

**Stellungnahme zu den Perspektiven des Faches
Allgemeinmedizin an den Hochschulen**

<u>Inhalt</u>	<u>Seite</u>
Vorbemerkung	3
A. Ausgangslage	4
A.I. Entwicklung der Allgemeinmedizin in Lehre und Weiterbildung	4
1. Historische und heutige Aufgabe der Allgemeinmedizin	4
2. Entwicklung der Allgemeinmedizin zum eigenständigen Lehrfach	8
3. Derzeitige Situation der Allgemeinmedizin an den Medizinischen Fakultäten bzw. Hochschulen	13
A.II. Formen der institutionellen Verankerung der Allgemeinmedizin	14
1. Düsseldorfer Modell	14
2. Ulmer Modell	17
3. Heidelberger Modell	19
4. Lübecker Modell	21
5. Frankfurter Modell	22
6. Institutionalisierung der Allgemeinmedizin in Göttingen	23
A.III. Allgemeinmedizinische Forschung	24
1. Epidemiologische Forschung	28
2. Grundlagenforschung zum allgemeinmedizinischen Arbeitsansatz	29
3. Evaluation und Gesundheitsversorgungsforschung	29
4. Medizinische Forschung in der Allgemeinmedizin/primärärztliche Versorgung	30
5. Bildungs- und Qualifikationsforschung	30

B. Stellungnahme und Empfehlungen	31
B.I. Zur Notwendigkeit der Institutionalisierung der Allgemeinmedizin	31
B.II. Zur Frage der Institutionalisierung der allgemeinmedizinischen Lehre	35
1. Inhalte der allgemeinmedizinischen Lehre	35
2. Formen der allgemeinmedizinischen Lehre	36
3. Struktur der Allgemeinmedizin als Lehrfach	40
4. Qualitätssicherung und Evaluation der allgemeinmedizinischen Lehre	44
B.III. Zur Frage der Institutionalisierung allgemeinmedizinischer Forschung	45
1. Notwendigkeit allgemeinmedizinischer Forschung	45
2. Struktur der Allgemeinmedizin als etablierte universitäre Lehr- und Forschungsbereiche	47
3. Finanzierung der allgemeinmedizinischen Lehr- und Forschungsbereiche	49
C. Zusammenfassung	51
D. Anhang	54

Vorbemerkung

Im Januar 1997 trat die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) an den Wissenschaftsrat mit der Bitte heran, eine Stellungnahme zu den Perspektiven des Ausbaus des Faches Allgemeinmedizin im Rahmen der medizinischen Ausbildung zu erarbeiten. Anlaß der Bitte ist eine EntschlieÙung der Gesundheitsministerkonferenz, in der die Einrichtung von Professuren für Allgemeinmedizin gefordert wird.¹⁾

Zur Vorbereitung der Stellungnahme hat der Ausschuß Medizin eine Sachstandserhebung bei den Medizinischen Fakultäten sowie ein Rundgespräch mit Experten der Allgemeinmedizin durchgeführt. Ihnen sowie den Beteiligten der Medizinischen Fakultäten ist der Wissenschaftsrat zu besonderem Dank verpflichtet. Die Stellungnahme wurde am 22. Januar 1999 verabschiedet.

¹⁾ Die EntschlieÙung der Gesundheitsministerkonferenz vom 24.05.1995 enthält die Feststellung: "Jede medizinische Fakultät sollte einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin (besetzt durch praktizierende Allgemeinmediziner) haben" (Nr. 3 der EntschlieÙung).

A. Ausgangslage

A.I. Entwicklung der Allgemeinmedizin in Lehre und Weiterbildung

I.1. Historische und heutige Aufgabe der Allgemeinmedizin

Bis ins 19. Jahrhundert hinein war die Ärzteschaft inhomogen, segmentiert hinsichtlich ihrer Herkunft, Vor- und Ausbildung, ihres Status und bezüglich des Zugangs zu den unterschiedlichen Klientengruppen. Die relativ kleine Zahl akademisch ausgebildeter Ärzte, Vorläufer des heutigen Arztes, bildete lediglich eine Gruppe neben den Chirurgen, Wundärzten, Barbieren, Hebammen und nicht zuletzt den Laienheilern. Die soziale Distanz zwischen Arzt und breiten Bevölkerungskreisen wie auch die mangelnde Fähigkeit dieser Kreise, die Kosten für eine ärztliche Behandlung tragen zu können, führte dazu, daß die Landbevölkerung und die unteren Schichten auf die nicht akademisch geschulten Tätigen in der Medizin zurückgriffen.

1883 wurde mit dem Krankenversicherungsgesetz die Grundlage für die umfassende ärztliche Betreuung der gesamten Bevölkerung in Deutschland geschaffen. Damit wurde die Kassenpraxis zur wirtschaftlichen Grundlage der Berufsausübung des Arztes. Seit dieser Zeit gibt es den praktischen Arzt, der sowohl in allen Bereichen der Medizin tätig ist, als auch Angehörige aller Schichten betreut und so den Auftrag des Gesetzgebers erfüllt, die ärztliche Basisversorgung sicherzustellen.

Seit ungefähr Mitte des 19. Jahrhunderts setzte die erfolgreiche Entwicklung der Medizin im Rahmen des naturwissenschaftlichen Paradigmas ein, die eine tiefgreifende Veränderung der medizinischen Praxis und der medizinischen Forschung bewirkt hat. Es entwickelte sich ein "neuer Krankheitsbegriff, der mit den Adjektiven 'soma-tisch' und 'lokalistisch'" beschrieben werden kann.²⁾ Bezogen auf die medizinische

²⁾ Arbeitskreis Mediziner Ausbildung der Robert-Bosch-Stiftung - Murrhardter Kreis: Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung

Praxis ging von dem neuen Verständnis eine massive Kritik an der medizinischen Tätigkeit aus, die den Rückgriff auf die subjektive Wahrnehmung, die individuelle Erfahrung des Arztes und seine spezifische Interaktionsweise mit dem Patienten als vorwissenschaftlich abqualifizierte. Die "Forderung nach Objektivität war Ausdruck des neuen Verständnisses von Medizin, das der Wissenschaft den Primat vor dem Handeln einräumte".³⁾

Hinsichtlich der medizinischen Forschung hatte die unbestritten erfolgreiche Entwicklung innerhalb des naturwissenschaftlichen Paradigmas zur Folge, daß der Forschungsprozeß außer von Medizinern durch die Klinische Forschung auch von Naturwissenschaftlern getragen wurde und wird. Hinzu kommt, daß Krankheiten immer mehr Ausgangspunkt von Grundlagenforschung werden. Ansätze zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit, auch mit anderen als naturwissenschaftlichen Fächern, haben zu Erkenntnissen über hochkomplexe Wirkungszusammenhänge geführt. Gleichwohl gibt es Tendenzen, daß die medizinische Grundlagenforschung keine unmittelbaren Bezüge zum ärztlichen Handeln besitzt.

Diese Entwicklungen und nicht zuletzt die allgemeine Spezialisierung haben dazu geführt, daß eine Gesamtübersicht über das medizinische Wissen und seine Anwendung in der Ausbildung vielfach lediglich als Addition von Spezialwissen erzeugt wird und die Anleitung zum ärztlichen Handeln zunehmend in den Hintergrund tritt. Dabei ist der Ansatz der meisten Spezialdisziplinen⁴⁾ organ- bzw. organsystembezogen.

Die tiefgreifenden Veränderungen innerhalb der medizinischen Forschung und Praxis treffen in den modernen Industrienationen auf Veränderungen des Morbiditätsspektrums, die in der Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung, der Zunahme von

und Wege zu ihrer Reform, Gerlingen 1995, S. 41.

³⁾ a.a.O., S. 41.

⁴⁾ Mit Ausnahme insbesondere der Pädiatrie.

Umwelteinflüssen, der Veränderung von Lebensstilen mit zum Teil gesundheitsschädigendem Verhalten, aber auch in den beruflichen Anforderungen begründet sind (vgl. auch B.I.).

Die an dieser Stelle nur angedeuteten Veränderungen, der Fortschritt der Medizin innerhalb des naturwissenschaftlich-technischen Paradigmas mit der damit einhergehenden Spezialisierung und die Veränderung des Morbiditätsspektrums haben zu einer Problematisierung der medizinischen Praxis und Ausbildung einerseits und zu einer Neubesinnung hinsichtlich Umfang und Bedeutung der allgemeinärztlichen Aufgabe andererseits beigetragen.

In den 70er Jahren entwickelte sich in Deutschland ein neues Selbstverständnis der Allgemeinmedizin, die sich heute als ein eigenes Fachgebiet versteht. Es ist "durch den Grundversorgungsauftrag situativer, medizinisch kurativer wie ökonomischer Aufgaben in der Primärmedizin"⁵⁾ charakterisiert. Ähnlich den Definitionen im englischsprachigen Ausland⁶⁾ und derjenigen der WHO⁷⁾ wird dabei die Allgemeinmedizin definiert als die "lebensbegleitende hausärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art der Gesundheitsstörung, unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen ihrer gesundheitlichen Leiden, Probleme oder Gefährdungen und die medizinische Kompetenz zur Entscheidung über das Hinzuziehen anderer Ärzte und Angehöriger von Fachberufen im Gesundheitswesen.

⁵⁾ Waltraut Kruse: Entwicklungen und Grundlagen der Allgemeinmedizin, in: W. Kruse/G. Schettler (Hrsg.): Allgemeinmedizin, Berlin, New York 1995, S. 6.

⁶⁾ The Family Physician provides continuing, comprehensive health maintenance and medical care to the entire family regardless of sex, age or type of problem. Family Practice is the speciality in breadth which integrates the biological, clinical and behavioral sciences. It encompasses each organ system and every disease entity. - Vgl. Robert B. Taylor (Ed.), Family Medicine, 4th Edition, New York etc. 1994, S. 2. - Robert E. Rakel, Textbook of Family Practice, 5th Edition, Philadelphia 1995, S. 4.

⁷⁾ Die WHO definiert Allgemeinmedizin (Primary Health Care) als die alle Arten von Beschwerden und gesundheitsbezogenen Problemen umfassende, eher personen- als krankheitsbezogene kurative und rehabilitierende Betreuung, unabhängig von Geschlecht, Alter, sozialem Stand etc. der Patienten. - World Health Organization - Regional Office for Europe, A Charter for General Practice/Family Medicine in Europe.

Sie umfaßt die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen im Krankheitsfall, auch unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit".⁸⁾

Bezogen auf dieses Verständnis der Allgemeinmedizin lassen sich heute fünf Funktionen allgemeinärztlicher Tätigkeit unterscheiden:⁹⁾

1. Primärärztliche Funktion: Darunter ist die ärztliche Basisversorgung (primary medical care) einschließlich der Notfallversorgung und der Identifizierung gefährlicher Krankheitszustände zu verstehen.
2. Haus- und familienärztliche Funktion: Dies bedeutet die langzeitige ärztliche Betreuung von Patienten, unabhängig von Alter und Geschlecht, im jeweiligen häuslichen und sozialen Umfeld. Damit ist auch die Bereitschaft zum Hausbesuch verbunden und die Kenntnis sowie die Einbeziehung der Familie als diagnostisches und therapeutisches Umfeld.
3. Soziale Integrationsfunktion: Bei der Behandlung und der Vertretung des gesundheitlichen Interesses des Patienten sollen alle rechtlichen und sozialen Hilfen sowie Fürsorgemaßnahmen vom Allgemeinarzt berücksichtigt werden.
4. Gesundheitsbildungsfunktion: Sie umfaßt die Gesundheitsberatung und Gesundheitserziehung einschließlich Prophylaxe- und Rehabilitationsmaßnahmen.
5. Koordinationsfunktion: Zur Aufgabe des Allgemeinarztes gehört gleichermaßen die Zusammenarbeit mit den verschiedenen anderen Fachdisziplinen der Medizin oder anderen Versorgungseinrichtungen, vor allem bei multimorbiden und

⁸⁾ Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 24, 13. Juni 1997, A-1658.

⁹⁾ Vgl. hierzu Kruse, a.a.O., S. 12 ff.

chronisch kranken Patienten. Dazu zählt auch eine umfassende Beratung und Information des Patienten über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten.

I.2. Entwicklung der Allgemeinmedizin zum eigenständigen Lehrfach

Die zunehmend naturwissenschaftlich-technische Orientierung der Medizin, ihre fortschreitende Spezialisierung in einzelne Fachgebiete, die fehlende Anleitung zu ärztlichem Handeln und die mangelnde Wertschätzung der Primärmedizin führten in vielen Ländern zu einem relativen Rückgang der Zahl der Hausärzte zugunsten der Fachärzte. In den USA ließ sich zwischen den Jahren 1982 bis 1993 ein deutlicher Rückgang des Interesses gerade approbierter Ärzte an einer allgemeinmedizinischen Tätigkeit feststellen¹⁰⁾, was unter anderem auch in der Einkommensverteilung begründet war. So hatte 1993 ein niedergelassener Kardiologe in den USA ein Einkommen von durchschnittlich 441.000 US-Dollar, während der allgemein-ärztlich tätige Internist durchschnittlich 112.000 US-Dollar verdiente.¹¹⁾

Auch in Deutschland sank der prozentuale Anteil der Allgemein-/Praktischen Ärzte¹²⁾. Ein leichter Rückgang des Anteils an Allgemeinärzten ist auch bei den niedergelassenen Ärzten zu verzeichnen. Jedoch ist die Zahl der berufstätigen Ärzte insgesamt im Laufe der vergangenen 25 Jahre um fast das Dreifache (von 99.440 im Jahr 1970 auf 279.335 Ärzte im Jahr 1996), diejenige der Allgemein-/Praktischen Ärzte um rund 70 % (1970: 25.539, 1996: 43.380) angestiegen. Damit hat sich die Versorgung der

¹⁰⁾ Während sich in den USA 1982 noch 36,1 % der gerade approbierten Ärzte den Bereich 'Primary Care medicine' als Berufsziel (General Internal Medicine: 14,4%; Family Practice: 15,5%; General Pediatrics: 6,2%) vorstellten, strebten 1993 lediglich noch 14,6% der gerade approbierten Ärzte dieses Berufsfeld an (3,2%; 9,0%; 2,4%). Vgl. Sebastian Fetscher: "Primary Care Medicine" in den USA. Allgemeinärzte im Aufwind, in: Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 13, 27. März 1998, C-557.

¹¹⁾ Vgl. Fetscher, 1998, a.a.O.

¹²⁾ 1970 zählten 25,7 % zu dieser Gruppe; 1996 waren nur noch 15,5 % aller Ärzte als Allgemein-/Praktische Ärzte tätig.

Bevölkerung sowohl bezüglich der Ärzte insgesamt¹³ als auch bezüglich der Allgemeinärzte¹⁴ verbessert. Das 1974 bestehende Verhältnis von 49 % Fachgebietsärzten zu 51 % Allgemeinärzten veränderte sich bis Ende der 80er Jahre in der Weise, daß 1989 42 % aller an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte Allgemeinärzte waren. Mit der Vereinigung Deutschlands stieg der Anteil zunächst auf leicht 43,1 % (1990), um dann kontinuierlich auf 39,8 % zurückzugehen (vgl. Tabelle 1 und Übersicht 2 im Anhang). In vielen anderen euro-päischen Ländern hingegen besteht in der Regel ein Verhältnis von 60 % Allgemein-/Praktischen Ärzten zu 40 % in der Praxis tätigen Fachärzten.

Bereits seit den 30er und 40er Jahren dieses Jahrhunderts läßt sich ein allgemeines Unbehagen über den international beobachteten Rückgang des Anteils der Allgemein-/Praktischen Ärzte feststellen. Um dieser Entwicklung entgegenzu-steuern, gründeten Praktiker 1947 in den Vereinigten Staaten die "Minnesota Academy of General Practice", der in den folgenden Jahren vergleichbare Interessensvertretungen in Kanada, England, der Schweiz und den Niederlanden folgten. In Deutschland entstand 1967 die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM). Im gleichen Jahr wurde auf europäischer Ebene die "Europäische Vereinigung der praktischen Ärzte" (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO)) gegründet. Weltweit gesehen faßt mittlerweile die "World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA)" die unterschiedlichen nationalen Gesellschaften zusammen.¹⁵⁾

¹³⁾ 1970: 16,3 Ärzte je 10.000 Einwohner; 1996 34,1 Ärzte je 10.000 Einwohner.

¹⁴⁾ 1970: 4,2 Allgemein-/Praktische Ärzte je 10.000 Einwohner; 1996: 5,3 Allgemein-/Praktische Ärzte je 10.000 Einwohner.

¹⁵⁾ Ziel dieser Gesellschaften ist es, die Allgemeinmedizin an den Medizinischen Fakultäten zu etablieren und eine allgemeinmedizinische Forschung zu fördern, um den Anspruch auf Eigenständigkeit der Allgemeinmedizin zu rechtfertigen und auszubauen.

Auch der Deutsche Ärztetag kritisiert den oben beschriebenen Rückgang. Er forderte 1972 erstmals die Integration der Allgemeinmedizin in Lehre und Forschung durch die Schaffung von Lehrstühlen und Instituten¹⁶⁾, wobei diese mit praktischen Ärzten besetzt bzw. von diesen geleitet werden sollten. Spätere Ärztetage (1981, 1982) wiederholten bzw. paraphrasierten diese Forderung; zuletzt 1997.¹⁷⁾

Während in vielen Ländern, vor allem in Großbritannien¹⁸⁾, in den USA¹⁹⁾, Kanada, Australien, Israel und in den Niederlanden, das Fach Allgemeinmedizin an den Universitäten institutionalisiert wurde, ist die Integration der Allgemeinmedizin in die Medizinischen Fakultäten in Deutschland nicht in gleicher Weise gelungen. 1976/77 wurde in Freiburg der erste Lehrauftrag für Allgemeinmedizin erteilt; die Einrichtung eines ersten Lehrstuhls für Allgemeinmedizin folgte 1976 in Hannover.²⁰⁾

Seit 1978 ist der Kursus für Allgemeinmedizin eine scheinpflichtige Lehrveranstaltung und ein schriftliches Prüfungsfach an allen deutschen Hochschulen für Studierende in den klinischen Semestern. 1988 wurde Allgemeinmedizin als mündliches Prü-

¹⁶⁾ Entschließung des 75. Deutschen Ärztetages zur Allgemeinmedizin, Westerland, Mai 1972. Hier zitiert nach: Deutsches Ärzteblatt, Heft 26, Juni 1972, S. 1830.

¹⁷⁾ Bundesärztekammer, Entschließungen des 100. Deutschen Ärztetages in Eisenach, Mai 1997, III. Reform des Medizinstudiums.

¹⁸⁾ In Großbritannien hatten sich bereits 1981 an 28 Medizinischen Hochschulen 18 vollständige Abteilungen für Allgemeinmedizin etabliert mit 11 Professoren, 2 Extraordinarien, 30 Senior-Dozenten und 11 Dozenten, insgesamt also 54 hauptamtlichen Lehrern der Allgemeinmedizin. An den übrigen Hochschulen existierten Unterabteilungen der Allgemeinmedizin, z. B. in der sozialmedizinischen Abteilung. Vgl. Heike Brüning: Allgemeinmedizinische Forschung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt am Main, 1987, S. 15.

¹⁹⁾ Auch in den USA sollen die Departments für Innere Medizin an den Universitätsklinika umstrukturiert werden, um vermehrt "Division for General Internal Medicine" (GIM) schaffen zu können. Nachdem in den USA 1975 die erste allgemeininternistische Abteilung gegründet wurde, verfügen 1997 bereits 90% der Universitätsklinika über allgemeinmedizinisch orientierte Abteilungen. Vgl. Fetscher, a.a.O., C-557.

²⁰⁾ Die ersten Lehrstühle für Allgemeinmedizin in Hannover, später auch Göttingen und Frankfurt wurden zu Beginn durch die Kassenärztliche Vereinigung mitfinanziert ("Anschubförderung").

fungsfach im zweiten und dritten Teil des Staatsexamens eingeführt.²¹⁾ Im Rahmen der Reform der Approbationsordnung für Ärzte wird eine verstärkte Ausbildung der Studierenden in allgemeinmedizinischen und koordinierenden Kompetenzen diskutiert. Ein wesentlicher Schritt zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium wird darin gesehen, Allgemeinmedizin als Wahlfach im praktischen Jahr zu absolvieren, unter anderem, um in dieser Weise das Interesse an der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf seiten der Studierenden zu wecken.²²⁾ Darüber hinaus sollen die Studierenden neben den Blockpraktika in Innerer Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde und Frauenheilkunde ein Blockpraktikum in "Allgemeinmedizin oder mit Zustimmung der nach Landesrecht zuständigen Stelle ein anderes klinisch-praktisches Fach" nachweisen, um zum 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung zugelassen zu werden.²³⁾

Seit 1968 ist in Deutschland eine Weiterbildung zum "Arzt für Allgemeinmedizin" eingeführt, der neben der anderthalbjährigen allgemeinmedizinischen Ausbildung eine Ausbildung in der Inneren Medizin (1 Jahr) und in der Chirurgie (1/2 Jahr) erfährt.²⁴⁾ In der DDR war die Allgemeinmedizin gleichgestelltes Weiterbildungsgebiet innerhalb der medizinischen Fachgebiete. Dort erfolgte nach fünfjähriger Weiterbildungszeit eine Prüfung zur Anerkennung als Facharzt für Allgemeinmedizin; eine Regelung, die nach der Wiedervereinigung nicht weiterbestand. Bis Ende des Jahres 1995 bestand die Möglichkeit, sich direkt nach dem Studium ohne Weiterbildung als "Praktischer

²¹⁾ Vgl. Waltraut Kruse: a.a.O., S. 5f. Nach der Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung von 14. Juli 1987, geändert durch Art. 47 G vom 20. Dezember 1989, wird die Allgemeinmedizin im zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung geprüft.

²²⁾ Vgl. § 3 des Referentenentwurfes der Approbationsordnung für Ärzte, Drs. 1040/97 vom 19.12.97, S. 7 ff. Der Entwurf sieht vor, daß neben den Ausbildungsabschnitten in der Inneren Medizin und der Chirurgie ein Ausbildungsabschnitt "in der Allgemeinmedizin oder in einem der übrigen, nicht in den Nrn. 1 (Innere Medizin) und 2 (Chirurgie) genannten, klinisch, praktischen Fachgebiete" (S. 8) geleistet werden soll.

²³⁾ § 27 des Referentenentwurfes der Approbationsordnung für Ärzte, Drs. 1040/97 vom 19.12.97, S. 33 ff., hier S. 36.

²⁴⁾ Vgl. (Muster)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992 in Köln, S. 12 ff.

Arzt" niederzulassen. Seit Dezember 1995 ist diese Möglichkeit nicht mehr gegeben. Der Deutsche Ärztetag hat im darauffolgenden Jahr im Zusammenhang mit der ausdrücklichen Zuweisung der hausärztlichen Versorgung an den Allgemeinmediziner eine Verlängerung der bisherigen dreijährigen Weiterbildungszeit auf fünf Jahre gefordert; die 1998 verabschiedete Musterweiterbildungsordnung liegt zur Zeit den Landesärztekammern zur baldigen Umsetzung vor.

Es ist anzunehmen, daß der Umsetzung der Weiterbildungsordnung nichts mehr im Wege steht, seit die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Juni 1998 das "Initiativprogramm zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung" beschlossen hat.²⁵⁾ Dieses Konzept geht davon aus, daß ein Weiterbildungsbedarf von jährlich 1.500 Ärzten bzw. über einen Zeitraum von fünf Jahren von insgesamt 7.500 Ärzten der Allgemeinmedizin besteht. Im Regelfall sollen drei Jahre der Weiterbildungszeit im Krankenhaus und zwei Jahre in der allgemeinmedizinischen Praxis absolviert werden. Für eine Laufzeit von zwei Jahren (1999/2000) hat sich die Gesundheitsministerkonferenz der Länder gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf eine Finanzierung der Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich geeinigt. Während dieser beiden Jahre zahlen die Krankenkassen einen Zuschuß von monatlich 2.000 DM für die Weiterbildungszeit im Krankenhaus. Im ambulanten Bereich beteiligen sich die gesetzlichen Krankenkassen überall dort, wo die regionale Kassenärztliche Vereinigung eine Regelung für die Vergütung getroffen hat, mit bis zu maximal 2.000 DM/Monat an der Vergütung von Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin. Auch wenn die Beteiligten darin übereinstimmen, daß eine Anschlußregelung für das Initiativprogramm gefunden werden muß, ist die Folgefinanzierung nach Ablauf der zwei Jahre noch offen. Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Bundesärztekammer im August

²⁵⁾ Vgl. "Initiativprogramm zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung", das unter Beibehaltung des Wortlautes vom Stand am 23.4.1998 von der GMK am 14.05.1998 verabschiedet wurde.

1998 ein Handlungskonzept zur Umsetzung der neuen Weiterbildungsregelungen im Bereich der Ärztekammern gebilligt.

I.3. Derzeitige Situation der Allgemeinmedizin an den Medizinischen Fakultäten bzw. Hochschulen

Bis heute ist die allgemeinmedizinische Lehre und Forschung an den Medizinischen Fakultäten und Hochschulklinika in Deutschland nicht flächendeckend etabliert. Nur an 5 von 36 Medizinischen Fakultäten war sie zum Stichtag Juli 1997 durch eine volle C4-Professur mit in der Regel kleinen Abteilungen vertreten (Göttingen, Düsseldorf, Hannover, Frankfurt, FU Berlin). In Berlin wird sie in Zukunft allerdings entfallen.²⁶⁾ An der Medizinischen Fakultät in Ulm ist sie in Form einer halben C4-Stelle institutionalisiert. An der RWTH Aachen wird der Lehrbereich Allgemeinmedizin durch Mittel aus einer C4-Professur über einen Werkvertrag finanziert. Allgemeinmedizinische Einheiten, deren Leitung mit einer A 14- bzw. BAT Ila-analogen Stelle ausgewiesen ist, existieren an den Universitäten Heidelberg und Witten-Herdecke. Ansonsten wird dieses Lehrgebiet durch C3-Professuren ohne eigenständigen Bereich (Marburg, Charité in Berlin (befristet und geteilt), Tübingen (mit Werkvertrag)), eine außerplanmäßige Professur (LMU München), Honorarprofessuren (Heidelberg (11), Essen (2), Mainz (2), Aachen, Bonn, Köln, Mannheim (je eine)) und Lehraufträge abgedeckt. Die Zahl der Lehr-aufträge variiert von 20 (Hannover) bis zu einem (Greifswald, Erlangen-Nürnberg, Essen, Dresden). Einen Überblick bieten Tabelle 3 und Übersicht 4 im Anhang.

²⁶⁾ Mit Beschluß des Kuratoriums der Freien Universität Berlin vom November 1995 wurde der Allgemeinmedizin der Abteilungsstatus entzogen, so daß sie nach Ausscheiden des derzeitigen Lehrstuhlinhabers als Funktionsbereich der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik, Psychotherapie und Allgemeinmedizin (WE 25) zugeordnet ist. Diese Klinik hat dann als ganze nur noch eine C4- und eine C3-Stelle zur Verfügung, welche für die Psychosomatik vorgesehen sind.

Auch die Zahl der mit den jeweiligen Medizinischen Fakultäten kooperierenden Lehrpraxen variiert sehr stark und reicht von 190 Praxen (Bochum) bis zur fehlenden Zusammenarbeit mit Praxen des Umfeldes an zahlreichen Standorten. In der Regel kooperieren 20-40 niedergelassene Allgemeinärzte mit einer Medizinischen Fakultät (näheres vgl. Tabelle 5 und Übersicht 6 im Anhang).

An wenigen Orten sind bereits Formen der institutionellen Verankerung der Allgemeinmedizin erprobt worden, die im folgenden mit wenigen Hinweisen skizziert werden sollen.

A.II. Formen der institutionellen Verankerung der Allgemeinmedizin

II.1. Düsseldorfer Modell

Die Medizinische Fakultät der Universität Düsseldorf verfügt über eine selbständige C4-Abteilung im Zentrum für Medizinische Psychologie, Soziologie, Statistik und Allgemeinmedizin, die eine C4-, drei BAT Ila/Ib Stellen sowie eine Sekretariatsstelle umfaßt. Der Abteilung stehen sechs Räume und ein jährlicher Sachetat von 25.000 DM zur Verfügung. Darüber hinaus sind sieben Lehrbeauftragte tätig. Es wird mit ca. 40 Lehrpraxen kooperiert.

Die Abteilung für Allgemeinmedizin hat im Oktober 1993 ein dreijähriges Projekt zur Verbesserung der Lehre der Allgemeinmedizin begonnen, das wegen seines Modellcharakters vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und dem Land Nordrhein-Westfalen im Rahmen der Modellversuchsförderung durch die Bund-Länder-Kommission gefördert wird. Das Projekt verfolgt dabei folgende Ziele²⁷⁾:

²⁷⁾ Die Skizze des Modells folgt den Darstellungen des Vorhabens von Peter Helmich: Reformiertes Lehrangebot Allgemeinmedizin, in: Murrhardter Kreis, a.a.O., S. 297-303 und von Regine Nöring: Lehren Lernen in Seminaren. Die Lehrgemeinschaft der Abteilung Allgemeinmedizin in Düsseldorf. In: Peter Helmich u.a. (Hrsg.): Primärärztliche Patientenbetreuung. Lehre-Forschung-Praxis, Stuttgart/New York 1997, S. 125-133.

- Definition der an dem primärärztlichen Versorgungsauftrag des Allgemeinarztes und an den Bedürfnissen seiner Patienten orientierten Lehrinhalte und ihre Darstellung in Lehrleitfäden;
- Aufbau der Lehrqualifikation der Lehrärzte;
- Entwicklung einer problemorientierten Lehrmethode;
- Evaluation der Lehre.

Ausgehend von der Annahme, daß die universitäre Lehre wegen der Stofffülle nur exemplarisch erfolgen kann, hat sich das Düsseldorfer Modell die Aufgabe gestellt, Lehrleitfäden zu unterschiedlichen Themen (Hausärztliche Geriatrie, Schmerztherapien in der primärärztlichen Praxis, Notfälle in der primärärztlichen Praxis, Sexualität und Sexualprobleme, Hausarzt und Selbsthilfegruppen etc.) zu entwickeln, um eine Standardisierung der Lehrinhalte und der Lehrformen zu erreichen. Da in der Allgemeinmedizin in der Regel der jeweilige Dozent aus seiner individuell geprägten außeruniversitären Arbeitssituation heraus seine Lehre konzipiert, kann somit durch eine systematische Auswahl von Lehrinhalten die Qualität der Lehre gesichert werden. Das Düsseldorfer Konzept strebt ein problemorientiertes Lernen an.

Die Lehrqualifikation für beteiligte Allgemeinärzte wird in dem Düsseldorfer Konzept durch eine "Lehrgemeinschaft Lehren-Lernen" gefördert. Die Lehrgemeinschaft der Lehrbeauftragten, die aus 14 niedergelassenen Allgemeinärzten besteht, trifft sich achtmal jährlich je drei Stunden zur Vorbereitung des Kleingruppenunterrichts sowie zur Diskussion inhaltlicher und didaktischer Probleme unter Beteiligung pädagogischer Experten der Fakultät. Darüber hinaus wurde eine Lehrgemeinschaft der Lehrärzte gegründet, deren Mitglieder sich mit der o.g. Lehrgemeinschaft zum Teil überschneiden. Von den 50 qualifizierten Allgemeinärzten aus dem Umfeld der Universität Düsseldorf haben sich 30 zu einer solchen Lehrgemeinschaft verpflichtet, die auch ein einwöchiges Praktikum als Teil der Pflichtveranstaltung umfaßt.

Die allgemeinmedizinische Lehre umfaßt zwei Pflichtveranstaltungen und mehrere freiwillige Lehrangebote. Zu den Pflichtveranstaltungen zählt der "Kurs Allgemeinmedizin". In Gruppengrößen von 20-30 Teilnehmern werden zentrale, für die Arbeit des Allgemeinarztes typische Themen behandelt. Hierzu zählen unter anderem die hausärztliche Betreuung chronisch kranker und multimorbider Patienten sowie die rehabilitative Medizin. Zum Pflichtkurs gehört ein zweiwöchiges Praktikum in einer anerkannten Lehrpraxis, das über einen Werkvertrag zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen und dem Praxisinhaber mit 50 DM je Student und Tag gefördert und inzwischen an allen Medizinischen Fakultäten des Landes angeboten wird.

Gemeinsam mit der Abteilung Medizinische Soziologie wird die zweite Pflichtveranstaltung "Berufsfelderkundung" veranstaltet, die im ersten Studiensemester stattfindet. Diese Pflichtveranstaltung besteht aus einem Seminar (2 SWS), einer eintägigen Hospitation in einer kassenärztlichen Praxis und dem Besuch einer zweistündigen Informationsveranstaltung in der vorlesungsfreien Zeit bei Institutionen des Gesundheitswesens. Ziel der Veranstaltung ist eine Einführung in die Grundlagen der primärärztlichen Versorgung und des gegenwärtigen Systems der Gesundheitssicherung. Darüber hinaus muß jeder Studierende selbständig Kontakt mit einer Arztpraxis aufnehmen (Hospitation), deren Kooperation mit der Professur für Allgemeinmedizin vereinbart wurde. Dabei erhält der Studierende einen Eindruck vom normalen Praxisalltag eines Kassenarztes und begleitet diesen bei seinen Hausbesuchen.

Zu den freiwilligen Lehrangeboten zählen das Hausbesuchsprogramm (einjährige selbständige Begleitung eines chronisch Kranken unter Supervision des betreuenden Hausarztes und der universitären Dozenten der Allgemeinmedizin), ein Gesprächs-seminar (Aufbau kommunikativer Kompetenz), ein Untersuchungskurs für Vorkliniker (Übung der klinischen Untersuchung) sowie autogenes Training.

Die Evaluation des Projekts konnte 1996 nicht abgeschlossen werden, da sie multidimensional und unter Rückgriff auf verschiedene Methoden erfolgen soll. Bisher erscheint eine weitere Abstimmung der Fächer (z.B. mit der Medizinsoziologie und der

Psychosomatik) als wünschenswert. In der Veranstaltung "Berufsfelderkundung" ist dies bereits gelungen. Allgemein hat sich das Konzept für den Kleingruppenunterricht als praktikabel erwiesen und wurde von den Lehrbeauftragten sowie den Studierenden positiv bewertet.

II.2. Ulmer Modell

Die Ulmer Konzeption sieht eine eigene Abteilung Allgemeinmedizin vor, deren Leiter eine halbe C4-Stelle inne hat und gleichzeitig als niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin auch weiterhin in seiner Praxis tätig ist. Die Anstellung erfolgt daher im außertariflichen Teilzeit-Angestelltenverhältnis. Während seiner Abwesenheit wird der Praxisbetrieb durch einen Entlastungsassistenten aufrechterhalten. Der Abteilung Allgemeinmedizin ist desweiteren eine BAT Ib-, eine C1-, eine halbe BAT IIb- und eine BAT VII-Stelle zugeordnet. Sie verfügt über sieben Räume und einen Sachetat von 16.000 DM im Jahr. Derzeit haben ein habilitierter Psychologe, ein Mediziner und ein Volkswirt die wissenschaftlichen Stellen inne.

Mitarbeiter der Abteilung und Lehrbeauftragte übernehmen die allgemeinmedizinische Lehre, für die außerdem ca. 50 Lehrpraxen in der Region zur Verfügung stehen. Diese arbeiten vor allem beim Hausbesuchsprogramm und beim entstehenden Praktikum für Allgemeinmedizin mit.

Die Lehrveranstaltungen im Ulmer Modell gliedern sich in mehrere Lehrbereiche:

1. Im Rahmen des Pflichtpraktikums "Berufsfelderkundung" bieten Dozenten der Allgemeinmedizin Gruppenunterricht zu den Themen hausärztliche Praxis, Sucht, Geriatrie, Gesundheitserziehung und -beratung an.
2. Das Praktikum "Einführung in die klinische Medizin" wird in der Ulmer Konzeption als ein Praktikum angeboten, bei dem entweder Hospitationen in zwei klinischen Fächern, Hospitationen in einem klinischen Fach plus Hausbesuchs-

programm der Allgemeinmedizin oder eine "problemorientierte Lerngruppe" absolviert werden können. Das Hausbesuchsprogramm, an dem ca. 30-50 Studierende des zweiten vorklinischen Semesters teilnehmen, wird mit einer Einführungsvorlesung vorbereitet und in einer abschließenden Besprechung zu Ende geführt. In der "problemorientierten Lerngruppe" werden die Teilnehmer anhand von vorbereiteten Fällen mit dieser spezifischen Lehrtechnik an die Denk-, Handlungs- und Arbeitsweisen der praktischen Medizin herangeführt.

3. Die Hauptvorlesung zur Allgemeinmedizin findet zweistündig als Begleitvorlesung zum Praktikum Allgemeinmedizin statt.
4. Das Praktikum Allgemeinmedizin wird in Form von themenorientierten Seminarveranstaltungen in Gruppen mit durchschnittlich 15 Studierenden abgehalten. Derzeit findet ein Modellversuch mit ca. 20 Studierenden statt, bei dem diese entweder ein einwöchiges Blockpraktikum in einer allgemeinmedizinischen Praxis absolvieren (Querschnittspraktikum) oder über die Dauer eines Semesters zusammen mit einem Allgemeinarzt einen Patienten und dessen Familie betreuen (Längsschnittpraktikum).

Zu diesen vier größeren Lehrbereichen der Allgemeinmedizin kommen noch fakultative Veranstaltungen wie ein allgemeinärztlicher Untersuchungskurs, ein allgemeinärztlicher Rezeptierkurs, ein allgemeinärztlich orientiertes Fallseminar, ein Übungseminar mit allgemeinmedizinischen Techniken und ein Doktorandenseminar hinzu.

In der Ulmer Konzeption wird davon ausgegangen, daß die allgemeinmedizinische Forschung Verbundforschung ist, die in Kooperation mit mehreren allgemeinmedizinischen Praxen und - je nach Problemstellung - mit geeigneten anderen universitären Abteilungen erfolgt bzw. erfolgen soll. Der Zielsetzung nach soll die allgemeinmedizinische Forschung insbesondere die Arbeitsgrundlagen und -handlungen der täglichen Praxis validieren und unter Umständen entsprechend neuen Erkenntnissen anpassen.

II.3. Heidelberger Modell

An der Medizinischen Fakultät Heidelberg ist die Allgemeinmedizin als Sektion institutionell verankert, deren Leiter Akademischer Oberrat (A 14) ist. Ihm stehen eine halbe Stelle für einen wissenschaftlichen Mitarbeiter (BAT IIa/2) und die Stelle einer Schreibkraft (BAT VII) zur Verfügung. Er kann auf drei Räume (ca. 60 m²) und einen jährlichen Sachmitteletat von 10.000 DM zurückgreifen. Zwölf Lehrbeauftragte, elf Honorarprofessoren und ein Privatdozent übernehmen die Aufgabe der Lehre. Die Bezeichnung "Heidelberger Modell" bezieht sich vor allem auf das Hospitationsprogramm, das in gemeinsamer Initiative von Dekan und Studiendekan der Medizinischen Fakultät sowie von den Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin entwickelt worden ist. Das Programm startete im Sommersemester 1995 und richtet sich an Studierende in vorklinischen Semestern. Die Medizinische Fakultät stellt jährlich 130.000 DM für die Durchführung des Hospitationsprogramms zur Verfügung. An dem Programm beteiligen sich derzeit 180 allgemeinmedizinisch orientierte Praxen im Raum Nordbaden/Nordwürttemberg.²⁸⁾ Als Ziele des Hospitationsprogramms werden von der Medizinischen Fakultät Heidelberg benannt:

- "Hinführung zum patientenorientierten, praxisbezogenen Unterricht ab Studienbeginn in der kleinsten denkbaren Unterrichtseinheit Arzt-Patient-Student;
- Motivationsförderung für das vorklinische Studium durch frühzeitige Auseinandersetzung mit Patientenproblemen;
- Förderung ärztlich-menschlicher Kompetenz durch Beobachtung und Auseinandersetzung mit ärztlichem Handeln in der Praxis;
- Sichtbarmachung der Praxisrelevanz von im Studium vermittelten Lehrinhalten, Nutzung von Synergieeffekten fächerübergreifender Kooperation;

²⁸⁾ Das Land Baden-Württemberg hat zur Qualitätssicherung und Supervision der am Programm beteiligten Arztpraxen 140.000 DM aus Sondermitteln für die nächsten drei Jahre zur Verfügung gestellt.

- Erschließung neuer Ressourcen für den Unterricht."

Die Teilnehmer hospitieren pro Semester jeweils mindestens zwei Tage in einer allgemeinmedizinischen Praxis. Dabei sieht das Programm vor, daß die Hospitationen immer in denselben Praxen erfolgen sollen, u.a. um eine Längsschnittbeobachtung zu ermöglichen. Die Hospitationen stehen, da sie in das vorklinische Curriculum integriert werden, unter semesterbezogenen Leitthemen. Orientiert an diesen Leitthemen hat jeder Studierende von dem jeweiligen Hospitationstag einen strukturierten schriftlichen Bericht zu erstellen, der in Begleitseminaren besprochen und aufgearbeitet wird. Die Begleitseminare dienen gleichzeitig dazu, allgemeinärztliche Themen und Spezifika darzustellen und zu diskutieren. Die erbrachte und bewertete Leistung wird dem Studierenden auf bestimmte Pflichtpraktika (Berufsfelderkundung, Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Einführung in die klinische Medizin) über ein Credit System angerechnet. Die Beteiligung der Studierenden an diesem Modellprojekt ist freiwillig, wobei die Nachfrage nach dem Programm vor allem in den beiden ersten Fachsemestern das Praxenangebot bei weitem übersteigt. In den höheren vorklinischen Semestern sinkt jedoch die Nachfrage, was auf eine höhere Inanspruchnahme der Studierenden durch Studium und Prüfungsvorbereitung hinweist. Derzeit nehmen 140 Studierende im ersten Fachsemester am Hospitationsprogramm teil. Von den vor zwei Jahren beteiligten 50 Erstsemestern, nehmen derzeit nur noch 20 Studierende im vierten Semester teil.

Die Medizinische Fakultät hat parallel eine Evaluierung des Modells begonnen. Erste Evaluierungsergebnisse zeigen eine außergewöhnlich hohe Akzeptanz seitens der Studierenden: "Von den im Wintersemester 1996/97 teilnehmenden Studierenden haben nahezu 99 % die Möglichkeit des frühzeitigen Patientenkontaktes in einer Hausarztpraxis, 96 % die Schulung des Wahrnehmungsvermögens für die Patient-Arzt-Kommunikation als sehr wichtig oder wichtig bewertet. 96 % hießen das Programm für insgesamt sehr gut, nur 4 % für weniger wichtig. Mehr als 70 % der Teilnehmer gewannen wesentliche Ergebnisse zum Arzt-Patienten-Verhalten und zu den unterschiedlichen Beratungsursachen, profitierten stark von direktem Kontakt zum

gastgebenden Hausarzt und hielten die Folgehospitation in der gleichen Praxis für wichtig. Mehr als 50 % profitierten stark von der Wahrnehmung ethischer Probleme sowie der gesellschaftspolitischen Bedingung der Hausarztstätigkeit. Hervorgehoben werden die gewonnenen Kenntnisse zur psychosozialen Kompetenz und der Gewinn an Praxisrelevanz für den vorklinischen Unterricht." Die Fakultät hielt es nach der Evaluierung für wichtig, Kontakte insbesondere zu den vorklinischen Kernfächern Anatomie und Physiologie zur Stärkung des Anwendungsnutzens herzustellen. Sie gibt an, daß eine Weiterentwicklung des Programms in die klinischen Semester geplant sei.

II.4. Lübecker Modell

Erstmals im Wintersemester 1977/78 wurde an der Medizinischen Universität Lübeck das Fach Allgemeinmedizin durch drei Lehrbeauftragte vertreten. In enger Kooperation mit den Lehrbeauftragten entwickelte die Universität 1979 das "Lübecker Modell". Die Lehrbeauftragten sind einerseits verpflichtet, auf der Grundlage des Studienplans der Medizinischen Fakultät und der Approbationsordnung das Fach Allgemeinmedizin in der Lehre zu vertreten, aber auch die Studierenden umfassend in der Praxis zu betreuen. Konkret bedeutet dies, daß die Lehrveranstaltungen in Form von Praktika oder Kursen abgehalten werden und daß die Lehrbeauftragten dafür Sorge tragen, daß die Studierenden eine Hospitanz in der Praxis niedergelassener Allgemeinärzte bekommen.

Der Modellcharakter besteht darin, daß der Lehrbeauftragte nicht nur den vom Land festgesetzten Vergütungssatz erhält, sondern zugleich während der Vorlesungszeit die Möglichkeit hat, einen wissenschaftlichen Mitarbeiter bis zu sieben Monate pro Studienjahr aus finanziellen Mitteln der Universität zu beschäftigen. Die Universität stellt den Lehrbeauftragten zudem einen Raum zur ständigen Betreuung der Studierenden sowie eine halbe Stelle für eine Sekretariatskraft zur Abwicklung der Verwaltungsarbeiten zur Verfügung. Darüber hinaus werden Sachkosten für Fachliteratur, Informations- und Anschauungsmaterial, Exkursionen sowie Aus- und Fortbildungs-

fahrten in angemessenem Umfang erstattet. Die Lehrbeauftragten betreuen zugleich Doktoranden und publizieren regelmäßig ihre Forschungsergebnisse. Aus der Sicht der Universität hat sich das "Lübecker Modell" sehr bewährt.²⁹⁾

II.5. Frankfurter Modell

An der Johann Wolfgang von Goethe-Universität zu Frankfurt am Main ist die Allgemeinmedizin als ein Institut unter Leitung einer C4-Professur institutionalisiert. Dem Institut ist eine wissenschaftliche Mitarbeiterstelle zugeordnet.

Zwanzig Allgemeinärzte führen als Lehrbeauftragte nach einer Einführungsveranstaltung den Pflichtkurs zur Einführung in Fragen der allgemeinmedizinischen Praxis wöchentlich zweistündig mit Studierenden des siebten Semesters in ihren Allgemeinpraxen durch. Sie stehen in engem Kontakt zum universitären Institut für Allgemeinmedizin, mit dessen Mitarbeitern sie in monatlichen Treffen inhaltliche und organisatorische Fragen zur Qualitätsförderung der Lehre diskutieren.

Darüber hinaus werden in einer Vorlesung theoretische Grundlagen an Beispielen für exemplarisches Lernen vermittelt. In drei Gruppen zu je 15 Studenten wird zusätzlich Anamnese-Erhebung mit Patienten der ambulanten Patientenversorgung für Vorklinika im Rahmen der Pflichtveranstaltung Einführung in die klinische Medizin geübt. Neben diese Lehrveranstaltungen treten Ringvorlesungen, Vorlesungen und Seminare zu unterschiedlichen Themen, die den Bereich der Allgemeinmedizin betreffen. Diese fakultativen Lehrangebote haben zum Ziel, den Studierenden einen umfassenden Überblick über patientenbezogene Interventionen in der Hausarztpraxis zu vermitteln, wie zu Notfallmedizin, gemeindebezogener Prävention, positiver Psychotherapie und Familienmedizin, Naturheilkunde, traditioneller chinesischer Medizin, kulturvergleichender medizinischer Anthropologie und Homöopathie.

²⁹⁾ Die Darstellung des Lübecker Modells folgt: Fritz Beske, Wolf-Dieter von Detmering, Ulrich R., Fölsch, Klaus Jork, Hilko Weerda: Vorschlag der Planungsgruppe "Lehrstuhl Allgemeinmedizin". In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Heft 8 (1992), S. 15-21.

II.6. Institutionalisation der Allgemeinmedizin in Göttingen

Die Allgemeinmedizin an der Georg-August-Universität Göttingen ist mit einer eigenen Abteilung unter Leitung eines C4-Professors verankert. Die zwei Nachwuchswissenschaftlerstellen der Abteilung Allgemeinmedizin (C1) sind im Halbtagsmodus mit (Allgemein-)ärzten besetzt. Ziel dieses Modells ist es, den Assistenten zu ermöglichen, halbtags in einer Praxis zu arbeiten, analog der ärztlichen Tätigkeit von Assistenten in klinischen Fächern. Daneben steht eine A13-Stelle für einen Sozialwissenschaftler und eine Sekretariatsstelle zur Verfügung.

Im klinischen Studienabschnitt führt die Abteilung Allgemeinmedizin einen Pflichtkurs von 13 Doppelstunden über ein Semester durch, der in problemorientierten Kleingruppen abgehalten wird. Dabei wird der Pflichtunterricht von den ärztlichen Mitarbeitern der Abteilung, die Fachärzte für Allgemeinmedizin sind, und von den derzeit zwölf Lehrbeauftragten getragen. Als fakultative Unterrichtsveranstaltungen werden angeboten:

- Praktikum für Famulaturen in der Allgemeinpraxis,
- Doktorandenseminar,
- Gesundheitswissenschaften,
- Seminar für Hauskrankenpflege/Betreuung chronisch Kranker und Sterbender zu Hause,
- Forschungsmethoden und Forschungsprojekte in Allgemeinmedizin und Gesundheitswissenschaften,
- Balint-Gruppe (für Studierende).

Des Weiteren ist die Abteilung in mehrere interdisziplinäre Veranstaltungen wie die Berufsfelderkundung, die Einführung in die klinische Medizin, die Einführung in Naturheilkunde und Homöopathie und in die klinisch-arzneimitteltherapeutischen Konferenz (KAK) und eine Fortbildung für alle Studierenden im praktischen Jahr eingebunden.

Planungen der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen zur Etablierung eines Lehrpraxennetzes zur Ergänzung des allgemeinmedizinischen Pflichtunterrichts sind abgeschlossen. Der Fakultätsrat hat dem Konzept für die Etablierung eines Netzes von Lehrpraxen bereits zugestimmt; die Finanzierung ist gesichert. Ab dem Sommersemester 1999 sollen alle Studierenden in Ergänzung der durch die Lehrbeauftragten angebotenen Seminare an der Universität 2 Wochen in einer Lehrpraxis tätig sein. Dabei sollen Seminar und Praktikum eine strukturelle Einheit bilden. Der Unterricht in Lehrpraxen soll regelmäßig evaluiert und die Ergebnisse der Fakultät vorgestellt werden. Bei einer Vergütung von 50 DM pro Arbeitstag und bei der Etablierung eines zweiwöchigen Praktikums entstehen der Universität - ausgehend von 380 Studierenden - jährlich Kosten in Höhe von knapp 200.000 DM.

A.III. Allgemeinmedizinische Forschung

Die Entwicklung der medizinischen Forschung innerhalb des naturwissenschaftlichen Paradigmas hat zu großen Fortschritten der medizinischen Praxis geführt. So sind die infektiösen Erkrankungen, wie Pocken, Tuberkulose, Diphtherie etc. auf 2 % ihres Umfanges um die Jahrhundertwende zurückgegangen. Die Schwerpunktsetzung auf die wissenschaftliche Erkenntnisgewinnung mittels biochemischer, elektrophysiologischer, genetischer und molekularbiologischer Methoden hat jedoch zu einer Vernachlässigung anderer wichtiger Bereiche der Medizin geführt, die gleichermaßen einer Erforschung bedürfen. Hierzu zählen u.a. die Gesundheitsversorgung und Epidemiologie, die Qualitätssicherung des Transfers neuer Ergebnisse der Klinischen Forschung in die Praxis, aber auch die Erforschung von Behandlungsoptionen, was insbesondere für den primärmedizinischen Bereich von Relevanz ist. In diesem Zusammenhang konstatierte der Murrhardter Kreis, daß "die für die medizinische Ausbildung bedeutsamen primären ärztlichen Versorgungsbereiche (z.B. die Allgemeinmedizin) [...] bislang nur in geringem Umfang Gegenstand der Forschung geworden

(sind). Sie haben noch keine ihrem eigenen Feld angemessenen Theorien und Methoden entwickelt."³⁰⁾

Die allgemeinmedizinische Forschung kann international gesehen und insbesondere in Deutschland nicht auf eine lange Tradition zurückblicken. Untersuchungen gegen Ende der 80er Jahre zeigen, daß sie bis dahin durch bestimmte methodische, formale und thematische Schwächen geprägt war. Ursächlich hierfür dürfte die mangelnde Erfahrung der jungen Forschenden gewesen sein, wie auch die aufgrund der fehlenden Institutionalisierung der Allgemeinmedizin äußerst knappen räumlichen und finanziellen Mittel.³¹⁾ Trotz einer weiteren Entwicklung und Profilierung der allgemeinmedizinischen Forschung läßt sich im europäischen Vergleich, vor allem im Unterschied zu Großbritannien und den Niederlanden, aber auch im Vergleich zur übrigen westlichen Welt, den USA, Kanada und Australien, nach wie vor ein erheblicher Rückstand in der allgemeinmedizinischen Forschung in Deutschland konstatieren.³²⁾

Auch wenn bereits Ansätze zu einer allgemeingültigen Definition der allgemeinmedizinischen Forschung bestehen, soll im folgenden angesichts der noch relativ jungen Geschichte der allgemeinmedizinischen Forschung und ihrer fehlenden umfassenden Institutionalisierung an den Medizinischen Fakultäten und Hochschulen in Deutschland auf eine Definition verzichtet werden. Vielmehr sei darauf hingewiesen, daß die allgemeinmedizinische Forschung durch ihr vorrangiges Ziel gekenn-

³⁰⁾ Murrhardter Kreis, a.a.O., S. 73.

³¹⁾ Brüning, a.a.O., S. 81.

³²⁾ Vgl. Gisela C. Fischer: Die Primärmedizin als Arbeits- und Forschungsfeld. Positionspapier, Schriftenreihe der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover, Heft 9, 1996, S. 4.

zeichnet ist, zur Lösung von Problemen der Primärversorgung beizutragen.³³⁾

Dabei bedient sie sich vornehmlich, aber nicht ausschließlich der Methoden der empirischen Sozialforschung, vor allem des Interviews, des Fragebogens, der Feldforschung und des Tests inkl. mathematisch-statistischer Verfahren. Überschneidungen ergeben sich mit der gleichermaßen relativ jungen Disziplin der Gesundheitswissenschaften (Public Health), die sich vor allem im angelsächsischen Bereich bereits institutionalisiert hat, oder mit der Gesundheitssystemforschung. Auf dem Erkenntnis- und Methodenarsenal der Medizinsoziologie, der Sozialmedizin und Sozialhygiene aufbauend, bearbeitet Public Health heute ökonomische, psychologische, arbeitsweltliche, umweltbezogene sowie politische und gesundheitssystemische Fragestellungen. Wie die Allgemeinmedizin gehen die Gesundheitswissenschaften dabei von einem multidimensionalen Krankheitskonzept und Gesundheitsbild aus. Jedoch konzentrieren sich die Gesundheitswissenschaften im Unterschied zur allgemeinmedizinischen Versorgung stärker auf die Bedingungen der Gesunderhaltung und der Vermeidung von Krankheiten.³⁴⁾

Die Gesundheitssystemforschung untersucht die Steuerbarkeit und Veränderung des medizinischen Versorgungssystems, ohne jedoch wie die Allgemeinmedizin das Arzt-Patientenverhältnis detaillierter zu untersuchen. Gesundheitssystemforschung zielt

³³⁾ So schlägt Kochen vor, allgemeinmedizinische Forschung als "angewandte Forschung (zu verstehen), die sich im Gegensatz zu vielen anderen >patientenbetreuenden< Disziplinen der Medizin - überwiegend (aber nicht ausschließlich) der Methoden der empirischen Sozialforschung bedient". Vgl.: Michael M. Kochen: Forschung in der Allgemeinmedizin. In: Ders. (Hrsg.): Allgemein- und Familienmedizin, Stuttgart: 1998, S. 520.

³⁴⁾ Vgl. zur Abgrenzung von Krankheits- und Gesundheitswissenschaften Klaus Hurrelmann; Ulrich Laaser: Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung: Zur Entwicklung eines neuen wissenschaftlichen Arbeitsgebietes. In: Ders. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, Weinheim/Basel 1993, S. 3-25.
Vgl. zur detaillierteren Abgrenzung von Allgemeinmedizin und Gesundheitswissenschaften, auch Fischer, a.a.O., S. 30 f.

auf strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem, nicht unmittelbar auf die Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen für ärztliches Handeln.³⁵⁾

Das komplexe Beziehungsgeflecht von Public Health und Gesundheitssystemforschung zur Allgemeinmedizin kann an dieser Stelle nicht umfassend aufgearbeitet werden. Es soll lediglich darauf hingewiesen werden, daß die Allgemeinmedizin einen unverzichtbaren Beitrag zu diesen Forschungsfeldern leisten kann, da sie aufgrund ihrer Funktion, die Versorgungsinstanz an der Schnittstelle von Gesundheitssystem und Gesellschaft zu sein, Zugang zu charakteristischen Forschungsfragen der Gesundheitswissenschaften und -systemforschung liefern kann. Hierzu zählt zum Beispiel die Frage der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in Abhängigkeit von sozialer Schichtung, Nationalität, Alter oder Berufsgruppe. Wie internationale Beispiele zeigen, können dadurch Fragen bearbeitet werden, die zugleich von größter Bedeutung für die gesundheitspolitische Planung einerseits und die Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung andererseits sind. Die Primärversorgung bietet sich letztlich auch als Implementierungsfeld für Erkenntnisse der Public Health Forschung an.

Um einen Eindruck von der Vielfalt der allgemeinmedizinischen Forschungsfelder zu geben, sei im folgenden ein Überblick über die Forschungsaufgaben der Allgemeinmedizin bzw. über Bereiche mit besonders engen Bezügen oder Schnittstellen zur Allgemeinmedizin gegeben. Die Darstellung orientiert sich dabei im wesentlichen an den Gegenständen der Forschung, weniger an den Methoden, denn die allgemeinmedizinische Forschung ist durch eine Vielfalt an Methoden charakterisiert, die aus der Klinischen Medizin, der Soziologie, der Psychologie, der Gesundheitsökonomie etc. stammen.

³⁵⁾ Der Bereich der System- und Versorgungsforschung d.h. die Erforschung von Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit der Strukturen des Krankenversorgungs- und Gesundheitssystems wird zum Teil auch als Forschungsbereich den Gesundheitswissenschaften zugewiesen. Vgl. Hurrelmann/Laaser, a.a.O., v.a. S. 19 ff.

III.1. Epidemiologische Forschung³⁶⁾

Epidemiologische Untersuchungen, die besonders mit Blick auf das ambulante Krankheitsspektrum auch in der allgemeinmedizinischen Praxis angestellt werden, können sich sowohl auf das Krankheits- wie auch auf das Versorgungsgeschehen beziehen.

Bezogen auf das **Krankheitsgeschehen** geht es einerseits um die Untersuchung des Nutzens medizinischer Interventionen unter den Bedingungen ambulanter Versorgung (Machbarkeitsstudien/Feasability-Studien). Hier stellt sich die Frage, ob klinisch erfolgreiche Behandlungskonzepte sich im ambulanten Bereich realisieren lassen bzw. von nachweisbarem Nutzen sind. Ähnliches gilt für die Untersuchung diagnostischer Strategien im primärärztlichen Anwendungsbereich.

Epidemiologische Untersuchungen beziehen sich aber auch auf Behandlungsanlässe, die Morbiditätsverteilung in der Primärmedizin, Krankheitsdiagnosen sowie auf Krankheitsverläufe in der primärärztlichen Praxis. Sie können z.B. einen Beitrag zur Kausalitätsforschung liefern, insofern die Kenntnis des sozialen Umfeldes bzw. der Familie die damit verbundenen Belastungsstrukturen mit erfassen und für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Krankheit und psychischer bzw. sozialer Belastung genutzt werden kann.

Die Epidemiologie des **Versorgungsgeschehens** hingegen stellt die ärztliche Tätigkeit in den Mittelpunkt und fragt nach den Gründen für die Inanspruchnahme einer gesundheitlichen Versorgungsinstitution - sowohl auf seiten der Patienten wie auch auf seiten der Primärärzte (z.B. Untersuchung des Überweisungsverhaltens in Ab-

³⁶⁾ Die Darstellung dieses und des folgenden Forschungsfeldes stützt sich auf Überlegungen von Kochen, Forschung in der Allgemeinmedizin. In: Ders. (Hrsg.): Allgemein- und Familienmedizin, Stuttgart 1998, S. 520 sowie Heinz-Harald Abholz: Forschungsbedarf in der primärärztlichen Versorgung in: Helmich, a.a.O., S. 258-271.

hängigkeit von Ausbildungsstand, der versorgten Patientenzahl, des Honorierungssystems etc.).

III.2. Grundlagenforschung zum allgemeinmedizinischen Arbeitsansatz

Im Bereich der Grundlagenforschung zum allgemeinmedizinischen Arbeitsansatz steht die Arzt-Patienten-Beziehung im Mittelpunkt des Interesses. In dieses Feld fallen Untersuchungen

- der Kommunikationsstrukturen im Behandlungsprozeß,
- der Bestimmungsfaktoren einer Arzt-Patienten-Beziehung (Gründe des Scheiterns bzw. der Stabilität dieser Beziehung; Frage von Fremdbestimmung versus Autonomieforderung in der Arzt-Patient-Beziehung etc.),
- der Compliance als eine der wesentlichsten Einflußgrößen für den therapeutischen Erfolg einer medizinischen Intervention,
- der Salutogenese als notwendige Ergänzung zur traditionellen pathogenetischen Orientierung der Medizin sowie
- der Entscheidungsfindung des Arztes vor allem angesichts der Multimorbidität des Patientengutes und der Multikausalität bestimmter Erkrankungen³⁷⁾ etc.

III.3. Evaluations- und Gesundheitsversorgungsforschung

Auf der Mikroebene zählen hierzu Untersuchungen zur medizinischen und psychosozialen Versorgung in der Allgemeinpraxis, zur Praxisorganisation und ihres Einflusses auf Behandlungsabläufe (z.B. unter Effizienzgesichtspunkten), Untersuchungen zum Einfluß der Honorierung auf die medizinische Praxis sowie die Analyse der Koordinationsfunktion des Primärarztes. Auf der Makroebene spielt hier der Ver-

³⁷⁾ Zur Komplexität der Entscheidungsforschung, die auf Methoden der empirischen Sozialforschung, der Sozialpsychologie und der Kulturanthropologie zurückgreift, sowie zu ihrer Notwendigkeit im allgemeinmedizinischen Bereich vgl. Christian von Ferber: Entscheidungsprozeßforschung in der Medizin, in: Helmich, a.a.O., S. 196-206.

gleich spezialärztlicher und primärärztlicher Versorgung (u.a. auch unter Effizienzgesichtspunkten) eine Rolle.³⁸⁾

III.4. Medizinische Forschung in der Allgemeinmedizin/primärärztlichen Versorgung

Hierunter sind sowohl die Prüfung therapeutischer Prinzipien und die Praktikabilität von Behandlungsmethoden, die im klinischen Bereich bereits erprobt sind, sowie die Langzeitdurchführbarkeit von Therapiekonzepten und deren Wirksamkeit, als auch die multifaktorielle Ursachenforschung (bio-psycho-soziales Wirkungsgefüge) und Arzneimittelstudien zu subsumieren.

III.5. Bildungs- und Qualifikationsforschung

Die Bildungs- und Qualifikationsforschung stellt die Struktur und Didaktik von Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung in der Allgemeinmedizin sowie deren Integration in die tägliche Praxis in den Mittelpunkt der Betrachtung.

³⁸⁾ Die Bundesrepublik Deutschland erscheint als besonders geeigneter Ort für solche Untersuchungen, da die Patienten hier unterschiedliche Wege beschreiten können und sich nicht zunächst an einen Arzt der Primärversorgung richten müssen.

B. Stellungnahme und Empfehlungen

B.I. Zur Notwendigkeit der Institutionalisierung der Allgemeinmedizin

Die Frage der Bedeutung der Allgemeinmedizin stellt sich sowohl im Rahmen der gesellschaftlichen Veränderungen, die medizinische Versorgung in den industrialisierten Ländern betreffen, als auch im Kontext des beschriebenen tiefgreifenden Wandels der medizinischen Praxis und Forschung.

Zu den zentralen gesellschaftlichen Veränderungen zählt die Erhöhung der Lebenserwartung bei gleichzeitigem Geburtenrückgang, was eine deutliche Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu typischen Alterserkrankungen nach sich zieht. Dazu gehören unter anderem Herz- und Kreislauferkrankungen, degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates, Neoplasien, vielfältige neurologische und psychiatrische Syndrome sowie altersbedingte Gefäßveränderungen. Mit diesem demographischen Wandel steigt voraussichtlich das Potential für eine Zunahme von chronischen Erkrankungen, Multi- und Comorbidität sowie die Abnahme der Therapietoleranz. Im Gegensatz zur Aufschwungphase der naturwissenschaftlich orientierten Medizin im späten 19. Jahrhundert spielen heute die akuten Erkrankungen eher eine untergeordnete Rolle. Mittlerweile sind chronische Erkrankungen für mehr als 80 % aller Todesfälle und für einen ähnlich hohen Teil der Morbidität verantwortlich.

Störungen und Erkrankungen, die auf eine risikoreiche Lebensführung (falsche Ernährung, Zigaretten-, Alkohol- oder Drogenkonsum, körperliche Inaktivität etc.) oder auf Belastungen der Umwelt zurückzuführen sind, nehmen zu. Veränderungen im Arbeits- und Sozialleben, die ein erhebliches Streßpotential bergen, haben spezifische Krankheiten und Befindlichkeitsstörungen zur Folge, die sich nicht problemlos in das naturwissenschaftliche Paradigma einfügen. Vielfach sind die Erkrankungen psychosomatischer Natur. Hinzu kommen psychosoziale Probleme, die bisweilen eine gezielte Intervention des Arztes notwendig werden lassen.

Durch die Verschiebung des Krankheitsspektrums haben sich die Aufgaben des Arztes und die Anforderungen an die Indikationsstellung für ärztliches Handeln erheblich geändert. Dies betrifft das gesamte ärztliche Handeln und sollte zu einer umfassenden Reform der medizinischen Ausbildung führen, für die der Wissenschaftsrat bereits zu Beginn der 90er Jahre Leitlinien entwickelt hat. In diesem Zusammenhang hat er Anforderungen an die künftige ärztliche Ausbildung formuliert, denn der Arzt muß:

- "die naturwissenschaftlichen Grundlagen von Krankheit und deren psychosoziale Bedingungen verstehen. Erwartet wird ein aktueller Kenntnisstand in der Diagnostik [...] sowie in der Therapie [...].
- praktische Fähigkeiten besitzen für Situationen, die innerhalb kurzer Zeit alleinige Entscheidungen und Behandlungskonsequenzen erfordern.
- in der Lage sein, das persönliche und familiäre Umfeld des Patienten zu erfassen und ihn nicht nur als Krankheitsfall zu sehen [...]. Er soll die Entscheidungsrechte und Eigenverantwortlichkeit des Patienten zur Geltung bringen und die Selbsthilfe fördern.
- kompetent sein für eine Beratung zu gesunder Lebensführung (Prävention) und zur Rehabilitation nach Krankheit.
- die ethischen und auch die ökonomischen Konsequenzen seines ärztlichen Handelns in Diagnose und Therapie kritisch beurteilen können."³⁹⁾

Die vom Wissenschaftsrat vor diesem Hintergrund gegebenen Empfehlungen zur Reform der Medizinischen Ausbildung erhalten in Bezug auf die Anforderungen der Allgemeinmedizin eine besondere Dringlichkeit. Indikator hierfür ist u.a., daß der überwiegende Teil von Medikamenten in der primärärztlichen Versorgung

³⁹⁾ Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums, Köln 1992, S. 37.

verschrieben wird.⁴⁰⁾ Ein wesentlicher Grund dieser Verteilung ist, daß ein Großteil chronisch erkrankter Patienten von den Allgemeinmediziner mittel- und langfristig versorgt wird. 70 % der Bevölkerung suchen mindestens einmal im Jahr eine allgemeinmedizinische Praxis auf; ungefähr 20 Millionen Patienten befinden sich in ständiger Betreuung durch Hausärzte; fast 40% aller Ärzte sind in der primärärztlichen Versorgung tätig, ein Anteil, der sich in Zukunft noch erhöhen wird. Vornehmlich Ärzte der primärärztlichen Versorgung, die mit dem gesamten Krankheitsspektrum und zunehmend mit chronisch kranken, multi- und comorbider Patienten, psychosozial Belasteten etc. konfrontiert werden, sind von den geänderten Rahmenbedingungen in besonderem Maße betroffen. Sie müssen der daraus folgenden Verschiebung des Aufgabenspektrums und den entsprechenden Anforderungen an die Indikationsstellung für ärztliches Handeln gerecht werden.

Vor dem Hintergrund der Veränderungen im Morbiditätsspektrum gewinnt darüber hinaus die Prävention und Nachsorge an Bedeutung. Beides nimmt in der primärärztlichen Praxis eine besondere Stellung ein. Dies gilt für primärpräventive Maßnahmen zur Verhütung und Verminderung gesundheitsschädlichen Verhaltens zum Beispiel von Jugendlichen oder für die Betreuung von Hochrisikogruppen, zu denen Personen zählen, deren Erkrankungswahrscheinlichkeit durch eine Kumulation von Risikofaktoren nachhaltig erhöht ist. Auch die Nachsorge erkrankter Patienten und die dauerhafte Betreuung chronisch Kranker obliegt vielfach dem Allgemeinmediziner in seiner hausärztlichen Funktion.

Trotz dieser zunehmenden Bedeutung werden die Studierenden in ihrer Ausbildung nur an wenigen Universitäten im Rahmen von Reformmodellen, ansonsten jedoch eher marginal mit den spezifischen Problemen der Primärmedizin konfrontiert. Der weitaus größte Teil der allgemeinmedizinischen Lehre wird in Form von teilweise un-

⁴⁰⁾ 1994 verordneten die Praktiker/Allgemeinärzte 56,5 % der Arzneimittel, gefolgt von den Internisten mit 15 %. Legt man den Anteil am Umsatz der Medikamente zugrunde, so beläuft sich der Anteil der Praktiker/Allgemeinärzte auf 57,5, der der Internisten auf 18,8%. Vgl. A. Keseberg: Verordnungsverhalten von Hausärzten. In: Helmich, a.a.O., S. 312-319, hier S. 313 f.

bezahlten Lehraufträgen getragen (vgl. Tabelle 3 im Anhang). Auch in der medizinischen Forschung ist die Allgemeinmedizin ein bislang vernachlässigtes Gebiet. Eine weitergehende Institutionalisierung in Lehre und Forschung an den deutschen Medizinischen Fakultäten und Hochschulen ist bis heute nicht gelungen. Sie ist nur an wenigen Standorten als selbständiger Bereich an den Medizinischen Fakultäten oder Hochschulen vertreten.

Diese Situation wird von zwei Dritteln der Medizinischen Fakultäten und Hochschulen als unbefriedigend gewertet (vgl. Tabelle 7 im Anhang). Zu den Gründen, die eine weitergehende Institutionalisierung der Allgemeinmedizin erschweren, zählt die zunehmende Ressourcenknappheit. Selbst der Einrichtung einer Stiftungsprofessur für Allgemeinmedizin für einen i.d.R. auf fünf Jahre begrenzten Zeitraum wird Widerstand entgegengebracht werden, solange die Anschlußfinanzierung nicht gesichert ist. Die Zurückhaltung der Fakultäten gegenüber einer Institutionalisierung der Allgemeinmedizin ist aber auch in der fehlenden Einsicht in die Notwendigkeit und die Möglichkeit der Akademisierung des Faches begründet. Letzteres wird vor allem genährt durch die noch nicht ausreichende Profilierung der allgemeinmedizinischen Forschung (vgl. B.III.).

Der Wissenschaftsrat hält sowohl den Umfang als auch die bisherige Form der Institutionalisierung an der überwiegenden Zahl der Medizinischen Fakultäten und Hochschulen für nicht ausreichend. Die Vermittlung der umfassenden Aufgaben der Allgemeinmedizin in der medizinischen Ausbildung kann in erforderlichem Umfang und Qualität nicht allein durch die Erteilung von Lehraufträgen an niedergelassene Kassenärzte sichergestellt werden. Daher hält der Wissenschaftsrat eine flächendeckende Etablierung der allgemeinmedizinischen Lehre an allen Medizinischen Fakultäten und Hochschulen für erforderlich. In diesem Zusammenhang spricht er sich dafür aus, das gesamte Angebots- und Prüfungsspektrum zu überprüfen.

B.II. Zur Frage der Institutionalisierung der allgemeinmedizinischen Lehre

Der Wissenschaftsrat geht davon aus, daß eine ausschließliche Vermittlung allgemeinmedizinischer Kenntnisse in der Phase der Weiterbildung nicht ausreicht, da die Allgemeinmedizin nicht nur für Ärzte allgemeinmedizinischer Praxen besondere Bedeutung hat. Es ist Aufgabe der Medizinischen Fakultäten und Hochschulen, die Allgemeinmedizin zu einem integrierten Bestandteil der universitären Ausbildung werden zu lassen. Dies gilt sowohl für die Institutionalisierung der allgemeinmedizinischen Lehre an den Medizinischen Fakultäten und Hochschulen, wofür der Wissenschaftsrat im folgenden ein Strukturgerüst entwickelt, als auch für eine stärkere Einbeziehung allgemeinmedizinischer Ziele in andere medizinische Fachdisziplinen.

II.1. Inhalte der allgemeinmedizinischen Lehre

Das Spezifikum der Allgemeinmedizin liegt nach Auffassung des Wissenschaftsrates primär in ihrem Ansatzpunkt: Sie geht von Patientenproblemen, nicht von definierten Krankheiten wie in den meisten anderen medizinischen Fächern aus. Die Probleme der Patienten werden darüber hinaus in einem ganzheitlichen Rahmen unter Berücksichtigung der physischen, psychischen und sozialen Aspekte betrachtet (biopsychosoziales Betreuungskonzept). Daher orientiert sich die Ausbildung inhaltlich gesehen am individuellen Patienten, an den Bedürfnissen der Bevölkerung und an dem Profil des Arztes der Primärversorgung: an seiner primärärztlichen, haus- und familienärztlichen, gesundheitsbildenden Funktion, aber auch an seiner sozialen Integrationsfunktion bezüglich rechtlicher, sozialer und Fürsorgemaßnahmen und seiner Koordinierungsaufgabe mit anderen medizinischen oder Vor- bzw. Nachsorgeeinrichtungen (vgl. A.I.1.). Im Vordergrund steht dabei das Erlernen des ärztlichen Handelns, was - wie die einleitenden Ausführungen haben deutlich werden lassen - aufgrund der Entwicklung der medizinischen Forschung und Praxis im Rahmen des naturwissenschaftlichen Paradigmas derzeit stark vernachlässigt wird. Beispiele spezifisch allgemeinärztlicher Lehrthemen sind unter anderem:

- Früherkennungslehre (z.B. Diabetes-Früherkennung etc.),
- Zusammenarbeit mit den anderen Fachdisziplinen der Medizin bei der Diagnostik und Therapie,
- Umgang mit Befindensstörungen und "Bagatellerkrankungen" in der hausärztlichen Praxis bei einem unausgelesenen Patientenkollektiv,
- Vermittlung von Langzeitbetreuungskonzepten von chronisch Kranken, unheilbaren und sterbenden Patienten aller Altersgruppen,
- Vermittlung und Aufbau einer hausärztlichen psychosozialen Kompetenz, Beratung in Fragen des Lebensstils, der Gesundheitsförderung und Prävention für alle Altersgruppen,
- Diagnose von Arbeitsunfähigkeit etc.⁴¹⁾

Fragen, die sich auf die Organisation der Praxis beziehen (z.B. Organisation von Hausbesuchen etc.), sind zwar Teil der allgemeinmedizinischen Ausbildung, ihre Vermittlung gehört jedoch in den Augen des Wissenschaftsrates weitgehend in die Phase der allgemeinmedizinischen Weiterbildung.

II.2. Formen der allgemeinmedizinischen Lehre

Die nachfolgenden Empfehlungen fußen auf der derzeitigen Ausbildungsstruktur für Ärzte, die noch immer durch eine mangelnde Verknüpfung der vorklinischen und der klinischen Ausbildungsinhalte gekennzeichnet ist. Unabhängig vom grundsätzlich zu unterstützenden didaktischen Prinzip eines frühzeitigen Patientenkontaktes empfiehlt der Wissenschaftsrat, die allgemeinmedizinische Lehre in die klinische Phase des Studiums einzuordnen. Zwar könnte eine Einführung der Allgemeinmedizin bereits in

⁴¹⁾ Diese Aufzählung hat lediglich exemplarischen Charakter. Eine umfassende Darstellung der Inhalte der Allgemeinmedizin liegt seit 1988 in "Lehrstoffkatalog Allgemeinmedizin und Familienmedizin" vor, der 1996 überarbeitet wurde (vgl. Georg Härter in Zusammenarbeit mit Günther Faust und Wolfgang Riege: Lehrstoffkatalog Allgemeinmedizin und Familienmedizin. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 72 (1996) (ZFA-Spezial), S. 1-12.

den vorklinischen Semestern zur Motivationssteigerung der Studierenden beitragen, wie erste Ergebnisse der Evaluation des Heidelberger Modells zeigen (vgl. A.II.3). Jedoch hält der Wissenschaftsrat allein die Motivationssteigerung zur Einführung der Allgemeinmedizin in der vorklinischen Phase aus zwei Gründen nicht für ausreichend. Erstens hat die Evaluation des Heidelberger Modells bereits gezeigt, daß die Nachfrage der Studierenden in höheren vorklinischen Semestern aufgrund der größeren Arbeitsbelastung in dieser Phase sinkt. Zweitens ist es für den sinnvollen Aufbau der Lehre wichtig, daß die Allgemeinmedizin vor dem Hintergrund der klinischen Fächer gesehen werden kann. Hinzu kommt, daß es hier in besonderer Weise darauf ankommt, auf ein bereits geschultes Abstraktionsvermögen und wissenschaftlich-theoretische Kenntnisse der Studierenden aufzubauen, wenn sie neben den Krankheitsbildern auch mit den Patientenproblemen, dem eigentlichen Ausgangspunkt der Allgemeinmedizin, konfrontiert werden.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher, die allgemeinmedizinische Lehre in die klinische Phase des Medizinstudiums zu integrieren. Allgemeinmedizin sollte dabei vorzugsweise in Form eines zweisemestrigen Kurses Allgemeinmedizin (2 SWS) an jeder Medizinischen Fakultät bzw. Hochschule als Pflichtveranstaltung für die Studierenden angeboten werden, möglichst im achten bis zehnten Semester. Der problemorientierte Kleingruppen-Kurs sollte dabei der Vermittlung allgemeinmedizinischer Grundlagen dienen, etwa wie dies im Düsseldorfer Modell realisiert ist. Dort werden zentrale, für die Arbeit des Allgemeinarztes typische Themen, wie die hausärztliche Geriatrie, die rehabilitative Medizin etc. behandelt. Dabei sollte fallweise ein Patient von dem Allgemeinmediziner und dem jeweiligen Fachvertreter gemeinsam vorgestellt werden. Der Wissenschaftsrat erachtet es als erforderlich, daß hierfür eine Gruppengrößen von 5 bis 7 Personen nicht überschritten wird.

Neben dem Kurs sollte ein mindestens einwöchiges Blockpraktikum in Form eines Aufenthaltes in einer allgemeinmedizinischen Praxis als Querschnittspraktikum treten, gekoppelt mit der Betreuung eines Patienten und dessen Familie gemeinsam mit einem Allgemeinarzt für die Dauer eines Semesters (Längsschnittpraktikum). Der

intensive Kontakt des Studierenden mit einem Lehrarzt (Verhältnis 1:1) ist in besonderer Weise geeignet, primärärztliche Fähigkeiten und Einstellungen zu vermitteln. Alternativ sollte die Möglichkeit eines zweiwöchigen Praktikums (Querschnittspraktikum) eröffnet werden. Beide Formen des Praktikums sollten von der Hochschule begleitet werden, um dem Studierenden die Möglichkeit zur Rückkoppelung mit den Hochschullehrern bzw. wissenschaftlichen Mitarbeitern zu geben und das Praktikum auswerten zu können. Für die Durchführung des Praktikums ist der Aufbau eines Lehrpraxennetzes erforderlich (vgl. B.II.3).

Dieses verpflichtende Lehrangebot zur Allgemeinmedizin sollte möglichst durch freiwillige Lehrangebote ergänzt werden. Als fakultative Veranstaltungen könnten in diesem Sinne zum Beispiel ein allgemeinärztlicher Untersuchungskurs, ein allgemeinärztlicher Rezeptierkurs, ein Gesprächsseminar zum Aufbau kommunikativer Kompetenzen, ein Hausbesuchsprogramm (einjährige Begleitung eines chronisch Kranken) und vor allem eine Einführung in die Forschungsmethoden und Forschungsprojekte der Allgemeinmedizin angeboten werden.

Neben der vom Wissenschaftsrat für die medizinische Ausbildung allgemein geforderten Orientierung des Studiums an der Leitvorstellung des problemorientierten Lernens - Probleme der allgemeinärztlichen Tätigkeit müßten nach ihrer Häufigkeit, ihrer exemplarischen Bedeutung für das Verständnis des biopsychosozialen Betreuungskonzeptes und nach ihrer Bedeutung für das Handeln bei bedrohlichen Situationen und Erkrankungen ausgesucht werden⁴²⁾ - ist besonders für die Lehre der Allgemeinmedizin eine Kooperation mit anderen Fächern, wie z.B. der Medizinsoziologie, der Psychosomatik und mit den anderen klinischen Fächern, insbesondere der Inneren Medizin, der Frauenheilkunde und der Kinderheilkunde, anzustreben. So ist z.B. im Düsseldorfer Modell eine entsprechende Zusammenarbeit und Abstimmung mit anderen Fächern bereits gelungen. In diesem Zusammenhang wird auch emp-

⁴²⁾ Vgl. Wissenschaftsrat: Leitlinien zur Reform des Medizinstudium, a.a.O., v.a. S. 39 ff.

fohlen, daß ein Teil der externen PJ-Plätze (einschließlich des dafür vorgesehenen Budgets) zur Durchführung eines PJ-Tertials⁴³⁾ in Allgemeinpraxen eingesetzt werden kann.

Darüber hinaus erachtet der Wissenschaftsrat ein Praktikum der Berufsfelderkundung als Pflichtveranstaltung, wie es an einigen Universitäten bereits vorgesehen ist, als sinnvoll. Da im Rahmen der Berufsfelderkundung jedoch im wesentlichen keine Lehrinhalte der Allgemeinmedizin im Mittelpunkt stehen, ist dessen Integration in die vor-klinische Phase der Ausbildung möglich und sinnvoll. Ein solches Praktikum sollte aus einem Seminar (2 SWS) und dem Besuch einer zweistündigen Informationsveranstaltung in der vorlesungsfreien Zeit bei Institutionen des Gesundheitswesens, wie z.B. dem Gesundheitsamt der Stadt, dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den betriebsärztlichen Diensten großer Firmen etc. bestehen. Während das Praktikum eine Einführung in die Grundlagen der primärärztlichen Versorgung und das gegenwärtige System der Gesundheitssicherung leisten sollte, verfolgt die Informationsveranstaltung das Ziel, Einblick in die Aufgaben der genannten Institutionen zu gewähren und Möglichkeiten der Kooperation mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen zu erläutern. Dabei kann den Studierenden auch ein Einblick in die Berufsfelder verschiedener Fachgebiete offeriert werden.

Der Wissenschaftsrat äußert sich nicht ausführlich zur Frage der allgemeinärztlichen Weiterbildung, weil dies Aufgabe der Landesärztekammern⁴⁴⁾ und nicht der Universitäten ist. Er macht jedoch darauf aufmerksam, daß der derzeitige Zustand als untragbar angesehen werden muß. Denn aufgrund unsystematischer Vergütung von hochschulmedizinischen Leistungen durch die Krankenkassen, gerade im ambulanten Bereich, müssen Ressourcen aus dem Betriebskostenzuschuß des Landes auch

⁴³⁾ Das Praktische Jahr gliedert sich in drei Tertiale von jeweils drei Monaten. Neben den vorgeschriebenen Tertialen in der Inneren Medizin und in der Chirurgie ist das dritte Terial in einem Wahlfach zu absolvieren.

⁴⁴⁾ Die Inhalte der Weiterbildung richten sich im wesentlichen nach den Empfehlungen der jeweiligen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbände.

zur Wahrnehmung von Aufgaben in der ärztlichen Weiterbildung in Anspruch genommen werden und stehen damit nicht mehr in voller Höhe zur Förderung von Forschung und Lehre zur Verfügung. Der Wissenschaftsrat bereitet derzeit eine Stellungnahme zu Struktur- und Finanzierungsfragen der Hochschulmedizin vor, die hierzu weitere Ausführungen enthalten wird.

II.3. Struktur der Allgemeinmedizin als Lehrfach

Um die Inhalte der Allgemeinmedizin in Form, Umfang und Qualität angemessen vermitteln zu können, hält der Wissenschaftsrat es für erforderlich, daß an jeder Medizinischen Fakultät oder Hochschule ein allgemeinmedizinischer Lehrbereich eingerichtet wird. Die allgemeinmedizinische Lehre sollte sowohl von den ärztlichen Mitarbeitern dieses Lehrbereichs unter Führung eines Bereichsleiters, von lehrbeauftragten, niedergelassenen Allgemeinärzten sowie von einem Netz von Lehrpraxen geleistet werden.

- Universitärer Lehrbereich

Der Leiter des Bereichs sollte über Berufserfahrung in der allgemeinmedizinischen Praxis und in der Lehre verfügen. Da er auf eine langjährige Praxiserfahrung zurückzugreifen vermag, kann eine eingeschränkte Tätigkeit innerhalb einer Gruppenpraxis ausreichen, um den Bezug zur spezifisch allgemeinärztlichen Praxis aufrechtzuerhalten. Dazu ist es erforderlich, daß einerseits die Universität oder Medizinische Hochschule den Stelleninhaber für seine Tätigkeit in der Praxis freistellt und andererseits die regionale kassenärztliche Vereinigung eine Praxisassoziation des Stelleninhabers im Umfeld seines universitären Wirkungsortes unterstützt. Auf diese Weise können die Anforderungen von Lehre, Forschung und Praxis der allgemeinärztlichen Krankenversorgung in Einklang gebracht werden. Dies entspräche den Gepflogen-

heiten in den meisten europäischen Ländern mit universitärer Allgemeinmedizin.⁴⁵⁾
Ein Abwesenheitsvertreter ist dann nicht erforderlich.

Um den Bezug zum ärztlichen Handeln in der Praxis zu sichern, ist es notwendig, daß die ärztlichen Mitarbeiter halbtags in einer allgemeinmedizinischen Kassenpraxis arbeiten, um - analog den klinischen Fächern - die Einbindung in die Krankenversorgung sicherzustellen. Sinnvoll erscheint es, die Tätigkeit in einer allgemeinmedizinischen Gemeinschafts- oder Gruppenpraxis zu realisieren. Im Falle der Niederlassung auf dem Gelände der Universität ist es fraglich, ob der Zugang zu dem für die Allgemeinpraxis typischen, alle Krankheiten umfassende Patientengut dauerhaft gegeben ist.⁴⁶⁾ Der Wissenschaftsrat appelliert an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Zulassung des Allgemeinmediziners in einer Gemeinschaftspraxis in der Nähe der jeweiligen Medizinischen Fakultät bzw. Hochschule zu ermöglichen.

Dem Leiter des universitären Lehrbereichs sollte ein Professorenamt übertragen werden. Er sollte zur Wahrnehmung seiner universitären Aufgaben durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter/Nachwuchswissenschaftler (BAT IIa) und eine Sekretariatskraft zur Erledigung der Verwaltungsaufgaben unterstützt werden. Ihnen ist von der Fakultät eine angemessene Sachausstattung zur Verfügung zu stellen. Hierzu

⁴⁵⁾ Himmel, W. und M.M. Kochen, How do heads of academic general practice departments organize patient care? In: Brit. J. of General Practice 1995, Vol. 45, S. 231-234.

⁴⁶⁾ Am Universitätsklinikum Benjamin Franklin in Berlin ist eine solche universitäre Allgemeinpraxis mit unmittelbarem Zugang zu eigenen hausärztlichen Patienten vorhanden. Nach Angaben des Fachbereichs Humanmedizin der Freien Universität ist die Praxis im Bereich für Allgemeinmedizin mit Allgemeinpraxis am Universitätsklinikum Benjamin Franklin eine normale hausärztliche Praxis mit freiem Zugang für alle Patienten. Es ist also im Gegensatz zu den Polikliniken keine Überweisung erforderlich. Formal hat der Lehrstuhlinhaber eine persönliche Zulassung als Vertragsarzt. Er rechnet selbst mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab, führt jedoch die gesamten Einnahmen an das Haus ab, das seinerseits die Betriebskosten der Praxis trägt. Derzeit werden pro Quartal ca. 500 Patienten, also jährlich ca. 2.000 Fälle aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung hausärztlich betreut. Außerdem werden laufend amtsärztliche Gutachten für das Landesarbeitsamt Berlin erstellt. Weiterhin wurden dem Bereich Allgemeinmedizin die personalärztlichen Untersuchungen des Hauses übertragen.

zählen Räume für die Betreuung und Unterrichtung der Studierenden und Doktoranden, Sachkosten für Fachliteratur, Informationsmaterial, Reisekosten etc.

- Lehrbeauftragte

Ein Großteil der allgemeinmedizinischen Lehre wird derzeit von Lehrbeauftragten getragen (vgl. Tabelle 3) unabhängig davon, ob an den jeweiligen Medizinischen Fakultäten bzw. Hochschulen ein eigener Bereich Allgemeinmedizin besteht oder nicht. Auch in Zukunft sieht der Wissenschaftsrat in der Erteilung von Lehraufträgen an praktizierende Allgemeinmediziner eine sinnvolle und wünschenswerte Ergänzung der allgemeinmedizinischen Lehre. Es darf jedoch nicht die ausschließliche Form bleiben. Die Zahl der zu erteilenden Lehraufträge sollte sich nach der Zahl der Studierenden richten und maximal einen ebenso umfangreichen Anteil der Lehre tragen wie das Lehrpersonal in der Allgemeinmedizin.

Da das individuelle außeruniversitäre Arbeitsumfeld des Lehrbeauftragten möglicherweise einer unsystematischen und zufälligen Auswahl der Lehrinhalte Vorschub leistet, spricht sich der Wissenschaftsrat für eine Qualitätssicherung und Evaluation in der allgemeinmedizinischen Lehre aus (vgl. B.II.4).

- Lehrpraxen

Die Verbindung zur Praxis des ärztlichen Handelns im primärärztlichen Bereich kann nicht allein über die Polikliniken der Universitätsklinik geleistet werden. In den Polikliniken fehlen zudem wesentliche Strukturmerkmale, die die hausärztliche Tätigkeit auszeichnen: z.B. Hausbesuche, Geriatrie, Langzeitkenntnis des Patienten, Präventivmedizin, Familienmedizin etc. Der Wissenschaftsrat empfiehlt daher die Etablierung eines Lehrpraxennetzes, um den Studierenden im Rahmen eines ein- bzw. zweiwöchigen Praktikums (vgl. B.II.2.) einen Einblick in die allgemeinmedizinische Praxis zu ermöglichen und seine Kenntnisse zu vertiefen.

Der Wissenschaftsrat ist sich bewußt, daß die Gewährung von Hospitationsmöglichkeiten von den jeweiligen praktizierenden Ärzten einen besonderen Einsatz erfordert, ohne daß der Hospitant bei der Patientenbetreuung als Mithilfe angesehen werden kann. Empirische Untersuchungen belegen, daß der durchschnittliche Arbeitstag durch die Hospitation eines Studierenden um ca. 30 Minuten verlängert wird. Desgleichen berichten ungefähr 30 % der lehrenden Allgemeinärzte - wie eine Studie aus den USA zeigt -, daß sie aufgrund der Hospitation weniger Patienten in ihrer Praxis an diesem Tag behandeln können.⁴⁷⁾ Daher ist die Schaffung von Anreizen für die Kooperation unbedingt erforderlich.

Neben den Kontakt, den der praktizierende Allgemeinmediziner mit und über seine Hospitanten zur Universität aufbaut, sollte auch eine monetäre Honorierung treten, was in einigen Ländern bereits der Fall ist. Angesichts der derzeitigen ökonomischen Situation vieler Praxen ist zu erwarten, daß die Kooperationsbereitschaft der Ärzte, ihre Praxen als Lehrpraxen zur Verfügung zu stellen, ohne eine Honorierung sinkt. Auch wenn diese Arbeitszeitverlängerung und der durch die möglicherweise geringere Zahl von Patientenkontakten bedingte Verdienstausschlag nicht vollständig kompensiert werden kann, betrachtet der Wissenschaftsrat eine angemessene Honorierung, deren Höhe derzeit eine Spanne von 50,- DM pro Tag und Studierenden in Nordrhein-Westfalen und 180,- DM in den mit der Medizinischen Fakultät in Heidelberg kooperierenden Praxen umfaßt, als erforderlich (zur aktuellen Honorierungssituation vgl. Tabelle 5). Hierzu sollten in Anlehnung an das Beispiel einiger Länder (wie z.B. Nordrhein-Westfalen) gesonderte Summen in den Landeshaushalten vorgesehen werden. Unter diesen Voraussetzungen hält der Wissenschaftsrat die Gewinnung der hohen Zahl erforderlicher kooperationsbereiter Allgemeinmediziner durchaus für möglich.

⁴⁷⁾ Vgl. Vinson, Daniel C./Paden, Carrie/Devera-Sales, Amelia/Marshall, Benjamin/Waters, E. Carey: Teaching Medical Students in Community Based Practices: A National Survey of Generalist Physicians. In: The Journal of Family Practice, Vol. 45, No. 6 (Dec), 1997, S. 487-494.

Mit dem raschen Aufbau des skizzierten bundesweiten Lehrpraxennetzes obliegt den Medizinischen Fakultäten eine der Gewinnung und Bereitstellung von Lehrkrankenhäusern vergleichbare Pflicht. Das Lehrpraxennetz kann zugleich als Basis genutzt werden, um Zugang zu einer großen Fallzahl von Patienten zu bekommen (vgl. B.III.2).

II.4. Qualitätssicherung und Evaluation der allgemeinmedizinischen Lehre

In einem Fach wie der Allgemeinmedizin, das nicht auf eine lange institutionalisierte akademische Tradition zurückblicken kann und dessen Lehre zu großen Teilen von Dozenten getragen wird, die überwiegend in der praktischen allgemeinmedizinischen Tätigkeit verankert sind, besteht grundsätzlich die Gefahr, daß die Lehrinhalte unsystematisch, vom individuellen außeruniversitären Arbeitsfeld geprägt, ausgewählt werden und die Lehre danach konzipiert wird. Um der Gefahr einer dadurch bedingten schwankenden Lehrqualität entgegenzuwirken, plädiert der Wissenschaftsrat für eine Standardisierung der Lehrinhalte und Lehrformen (vgl. B.II.1 und B.II.2).

Darüber hinaus gilt es, die Lehrqualifikation der beteiligten Allgemeinärzte aufzubauen bzw. zu erhöhen. Der Wissenschaftsrat hält es daher für erforderlich, daß die allgemeinmedizinischen Ärzte aus der Praxis, die einen Lehrauftrag übernommen haben oder als Lehrärzte Studierende des Blockpraktikums aufnehmen, auf ihre Unterrichtsaufgaben gezielt vorbereitet und dauerhaft betreut werden. Eine Fortbildung der Lehrenden wird als unabdingbar angesehen. Dabei sollten sowohl fachlich-inhaltliche als auch didaktische Aspekte eine Rolle spielen. Im Frankfurter Konzept der Allgemeinmedizin wurde eine solche Qualitätssicherung durch monatliche Treffen zwischen den als Lehrbeauftragte kooperierenden Allgemeinärzten und dem universitären Institut realisiert, wo sowohl inhaltliche als auch organisatorische Fragen diskutiert werden; im Düsseldorfer Konzept wird die Qualitätssicherung durch die „Lehrgemeinschaft Lehren-Lernen“ durchgeführt. Die Modelle liefern weitere Anregungen, wie die Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin konkret umgesetzt werden kann.

Der Wissenschaftsrat behält sich übergreifende Empfehlungen zur Frage der Qualitätssicherung/Evaluation der Lehre in der Medizin vor.

B.III. Zur Frage der Institutionalisierung allgemeinmedizinischer Forschung

III.1. Notwendigkeit allgemeinmedizinischer Forschung

Die medizinische Forschung hat im letzten Jahrhundert große Erfolge zu verzeichnen. Dies wäre ohne eine Spezialisierung auf Fachgebiete und die biomedizinische Erforschung von Wirkungszusammenhängen nicht möglich gewesen. Aufgrund der unbestritten erfolgreichen Konzentration medizinischer Forschung auf den biomedizinischen Bereich haben sich jedoch medizinische Forschung und Praxis teilweise entkoppelt, so daß die Erforschung spezifischer Probleme der medizinischen Praxis in den Hintergrund getreten ist. Daher erscheint an vielen Stellen eine Neuorientierung der medizinischen Forschung und eine Neugewichtung medizinischer Grundlagen- und patientennaher Forschung nach Auffassung des Wissenschaftsrates notwendig. Dazu kann eine weitere Entwicklung und Profilierung der allgemeinmedizinischen Forschung beitragen.

Im Unterschied zur biomedizinischen Grundlagenforschung, die in der Regel auf experimentellen Methoden beruht und meistens unter Laborbedingungen durchgeführt wird, eröffnet die allgemeinmedizinische Forschung die Möglichkeit, Beobachtungen am Patienten unter Alltagsbedingungen vorzunehmen. Durch den Zugang zum gesamten Krankheitsspektrum in der Primärversorgung treten Krankheiten in den Blick, die in der Klinik in der Regel nicht auftauchen, da lediglich 3 % aller Patienten in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Darüber hinaus sollten verstärkt Studien durchgeführt werden, die die Übertragung der Erkenntnisse der klinischen Forschung auf ambulante Patienten der Praxis untersuchen (Umsetzungsforschung).

Neben der allgemeinmedizinischen Forschung, deren Fragen sich aus dem Ziel, Probleme der allgemeinmedizinischen Praxis zu lösen (vgl. A.III.), ergeben, können

bei einer angemessenen Ausstattung eines allgemeinmedizinischen Forschungsbereichs in Zukunft auch Untersuchungstechniken Anwendung finden, die bislang als spezifisch klinische Techniken gelten. Hierzu zählen z.B. randomisierte, kontrollierte Studien.⁴⁸⁾

Die Notwendigkeit der flächendeckenden Einbindung der Allgemeinmedizin in den verbindlichen Lehrkanon für Studierende der Humanmedizin bedingt deren institutionelle Verankerung in der Universität sowie ein durchgehend angemessenes Ausstattungsniveau der universitären Allgemeinmedizin im Bereich der Lehre. Die allgemeinmedizinische Forschung muß hingegen nach Auffassung des Wissenschaftsrates vorläufig nicht allorts in gleichem Maße Ressourcen vorfinden. Vielmehr sollten sich in einem offenen Wettbewerb an unterschiedlichen Standorten in Deutschland allgemeinmedizinische Forschungszentren herausbilden. Diese sollten jedoch im Unterschied zu den bestehenden, in der Regel sehr kleinen Abteilungen an den Universitäten auf eine wesentlich umfangreichere Ausstattung zurückgreifen können. Die Empfehlung, die allgemeinmedizinische Forschung nicht an allen Orten mit gleichgewichtigen Kapazitäten auszustatten, läßt die zuletzt 1996 bekräftigte grundsätzliche Forderung nach Einheit von Forschung und Lehre als Leitidee der Universität⁴⁹⁾ gleichwohl unberührt, da diese Grundforderung, wenn auch nicht immer in der Person des Lehrenden, so doch durch die institutionelle Einbettung in die breitgefächerte universitäre Forschung, die auch die erforderliche interdisziplinäre Verknüpfung ermöglicht, gewährleistet ist.

Die Entwicklung eines Schwerpunktes Allgemeinmedizin an einer Fakultät hängt mit der innerfakultären Bereitschaft zur Schwerpunktsetzung und Profilbildung der je-

⁴⁸⁾ Vgl. auch Kochen (Forschung in der Allgemeinmedizin, a.a.O., 1998, S. 525), der als Beispiel auf eine Untersuchung der Bronchodilatator-Therapie verweist.

⁴⁹⁾ Wissenschaftsrat, Thesen zur Forschung in den Hochschulen. In: Wissenschaftsrat, Empfehlungen und Stellungnahmen 1996, Köln 1997, Bd. I, S. 28 ff.

weiligen Medizinischen Fakultät und Hochschule zusammen. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, die Profilbildung strukturell analog zu anderen Schwerpunktbildungen im klinischen Bereich vorzunehmen und die spezifische inhaltliche Ausgestaltung des allgemeinmedizinischen Forschungsschwerpunktes auf das wissenschaftliche Umfeld der Fakultät abzustimmen. Dabei kommt es besonders darauf an, diese Schwerpunkte im Hinblick auf die Einwerbung von Drittmitteln kompetitiv auszustatten.

III.2. Struktur der Allgemeinmedizin als etablierte universitäre Lehr- und Forschungsbereiche

Die Mindestausstattung für einen allgemeinmedizinischen Forschungs- und Lehrbereich sollte neben der C4-/C3-Professur für die Leitungsposition weitere Stellen für wissenschaftliche Mitarbeiter umfassen, um den für die allgemeinmedizinische Forschung erforderlichen wissenschaftlichen Nachwuchs heranzubilden.

Aufgrund der Ausrichtung der allgemeinmedizinischen Forschung soll die eine Hälfte der Mitarbeiterstellen mit Allgemeinärzten auf Halbtagsbasis besetzt werden. Diese Mitarbeiter sollten neben ihrer Tätigkeit an der Universität, als deren wesentlicher Bestandteil außer der Lehre und Betreuung der Studierenden die wissenschaftliche Qualifizierung mit dem Ziel einer Habilitation anzusehen ist, in einer allgemeinmedizinischen Kassenpraxis arbeiten. Die Verankerung in der allgemeinmedizinischen Kassenpraxis sollte in Gruppenpraxen realisiert werden, um eine unzumutbare Belastung für den Arzt, bei gleichwohl kontinuierlicher Betreuung der Patienten zu gewährleisten. So können die Mitarbeiter damit umfassende Erfahrungen in der medizinischen Praxis und zugleich Anregungen, Fallbeispiele und Daten für ihre Forschungsarbeiten gewinnen. Ein lediglich über die Forschung ohne Praxisanbindung qualifizierter Nachwuchswissenschaftler liefe Gefahr, sich nicht mehr ausreichend von einem Gesundheits- oder Sozialwissenschaftler zu unterscheiden. Der Nachwuchswissenschaftler könnte das Fach Allgemeinmedizin dann nicht länger angemessen in Forschung und Lehre vertreten. Es ist davon auszugehen, daß eine aus-

reichende Zahl von Allgemeinärzten an einer solchen Weiterqualifizierung interessiert ist.⁵⁰⁾

Die andere Hälfte der wissenschaftlichen Mitarbeiterstellen sollte je nach fachlicher Ausrichtung des allgemeinmedizinischen Forschungsbereichs sowie aufgrund der notwendigen methodischen Zugänge der jeweils verfolgten allgemeinmedizinischen Forschungsthemen mit Wissenschaftlern anderer Fachrichtungen, z.B. der empirischen Sozialforschung, der Psychologie etc. besetzt werden. Diese Grundausstattung eines allgemeinmedizinischen Forschungs- und Lehrbereichs sollte durch Drittmittelinwerbungen aufgestockt werden.

Die allgemeinmedizinische Forschung sollte besonders intensiv die Kooperationsmöglichkeiten, die das universitäre Umfeld bietet, nutzen, indem sie die Zusammenarbeit mit Fächern wie der Epidemiologie, Statistik, Sozialmedizin, Medizinische Psychologie, Gesundheitsökonomie, Soziologie (insbesondere der empirischen Sozialforschung), Arbeitsphysiologie etc. sucht. Kooperationen dieser Art sind zum Teil bereits realisiert. Sie können in die Gründung interdisziplinärer Zentren münden und somit zur Profilbildung der Medizinischen Fakultät oder Hochschule wesentlich beitragen.⁵¹⁾

Ein etabliertes Lehrpraxennetz bietet zudem Zugang zu einem Patientenspektrum, das bisher noch nicht systematisch erforscht wird. Vor allem die Erfahrungen aus der Langzeitbetreuung bergen eine Fülle von bisher ungenutzten Daten. Hier bieten sich Anknüpfungspunkte für interdisziplinäre Forschungsprojekte. Die Verankerung in

⁵⁰⁾ Vgl. Wolfgang Himmel und Michael M. Kochen: Habilitation im Fachgebiet Allgemeinmedizin. Eine Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 73 (1997), S. 437-442.

⁵¹⁾ Vgl. Wissenschaftsrat: Thesen zur Forschung in den Hochschulen, v.a. These 3 "Profilbildung und internationale Zusammenarbeit der Hochschulforschung". In: Ders.: Empfehlungen und Stellungnahmen 1996, Köln 1997, Bd. 1, S. 7-54, v.a. S. 33 ff.

der Universität eröffnet dafür zahlreiche Kooperationsmöglichkeiten, z.B. mit der Epidemiologie oder Statistik. So wird z.B. in Essen derzeit in Zusammenarbeit mit der Neurologischen Klinik eine multizentrische, doppelblinde, randomisierte Kopfschmerzstudie unter Ausnutzung des Lehrpraxennetzes vorbereitet.

Alternative Lösungen zur Aufrechterhaltung des Praxisbezuges, wie z.B. eine Lehrpraxis auf dem Klinikumsgelände zu unterhalten, bergen die Gefahr, nicht länger auf das für die Allgemeinmedizin spezifische breite Patientenspektrum zurückgreifen zu können (vgl. auch B.II.3).

Eine Aufgabe aller wissenschaftlichen Mitarbeiter am universitären Institut sollte neben ihrer wissenschaftlichen Weiterqualifikation darin bestehen, die Durchführung und Koordination von Forschungsprojekten in der allgemeinmedizinischen Praxis zu unterstützen. Denn in der Regel sind Forschungsprojekte in der Praxis, die überwiegend als "Ein-Mann-Betrieb" mit hohem Patientendurchgang organisiert sind, nur mit großen Schwierigkeiten zu realisieren. Auch bei dem Vorliegen eines entsprechenden Interesses seitens des praktizierenden Arztes läßt sich die Forschung nur mit einem relativ hohen organisatorischen Aufwand in die alltägliche Routine integrieren. Das methodische Grundwissen für wissenschaftliches Arbeiten müßte den praktizierenden Arzt zudem erst vermittelt werden.

III.3. Finanzierung der allgemeinmedizinischen Lehr- und Forschungsbereiche

Für die Etablierung der Allgemeinmedizin als Lehr- und Forschungsbereich an den Universitäten ist eine anderen Fächern vergleichbare Ausstattung notwendig, nicht zuletzt, um die Einwerbung von Drittmitteln zu ermöglichen. Neben Stellen für wissenschaftliche Mitarbeiter sollte der Zugriff auf Räume, Sekretariat, Bibliothek und vor allem auf Forschungsflächen gesichert sein. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, den Prozeß der Etablierung der Allgemeinmedizin an ausgewählten Standorten in Form von Schwerpunkten mittels einer Anschubfinanzierung über spezifische Programme gezielt zu unterstützen. In diesem Zusammenhang wird die Initiative des Bundesmi-

nisteriums für Bildung und Forschung zur Vorbereitung eines Förderschwerpunktes für die Allgemeinmedizin im Rahmen des Forschungsprogramms „Gesundheitsforschung 2000“ ausdrücklich begrüßt.

C. Zusammenfassung

Der Fortschritt der Medizin innerhalb des naturwissenschaftlich-technischen Paradigmas und die damit einhergehende Spezialisierung haben dazu geführt, daß eine Gesamtübersicht über das medizinische Wissen und seine Anwendung in der Ausbildung von Ärzten vielfach lediglich als Addition von Spezialwissen erzeugt wird und die Anleitung zum ärztlichen Handeln zunehmend in den Hintergrund tritt. Dem gegenüber haben sich durch die Veränderung des Krankheitsspektrums, die Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung, die Zunahme von Umweltbelastungen und die Veränderung von Lebensstilen mit zum Teil gesundheitsschädigendem Verhalten, die Aufgaben des Arztes und die Anforderungen an die Indikationsstellung für ärztliches Handeln erheblich geändert.

Während es vor diesem Hintergrund in vielen westlichen Ländern gelang, das Fach Allgemeinmedizin an den Universitäten zu institutionalisieren, ist die allgemeinmedizinische Lehre und Forschung an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland nicht flächendeckend etabliert. Sie ist nur an wenigen Standorten als selbständiger Bereich vertreten. Der weitaus größte Teil der allgemeinmedizinischen Lehre wird in Form von teilweise unbezahlten Lehraufträgen getragen. So werden derzeit die Studierenden lediglich im Rahmen von Reformmodellen, ansonsten jedoch nur marginal mit spezifischen Fragestellungen der Allgemeinmedizin konfrontiert, einer Fachdisziplin, in deren Mittelpunkt die lebensbegleitende hausärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art der Gesundheitsstörung steht, unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen ihrer gesundheitlichen Leiden, Probleme oder Gefährdungen. Auch in der medizinischen Forschung ist die Allgemeinmedizin ein bislang vernachlässigtes Gebiet.

Der Wissenschaftsrat hält sowohl den Umfang als auch die bisherige Form der Institutionalisierung der Allgemeinmedizin für nicht ausreichend. Er erachtet eine flächendeckende Etablierung der allgemeinmedizinischen Lehre an allen Medizinischen Fakultäten und Hochschulen für erforderlich, um Allgemeinmedizin zu einem

verbindlichen Bestandteil der universitären Ausbildung werden zu lassen. Dabei sollen die Studierenden die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen im Krankheitsfall, auch unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit, erlernen, ebenso wie die medizinische Kompetenz zur Entscheidung über das Hinzuziehen anderer Ärzte und Angehöriger von Fachberufen im Gesundheitswesen. Er empfiehlt, die allgemeinmedizinische Lehre in die klinische Phase des Medizinstudiums zu integrieren. Sie sollte dabei vorzugsweise in Form eines zweisemestrigen Kurses (2 SWS) zur Vermittlung allgemeinmedizinischer Grundlagen an jeder Medizinischen Fakultät bzw. Hochschule als Pflichtveranstaltung für die Studierenden angeboten werden (möglichst im achten bis zehnten Semester).

Da der intensive Kontakt des Studierenden mit einem Lehrarzt (Verhältnis 1:1) in besonderer Weise geeignet ist, primärärztliche Fähigkeiten und Einstellungen zu vermitteln, sollte neben dem Kurs ein mindestens einwöchiges Blockpraktikum in Form eines Aufenthaltes in einer allgemeinmedizinischen Praxis als Querschnittspraktikum treten, gekoppelt mit der Betreuung eines Patienten und dessen Familie gemeinsam mit einem Allgemeinarzt für die Dauer eines Semesters (Längsschnittpraktikum). Alternativ sollte die Möglichkeit zu einem zweiwöchigen Praktikum (Querschnittspraktikum) eröffnet werden. Darüber hinaus wird ein Praktikum der Berufsfelderkundung als Pflichtveranstaltung empfohlen, dessen zeitliche Integration in die vorklinische Phase der Ausbildung als möglich und sinnvoll angesehen wird.

Die Notwendigkeit der flächendeckenden Einbindung der Allgemeinmedizin in den verbindlichen Lehrkanon für Studierende der Humanmedizin bedingt, daß an jeder Medizinischen Fakultät oder Hochschule ein allgemeinmedizinischer Lehrbereich eingerichtet werden muß, um die Inhalte der Allgemeinmedizin in Form, Umfang und Qualität angemessen vermitteln zu können. Die allgemeinmedizinische Lehre sollte sowohl von den ärztlichen Mitarbeitern dieses Lehrbereichs unter Führung eines Bereichsleiters, von lehrbeauftragten, niedergelassenen Allgemeinärzten sowie von einem Netz von Lehrpraxen zur Gewährung von Hospitationsmöglichkeiten geleistet werden. In dem raschen Aufbau eines bundesweiten Lehrpraxennetzes sieht der

Wissenschaftsrat bei den Medizinischen Fakultäten eine der Gewinnung und Bereitstellung von Lehrkrankenhäusern vergleichbare Pflicht. In diesem Zusammenhang wird auch empfohlen, daß ein Teil der externen Plätze zur Absolvierung des Praktischen Jahrs (einschließlich des dafür vorgesehenen Budgets) zur Durchführung eines PJ-Tertials in Allgemeinpraxen eingesetzt werden kann.

Die allgemeinmedizinische Forschung muß hingegen nach Auffassung des Wissenschaftsrates vorläufig nicht allorts in gleichem Maße Ressourcen vorfinden. Vielmehr sollten sich in einem offenen Wettbewerb an unterschiedlichen Standorten in Deutschland allgemeinmedizinische Forschungszentren herausbilden, analog zu anderen Schwerpunktbildungen im klinischen Bereich. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, den Prozeß der Etablierung allgemeinmedizinischer Forschungsschwerpunkte an ausgewählten Standorten mittels einer Anschubfinanzierung über spezifische Programme gezielt zu unterstützen. In diesem Zusammenhang wird die Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zur Vorbereitung eines Förderungsschwerpunktes für die Allgemeinmedizin im Rahmen des Forschungsprogramms „Gesundheitsforschung 2000“ ausdrücklich begrüßt.

D. Anhang

Die Tabellen und Übersichten im Anhang basieren auf einer Umfrage der Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates zu Stand und Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin im Rahmen der medizinischen Ausbildung an den Medizinischen Fakultäten, Fachbereichen und Hochschulen in Deutschland im Juli 1997.