer

Ein Berufsbild im Wandel

zehnten wird der kompetente Allgemeinarzt eine der attraktivsten Alternativen ärztlicher Berufsausübung sein.“

Unvorbereitet in die Selbstständigkeit

Auch 1982 sah *Kosanke* (Zi der KBV) noch rosige Zeiten für den niederlassungswilligen Hausarzt: „Eine Niederlassung als Arzt für Allgemeinmedizin wird auch langfristig immer gute Chancen haben, da 40 % aller Allgemeinärzte heute 60 Jahre und älter sind.“ Ebenso aber hebt er hervor, dass der junge Arzt für nichts schlechter ausgebildet sei als für die Tätigkeit als eigenverantwortlicher und selbständiger Unternehmer in freier Praxis. Diese beiden Aussagen lassen sich nahezu wortgleich auf die heutige Zeit übertragen. Auch heute sind die jungen Kollegen vor der Niederlassung auf die Selbständigkeit unvorbereitet. Auch wenn derzeit mancherorts händeringend ein Nachfolger für eine gut gehende Allgemeinpraxis gesucht wird, ergeben sich viele Fragen und Unsicherheiten, die den einen oder anderen von der Niederlassung abhalten. *Drews, Kölling* und *Mader* sprechen in ihrem Buch „Unternehmen Arztpraxis“ 1995 vom „Sprung ins kalte Wasser“. Daran hat sich bis heute nichts geändert.

„Der junge Arzt ist für nichts schlechter ausgebildet als für die Tätigkeit als eigenverantwortlicher und selbständiger Unternehmer in freier Praxis.“

Neue Ärztegeneration bevorzugt Angestelltenverhältnis

1993 wurde für Deutschland die Bedarfsplanung eingeführt, in der Hoffnung, die befürchtete Ärzteschwemme auf diese Weise regeln zu können. Wohl kaum einer der Akteure hätte damals den heute evidenten Mangel an Hausärzten, vor allem auf dem Lande, vermutet. Heute gibt es eine neue Ärztegeneration, die „eine etwas andere Vorstellung von der Arbeit hat als die bisherige Generation“, erklärte KBV-Vorstandschef *Gassen* den Trend zum Angestelltenverhältnis: „Wir werden nicht mehr selbstausbeuterisch tätige Niedergelassene haben, die 60 Stunden die Woche klaglos für ein gedeckeltes Gesamtbudget erbringen, sondern Kolleginnen und Kollegen, die sagen, für mich ist nach 40 Stunden in der Woche Schluss.“

Neben den gestiegenen Ansprüchen an eine ausgeglichene Work-Life-Balance scheut die heutige Ärztegeneration die Herausforderung und Verantwortung für die Führung eines kleinen Unternehmens, z. B. für Organisation, Investition, Wirtschaftlichkeit, Rentabilität oder als Personalchef. Wenn man heute Allgemeinärzte nach gerade bestandener Facharztprüfung fragt, wie sie sich ihren weiteren Weg vorstellen, hört man immer häufiger die Antwort, dass sie ein Angestelltenverhältnis anstreben und nicht den Weg in die Selbständigkeit. Die aktuelle Statistik der BÄK belegt das: von 2009 bis 2013 stieg die Zahl der angestellten Ärzte im ambulanten Bereich von 14.300 auf 22.300. Eine sicher nicht repräsentative Umfrage, die ich im Rahmen meiner Vorlesung „Gesundheitsökonomie“ an der TU München unter den anwesenden Studenten durchführte, zeigte, dass aber auch von jenen Studenten, die ihre Zukunft in der Arztpraxis sehen, etwa die Hälfte ein Angestelltenverhältnis anstreben. Häufigste Begründung der Studierenden im 4. und 5. klinischen Semester: Zu viel Verantwortung als Selbständige, Scheu vor bürokratischen Aufgaben, Bevorzugung einer geregelten Arbeitszeit ohne Unzeitbelästigung sowie Wunsch nach geregelterm und festem Einkommen.

Kampagne Niederlassung

„Echte Medizinstudierende werben als Kampagnengesichter auf den Campi von 37 Medizinischen Fakultäten für mehr Niederlassung. Bei den jungen Leuten kommt die Botschaft gut an: 52 % der befragten Kommilitonen sind die Großplakatflächen und Litfaßsäulen aufgefallen. Über 90 % der niedergelassenen Haus- und Fachärzte macht ihre Arbeit Spaß.“
Ärztemonitor 2014 von KBV und NAV-Virchow-Bund

Positives Gefühl und Sicherheit vermitteln

Wie kann der Trend gegen die Niederlassung gestoppt oder gar umgekehrt werden? Zuerst ist es wichtig, den Kollegen ein positives Gefühl zu vermitteln. Auch wenn der Verdienst heute nicht mehr ganz so üppig ist wie früher, ist es immer noch so, dass ein Arzt in der eigenen Praxis gut verdienen kann. Politik und Verwaltung müssen aber Sicherheit vermitteln und über Mindestgarantien für das Einkommen nachdenken. Zudem ist Unterstützung in der Niederlassungsphase erforderlich, um die derzeitigen Investitionskosten für eine Allgemeinpraxis von rd. 125.000 € in zumutbarer Weise abzubauen. Solche Hilfe gab es bereits in den 1970er Jahren, als günstige Kredite mit Tilgungsaussetzung und Hilfen von KV und öffentlicher Hand angeboten wurden. Was die Regressbedrohung als Hinderungsgrund für eine Niederlassung betrifft, so hat die Politik bereits einiges zum Entschärfen der Situation

„Für MVZ und Großpraxen sind ärztlich und ökonomisch geschulte ‚Unternehmerärzte‘ erforderlich.“



veranlasst; weitere Bemühungen um sinnvolle Kontrollmechanismen von Verordnung und Abrechnung sind vonnöten. Auch muss der bürokratische Aufwand reduziert werden, damit sich der Hausarzt vor allem um sein Kerngeschäft, die Versorgung seiner Patienten, voll kümmern kann. Nicht zuletzt sind auch Überlegungen zur Arbeitszeitregelung sowie zur Organisation des Notdienstes erforderlich, um die Niederlassung wieder attraktiver erscheinen zu lassen.

Freies Unternehmertum

„Der Praxisneuling sollte wissen, dass unabhängig von aller fachlichen Qualifikation der Arzt mit der Niederlassung die geschützte Position des angestellten Arztes verlassen und der Weg ins freie Unternehmertum angetreten wird. Für persönliche Selbständigkeit und für Unabhängigkeit in der ärztlichen Entscheidung tauscht er das Risiko des freien Berufes ein, ohne von der Universität für die Aufgaben eines Arbeitgebers, eines Bauherrn vorbereitet zu sein, ohne qualifizierte Grundlagen in kaufmännischer, steuerlicher oder rechtlicher Hinsicht.“

Quelle: D. Maiwald 1971



© Achim. Der Allgemeinmediziner 1981

„Es ist gar nicht abzuschätzen, welche enormen Vermögensverluste unsere ärztlichen Berufsanfänger in den ersten Jahren ihrer Tätigkeit erleiden durch mangelnde Vorbereitung auf alle die Fragen, die in kaufmännischer, steuerlicher, abrechnungstechnischer und sonstiger Hinsicht auf sie zukommen.“

Maiwald, Döhner, Hemmer (1968) Ärztliche Praxis heute und morgen

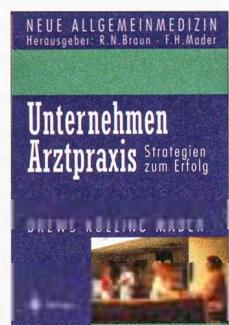
Unternehmerärzte für MVZ und Großpraxen gefragt

Viele sprechen heute gerne vom Untergang der Einzelpraxis und preisen neue Praxiskonstruktionen wie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder Großpraxen. Ob sich dies so entwickeln wird und ob sich die Patienten auf diese teilweise erheblich anonymere Versorgung einstellen wollen, wird die Zukunft zeigen müssen. In jedem Fall sind in Großpraxen zunehmend unternehmerische Fähigkeiten vonnöten und damit auch die entsprechende Ausbildung dafür. Dann sind „Unternehmerärzte“ gefragt, die sowohl ärztlich als auch ökonomisch geschult sind und über hohe Kompetenz in Menschenführung verfügen müssen, um den tätigen Ärzten sowie dem großen Personalpool gerecht werden zu können.

Dr. med. Dipl.-oek. Bernhard Riedl

Facharzt für Allgemeinmedizin, Dipl.oek., Gesundheitsökonom (SRH/HB), Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin und Gesundheitsökonomie der TU München

93173 Wenzenbach



Der Hausarzt als Buchhalter und Unternehmer auf dem Weg in die Praxis von 1968 (li.), 1971 und 1995

Ich studiere im 9. Semester Medizin an der Ruhr-Universität Bochum. Da meine Eltern aus keinem medizinischen Beruf kommen, wollte ich schon früh ein Fach kennenlernen, das tägliche Herausforderungen, breites Wissen und eine langfristige Betreuung der Patienten in einer Niederlassung vereint. Ein Teil der chirurgischen Fächer kommt für mich nicht infrage, da ich weiß, dass ich als Ärztin nicht im Krankenhaus arbeiten möchte.

Famulaturen beim Hausarzt und ein Seminar Allgemeinmedizin hatten mich neugierig gemacht. Im Internet las ich von der DEGAM-Nachwuchsakademie, bewarb mich und traf mich mit Gleichgesinnten in München.

Nathalie Bormann

DEGAM-Nachwuchsakademie

Zweifel ausräumen – Fragen beantworten

„Mich fasziniert die Möglichkeit, Lehre und Forschung mit meiner Praxistätigkeit zu kombinieren“

„Ein Allgemeinarzt behandelt nicht nur Husten und Schnupfen“

Durch meine Famulatur kam die Allgemeinmedizin in die engere Auswahl. Um auch langfristig meine Patienten verfolgen und betreuen zu können, wiederholte ich meine Praxisfamulaturen. Ich spürte schnell, dass mir dieses Arbeiten viel Spaß bereitet und dass ein Allgemeinarzt nicht nur Husten und Schnupfen behandelt.

Ich wollte unbedingt mit jüngeren, aber auch praxiserfahrenen Kollegen in Kontakt kommen, da mich noch viele Zweifel an meinem beruflichen Weg plagten und ich noch einige Fragen offen hatte. Die erste DEGAM-Kohorte 2012 setzte sich aus 11 Studenten zusammen, in un-

serer Gruppe sind 12 Studenten von verschiedenen Universitäten. Die Nachwuchsakademie erstreckt sich für jede Kohorte über 3 Jahre; alljährlich treffen wir uns beim DEGAM-Kongress, an einem Klausurwochenende sowie im Rahmen der DEGAM-Summerschool (S. 120). Diese Wochenenden sind nach den Wünschen der Studenten aufgebaut. Vor allem haben wir die Möglichkeit, dort allgemeinärztlichen Hochschullehrern direkt Fragen zu stellen. Wir werden von ihnen individuell gefördert. Ich freue mich schon wieder riesig auf das kommende Wochenende.

Inzwischen bin ich mir sicher, dass ich die Allgemeinmedizin für mein späteres Berufsleben wählen werde. Zusatzqualifikationen erleichtern mir dabei die Entscheidung, da ich breit auswählen und meine individuellen Stärken berücksichtigen kann. Dabei fasziniert mich auch die Möglichkeit, Lehre und Forschung mit meiner Praxistätigkeit zu kombinieren und dadurch auch aktiv Leitlinien, Studien und anderes mehr mit entwickeln zu können.

Immer wenn ich durch Kommilitonen an der Uni verunsichert werde, etwa: „Scherz beiseite, du willst doch richtige Medizin machen – oder?“, „Willst du nur der ewige Überweiser sein, der nichts kann?“, „Verschwende dein Potential nicht“, dann gibt mir die Erinnerung an die Nachwuchsakademie Halt und Zuversicht, dass mein Wunsch, in die Allgemeinmedizin zu gehen, doch der richtige Weg für mich ist. Da sind wir uns alle einig in unserer Akademie-Kohorte („Viel gelernt zur Vertiefung der Allgemeinmedizin“, „Studenten mit gleichem Interesse an der Allgemeinmedizin getroffen“). Dank Facebook und E-Mail können wir uns zeitnah austauschen und unterstützen.

cand. med. Nathalie Bormann
58638 Iserlohn



Platz für den Nachwuchs reserviert.

Die Summerschool ist ein Teil der DEGAM-Nachwuchsakademie. Gründerväter waren *Wilhelm Niebling* und *Jean-François Chenot* sowie *Klaus und Irmgard Böhme*, *Anne Simmenroth-Nayda* und *Michael Klock*. Erstmals im Freiburger Lehrbereich Allgemeinmedizin gestartet, wurde die Summerschool danach an den allgemeinmedizinischen Einrichtungen Dresden (*Antje Bergmann*) 2012, Greifswald (*Jean-*

schaft für Allgemeinmedizin (SGAM). Es können sich Medizinstudierende der klinischen Semester mit Interesse an der Allgemeinmedizin aus ganz Deutschland bewerben. In einem 1-wöchigen Programm finden unter anderem Workshops und Seminare statt. Selbstverständlich sind praktische Kurse, in denen Untersuchungstechniken, Kommunikation vermittelt werden, ebenso Bestandteile. Wichtigster Fokus ist der intensive Austausch mit Hausärzten, die für ihren Beruf brennen und die über die Chancen und Herausforderungen der allgemeinärztlichen Tätigkeit berichten. Hier gelingt es, Ängste abzubauen und ein realistisches Bild vom Hausarzt unter den Bedingungen des heutigen Versorgungssystems zu gewinnen. Durch die vielen aufgezeigten Gestaltungsmöglichkeiten hausärztlicher Tätigkeit ist dieser Beruf für viele der Teilnehmer interessant oder gar eine Berufsoption geworden, wenn dieser Wunsch nicht schon vorher bestand.

Die Summerschool Allgemeinmedizin der DEGAM wurde 2011 durch das DEGAM-Präsidium und die Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA) ins Leben gerufen. Vorbild war ein international verbreitetes Konzept zur Nachwuchsförderung. Studierende sollten Gelegenheit haben, sich in ein Fach zu vertiefen.

Sandra Lange

Summerschool Allgemeinmedizin der DEGAM

Netzwerke, ein echter Gewinn

„Wichtigster Fokus: Intensiver Austausch mit Hausärzten, die für ihren Beruf brennen.“

François Chenot 2013 und Münster (*Peter Maisel*) 2014 ausgerichtet. Finanziert wurde 2012 die Summerschool gemeinsam durch die DEGAM und die GHA sowie zusätzlich durch das ausrichtende Institut, den Hausärzterverband, das Institut für Ausbildung und Studienangelegenheiten (IfAS) bzw. die Sächsische Gesell-

„Ich war von dem Programm in Dresden begeistert“

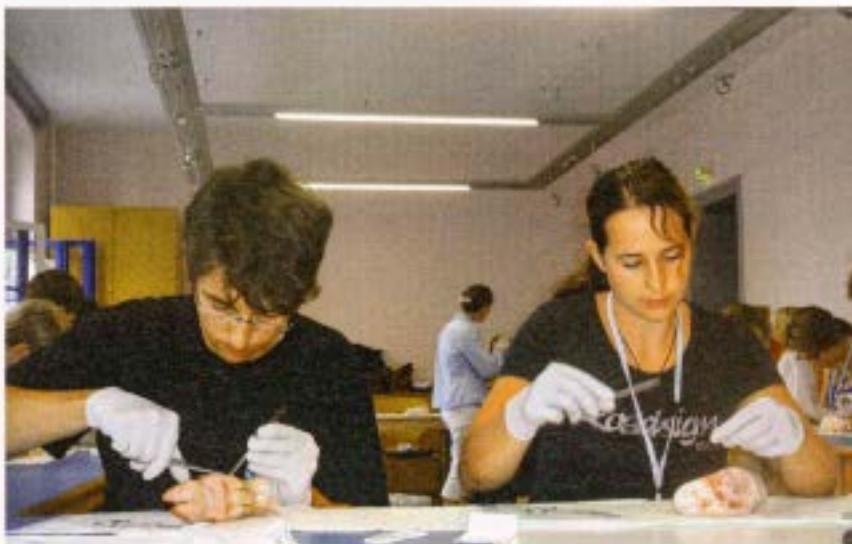
Ich selbst habe an der Summerschool in Dresden teilgenommen und war von dem angebotenen Programm begeistert. Im Gesprächstraining, in der Blickdiagnostik, in Untersuchungskursen u. a. konnten wir zusammen unsere Fähigkeiten und Fertigkeiten mit viel Spaß und Freude trainieren. Neben intensiven Arbeiten am Tag in den Kleingruppen, mit Kommilitonen und Hausärzten, ist ein weiterer wichtiger Bestandteil der Summerschool das Kennenlernen des jeweiligen Austragungsortes in Kunst und Kultur, das gesellige Miteinander, das Knüpfen von Netzwerken und der Einstieg in interessante Gespräche. Am letzten Abend in Dresden erwartete uns ein unvergesslicher Abschluss: Drachenboote mit Kommilitonen und Lehrärzten lieferten sich ein spannendes Duell auf der Elbe. Dagegen hieß es ein Jahr später in Greifswald „Leinen los“ zu einem traumhaften Segeltörn.

Für mich waren, neben vielen fachlichen Informationen und Lehreinheiten, die freundschaftlichen Kontakte mit gleichaltrigen und gleichgesinnten Studierenden sowie die geknüpften Netzwerke ein echter Gewinn.

cand. med. Sandra Lange

01139 Dresden

Jahrgang 1986. Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin in Sebnitz (2004 – 2007). In diesem Beruf bis 2008 gearbeitet. Danach Studium der Humanmedizin an der TU Dresden mit Staatsexamen 2014. Mitglied der DEGAM-Nachwuchsakademie.



Früh übt sich ... an der Schweinepote: Summerschool 2013 in Greifswald

Aber auch die Berufsverbände standen keinesfalls besser da. Die eigentlichen Gegner der Allgemeinmedizin hatten da politisch mitunter leichtes Spiel, da sie genüsslich mit ansehen konnten, wie sich die Verbände innerhalb der Allgemeinmedizin selbst das Leben schwer machten.

Gut, dass es deshalb schon in den achtziger und neunziger Jahren einmal im Jahr die

Weiterbildung zentrale Säule der Allgemeinmedizin

Auf der practica wurden aber auch hart berufspolitische Gefechte ausgetragen. Am Beispiel der gerade für die DEGAM so zentralen Frage der Weiterbildung – heute eine zentrale Säule für eine qualifizierte Allgemeinmedizin in Deutschland – lässt sich dies gut belegen. Blick zurück auf die Jahre 1989/90, in denen die Auseinandersetzungen ihren Höhepunkt erreicht hatten: Dort saßen der damalige Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA) und die DEGAM in dem einen, der große Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin (BPA) im anderen Boot. FDA und DEGAM waren damals überzeugt davon, dass es zu einer mindestens 4-jährigen Weiterbildungszeit für Allgemeinärzte keine Alternative gibt. Der BPA hingegen gab sich auch mit einer 3-jährigen Weiterbildung zufrieden. Als Kompromisslösung insbesondere auch deshalb, weil in dieser Zeit der Marburger Bund versucht hatte, die Weiterbildungszeit gar auf 2 Jahre zu beschränken. 6 Jahre Ausbildung und 4 Jahre Weiterbildung sowie 5 Jahre Ausbildung und 2 Jahre Weiterbildung standen also als politische Verhandlungsmasse zur Disposition. Dass sich dann DEGAM und FDA dennoch auf die zunächst 3-jährige Weiterbildung einließen, lag einzig und allein daran, dass angesichts der explodierenden Anzahl von Jungärzten, der fehlenden Weiterbildungsstellen und vor allem der Vorgaben durch die damaligen EG-Richtlinien politisch keine andere Lösung zu verwirklichen war.

Dennoch pochten DEGAM und FDA immer wieder darauf, dass an einer mindestens 4-jährigen oder besser noch 5-jährigen Weiterbildungszeit kein Weg vorbeigehen dürfe. Dafür musste insbesondere der FDA kräftig Prügel einstecken. Legendär waren dabei die Auftritte des damaligen FDA-Vorsitzenden *Eckhard Brüggemann* in Bad Orb. Dort hielt er über viele Jahre zusammen mit der DEGAM die Weiterbildungsfahne der Allgemeinmedizin hoch und warf dem Marburger Bund und dem BPA fast schon Verrat an der Allgemeinmedizin vor. Der damalige BPA-Vorsitzende *Rolf-Eckart Hoch* ließ sich da aber nicht lumpen und unterstellte dem FDA wie auch der DEGAM reinen Populismus und Verbandsegoismus.

Der leidenschaftliche Einsatz hat sich ausgezahlt

Wie bewertet nun ein neutraler Journalist, der diese Szenerie seit nunmehr 30 Jahren aufmerksam-kritisch beobachtet, diese Auseinandersetzungen von damals? Die Gefechte waren durchaus ein wesentlicher Baustein für die heute gültige 5-jährige Weiterbildungszeit. Denn hätten sich damals alle Verbände der Allgemeinmedizin dem Trend hin zu einer 2-jährigen oder maximal 3-jährigen Pflichtweiterbildung ohne Widerstand ergeben, wäre es in den folgenden

Dass die Allgemeinmedizin eine weithin anerkannte und mittlerweile auch etablierte Fachrichtung in der Medizin ist, wird heute ernsthaft keiner mehr bestreiten. Doch das war in den achtziger und neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts nicht immer so. Die DEGAM fand kaum Zulauf und galt zudem als etwas elitär.

Raimund Schmid

Professionalisierung der Allgemeinmedizin

Rückblick eines journalistischen Weggefährten auf 30 Jahre

„Zusammen mit der DEGAM hielt FDA-Chef *E. Brüggemann* über viele Jahre die Weiterbildungsfahne der Allgemeinmedizin hoch.“

„practica – Fortbildung zum Mitmachen“ gab. Dort wurde vom ersten Kongress an im Jahr 1981 an der inhaltlichen Ausgestaltung der Allgemeinmedizin und der damit verbundenen qualifizierten Weiter- und Fortbildung der Allgemeinärzte gefeilt. Zu verdanken war dies in erster Linie *Frank H. Mader*, der alljährlich als Wissenschaftlicher Leiter ganz im Sinne der DEGAM ein viel beachtetes hochprofessionelles Fortbildungspaket geschnürt hat, das zu seiner Zeit – und auch heute noch – in ganz Europa einzigartig ist.



Von der Professionalisierung zur Professionalität

„Heute keine Vorhaltungen mehr, Ärzte zweiter Klasse zu sein.“

Jahren nahezu unmöglich geworden, die 5-jährige Weiterbildung letztlich politisch durchzuführen. Insofern hat sich der damalige leidenschaftliche Einsatz von FDA und DEGAM heute ausgezahlt.

Einen ähnlich langen und harten Prozess musste im Übrigen auch die VERAH durchlaufen, die bis vor wenigen Jahren noch Fach-/Arzt-

helferin genannt wurde. Auch eine solche qualifizierte Fachkraft wurde schon damals bei der practica durch Klaus Wahle als „Praxisassistentin“ immer wieder eingefordert. Nicht umsonst wie man heute sieht. Nur ein Problem ist bestehen geblieben: Wie vor 25 Jahren Brüggemann so fordert auch heute Hans-Michael Mühlenfeld als Leiter des IhF, die MFA als speziell geschulte Fachkraft eines Allgemeinarztes – wie etwa die VERAH – auch entsprechend um zumindest 100 bis 150 € besser zu vergüten. Bisher ohne großen Erfolg.

Und dennoch zeigen all diese Beispiele, dass die Wurzeln der gegenwärtigen Erfolge der Allgemeinmedizin zum Teil sehr weit zurückreichen. Und davon profitieren heute nicht nur die DEGAM mit ihren zuletzt explodierenden Mitgliederzahlen und ihrer mittlerweile guten universitären Verwurzelung oder der Deutsche Hausärzterverband als derzeit führender Vertragspartner von anerkannt gut weitergebildeten und qualifizierten Hausärzten in Selektivverträgen. Die Ernte daraus fahren vor allem die Allgemeinärzte selbst ein, weil sie heute selbstbewusst auftreten können und sich nicht mehr wie früher vorhalten lassen müssen, eigentlich nur Ärzte zweiter Klasse zu sein.

Raimund Schmid, Dipl. Volkswirt
Medizinjournalist, 63739 Aschaffenburg



Foto: Inst. für Allgemeinmedizin Frankfurt/IM

DEGAM und *practica*

Die „practica – Fortbildung zum Mitmachen“ wurde 1980 durch Frank H. Mader in Bad Orb gegründet. Seit 2000 Durchführung „in Zusammenarbeit mit der DEGAM“.

„Es scheint der Zeitpunkt gekommen, in dem eine Ausweitung der ‚Zuständigkeit‘ der DEGAM auch für die Fortbildung nicht nur gesehen, sondern auch aktiv gewünscht wird. Damit könnte die Trennung zwischen akademischer Fachvertretung und praktischer Fortbildung reduziert werden.“

DEGAM-Präsident H.-H. Abholz im Grußwort zur practica, Okt. 2000



Vorsprung durch lebenslange Fortbildung: Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt (oben), practica – Fortbildung zum Mitmachen, Bad Orb (Bilder unten)

50 Jahre DEGAM

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Von alten und neuen
Visionen

Es hat viel Freude bereitet, mit den Freunden von der SIMG die europäische Allgemeinmedizin zu einigen und in die Weltgesellschaft für Allgemeinmedizin zu integrieren. Der Praxisalltag der Allgemeinmedizin ist derzeit jedoch eher demotivierend – wenn auch die Rahmenbedingungen im Augenblick gar nicht schlecht zu sein scheinen. Zum 30. Geburtstag der DEGAM möchte ich mit einem

Vor genau 20 Jahren hielt der Allgemeinarzt und damalige Präsident der SIMG, Dr. med. *Eberhard Hesse*, anlässlich der Verleihung der Hippokrates-Medaille eine bemerkenswerte Dankesrede, die in der DEGAM-Festschrift von 2016 auszugsweise abgedruckt wird (ZFA [1996] 23:1373-1374).

Eberhard Hesse

Allgemeinmedizin 2016

Eine Vision aus dem Jahr 1996¹

¹ Red. Bearbeitung durch Kürzung und Zwischenüberschriften. Volltext auf der DEGAM-Homepage

„Die Mittelknappheit am Ende des 20. Jahrhunderts hat zur Bildung eines Gesundheitsrates mit 30 wirklich sachverständigen Vertretern der Gesellschaft geführt.“

kleinen Szenario 20 Jahre nach vorn denken. Vergleicht man im September 2016 die Welt und unser Gesundheitssystem mit der Situation im Jahre 1996, so haben sich teils erhebliche Veränderungen vollzogen, teils zeichnen sich Trends ab. Die Mittelknappheit am Ende des 20. Jahrhunderts hat zur Bildung eines



Lenzburg-Meeting 1993 Executive Board SIMG, Strasbourg (v.l.): Ole Olsen (DK), Eberhard Hesse (D), President, Fons Sips (NL) President elect, Kurt Zehnder (CH)

Derselbe Zweifel bereits vor über 40 Jahren



Quelle: Hermann (1975) DuJG, Bd. 36

Gesundheitsrates geführt, in dem 30 wirklich sachverständige Vertreter der pluralistischen Gesellschaft, ausgestattet mit hoher Entscheidungskompetenz, angefangen hatten, das System zu steuern. Dieser Rat hat auf Länder- und Bezirksebene heute Untergruppierungen. Bislang ist man nach dem Prinzip Rationalisierung vor Rationierung verfahren.

Die zunehmende Pauschalierung der ärztlichen Honorare einerseits, sinnvolle finanzielle Anreize andererseits haben den Konkurrenzdruck von den Ärzten genommen und sinnvolle Kooperationsformen ermöglicht, die – EDV-gestützt und vernetzt, auch mit dem stationären Bereich – nach dem Therapiekettenverständnis Mehrfachuntersuchungen überflüssig machen. Eine Zeitlang sah es dabei so aus, als würden die Allgemeinärzte dabei zu Handlangern des Systems degradiert. Doch viele Hausärzte spielten in ihrer Region eine wichtige Rolle im ambulanten Team, nachdem von der Allgemeinmedizin die gemeindenahe Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und der Gruppenselbsthilfe wissenschaftlich untermauert und akzeptiert wurde. Außerdem hatte die Forderung des Gesundheitsrates nach Leitlinien und Standards für die ambulante Praxis die ausgangs des Jahrtausends völlig in Vergessenheit geratene Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in eine haus- und eine fachärztliche wiederbelebt.

Erhebliches Gewicht der DEGAM

So gewann die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) im Konzert der anderen Fachgesellschaften erhebliches Gewicht. Die vom Forschungsverband Allgemeinmedizin aufgearbeitete Gesundheitsberichterstattung war in Zusammenarbeit mit den Spezialisten über viele Jahre fortgeschrieben worden und hatte mit guten Studien zur Gesundheitsbildungsfunktion des Hausarztes, zur Familienmedizin und zur Betreuung chronisch Kranker und Sterbender zu einer deutlich zunehmenden Identifikation der Allgemeinärzte untereinander geführt. Auch die Umstrukturierung der DEGAM, sie ist heute dezentralisiert und regionalisiert, hat viel dazu beigetragen. Die Aufgaben zwischen Berufsverband und wissenschaftlicher Gesellschaft sind klar verteilt. Der Gesamtvorstand der DEGAM

setzt sich aus dem von den etwa 14.000 Mitgliedern direkt gewählten Präsidenten und den Sprechern der Regionen zusammen. Hinzu kommen die Vorsitzenden der sechs Arbeitsgruppen Ausbildung, Forschung, Weiterbildung, Qualitätssicherung und Fortbildung, Theorie der Allgemeinmedizin und Ökologie. Ein geschäftsführender Vorstand leitet effizient die Gesellschaft. Mindestens jeder vierte der mittlerweile über 50.000 Hausärzte ist über die regionalisierten Arbeitsgruppen in der Gesellschaft aktiv.

Integrierte, beziehungsorientierte Medizin

Über die mehr als 1.000 akademischen Lehrpraxen rund um die 37 Lehrstühle und Institute für

Allgemeinmedizin hatte die ständige Auseinandersetzung mit den Inhalten des Faches zu mehr Akzeptanz und Verständnis bei Kollegen und der Bevölkerung geführt. Wichtig auch, dass es der Hochschullehrervereinigung gelungen war, sich mit der BÄK und den Landesärztekammern darüber zu einigen, dass Weiterbildung, Fortbildung und Qualitätssicherung zwar in deren Verantwortung verblieb, organisatorisch aber in die Hände von Universitätsinstituten für Allgemeinmedizin gelegt wurde. Begonnen hatte alles damit, dass der Deutsche Ärztetag 1996 beschlossen hatte, dass in Zukunft ausschließlich Hausärzte für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung verantwortlich sein sollten und dass diese fünf Jahre weitergebildet sein müssten. Das anfangs so dominante biomechanische Medizinkonzept ist in Teilen abgelöst durch ein bio-psycho-soziales Betreuungskonzept – mehr noch – durch eine wirklich integrierte, beziehungsorientierte Medizin. „Gesundheit für alle“ – dieses Ziel scheint heute erreichbar.

Dieses Szenario beruht weniger auf hochgerechneten und extrapolierten Fakten als vielmehr auf Wünschen und der auf vielen Reisen erworbenen Kenntnis der europäischen Gesundheitssysteme. Es ist zu wünschen, dass die DEGAM in der Lage sein wird, zusammen mit der Berufsvertretung in den nächsten zwanzig Jahren die hier skizzierte Rolle tatsächlich zu übernehmen.

Dr. med. Eberhard Hesse

Facharzt für Allgemeinmedizin, Präsident SIMG (1991-1994), 28816 Stuhr



Zukunft der Allgemeinmedizin

Hausarzt moderner Prägung

„Gerade die heutige junge Generation mit ihrer Sozial- und Gesellschaftsbezogenheit im Denken kann ihre berufliche Erfüllung und damit das Umsetzen des Denkens in das Handeln besonders in der allgemeinärztlichen Tätigkeit finden. Wenn hierfür noch eine Reihe von Vorbedingungen erfüllt werden, braucht die Zukunft des Allgemeinarztes nicht mehr in Frage gestellt zu werden. Das Ziel muss sein, einen qualifizierten Hausarzt moderner Prägung und nach dem Bedarf unserer Gesellschaft zu schaffen.“

Hamm H (1976) MMG 1:172-80

Kritik an Zweiflern

Festredner Prof. *Klaus Dörner*, der zum Geburtstag von Prof. *H. Hamm* und seiner Lehrinheit Allgemeinmedizin nach Hamburg eingeladen wurde, nahm zu dem ihm gestellten Thema einleitend kritisch Stellung. Als er hörte, er solle zu dem Thema: „Wird der Hausarzt noch benötigt?“ sprechen, da fragte er sich: „Was sind das für Menschen, die sich diese Frage stellen und zudem ein ‚noch‘ einfügen? Diese Menschen können sich nicht ernst nehmen, müssen sich chronisch in ihrer Existenz bedroht ansehen und eigentlich schon erwarten, dass es bald mit ihrer Existenz vorbei ist.“

Quelle: Bericht von H.-H. Abholz (2002) ZFA

Der Allgemeinarzt hat überlebt

„Der Allgemeinarzt hat überlebt, weil ein enormer Bedarf an einem raschen medizinischen Rat besteht, der durch die anderen ärztlichen Sparten nirgendwo auch nur annähernd gedeckt werden konnte. – Dass die Allgemeinärzte es schafften und schaffen, ihre Funktionen zu erfüllen, bedeutet möglicherweise die größte schöpferische Leistung, die es in der Heilkunde gibt.“

Braun RN (1982) Allgemeinmedizin '82. 10 Thesen. Der Allgemeinarzt 6:356

Während jedoch „alt werden“ für uns alle ein nahezu uneingeschränkt positiv besetztes Ziel ist, gilt dies für „alt sein“ schon deutlich seltener. Ob wir es wollen oder nicht: die Häufigkeit chronischer Erkrankungen nimmt ebenfalls kontinuierlich, absolut wie relativ, zu: Deutlich mehr als die Hälfte aller chronisch Kranken hat zudem gleichzeitig mehrere chronische Erkrankungen (Multimorbidität).

Wir dürfen uns freuen: Die Lebenserwartung der Bevölkerung in Deutschland steigt seit Jahren kontinuierlich. Der demographische Wandel geht mit einem tief greifenden Wandel des Morbiditätsspektrums einher. Die mit Abstand größte Herausforderung der Zukunft ist eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Betreuung vor allem mehrfach chronisch Erkrankter.

Ferdinand M. Gerlach

Die Zukunft gehört den Generalisten

Gute Allgemeinmedizin ist Medizin mit Augenmaß

„Spezialisierung und Generalismus sind zwei Seiten derselben Medaille.“

„Gute Hausarztmedizin ist Medizin mit Augenmaß.“

Innerhalb der Medizin vollzieht sich ebenfalls ein tief greifender Wandel: Der medizinische Fortschritt führt zu neuen diagnostischen und therapeutischen Optionen und die Medizin (zer)teilt sich zunehmend in einzelne spezialisierte Bereiche. Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer weist für 2012 bereits 82 verschiedene Facharztbezeichnungen und Schwerpunkte aus. Nur jeder zehnte Arzt wird derzeit Facharzt für Allgemeinmedizin, 90 Prozent qualifizieren sich als Spezialisten für einzelne Organe oder Methoden. Die deutschen Universitätskliniken, die sich selbst als Zentren der „Supramaximalversorgung“ bezeichnen, treiben die Subspezialisierung sogar noch sehr viel weiter voran. Die Forschungsgebiete der verschiedenen hier vertretenen Disziplinen werden zunehmend kleinteiliger. So sind zum Beispiel unterschiedlich ausgerichtete Schwerpunktprofessuren für „molekulare Psychiatrie“ heute nicht etwa die Ausnahme, sondern die Regel. In Deutschland werden Studierende der Medizin an Universitätskliniken ausgebildet, die zusammen genommen weniger als 0,5% aller Patienten, sehr spezialisiert und auf höchstem technisch-wissenschaftlichem Niveau, versorgen. Das ist gut so – aber keinesfalls ausreichend!

Multimorbidität und Komplexität

Die beschriebenen Entwicklungen spiegeln zwei sogenannte „Megatrends“, welche die Medizin insgesamt tiefgreifend verändern und zugleich eine gravierende Herausforderung für unser Gesundheitssystem darstellen:

1. Zunehmende Multimorbidität und Komplexität als Folge eines demographisch getriebenen Wandels des Morbiditätsspektrums.
2. Zunehmende Subspezialisierung der Medizin in Aus- und Weiterbildung, Forschung sowie Versorgungspraxis.

Als direkte Reaktion auf diese Entwicklungen lässt sich weltweit bereits in verschiedensten Bereichen eine Debatte über „Generalismus“ beobachten. So zum Beispiel in der Chirurgie oder der Inneren Medizin, wo Spezialisierung und Subspezialisierung ebenfalls stark voranschreiten und inzwischen zu empfindlichen Problemen führen. Dies wird besonders deutlich bei der Versorgung komplexer Verletzungen oder Erkrankungsbilder durch hoch spezialisierte Ärzte, denen Überblick und breite Kompetenzen fehlen.

Generalisten für den Überblick

Im Interesse einer angemessenen Betreuung jedes einzelnen Patienten sowie mit Blick auf die zukünftige Funktionsfähigkeit sowie Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens wird zunehmend deutlich: Es werden Generalisten benötigt, die auch bei komplexen Herausforderungen und Versorgungsnotwendigkeiten den Überblick behalten. Unverzichtbar und daher besonders dringlich ist dabei eine flächendeckende, wohnortnahe medizinische Grundversorgung. Nicht zuletzt geht es dabei oft darum, auch den ganzen Menschen sowie sein psychosoziales Umfeld wie Familie und Arbeitsplatz zu sehen. Spezialisierung und Generalismus sind insofern zwei Seiten derselben Medaille. Einer muss angesichts komplexer Herausforderungen den Überblick bewahren und dem einzelnen Patienten helfen, die für seine individuelle Situation am besten geeignete medizinische Versorgung zu gewährleisten. Dies schließt insbesondere auch den Schutz unserer Patienten vor zu viel und falscher Medizin ein.

Gute Hausarztmedizin ist Medizin mit Augenmaß. Diese ist angemessen und zugleich kosteneffektiv. Zudem sind es die Hausärzte, die ihre Patienten zu Hause besuchen und in Altenheimen betreuen – hier oft mit der Herausforderung, mit wenigen diagnostischen Mitteln trotz komplexer Erkrankungen zu guten Behandlungsergebnissen zu kommen. Der Hausarzt hat in jedem sinnvoll strukturierten Gesundheitssystem eine zentrale Lotsen- und Filterfunktion. Diese Rolle ist ohne Frage wichtig, wird aber quantitativ oft überschätzt. Etwa 90 bis 95 Prozent aller Patientenprobleme werden hierzulande abschließend und mit guter Qualität in der Hausarztpraxis geklärt. Nur fünf bis zehn Pro-

zent, und das ist nach internationalem Stand auch sinnvoll, werden an einen Spezialisten überwiesen oder ins Krankenhaus eingewiesen. Der Hausarzt ist also nicht nur ein „Facharzt für Überweisung“, sondern derjenige, der gerade bei multimorbiden und chronisch kranken Patienten einen großen Teil der Versorgungslast trägt.

Hausarztmedizin der Zukunft

Hausärzte sind typischerweise erste Ansprechpartner in nahezu allen gesundheitlichen Belangen. Wie die DEGAM in ihren Zukunftspositionen hervorhebt, stehen in der Hausarztmedizin die Menschen als Ganzes im Mittelpunkt (und nicht nur einzelne Organe oder Techniken). Dabei gilt ein Satz besonders: „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“. Hier werden die Komplexität der Allgemeinmedizin und das Bemühen der Hausärzte deutlich, den Menschen im Sinne eines bio-psycho-sozialen Modells unter Einbeziehung der erlebten Anamnese zu verstehen. Dies macht unseren Beruf einerseits attraktiv und abwechslungsreich, andererseits stellt es auch eine erhebliche Herausforderung dar. Es ist keineswegs einfach, all diesen Belangen gerecht zu werden.

Jeder zweite Hausarzt, der heute altersbedingt seine Praxis aufgibt, findet keinen Nachfolger. Nur um den Status quo zu halten, müssten wir mindestens doppelt so viele Allgemeinärzte weiterbilden, wie wir das aktuell tun. Eine internationale Faustformel besagt, dass das Verhältnis von Generalisten zu Spezialisten bei ungefähr 60 zu 40 liegen sollte. Das ist in vielen Ländern Realität und früher auch in Deutschland so gewesen. Da jedoch die Zahl der Hausärzte seit Jahrzehnten zurückgeht und die der niedergelassenen und in Kliniken tätigen Fachärzte gleichzeitig deutlich angestiegen ist, gerät das gesamte Gesundheitssystem mit Blick auf die tatsächlichen Versorgungsnotwendigkeiten zunehmend in eine Schieflage.

„Das Fach Allgemeinmedizin hat den generalistischen Auftrag, den ganzen Menschen zu sehen und nicht nur einzelne Organe oder Methoden.“

Ferdinand M. Gerlach

„Der Allgemeinarzt ist die notwendige komplementäre Ergänzung der unentbehrlichen Spezialisten. Er ist es nicht so sehr als prädestinierter medizinischer Generalist, sondern vielmehr als immer strebend bemühter, praktizierender ärztlicher Universalist.“

Bock HE (1980) DPA 26:2899-2911

Doppelte Fehlverteilung von Ärzten

Anders lautenden Behauptungen zum Trotz haben wir in Deutschland keinen generellen Ärztemangel (die Arztlizenzen steigen kontinuierlich), sondern vor allem eine doppelte Fehlverteilung: zum einen nach Disziplinen, zum anderen regional. Die meisten Ärzte sind dort, wo wir sie mutmaßlich am wenigsten benötigen, nämlich in den wohlhabenden, gut versorgten Stadtvierteln der Ballungsgebiete. In ländlichen Bereichen herrscht hingegen zunehmend ein Mangel an Hausärzten, aber zukünftig auch an Grundversorgern im fachärztlichen Bereich. Für die Sicherung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung sind daher weitere Maßnahmen in der Aus- und Weiterbildung des dringend benötigten Nachwuchses unverzichtbar. Zur weiteren Steigerung der Attraktivität muss die persönliche Beratung und Betreuung der Patienten generell fair und angemessen honoriert werden. Es kann nicht sein, dass – überspitzt gesagt – der Betrieb eines Maschinenparks in einer städtischen Facharztpraxis attraktiver ist als eine gesprächs- und betreuungsintensive Versorgung in einer Landpraxis. Es sieht erfreulicherweise so aus, als wenn sich diese Erkenntnis auch zunehmend durchsetzt.

Angesichts der geschilderten Herausforderungen und Entwicklungen steht eines bereits fest: Die Zukunft gehört den Generalisten! Insbesondere qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sind zukünftig wichtiger denn je.

*Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Facharzt für Allgemeinmedizin, Rettungsmedizin, Chirotherapie, Ärztliches Qualitätsmanagement; Präsident DEGAM (seit 2010), Vorsitzender Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (seit 2015)
60590 Frankfurt am Main*



Angekommen: Professor Ferdinand M. Gerlach, Vorsitzender des Gesundheits-Sachverständigenrates (3. v.r.), übergibt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe 2014 das Gutachten des Rates „Bedarfsgerechte Versorgung“.

Waren ab den 1970er Jahren zunächst die Berufs- und Standespolitik und in den Folgejahren die wissenschaftliche Fachgesellschaft (DEGAM) in erster Linie bemüht, die Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin zeitlich und inhaltlich so zu gestalten, dass Gebietsdefinition, Funktion, Arbeitsweise und Aufgabenbereich in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (M-WO) abgebildet wurden, so ist heute die

Angesichts der aktuellen und prognostizierten Versorgungslage geht es in den kommenden Jahren mehr denn je darum, das Gebiet Allgemeinmedizin für den ärztlichen Nachwuchs so attraktiv zu gestalten, dass die flächendeckende primärärztliche Versorgung gesichert wird.

Wolfgang Kölling

Langfristige Planungssicherheit

Finanzbasis, Arbeitszeit, Praxisstrukturen

„Unabdingbar sind variable Arbeitszeitmodelle und innovative Praxisstrukturen.“

Allgemeinärzteschaft selber herausgefordert, die künftigen Kollegen bei der Umsetzung des Curriculums zu unterstützen und für das Fach zu begeistern. Hausärzteverband und DEGAM leisten hier an den verschiedenen Fronten (finanzielle Förderung, Verbundweiterbildung, Institutionalisierung an den Hochschulen und studentische Ausbildung) wertvolle Arbeit.

Ohne eine flächendeckende, qualifizierte und methodenspezifische Versorgung wird ein hochwertiges, patientenzentriertes und finanzierbares Gesundheitswesen nicht zu garantieren sein. Dazu bedarf es aber einer langfristigen Planungssicherheit für den hausärztlichen Nachwuchs. Ständig wechselnde Weiterbildungszeiten bis Ende der 1990er Jahre (6 Monate klinische Weiterbildung zum Praktischen Arzt, 2 Jahre zum „Europraktiker“, 3 bis 5 Jahre zum Allgemeinarzt) tragen ebenso wie divergierende Facharztbezeichnungen und unsinnige Befähigungsnachweise/Kennzahlen eher zur Verunsicherung des akademischen Nachwuchses bei. Erforderlich sind Kontinuität, versorgungsspezifische Weiterentwicklung und Leistbarkeit der M-WO. Im Hinblick auf die anstehende Novellierung der M-WO voraussichtlich im Jahr 2017 forderten



Dr. med. Kölling und Team 1989: Alljährlicher Praxis-Betriebsausflug mit MFAs zum Practica-Seminarkongress

J.-F. Chenot und J. Steinhäuser bereits 2013 namens der DEGAM eine Definition der M-WO über deren Inhalte (weniger über Zeiten) und ihre Strukturierung anhand von Kompetenzen sowie über die Stärkung der Weiterbildung im ambulanten Bereich. Daneben sind jedoch auch eine geregelte Finanzierung der Verbundaktivitäten, variable Arbeitszeitmodelle und innovative Praxisstrukturen als künftige Gestaltungsmerkmale unabdingbar. Hier sind Sozial- und Berufspolitik gleichermaßen gefordert.

Vorbild, Kompetenz und Empathie

Die DEGAM wird in enger Absprache mit dem Hausärzteverband auch in den kommenden Jahren dafür kämpfen müssen, die Professionalisierung im Gebiet Allgemeinmedizin über die Qualität einer strukturierten curricularen Aus-, Weiter- und Fortbildung zu sichern. Vor allem aber werden die niedergelassenen und praxiserfahrenen Allgemeinärzte künftig noch stärker gefordert sein, durch persönliche Vorbildfunktion, fachliche Kompetenz und empathische Patientenbetreuung den späteren Kollegen den „Hausarzt-Job“ als eine sinnvolle, attraktive und langfristig befriedigende Berufsperspektive aufzuzeigen. Anderenfalls droht ein Szenario, was sich weder Politik, noch Ärzteschaft oder gar Patienten wünschen dürften.

Dr. med. Wolfgang Kölling

Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirotherapie, Sportmedizin, Phlebologie. Sektionssprecher Fort- und Weiterbildung DEGAM 2004-2007, 66399 Mandelbachtal

Attraktivste Alternative

„In den kommenden Jahrzehnten wird der auch für die Behandlung von Umwelt- und Zivilisationskrankheiten kompetente Allgemeinarzt eine der attraktivsten Alternativen ärztlicher Berufsausübung sein. Die milieunahe Behandlung des Kranken im engen Bezug zu seiner sozialen Umwelt wird immer mehr zu einer Aufgabe des Allgemeinarztes werden.“

Quelle: J. v. Troschke et al. 1976

Das auch vom Sachverständigenrat gerne zitierte „Schaafheimer Modell“ („Schaaz“) entstand aus der Not, für ausscheidende Landärzte Ersatz zu finden. Die Umsetzung ist eindrucksvoll: ein großes Gebäude mit wechselnder Nutzung durch 4 Gemeinschaftspraxen mit 7 Hausärzten, 2 HNO-Ärzten, 1 Zahnarzt, 1 Apotheke, mit gemeinsamer Personalausnutzung, Qualitätsmanagement

Sorgen machen. Der Großteil der Deutschen lebt in städtischen Strukturen – wie wir. Also brauchen wir Antworten, die auch für möglichst viele Kollegen gelten können. Dazu müssen wir aber erst mal die richtigen Fragen stellen.

Wofür werden Allgemeinärzte in Zukunft noch gebraucht?

Warum werden um uns herum die Hausarztstühle von Facharztpraxen aufgekauft? Hausbesuche, Heimbetreuung, Rundumbetreuung finden dort nicht mehr statt – insbesondere die Alten und die Jungen drängen in unsere Praxis. Vermutlich wird sich das Aufgabenspektrum kaum ändern – wir machen ja jetzt schon fast alles: Klärung von über 80 % der Beratungsprobleme, Akutversorgung aller Organsysteme am gleichen Tag, kontinuierliche Betreuung von Chronikern und Multimorbiden – all das meist parallel und unter erheblichem Zeitdruck. Diese Kombination von Multitasking und Multikompetenz ist anspruchsvoll. Aber sie erfordert – gerade wegen der überbordenden Bürokratie – eine gute und lange Weiterbildung in der Praxis. Die vielbeschworenen „Europraktiker“ wären zum Scheitern verurteilt. Damit ich das neben berufspolitischem Engagement noch schaffen kann, bin ich in den letzten Jahren stromlinienförmiger geworden, habe meine Zusatzbezeichnungen nicht mehr gepflegt und mich mehr auf die Sprechstundenzeiten konzentriert. Und mehr delegiert.

Wie sieht es mittelfristig mit dem Nachwuchs aus?

Hier sehen die Zahlen leider ziemlich eindeutig aus. Wir brauchen dringend Nachwuchs. Nach Zahlen der BÄK, der hiesigen KV und des Sachverständigenrates werden bis 2020 etwa 45 % der Hausärzte in Rente gehen. Mindestens. Davon werden wir – mit allen Tricks – etwa die Hälfte ersetzen können. Höchstens. Also werden die verbleibenden Praxen mindestens 30 % mehr Patienten versorgen müssen. Also müssen deren Betreiber richtig gut ausgebildet sein. Warum haben wir eigentlich ein Nachwuchsproblem? 1989/90 wurde im Rahmen einer Studienreform die Zahl der Medizinstudenten um 22 % gekürzt und bis heute nicht wieder aufgestockt. Kurze Zeit später hat dann der vom europäischen Arbeitszeitgesetz geschaffene Mehrbedarf die „Ärztenschwemme“ aufgesogen. Seitdem nimmt die Zahl der Allgemeinärzte stetig ab. Derzeit machen ebenso viele Anästhesisten wie Allgemeinärzte ihre Facharztprüfung (will man die Bevölkerung lieber betäuben als versorgen?). Internisten werden im Krankenhaus geködert und stehen dann bei Niederlassungswunsch etwas hilflos da, wenn sie nicht nur Apparatedizin betreiben wollen. Vom hausärztlichen Spektrum kennen sie nur 30 %, von Praxisorganisation, Kassen- und Privat abrechnung, Bürokratie, Personalführung etc. haben sie im Krankenhaus meist nichts gelernt. Kurzum: angesichts dieser

Die Statistik sagt: ich bin ein durchschnittlicher Hausarzt. Männlich, 57 Jahre, verheiratet, eigene Praxis in einer Großstadt, einige Zusatzbezeichnungen. Mein Praxispartner ist deutlich über 60 und denkt über seinen Ausstieg nach - ich aber will weiter mitgestalten und frage mich, wie meine nächsten 10 Jahre aussehen sollen.

Uwe Popert

Hausarzt-Praxis 2020

Wo geht die Reise hin?

„Wir werden noch mehr delegieren, die Kontaktzeiten abkürzen und die Praxis-EDV optimieren müssen.“

und EDV und gutem Internet-Auftritt. Und akademischer Anbindung. All das andere hört sich nach viel Initiative, Koordination und Investitionen an. Mag ja sein, dass die Zukunft der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Subzentren so aussehen sollte – aber in einer Großstadt? Spezialisten gibt es hier in Reichweite; um Zahnärzte und Apotheken müssen wir uns auch keine



Gefunden auf dem Gelände des DEGAM-Kongresses, Hamburg 2014

Zahlen bei absehbar steigender Multimorbidität muss die Bürokratie abgebaut werden, wenn man den Versorgungsstandard halten will.

Gleiche Aufgaben – Höhere Schlagzahl

Das Aufgabenspektrum bleibt also, die Schlagzahl wird sich erhöhen. Wir werden noch mehr delegieren (z. B. Routine-Hausbesuche, DMP, Impfungen) bzw. mit praxisadaptierten Patienteninformationen die Kontaktzeiten abkürzen und die Praxis-EDV optimieren. Seelische Entlastung schafft die Vorstellung, dass einige besonders fordernde Patienten ihre Ansprüche oder ihren Stammplatz im Wartezimmer aufgeben müssen. Unser eigenes Ärzteteam wird jünger werden, eine Kollegin ist glücklicherweise schon in der Warteschleife. Anzustreben sind 3 bis 4 Ärzte, dann können wir durchgehend von Montag früh bis Samstag mittags sowie auch an Urlaubstagen durchgehende Sprechzeiten anbieten. Eine zusätzliche Medizinische Fachangestellte (MFA) pro Schicht wäre für die telefonischen Anfragen wünschenswert, damit an der Rezeption weniger Zeitdruck herrscht. Die Zusammenarbeit mit 1 bis 2 Pflegeheimen und dort kooperierenden Kollegen werden wir intensivieren, die Patienten in den anderen Heimen abgeben.

Um den hausärztlichen Nachwuchs bemühen wir uns bereits eifrig: Studenten im Studium und PJ, Ärzte in Weiterbildung (AiW) und erstmals auch eine MFA in Ausbildung gehören

zu unserem Betrieb. Weiterbildungsverbund und Qualitätszirkel für Möchtegern-, Neu- und Wiedereinsteiger laufen. Den ärztlichen Bereitschaftsdienst haben wir gerade umorganisiert; eine gemeinsame elektronische Patientenakte mit Pflegeheimen bzw. Pflegediensten muss noch ausgebaut werden. Das weitere Ziel der Reise ist noch unklar – aber das ist dann die Aufgabe der nächsten hausärztlichen Generation.

Dr. med. Uwe Popert

Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Homöopathie, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Psychotherapie, Sprecher Sektion Versorgung DEGAM

34119 Kassel

„Das weitere Ziel der Reise ist noch unklar.“



Allgemeinmedizin auch in Zukunft unersetzlich im Netz der Heilkunde

Die Wiederentdeckung des Dritten Sozialraums

„Klaus Dörner, gewiefte Meisterschaft des Alten beweisend, verließ seine vorbereitete Dankesrede und extemporierte gekonnt:

Seit 1980 beobachte er einen merkwürdigen und bisher nicht erklärbaren Umbruch, parallel zum Stillstand im ökonomischen Wachstum – Europa sei wohl ‚ausgewachsen‘:

- › Neue Kranke, nämlich Alterskranke und Demente in großer Zahl, körperlich chronisch krank, sowie ‚neo-psychisch‘ Kranke (‚Angstwelle‘, ‚Depressionswelle‘, ‚Traumawelle‘).
- › Immer mehr Menschen, die ‚bei gnadenloser Gesundheit‘ unter einem Allzuviel an sinnfreier Zeit leiden – ein Teil dieser Zeit müsse ‚sozial geerdet‘ sein: Menschen seien bereit, soziale Zeit zu geben, wofür sie selbstverständlich Geld nähmen.
- › Wiederentdeckung des Dritten Sozialraums, nämlich der Nachbarschaft, zwischen Privatsphäre einerseits und Öffentlichem Raum und Kommune andererseits gelegen, des Raumes, wo alle ‚wir‘ sagen und daraus eine ‚territoriale Verantwortlichkeit‘ definieren. Das Einzugsfeld einer Hausarztpraxis sei perfekt deckungsgleich mit diesem Dritten Sozialraum der dort versorgten Bürger und Patienten.

Quelle: Prof. Dr. Dr. Dörner, Träger der Hippokrates-Medaille der DEGAM 2006. Auszüge seiner Rede anlässlich der Verleihung. Referiert von Hauswald J, Lichte Th (2006) ZFA 82:523

Von minus 1 bis plus 100 Jahre

„Der Allgemeinarzt berät potentiell Kranke aller Altersstufen von ‚minus 1 bis plus 100 Jahre‘, also von der genetischen Beratung werdender Eltern über Feten, Neugeborene, Kinder, Erwachsene bis zu Greisen. Seine Arbeit steht unter dem Vorzeichen der Vorsorge, der Diagnostik, der Therapie und der Nachsorge. Er ist der erste und der letzte Arzt vieler sehr unterschiedlicher Menschen. Seine Menschenkenntnis muss so groß sein wie sein Einfühlungsvermögen.“

Quelle: Prof. Dr. Dr. Hans Erhard Bock, Ordinarius für Innere Medizin, Tübingen. 3. Deutscher Hausärztetag. Freiburg 1980

Die gesetzlich verpflichtende Verankerung der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) im Jahr 2009 ist ein entscheidender gemeinsamer Erfolg, auf den wir stolz sein können. Dass ein solches erfreuliches Ergebnis nicht über Nacht erreicht werden kann, sondern dass dahinter ein jahrzehntelanger, teilweise mühsamer Prozess und ein zähes Ringen mit allen Beteiligten steht, wissen der Deutsche

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und der Deutsche Hausärzteverband sind in ihrer langjährigen Partnerschaft durch das gemeinsame Ziel verbunden, die hausärztliche Versorgung in Deutschland zu stärken und langfristig zu sichern.

Ulrich Weigeldt

Zähes Ringen um gemeinsame Lösungen

DEGAM verlässlicher, konstruktiver Partner

„In Zeiten eines rasanten medizinisch-technischen Fortschritts ist die sprechende Medizin das Bindeglied zwischen Arzt und Patient.“

Hausärzteverband und die DEGAM aus eigener Erfahrung nur zu gut. Und auch wenn die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur HzV noch teilweise durch einzelne Kassen blockiert wird – wir sind gemeinsam auf dem richtigen Weg!

Grundlage einer nachhaltigen gesundheitlichen Versorgung

Bereits im Gründungsjahr der DEGAM 1966 beschäftigte die Allgemeinmedizin in Deutschland die Frage, ob der Hausarzt überhaupt eine Zukunft haben könne, oder ob die zunehmende Spezialisierung in der Medizin den Hausarzt-

beruf nicht weiter zurückdrängen würde. Heute haben wir diese Diskussion zum Glück überwunden und es herrscht weitgehende Einigkeit, dass die Allgemeinmedizin die Grundlage einer nachhaltigen gesundheitlichen Versorgung ist. Dies ist nicht zuletzt der gemeinsamen Arbeit und Überzeugungskraft der DEGAM und des Deutschen Hausärzteverbandes zu verdanken. Dass beide Partner dabei in der Vergangenheit nicht immer einer Meinung waren, ist kein Geheimnis. Aber wir waren stets in dem Ziel geeint, der hausärztlichen Versorgung den Stellenwert und die Anerkennung zu verschaffen, die sie verdient und die gleichzeitig notwendig ist, um eine qualitativ hochwertige und auch in Zukunft finanzierbare Versorgung der Patienten sicherzustellen. Gerade in Zeiten eines rasanten medizinisch-technischen Fortschritts ist die sprechende Medizin das Bindeglied zwischen Arzt und Patient, welches es zu bewahren und zu fördern gilt. Dabei ergänzen sich die DEGAM als wissenschaftliche Fachgesellschaft und der Hausärzteverband als Berufsverband der niedergelassenen Hausärzte gegenseitig in ihrer Arbeit.

Großartige Arbeit geleistet

Auch in Zukunft gibt es eine Reihe von Themen, die eine enge Zusammenarbeit zwischen den beiden Institutionen erfordern. Vor allem die Förderung des so dringend benötigten hausärztlichen Nachwuchses bildet dabei zweifellos einen Schwerpunkt. Schon jetzt lässt sich in vielen Regionen ein bedenklicher Hausärztemangel beobachten und dieser wird sich in den kommenden Jahren noch verstärken, wenn nicht gegengesteuert wird! Es ist unsere gemeinsame Verantwortung im Rahmen einer nationalen Strategie zusammen mit der Politik, diese Entwicklung zu bremsen und die Allgemeinmedizin von ihrem Image als Stiefkind an den Universitäten zu befreien. Grundvoraussetzung hierfür ist, dass an allen medizinischen Fakultäten ein Lehrstuhl für Allgemeinmedizin eingerichtet wird. Den Studenten muss überhaupt erst einmal die Möglichkeit eröffnet werden, den Beruf des Hausarztes in all seinen Facetten kennenzulernen! Solange die Fachrichtung Allgemeinmedizin nicht an allen Universitäten den ihr zustehenden Stellenwert erhält, wird sich an dem Problem des fehlenden Hausärztenachwuchses

Primärarztssystem statt Zersiedelung der Verantwortung

„An die Stelle des viele Stufen umfassenden Organisationskonzeptes der KBV für die ambulante Versorgung muss das Primärarztssystem treten. Derzeit ist die Verantwortung für den Patienten zersiedelt zwischen Pflegediensten, Psychotherapeuten, Fachärzten der Basisversorgung, Fachärzten der Spezialversorgung, ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung, Krankenhaus und schließlich zwischen Allgemeinärzten, Kinderärzten und Internisten. Es resultieren teure und gefahrgeneigte Schnittstellen.“

Quelle: Klaus-Dieter Kossow, Ehrenvorsitzender Deutscher Hausärzteverband: Das Primärarztssystem wird in Deutschland unverzichtbar. ZFA (2014)9

nichts ändern! Gerade in diesem Bereich hat die DEGAM in der Vergangenheit bereits großartige Arbeit geleistet, die auch in Zukunft von Bedeutung sein wird.

DEGAM ein verlässlicher Partner

Die Herausforderungen sind zu vielfältig, als dass ein Akteur allein sie bewältigen könnte. Der Deutsche Hausärzteverband ist daher froh und dankbar, dass er mit der DEGAM einen verlässlichen Partner an der Seite hat, mit dem die gemeinsamen Ziele konstruktiv verfolgt werden. In diesem Sinne wünsche ich der DEGAM im Namen des Deutschen Hausärzteverbandes, aber auch ganz persönlich, alles Gute zum 50. Jubiläum und freue mich auf viele weitere Jahre der Zusammenarbeit.

Ulrich Weigeldt

Facharzt für Allgemeinmedizin und Sportmedizin; Bundesvorsitzender Deutscher Hausärzteverband e. V., 51149 Köln

„Der DHÄV ist froh und dankbar, mit der DEGAM einen verlässlichen Partner an der Seite zu haben.“

Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄGV)

Organisiert und umgesetzt werden die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) durch die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) mit Sitz in Köln und seit 2011 als Aktiengesellschaft eingetragen. Gegenstand des Unternehmens ist die Erbringung von Dienstleistungen im Gesundheitswesen für Hausärzte und sonstige Leistungserbringer sowie deren Organisationen. Der Schwerpunkt der Geschäftstätigkeit liegt auf den Selektivverträgen nach § 73b SGB V, welche als Vollversorungsverträge die hausärztliche Leistung nahezu vollständig aus der Kollektivversorgung herauslösen.



Zukunftsorientierte und erfolgreiche Troika: (v.l.n.r.) Ulrich Weigeldt (Deutscher Hausärzteverband), Dr. med. Max Kaplan (Vizepräsident BÄK), Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach (Präsident DEGAM)

Eng mit der DEGAM zusammen gearbeitet

„Überzeugungsarbeit hat auch im Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zu Regelungen beigetragen wie der Möglichkeit, ein rein hausärztliches Versorgungszentrum zu betreiben. Es ist uns gelungen, das Förderprogramm Allgemeinmedizin auszubauen, wobei wir eng mit der DEGAM zusammen gearbeitet haben..., das wird die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin attraktiver machen. Die jungen Kolleginnen und Kollegen brauchen eine Vergütung, die nicht unterhalb des Klinikgehaltes liegen kann. Dies ist mit der jetzt vorliegenden Fördersumme erreichbar. Die Förderung der Weiterbildung, aber auch die Förderung von Kompetenzzentren für die Allgemeinmedizin, sind wichtige Schritte für die Nachwuchsgewinnung, das lässt sich an den Teilnehmerzahlen der Zentren in Heidelberg, Frankfurt und Marburg ablesen.“

Quelle: Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender Deutscher Hausärzteverband, Berlin 25.9.2015

Ausblick und Rückblick. Fünf DEGAM-Präsidenten des letzten Vierteljahrhunderts. Fünf Fragen von *Frank H. Mader*. Eine stolze, auch kritische Bilanz. Mit vorsichtigem Optimismus in die Zukunft.

Die DEGAM-Präsidenten 1990 bis 2016

„Es geht voran“

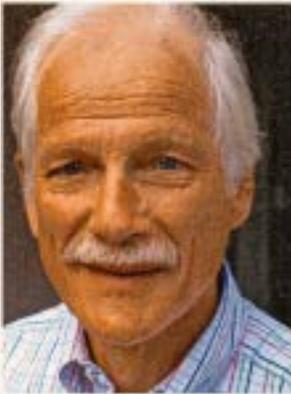
1. **Welches für die Allgemeinmedizin (AM) wichtige Ereignis fiel in Ihre Präsidentschaft?**
2. **Was waren die Schwerpunkte in Ihrer Präsidentschaft?**
3. **Was hat Ihr Präsidium für die AM erreicht und worauf sind Sie rückblickend sogar etwas stolz?**
4. **Was fällt Ihnen spontan zur Zukunft der Weiterbildung in der AM sowie der Institutionalisierung der AM an den Universitäten ein?**
5. **Welche Rolle wird die künftige Generation von AllgemeinärztInnen in der deutschen Versorgungslandschaft spielen?**



**Prof. Dr. med. Benno König
(Präsident 1990–1992)**

1. Vereinigung der GAM der früheren DDR mit der DEGAM Westdeutschlands.
2. Abbau psychologischer und juristischer Hürden zur Annäherung von FDA an BPA und DEGAM. Kontaktaufnahme mit Hartmannbund, NAV u. a. zur Abwehr des „Europraktikers“.
3. Auf diese Schwerpunkte blicke ich gerne zurück und bin sogar etwas stolz darauf.

4. Institutionalisierung noch mangelhaft. Lehrbeauftragte sollten sich habilitieren. Lehrstuhlinhaber müssen aus der Praxis kommen. Die fünfjährige Weiterbildung und Abschlussprüfung muss erhalten bleiben.
5. Die allgemeinmedizinische Versorgung wird immer mehr von Ärztinnen geprägt sein. Probleme sehe ich, wenn Kolleginnen eine Landarztpraxis neben einer Familie managen wollen.



**Prof. Dr. med. Gernot Lorenz
(Präsident 1992–1996)**

1. Im GSG von 1993 wurde durch Seehofer die Pflichtweiterbildung in Allgemeinmedizin durchgesetzt. Die Verkürzung auf 3 Jahre machte ergänzende 240-Stunden Kurse erforderlich. Sie waren die Chance für die DEGAM, ihre genuine Aufgabe und Bedeutung zu manifestieren.
2. Erstens: Verfassung des „Kursbuches Allgemeinmedizin“ und dessen Realisierung zusammen mit der Bundeärztekammer. – Zweite Hauptaufgabe, die der damalige Vizepräsident *Kochen* übernommen hatte, war, den DEGAM-Kongress zu einem genuin wissenschaftlichen Kongress zu machen und den reinen Fortbildungsteil aufzugeben. – Ein besonderer Balance-Akt war die Zusammenarbeit mit dem Berufsverband, dem damaligen BPA. Es gelang immerhin, die 5 Hausärztetage und unsere Kongresse in Folge mit den damaligen 5 Funktionen der Allgemeinmedizin zu thematisieren. In weiterer Folge wurde z.B. die Koordinationsfunktion gebührenmäßig mit einer „Hausarztpraxispauschale“ belohnt. – Ein weiterer

Schwerpunkt: die nach 1989 durchzuführende Integration der ostdeutschen Verbände.

3. Die Kursweiterbildung im Rahmen der Weiterbildungspflicht, die nach den Vorgaben des Kursbuches über 10 Jahre lang bundesweit durchgeführt wurde. Hunderte von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung wurden auf diese Weise geschult.
4. Wir sollten begleitende Seminare, wie gehabt, als obligaten Bestandteil der Weiterbildungsverbände wieder einführen, die an Kammern oder Universitätsabteilungen durchgeführt werden könnten. – An allen Universitäten werden in wenigen Jahren Abteilungen und Institute sein. Aber sie werden sich anstrengen müssen. Das Drittmittelkonto ist ein ständig beachteter Surrogatparameter für die angenommene wissenschaftliche Exzellenz.
5. Sie wird mit der guten Kombinationsmöglichkeit von Berufstätigkeit und Familie in vielen Variationen von Teilzeitmodellen und Praxisorganisation die eigentliche Säule der allgemeinmedizinischen Versorgung der Bevölkerung sein.



**Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
(Präsident 1998–2004)**

1. Aufbau von weiteren Instituten für Allgemeinmedizin an den Universitäten. Leitlinien und Versorgungsforschung wurden entwickelt und zu einem Schwerpunkt der Allgemeinmedizin.
2. Zusätzlich eine neue Definition des Faches, was mit einem Wandel im Selbstverständnis einherging.
3. Beteiligung des Faches bei allen Leitlinien (NVL, S3). Aufbau der DEGAM-Leitlinien als Vorbildprojekt in der Republik. Fachdefinition mit Wandel des Selbstverständnisses des Faches. Aufbau der Sektionen als Teil der DEGAM.

4. Immer weniger werden dieses Fach wählen, weil die deutsche Haltung des Restes der universitären Medizin sehr wirksam vermittelt: man müsse alles ganz genau wissen, sonst mache man Fehler. Diesem Anspruch will keiner in einem so breiten Fach wie der Allgemeinmedizin standhalten. Verstärkt durch juristische Auseinandersetzungen und vor allem Persönlichkeiten, die keine Verantwortung mehr übernehmen wollen (dies durch Wegfall der sog. autoritären Persönlichkeit).
5. In Teams von Großenrichtungen der Dispatcher zu sein. Allein auf dem Lande wird es noch länger den breit handelnden Allgemeinarzt geben.



Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP (Präsident 2004–2010)

1. Austritt der gesamten Thüringer DEGAM-Mitglieder unter Frau Dipl. Med. *Regine Feldmann*. Gründe für den Austritt wurden mir nie mitgeteilt und sind mir bis heute unbekannt geblieben. Die Zahl der Mitglieder war nach diesem Austritt auf 1.420 gesunken. – Unter anderem mit den bereits im Februar 2004 inaugurierten DEGAM-Benefits (persönlichen Kommentaren zu hausärztlich relevanten, nationalen wie internationalen Studien [mit dem Text anhängenden Originalarbeiten]) gelang es dann, ein rasantes Wachstum der Mitgliederzahl zu induzieren, das bis heute anhält.
2. (Weiter)Entwicklung der wissenschaftlichen Orientierung der DEGAM. – Komplette Pharmafreiheit (inkl. Zeitschrift ZFA). – Gestaltung der Jahreskongresse mit Schwerpunkt hausärztliche Forschung. – Kommunikation mit dem Hausärzteverband zur Aufgabenteilung DEGAM: Forschung und Lehre – HÄV: Berufspolitik. – Neuansbindung der ZFA an den Deutschen Ärzteverband nach Trennung von Thieme.
3. Stärkung der universitären Präsenz an den Hochschulen. – Schaffung eines Förderprogrammes des BMBF nur für die Allgemeinmedizin. – Einrichtung von Sektionen zur Arbeitserleichterung des Präsidiums (Forschung, Fortbildung, Qualitätsförderung, Studium und Hochschule, Versorgungsaufgaben, Weiter-

bildung). – Förderung der Leitlinienarbeit als zentrales Tätigkeitsfeld der Fachgesellschaft. – Initiierung der Professionalisierung mit Einrichtung einer Geschäftsführung.

4. Die wichtigsten Ziele erscheinen mir: Erstens: die weitere Etablierung einer vernünftig strukturierten Weiterbildung. Zusammen mit einem „finanziellen Rucksack“, in dem die Bezahlung der gesamten WB-Zeit enthalten ist. Sie macht den AiW unabhängig und fördert die Qualitätsorientierung. – Zweitens: die Motivierung aller Universitäten, einen angemessen ausgestatteten Lehrstuhl für Allgemeinmedizin einzurichten und die parallel vorangetriebene Produktion unseres wissenschaftlichen Nachwuchses zur angemessenen Besetzung dieser Positionen. Wenn dann die besten Studierenden Hausarzt werden wollen, haben wir unser Ziel erreicht. Damit stärken wir die Stellung des Faches in der Versorgung. Alles andere dürfte fast automatisch folgen.
5. Hoffentlich ein große Rolle. Diese Zukunftshoffnungen sind aus meiner Sicht nur dann berechtigt, wenn es uns gelingt, die genannte Struktur der Weiterbildung zu etablieren und gleichzeitig das Fach für die Studierenden attraktiv zu gestalten. Hausarztzentrierte Verträge sind ein weiteres, wichtiges Feld in der täglichen Arbeit (u.a. mit einer Patientenliste, die auch ohne Praxisbesuch eine Vergütung für den Hausarzt generiert).



Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH (Präsident seit 2010)

1. Die gesetzliche Verankerung der Finanzierung von universitären Kompetenzzentren zur Weiterbildung Allgemeinmedizin und die Stärkung der Allgemeinmedizin im Masterplan Medizinstudium 2020.
2. Im Wesentlichen 5 Punkte: Konsequente Nachwuchsoffensive in Aus- und Weiterbildung (u.a. Summerschool, Nachwuchsakademie, Famulaturbörse, Verbundweiterbildung^{plus}). – Entwicklung und Verfolgung der 24 DEGAM-Zukunftspositionen. – Professionalisierung der DEGAM nach innen und außen. – Weitere Etablierung als akademisches Fach mit Gründung zahlreicher neuer selbständiger Institute und Abteilungen. – Intensivierte Kooperation mit dem Deutschen Hausärzteverband.
3. Die Verankerung der Kompetenzzentren zur Weiterbildung Allgemeinmedizin im Sozialgesetzbuch V und die weitere Stärkung der Allgemeinmedizin im Medizinstudium 2020 (vgl. S. 141) sind Meilensteine der Fachentwicklung. Die Allgemeinmedizin ist auf dem Weg, das Kernfach im Medizinstudium zu werden. Die Professionalisierung der DEGAM durch Etablierung der Bundesgeschäftsstelle, die Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit, die Verdop-

pelung der Mitgliederzahl sowie die Gründung der DEGAM-Nachwuchsakademie sind Ausdruck einer enormen Entwicklung

4. Es geht voran: Das Konzept der DEGAM-Verbundweiterbildung^{plus} sowie die Kompetenzzentren mit ihren Weiterbildungskollegs werden maßgeblich dazu beitragen, dass die Zahl der Fachärzte/innen für Allgemeinmedizin wieder ansteigt. Wir sind heute bereits an Vierfüntel aller Medizinfakultäten mit selbstständigen Einrichtungen vertreten. Das war ein langer Weg und ist ein großartiger Erfolg, auf dem wir uns nicht ausruhen werden. Jede Fakultät profitiert von einer starken Allgemeinmedizin.
5. Allgemeinärzte sind als Spezialisten für den ganzen Menschen zukünftig wichtiger denn je. Infolge des demografischen Wandels, der Zunahme von chronischen Erkrankungen, insbesondere von Mehrfacherkrankten sowie angesichts einer fortschreitenden Subspezialisierung und Segmentierung innerhalb der Medizin steigt die Bedeutung von Generalisten. Einer muss hier den Überblick behalten. Gute Hausarztmedizin ist Medizin mit Augenmaß. Diese ist nah an den Menschen, individuell angemessen, nachweislich kosteneffektiv und daher zukünftig so wertvoll wie nie.

Ich möchte Dich nie missen

Liebe DEGAM, herzlichen Glückwunsch zu Deinem fünfzigsten Geburtstag! Ich kenne Dich erst seit ein paar Jahren, möchte Dich aber nie mehr missen. Ich wünsche Dir viel Gesundheit und Kraft, um weiter zu wachsen. Bleib so ehrgeizig und erfreue uns immer wieder mit neuen Ergebnissen aus der allgemeinmedizinischen For-

Danke DEGAM! Danke für Deine Anregungen und Deine Hilfen! Halte den Kurs!

Dr. med. Armin Mainz
Hausarzt/Facharzt für Innere Medizin, 34497 Korbach



Foto: Katharina Jäger

Freude über 50 Jahre Fachgesellschaft Allgemeinmedizin. Und Stolz auf das Geleistete. Der Herausgeber dieser Festschrift bat einige Kollegen um ein paar Zeilen. Zugegeben, sehr persönliche Grußworte und eine sehr subjektive Auswahl.

„Danke DEGAM. Halte den Kurs!“

Glückwünsche von DEGAM-Mitgliedern zum 50. Jubiläum

Also nur Mut, es lohnt sich!

Ich hatte Bedenken mit meiner Niederlassung, diese aber nicht bereut (bin allerdings kein „alter Hase“, erst 4 Jahre dabei), besonders was die Vereinbarkeit von Familie und Beruf angeht. Und tatsächlich: das geht auch! Ich bin in einer Gemeinschaftspraxis mit einer gleichaltrigen Kollegin. Wir haben beide kleinere Kinder, Haus und Hof. Wir müssen gut organisieren, um alles unter einen Hut zu kriegen. Dafür sind wir unabhängig von Chefs und „aufgedrückten“ Arbeitszeiten und können vieles nach unseren Vorstellungen gestalten. Da macht das Arbeiten trotz Gebührenordnungen etc. meistens Spaß! Also nur Mut, es lohnt sich. Und weiterhin viel Erfolg für unsere DEGAM im nächsten halben Jahrhundert!

Dr. med. Ulrike Henning
Fachärztin für Allgemeinmedizin, 26316 Varel



Foto: privat

schung. Bleib zielstrebig und arbeitsam. Wenn Du mal Hilfe brauchst, verlass Dich auf Deine Freunde oder melde Dich bei mir. Ich stehe Dir stets zur Seite und stoße auf Dich an.

Ruben Bernau
Facharzt für Allgemeinmedizin, 27729 Hambergen



Foto: privat

Heimat der Allgemeinmedizin

Ist eine einzige Hausarztpraxis pleite? Wir müssen nur konsequent weiterhin „gute Medizin“ machen! Im Ernst: Der Verdienst ist gut bis sehr gut, die Rahmenbedingungen sind allerdings deutlich verbesserungswürdig. Aber noch nie war die „Heimat“ der Allgemeinmedizin in Deutschland so gut organisiert und die Identität so gut ausgeprägt wie heute; dementsprechend befindet sich auch eine Impulse setzende Streitkultur auf einem hohem Niveau. Und die Identität mit unserer Fachgruppe wird mit größer Wahrscheinlichkeit immer besser werden.

Gefühlte Elite

Ich wünsche mir eine DEGAM, die den wirtschaftlichen Mehrwert ihrer Arbeit klar kommuniziert. Es fühlt sich zunächst gut an, zur gefühlten Elite der DEGAM-Gutmenschen zu gehören, ich nehme mich da ausdrücklich nicht aus. Aber, wenn wir eine gute hausärztliche Versorgung in der Breite wollen, müssen wir unsere Argumentation erweitern, um auch die „Normalen“ unter den Kollegen zu erreichen. Die DEGAM hilft eben nicht nur Patienten, sondern auch ich als Arzt habe klare Vorteile von einer Mitgliedschaft, die über meine Berufszufriedenheit hinausgehen. Weiter so!

Dr. med. Wolfgang Schneider-Rathert
Facharzt für Allgemeinmedizin, 38108 Querum/Braunschweig



Foto: privat

Anhang

- 138 Vorstand und Ehrenmitglieder DEGAM
- 139 Preisträger der Hippokrates-Medaille
- 140 Zeittafel Entwicklung der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin in Deutschland
- 142 DEGAM-Kongresse
- 143 Sachwortverzeichnis

Vorstand DEGAM

Präsidium und Sektionssprecher (Wahlperiode 2013– 2016)

Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach	Präsident
Prof. Dr. Erika Baum	Vizepräsidentin
Prof. Dr. Martin Scherer	Vizepräsident
Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff	Schriftführer
Prof. Dr. Stefan Wilm	Schatzmeister
Prof. Dr. Wilhelm Niebling	Beisitzer
PD Dr. Anne Simmenroth-Nayda	Beisitzerin
Edmund Fröhlich	Geschäftsführer
Prof. Dr. Antje Bergmann	Sprecherin
Dr. Maren Ehrhardt	Stellvertreterin
Prof. Dr. Jean-François Chenot	Sprecher
Prof. Dr. Jost Steinhäuser	Stellvertreter
Dr. Günther Egidi	Sprecher
Dr. Armin Mainz	Stellvertreter
Dr. Uwe Popert	Sprecher
Dr. Tobias Freund	Stellvertreter
PD Dr. Guido Schmiemann	Sprecher
Dr. Hans-Otto Wagner	Stellvertreter
Prof. Dr. Antonius Schneider	Sprecher
Prof. Dr. Stefanie Joos	Stellvertreterin

Ehrenmitglieder DEGAM

(Zusammenstellung *Frank H. Mader*)

Dr. med. Gerhard Jungmann	<i>Markoldendorf, Ehrenvorsitzender</i>
Prof. Dr. med. Siegfried Häussler	<i>Stuttgart</i>
Dr. med. Hermann Kerger	<i>Frankfurt</i>
Dr. med. Gerhard Krüsi	<i>Küsnacht-Zürich (CH)</i>
Dr. med. Kurt Sauer	<i>Rottenburg</i>
Dr. med. Bernhard Maximilian Eschenburg	<i>Lübeck</i>
Dr. med. Hans-Werner Fischbach	<i>Kiel</i>
Dr. med. Gottfried Heller	<i>Klagenfurt (A)</i>
Prof. Dr. med. Hansjakob Mattern	<i>Heidelberg</i>
Prof. Dr. med. Georg Härter	<i>Reilingen</i>
Prof. Dr. med. Hans Hamm	<i>Hamburg</i>
Prof. Dr. Johann Jürgen Rohde	<i>Hannover</i>
Prof. Dr. med. Benno König	<i>Mainz-Finthen</i>
Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz	<i>Bedburg/Erft, Alterspräsident (seit 2010)</i>
Prof. Dr. med. Michael M. Kochen MPH, FRCGP	<i>Freiburg, Ehrenpräsident</i>



50 Jahre DEGAM. Wissenschaftlich. Kritisch. Unabhängig. Pressekonferenz am 50. Geburtstag 12. Februar 2016 im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin. (v.l.) Prof. F. M. Gerlach (Präsident), Dr. M. Erhardt (Sektion), Dr. H. Haumann (JADE), D. Albiry (Medizinstudentin), Ph. Leson (Presse und Öffentlichkeit DEGAM).

Preisträger Hippokrates-Medaille der DEGAM 1971 bis 2007

Zusammengetragen und recherchiert von *Frank H. Mader*

Im September 1970 stiftete der Hippokrates Verlag auf Anregung von Prof. Dr. med. S. Häussler die „Hippokrates-Medaille“ für Verdienste um die Allgemeinmedizin. Auswahl und Vorschlag der Laureaten erfolgt durch ein Komitee aus Vertretern der SIMG,-der VHLA und der ZFA.

ZFA (1995) 71:295

- | | | | |
|------|---|------|--|
| 1971 | Dr. Kurt Engelmeier, BRD
Dr. Robert N. Braun, A
Dr. Ursin, A | 1985 | Dr. Marianne Szatmári, Ungarn
Prof. Dr. Hans-Heinz Schrömbgens, BRD
Dr. Ernst Unger, BRD |
| 1972 | Dr. van Es, NL
Dr. Marsch, BRD
Dr. Vuletiv, Jugoslawien | 1986 | Dr. Alan J. Rowe, GB
Prof. Dr. Georg Härter, BRD
Dr. Rita Kielhorn, BRD |
| 1973 | Dr. Gunder, BRD
Dr. Temmermann, Belgien
Kathlyn Byrne, MD, USA | 1987 | Dr. Oleg Gorbатов
Prof. Dr. Hans Hamm, BRD
Dr. phil. Rupert Neudeck (für Cap Anamur), BRD |
| 1974 | Dr. Truog, CH
Dr. Walder, BRD
Dr. Ekkehard von Kuenssberg, GB | 1988 | Dr. Carsten Vagn-Hansen, Dänemark
Prof. Dr. August Wilhelm von Eiff, BRD
Dr. Paul Becker, BRD |
| 1975 | Dr. Gerhard Krüsi, CH
Prof. Dr. Hans-Joachim Sarre, BRD | 1989 | Prof. Dr. Yvonne de Buda, Canada
Prof. Dr. Benno König, BRD
Dr. Gisela Selecky, BRD |
| 1976 | Prof. Dr. Siegfried Häussler, BRD
Prof. Dr. Werner Gärtner, DDR
Dr. Johannes K. Haupt, BRD | 1990 | Prof. Dr. Waltraud Kruse, D
Dr. Clifford Ralph Kay, GB
Dr. med. dent. Klaus-Peter Braatz, D |
| 1977 | Dr. Scharf, F
Dr. Paul Brandlmeier, BRD
Dr. Krein, BRD | 1991 | Dr. Alfred von Chizzola, A
Dr. Susanne Hönes, D
Prof. Dr. Hans Isele, D |
| 1978 | Dr. Passarge, BRD
Dr. Binder, Paraguay
Dr. J.B. und K.B. Rasmussen, Dänemark | 1992 | Prof. Dr. Wolfram Schüffel, D
Prof. Dr. Kurt Norpoth, D
Dr. Mário da Silva Moura, Portugal |
| 1979 | Dr. Hayn, BRD
Prof. Huygen, NL
Dr. Spieth, BRD | 1993 | Dr. Hugo Schneider, D
Prof. Dr. Walter Senne, D
Prof. Dr. René de Smet, Belgien |
| 1980 | Dr. John Horder, GB
MR Dr. Gottfried Heller, A | 1994 | Prof. Dr. Helmut Pillau, D
Dr. Alastair G. Donald, GB |
| 1981 | Dr. Bartolovic, Jugoslawien
Prof. Dr. Kurt Schiffner, BRD
Dr. Weidner, BRD | 1995 | Prof. Dr. Peter Helmich, D |
| 1982 | Dr. Chris Bruins, NL
Dr. Herbert Bautz, BRD
Prof. Dr. Hansjakob Mattern, BRD | 1996 | Prof. Dr. Gösta Tibblin, Schweden
Dr. Eberhard Hesse, D |
| 1983 | MR Dr. Gerhart R. Tutsch, A
Prof. Dr. Eckart Sturm (Lehrbeauftragte), BRD
Dr. Helmut Schneider, BRD | 1997 | Prof. Dr. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP, D
Prof. Dr. Jan Dienwerd Mulder, NL
Prof. Dr. Wolfgang Mangold, D |
| 1984 | Dr. Arthur Hofmans, NL
Dr. Walter Irniger, CH
Dr. Gottfried Riedel, BRD | 1998 | Godfrey Fowler, MD, PhD, GB
Prof. Dr. Hans-Dieter Klimm, D |
| | | 1999 | Prof. Dr. med. Zelimir Jaksic, Kroatien
Rosemarie Stein, Medizinjournalistin, D
MR Dr. Hanno Grethe, D |
| | | 2000 | Prof. Dr. h.c. Jan Renwick McWhinney, Canada
Dr. Volker Ziegler, D |
| | | 2005 | Dr. Matthias Gruhl, D |
| | | 2006 | Prof. Dr. Dr. phil. Klaus Dörner, D |
| | | 2007 | Prof. Dr. Frank H. Mader, D |

*Anmerkung: 2001-2004 keine Verleihung,
ab 2008 Verleihung eingestellt*

Zeittafel

Entwicklung der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin in Deutschland von 1925 bis 2016

Zusammengetragen, recherchiert, ergänzt und fortgeschrieben von *Frank H. Mader*¹

- 1925** Zeitschrift „Der Landarzt“, seit 1973 „Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)“
- 1936** Erste allgemeinmedizinische Vorlesung im deutschsprachigen Raum in Freiburg durch einen Praktiker (*Heisler*)
- 1940er-1950er-Jahre** Statistiken von Beratungsergebnissen in einer hausärztlichen Praxis in Deutschland und Österreich. „Fälleverteilungsgesetz“ (*R. N. Braun*). Vereinzelt deskriptive Forschungsarbeiten
- 1958** „Deutsche Akademie des Praktischen Arztes“, später „Akademie für Allgemeinmedizin“ (ständiger Ausschuss und Beirat der BÄK)
- 1959** Gründung der „Arbeitsgemeinschaft für praktisch angewandte Medizin“ (28.4.). – Gründung der „Gesellschaft für praktische angewandte Medizin (College of Medical Practice)“ (26./27.9.) (seit 1969 SIMG)
- 1960** Alljährlicher Kongress deutschsprachiger Allgemeinärzte in Salzburg
- 1961** Gründung der Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der Ärztlichen Allgemeinpraxis (AEA) (*R. N. Braun*)
- 1964** Heidelberger Gespräche zwischen Universitätsprofessoren und Praktikern
- 1965** Planung einer Gesellschaft für Allgemeinmedizin in Frankfurt/M durch *Kerger* und Kollegen
- 1966** Errichtung der Satzung der „Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin“ am 12. Februar 1966 am Amtsgericht Bonn als nicht eingetragener Verein (Vors.: Dr. med. *Hermann Kerger*, Frankfurt/M, Stellv. Vors.: Dr. med. *Gerhard Jungmann* MdB). Eintragung ins Vereinsregister am 4. Oktober 1966 in der Rechtsform des „eingetragenen Vereins“ (e.V.). – Erster Lehrauftrag Allgemeinmedizin an *S. Häussler*, Freiburg. – 20. Oktober 1966 Gründung „Deutsches Institut für Allgemeinmedizin e. V.“ (u.a. *Sachse, Maiwald, Baluschek, Kuh, Schwerdtfeger*)
- 1967** Einführung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ in der DDR. – Gründung der „Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin“
- 1968** Einführung des Gebiets Allgemeinmedizin in die (Muster)-Weiterbildungsordnung. – Erste Habilitation in Allgemeinmedizin (*Häussler*)
- 1969** Gründung der Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR (GAM). – Gründung der Societas internationalis medicinae generalis (SIMG)
- 1969-1971** Weitere Lehraufträge an den Universitäten in Freiburg (*Schrömbgens*), München LMU (*Brandlmeier*), Münster (*Kühn*), Tübingen (*Schiffner*), Heidelberg (*Mattern, Isele, Winkler*), Frankfurt (*Hayn*), Hamburg (*Hamm*), Mannheim (*Härter*)
- 1970** ZFA in Medline gelistet (bis 1989)
- 1971** Erster Gegenstandskatalog der Allgemeinmedizin. – Zeitschrift „Allgemeinmedizin international“ (dreisprachig), Redakteure aus 11 Ländern
- 1972** Forderung des Deutschen Ärztetags nach allgemeinmedizinischen Lehrstühlen/Instituten. – „Gebiet Allgemeinmedizin“ jetzt 4-jährige (für Niederlassung nicht obligate) strukturierte Weiterbildungszeit
- 1973** Gründung der Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin (VHLA) (30.3.) (ab 2005 Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin [GHA]). – Berufung der ersten allgemeinmedizinischen Sachverständigen ins IMPP. – Verden-Studie, erste kooperative, prospektive Untersuchung in 13 Hausarztpraxen. – Habilitation und a.p.-Professur von *Häussler* in Ulm
- 1974** Baden-Baden, Vorstandsbeschluss: Zusammenlegung von DEGAM und Deutschem Institut für Allgemeinmedizin zur Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (4.5.). – 26 Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin in der BRD. – Stiftung Deutsches Institut für Allgemeinmedizin (Förderung der Forschung, Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Allgemeinmedizin)
- 1975** 14.6.1975 einstimmige Vereinigung von DEGAM, Deutschem Institut für Allgemeinmedizin und VHLA zur „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin e. V.“
- 1976** Erster Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Hannover (*K.-D. Haehn*). – Zweite Habilitation in Allgemeinmedizin (*Pillau*)
- 1977 plus** Weitere Habilitationen in Allgemeinmedizin (*Fischer, Kochen, Klimm*)
- 1978** Erster internationaler Kongress: European General Practice Research Workshop (EGPRW), Marburg. – Allgemeinmedizin wird scheinpflichtiges Prüfungsfach im schriftlichen Teil des medizinischen Staatsexamens. – SIMG korporatives Mitglied der WONCA
- 1979** Hopenhagener Beschlüsse: Definition der Allgemeinmedizin und Vorschläge zur Weiterbildung zum Allgemeinarzt. – Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt (*Jork*). – Allgemeinmedizin erstmals Prüfungsfach im Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
- 1980** Mitgliedschaft der DEGAM in The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). – Baden-Badener Beschlüsse der DEGAM: Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung. – Langener Beschlüsse der DEGAM:

Grundsätze zur Durchführung allgemeinärztlicher Fortbildungsveranstaltungen, Vorschläge zu Austauschmöglichkeiten von Fächern in der Weiterbildung, Vorschläge zur Fortentwicklung in der Ausbildung

1981, 83, 84, 86 Egelsbacher Beschlüsse der DEGAM: Grundsätze wissenschaftlicher Arbeit und Curriculum Familienmedizin. – EGPRW-Kongresse in Deutschland. – Erste internationale Publikationen. – Gründung weiterer Lehrstühle. – Ernennung von Honorarprofessoren

1982 Klaus-Dieter-Haehn-Dissertationspreis

1985 Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Göttingen (Sturm)

1988 Reilinger Beschlüsse der DEGAM: Definition allgemeinmedizinischer Grundbegriffe. – Allgemeinmedizin wird mündliches Prüfungsfach im 2. Teil des Staatsexamens. – European General Practice Research Workshop (EGPRW) in Göttingen

1990 Wernigeröder Beschlüsse der DEGAM: Fusion der Gesellschaft für Allgemeinmedizin (GAM) der DDR und DEGAM der BRD zur DEGAM e. V. (14.7.1990). Eintrag ins Vereinsregister am Amtsgericht Bonn (29.1.1993). – Internationaler Kongress SIMG in Berlin mit 1200 TN

1990er Jahre Streben nach akademischer Gleichstellung. Zunehmender politischer Druck zur Institutionalisierung bei Ressourcenverknappung an den Fakultäten. Erste größere öffentlich geförderte Forschungsprojekte aus themenbezogenen Ausschreibungen. Erste EU-Förderungen

1992 (Muster-)Weiterbildungsordnung mit gesetzlich verankerter Weiterbildung in Allgemeinmedizin und Ergänzung durch Seminarweiterbildung. Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Berlin (*Mitznegg*). – Ab 1992 Forschungskurse der DEGAM

1993 Mainzer Beschluss der DEGAM: Berufspolitische Aufgaben der DEGAM. – Nittendorfer Beschluss der DEGAM: Möglichkeiten und Probleme allgemeinmedizinischer Forschung. – Kongress der European Academy of Teachers in General Practice (EURACT) in Göttingen

1994 Weimarer Beschluss der DEGAM: Handlungsleitlinien als Instrument allgemeinmedizinischer Qualitätssicherung

1995 Frankfurt: Qualitätssicherung und -kontrolle in der Allgemeinmedizin. – Köln: Kriterien für eine Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie. – TU München erteilt als letzte Med. Fakultät in Deutschland Lehrauftrag für Allgemeinmedizin

1996 Mitgliederversammlung in Bremen beschließt Namensänderung der Gesellschaft in „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienme-

dizin“. Eintragung ins Vereinsregister am 7.12.1998. – 9 habilitierte Allgemeinärztinnen und -ärzte

1999 Erster allgemeinmedizinischer Gutachter in einem Förderprogramm (Kompetenznetze) des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF). – Stellungnahme des Wissenschaftsrats zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen. – Erstes Allgemeinmedizin-spezifisches BMBF-Förderprogramm: Auf- und Ausbau allgemeinmedizinischer Lehrstühle

2000 plus Öffentliche Förderung, zunehmende Sichtbarkeit. Wachsendes öffentliches Bewusstsein für Versorgungsforschung, gefördert durch den Strukturwandel im Gesundheitswesen

seit 2004 BMBF-Förderprogramm für den wissenschaftlichen Nachwuchs in der Allgemeinmedizin

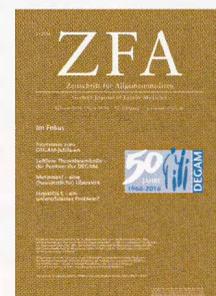
2006 Erster allgemeinärztlicher Gutachter der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) (Programm Klinische Studien) (*Hummers-Pradier*). – 17 habilitierte Allgemeinärztinnen und -ärzte, 13 Universitäten mit institutionalisierter Abteilung oder Lehrstuhl

2012 „DEGAM-Zukunftspositionen. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen“. – Neugründung der European Medical School Oldenburg-Groningen (EMS) der Universität Oldenburg mit Allgemeinmedizin als Studienkernfach

2014 Staatliche Anerkennung der (privaten) Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) Theodor Fontane als Universität

2015 DFG-gefördertes Netzwerk „Klinische Studien in der Allgemeinmedizin (KSAM)“. – Aufnahme der EMS als 37. Med. Fakultät in den Medizinischen Fakultätentag. – Start des Modellstudiengangs Medizin an der MHB. – „Masterplan Medizinstudium 2020“ des BMG

2016 Goldfarbene Jubiläumsausgabe Februar 2016 der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)“, 92. Jahrgang mit speziellem DEGAM-Logo „50 Jahre 1966 – 2016“. – Deutsche Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. – Finanzielle Gleichstellung der ambulanten mit der klinischen Weiterbildung (1.7.2016)



¹ unter Einbeziehung von: Häussler S (1974) Sieben Jahre Allgemeinmedizin an deutschen Universitäten. IAH 48:73-74; 30 Jahre DEGAM (1996) ZFA 17:1029-1046; Hummers-Pradier E (2006) 40 Jahre DEGAM. Allgemeinmedizinische Forschung in Deutschland – Entwicklung und aktueller Stand. ZFA 82:409-414; Mader FH: Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin, Freiburg, 9. Juni 2016

DEGAM-Kongresse von 1978 bis 2016

teilweise auch in gemeinsamer Trägerschaft mit dem Deutschen Hausärzttetag, Zusammenstellung Frank H. Mader

Jahr	DEGAM-Kongress	Hausärzttetag	Ort	Bemerkungen
1978	12. Deutscher Kongress für Allgemeinmedizin	1. Deutscher Hausärzttetag	Marburg	
1979	13. Deutscher Kongress für Allgemeinmedizin			
1980	14. Deutscher Kongress für Allgemeinmedizin	3. Deutscher Hausärzttetag	Freiburg	
1981	15. Deutscher Kongress für Allgemeinmedizin		Freiburg	
1983	17. Deutscher Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin		Mannheim	
1984	18. Deutscher Kongress für Allgemeinmedizin		Mannheim	über 400 TN
1985	19. DEGAM-Kongress		Heidelberg/ Mannheim	
1986	20. DEGAM-Kongress		Deidesheim	
1987	21. Wiss. Jahrestagung der DEGAM		Mainz	1987–2001: „Wissenschaftliche Jahrestagung der DEGAM“
1988	22. DEGAM-Kongress		Göttingen	
1989	23. DEGAM-Kongress		Göttingen	
1990	24. DEGAM-Kongress	13. Deutscher Hausärzttetag	Kiel	Nach 10 J erstmals wieder zusammen mit BPA
1991	25. DEGAM-Kongress	14. Deutscher Hausärzttetag	Bad Honnef	
1992	26. Kongress der DEGAM	15. Deutscher Hausärzttetag des Berufsverbands der Prakt. Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin	Bad Homburg	
1993	27. DEGAM-Kongress	16. Deutscher Hausärzttetag	Saarbrücken	50 TN
1994	28. DEGAM-Kongress	17. Deutscher Hausärzttetag	Würzburg	
1995	29. DEGAM-Kongress	18. Deutscher Hausärzttetag	Weimar	77 TN, 1200 DEGAM-Mitglieder
1996	30. DEGAM-Kongress	19. Deutscher Hausärzttetag	Bremen	
1997	31. DEGAM-Kongress	20. Deutscher Hausärzttetag	Dortmund	
1998	32. DEGAM-Kongress	21. Deutscher Hausärzttetag	Berlin	
1999	33. DEGAM-Kongress	22. Deutscher Hausärzttetag	Dresden	
2000	34. DEGAM-Kongress	23. Deutscher Hausärzttetag	Ulm	
2001	35. DEGAM-Kongress	24. Deutscher Hausärzttetag	Hannover	
2002	36. DEGAM-Kongress	25. Deutscher Hausärzttetag	Koblenz	ab 2002: „Kongress für Allgemeinmedizin“
2003	37. DEGAM-Kongress	26. Deutscher Hausärzttetag	Travemünde	
2004	38. DEGAM-Kongress	27. Deutscher Hausärzttetag	Potsdam	
2005	39. DEGAM-Kongress	28. Deutscher Hausärzttetag	Potsdam	170 TN
2006	40. DEGAM-Kongress	29. Deutscher Hausärzttetag	Potsdam	
2007	41. DEGAM-Kongress		Berlin	
2008	42. DEGAM-Kongress		Berlin	
2009	43. DEGAM-Kongress		Heidelberg	620 TN
2010	44. DEGAM-Kongress		Dresden	
2011	45. DEGAM-Kongress		Salzburg	erster gemeinsamer Jahreskongress DEGAM/ÖGAM/SÜGAM
2012	46. DEGAM-Kongress		Rostock	
2013	47. DEGAM-Kongress		München	670 TN. Seit 2013: „Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“
2014	48. DEGAM-Kongress	1. Internat. Hausärzttetag, Bonn	Hamburg	
2015	49. DEGAM-Kongress		Bozen/I	600 TN, 2. Dreiländerkongress DEGAM/ÖGAM/SÜGAM, 6000. DEGAM-Mitglied
2016	50. DEGAM-Kongress	„Tradition wahren – Aufbruch gestalten – Hausärzte begeistern“	Frankfurt/M	Paulskirche

Sachwortverzeichnis

Auszugsweises *Sachwortverzeichnis (SV)*. Das vollständige SV findet sich zusammen mit dem umfangreichen *Personenverzeichnis* auf der DEGAM-Hompage www.degam.de/festschrift.html. Abkürzungen sind auf Seite 8 erklärt.

A	Seite
ÄApprO	10, 12, 35, 81, 83 , 84 f, 89, 92
AEA	46, 140
ÄiW	106, 130, 134
Akademischer Mittelbau	69, 73 f, 76
Allgemeinarzt	20
– Angestelltenverhältnis	117
– Generalist	126 f
– Landarzt	107 f
– Unternehmer	117 f
– Zukunft	37
Allgemeine Medizin	20
Allgemeinmedizin	3, 21
– Abwartendes Offenlassen	55
– Abwendbar gefährlicher Verlauf	55
– akademische	56 f
– Arbeitsauftrag	49
– Arbeitsbereich	49
– Arbeitsgrundlagen	49
– Arbeitsmedizin	110
– Arbeitsweise	49
– Arbeitsziel	49
– Ausbildung	33, 47
– Blockpraktikum	33
– DDR	25 ff
– Definition	11, 49
– Entwicklung	140 f
– Familie und Karriere	75
– Fortbildung	113 f
– Funktionen	48, 49 , 125, 134
– Gebiet	140
– Grundlagen	55
– Habilitation	11, 16, 55, 72, 75, 80, 140, 141
– Hausärztinnen	101 f, 103 ff
– Hausbesuch	23
– Institutionalisierung	51, 53
– Kompetenzzentren	132, 140
– Langzeitbetreuung	78
– Lehr- und Fachbücher	11, 41, 53, 55, 68, 107
– Lehre	68, 77 f, 81 f
– Lehrstoffkatalog	11
– Lehrstühle	14, 48, 50, 51, 56, 74, 79 f, 140
– Leitlinien	55, 58 f
– Mittelbau	76
– Nachwuchs	17, 135
– Nachwuchsmangel	44, 106, 127, 129
– Professionalisierung	38, 121 f, 135
– Prüfungsfach	82
– Qualitätssicherung	54, 140
– Quereinstieg	105 f
– Überalterung	22
– Umweltkrankheiten	128
– Weiterbildung	33, 97, 134, 135
– Wissenschaft	50 f, 52 f, 89
– Zukunft	126 ff
Allgemeinpraxis	109
– Ausstattung	32
– Bürokratieabbau	130
– EDV	129 f
– Großpraxen	118
– Investitionskosten	118
– Land	105
– Pauschalsystem	116
– Planungssicherheit	128
– Stadt	105
Angewandte Heilkunde	46
AQUA	63
Arzt	22

Arzt für Allgemeinmedizin	24
Arzt für Innere und Allgemeinmedizin	32
Arzt in Weiterbildung	96, 98 , 103
Arztwahl, freie	23
Ausbildung	19
AWMF	13, 16, 58, 111

B	Seite
BDA	11, 27
BDI	94
Berufsfelderkundung	81
Biopsychosoziales Krankheitsmodell	114, 127
Blockpraktikum	35, 77, 81 ff
BMBF	42, 50 f, 56 f, 77, 134, 141
BMFT	33
Bologna-Prozess	95
BPA	10 f, 13 ff, 21, 24, 28, 32, 121, 134

D	Seite
DEGAM	3, 10 ff, 140, 141
– Benefits	135
– Dissertationspreise	141
– Ehrenmitglieder	138
– Forschungspreise	42, 61 , 100
– Gründung	10, 12, 13
– Interessenkonflikte	44
– Karriereworkshop	34, 76
– Kongresse	10 f, 34 , 42 ff , 76, 101 f, 134, 142
– Leitlinien	33, 55, 58 f, 111, 134
– Nachwuchsakademie	119
– Nachwuchsförderprogramm	102
– Präsidenten	133 ff
– Präsidium	138
– Praxisforschung	48
– Professionalisierungskurs	33
– Satzung	12
– Sektionen	27, 35 , 114, 134
– Summerschool	120 , 135
– Vereinigung GAM	29 f, 134
– Zukunftsperspektiven	78
– Zukunftspositionen	32, 42, 48, 57, 64, 84, 113 f, 135, 140
Dekansymposien	11, 17 , 69
Der Landarzt, Zeitschrift	39 , 140
Deutscher Hausärzteverband	85, 94, 97, 131 f, 135
Deutsches Institut für Allgemeinmedizin	10, 12, 140
Deutsche Stiftung f. Allgemeinmedizin u. Familienmedizin	141
DFG	51, 54 f, 141
DGIM	84, 95
Diagnostische Programme	52
Dissertationen	16, 73
Dissertationszentrale	61
Dozentenschulung	82
Drittmittel	78

E	Seite
EGPRN	50, 56, 79
EGPRW	15, 40, 140, 141
Einführung in die Klinische Medizin	81
EQuIP	40, 50, 63
EURACT	50, 141
EU-Richtlinien	94 f

F	Seite
Facharzt – Praktischer Arzt	25
Facharzt für Allgemeinmedizin	20 f, 23 , 25, 28, 94 f , 140
– Nachwuchsmangel	32
Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin	94
Facharztanerkennung	99
Fälleverteilung	10, 52, 140
Familienmedizin	11, 40 f, 49
Famulatur	35, 81, 85 ff , 89, 101
– Landpraxis	88
– Lehrangebot	86
– Pflicht~	85
Famulaturbörse	85, 88, 135
FDA	11, 13, 14, 15, 21, 24, 27 f, 121 f, 134
Forschung	11, 16, 35 , 44, 47, 51 ff, 54 f, 56 f , 74, 77

- Drittmittel 51
- klinische 56
- Postersitzungen 60
- Praxisnetze 62
- Querschnittsstudien 56
- Versorgungs~ 50, 56
- Forschungspraxisnetze, allgemeinärztliche 62
- Fortbildung 55, 113 f, **114**
- Pflicht~ 19
- Praxishospitation 113 f

G Seite

- GAM 11, **26**, 134, 140
- Sektionen 26
- Statut 28
- Vereinigung DEGAM 27 ff
- Generalist 20
- Geriatric 55
- Gesundheits-Sachverständigenrat 127
- GHA 35, **69 f**, 73, 83 f, 120
- Qualifizierungsprogramm 70
- GMA 70, 83 f
- GSG 134

H Seite

- Habilitation 11, 14, 16, 55f, 73f, 75, 77, 80
- Hausarzt 3, **20**, 89, 114
- Praxis 2020 129 f
- Verträge 24
- Hausarztmedizin 84, 126
- HÄVG 14, 24, **132**, 140
- Heidelberger Gespräch 10, 21, **46 ff**, 68, 140
- Hippokrates-Medaille, Preisträger 139
- Honorarprofessor 18
- HzV 14, 24, 115, 116, 131

I, J, K Seite

- IhF 115, 123
- IMPP 82
- Internist, Hausarzt~ 97
- JADE 34, **36**, 102 f, 112
- Kompetenznetze 141
- Kompetenzzentren Allgemeinmedizin 132, 135
- Kursbuch Allgemeinmedizin 12

L Seite

- Landarzt 3, 107 f
- Zuschlag 108
- Landarztzuschlag 108
- Landpraxis 108
- Langzeitbetreuung 81
- Lehraufträge Allgemeinmedizin 10, 68, **72**, 77, 140
- Lehrbeauftragte Allgemeinmedizin 66, 81 f, 140
- Lehrpraxen Allgemeinmedizin 69, 78, 82, **83**, 90, 125
- Standards 70
- Lehrstoffkatalog 72
- Lernen, selbstbestimmtes 65, 114
- Listserver [ALLGMED-L] 33, 44, 51, **111 f**

M Seite

- Masterplan Medizinstudium 2020 3, 135, 141
- Medizinischer Fakultätentag 89, 141
- MFA 35, 115, 122, 130
- Modellstudiengang 78, **81 f**
- Multimorbidität 114, 126
- MVZ 75, 80, 118
- M-WO 12, 20, 94

N, O Seite

- Nationaler Lernzielkatalog 82
- Niedrig-Prävalenzbereich 114
- ÖGAM 34, 140

P Seite

- Patientenorientierte Allgemeinmedizin 89, 114
- Pay for performance 111
- Peer-Group-Review 103

- Peer-Learning 114
- Peer-Review-Gruppen 63
- Pflichtweiterbildung 32
- PJ 83, **89**, 130
- Allgemeinmedizin 70
- Musterlogbuch 90
- Pflichtquartal Allgemeinmedizin 90 ff
- Practica 36, **42**, 112, 114, 121 f, **122**, 128
- Praktische Ausbildung, Historie 91
- Praktischer Arzt 19 ff, 29, 94, **106**
- Praxisforschung 46, 47 f, **48**, 50, 60, 62, 65
- Praxishospitation 113 f
- Primärarztssystem 131
- Primärversorgung 44, 58, 78, 83
- Private Medizinische Hochschulen 83
- Problemorientiertes Lernen 75, 81
- Professionalisierungskurs 65 f
- Professur für Allgemeinmedizin 71
- Psychosomatische Grundversorgung 55

Q, R Seite

- Qualität
- Förderung 64
- Kontrolle 64
- Lehre 84
- Management 64, 79
- Sicherung 55, 63, 140
- Zirkel 55, **63**, 130
- Querschnittsbereiche 81 f
- Reflective Practitioner 66

S Seite

- SAGAM 38
- Salutogenese 55
- Selektivverträge 116
- Seminarweiterbildung 12
- SGAM **28**, 120
- SIMG 11, 29, **40 f**, 52, 54, 124, 140
- Sozialgesetzbuch 76
- Spezialisierung 126
- Staatsexamensprüfer 82
- Studium und Hochschule 55
- SüGAM 34, 38
- Summerschool Allgemeinmedizin 70
- SVR 108, 129

T Seite

- Tag der Allgemeinmedizin 36, **114**, 115
- TGAM 38
- ThuJA 37

U, V Seite

- UEMO 99
- VERAH 115, 122
- Verbundweiterbildung 104
- Verbundweiterbildungplus 98 f, 135
- Konzept 100
- Versorgungsassistentin 115
- Versorgungsformen 55
- Versorgungsforschung **50 f**, **56 f**, 78, 140
- Versorgungsstärkungsgesetz 132
- VGAM 38
- VHLA 10, 12, 16, **17**, 21, 33, 39, **69**, 72 ff, 140
- Gründung 18

W Seite

- WABe 37
- Weiterbildung 55, 77, 134
- Allgemeinmedizin 97
- Weiterbildungsordnung 20, **96 f**, 128, 140
- Weiterbildungsverbände 51, 130
- Checkliste 100
- WONCA 40 f, 63, 140
- Zeitschrift für Allgemeinmedizin 16, 34, **38 f**, 79, 140, 141

Sachwortverzeichnis

	<u>Seite</u>
Aachen	72
Arbeitsgemeinschaft Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin	17
Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der Ärztlichen Allgemeinpraxis	140
Ausbildung, Gleichwertigkeit	20
Baden-Baden	14, 16, 27
Bagatellliste	32
Berlin	77, 141
Berlin (West)	72
Berufsordnung	19
Bestellungsordnung	91
BHÄV	96
BMBF	16
BMFSFJ	54
BMG	127, 141
bmvd	90
Bonn	72
Brandenburg	83, 141
bvmd	36, 70, 85
CME-Punkte	66
College of Medical Practice	40
DEGAM, Forschungskurse	141
Der Landarzt	140
Der Praktische Arzt	52
Deutsche Akademie der Praktischen Ärzte	19
Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin	41, 140
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin	10 ff, 140
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	141
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie	19
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin	19
Deutscher Hausärztetag	15
Deutscher Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	42
Dominik III	14
Dresden	120
Düsseldorf	33, 62 f, 65, 72

Einheitlicher Bewertungsmaßstab	32
Erlangen	72, 79
Essen	72
Europraktiker	128 f, 134
EVaS-Studie	16, 54 f
Facharzt für Allgemeinmedizin	
– Bildungsprogramm DDR	26
Facharztordnung	20
Facharztschwemme	19
fachfremde Leistungen	23
Frankfurt/M	10, 16, 33, 51 ff, 55, 62, 72
Frankfurter Programm	24
Freiburg	10, 14, 16, 42, 65, 68, 72
GAMT	28
Generation Y	99
Gesellschaft für Allgemeinmedizin	140
Gesellschaft für Allgemeinmedizin der DDR	140, 141
Gesellschaft für praktische angewandte Medizin	40, 140
Gießen	71 f
Göttingen	33, 42, 51, 55, 62 f, 72, 85, 141
Greifswald	50, 120
GSG	12
Halle	55
Hamburg	10, 16, 62 f, 72, 107, 125
Handlungsleitlinien	141
Hannover	10, 16, 33, 47, 50, 58, 62 f, 65, 72
Hartmannbund	10, 13
Hausarzt-Internist	23
Hausarztpauschale	134
Häussler, Habilitationsschrift	14
Heidelberg	10, 16, 33, 42, 46, 51, 62, 72, 81 f, 114
HESA	37
Hodenhagener Beschlüsse	11, 16
Homburg/Saar	50
IfAS	120
IMPP	16, 82

Innere Medizin, Fürsorgepflicht	97
Interessenkonflikte	44
Internationale Gesellschaft für praktisch angewandte Medizin	40
Kassel	83
Kiel	33, 50 f, 55, 72
Klagenfurt	52
Köln	72
Kongress für Allgemeinmedizin	42
Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	42
Kostendämpfungsgesetze	23
Landvierteljahr	91
Leipzig	55
Lübeck	72
Maastricht	63
Magdeburg	50, 55
Mainz	10, 42, 72
Mannheim	10, 72
Marburg	33, 51, 62, 65, 72
marburger bund	19
München/LMU	10, 16, 72
München/TU	50, 72, 85 f, 141
Münster	72, 120
Murrhardter Kreis	77
NAV	10, 27
Negativliste	32
Nijmegen	63
NVL	59
Oldenburg	141
Pflichtassistentenzeit	91
Pflichtfamulatur	91
Pflichtweiterbildungszeit	22
Poliklinik DDR	25
Polikliniken	47
Positivliste	32
Praktikerkongress	43
Regensburg	81

Reichsärzteordnung	91
Reichsgewerbeordnung	91
Römische Verträge	20
Rostock	33, 50, 82
Salzburg	83
SBA	28
Sicherstellungsauftrag	23
Sozialfamulatur	85
Streikrecht, Ärzte	23
Study Nurses	74
SVA	27
Thüringscher Hausärzteverband	28
Transparenzliste	32
Tübingen	10, 72
Ulm	15, 55, 65, 72
Unterrichtsmethode	17
Verdener Arbeitskreis	14
Verden-Studie	14, 16, 54
Weimarer Gesundheitskonferenz	25, 29
Wissenschaftliche Jahrestagung DEGAM	42
Witten-Herdecke	62, 83
Würzburg	72

Personenverzeichnis

(Zusammengestellt und recherchiert nach Datenlage von *Frank H. Mader*)

- Name mit Seitenzahl **fett** = Buchbeitrag
- Name mit Seitenzahl *kursiv* = Kurzbeitrag/Zitat
- Name mit Seitenzahl gewöhnlich = Erwähnung im Text

	<u>Seite</u>
Abholz, Heinz-Harald	12, 33 ff, 39, 39, 42, 58, 79, 109 , 123, 125, 134 , 138
Ahlquist, Dominik	111
Alberts, Annette	104
Albiry, Dorit	138
Altiner, Attila	70, 82
Balint, Michael	40
Baluschek, Ottmar	140
Balzac, Honoré de	25
Barlet, Jörg	69
Barten	26
Bartoloviv	139
Bartsch, W.	72
Baum, Erika	5, 38, 61, 71, 73 , 76, 82, 138
Bautz, Herbert	139
Becker, Annette	74
Becker, Hartmut	70
Becker, Paul	139
Becker, W.	46
Bergmann, Antje	75 , 91, 102, 120, 138
Bernau, Ruben	136
Bernd	71
Bettke	71
Bettker-Cuza, Ralf	110
Beyer, Martin	42
Bihl	19
Binder	139
Bock, Hans Erhard	18, 20, 127, 130
Böhme, Klaus	70, 83 , 120
Bojanowski, Stefan	66

Borgwardt, Günther	26, 26, 29
Bormann, Nathalie	119
Bosch, Robert	39
Braatz, Klaus-Peter	139
Brandlmeier, Paul	10, 11, 15, 18, 40, 72, 139, 140
Brandt, Heinz	25, 27, 29, 40
Braun, Hermann	13, 124
Braun, Robert N.	10, 40, 46, 47, 52, 53, 63, 68, 125, 139, 140
Braun, Vittoria	33, 69, 77 , 78
Bräunig, H.	72
Brockmann, Silke	58, 59
Brückl, B.	72
Brüggemann, Eckhard	15, 121, 122
Bruins, Chris	139
Buchmayer, E.	46
Buck, Günther	14
Buda, Yvonne de	139
Byrne, Kathlyn	139
Byrne, Patrick S.	40
Carne, Stuart	40
Chenot, Jean-François	70, 82, 85, 96 , 120, 128, 138
Chizzola, Alfred von	139
Claßen, P. H.	72
Dieckhoff, Dietrich	72
Dietz, Franz	23
Doering, Thorsten	55
Döhner, Klaus	118
Donald, Alastaer G.	139
Donner-Banzhoff, Norbert	33, 50 , 51, 65, 66, 70, 74, 138
Dörner, Klaus	130, 139
Dreibholz, Joachim	53, 68
Drews, Michael	117, 118
Dücker, Norbert	26
Dunker-Schmidt, Ch.	70
Eckstein, Georg	92
Egidi, Günther	97, 111 , 114, 138

Ehrhardt, Maren	65, 76 , 91, 138
Eicher, C.	70
Eiff, August Wilhelm von	139
Eisentraut, Hayo	5
Engelmayr, Ernst	80
Engelmeier, Kurt	40, 41, 139
Eras-Kalisch, Johanna	37
Erasmi, Karin	105
Eschenburg, Bernhard Maximilian	138
Euler, Christian	44
Faust, Günther	11, 72
Feldmann, Regine	135
Ferber, Christian von	18
Festersen, Robert	115
Fetscher, G.	72
Fischbach, Hans-Werner	138
Fischer, Gisela C.	16, 51, 54 , 57, 140
Fischer, Martin	70
Fowler, Godfrey	139
Franz, U.	46
Freitag, A.	46
Freitag, Michael H.	37
Freund, Tobias	36, 138
Friedrich	29
Fröhlich, Edmund	5, 33 , 42 , 43, 138
Gágyor, Ildikó	62
Garrett, B. Elizabeth	70
Gärtner, Johannes K.	29, 40
Gärtner, Werner	11, 139
Gassen, Andreas	117
Gauck, Joachim	3 , 4
Gerlach, Ferdinand M.	4, 5, 12, 33, 44, 53, 55, 58, 59, 64, 70, 103, 126 , 127, 135 , 138
Germer, Ingrid	29
Gerresheim	72
Geyer, Siegfried	55

Glehr, Reinhold	70
Goesmann, Cornelia	70
Göpel, Herbert	15, 16, 72
Gorbatow, Oleg	139
Grethe, Hanno	25, 26, 27, 28, 53, 77, 139
Gröhe, Hermann	127
Grol, Richard	63
Gross, Rudolf	20
Große, Georg	53
Groth, C.	72
Gruhl, Matthias	139
Gulich, Markus	65
Gunder	139
Gündling, Peter	70
Habighorst, Johann Georg	10, 16, 72
Habrich, Eberhard	22
Haehn, Klaus-Dieter	10, 11, 12, 14, 15, 16, 42, 47, 53, 54, 68, 72, 87, 140
Haffner, Christian	36
Hahn, Eckhart G.	70
Hamm, Hans	10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 37, 42, 49, 53, 68, 72, 125, 138, 139, 140
Hampel, Antonia	114
Härter, Georg	10, 11, 12, 15, 16, 18, 30, 72, 138, 139, 140
Hartmann, Fritz	22, 47, 54
Haumann, Hannah	138
Haupt, Johannes K.	139
Haupt, Werner	12
Häussler, Siegfried	4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 39, 46, 52, 55, 68, 72, 81, 95, 138, 139, 140
Hayn, Hans	10, 18, 52, 53, 72, 139, 140
Hege, Hans	20
Heilmeyer, Ludwig	14, 68
Heisler, August	18, 107
Heldt	71
Heller, Gottfried	52, 87, 138, 139

Heller, Gustav	40
Helmich, Peter	11, 12, 33, 35, 51, 55, 58, 72, 108, 139
Hemmer, Walter	118
Henning, Ulrike	136
Herrmann, Wolfram	36
Herrmann, Markus	65
Hesse, Eberhard	40, 54, 124, 139
Heuser, Doris	61
Hilbert, Bernadett Maria	101
Himmel, Wolfgang	50
Hoch, Rolf-Eckart	11, 15, 121
Höfer, Juliane	88, 89
Hofmans, Arthur	139
Hohlfeld	25, 29
Hombach, R.	115
Hönes, Susanne	139
Hoppe, Jörg-Dietrich	18, 77
Horder, John	139
Hortmann, Eckart	16, 72
Hövels, Otto W.	52
Höver	71, 72
Huenges, Bernd	70
Hufeland, Christoph Wilhelm	13
Hügel	26
Hugot, Franziska	69
Hummers-Pradier, Eva	38, 57, 82, 141
Hutmacher, Marianne	61
Huygen, Franciscus J. A.	40, 139
Huyoff	26
Irannejad, Stephan	89
Irniger, Walter	139
Isele, Hans	10, 18, 72, 139, 140
Jäger, Anna	5
Jagow, Gebhard von	18, 69
Jaksic, Zelimir	139
Janke, David	107

Jansen, Paul	65
Jansky, Michael	65
Jensen, Ole Asbjørn	41
Jobst, Detmar	65
Jork, Klaus	10, 16, 52 , 54, 72, 140
Jörres, Vincent	116
Junghanns, Gerda	26, 29, 53
Jungmann, Gerhard	10, 12, 13, 19 , 20, 138, 140
Kalitzkus, Vera	49
Kamm-Kohl, Vanadis	59
Kaplan, Max	70, 94 , 95
Karl, Elia	44
Kay, Ralph	139
Keller, Karl	15, 72
Kellner, Heinrich	13
Kerger, Hermann	10, 12, 13, 138, 140
Keseberg, Adalbert	72
Kielhorn, Rita	139
Kielstein, Helga	28
Klein, Reinhold	85 , 86
Klimm, Hans-Dieter	15 , 16, 30, 139, 140
Klinsing	70
Klock, Michael	120
Klotz, Hellmuth	14, 15
Kluger, Katharina	92
Knabe, Herbert	26, 29
Knoblauch, Helmut	25, 26, 29
Kochen, Michael M.	12, 33, 34, 38 , 41, 44, 50, 70, 107, 134, 135 , 138, 139, 140
Köhler, Christian	28, 53
Kölling, Wolfgang	20, 65, 117, 118, 128
König, Benno	11, 12, 15, 16, 24, 29 , 30, 42, 134 , 138, 139
Konitzer, Martin	55
Korfmacher	18
Kosanke, Bodo	21, 117
Kossow, Klaus-Dieter	13 , 15, 115, 131

Kracht, Dieter	69
Kraft, Rudolf	69, 73
Krein	139
Krogner	25
Kruse, Waltraut	11, 16, 17 , 18, 30, 33, 69, 70, 72, 77, 78, 139
Krüsi, Gerhard	138
Kuenssberg, Ekkehard von	139
Kugler, Joachim	75
Kuh	140
Kühlein, Thomas	79
Kuhn	12
Kühn	140
Kütting, Brigitta	82
Lamprecht, Kurt	69
Landendörfer, Peter	91
Lange, Sandra	120
Laux, Gunter	80
Ledig, Thomas	81 , 82
Lehnert, Gerhard	18
Leson, Philipp	138
Lichte, Thomas	35 , 55, 65, 115
Liedtke, Tanja	113
Lohnstein, Manfred	44
Lorenz, Gernot	10 , 12, 30, 33, 42, 43, 58, 134
Luckner, Andreas Graf von	33, 65 , 70
Luise, Königin	13
Mader, Frank H.	4, 12, 15, 16, 18, 21 , 24, 32 , 39, 43, 53, 72, 83, 87, 91, 97, 106, 108, 117, 118, 121, 122, 133, 139
Mainz, Armin	44, 113 , 136, 138
Maisel, Peter	69, 120
Maiwald, Dietrich	118, 140
Malech, G.	72
Mangold, Wolfgang	139
Marsch	139
Marth, David	70
Martin, G.	46, 48

Martmüller, Willi	65
Mattern, Hansjakob	10, 11, 15, 16, 18, 21, 55, 138, 139, 140
Mau, Harald	77
McWinney, Jan Renwick	139
Meumann	11, 52
Meyer, Fritz	60
Mildenstein, Klas	69
Mitscherlich, Alexander	46
Mitznegg, Peter	141
Mitzscherling	25
Montgomery, Ulrich	70
Moosmann, Elisabeth	57
Moura, Mário da Silva	139
Mühlenfeld, Hans-Michael	87, 97, 115 , 122
Mulder, Jan Dienwerd	139
Müller, Beate	103
Müller-Oerlinghausen, Bruno	70
Neudeck, Rupert	139
Niebling, Wilhelm	33, 34, 38, 69 , 70, 120, 138
Niedermayer, Johann	24
Norpoth, Klaus	72
Norpoth, Kurt	139
Norzell, Claudia	88
Oehmke, Hans-Joachim	71
Ollenschläger, Günter	59
Olsen, Ole	41, 124
Paracelsus	13
Passarge	139
Pauli, Hannes G.	18, 53
Pfeiffer, Christian	115
Pillau, Helmut	15, 16, 38, 61, 72, 139, 140
Pils	27
Pilz, M.	72
Popert, Uwe	129 , 138
Prosénc, Fritz	40, 46
Rabady, Susanne	34, 38

Rasmussen, J. B.	139
Rasmussen, K. B.	139
Reichenfeld, H. F.	46
Reichmann, Heinz	102
Reindorf, Horst-Joachim	71
Renker	25
Richert, J.	72
Riedel, Gottfried	139
Riedl, Bernhard	117
Riese, Wolfgang	72
Ringleb, Dieter	71
Rohde, Johann Jürgen	138
Romero, Melissa C.	70
Roos, Marco	80
Rosenthal, Walter	107
Rowe, Alan J.	139
Rusche, Herbert	65
Rüter, Gernot	114, 116
Sachse, Peter	21, 140
Sandholzer, Hagen	55
Sarre, Hans-Joachim	10, 139
Sauer, Kurt	138
Schach	11, 73
Schaefer, Hans	46
Scharf, F.	139
Scheidt, Malte	105
Schelling, Jörg	37
Scherer, Martin	58 , 108, 138
Schiffner, Kurt	10, 18, 72, 139, 140
Schirmer, K. H.	108
Schmid, Raimund	121
Schmidt, Marcus	36
Schmiemann, Guido	138
Schmittdiel, Lothar	65, 70
Schmitz-Formes, Josef	72
Schnack, Dirk	105

Schneider, Antonius	56
Schneider, Helmut	139
Schneider, Hugo	139
Schneider, Ingo	69
Schneider-Rathert, Wolfgang	136
Schoen, Rudolf	46
Schrömbgens, Hans-Heinz	11, 15, 16, 18, 55, 72, 139, 140
Schroth der Zweite, Christine	104
Schubert, Ingrid	79
Schüffel, Wolfram	52, 139
Schultze-Lans, Erich	72
Schulze, Heinz	21
Schulze, Jan	75
Schumacher, O.	72
Schütze, Jonathan	70
Schwantes, Ulrich	77, 78, 83
Schwemmler	71
Schwerdtfeger, Walther	32, 140
Sehrt, Ursula	11
Selecky, Gisela	139
Senne, Walter	139
Sewering, Hans-Joachim	12, 13, 14, 24, 72
Siegfried, Ingeborg	71 , 72, 73, 74
Simmenroth-Nayda, Anne	90 , 91, 120, 138
Sips, Fons	41, 124
Smet, René de	139
Sohn, Wolfgang	53
Sönnichsen, Andreas	34, 38
Specks	72
Spieth	139
Stein, Rosemarie	139
Steinhäuser, Jost	98 , 128, 138
Storm	25
Streitlein-Böhme, Irmgard	70, 120
Strothotte, Sonja	36 , 37
Sturm, Diethard	27

Sturm, Eckart	10, 11, 16, 52, 53, 54, 55, 89
Szatmaári, Marianne	52, 139
Szecsényi, Joachim	50, 58, 63 , 64, 79
Taubert	71
Temmermann	139
Tempelfeld, Thorsten	100
Tetzlaff, Dieter	18
Thiel, Paul	36
Thiel, P.	66
Thomä, Helmut	46
Tibblin, Gösta	139
Troschke, Jürgen von	95, 128
Trotsenburg, Edmund A. van	53
Truog	139
Turgenjew, Sergejewitsch	25
Tutsch, Gerhart R.	52, 139
Uexküll, Thure von	11, 46, 55, 71
Uffelman, Klaus	15, 72, 73
Unger, Ernst	139
Ursin	139
Vagen-Hansen, Carsten	139
van Es	139
Verbeck, Anne	65
Vesalius, Andreas	13
Vinci, da Leonardo	13
Vogler, Wolf	12, 15, 72, 73
Vollmar, Horst Christian	49
Vuletiv	139
Wächtler, Hannelore	65
Wagner, Hans-Otto	107
Wahle, Klaus	122
Walder	139
Weidner	139
Weigeldt, Ulrich	70, 131 , 132
Weinhold, Ernst-Eberhard	13, 14, 55
Whitehouse, Carl R.	40

Wichmann	25
Wildmeister, Wolfgang	97
Wilm, Stefan	49, 51, 65, 66, 70, 138
Winkler	140
Winter	25
Wolf, Reiner	5
Wüllenkemper	44
Zehnder, Kurt	41, 124

Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin

1966–2016

50 JAHRE

Die Zeitschrift *Der Allgemeinarzt* begleitet den 50. Geburtstag der DEGAM mit einer Serie von eigenständigen Beiträgen, welche diese Festschrift ergänzen und vertiefen können. Sämtliche bisher erschienenen Texte sowie künftige Beiträge sind unter folgendem QR-Code abrufbar:



Das vollständige Sachwortverzeichnis, ein umfangreiches Personenverzeichnis sowie weitere Informationen finden sich auf der DEGAM-Homepage

www.degam.de/festschrift.html

Nahezu ein halbes Jahrhundert begleitet der Allgemeinarzt und Medizinpublizist *Frank H. Mader* die Entwicklung der Allgemeinmedizin von der Funktion zum universitär institutionalisierten Fachgebiet.

70 Beiträge zeitgeschichtlicher Zeugen und über 200 Abbildungen, Reprografien, Tabellen und Zitate dokumentieren in faszinierender Weise das ganze Spektrum der angewandten Heilkunde bis zum Jahr 2016, dem 50. Geburtstag der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).

Bundespräsident *Joachim Gauck* in seinem Grußwort :
„Ich möchte Ihr Verbündeter sein, wenn es darum geht, das hohe Gut der hausärztlichen Versorgung zu erhalten.“



ISBN 978-3-87409-626-3