

Frühe Protagonisten der Familienmedizin in Deutschland – eine Interviewstudie

Early Protagonists in Family Medicine in Germany – an Interview Study

Vera Kalitzkus, Stefan Wilm

Hintergrund: Familienmedizin ist integraler Bestandteil der Allgemeinmedizin. Ihre Wurzeln reichen bis in die späten 1970er/80er-Jahre zurück. Neue Ansätze für die hausärztliche Praxis wurden erprobt, in denen familienmedizinische Aspekte eine Rolle spielten. Um die Familienmedizin in Forschung und Praxis zu stärken und weiterzuentwickeln, kann eine Auseinandersetzung mit den historischen Bezügen wichtige Hinweise liefern. Welche Erfahrungen und welches Wissen der damaligen Protagonistinnen und Protagonisten können für die Weiterentwicklung der Familienmedizin heute genutzt werden?

Methoden: Es wurden qualitative Interviews mit frühen Vertreterinnen und Vertretern hausärztlicher Familienmedizin in Deutschland (n = 9) geführt, die die Familienmedizin über Veröffentlichungen, Forschungsprojekte oder Schwerpunkte in ihrer hausärztlichen Praxis insbesondere in den 1970er/80er-Jahren prägten. Die Auswertung der Transkripte erfolgte über eine qualitative Inhaltsanalyse.

Ergebnisse: In den 1970er/80er-Jahren war Familienmedizin selbstverständlicher Bestandteil hausärztlicher Praxis. Die Ergebnisse der Befragung sind kontrovers, es wird kein geschöntes Bild der damaligen Familienmedizin gezeichnet. Problematische Aspekte von Familienmedizin werden benannt und auf das Fehlen methodischer Reflexion und strukturierter bzw. systematischer familienmedizinischer Herangehensweisen hingewiesen. Benannt wird aber auch die Bedeutung der Bereitschaft, sich auf die Nähe und eine Beziehung zu den Patientinnen und Patienten und ihren Familien einzulassen. Gerade das umfassende und vielseitige Aufgabenspektrum und der Kontakt zu den Patientinnen und Patienten werden als erfüllend und sinnstiftend geschildert.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse der Studie verweisen darauf, dass auch das persönliche Interesse und die individuelle Herangehensweise an die hausärztliche Tätigkeit die Umsetzung von Familienmedizin in der Praxis prägen. Auffällig ist, dass sich für die damalige Zeit kaum Konzepte und Methoden für eine strukturierte familienmedizinische Umsetzung/Haltung in der hausärztlichen Praxis finden lassen.

Schlüsselwörter: Familienmedizin; Allgemeinmedizin; hausärztliche Versorgung; qualitative Studie; historische Perspektive

Background: Family medicine is an integral part of general practice. Its roots go back to the late 1970s. New approaches in general practice were tested in which aspects of family medicine played a role. In order to strengthen and improve family medicine in research and practice, a historical perspective can offer important insights. How can the experience and knowledge of protagonists from that time period be used for the further development of family medicine?

Methods: Qualitative interviews (n = 9) were conducted with early protagonists of family medicine in general practice in Germany, who contributed to family medicine with publications, research projects or focus in their general practice specifically in the 1970s/80s. A content analysis was conducted.

Results: In the 1970s/80s, family medicine was perceived as integral to general practice. The results of the study express ambivalences, they do not show a flattering picture of family medicine at that time. Problematic aspects of family medicine are voiced and the absence of methodological reflection and structured and systematic approaches to family medicine respectively pointed out. The importance of the willingness to commit oneself to a close relationship with patients and their families, however, is pointed out. The complex and diverse range of tasks, in particular, as well as the close contact with patients were described as fulfilling and meaningful.

Conclusions: The results of the study indicate that personal interests and individual approaches toward general practice shape the specific realization of family medicine in practice. However, concepts or methods for a structured approach towards family medicine in general practice during that time can hardly be found.

Keywords: family medicine; general practice; primary health care; qualitative research; historical perspective

Hintergrund

Die Wurzeln der Familienmedizin, einem integralen Bestandteil der Allgemeinmedizin, reichen in Deutschland weit zurück. Hausärzte wurden bis etwa 1900 gemäß RVO (Reichsversicherungsordnung) nur als Familienärzte honoriert und übten diese Funktion entsprechend aus – häufig in der Behandlung der Patienten und ihrer Familien im häuslichen Umfeld. Danach rückte zwar die „Sprechstunde“ in der ärztlichen Praxis ins Zentrum der hausärztlichen Tätigkeit. Dennoch haben Allgemeinärzte die Funktionen von Familienmedizin weiterhin ausgeübt, wenngleich auch nicht systematisiert oder offen reflektiert [1]. In den späten 1970er-Jahren sind ausführlichere Betrachtungen und Systematisierungsversuche zur Familienmedizin zu verzeichnen [2]. Neue Ansätze für die Praxis wurden erprobt, die familienmedizinische Aspekte beinhalten. Die vorliegende Studie möchte die Erfahrungen von damaligen Beteiligten und Meinungsführern erheben und über diese historisierende Perspektive hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Familienmedizin heute auswerten [3, 4].

Familienmedizin der 1970er/80er-Jahre

In dem nicht primärärztlich orientierten Medizinsystem mit seiner Aufspaltung in spezialisierte Teildisziplinen spielen das familiäre und soziale Umfeld einer Patientin/eines Patienten meist nur eine untergeordnete Rolle. Am ehesten werden diese noch in der Primärversorgung, insbesondere der Allgemeinmedizin beachtet [5]. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) benannte bereits 1981 bei ihrem Präsidiumstreffen in Egelsbach unter dem damaligen Präsidenten Hans Hamm, der als Nestor des Konzepts einer Familienmedizin in Deutschland gilt [6], Familienmedizin als Teil der Allgemeinmedizin und als einen von zwölf Schwerpunkten wissenschaftlicher Forschung in diesem Gebiet [7]. Familienmedizin wurde in diesen Egelsbacher Beschlüssen so definiert:

„Die Familienmedizin ist Teil der Allgemeinmedizin. Sie umfasst die hausärztliche Behandlung und gesundheitliche Betreuung von Familien oder familienähnlichen Gruppen in somatischer, psychischer und sozialer Hinsicht. Wesentliche Voraussetzung ist die Kenntnis der Beziehungen der Familienmitglieder untereinander und zu ihrer Umwelt“ [7].

Dabei wurden auch Inhalte für ein Curriculum beschlossen. Die Lehrziele umfassen „Grundkenntnisse über

- 1.1 die geschichtliche Entwicklung der Familie
- 1.2 die Stellung der Familie in der Gesellschaft
- 1.3 die biologische und psychologische Elementarsituation in der Familie
- 1.4 die Veränderlichkeit der inneren Familienstruktur und ihren Lebenszyklus
- 1.5. die Funktionen der Familie [in weiteren Unterpunkten aufgeführt]
- 1.6. den Einfluss äußerer Umweltfaktoren auf die Familie [...].“ [7]

Für diese Besonderheiten sind „Kenntnisse und Erfahrungen über

- 2.1 Krankheit in der Familie [in weiteren Unterpunkten aufgeführt]
- 2.2 gesundheitliche Familienberatung und präventive Maßnahmen [in weiteren Unterpunkten aufgeführt]
- 2.3 krankheitsfördernde psychogene Faktoren in der Familie [...]
- 2.4 die Einstellung der Familie zu gesundheitlichem Verhalten und ärztlicher Behandlung
- 2.5 berufs- und arbeitsbedingte Einflüsse auf die Familie
- 2.6 Rehabilitation in der Familie“ erforderlich [7].¹

Diese Punkte haben kaum Aufnahme in das Curriculum Allgemeinmedizin für die Facharztweiterbildung gefunden. Hintergründe dafür wurden in den Interviews nicht genannt, entsprechend dokumentierte anderweitige Beschlüsse gibt es nicht. In den allgemeinmedizinischen Lehrbüchern aus dieser Zeit wurde der Aspekt Familienmedizin nur in begrenztem Umfang angesprochen.² Nur Helmich wies bereits auf den Spannungsbogen der Familienmedizin von psycho-

somatischen bis hin zu sozialmedizinischen Aspekten hin [8].

Methoden

Es wurde eine qualitative Interviewstudie durchgeführt, die sich am problemzentrierten Interview nach Witzel [9] orientiert: mithilfe von vorformulierten Leitfragen wird den Interviewten thematisch fokussiert Raum gegeben zur Schilderung ihrer subjektiven Sichtweise. Diese Interviews weisen einen hohen narrativen Anteil auf.

Interviewt wurden frühe Vertreterinnen und Vertreter hausärztlicher Familienmedizin in Deutschland, die die Familienmedizin über Veröffentlichungen, Forschungsprojekte oder Schwerpunkte in ihrer ärztlichen Praxis prägten. Sie wurden über Recherche von Fachliteratur sowie durch persönliche Kenntnis des Feldes identifiziert. Neun Gespräche von 39 Minuten bis zu knapp zwei Stunden Dauer wurden geführt und audiodokumentiert (Zeitraum: 7/2016–1/2017). Alle Interviews erfolgten durch dieselbe Interviewerin (V.K.) bis auf zwei Ausnahmen bei den Befragten zuhause. Insgesamt liegen knapp elf Stunden Interviewmaterial vor. Die Untersuchung deckt den südlichen, nördlichen, westlichen und östlichen Teil Deutschlands ab. Sie bezieht auch die Situation in der DDR mit ein.

Die Leitfragen für die Gespräche betrafen folgende Themenbereiche: Definition und Verständnis von Familienmedizin, Praxiserfahrung in den 1970er/80er-Jahren, Veränderungen in der praktizierten Familienmedizin von damals zu heute, Arbeitsweisen/Methoden der Familienmedizin, Hinweise für die Weiterentwicklung der Familienmedizin in der Hausarztpraxis. Den Beginn bildete ein narrativer Impuls mit Rahmung des Themas: „Wir interessieren uns für die Familienmedizin in der Hausarztpraxis als einen wichtigen Teil der Allgemeinmedizin. Gerne möchten wir Einblick in die Zeit der 1970/1980er-Jahre von denjenigen, die sich für die Familienmedizin stark gemacht haben. Dazu interessiert uns, was Ihre ganz konkrete hausärztliche Praxiserfahrung damals war“. Kontextinformationen zu

¹ Wir danken Professor Frank H. Mader für die Bereitstellung der Schrift aus seinem umfassenden Archiv.

² Die Durchsicht von acht Lehrbüchern aus dieser Zeit wurde von der Arbeitsgruppe des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf (ifam) durchgeführt.

Gesprächssituation und -verlauf wurden nach dem Interview in Memos festgehalten. Die Interviews wurden anonymisiert von einem professionellen Transkriptionsdienst nach einem vereinfachten Transkriptionssystem verbatim transkribiert. Die Transkripte wurden den Interviewten zur Freigabe zugesandt, um eine namentliche Zitierung zu ermöglichen und damit ihren jeweiligen Beitrag für die Entwicklung der Familienmedizin/Allgemeinmedizin in Deutschland zu würdigen.

Die einzelnen Interviews wurden von den Autoren unabhängig voneinander inhaltsanalytisch ausgewertet, danach diskutiert und konsentiert, anschließend fallübergreifend anhand der Themenvorgaben des Interviewleitfadens sowie intrinsischer Kategorien (z.B. hausärztliche Haltung, Beziehung Arzt-Patient-Familie) in Anlehnung an das Matrixverfahren von Miles et al. [10] zusammengestellt. Alle Zitate aus den Interviews sind kursiv gedruckt, der Name der interviewten Person erscheint im Fließtext bzw. in Klammern am Ende der Äußerung.

Zu den Interviewpartnerinnen und -partnern

13 Personen, die den oben genannten Kriterien entsprachen, wurden kontaktiert. Neun Gespräche konnten geführt werden, zwei Gespräche waren aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, zwei Anfragen wurden nicht beantwortet. Das Alter der Interviewten, drei davon Frauen, lag zwischen Mitte 60 bis Anfang 90. Sie hatten zwischen 30 und 40 Jahre als Hausärztin/Hausarzt in eigener Praxis praktiziert, vier im (groß)städtischen und fünf im ländlichen Bereich (davon drei in Stadtnähe). Zwei Interviewte haben sowohl im städtischen als auch im ländlichen Bereich Niederlassungserfahrung. Die Erfahrung der Interviewten spiegelt in ausgewogenem Verhältnis das Praktizieren in Einzelpraxis, mit Praxispartnern wie auch in unterschiedlichen Formen der Gemeinschaftspraxis wider.

Alle haben neben ihrer praktischen ärztlichen Tätigkeit publiziert, sechs konnten ihre Ansätze auf der Ebene einer Professur der Allgemeinmedizin ein-

bringen. Für das Thema „Familienmedizin“ relevante Veröffentlichungen der Gesprächspartnerinnen und -partner wurden vorher rezipiert und fließen in die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse mit ein.

Ergebnisse

Familienmedizin und Allgemeinmedizin

„Für mich ist Allgemeinmedizin und Familienmedizin eine Einheit,“ meint K. Jork. Diese Einschätzung wird von allen anderen Befragten geteilt. „Eine Hausarztpraxis [ist] ohne die Gesichtspunkte der Familienmedizin gar nicht zu machen, weil die Allgemeinmedizin ja von einem Krankheitsbild ausgeht, das sich eben nicht nur auf die organische Krankheit bezieht, sondern in ganz wesentlichem Maße die Fragen des Umfeldes des Patienten, psychologische Beeinträchtigungen oder was auch immer quasi a priori mit bedenken muss“ (G. C. Fischer). Dies verweist auf die curricularen Bereiche, die in den Egelsbacher Beschlüssen erwähnt wurden. Es prägt aber auch die Beziehungen der Patientinnen und Patienten zu ihren Hausärztinnen oder Hausärzten: „Es sind so viele soziale, familiäre und berufliche Angelegenheiten, die über diesen langen Zeitraum Menschen mit uns besprechen,“ stellt V. Braun fest. Als typisch wurde zudem mehrfach eine generationsübergreifende Betreuung genannt, die Einblicke in familiär gehäuft vorkommende Erkrankungen wie auch das Erkennen spezifischer Muster im Leben dieser Familie erlauben.³

Drei Vertreter betonen, dass Familienmedizin als „psychosoziale Medizin“ (F. Kater) zu verstehen ist: „Eine Familie ist ein kleiner sozialer Zusammenhang, und das muss auch auf der medizinischen Seite etwas Soziales haben“ (R. Dreykluft). Insofern ist die Familie als „einer der sozialen Kreise“ zu beachten, „wie andere soziale Kreise, also zum Beispiel der Arbeitsplatz“ auch (H.-H. Abholz).

In Bezug auf die besondere Hervorhebung der Familienmedizin kann stellvertretend für die Interviewten mit H.-H. Abholz, der sich hier auf die Aufnahme des Begriffs Familienmedizin in

die Selbstbezeichnung der DEGAM im Jahre 1998 bezieht, festgestellt werden: „Wenn wir uns jetzt Familienmedizin nennen, dann ändert sich eigentlich an dem, was wir machen, nichts.“

Besondere Charakteristika der Familienmedizin

Die besondere Qualität der Familienmedizin zeichnet sich aus durch eine Kontinuität in der Arzt-Patient-Beziehung (auch in der DDR), die Betreuung von Patientinnen, Patienten und ihren Familien oft über Generationen hinweg, ein Miteinander-Älterwerden von Ärztin/Arzt mit diesen sowie detaillierte Einblicke in psychosoziale Aspekte ihres Lebens und das ihrer Familien: „Das, denke ich, macht auch Familienmedizin aus. Ohne diese tiefe, gewachsene Beziehung ist unser Fach als solches nicht definierbar“ (V. Braun).

Eine solche Beziehung ermöglicht dem Patient oder der Patientin „Das Gefühl, ich bin der Besondere bei ihr, dass die eben mitkriegen, ja, sie kennt mich“ (V. Braun). All dies kann unter das Stichwort „erlebte Anamnese“ (W. Kruse) gefasst werden, die hilfreich ist, um Therapiepläne und Herangehensweisen zu finden, die den Bedürfnissen der Patienten entsprechen. „In keinem Fachbereich werden die psychosozialen und psychosomatischen Belange eines Patienten im Behandlungsplan so stark berücksichtigt, wie in der Allgemeinmedizin,“ resümiert K. Jork. „Diese Korrelation von sozialen Begebenheiten und dem Auftreten von Krankheiten erleben wir so nahe mit wie keine andere Fachdisziplin“ (V. Braun). So wird durch diese intensive Arzt-Patient-Beziehung, das Kennen des sozialen Umfeldes und Gespräche, die über die rein medizinische Faktenebene hinausgehen, Vieles deutlich, was für die medizinische Behandlung und die Betreuung der Patientinnen und Patienten in ihrem Familienkontext wichtig ist: „Die ganz banalen Alltagsprobleme der menschlichen Existenz, die gehen uns an. Die dann immer aber auch medizinische Probleme nach sich ziehen“ (E. Hesse). Damit ist auch die sozial integrierende Funktion der Hausarztpraxis benannt: „So, wie der Hausarzt auch nicht ohne [...] Verständnis für die Schmerzen im Körper auskommen kann,

³ Ob dieses heute noch gilt, bleibt offen. Es gibt keine belastbaren Zahlen dazu, wieviel Patienten gemeinsam mit Familienangehörigen in einer Hausarztpraxis in Behandlung sind, und ob dies generationsübergreifend gilt.

kann er nicht ohne sozial integrierende Funktion auskommen“ (E. Hesse).

F. H. Mader fragt kritisch an, wieviel Hausärzte tatsächlich über die von ihnen betreuten Patienten und Familien wissen: „Wir Hausärztinnen und Hausärzte glauben ständig, wir kennen die Familien, und kennen sie gar nicht.“ H.-H. Abholz schätzt, dass er in höchstens 15 bis 20 % seiner Patienten Einblick in die Familie hat. In Erinnerung sind dann vor allem sogenannte Problemfamilien (z.B. mit einer Suchtproblematik).

Die ethische Problematik im Spannungsfeld zwischen sowohl individuellem Patienten und Familie wie auch in der fallbezogenen Vernetzung von Hausarzt/Hausärztin und anderen helfenden Professionen/Institutionen betonen H.-H. Abholz und G. C. Fischer. Für diese Aspekte wurde auch von anderen Gesprächspartnern die Reflexion des eigenen Handelns über den Austausch mit (Praxis-)Kolleg/innen oder in Balint-Gruppen empfohlen.

Die Tragweite der ärztlichen Wirksamkeit bei familiären Problemen schätzen F. H. Mader und H.-H. Abholz sehr skeptisch ein: „Das eine ist das Wissen, dass es da eine familiäre Komponente gibt, und das andere ist die Konsequenz“ (F. H. Mader). Auch die eindrucksvollen Familienkrankengeschichten, die Huygen gesammelt und systematisch dargestellt hat, ließen keine Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der spezifisch familienmedizinischen Intervention zu. In der Praxis sei sein konkretes Vorgehen nach der These „Die Familie als Einheit ist der Patient“ [11] kaum anders als das, was sie selbst in dieser Zeit in ihrer Praxis umsetzten, meinen H.-H. Abholz und F. H. Mader.

Arbeitsweisen und Methoden der Familienmedizin

Als großes Manko des familienmedizinischen Ansatzes damals wie heute wird das Fehlen einer systematischen Herangehensweise genannt: „Es ist Ermessenssache. Das ist das große Problem,“ betont F. H. Mader. Trotz der Bemühungen, die Familienmedizin konzeptionell zu stärken, zeigt sich, dass es in der damaligen

Zeit, die in die Phase der beginnenden Akademisierung der Allgemeinmedizin fiel, keine elaborierte Beschäftigung mit der Umsetzung von „Familienmedizin“ als Teil der Hausarztmedizin gegeben hat. Es war „selbstverständlich“, die Familie (in Behandlung oder in Kenntnis über sie) im hausärztlichen Handeln mit einzubeziehen, und wurde deshalb kaum reflektiert. Es fehlten Konzepte, wie sie etwa Robert N. Braun mit seiner Programmierten Diagnostik für die Allgemeinmedizin entwickelt hat [12], oder die – in dessen Fortführung – F. H. Mader mit klaren Begrifflichkeiten beigesteuert hat: „abwartendes Offenlassen“ [13], „abwendbar gefährlicher Verlauf“ oder die Unterscheidung zwischen „Beratungsanlass“ und „Beratungsergebnis“. ⁴ Dennoch gab es Arbeitsweisen und Methoden, die als bedeutsam für die Familienmedizin genannt wurden.

K. Jork und Kollegen hatten Module für eine differenzierte Anamneseerhebung, zur Fragetechnik und für die psychosomatische Grundversorgung erarbeitet, bei der nicht nur pathogenetische, sondern auch salutogenetische Aspekte, wie die Perspektive der Patientinnen und Patienten selbst, einbezogen wurden. ⁵

Dem hausärztlichen Gespräch und der „kleinen Psychotherapie“ wird von den Interviewten eine hohe Bedeutung zugemessen, auch wenn sie nicht in befriedigendem Umfang umgesetzt wurden:

„Die unerfüllten Aufgaben der ambulanten Medizin, das ausführliche Gespräch oder die ‚kleine Psychotherapie‘ sowie die Einflussnahme auf krankheitsbegünstigende Lebens- und Arbeitsbedingungen, werden besonders bei der Versorgung der funktionellen Störungen deutlich“ [14].

Im Gespräch können mit den Patienten psychosomatische Zusammenhänge erkannt und erläutert werden – bei niedrigschwelligem Zugang ohne lange Wartezeit. Dies ist zentral für die Umsetzung der von H.-H. Abholz betonten wichtigen primärärztlichen Aufgabe des „Betreuens“, insbesondere „[i]n den komplexen, aber so häufigen Situatio-

nen, in denen sich das Leid durch die reine Krankheit mit dem Leid des Lebens mischt“ [14].

Der Hausbesuch wird hoch geschätzt von den Interviewten. „Beim Hausbesuch lernen Sie das Milieu kennen,“ betont G. C. Fischer. Es wird erkennbar, wie die Patienten agieren und mit ihren Angehörigen interagieren. Beim Hausbesuch können sich andere Einblicke ergeben als beim Gespräch mit dem Patienten in der Praxis. Deshalb betont auch F. H. Mader: „Ich lerne die Familie nur durch den Hausbesuch kennen.“ Der Besuch des Patienten in der Praxis spiegelt nicht zwangsläufig die häusliche Situation wider.

Eine weitere wichtige Ressource wurde von zwei Gesprächspartnern im Einbezug der Medizinischen Fachgesellschaften gesehen. E. Hesse hat dies in seiner Praxis systematisch etabliert. So kann das Wissen um lokale soziale Strukturen oder Familienzusammenhänge genutzt werden. Im Kontext von pflegenden Angehörigen, schwersten Erkrankungen und Sterbesituationen wurde die Familienkonferenz als Methode benannt.

Der Aspekt der interdisziplinären Kooperation wurde insbesondere von den beiden Ärzten benannt, die über die Gründung von Gesundheitszentren gerade die psychosoziale Betreuung von Patientinnen und Patienten sichern wollten (Dreykluft, Kater) [15]. ⁶ Innerhalb der Zentren wurde der Austausch über gemeinsame Fallbesprechungen und (zumindest zu Beginn der Projekte) eine gemeinsame Patientenakte umgesetzt. Dies wurde aufgrund von Schwierigkeiten in der praktischen Handhabung jedoch wieder eingestellt. In Form einer elektronischen Patientenakte, wie sie heute verwendet wird, ließe sich das jedoch realisieren, so Dreykluft. Unter den vertretenen Professionen fanden sich unter anderem Ärzte für Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Innere Medizin, Gynäkologie, Orthopädie, Psychiatrie/Neurologie sowie Psychologen, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter. Auch die Kooperation mit einer Gemeindegeschwister und ei-

⁴ „Abwartendes Offenlassen“, der von F.H. Mader verwendete Begriff, wird in der Fachdefinition der DEGAM aus dem Jahre 2002 in Form des Begriffs „abwartendes Offenhalten“ gebraucht. Vgl. [13].

⁵ Sie orientierten sich dabei an der strukturierten Anamnese nach dem SOEP-Schema aus den Niederlanden.

⁶ Die bis heute bestehenden Projekte „Praxisgemeinschaft Heerstraße Nord“ und „Gesundheitszentrum Croupiusstadt“ (Berlin) sind dargelegt in [15].

nem Pastor gehörten dazu. Diesem Ansatz wurde durch die „sehr viel niedrigere Hemmschwelle zum Hausarzt als zur Behörde ein Vorfeldcharakter“ zugeschrieben und sollte „durch die unbürokratische Ausübung der Arbeit“ effektiver sein und die Patienten schneller erreichen [16].

E. Hesse ging in seiner Praxis die Kooperation mit einem Sozialarbeiter ein und bekam so Entlastung in der Betreuung von Patienten mit sozialen Problemen, in der Hauptsache im Suchtbereich [16]. Er gründete aus der Praxis heraus auch die ersten diagnoseunspezifischen Selbsthilfegruppen, zu deren Teilnahme er seine entsprechenden Patientinnen und Patienten motivierte und die Entwicklung in Nachbesprechungen gemeinsam reflektierte [17]. Dadurch, dass er als Arzt eine gute Kenntnis der Angebote hatte, konnte er überzeugend empfehlen und wusste aber auch, was seine Patienten erwartete.

In weiteren Gesprächen wurde die Zusammenarbeit mit Lehrerinnen und Lehrern, Schulpsychologen und weiteren Beratungsstellen genannt. In Bezug auf die enge Kooperation der Behandler gibt es aber auch eine kritische Stimme, was die Fragen der Schweigepflicht und ethische Aspekte angeht. Patienten könnten sich auch, so H.-H. Abholz, „*eingekesselt fühlen*“.

Das Thema Genetik, das aus heutiger Sicht eine wichtige Rolle spielt, wurde von den Befragten nicht aufgegriffen.

Ausblick

Unsere Gesprächspartnerinnen und -partner warnen unisono vor einer Verarmung des Faches Allgemeinmedizin, wenn das, was früher „*selbstverständlich*“ war, heute nicht mehr als zur hausärztlichen Medizin dazugehörig gilt. Dies führt in der Folge zu einem begrenzten Verständnis des Faches und birgt zudem die Gefahr, dass entsprechende Aspekte von anderen Disziplinen „*vereinmahmt*“ werden. Damit wird für die Zukunft verunmöglicht, worin die hier vorgestellten Vertreterinnen und Vertreter der Familienmedizin besondere Befriedigung und Sinnerfüllung in ihrem (Berufs-)Leben gefunden haben – begründet auch durch das Interesse an und den Einsatz für die Menschen: „*Unser Fach wird lang-*

weilig, wenn Sie diese Dimension der Familienmedizin draußen haben“ (H.-H. Abholz) [18]. Deshalb betont V. Braun: „*Es ist vielleicht das Wichtigste im Zusammenhang mit der Familienmedizin, dass Studenten und Ärzte in Weiterbildung mitbekommen, dass sie ein zufriedener Hausarzt werden können, wenn sie aktiv Familienmedizin realisieren. Das ist vielleicht die Quintessenz. [...] Man beraubt sich selbst möglicher Lebenserfahrung, wenn man es nicht macht.*“

Diskussion

In den 1970er/80er-Jahren war Familienmedizin im Alltag der Befragten selbstverständlicher Bestandteil hausärztlicher Praxis. Die Ergebnisse der Befragung sind kontrovers, es wird kein geschöntes Bild der damaligen Familienmedizin gezeichnet. Problematische Aspekte von Familienmedizin werden benannt und auf das Fehlen methodischer Reflexion und strukturierter bzw. systematischer familienmedizinischer Herangehensweisen wird hingewiesen. Insbesondere F. H. Mader und H.-H. Abholz zeigten diese dem familienmedizinischen Ansatz inhärenten Schwierigkeiten auf. Dies gilt es, für die heutige Familienmedizin in der hausärztlichen Praxis aufzunehmen und entsprechende Umsetzungswege zu finden. Insbesondere die von ihnen gestellte Frage, wie viel Einblick und Wissen Hausärztinnen und Hausärzte tatsächlich in die Familien ihrer Patientinnen und Patienten haben, sollte auch für die Gegenwart kritisch geprüft werden. Bedeutsam für die heutige Familienmedizin ist auch die Frage, welche Folgen eine umfassende Betreuung und ein von vielen Behandlern geteiltes Wissen um sehr private Bereiche der Patientinnen und Patienten haben kann. Hier sind eine besondere Sensibilität hinsichtlich der Aspekte Schweigepflicht und Datenschutz vonnöten sowie Familienärzte, die sich als Fürsprecher ihrer Patientinnen und Patienten verstehen und sich ggf. schützend vor diese stellen. Betont wurde hingegen die Bedeutung der Bereitschaft, sich auf die Nähe und eine Beziehung zu den Patientinnen und Patienten und ihren Familien einzulassen. Die Gespräche zeigen, dass vieles bereits in jenen Jahren angelegt war, was in der Arbeits-

definition „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ aus heutiger Sicht dazugehört [3]. Zwei aus heutiger Sicht bedeutsame Aspekte der Familienmedizin wurden hingegen nicht benannt: Genetik und weiterführende Nutzung der neuen Möglichkeiten der EDV. Die Grundlage für eine familienmedizinische Lehre und die Absichtserklärung zur Umsetzung wurden bereits 1981 mit den Egelsbacher Beschlüssen gelegt. Eine wissenschaftliche Fundierung und Systematisierung der Familienmedizin stehen jedoch bis heute aus. Das Versprechen der Familienmedizin, so G. C. Fischer, ist groß: „Familienmedizin kann als eine im Verbund wissenschaftlicher, medizinischer, gesellschaftlicher und politischer Institutionen wirkende Kraft dazu beitragen, dass Menschen die großen Potenziale für ihre Gesundheit, die in der Familie liegen, besser nutzen können“ [19]. Um dieses Versprechen einzulösen gilt es, das Forschungsdesiderat zur Familienmedizin in der hausärztlichen Praxis weiter zu verkleinern und mit den Risiken, die ein familienmedizinischer Ansatz birgt, reflektiert umzugehen.

Limitationen

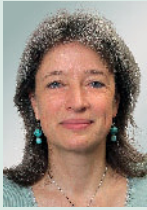
Grundsätzlich besteht das Risiko eines Bias bei einer retrospektiven Datenerhebung. Bei der Rückschau kann es zu einer nachträglichen Idealisierung der eigenen familienmedizinischen Einstellung und Tätigkeiten durch die Befragten kommen. Wir haben uns in der Auswertung und Darstellung dieses Artikels deshalb primär auf die angewendeten Vorgehensweisen und Methoden konzentriert.

Danksagung: Wir bedanken uns für die Teilnahme an dieser Studie und für die Zeit, die sie hier investiert haben, bei: Heinz-Harald Abholz, Vittoria Braun, Rüdiger Dreykluft, Gisela C. Fischer, Eberhard Hesse, Klaus Jork, Friedrich Kater, Waltraut Kruse und Frank H. Mader.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Förderung: Die Studie wurde aus Mitteln des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf finanziert.

Dr. disc. pol. Vera Kalitzkus ...



... ist Sozialwissenschaftlerin mit dem Schwerpunkt Medizinische Anthropologie. Ihre Themenschwerpunkte: Familienmedizin, narrative Medizin, Biographie und Krankheit, Patientenperspektive, Qualitative Forschung. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin (ifam) der Universität Düsseldorf.

Korrespondenzadresse

Dr. Vera Kalitzkus
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
Universitätsklinikum Düsseldorf
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf
Tel.: 0211 81-17771
Vera.Kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de

Literatur

1. Nipperdey T. Deutsche Geschichte 1866–1918. Erster Band: Arbeitswelt und Bürgergeist. München: Beck, 1991
2. Hamm H. Allgemeinmedizin, Familienmedizin. Lehrbuch und praktische Handlungsleitwege für den Hausarzt. Stuttgart: Thieme, 1986 [1980]
3. Kalitzkus V, Vollmar HC. Familienmedizin in der Hausarztpraxis – Eine Delphi-Studie zur Entwicklung einer gemeinsamen Arbeitsdefinition. *Z Allg Med* 2016; 92: 208–212
4. Kalitzkus V, Wilm S. Frühe Protagonistinnen und Protagonisten der Familienmedizin in Deutschland. Abschlussbericht. Düsseldorf, 2017
5. Kalitzkus V, Wilm S. Familie in der Medizin – Familienmedizin. In: Wonneberger A, Weidtmann K, Stelzig-Willutzki S. (Hrsg.). Familienwissenschaft. Grundlagen und Überblick. Heidelberg, Berlin: Springer, 2017: 417–450
6. Hamm H. Familienmedizin – als Wissensgebiet neu zu entdecken. Die Allgemeinmedizin rückt dieses Fach wieder ins Zentrum. *Fortschr Med* 1997; 115: 24–29
7. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM). Ausbildung, Weiterbildung, Fortbildung und wissenschaftliche Arbeit in der Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Entschleunigungen einer Klausurtagung des Vorstandes der DEGAM in Egelsbach bei Langen vom 13.–15.02.1981. Egelsbach: DEGAM, 1982; 31–33
8. Helmich P. Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung: ein Lernbuch für Ärztinnen, Ärzte, und Studierende. Berlin, Heidelberg: Springer, 1991
9. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. *Forum Qual Soc Res* 2000; 1: 22
10. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. Qualitative data analysis: a methods sourcebook. Los Angeles: Sage, 2014
11. Huygen FJA. Familienmedizin. Aufgabe für den Hausarzt. Stuttgart: Hippokrates, 1979
12. Braun RN. Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin: 82 Handlungsanweisungen für den Hausarzt. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, 1995
13. www.degam.de/fachdefinition.html (letzter Zugriff am 05.10.2017)
14. Abholz HH. Erfordernisse an die ambulante Medizin – Ableitung aus klinisch-epidemiologischen Befunden. *Argument-Sonderband AS 30*. Berlin: Argument-Verlag, 1979: 100–120; 30
15. Kater F. Das Beispiel Gesundheitszentrum Gropiusstadt – Psychosoziale Medizin in einer kassenärztlichen Gruppenpraxis? *psychosozial* 1981; 9: 29–42
16. Hoffmann U, Schubert I, Tatschmurat C, Zettel O. Gruppenpraxis und Gesundheitszentrum. *Neue Modelle medizinischer und psychosozialer Versorgung*. Frankfurt a.M., 1982: 96–98
17. Bahrs O, Hesse E. Das Motivationsgespräch – Chancen der Selbsthilfeförderung im Rahmen der ärztlichen Sprechstunde. In: Bahrs O, Fischer-Rosenthal W, Szecsenyi J. Vom Ablichten zum im-Bilde-Sein: Video-Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im ärztlichen Qualitätszirkel. Würzburg: Königshausen & Neumann, 1996: 219–260
18. Abholz HH. Das Besondere der Allgemeinmedizin – und wie es durch andere und durch uns selbst bedroht wird. *Z Allg Med* 2009; 85: 67–73
19. Fischer-Sohnius GC. Notwendigkeit der Familienmedizin aus Sicht der Allgemeinmedizin. In: Collatz J (Hrsg.). Familienmedizin in Deutschland: Notwendigkeit, Dilemma, Perspektiven. Für eine inhaltlich orientierte Gesundheitsreform. Lengerich: Pabst, 2010: 201–17; 215



DEGAM im Netz

- www.degam.de
- www.degam-leitlinien.de
- www.degam-patienteninfo.de
- www.tag-der-allgemeinmedizin.de
- www.degam2017.de
- www.online-zfa.de
- www.degam-famulaturboerse.de
- www.facebook.com/degam.allgemeinmedizin