

40 Jahre DEGAM: Allgemeinmedizinische Forschung in Deutschland – Entwicklung und aktueller Stand

E. Hummers-Pradier

40 Years DEGAM: Research in General Practice in Germany – Development and Current Situation

Trotz vierzig Jahre DEGAM als wissenschaftlicher Gesellschaft für Allgemeinmedizin stellt sich das Fachgebiet immer noch gern als wissenschaftlich „jung“ dar. Vielleicht ist dies aus der Geschichte des Faches zu erklären, das schon immer in der Versorgungsrealität etabliert war, bevor es nach und nach auch ein wissenschaftliches Selbstverständnis entwickelte. Noch 1983 formulierte der Epidemiologe F. W. Schwartz [1]: „Der Rückstand der Forschung in der Allgemeinmedizin ist ein Defizit für die Medizin überhaupt. Er ist nicht das Ergebnis objektiver Unmöglichkeit von Forschung in der Allgemeinmedizin, sondern Ergebnis unterlassener Forschungsinvestitionen. Forschung in der Allgemeinmedizin ist ein gemeinsames Anliegen der medizinisch-wissenschaftlichen Gemeinschaft“.

Erst in den 40er- und 50er-Jahren gab es erste Ansätze deskriptiver Forschung, z. B. die systematischen Erhebungen der Fälleverteilung von R. N. Braun [2, 3]. In den 60er-Jahren entstanden erste wissenschaftliche Strukturen: 1966 wurde die DEGAM gegründet und der erste allgemeinmedizinische Lehrauftrag erteilt (S. Häussler, Freiburg). Zwei Jahre später wurde – fast 30 Jahre parallel dem Praktischen Arzt – der Facharzt für Allgemeinmedizin geschaffen. Eckdaten der weiteren Entwicklung finden sich in Tab. 1.

In den letzten Jahren ist in Deutschland ein steigendes öffentlich-politisches Bewusstsein für die Bedeutung der Primärversorgung einschließlich Qualitätsmanagement und allgemeinmedizinischer bzw. Versorgungsforschung zu bemerken. International gab es teils provokant-kritische [4], überwiegend aber optimistische Stimmen zur Bedeutung der allgemeinmedi-

zinischen Forschung für ein patientennahes, effektives Gesundheitswesen [5–10]. Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen erfolgreicher allgemeinmedizinischer Forschung wurden 2003 beschrieben [11, 12] (siehe Tab. 2). Anhand der dort genannten Punkte soll die aktuelle Situation in Deutschland beschrieben werden.

Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem

In unserem traditionell offenen System mit freiem Zugang zu allen Ärzten gibt es zwar durch die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung erste Ansätze in Richtung eines Hausarztsystems, die allerdings kein *Gatekeeping* im britischen oder niederländischen Sinne darstellen. Es gibt keine definierte Praxispopulation als Bezugsgröße für (praxis-)epidemiologische Beobachtungen bzw. Versorgungsforschung [13]. Routedaten ermöglichen bisher kaum die Rekonstruktion von Versorgungswegen. Seit 2005 ist zwar die personenbezogene Zusammenführung von Routine-Versorgungsdaten verschiedener Quellen (z. B. KVen und Krankenkassen) erlaubt. Eine derartige Großdatenbank ist in Trägerschaft der Ersatzkassen in Vorbereitung und soll wohl für industrieunabhängige Forschung kostengünstig zur Verfügung stehen, Forschungsthemen bzw. der Zugang wird Fragestellungsbezogen nach einem Ausschreibung- und Begutachtungsverfahren vergeben werden. Die Frage nach dem Eigentum an diesen (zu einem erheblichen Teil hausärztlichen) Daten und die Entscheidungskriterien zur Projektvergabe sind jedoch bisher nicht im Einzelnen bekannt [14]. Eine breitere, womöglich repräsentative Datenbasis für hausärztliche Versorgungsfor-

Institutsangaben

Abteilung Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier · Abteilung Allgemeinmedizin · Medizinische Hochschule Hannover · Carl-Neuberg-Str. 1 · 30625 Hannover · E-mail: Hummers-Pradier.Eva@mh-hannover.de

Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 409–414 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-942188
ISSN 0014-336251

Tab. 1 Allgemeinmedizinische Forschung: Eckdaten und Entwicklungsschritte

| | |
|------------------|--|
| 1925 | Zeitschrift „Der Landarzt“, später „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ |
| 40er-/50er-Jahre | Statistik von Beratungsergebnissen in einer hausärztlichen Praxis, „Fälleverteilungsgesetz“, [2, 3] vereinzelte deskriptive Forschungsarbeiten |
| 60er-Jahre | erste Strukturen, erste Lehraufträge |
| 1966 | erster allgemeinmedizinischer Lehrauftrag, S. Häussler, Freiburg |
| 1966 | Gründung der DEGAM |
| 1968 | Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin |
| 70er-Jahre | akademische Verankerung in der Lehre, Verbreitung von Lehraufträgen, erste Lehrstühle |
| 1971 | erster Gegenstandskatalog der Allgemeinmedizin |
| 1970 | Zeitschrift für Allgemeinmedizin, in Medline gelistet (bis 1989) |
| 1972 | Forderung des Deutschen Ärztetages nach Lehrstühlen/Instituten |
| 1973 | Gründung der Hochschullehrervereinigung |
| 1973 | Verden-Studie, 1. kooperative, prospektive Untersuchung in 13 Praxen [21] |
| 1976 | erster Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Hannover (KD Haehn) |
| ab 1977 | erste Habilitationen (Häussler, Pillau, Fischer, Kochen, Klimm) |
| 1978 | erster internationaler Kongress: European General Practice Research Workshop (EGPRW), Marburg |
| 1978 | Allgemeinmedizin wird scheinpflichtiges Prüfungsfach |
| 80er-Jahre | wachsendes Selbstverständnis als forschendes Fach, Probleme bei der Institutionalisierung |
| 1981 | DEGAM formuliert Forschungsziele: klinische Studien, epidemiologische Studien, Untersuchungen zu Praxisorganisation und Qualitätskontrolle |
| 1981, 83, 84, 86 | EGPRW-Kongresse in Deutschland erste internationale Publikationen Gründung weiterer Lehrstühle, Ernennung von Honorarprofessoren |
| 90er-Jahre | Streben nach akademischer Gleichstellung/Selbstverständlichkeit zunehmender politischer Druck zur Institutionalisierung bei Ressourcenverknappung an den Fakultäten erste größere öffentlich geförderte Forschungsprojekte aus themenbezogenen Ausschreibungen, erste EU-Förderungen |
| ab 1992 | Forschungskurse der DEGAM |
| 1993 | Kongress der European Academy of Teachers in General Practice (EURACT) in Göttingen |
| 1996 | 9 habilitierte Allgemeinärztinnen und -ärzte |
| 1998 | EGPRW-Kongress in Göttingen |
| 1999 | erster allgemeinmedizinischer Gutachter in einem BMBF-Förderprogramm (Kompetenznetze) |
| 1999 | Stellungnahme des Wissenschaftsrates zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen |
| 1999 | erstes Allgemeinmedizin-spezifisches BMBF-Förderprogramm: Auf- und Ausbau allgemeinmedizinischer Lehrstühle |
| 2000 plus | öffentliche Förderung, zunehmende Sichtbarkeit wachsendes öffentliches Bewusstsein für Versorgungsforschung, gefördert durch den Strukturwandel im Gesundheitswesen |
| seit 2004 | BMBF – Förderprogramm für den wissenschaftlichen Nachwuchs in der Allgemeinmedizin |
| 2005 | EGPRN-Kongress in Göttingen |
| 2006 | erster allgemeinärztlicher DFG-Gutachter (Programm Klinische Studien) |
| 2006 | 17 habilitierte Allgemeinärztinnen und -ärzte, 13 Universitäten mit institutionalisierter Abteilung oder Lehrstuhl |

Tab. 2 Voraussetzungen für erfolgreiche allgemeinmedizinische Forschung [11, 12]

| | |
|------------------------|--|
| Gesundheitssystem | Hausarztssystem mit Gatekeeper Bevölkerungsnenner (Einschreibung, Sozialversicherendatenbank) |
| akademische Strukturen | Universitätsprofessoren universitäre Abteilungen als Initiatoren und Träger |
| Fachstruktur | wissenschaftliche Fachgesellschaft Zeitschrift mit unabhängigem Gutachterwesen |

sung gibt es derzeit noch nicht, Forscher sind auf Eigenerhebungen oder die Verwendung nur sehr bedingt geeigneter Sekundärdaten angewiesen.

Die Arbeitsbedingungen der Hausärzte sind nicht sehr forschungsfreundlich [15]: Die meisten Hausärzte arbeiten in Einzelpraxen oder in kleinen Gemeinschaftspraxen. Der bürokratische Aufwand ist durch ein extrem komplexes Abrechnungssystem hoch, die zeitliche Arbeitslast bzw. die Anzahl der pro Tag behandelten Patienten Europarekord. Fortbildung ist verpflichtend, gilt aber als Freizeitbeschäftigung. Sie findet häufig noch

in Form von Frontalvorträgen statt; die Anbieter sind nicht immer frei von Interessenkonflikten. Die Beteiligung an industrieunabhängiger Forschung wird nur in Ausnahmefällen als Fortbildung anerkannt.

Universitäre Rahmenbedingungen

Bereits 1972 forderte der Deutsche Ärztetages die akademische Integration der Allgemeinmedizin durch die Schaffung von Lehrstühlen/Instituten, die von „Praktischen Ärzten besetzt bzw. geleitet“ werden sollten, gleich lautende Entschlüsse gab es 1981, 1982 und zuletzt 1997. Der Wissenschaftsrat verlangt seit 1999 die flächendeckende akademische Institutionalisierung [16]. Der erste Lehrstuhl für Allgemeinmedizin entstand 1976 in Hannover (K. D. Haehn), initiiert durch eine Stiftung der Kassenärztlichen Vereinigung. Heute haben 13 der 37 deutschen medizinischen Fakultäten einen Lehrstuhl oder eine institutionalisierte Abteilung für Allgemeinmedizin. Die übrigen zwei Drittel der medizinischen Fakultäten begnügen sich derzeit noch mit unzureichend ausgestatteten Lehrbereichen. Im Vergleich zu niederländischen oder britischen Verhältnissen, wo die Allgemeinmedizin häufig eine der größten Abteilungen medizinischer Fakultäten darstellt, sind jedoch auch die akademischen Institutionen in Deutschland klein (vgl. Artikel von Baum und Niebling in diesem Heft). Die gültige Approbationsordnung mit ihrer Aufwertung der allgemeinmedizinischen Lehre und der Einführung eines Blockpraktikums bescherte der akademischen Allgemeinmedizin kräftigen „Rückenwind“. Allerdings absorbiert der überall sehr engagiert betriebene allgemeinmedizinische Unterricht, das Engagement in Querschnittsfächern und die Koordination vieler dezentral gelegener Lehrpraxen viel Zeit und Energie. Zusätzlich muss effektiv und international konkurrenzfähig geforscht werden. Hier konkurrieren die allgemeinmedizinischen Abteilungen mit den anderen Fächern um leistungsorientiert vergebene Mittel: an den meisten Universitäten wird ein erheblicher Anteil des Gesamtbudgets nach Punkten verteilt, die man durch Einwerbung von Drittmitteln oder Publikationen gewinnt. Veröffentlichungen werden – mehr oder weniger korrigiert – nach Impactfaktoren bewertet, deren wissenschaftliche Validität zweifelhaft ist [17, 18]. Dies ist für die Allgemeinmedizin eher nachteilig, da auch gute internationale allgemeinmedizinische Journale nur einen niedrigen Impactfaktor haben, deutschsprachige überhaupt keinen. Die inhaltlich wichtige nationale Sichtbarkeit und Breitenwirkung von Veröffentlichung konkurriert also mit der universitären Bewertung.

Es ist kaum überraschend, dass es unter diesen Bedingungen zunächst nur wenigen, meist größeren Abteilungen gelang, sich durch national und international sichtbare Publikationen oder größere Drittmittelwerbungen zu profilieren. Die Zahl erfolgreicher Abteilungen nimmt in den letzten Jahren allerdings sehr deutlich zu, ebenso die Anzahl allgemeinmedizinischer Veröffentlichungen (siehe Abb. 1). Laut einem Review in der Zeitschrift *Family Practice* ist Deutschland gar an 5. Stelle nach Großbritannien, den USA, Australien und Kanada eines der Länder mit den meisten allgemeinmedizinbezogenen Artikeln [1]. Dieser doch überraschende Rang erklärt sich allerdings wohl dadurch, dass viele Artikel zwar unter dem Schlagwort „general practice“ verlinkt, aber keinesfalls hausärztlichen Ursprungs sind. Dies

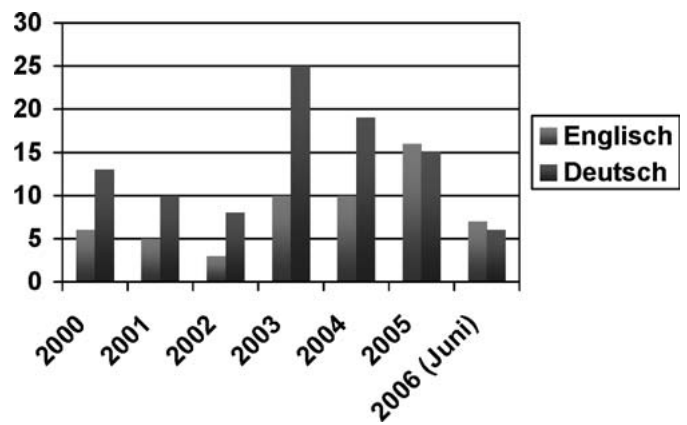


Abb. 1 Allgemeinmedizinische Medline – Publikationen aus Deutschland.

wiederum illustriert eindrücklich ein vielleicht typisch deutsches Problem – das Ringen um Selbstbewusstsein und fachliche Eigenständigkeit, weg von einer „Fremdbeforschung“ und „-belehrung“.

Die unvollständige akademischen Verankerung der Allgemeinmedizin erschwerte längere Zeit die wissenschaftliche Qualifizierung [12, 20]. In Deutschland ist eine Habilitation meist Voraussetzung einer akademischen Karriere. Üblicherweise sind Habilitanden in Vollzeit an Universitätskliniken tätig, wo sie eine klinische Tätigkeit mit wissenschaftlicher Arbeit verbinden können und eine adäquate Betreuung und Infrastruktur vorfinden. Hausärzte haben in aller Regel andere, eher „universitätsferne“ Karrierewege, bei denen der frühe Kontakt zu Forschung nicht im Vordergrund steht. Auch heute noch ist es oft schwierig, den parallelen Anforderungen von Praxistätigkeit, Forschung und Lehre gerecht zu werden, um die (regional unterschiedlichen) Habilitationsvoraussetzungen zu erbringen. Strukturierte Qualifizierungsmöglichkeiten wie die PhD-Programme in Nordwesteuropa oder Nordamerika, in denen ein umschriebenes Forschungsprojekt in einer definierten Zeit durchgeführt und von entsprechenden Kursen begleitet wird, existieren in Deutschland bisher nicht, auch das Vertragsarztrecht sieht Derartiges nicht vor. Durch die steigende Zahl akademischer Abteilungen, gezielte Förderprogramme (s. u.) und flexiblere rechtliche Rahmenbedingungen verbessern sich allerdings die Möglichkeiten.

Organisationstrukturen des Faches

Zu den Voraussetzungen erfolgreicher Forschung zählt eine wissenschaftliche Fachgesellschaft und eine entsprechende Fachzeitschrift. Beides ist in Deutschland seit Jahrzehnten vorhanden. Die ZFA hat ein unabhängiges Gutachterwesen sowie allgemeinärztliche Herausgeber und ist in der weltweit zweitgrößten (allerdings kostenpflichtigen) Literaturdatenbank Embase gelistet. Leider wurde die damals vorhandene Medline-Listung Ende der Achtzigerjahre aus Kostengründen vom Verlag aufgegeben – ein heute kaum wieder gut zu machender Fehler.

Bedauerlich ist die noch zu geringe Breitenwirkung: Nur etwa 3% der deutschen Hausärzte sind DEGAM-Mitglieder, mit aller-

dings stark steigender Tendenz. Bisher sind die meisten Kollegen nur im berufspolitisch ausgerichteten Hausärzterverband organisiert. Die Zeitschrift und die vielfältigen Serviceangebote der DEGAM (Zugänge zu wissenschaftlichen Datenbanken, wissenschaftlicher Informationsservice, Online-Arzneimittelbulletin, Leitlinien, Diskussionsforum) erreichen somit längst nicht alle potenziellen Interessenten. Dies demonstriert das derzeit vielleicht größte Problem der allgemeinmedizinischen Forschung in Deutschland – die fehlende breite Basis in der Hausärzteschaft.

Aufgrund der rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen ist der Einfluss der DEGAM auf die Weiter- und Fortbildung gering, diese liegen – inklusive der Facharztprüfungen – in den Händen der Ärztekammern. Dies unterscheidet uns von den Hausärzten (und Spezialisten!) fast aller Nachbarländer, in denen entweder die universitären Abteilungen oder die Fachgesellschaften für die Weiterbildung verantwortlich sind – ein starkes Identitätsstiftendes Element. Allerdings sind DEGAM-Mitglieder und insbesondere Hochschullehrer und Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin in erheblichem Umfang in der obligatorischen Kursweiterbildung der Fachartztkandidaten involviert. Wünschenswert wäre, dass auch alle weiterbildenden Ärzte sich in der DEGAM engagieren und deren Informationsservice für die Ausbildung nutzen. Fortbildungsveranstaltungen werden von der DEGAM oder Universitätsabteilungen zwar angeboten, sind jedoch nur eins von vielen, überwiegend Industriegesponsorten Angeboten. Ob diese Ausrichtung aus organisatorischen Gründen nötig ist, scheint fragwürdig – inhaltlich ist sie ausgesprochen bedenklich. Durch den eher geringen Einfluss der Fachgesellschaft auf Gesundheits- und Berufspolitik und die professionelle Entwicklung von Hausärzten werden wissenschaftliche Orientierung und Selbstverständnis der Allgemeinmedizin nicht in der Weise gefördert, wie es wünschenswert wäre.

Ein viel versprechender Ansatz sind die akademischen Lehrpraxen, die über die Blockpraktikumsstudierenden in stetem Kontakt zur Universität stehen. Hieraus können durchaus hausärztliche Forschungsnetzwerke entstehen – viele Lehrärzte sind für Forschungsprojekte sehr aufgeschlossen, auch wenn diese eine zusätzliche Belastung bei limitierten Ressourcen darstellen.

Allgemeinmedizinische Forschungsprojekte

Bis 1996 wurden im allgemeinmedizinischen Forschungsregister FORAM der Abteilung Allgemeinmedizin in Marburg rückwirkend bis Anfang der 70er-Jahre 344 allgemeinmedizinische Doktorarbeiten und 90 Publikationen registriert, ganz überwiegend mit beobachtendem Charakter. Seitdem kann das FORAM-Register aufgrund mangelnder Mittel und lückenhafter Registrierung bei starker Zunahme entsprechender Projekte dem Anspruch auf Vollständigkeit nicht mehr gerecht werden. Eine Darstellung von Forschungsaktivitäten kann daher nur subjektiv und exemplarisch anhand von Publikationen oder Internetseiten erfolgen.

Aufgrund seines identitätsstiftenden Charakters kam dem DEGAM-Projekt „Leitlinienentwicklung“, das durch eine Förderung des BMGS angestoßen worden war, eine besondere Bedeutung zu (<http://www.degam.de/leitlinien.html>). Bisher wurden 8 fertige Leitlinien verabschiedet, ähnlich viele sind in fort-

geschrittener Entwicklung begriffen; allesamt S3-Leitlinien, die auch für andere Fachgesellschaften durchaus Modellcharakter haben. Vielleicht noch bedeutender als diese Produkte war wohl der Prozess ihrer Entwicklung: Eine Vielzahl von Kollegen mit und ohne unmittelbare universitäre Anbindung beteiligen sich an diesem Projekt. Die intensive Auseinandersetzung mit hausärztlicher Entscheidungsfindung zwischen Erfahrung und evidenzbasierter Medizin hat die wissenschaftliche Basis des Fachs merklich verbreitert. Zusätzlich wurden durch die Leitlinien mehrere Implementierungs- bzw. Evaluationsprojekte angestoßen, die z. T. ebenfalls öffentlich gefördert werden.

Ein großes Förderprogramm des BMBF sind seit 1999 die Kompetenznetze, die viele verschiedene Disziplinen in Forschungsarbeiten zu jeweils einer spezifischen Krankheit zusammenführen (http://www.kompetenznetze-mezizin.de/_html/_ns/_start_nn.htm). Fördervoraussetzung war u. A. die Einbindung der Primärversorgungsebene. Im Rahmen dieser Ausschreibung wurde erstmals ein Allgemeinarzt als BMBF-Gutachter tätig. Universitäten und Spezialfächer waren gezwungen, sich mit allgemeinmedizinischen Fragen und Kooperationspartnern auseinander zu setzen. Dies bedeutete für die Allgemeinmedizin nicht nur Fördergelder, sondern die Aussicht, allgemeinmedizinische Forschung als Teil von großen Projekten zur Normalität werden zu lassen. Leider ist diese Rechnung nur teilweise aufgegangen: Nicht immer gelang es Allgemeinärzten, auf Studiendesign und -planung in ausreichendem Maße Einfluss zu nehmen oder genügend Personal- und Sachmittel durchzusetzen, um die Forschungsaufgaben überhaupt durchführen zu können. Etliche Kompetenznetze waren so konzipiert, dass Allgemeinärzte entweder nur als Datenquelle oder als Objekte von „Beschulung“ betrachtet wurden, was Kooperationen schwierig machte.

Seit 1999 hat das BMBF Förderprogramme speziell für die Allgemeinmedizin geschaffen. In einem ersten Programm wurden universitäre Abteilungen mit dem Ziel einer strukturellen Nachhaltigkeit gefördert; zumindest ein Teil der geförderten Stellen musste nach Auslauf der Förderung von den Hochschulen übernommen werden. Problematisch war, dass fast alle Abteilungen im Lande Anträge stellten, so dass Gutachter aus anderen Fachdisziplinen oder dem Ausland geholt werden mussten, die nicht immer mit der speziellen Problematik der Allgemeinmedizin in Deutschland vertraut waren. Gefördert werden zzt. die Abteilungen in Göttingen, Heidelberg, Frankfurt und Marburg.

Nach Auslauf dieser Ausschreibung wurde ein anderes allgemeinmedizinischspezifisches Förderprogramm in Form von zweijährigen Stipendien für allgemeinärztliche Nachwuchswissenschaftler aufgelegt (<http://www.bmbf.de/en/furtherance/2596.php>). Antragsteller müssen eine universitäre Anbindung haben und sollen ein eigenes Forschungsprojekt durchführen, das mit Sachmitteln ausgestattet wird. In diesem Projekt wurden in dem ersten Ausschreibungsjahr 6 Forschungsprojekte gefördert, im 2. Ausschreibungsjahr wurden nur wenige Anträge gestellt, von denen derzeit einer in die Förderung kommen wird. Es wäre zu wünschen, dass im dritten und letzten Jahr (2006) wieder eine höhere Nachfrage besteht; in diesem Fall steht eine Fortsetzung der Förderung in Aussicht.

Tab. 3 Themen allgemeinmedizinischer Forschung in Deutschland 2005/2006 (Anzahl der Projekte)

Praxisepidemiologie, hausärztliche Datenbanken (n = 4)

Versorgungskonzepte (n = 16)

- Case Management
- krankheitsbezogene Versorgungsstrukturen
- Fehlermanagement
- Disease Management Programme (DMP)
- Komplementärmedizin, Naturheilverfahren
- Kooperation von Hausarzt und Krankenhaus
- diagnostische Methoden

krankheitsbezogene Studien (n = 33)

- Harnwegsinfekte
- Atemwegsinfekte
- Rückenschmerzen, Nackenschmerzen
- Arthrose
- Demenz
- M. Parkinson
- Depression
- Schizophrenie
- funktionelle Beschwerden
- kardiovaskuläres Risiko, Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Thoraxschmerz
- Ulcus cruris venosum
- Osteoporose
- obstruktive Atemwegserkrankungen

Hausarzt-Patient-Beziehung und -Interaktion (n = 6)

- Compliance
- Risikoberatung
- Patientenperspektiven
- Nutzen von Patienteninformationsmaterial

allgemeinmedizinische Lehre (n = 2)

arztbezogene Themen, Berufsidentität (n = 3)

Aktuelle Forschungsthemen sind – auf Basis einer informellen Umfrage sowie Internetdarstellungen – in Tab. 3 zusammengefasst.

Eine Förderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), dem renommiertesten öffentlichen Geldgeber, gab es bisher nur für den kombinierten EGPRN-Kongress und DEGAM-Forschungskurs 2005 in Göttingen. Für ein allgemeinmedizinisches Projekt konnte bisher noch nie eine DFG-Förderung erlangt werden. Die DFG ist traditionell auf Grundlagen- bzw. biomedizinische Forschung fokussiert. Zudem war die Allgemeinmedizin, im Gegensatz zu fast allen anderen medizinischen Fächern, nie durch eine eigene DFG-Sektion vertreten. Derzeit findet zwar eine Umstrukturierung statt, die alte Ordnung wirkt jedoch noch über die fehlende Fachkompetenz und Lobby für hausärztliche Fragestellungen nach. In diese Entwicklung ist jedoch etwas Bewegung gekommen: Seit wenigen Jahren gibt es eine Sektion klinische Forschung, die grundsätzlich auch für die Allgemeinmedizin zugänglich ist und in dem seit 2006 auch ein allgemeinmedizinischer Gutachter vertreten ist – sicherlich ein Anfang. Abzuwarten bleibt, ob die DFG sich zukünftig auch für Fragen der Versorgungsforschung öffnet.

Fazit

Die oben postulierten Voraussetzungen allgemeinmedizinischer Forschung sind in Deutschland nur teilweise gegeben: Das Gesundheitssystem ist wenig allgemeinmedizinfreundlich, syste-

matische epidemiologische Daten existieren bisher nicht. Die akademische Institutionalisierung ist unvollständig, macht aber Fortschritte. Unzureichend ist die Ausstattung vieler Lehrstühle und vor allem Lehrbereiche, die oft kaum zur Deckung der Lehraufgaben reicht und wenig Raum für Forschungs- und auch akademische Gremienarbeit lässt. Dies ist problematisch, da sich Erfolg an Universitäten immer noch – von wenigen Ausnahmen abgesehen – allein in Forschungsleistung misst. Gerade für die kleineren Standorte bleibt dies eine große Herausforderung. Trotz dieser Einschränkungen zeigt sich eine dynamische Entwicklung, angestoßen auch durch öffentliche Fördermittel. Sowohl die Beteiligung der Allgemeinmedizin an größeren, drittmittel-finanzierten Forschungsprojekten, als auch die Publikationen zeigen eine deutlich steigende Tendenz.

Sehr dynamisch entwickeln sich auch die Anzahl der DEGAM-Mitglieder und die Teilnehmerzahlen der DEGAM-Kongresse. Die Breitenwirkung und Verankerung von hausärztlicher Forschung in der Hausärzteschaft nimmt zu. Auch wenn die Rahmenbedingungen dies bisher nicht unbedingt fördern – noch mehr forschungsbewusste und – begeisterte Hausärzte könnten die Basis verbreitern und die Qualität der eigenen Arbeit demonstrieren. Hausärztliche Versorgung bedarf einer wissenschaftlichen Grundlage, auch als Argumentationsbasis für Berufspolitik. Etwas mehr (Selbst-)Bewusstsein um den Wert und Eigenständigkeit des Faches können und sollten wir uns leisten: Nach 40 Jahren hat die wissenschaftliche Allgemeinmedizin trotz aller noch bestehender Probleme zu einer gewissen Normalität gefunden. Grundsatzdiskussionen über die Notwendigkeit nehmen ab, die Zahl der Forschungsprojekte und Publikationen nimmt zu. Ist Allgemeinmedizin nach 40 Jahren immer noch ein (wissenschaftlich) junges Fach? Aber sicher – im Sinne von innovativ, frisch und aktuell!

Danksagung

Prof. Dr. Erika Baum, Marburg, und Prof. Dr. Wilhelm Niebling, Freiburg, haben mir freundlicherweise Übersichten zur Geschichte der DEGAM und Auswertungen des FORAM-Registers zur Verfügung gestellt. Hierfür und für die vielen wertvollen Anregungen danke ich herzlich.

Interessenkonflikte: keine

Literatur

- ¹ Schwartz FW. Forschung und Allgemeinmedizin: Grundlagen und Forderungen. *Prakt Arzt* 1983; 9: 665–673
- ² Braun RN. Die gezielte Diagnostik in der Praxis. Schattauer, Stuttgart 1957
- ³ Braun RN. Wege und Ergebnisse einer Systematischen Erforschung der Allgemeinpraxis. In: Brandmeier P, Krüsi G (Hrsg). *Der Praktische Arzt heute*. Huber, Bern, Stuttgart 1968
- ⁴ NN. Is Primary-care research a lost cause? *Lancet* 2003; 361: 977
- ⁵ De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, et al. The need for research in primary care. *Lancet* 2003; 362: 1314–1319
- ⁶ De Maeseneer JM, De Sutter A. Why research in family medicine? A superfluous question. *Ann Fam Med* 2004; 2 (Suppl 2): S17–S22
- ⁷ Mant D, Del Mar C, Glasziou P, et al. The state of primary care research. *Lancet* 2004; 364: 1004–1006

- ⁸ Lam CL. The 21st century: the age of family medicine research. *Ann Fam Med* 2004; 2 (Suppl 2): S50–S54
- ⁹ Tunis SR, Stryer DB, Clancy CM. Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. *JAMA* 2003; 290: 1624–1632
- ¹⁰ Ovhed I, van Royen P, Hakansson A. What is the future of primary care research? Probably fairly bright, if we may believe the historical development. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 248–253
- ¹¹ van der Zee J, Kroneman M, Bolibar B. Conditions for research in general practice. Can the Dutch and British experiences be applied to other countries, for example Spain? *Eur J Gen Pract* 2003; 9: 41–47
- ¹² Kochen MM. Excellence in primary care research: which requirements are needed? *Eur J Gen Pract* 2003; 9: 39–40
- ¹³ Szecsenyi J, Engelhardt N, Wessel M, et al. A method for determining the denominator in general practice – results of a pilot study. *Gesundheitswesen* 1993; 55: 32–36
- ¹⁴ Ballast M. Versorgungsforschungskongress. Ludwigshafen, Vortrag 2006
- ¹⁵ Macfarlane F, Shaw S, Greenhalgh T, et al. General practices as emergent research organizations: a qualitative study into organizational development. *Fam Pract* 2005; 22: 298–304
- ¹⁶ Wissenschaftsrat. Stellungnahme zu den Perspektiven des Fachs Allgemeinmedizin an den Hochschulen. <http://www.wissenschaftsrat.de/texte/3848-98.pdf>. (Zugriff am 1.7.2006)
- ¹⁷ Kochen MM, Himmel W. A critical assessment of the impact factor. *Eur J Gen Pract* 1998; 4: 159–163
- ¹⁸ The PLoS Medicine Editors. The impact factor game. *PLoS Medicine* 2006; 3: e291 DOI: 10.1371/journal.pmed.0030291
- ¹⁹ Mendis K, Solangaarachchi I. PubMed perspective of family medicine research: where does it stand? *Fam Pract* 2005; 22: 570–575
- ²⁰ Himmel W, Kochen MM. Zwischen Habilitation und Juniorprofessur: Alternativen für Allgemeinmedizin und Klinische Medizin. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2003; 97: 157–161
- ²¹ Dreiholz KJ. Morbidität in der Allgemeinmedizin. *Prakt Arzt* 1979; 10: 1412–1422

Zur Person



Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier,
Medizinstudium in Köln,
Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin in
Frankreich und Deutschland.
Habilitation an der Abteilung Allgemeinmedizin der
Universität Göttingen.
Seit 2005 Direktorin der Abteilung Allgemeinmedizin
der Medizinischen Hochschule Hannover
Sprecherin der Sektion „Forschung“ im Präsidium
(DEGAM).