



Wonca

World family doctors. Caring for people.

EUROPE

DIE EUROPÄISCHE DEFINITION DER ALLGEMEINMEDIZIN / HAUSARZTMEDIZIN

WONCA EUROPE 2002

SSMG
SGAM

Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
Société Suisse de Médecine Générale
Società Svizzera di Medicina Generale

Mitglied der WONCA



ögam

Österreichische Gesellschaft für
Allgemein- und Familienmedizin – Mitglied der WONCA

Die EUROPÄISCHEN DEFINITIONEN
der Schlüsselemente der Disziplin der Allgemeinmedizin,
der Rolle des Arztes für Allgemeinmedizin
und
eine Darstellung der Kernkompetenzen des Arztes für
Allgemeinmedizin / Hausarztes.

Erarbeitet von WONCA EUROPE
(Europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin)
2002

Dr. Justin Allen
Leiter der Postgraduiertenausbildung
für Allgemeinmedizin
Centre for Postgraduate
Medical Education,
Universität Leicester, Großbritannien
Präsident der EURACT

Professor Jan Heyrman
Katholische Universität Löwen
Belgien

Professor Igor Svab
Universität Ljubljana
Slowenien

Professor Bernard Gay
Präsident der CNGE, Paris, Frankreich
Universität Bordeaux, Frankreich

Dr. Paul Ram
Universität Maastricht
Niederlande

Professor Harry Crebolder
Universität Maastricht
Niederlande

Redaktionelle Bearbeitung:
Dr. Philip Evans
Präsident der WONCA EUROPE

Diese Erklärung wurde mit Unterstützung des
WHO-Europabüros in Barcelona, Spanien, veröffentlicht.

Übersetzung aus dem Englischen:

- Dipl. Dolm. Eva Fürthauer, Wien.

Redaktionelle Bearbeitung:

Für die **ÖGAM** (Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin):

- Dr. Erwin Rebhandl (Präsident),
- Dr. Reinhold Glehr (1. Vizepräsident)
- Dr. Bernhard Fürthauer (2. Vizepräsident).

Für die **SGAM** (Schweizer Gesellschaft für Allgemeinmedizin):

- Dr. Jacques de Haller (Präsident),
- Dr. Bruno Kissling (Sekretär),
- Dr. Hansueli Späth (Vorstands- und
Vorstandsausschussmitglied).

Bei Unklarheiten gilt die englische Originalversion!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird ausschliesslich die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Personen weiblichen Geschlechtes immer mitgemeint.

Onlineversion:

ÖGAM: <http://www.oegam.at>

SGAM: <http://www.sgam.ch>

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	5
2. DIE EUROPÄISCHEN DEFINITIONEN 2002	7
3. ERLÄUTERUNGEN ZU DEN NEUEN DEFINITIONEN	11
4. ERLÄUTERUNGEN ZU DEN KERNKOMPETENZEN.....	17
5. AKADEMISCHER ÜBERBLICK UND ANALYSE: DIE NEUEN DEFINITIONEN	20
6. AKADEMISCHER ÜBERBLICK UND ANALYSE: DIE KERNKOMPETENZEN.....	40
7. ANHÄNGE	48
Anhang 1 – Definitionen von Leeuwenhorst, WONCA und Olesen	
Anhang 2 – Entstehungsgeschichte des Dokuments	
Anhang 3 – Danksagungen	
Anhang 4 – Mitgliedsländer der WONCA Europe	

WONCA EUROPE gestattet die Herstellung von Kopien sowie die weltweite kostenlose Verbreitung der elektronischen Fassung der EUROPÄISCHEN DEFINITION DER ALLGEMEINMEDIZIN für akademische Zwecke und zur Verwendung in der Ausbildung. WONCA EUROPE ist Eigentümer des Urheberrechts an diesem Text und jede andere Verwendung desselben bedarf der Zustimmung durch WONCA EUROPE.

Der Verkauf bzw. die kommerzielle Verbreitung von Kopien des Textes ist ausgeschlossen.

1. EINLEITUNG

Diese im Konsens der beteiligten Autoren erarbeitete Erklärung definiert einerseits die Disziplin der Allgemeinmedizin und ihre Aufgaben und enthält andererseits eine Darstellung der vom Arzt für Allgemeinmedizin geforderten Kernkompetenzen. Sie umreißt die wesentlichen Elemente der akademischen Disziplin und beinhaltet eine verbindliche Darstellung der Leistungen, die Ärzte für Allgemeinmedizin/Hausärzte in Europa zur Sicherstellung einer höchsten Qualitätsanforderungen entsprechenden und gleichzeitig kostenwirksamen Patientenbetreuung erbringen sollten. Aus den in diesem Dokument enthaltenen Definitionen lassen sich Anforderungskataloge für Ausbildung, Forschung und Qualitätssicherung ableiten, die eine Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin zur Erfüllung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung im 21. Jahrhundert gewährleisten.

Innerhalb Europas bestehen wesentliche Unterschiede in der Struktur der Gesundheitssysteme und in der Praxis der Allgemeinmedizin. In den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und auch in den Kandidatenländern unterliegt die medizinische Ausbildung der EU-Richtlinie 93/16, die in erster Linie die Freizügigkeit von Ärzten erleichtern soll. Bedauerlicherweise geht die Richtlinie kaum auf den Inhalt und die Qualität der postgraduellen Weiterbildung ein. Es ist daher von größter Wichtigkeit, dass Hausärzte zum Schutz der Patienten eine Aus- und Weiterbildung erhalten, die ihnen die erforderlichen Qualifikationen zur Ausübung ihres Berufs in *allen* Mitgliedsstaaten vermittelt.

Diese Erklärung wurde im Auftrag der WONCA Europe (Europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin), der Regionalorganisation der Weltorganisation für Allgemeinmedizin (WONCA), erarbeitet.

Die WONCA Europa nimmt auf akademischer und wissenschaftlicher Ebene die Aufgabe der Vertretung (leadership and representation) der Disziplin der Allgemeinmedizin in Europa wahr.

Unter ihren Mitgliedern befinden sich sowohl die nationalen akademischen Organisationen der Allgemeinmedizin aus dreißig europäischen Ländern als auch einzelne Ärzte für Allgemeinmedizin.

Die Hauptaufgabe der WONCA Europe besteht in der Förderung und Weiterentwicklung der Disziplin zur Erzielung und Wahrung höchster Qualitätsstandards im Bereich von Aus-, Weiter- und Fortbildung, Forschung und klinischer Praxis zum Nutzen des einzelnen Patienten und der Gemeinschaft.

Die Reform der nationalen Gesundheitssysteme sind in Europa ebenso wie in anderen Teilen der Welt in Gang. Angesichts der demographischen Veränderungen, des medizinischen Fortschritts, der Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsökonomie und der sich verändernden Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten sucht man nach neuen Wegen bei der Erbringung gesundheitsbezogener Leistungen. Internationale Daten¹ belegen, dass Gesundheitssysteme, die auf einer wirksamen Primärversorgung durch gut ausgebildete niedergelassene Ärzte für Allgemeinmedizin/Hausärzte aufbauen, eine wirtschaftlichere und klinisch wirksamere Form der Betreuung bieten als Systeme mit niedrigerer Wertigkeit der Primärversorgung.

Es ist von größter Wichtigkeit, dass die komplexe und essentielle Rolle des Hausarztes im Gesundheitssystem nicht nur innerhalb des medizinischen Berufsstandes, sondern auch in verwandten Gebieten wie in der Gesundheitsplanung und der Gesundheitsökonomie, und ebenso von Politikern und der Öffentlichkeit zur Gänze verstanden wird. In Europa sind vermehrte Investitionen im Bereich der Allgemeinmedizin erforderlich, wenn die Gesundheitssysteme ihrem Potential zum Wohl der Patienten gerecht werden sollen. Investitionen sind nicht nur auf personeller und infra-struktureller Ebene zu tätigen, sondern auch in den Bereichen Bildung, Forschung und Qualitätssicherung.

Die Veröffentlichung dieser neuen Definitionen und der Kernkompetenzen soll einen Betrag zur Debatte über die essentielle Rolle der Allgemeinmedizin in den Gesundheitssystemen auf nationaler und gesamteuropäischer Ebene leisten.

LITERATURHINWEISE

1. Starfield B., Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press, 1998.

2. DIE EUROPÄISCHEN DEFINITIONEN 2002

DIE ALLGEMEINMEDIZIN / HAUSARZTMEDIZIN ALS EIGENE DISZIPLIN UND ALS SPEZIALGEBIET

Die Allgemeinmedizin ist eine akademische und wissenschaftliche Disziplin mit eigenen Lehrinhalten, eigener Forschung, eigener Nachweisbasis und einer eigenständigen klinischen Tätigkeit; als klinisches Spezialgebiet ist sie auf die Primärversorgung ausgerichtet.

I. Die Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin als Disziplin:

- A) Die Allgemeinmedizin stellt normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person.
- B) Sie nutzt die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen, und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von Patientenangelegenheiten übernimmt.
- C) Sie arbeitet mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist.
- D) Sie bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses, der durch effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient den Aufbau einer Langzeitbeziehung ermöglicht.
- E) Sie ist für eine durch die Bedürfnisse des Patienten bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich.
- F) Sie verfügt über einen spezifischen Entscheidungsfindungsprozess, der durch die Prävalenz und Inzidenz von Krankheit in der Bevölkerung bestimmt wird.

- G) Sie befasst sich gleichzeitig mit den akuten und chronischen Gesundheitsproblemen der einzelnen Patienten.
- H) Sie befasst sich mit Erkrankungen, die sich im Frühstadium ihres Auftretens in undifferenzierter Form darstellen und möglicherweise eine dringende Intervention erfordern.
- I) Sie fördert Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention.
- J) Sie trägt eine spezifische Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit.
- K) Sie beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihrer physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimensionen.

II. Die Allgemeinmedizin als Spezialgebiet

Allgemeinmediziner sind Spezialisten, die eine Ausbildung in den Grundprinzipien der Disziplin erfahren haben. Als Hausärzte sind sie in erster Linie für eine umfassende und kontinuierliche Betreuung aller Personen verantwortlich, die der medizinischen Hilfe bedürfen, und zwar unabhängig von deren Alter, Geschlecht und Erkrankung. Sie betreuen Menschen im Rahmen ihrer Familie, ihrer Gemeinschaft und ihrer Kultur, wobei sie stets die Autonomie ihrer Patienten respektieren. Sie sind sich ihrer beruflichen Verantwortung innerhalb der von ihnen versorgten Gemeinschaft bewusst. Bei der Erarbeitung von Behandlungsplänen mit ihren Patienten berücksichtigen sie physische, psychologische, soziale, kulturelle und existentielle Faktoren, wobei sie sich das durch wiederholte Kontakte erworbene Wissen und das entstandene Vertrauensverhältnis zunutze machen. Allgemeinmediziner/ Hausärzte nehmen ihre berufliche Rolle wahr, indem sie Gesundheit fördern, Krankheiten vorbeugen, und Heilung, Betreuung oder Linderung anbieten. Nach Maßgabe der gesundheitlichen Bedürfnisse und der in der Gemeinschaft verfügbaren Ressourcen geschieht dies entweder auf direktem Wege oder durch die Leistungen anderer, wobei Ärzte für Allgemeinmedizin ihren Patienten nötigenfalls beim Zugang zu derartigen Leistungen behilflich sind. Sie tragen die Verantwortung für die Weiterentwicklung und Erhaltung ihrer eigenen beruflichen Fähigkeiten, ihres persönlichen Gleichgewichts und ihrer Werte als Grundlage für eine wirksame und sichere Patientenbetreuung.

III. Die Kernkompetenzen des Arztes für Allgemeinmedizin / Hausarztes

Eine Definition der Disziplin der Allgemeinmedizin und des Hausarztes als Spezialist erfordert zwingend eine Darstellung der Kernkompetenzen des Allgemeinmediziners / Hausarztes. Unter Kernkompetenzen sind – unabhängig vom jeweiligen Gesundheitssystem – die für die Ausübung der Disziplin essentiellen Fähigkeiten zu verstehen.

§1.

Die elf zentralen Wesensmerkmale der Disziplin beziehen sich auf elf Fähigkeiten, die jeder Hausarzt als Spezialist beherrschen sollte. Sie lassen sich in sechs Kernkompetenzen zusammenfassen (unter Bezugnahme auf die entsprechenden Wesensmerkmale):

1. Erfüllung der Primärversorgungsaufgaben (a, b)
2. Personenbezogene Betreuung (c, d, e)
3. Spezifische Problemlösungsfertigkeiten (f, g)
4. Umfassender Ansatz (h, i)
5. Gemeinschaftsorientierung (j)
6. Ganzheitliches Modell (k)

§2.

In der Ausübung seines Fachs setzt der kompetente Allgemeinmediziner diese Fähigkeiten in drei Bereichen um:

- a) klinische Aufgaben
- b) Kommunikation mit den Patienten, und
- c) Praxismanagement.

§3.

Für eine personen-orientierte wissenschaftliche Disziplin müssen drei Hintergrundelemente als fundamental betrachtet werden:

- a) Der Kontext: Betrachtung des Umfelds der Person, der Familie, der Gemeinschaft und deren Kultur
- b) Die Haltung: Ausdruck der beruflichen Fähigkeiten, Wertvorstellungen und moralischen Überzeugungen des Arztes
- c) Der wissenschaftliche Ansatz: Anwendung einer kritischen und auf Forschung basierenden Arbeitsweise in der Praxis und Förderung derselben durch ein kontinuierliches berufsbegleitendes Lernen und Qualitätsverbesserung.

Die wechselseitigen Beziehungen zwischen Kernkompetenzen (§1), Umsetzungsbereichen (§2) und grundlegenden Merkmalen (§3) kennzeichnen die Disziplin und unterstreichen die Komplexität des Fachgebietes.

Diese komplexe Wechselwirkung der Kernkompetenzen sollte der Entwicklung der fachbezogenen Lehrinhalte, der Forschung und den Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zugrunde liegen und darin reflektiert werden.

3. ERLÄUTERUNGEN ZU DEN NEUEN DEFINITIONEN

Die Allgemeinmedizin als Disziplin und medizinisches Spezialgebiet

Es besteht die Notwendigkeit sowohl die Allgemeinmedizin als Disziplin, als auch die Rolle des Hausarztes als Spezialist zu definieren. Ersteres ist notwendig, um die akademische Grundlage und den Rahmen der Disziplin festzulegen und prägt somit die Entwicklung von Ausbildung, Forschung und Qualitätsverbesserung. Letzteres ist notwendig, um diese akademische Definition in die Realität des Hausarztes als Spezialist zu übertragen, der mit Patienten in den verschiedenen Gesundheitssystemen Europas arbeitet.

1. Die Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin als Disziplin:

- a) *Die Allgemeinmedizin stellt normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person.*

Die Verwendung des Begriffs „normalerweise“ weist darauf hin, dass die Allgemeinmedizin unter bestimmten Umständen, z.B. im Falle schwerer Traumata, nicht den ersten Kontaktpunkt darstellt. Sie sollte jedoch in der Mehrzahl der Fälle dieser erste Kontaktpunkt sein. Es sollte keine Zugangsbeschränkungen geben und Hausärzte sollten sich aller Patienten, unabhängig von Alter, Geschlecht und Art des Gesundheitsproblems, annehmen. Die Allgemeinpraxis ist die wesentliche und erste Quelle der Versorgung. Sie deckt ein weites Tätigkeitsfeld, das durch die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten bestimmt wird, ab. Diese Sichtweise eröffnet der Disziplin ein vielfältiges Aufgabengebiet und die Möglichkeit ihres Einsatzes bei der Bewältigung individueller und gemeinschaftsbezogener Probleme.

- b) *Sie nutzt die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen, und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von Patientenangelegenheiten übernimmt.*

Diese Koordinierungsrolle ist ein Schlüssel zur Wirtschaftlichkeit einer qualitativ hochstehenden Primärversorgung, denn sie gewährleistet, dass die Patienten an den für ihr Problem am besten geeigneten Ansprechpartner im medizinischen System gelangen. Die Zusammenführung der verschiedenen Leistungserbringer, die entsprechende Weiterleitung von Information und die Vereinbarung, wer Behandlungen verordnet, macht eine koordinierende Stelle erforderlich. Die Allgemeinmedizin kann diese Schlüsselrolle übernehmen, sofern die strukturellen Bedingungen dies zulassen. Die Zusammenarbeit aller gesundheitsbezogenen Berufe als Team mit dem Patienten im Mittelpunkt ist der Qualität der Versorgung förderlich. In ihrer Funktion als Schnittstelle zu anderen Fachgebieten stellt die Allgemeinmedizin sicher, dass Patienten, welche hochtechnologischer Leistungen aus dem Bereich der Sekundärversorgung bedürfen, einen geeigneten Zugang dazu erhalten können. Die Disziplin hat außerdem die Aufgabe, die Interessen der Patienten zu vertreten und sie vor Schaden zu bewahren, der durch unnötige Vorsorgeuntersuchungen, Tests und Behandlungen erwachsen kann, sowie Orientierung auf dem Weg durch die komplexen Strukturen des Gesundheitssystems anzubieten.

- c) *Sie arbeitet mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist.*

Die Allgemeinmedizin beschäftigt sich mit Menschen und deren Problemen im Kontext ihrer Lebensumstände, nicht jedoch mit unpersönlichen Pathologien oder „Fällen“. Der Ausgangspunkt des Prozesses ist stets der Patient. Ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie Patienten ihre Krankheit bewältigen und betrachten, ist für den Allgemeinmediziner ebenso wichtig wie die Behandlung der Krankheit selbst. Der gemeinsame Nenner ist die Person mit ihren Überzeugungen, Ängsten, Erwartungen und Bedürfnissen.

- d) *Sie bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses, der durch effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient den Aufbau einer Langzeitbeziehung ermöglicht.*

Jeder Kontakt zwischen Patient und Hausarzt trägt zur Entwicklung einer Beziehung bei, und jede Konsultation baut auf der bereits gesammelten, gemeinsamen Erfahrung auf. Diese persönliche Beziehung hängt in ihrer Wertigkeit von den kommunikativen Fähigkeiten des Hausarztes ab und ist ein Therapeutikum an sich.

- e) *Sie ist für eine durch die Bedürfnisse des Patienten bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich.*

Der allgemeinmedizinische Ansatz muss von der Geburt (manchmal auch davor) bis zum Tod (manchmal auch danach) konstant bleiben. Er gewährleistet Kontinuität der Betreuung durch lebenslange Begleitung des Patienten. Die medizinische Akte ist der ausdrückliche Beweis dieser Konstanz. Sie ist das objektive Gedächtnis der Konsultationen, aber dennoch nur ein Teil der gemeinsamen Geschichte von Arzt und Patient. Hausärzte betreuen Patienten während langer Lebensabschnitte und im Laufe zahlreicher Krankheitsepisoden. Sie sind für die Gewährleistung einer gesundheitlichen Versorgung rund um die Uhr verantwortlich. Wenn sie zur persönlichen Leistungserbringung nicht in der Lage sind, geben sie diese in Auftrag und koordinieren sie.

- f) *Sie verfügt über einen spezifischen Entscheidungsfindungsprozess, der durch die Prävalenz und Inzidenz von Krankheit in der Bevölkerung bestimmt wird.*

In der Primärversorgung (Grundversorgung) tätige Hausärzte sind mit Problemen in völlig anderer Form konfrontiert als Ärzte in der Sekundärversorgung. Die Prävalenz und Inzidenz von Krankheiten unterscheiden sich von jenen im Krankenhausumfeld, und die Häufigkeit schwerer Erkrankungen ist in der Allgemeinpraxis geringer, da keine Vorselektion erfolgt.

Dies erfordert einen spezifischen, auf Wahrscheinlichkeit basierenden Prozess der Entscheidungsfindung, der auf der Kenntnis der Patienten und des Umfeldes aufbaut. Der positive oder negative Vorhersagewert eines klinischen Symptoms oder eines diagnostischen Tests hat in der Allgemeinmedizin ein anderes Gewicht als im Krankenhausumfeld.

Hausärzte müssen oft Patienten mit Angst vor einer Krankheit beruhigen, indem sie die befürchtete Krankheit ausschließen.

g) Sie befasst sich gleichzeitig mit den akuten und chronischen Gesundheitsproblemen der einzelnen Patienten.

Die Allgemeinmedizin hat sich mit allen gesundheitlichen Problemen des einzelnen Patienten zu beschäftigen. Sie kann sich nicht auf die Behandlung der präsentierten Krankheit allein beschränken; oft muss der Arzt gleichzeitig mehrere Probleme handhaben. Der Patient konsultiert den Arzt oft mit mehreren Beschwerden, deren Zahl mit dem Alter zunimmt. Das gleichzeitige Eingehen auf mehrere Bedürfnisse erfordert ein hierarchisches Management der Problemlösung, das den Prioritäten des Patienten und des Arztes Rechnung trägt.

h) Sie befasst sich mit Erkrankungen, die sich im Frühstadium ihres Auftretens in undifferenzierter Form darstellen und möglicherweise eine dringende Intervention erfordern.

Patienten suchen den Arzt oft beim ersten Auftreten von Symptomen auf. Das Stellen einer Diagnose kann in diesem frühen Stadium schwierig sein. Dies bedeutet möglicherweise, dass für den Patienten wichtige Entscheidungen auf der Grundlage begrenzter Informationen getroffen werden müssen und dass der prädiktive Wert klinischer Untersuchungen und Tests weniger sicher ist. Selbst wenn die Zeichen einer bestimmten Krankheit allgemein wohl bekannt sind, muss dies für ihre frühen Anzeichen nicht zutreffen; diese sind oft nicht spezifisch und für viele andere Krankheiten gleich.

Risikomanagement wird unter diesen Umständen zu einem Schlüsselement der Disziplin. Sobald ein abwendbarer gefährlicher Verlauf ausgeschlossen ist, obliegt es der Entscheidung des Arztes, weitere Entwicklungen abzuwarten und die Situation später neu zu überprüfen. Das Ergebnis einer einzelnen Konsultation bleibt oft auf ein oder mehrere Symptome beschränkt, die zwar einen allgemeinen Hinweis auf eine Erkrankung, aber kaum eine vollständige Diagnose liefern.

i) Sie fördert Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention.

Interventionen müssen angemessen, wirksam und, soweit wie möglich, nachweisbezogen sein. Eine unnötige Intervention kann Schaden anrichten und stellt eine Vergeudung wertvoller Ressourcen des Gesundheitssystems dar.

j) *Sie trägt eine spezifische Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit.*

Die Disziplin anerkennt ihre Verantwortung in Gesundheitsfragen sowohl gegenüber dem einzelnen Patienten als auch gegenüber der Gemeinschaft. Dies kann unter Umständen zu Spannungen und Interessenskonflikten führen, die entsprechend bewältigt werden müssen.

k) *Sie beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihrer physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimensionen.*

Die Disziplin muss all diesen Dimensionen gleichzeitig gerecht werden und sie in geeigneter Weise gewichten. Krankheitsverhalten und Krankheitsmuster sind vielfältig und Interventionen, die nicht auf die Beseitigung der Wurzel des Problems abzielen, können viel Leid verursachen.

2. Die Allgemeinmedizin als Spezialgebiet

Allgemeinmediziner sind Spezialisten, die eine Ausbildung in den Grundprinzipien der Disziplin erfahren haben. Als Hausärzte sind sie in erster Linie für eine umfassende und kontinuierliche Betreuung aller Personen verantwortlich, die der medizinischen Hilfe bedürfen, und zwar unabhängig von deren Alter, Geschlecht und Erkrankung. Sie betreuen Menschen im Rahmen ihrer Familie, ihrer Gemeinschaft und ihrer Kultur, wobei sie stets die Autonomie ihrer Patienten respektieren. Sie sind sich ihrer beruflichen Verantwortung innerhalb der von ihnen versorgten Gemeinschaft bewusst. Bei der Erarbeitung von Behandlungsplänen mit ihren Patienten berücksichtigen sie physische, psychologische, soziale, kulturelle und existentielle Faktoren, wobei sie sich das durch wiederholte Kontakte erworbene Wissen und das entstandene Vertrauensverhältnis zunutze machen. Allgemeinmediziner / Hausärzte nehmen ihre berufliche Rolle wahr, indem sie Gesundheit fördern, Krankheiten vorbeugen, und Heilung, Betreuung oder Linderung

anbieten. Nach Maßgabe der gesundheitlichen Bedürfnisse und der in der Gemeinschaft verfügbaren Ressourcen geschieht dies entweder auf direktem Wege oder durch die Leistungen anderer, wobei Ärzte für Allgemeinmedizin ihren Patienten nötigenfalls beim Zugang zu derartigen Leistungen behilflich sind. Sie tragen die Verantwortung für die Weiterentwicklung und Erhaltung ihrer eigenen beruflichen Fähigkeiten, ihres persönlichen Gleichgewichts und ihrer Werte als Grundlage für eine wirksame und sichere Patientenbetreuung.

Diese Definition der Rolle des Hausarztes stellt die Wesensmerkmale der geschilderten Disziplin in Kontext zum praktizierenden Arzt. Sie entspricht einem Ideal, das jeder Hausarzt anstreben kann. Einzelne Elemente dieser Definition sind nicht nur auf Hausärzte, sondern ganz allgemein auf den gesamten Berufsstand anwendbar. Dennoch ist das Fach Allgemeinmedizin das einzige, das alle der genannten Merkmale umsetzen kann. Als Beispiel einer gemeinsamen Verantwortung sei die Aufrechterhaltung des Qualifikationsniveaus genannt, eine Aufgabe, die sich vor allem für allein praktizierende Hausärzte als besonders schwierig erweisen kann.

4. ERLÄUTERUNGEN ZU DEN KERNKOMPETENZEN

Die Definition des Faches Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin und des Facharztes für Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin erfordert zwingend eine Darstellung der Kernkompetenzen.

„Kern“ bedeutet essentiell für das Fach, unabhängig vom jeweiligen Gesundheitssystem.

Diese sind in drei Kategorien zusammengefasst, die sich auf das Fach (§1), die praktische Ausübung des Spezialgebiets (§2) und einige Hintergrundelemente (§3) beziehen.

§1. Die elf zentralen Wesensmerkmale der Disziplin beziehen sich auf elf Fähigkeiten, die jeder Hausarzt als Spezialist beherrschen sollte. Sie lassen sich in sechs Kernkompetenzen zusammenfassen:

1. Erfüllung der Primärversorgungsaufgaben

die Fähigkeit,

- a) den Erstkontakt mit Patienten zu gestalten;
- b) die Betreuung mit anderen in der Primärversorgung tätigen Berufen und mit anderen Fachärzten zu koordinieren mit dem Ziel einer wirksamen und angemessenen Leistungserbringung, nötigenfalls unter Wahrnehmung der Rolle als Interessensvertreter des Patienten.

2. Personenbezogene Betreuung

die Fähigkeit,

- c) einen personenbezogenen Ansatz im Umgang mit Patienten und Problemen anzuwenden;
- d) die allgemeinmedizinische Konsultation so zu entwickeln und einzusetzen, dass sie zu einer effektiven Arzt-Patient-Beziehung führt;
- e) eine Langzeitbetreuung nach Maßgabe der Bedürfnisse des Patienten anzubieten.

3. Spezifische Problemlösungsfähigkeiten

die Fähigkeit,

- f) einen spezifischen, durch die Krankheitsprävalenz und -inzidenz in der örtlichen Bevölkerung determinierten Entscheidungsfindungsprozess zu benutzen;
- g) gesundheitliche Zustände, die sich in einer Frühphase und in undifferenzierter Form präsentieren, zu handhaben und wenn nötig notfallmäßig zu intervenieren.

4. Umfassender Ansatz

die Fähigkeit,

- h) gleichzeitig mit akuten und chronischen Gesundheitsproblemen des Einzelnen umzugehen;
- i) Gesundheit und Wohlbefinden durch geeignete Anwendung gesundheitsfördernder und krankheitsverhütender Strategien zu fördern.

5. Gesellschaftsausrichtung

die Fähigkeit,

- j) die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse einzelner Patienten und der Gesellschaft in der sie leben unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen in Einklang zu bringen.

6. Ganzheitliches Modell

die Fähigkeit,

- k) ein bio – psycho - soziales Modell unter Einbeziehung kultureller und existentieller Dimensionen einzusetzen.

§2. In der Ausübung seines Faches setzt der kompetente Allgemeinmediziner diese Kompetenzen in drei wichtigen Bereichen ein:

- a) bei klinischen Aufgaben
- b) in der Kommunikation mit Patienten
- c) im Praxismanagement.

§3. Für eine personen-orientierte wissenschaftliche Disziplin müssen drei Hintergrundelemente als fundamental betrachtet werden:

- a) Der Kontext: Betrachtung des Umfelds der Person, der Familie, der Gemeinschaft und deren Kultur
- b) Die Haltung: Ausdruck der beruflichen Fähigkeiten, Wertvorstellungen und moralischen Überzeugungen des Arztes
- c) Der wissenschaftliche Ansatz: Anwendung einer kritischen und auf Forschung basierenden Arbeitsweise in der Praxis und Förderung derselben durch kontinuierliches berufsbegleitendes Lernen und Qualitätsverbesserung

Die wechselseitigen Beziehungen zwischen Kernkompetenzen (§1), Umsetzungsbereichen (§2) und grundlegenden Merkmalen (§3) kennzeichnen die Disziplin und unterstreichen die Komplexität des Fachgebietes.

Diese komplexe Wechselwirkung der Kernkompetenzen sollte der Entwicklung der fachbezogenen Lehrinhalte, der Forschung und den Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zugrunde liegen und darin reflektiert werden.

5. AKADEMISCHER ÜBERBLICK UND ANALYSE: DIE NEUEN DEFINITIONEN

Einleitung

Die Leeuwenhorst-Gruppe schuf 1974 eine Erklärung unter dem Titel „Der Allgemeinmediziner in Europa“¹. Damals steckte die Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin als Disziplin vor allem hinsichtlich ihrer Lehr- und Forschungsgrundlage noch in den Kinderschuhen. Fast dreißig Jahre später hat sich die Welt erheblich verändert und nirgends war diese Veränderung augenscheinlicher als im Gesundheitssystem. Heute ist die Allgemeinmedizin in allen europäischen Gesundheitssystemen fest verankert und ihre zunehmende Bedeutung wird von allen Leistungserbringern anerkannt. Dies wird auch im Rahmendokument der WHO Europa aus dem Jahr 1998² betont und kommt darin zum Ausdruck, dass die Allgemeinmedizin in den meisten Ländern des ehemaligen Ostblocks als Grundlage der neuen Gesundheitssysteme eingeführt wird.

Die Gesellschaft hat sich im Verlauf der letzten dreißig Jahren verändert, und die Rolle des Patienten als bestimmender Faktor im Gesundheitswesen und dessen Leistungsangebotes hat zugenommen. Die Meinung des Klinikers gilt nicht mehr als sakrosankt und es entsteht ein neuer Dialog zwischen Konsumenten und Anbietern von gesundheitsbezogenen Leistungen. Der künftige Hausarzt muss sich dieser Veränderung nicht nur bewusst sein, sondern auch fähig sein, sich in einem solchen Umfeld zu entwickeln. Es ist wichtig, dass sich das Fach Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin in gleichem Maß weiter entwickelt; wie sich das Gesundheitssystem ändert, in welchem es tätig ist, und dass es auf die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der Patienten reagiert. Hausärzte müssen in die kontinuierliche Weiterentwicklung ihres Gesundheitssystems einbezogen werden und sie müssen auch persönlich für Veränderungen bereit sein, wenn sie den neuen Herausforderungen gewachsen sein wollen.

In seinem jüngsten Vortrag bei der Frühjahrstagung des RCGP³ betonte Van Weel die Notwendigkeit einer akademischen Entwicklung zur Gewährleistung des Transfers von Wissen, Sachkenntnis und Erfahrung, zur Erarbeitung von den spezifischen Erfordernissen der Allgemeinpraxis angepassten Techniken und Methoden, und zur Erforschung der Wirksamkeit der allgemeinmedizinischen Betreuung. Außerdem unterstrich er die Bedeutung der

Grundwerte der Hausarztmedizin und die Notwendigkeit einer gemeinsamen Lehr-, Forschungs- und Ausbildungskultur. Es ist daher an der Zeit, die Definitionen der Rolle des Hausarztes zu überprüfen und ein klares Statement zu den Wesensmerkmalen des Faches Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin zu entwickeln.

Die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union stehen ebenso wie die Beitrittskandidaten vor einer weiteren Herausforderung: die EU-Richtlinie 93/16⁴ soll die Freizügigkeit der Ärzte fördern; und so ist es selbstverständlich, dass Hausärzte zum Schutz der Patienten eine Aus- und Weiterbildung erhalten sollen, die sie ohne zusätzliche Qualifikationserfordernis zur Ausübung ihres Berufs in jedem Mitgliedsstaat befähigt. Daraus folgt die Bedeutung eines Konsenses zu den Wesensmerkmalen der Disziplin und den Aufgaben, die der Hausarzt erfüllen soll.

Die Richtlinie 93/16 fordert nur eine postgraduelle Weiterbildung von mindestens zwei Jahren und eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit in einem allgemeinmedizinischen Umfeld. In einigen Ländern wurde die geforderte Weiterbildungszeit auf drei oder mehr Jahre ausgedehnt. Das Konsensdokument der UEMO über eine spezifische allgemeinmedizinische Weiterbildung⁵ aus dem Jahr 1994 tritt für eine Verlängerung der Weiterbildungszeit auf mindestens drei Jahre ein und sieht einen praktischen und einen theoretischen Teil vor, wobei mindestens 50% der klinischen Weiterbildungszeit in einem allgemeinmedizinischen Umfeld zu absolvieren sind. Der Beratende Ausschuss für Medizinische Aus- und Weiterbildung (ACTM – Advisory Committee on Medical Training)⁶ hat sich den Standpunkt der UEMO zu eigen gemacht und der Europäischen Kommission eine entsprechende Änderung der Richtlinie empfohlen – Einführung einer dreijährigen Weiterbildungszeit, davon 50% in der Praxis, und Einbeziehung von Allgemeinmedizinern als Verantwortungsträger der allgemeinmedizinischen Weiterbildung auf allen Ebenen. Bedauerlicherweise wurde diese Empfehlung von der Europäischen Kommission bisher nicht angenommen.

Angesichts der Schwierigkeiten bei dem Versuch, eine Änderung von Titel 4 der Richtlinie zu erwirken, der sich auf die Allgemeinmedizin und den Platz derselben im Lehrplan medizinischer Fakultäten/Universitäten bezieht, wurde vorgeschlagen, die weitere Entwicklung der Disziplin auf anderem Wege zu verfolgen, und zwar durch Aufnahme des „Facharztes für Allgemeinmedizin“ in die Liste der in Titel 3 aufgeführten Spezialgebiete. Diese Frage ist jedoch nicht Gegenstand dieses Dokuments, das die Grundprinzipien des Faches Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin aufzeigen soll.

Rolle, Disziplin und Gesundheitssystem

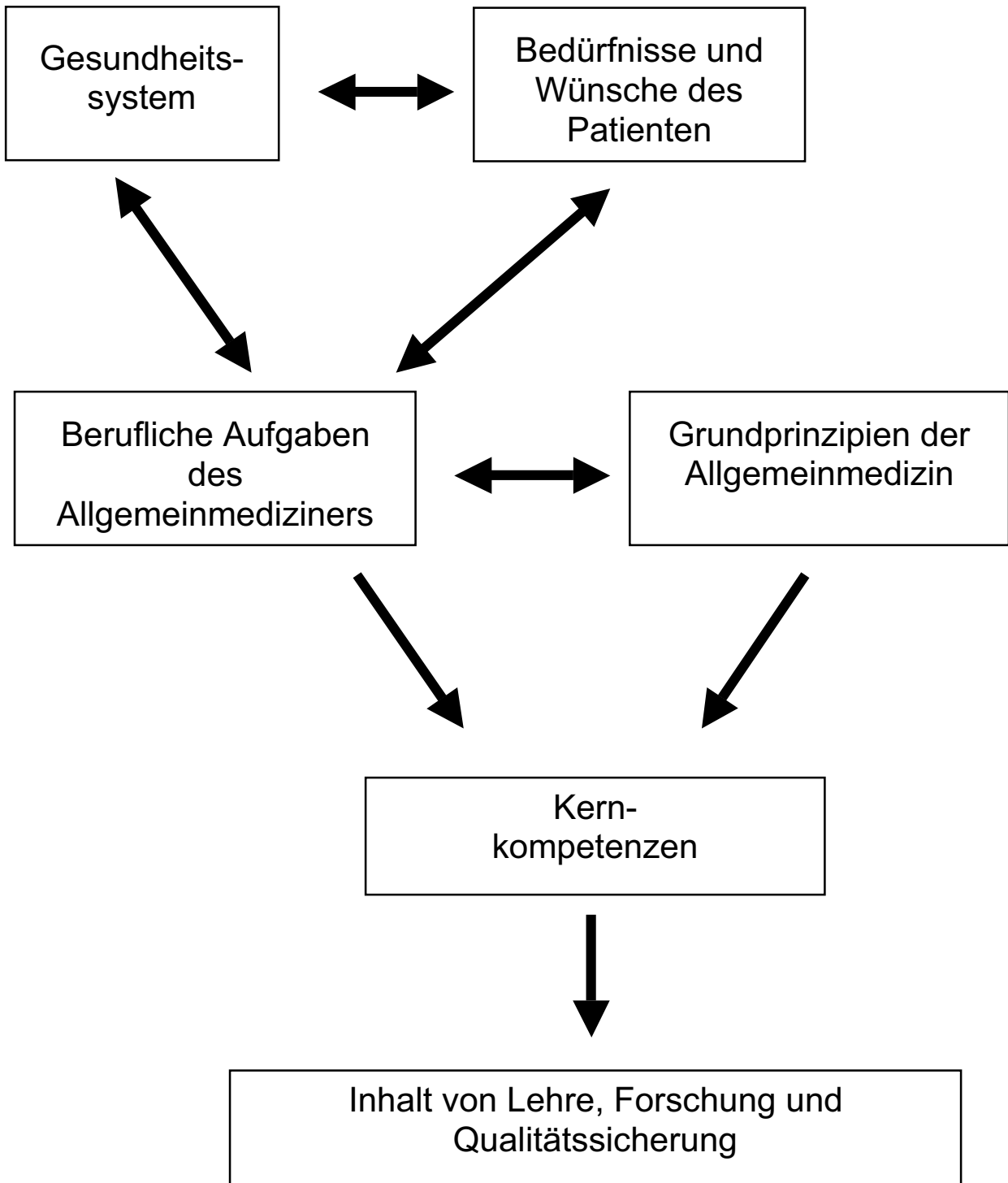
Bei der Erarbeitung einer neuen Definition sind verschiedene Ansätze denkbar. Die Leeuwenhorst - Gruppe und zuletzt auch Olesen et al⁷ haben die Parameter des Faches durch Beschreibung der verschiedenen Aufgaben des Hausarztes definiert. Ein alternativer Zugang besteht im Versuch, die Grundprinzipien des Faches Allgemein-medicin / Hausarztmedizin zu definieren. Diesen Ansatz hat Gay in der Eröffnungssitzung der WONCA Europe in Straßburg im Jahr 1995⁸ vertreten. Er wurde auch im Rahmen-dokument, das die WHO Europe entwickelt hat, verwendet.

Gay hat darauf hingewiesen, dass eine Beziehung zwischen Grundprinzipien und Aufgaben besteht, wobei sowohl die Patienten als auch das Gesundheitssystem einen gewissen Einfluss auf die Aufgaben haben. Dies sollte dann zu den Definitionen der Kompetenzen führen, die wiederum die Lehrinhalte der Ausbildung zur Allgemeinmedizin bestimmen. Dies ist in Abbildung 1 dargestellt.

Dies kennzeichnet die dynamische Beziehung zwischen den zugrunde liegenden Prinzipien des Faches und den Aufgaben, welche die Hausärzte ausführen müssen. Diese Aufgaben werden in beträchtlichem Maße vom Gesundheitssystem, in dem der Allgemeinmediziner tätig ist, und von den sich verändernden Bedürfnissen und Forderungen der Patienten bestimmt.

Die von der WHO Europe beschriebenen Wesensmerkmale können gleichzeitig als die Zielsetzungen für die Allgemeinmedizin im Rahmen des Gesundheitssystems angesehen werden. Diese Konzepte bringen Fragen der Effektivität mit ins Spiel. Wenn man annimmt, dass das Gesundheitssystem in einem größeren oder kleineren Ausmaß die Aufgaben bestimmt, die ein Hausarzt übernehmen darf, muss jede neue Definition zwangsläufig den Kontext, in welchem der Hausarzt arbeitet, in Betracht ziehen, und muss die sich wandelnden Bedürfnisse der Patienten sowie die Fortschritte bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen reflektieren.

Abbildung 1



Die verschiedenen Ansätze schließen einander nicht aus, und jede neue Definition muss den grundlegenden Prinzipien des Faches, den essentiellen Aufgaben des Arztes für Allgemeinmedizin im Rahmen des Gesundheitssystems und dem Einfluss des Gesundheitssystems auf die Erbringung allgemeinmedizinischer Leistungen Rechnung tragen.

Als Grundprinzipien der Disziplin schlägt Gay vor:

- | | |
|---|---|
| 1. Patientenbezogener Ansatz | 6. Krankheiten in frühen Stadien |
| 2. Familien- und Gemeinschaftsorientierung | 7. Gleichzeitiges Befassen mit mehrfachen Beschwerden und Pathologien |
| 3. Tätigkeitsbereiche determiniert durch Patientenbedürfnisse und Forderungen | 8. Kontinuierliche Betreuung |
| 4. Unselektierte, komplexe Gesundheitsprobleme | 9. Koordinierte Betreuung |
| 5. Geringe Inzidenz schwerer Erkrankungen | 10. Effizienz |

In vielfacher Hinsicht entsprechen sie den im Rahmendokument der WHO beschriebenen Wesensmerkmalen der Allgemeinmedizin/ Hausarztmedizin:

- | | |
|-------------------|----------------------------|
| A) Allgemein | E) Kooperativ |
| B) Kontinuierlich | F) Familienorientiert |
| C) Umfassend | G) Gemeinschaftsorientiert |
| D) Koordinierend | |

Die Bedeutung dieser sieben Wesensmerkmale wird von der WHO wie folgt erläutert:

Allgemein:

- Befassung mit den Gesundheitsproblemen der gesamten Bevölkerung ohne Vorselektion.
- Kein Ausschluss auf Grund von Alter, Geschlecht, Gesellschafts-klasse, Rasse, Religion oder Art des Gesundheitsproblems.
- Leichter Zugang ohne geographische, kulturelle, administrative oder finanzielle Barrieren.

Kontinuierlich:

- Personenbezogen
- Langzeitbetreuung über ganze Lebensabschnitte, nicht auf eine Krankheitsepisode beschränkt.

Umfassend:

Integrierende Betreuung unter Einbezug von:

- Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, heilende, wiederherstellende und unterstützende Betreuung
- Physischen, psychologischen und sozialen Perspektiven
- Klinischen, humanistischen und ethischen Aspekten der Arzt-Patienten-Beziehung

Koordinierend:

- Übernahme der Betreuungsrolle ab dem ersten Kontakt.
- Überweisung an Spezialisten-Dienstleistungen.
- Vermittlung von Information an die Patienten über verfügbare Leistungen.
- Koordination und Management der Betreuung.

Kooperativ:

- Arbeit in multidisziplinären Teams.
- Gegebenenfalls Überweisung zur Betreuung durch andere
- Übernahme einer Führungsrolle.

Familienorientierte Betreuung:

Behandlung individueller Probleme im Kontext

- der familiären Umstände
- der sozialen und kulturellen Netze
- der Bedingungen des beruflichen- und häuslichen Umfeldes.

Gemeinschaftsorientiert:

Bedeutet, dass Hausärzte individuelle Probleme im Kontext betrachten sollten von:

- den gesundheitsbezogenen Bedürfnissen der Gemeinschaft,
- anderen Berufen und Leistungserbringern

In der 1991 von der WONCA veröffentlichten Erklärung zur Rolle des Arztes für Allgemeinmedizin/Familienmedizin im Gesundheitssystem⁹ wird die Definition seiner Rolle zu den Elementen der Allgemeinmedizin in Beziehung gesetzt, die wiederum in Aufgabenkategorien und Spezifikationen zusammengefasst sind.

Die WONCA-Erklärung aus dem Jahr 1991 beinhaltet:

- umfassende Betreuung
- Patientenorientierung
- Familienausrichtung
- Arzt – Patient – Beziehung
- Koordination mit anderen Leistungserbringern
- Vertretung von Patienteninteressen
- Zugänglichkeit und Ressourcenmanagement.

Die Wesensmerkmale der WHO, die „Spezifikationen“ im WONCA-Dokument und die von Gay definierten Grundprinzipien überlappen weitgehend, wie in der folgenden Tabelle dargestellt ist.

WHO 1998	WONCA 1991	„Grundprinzipien“ nach Gay
Allgemein	Umfassende Betreuung	3. Tätigkeitsbereiche determiniert durch Patientenbedürfnisse und –forderungen 4. Komplexe, unselektierte Gesundheitsprobleme
Kontinuierlich*	Patienten-orientierung	1. Patientenbezogener Ansatz 8. Kontinuierliche Betreuung
Umfassend	Umfassende Betreuung	3. Tätigkeitsbereiche determiniert durch Patientenbedürfnisse und –forderungen 4. Komplexe, unselektierte Gesundheitsprobleme
Koordinierend	Koordination mit anderen Leistungserbringern	9. Koordinierte Betreuung
Kooperativ	Koordination mit anderen Leistungserbringern	9. Koordinierte Betreuung
Familien-orientiert	Familienausrichtung	2. Familien- und Gemeinschaftsorientierung
Gemeinschafts-orientiert	Der Gemeinschaft verpflichtet	2. Familien- und Gemeinschaftsorientierung

*Auf Grund der im WHO-Dokument verwendeten Begriffe könnten Missverständnisse entstehen. Die englischen Begriffe „continuous“ und „continuing“ könnten zu einer Verwechslung Anlass geben, wobei im Kontext des WHO-Dokuments „continuing“ der passendere Ausdruck wäre.

„Continuous“ bedeutet ohne Pause, ununterbrochen, wie die Mauer rund um einen Gefängniskomplex.

„Continuing“ bedeutet, dass ein Prozess oder eine Tätigkeit aufrecht erhalten, fortgesetzt wird; nicht ununterbrochen, aber fortlaufend.

Die Bedeutung des Begriffs lässt sich an Hand der medizinischen Weiterbildung erläutern. „Continuous medical education“ würde einen nie unterbrochenen, rund um die Uhr erfolgenden Prozess bedeuten, während „continuing medical education“ einen Prozess bezeichnet, der zwar aus einzelnen Phasen oder Episoden mit Unterbrechungen besteht, aber insgesamt kein Ende hat. Die Langzeitbetreuung durch den Hausarzt wird am besten als „continuing“ bezeichnet.

Es sind aber auch interessante Unterschiede festzustellen. Die von WHO und WONCA beschriebenen Punkte betreffen die berufliche Tätigkeit im Rahmen des Gesundheitssystems, nicht jedoch die Disziplin als medizinisches Fach mit einer spezifischen Vorgehensweise. Dagegen beziehen sich die drei folgenden Punkte, die in den WHO und WONCA Spezifikationen nicht wirklich integriert sind, auf das Fach Allgemeinmedizin.

Die von Gay erwähnten Merkmale „Niedrige Prävalenz schwerer Erkrankungen“, „Krankheiten im Frühstadium“ und „das gleichzeitige Management von multiplen Beschwerden und Pathologien“ sind Teil der „umfassenden Betreuung“ im WONCA – Dokument, gehören aber nicht zu den Wesensmerkmalen der WHO. Sie beziehen sich auf einen wesentlichen Aspekt der Allgemeinmedizin – nämlich dass sie eine personenbezogene (im Gegensatz zu pathologie- oder organbezogenen) und normalitätsbezogene Disziplin ist (im Gegensatz zur abnormalitäts-bezogenen Sekundärversorgung), dass der Hausarzt aber auch schweren Krankheiten in einem frühen und undifferenzierten Stadium begegnet und mit diesen umgehen können muss. Die WONCA-Erklärung stellt weiters fest, dass die Inzidenz von Krankheiten und die von den Patienten berichteten Symptome in der Primärversorgung ganz andere sind als im Krankenhaus, dem Umfeld also, in dem ein Großteil der Lehre erfolgt.

Das Rahmendokument der WHO geht nicht detailliert auf das ein, was als der Eckstein der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin betrachtet werden muss, die individuelle Konsultation zwischen Patient und Hausarzt. Gay schlug ein theoretisches Modell der Allgemeinmedizin vor: ein aufgeschlossenes GLOBALES MODELL, das die Krankheit als das Ergebnis organischer, menschlicher und umweltbedingter Faktoren betrachtet.

Dieses Konzept, in welchem Gesundheit ein komplexes Rahmenwerk darstellt, ist ähnlich dem bio – psycho – sozialen Modell von Engel ein "ganzheitliches" Modell.

Die Konsultation wird in der Erklärung der WONCA angesprochen, indem auch die Notwendigkeit beschrieben wird, den Problemzusammenhang gegenüber den Patienten in biomedizinischen und humanistischen Begriffen auszudrücken – das heißt mit physischen, psychologischen und sozialen Ausdrücken. Dieser Punkt geht auf den Bericht einer Arbeitsgruppe des Royal College of General Practitioners (RCGP)¹⁰ zurück und ist mittlerweile im Gedankengut der Disziplin so fest verankert, dass er Gefahr läuft, als selbstverständlich angesehen zu werden.

Effizienz ist ein weiterer Punkt in der Erklärung von Gay, der unter den Wesensmerkmalen der WHO nicht ausdrücklich erwähnt wird. Vermutlich ist damit die Kostenwirksamkeit gemeint, die als Merkmal gut entwickelter hausarztbasierter Gesundheitssysteme allgemein anerkannt ist. Die WONCA-Erklärung entwickelt diesen Gedanken weiter, indem sie postuliert, dass der Hausarzt im Gesundheitssystem eine Rolle beim Ressourcenmanagement habe.

Die enge Beziehung zwischen den bereits erläuterten Grundprinzipien der Disziplin und den verschiedenen Rollenbeschreibungen wird bei genauerer Betrachtung der letzteren deutlich (siehe Anhang 1). Die ursprüngliche Leeuwenhorst-Definition scheint gegenüber den anderen Definitionen den Vorteil zu haben, dass sie trotz der seit ihrer Erarbeitung vergangenen Jahrzehnte heute weitgehend anerkannt ist. Sie ist im wesentlichen das Produkt einer Zeit, in der die Allgemeinmedizin eine sehr junge Disziplin mit einer begrenzten Forschungs- und Lehrbasis war und oft als medizinischer Beruf angesehen wurde, dem sich nur jene widmen, die es nicht geschafft hatten, sich in einem Fach zu qualifizieren. Sie war zumindest teilweise von der Berufsdefinition beeinflusst, die von einer Arbeitsgruppe des Royal College of General Practitioners im Jahr 1972¹⁰ erarbeitet worden war und die auch in der WONCA-Definition ihren Niederschlag fand. Sie beinhaltet viele der später im WHO-Rahmendokument beschriebenen Wesensmerkmale, setzt sie aber in den Kontext der täglichen Arbeit in der Allgemeinmedizin. Als einzige Definition ist sie jedoch nicht ausreichend: sie ist nicht umfassend genug – so wird zum Beispiel die heilende, wiederherstellende und unterstützende Betreuung nicht ausdrücklich angesprochen.

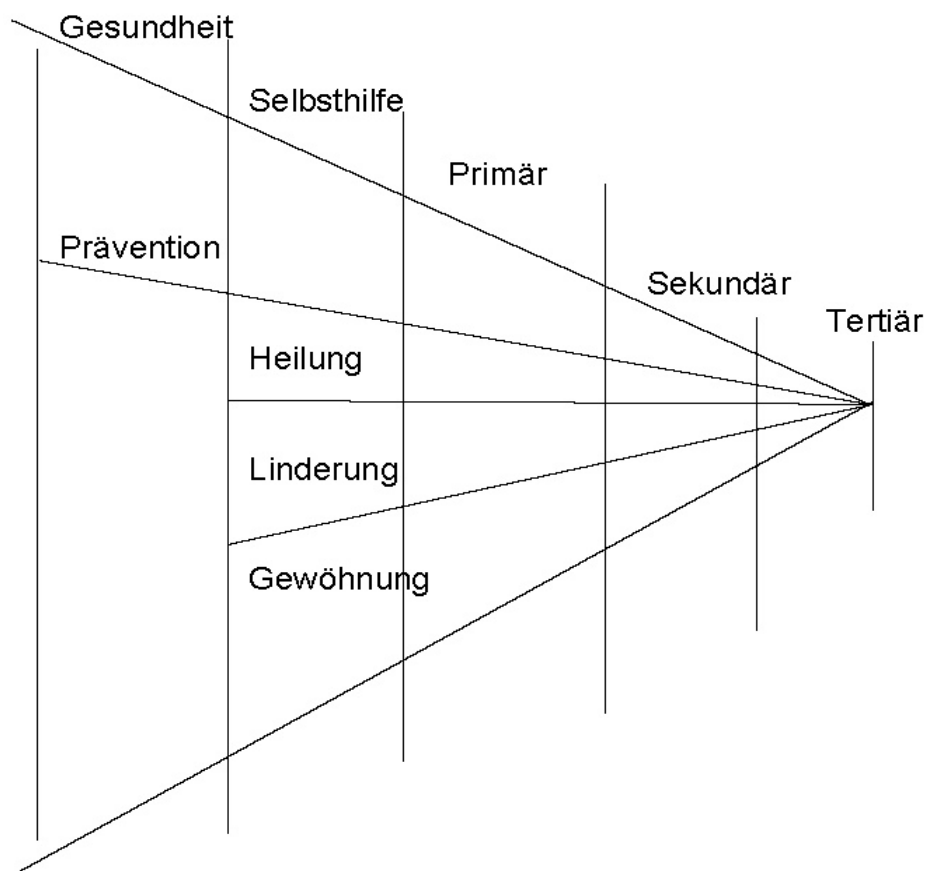
Olesen et al haben erklärt, dass die ursprüngliche Leeuwenhorst-Definition überholt ist und die Realität der heutigen Hausarztmedizin nicht mehr widerspiegelt. Es scheint jedoch, dass ein Grossteil der Kritik von

Olesen et al. dadurch bedingt ist, dass viele Hausärzte in Gesundheitssystemen tätig sind, die es ihnen nicht ermöglichen, allen Wesensmerkmalen zu entsprechen. In ihrer Rolle fehlen daher Elemente, die nach Ansicht vieler als Schlüsselbereiche der Arbeit des Hausarztes anzusehen sind, insbesondere das Konzept der Verankerung der Disziplin in der Gemeinschaft und der Langzeit-betreuung - Kontinuität. Als Beispiele werden in Notfallabteilungen tätige Hausärzte angeführt.

Die nachfolgenden zwei Definitionen – diejenige der WONCA aus dem Jahr 1991 und die Definition von Olesen aus dem Jahr 2000 – scheinen ihre Wurzeln immer noch sehr stark in der Leeuwenhorst-Definition zu haben. Die WONCA-Erklärung von 1991 scheint sie zweckdienlicher für unterschiedliche Gesundheitssysteme gemacht zu haben und enthält einige deskriptive Elemente der Disziplin, wie erwähnt wurde. In ihrem Abschnitt zur klinischen Entscheidungsfindung beschreibt sie die frühzeitige Präsentation undifferenzierter klinischer Probleme, die große Anzahl von Problemen, die keiner biomedizinischen Standarddiagnose entsprechen, und die im Vergleich zur Sekundärversorgung andere Prävalenz von Krankheit und Leiden in der Allgemeinpraxis.

Bei der Betrachtung von Gesundheitssystemen ist heute das in Abbildung 2 dargestellte Modell allgemein anerkannt¹¹. Wenn wir die in diesem Dokument verwendete Definition der Primärversorgung verwenden, beachten wir den Kontext, in welchem der Hausarzt arbeitet. Die Schnittstellen zwischen Selbsthilfe, Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung und die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern in jedem Bereich sind wichtige Punkte, die in Betracht gezogen werden müssen.

Abbildung 2



Es gibt unterschiedliche Muster der Erbringung primärmedizinischer Leistungen in Europa, und nicht alle Hausärzte sind mit der gleichen Patientenpopulation konfrontiert. Auch gibt es eine zunehmende Zahl von verschiedenen Gesundheitsberufen, welche in der Grundversorgung der verschiedenen Gesundheitssysteme arbeiten. Trotz der Unterschiede im Arbeitsumfeld des Arztes für Allgemeinmedizin sollten die Grundprinzipien des Faches ihre Gültigkeit behalten. Ohne Zweifel gibt es Gesundheitssysteme, die einer guten allgemeinmedizinischen Versorgung nicht gerade förderlich sind, und obwohl eine Veränderung derartiger Systeme nicht leicht zu bewirken ist, sollten wir nicht zögern, ein Bild des idealen Gesundheitssystems zu zeichnen, das mit größter Wahrscheinlichkeit das beste gesundheitliche Ergebnis und die kostenwirksamste Betreuung gewährleistet. Es ist dies ein System, das auf einer allgemeinmedizinischen Versorgung von hoher Qualität aufbaut. Dies war eine der wichtigsten Aussagen des WHO-Rahmendokuments.

Wir stehen vor der Aufgabe, die besondere Funktion des Hausarztes als die eines klinischen Generalisten zu definieren. Durch ihre Tätigkeit im Bereich der Prävention und der Gesundheitserziehung sollten Hausärzte einen Einfluss auf die Selbsthilfe ausüben. In manchen Gesundheits-

systemen beeinflussen sie auch die Sekundär- und Tertiärversorgung und erleichtern durch ihre koordinierende Funktion den Zugang zu derartigen Leistungen. In anderen Systemen sind auch Spezialisten mit engerem Qualifikationsspektrum im Bereich der Primärversorgung tätig und beschäftigen sich oft mit Problemen, die in anderen Ländern dem Arzt für Allgemeinmedizin zufallen. Schließlich gibt es Gesundheitssysteme, in denen Hausärzte zwar vorwiegend in der Primärversorgung tätig sind, aber auch eine begrenzte Rolle im Bereich der Sekundärversorgung spielen.

Diskussion

Können alle diese verschiedenen Erklärungen und Definitionen zu einer einzigen Definition vereinigt werden? Brauchen wir eine neue Definition, und sollte diese eine Beschreibung der Aufgabe/Rolle oder der Merkmale der Disziplin sein? Diese Frage wurde in einem Workshop an der Konferenz der WONCA Europe in Tampere im Jahr 2001 gestellt. Eine deutliche Mehrheit der Teilnehmer war der Meinung, dass es eine neue Definition geben sollte und dass diese eine Beschreibung sowohl der Aufgaben als auch der Grundprinzipien der Disziplin umfassen sollte.

Es sind viele Ähnlichkeiten zwischen den Darstellungen der Grundprinzipien der Disziplin und den Beschreibungen der Aufgaben des Allgemeinmediziners festzustellen, aber auch erhebliche Unterschiede. Wie bereits erwähnt, weisen alle Erklärungen Lücken auf, die möglicherweise auf Interpretationsunterschiede zurückzuführen sind. Keine der Definitionen umfasst *per se* alle Schlüsselmerkmale des Faches Allgemeinmedizin. Es besteht daher die Notwendigkeit einer Synthese der verschiedenen, bisher betrachteten Erklärungen, um die Unterschiede zu untersuchen, die Lücken zu füllen und für Vollständigkeit zu sorgen.

Ein Großteil der Kritik, die Olesen et al. an der Leeuwenhorst-Definition geäußert haben, scheint sich auf deren Interpretation im absoluten Sinne zu beziehen. Was, zum Beispiel, ist unter „personal care“ zu verstehen? Bedeutet dies, dass der Patient bei jedem Anlassfall vom selben Arzt betreut werden soll? Unter welchen Umständen ist der Einsatz eines Vertreters zu rechtfertigen – z.B. außerhalb der Ordinationszeiten? Oder meinen wir damit die Betreuung von Personen an Stelle von Pathologien – also den von Gay und der WHO angesprochenen personenbezogenen Ansatz? Auch dazu wurde in dem Workshop in Tampere Stellung bezo-

gen: nur wenige Teilnehmer vertraten die Meinung, dass ein Allgemeinmediziner rund um die Uhr verfügbar sein sollte, aber eine deutliche Mehrheit sprach sich für eine kontinuierliche, persönliche Betreuung über einen längeren Zeitraum aus.

Im Zusammenhang mit unseren Definitionen ist eine ganze Reihe weiterer Fragen zu bedenken. Die besondere Wechselwirkung zwischen Hausarzt und Patient im Rahmen der Konsultation in der allgemeinmedizinischen Praxis bedarf der vertieften Untersuchung. McWhinney¹² spricht hier von einem stillschweigenden Vertrag zwischen Arzt und Patient, der an sich eine therapeutische Wirkung hat. Balint¹³ prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der „Droge Arzt“. Die Interaktion während der Konsultation als therapeutisches Mittel zu verwenden ist als ein Schlüsselmerkmal der Allgemeinmedizin anzusehen und muss Bestandteil der Aus- und Weiterbildung sein. Pereira-Gray¹⁴ hat sich näher mit der Frage der Kontinuität und dem Zeitaufwand beschäftigt, indem er die einzelnen Konsultationen zwischen Allgemeinmediziner und Patient als Teil eines Kontinuums betrachtete. Er stellte fest, dass der Durchschnittsbürger in Großbritannien seinen Allgemeinmediziner fünfmal pro Jahr konsultiert, was eine kumulative Zeit von 47 Minuten pro Jahr ergibt.

Ein Gebiet von zunehmender Bedeutung im Verlauf der letzten Jahre ist das Konzept der Patientenautonomie – und damit die Rolle des Hausarztes bei der Entwicklung der Kompetenz des Patienten, mit seiner eigenen Krankheit umzugehen und durch Verhaltensänderung zur Behandlung beizutragen. Dies scheint in dem Maß zunehmend bedeutend zu werden, als die Patienten aufgrund der Vielfalt von Informationssystemen, welche ihnen jetzt verfügbar sind, darunter auch das Internet, besser informiert sind.

Die Vertretung von Patienteninteressen wird nur in der WONCA-Erklärung angesprochen, obzwar dieses Konzept auch im Entwurf des WHO-Rahmendokuments enthalten war. Diese Funktion wird als „Unterstützung des Patienten im Sinne einer aktiven Teilnahme am klinischen Entscheidungsprozess und Zusammenarbeit mit staatlichen und anderen Behörden zur Maximierung einer gerechten Verteilung von Leistungen für alle Mitglieder der Gesellschaft“ beschrieben. Die Funktion des Arztes für Allgemeinmedizin geht jedoch darüber hinaus, da dieser dem Patienten auch hilft, sich im System der Sekundär- und Tertiärversorgung zurecht zu finden.

Die Epidemiologie der Allgemeinmedizin unterscheidet sich wesentlich von jener der Sekundärversorgung. Schwere Krankheiten zeigen sich in einer frühen und undifferenzierten Erscheinungsform. Viele geringfügige und selbstlimitierende Probleme treten ausschließlich oder vorwiegend in der Grundversorgung in Erscheinung. Und die Hausarztmedizin befasst sich stark mit der Langzeitbetreuung von chronischen Krankheiten. Viele Konsultationen dienen dem Zweck, Patienten ohne Pathologie die Angst vor der Möglichkeit einer Erkrankung zu nehmen – entsprechend der Normalitätsorientierung der Primärversorgung. Das Konzept der Normalitätsorientierung ist komplex und erstreckt sich auf eine Reihe von Bereichen. Sie umfasst die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden sowie die Erwartung, dass viele der vorgebrachten Probleme kein pathologisches Substrat haben. Gleichzeitig müssen Allgemeinmediziner schwere Erkrankungen, deren Inzidenz eine andere ist als in der Sekundär- und Tertiärversorgung, diagnostizieren und einer Behandlung zuführen. Zur Bewältigung des dadurch entstehenden Dilemmas sind Problemlösungsfähigkeiten erforderlich. Dies ist eine sehr komplexe Aufgabe, die einen spezifischen Entscheidungsfindungsprozess erfordert, welcher auf der niedrigen Inzidenz schwerer Erkrankungen beruht und der Tatsache, dass der positiv prädiktive Wert von Symptomen, Zeichen und diagnostischen Tests in der Grundversorgung anders, **und für eine Zahl bedeutender Gesundheitszustände niedriger ist als im Spitalumfeld.** Für die vom Patienten vorgetragenen Beschwerden gibt es oft keine biomedizinische Ursache; und es ist wichtig zu wissen, wann weitere Untersuchungen gestoppt werden sollen, währenddessen die Betreuung weitergeht. Es geht auch darum, Patienten vor einem Schaden durch Übermedikalisierung ihrer Probleme zu schützen, nötigenfalls **durch „Rettung“ vor unnötigen Untersuchungen, Tests und Therapien.**

McWhinney¹⁵ betonte das organbezogene Modell biologischer Prozesse, wonach das Verhalten eines Organismus zum Teil von seiner Geschichte, vom Kontext und von der Umwelt abhängt. Der Allgemeinmediziner muss bereit sein, sich dieser Komplexität zu stellen und Unsicherheit zu akzeptieren. McWhinney stellt fest, dass von allen klinischen Disziplinen die Allgemeinmedizin mit dem höchsten Maß an Komplexität und somit auch an Unsicherheit konfrontiert ist. In seinem Vortrag ging er auf mehrere der bereits erörterten Fragen ein – Beziehungen, Personenbezogenheit und Dualismus zwischen Geist und Körper (physisch, psychologisch und gesellschaftlich).

In einer auf Konsum und Leistungsmanagement ausgerichteten Zeit wird erwartet, dass Hausärzte ihre Fähigkeiten durch lebenslanges Lernen aufrechterhalten und dies durch Qualitätssicherung beweisen. In manchen Gesundheitssystemen führt dies zu verpflichtender Rezertifizierung in regelmäßigen Abständen. Andere gesellschaftliche Veränderungen werden die Sicht der Konsumenten auf die Art, wie gesundheitsbezogene Leistungen angeboten werden, beeinflussen. Der Allgemeinmediziner muss flexibel sein, um auf diese Veränderungen zu reagieren. Diese Flexibilität muss mit den raschen Veränderungen im biomedizinischen Bereich Schritt halten können, welche für den klinischen Generalisten im gesamten Krankheitsspektrum stattfindet.

Eine vermehrte Reisetätigkeit und Einwanderung können rasche Veränderungen in der Verteilung von Gesundheit und Krankheit bewirken. Dies stellt den Arzt für Allgemeinmedizin vor neue Herausforderungen und führt zu einer Veränderung der Epidemiologie in der Allgemeinmedizin. Der Hausarzt braucht ein breiteres Verständnis für kulturelle, ethnische und religiöse Verschiedenheiten und deren Auswirkung auf Krankheit, Gesundheit und Therapie.

Auch die Rolle im Bereich des Ressourcenmanagements muss sich entwickeln. Bei ständig steigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung ist der klinische Generalist in Partnerschaft mit seinen Patienten in der einzigartigen Lage, Prioritäten bei der Leistungserbringung und der Ressourcenallokation zu setzen. Hausärzte müssen sich ihrer Rolle bezüglich der Förderung einer kostenwirksamen Vorgehens – sowohl bei sich selber als auch bei ihren Kollegen – bewusst sein. Zwischen den Wünschen und Bedürfnissen des einzelnen Patienten und den Bedürfnissen der Gemeinschaft als Ganzem kann es Konflikte geben; der Hausarzt muss sich dessen bewusst sein, einen geeigneten Ausgleich schaffen und dies dem Patienten kommunizieren.

Ein Bereich, der in keiner der genannten Definitionen besonders angesprochen wird, ist das Konzept der Routinefähigkeiten (high-use-skills) und der Hochrisikofähigkeiten (high-risk-skills). Routinefähigkeiten werden in der Allgemeinpraxis, dem Bedarf entsprechend, häufig eingesetzt und umfassen zum Beispiel die Untersuchung von Kindern, die Aufnahme einer Krankengeschichte innerhalb begrenzter Zeit, oder die Untersuchung von Hals, Nase und Ohren. Hochrisikofähigkeiten werden vom Allgemeinmediziner nur selten gefordert, zum Beispiel im Falle

einer kardiopulmonalen Wiederbelebung, eines Patienten mit Krampfanfällen, oder eines aggressiven/gefährlichen Patienten.

Schließlich steht außer Zweifel, dass unser Ausbildungssystem den Arzt für Allgemeinmedizin auf ganz andersartige klinische Prozesse vorbereiten muss, die nicht in erster Linie dem mechanistischen oder technischen Konzept entsprechen, das nach wie vor weltweit in der medizinischen Ausbildung dominiert.

Es besteht die Notwendigkeit für eine verbindliche Erklärung, die sowohl das Fach Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin als auch die Aufgaben des Arztes für Allgemeinmedizin definiert und diese zumindest im allgemeinen Sinne zum Kontext des Gesundheitssystems in Beziehung setzt.

Die Erklärung müsste folgendes definieren:

1. Die wesentlichen, vom jeweiligen Gesundheitssystem unabhängigen Elemente der Disziplin.
2. Die beruflichen Aufgaben, die im Allgemeinen zu erfüllen sind, aber je nach Kontext variieren können. So ist zum Beispiel die Überweisung zur Sekundärversorgung, nicht aber die Funktion des „gate keeping“ gegenüber der Sekundärversorgung, eine essentielle Komponente.
3. Die beruflichen Aufgaben, die infolge kontextueller Unterschiede nicht in jedem Fall zutreffen, die aber angesichts einer unbefriedigenden Situation (z.B. wenn wir der Meinung sind, dass Hausärzte Patienten aller Altersgruppen, einschließlich Kinder, betreuen sollten, dies aber in einem bestimmten Gesundheitssystem nicht möglich ist) eine Änderung im Gesundheitssystem rechtfertigen würden, weil dadurch der gesundheitliche Nutzen für die Patienten und der wirtschaftliche Nutzen für die Gesellschaft maximiert werden könnte.

Dies führt uns zu neuen oder zumindest revidierten Definitionen. Wir benötigen eine Definition der Wesensmerkmale oder Grundprinzipien der Disziplin Hausarztmedizin UND eine Definition der Rolle der Hausärzte in Bezug zum jeweiligen Gesundheitssystem, in dem sie arbeiten.

DIE EUROPÄISCHEN DEFINITIONEN 2002

DIE ALLGEMEINMEDIZIN / HAUSARZTMEDIZIN ALS EIGENE DISZIPLIN UND ALS SPEZIALGEBIET

Die Allgemeinmedizin ist eine akademische und wissenschaftliche Disziplin mit eigenen Lehrinhalten, eigener Forschung, eigener Nachweisbasis und einer eigenständigen klinischen Tätigkeit; als klinisches Spezialgebiet ist sie auf die Primärversorgung ausgerichtet.

1. Die Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin als Disziplin:

- a) Die Allgemeinmedizin stellt normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person.
- b) Sie nutzt die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen, und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von Patientenangelegenheiten übernimmt.
- c) Sie arbeitet mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist.
- d) Sie bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses, der durch effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient den Aufbau einer Langzeitbeziehung ermöglicht.
- e) Sie ist für eine durch die Bedürfnisse des Patienten bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich.
- f) Sie verfügt über einen spezifischen Entscheidungsfindungsprozess, der durch die Prävalenz und Inzidenz von Krankheit in der Bevölkerung bestimmt wird.

- g) Sie befasst sich gleichzeitig mit den akuten und chronischen Gesundheitsproblemen der einzelnen Patienten.
- h) Sie befasst sich mit Erkrankungen, die sich im Frühstadium ihres Auftretens in undifferenzierter Form darstellen und möglicherweise eine dringende Intervention erfordern.
- i) Sie fördert Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention.
- j) Sie trägt eine spezifische Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit.
- k) Sie beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihrer physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimensionen.

2. Die Allgemeinmedizin als Spezialgebiet

Allgemeinmediziner sind Spezialisten, die eine Ausbildung in den Grundprinzipien der Disziplin erfahren haben. Als Hausärzte sind sie in erster Linie für eine umfassende und kontinuierliche Betreuung aller Personen verantwortlich, die der medizinischen Hilfe bedürfen, und zwar unabhängig von deren Alter, Geschlecht und Erkrankung. Sie betreuen Menschen im Rahmen ihrer Familie, ihrer Gemeinschaft und ihrer Kultur, wobei sie stets die Autonomie ihrer Patienten respektieren. Sie sind sich ihrer beruflichen Verantwortung innerhalb der von ihnen versorgten Gemeinschaft bewusst. Bei der Erarbeitung von Behandlungsplänen mit ihren Patienten berücksichtigen sie physische, psychologische, soziale, kulturelle und existentielle Faktoren, wobei sie sich das durch wiederholte Kontakte erworbene Wissen und das entstandene Vertrauensverhältnis zunutze machen. Allgemeinmediziner/ Hausärzte nehmen ihre berufliche Rolle wahr, indem sie Gesundheit fördern, Krankheiten vorbeugen, und Heilung, Betreuung oder Linderung anbieten. Nach Maßgabe der gesundheitlichen Bedürfnisse und der in der Gemeinschaft verfügbaren Ressourcen geschieht dies entweder auf direktem Wege oder durch die Leistungen anderer, wobei Ärzte für Allgemeinmedizin ihren Patienten nötigenfalls beim Zugang zu derartigen Leistungen behilflich sind. Sie tragen die Verantwortung für die Weiterentwicklung und Erhaltung ihrer eigenen beruflichen Fähigkeiten, ihres persönlichen Gleichgewichts und ihrer Werte als Grundlage für eine wirksame und sichere Patientenbetreuung.

Literatur:

1. The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974
2. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998
3. Van Weel C. The Impact of Science on the Future of Medicine: RCGP Spring Meeting, 2001
4. Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications; Official Journal of the European Community, **165**: 7/7/93
5. Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Published by The Danish Medical Association. Copenhagen 1995
6. Report and Recommendations on the Review of Specific Training in General Medical Practice: Advisory Committee on Medical Training (to the European Commission), XV/E/8433/95-EN October 1995
7. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition BMJ 2000; **320**,354-357
8. Gay Bernard, What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine, Strasbourg, 1995
9. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a Statement from WONCA, 1991
10. The Future General Practitioner – Learning and Teaching: London; RCGP, 1972
11. The Nature of General Medical Practice – Report from General Practice 27: London; RCGP 1996
12. McWhinney Ian R, Primary care core values: core values in a changing world, BMJ, 1998, 317 (7147), 1807-1809
13. Balint M. The Doctor, his Patient and the Illness: Pitman Medical; London, 1964
14. Pereira-Gray D, Forty-seven minutes a year for the patient, British Journal of General Practice 1998; 48 (437): 1816-1817
15. McWhinney Ian R The importance of being different. British Journal of General Practice, 1996, **46**, 433-436

6. AKADEMISCHER ÜBERBLICK UND ANALYSE: DIE KERNKOMPETENZEN

§1 Präambel

1.1 Die Beschreibung von Kompetenzen ist das Ergebnis eines hierarchischen Prozesses. Von den Grundprinzipien der Disziplin der Allgemeinmedizin werden die beruflichen Aufgaben des Allgemeinmediziners als Spezialist abgeleitet. Aus diesen Aufgaben ergeben sich die Kernkompetenzen.

1.2 Berufliche Kernaufgaben und Kompetenzen zu definieren, beinhaltet, dass es auch nicht essentielle Elemente gibt. Diese stehen oft in Zusammenhang mit Unterschieden zwischen den Gesundheitssystemen und dem gesellschaftlichen Umfeld, in welchem Allgemeinmediziner arbeiten. In Europa gibt es eine Vielfalt von Gesundheitssystemen und unterschiedliche Situationen, in denen die Gesundheitsversorgung durch den Allgemeinmediziner durchgeführt wird. Es gibt grundlegende kulturelle, religiöse und politische Unterschiede zwischen den Gesellschaften und Populationen, denen der Allgemeinmediziner (GP) seine Leistungen erbringt. Dies kann zu Abweichungen im Berufsprofil führen. Die Allgemeinmedizin ist die klinische Disziplin, welche mehr als jede andere von gesellschaftlichen Unterschieden abhängig ist. Der Allgemeinmediziner ist der Vermittler zwischen Gesellschaft und Medizin.

1.3 *Kompetenz* kann ungeachtet der aktuellen Tätigkeit des Allgemeinmediziners als dessen Fähigkeit definiert werden, Abfolgen von verschiedenen, erkennbaren Aufgaben auszuführen. Somit ist Kompetenz als die Fähigkeit des Einzelnen zu betrachten, in einer bestimmten Situation eine Handlung auf der geforderten Ebene zu setzen. In der Millerschen Pyramide werden die Ebenen „wissen“ (Faktenwissen), „wissen wie“ (fähig, das Wissen anzuwenden) und „zeigen wie“ (fähig, Fertigkeiten vorzuzeigen) zum Konzept der Kompetenz in Beziehung gesetzt.

Unter *Performance* ist die tatsächliche Tätigkeit des Arztes in der klinischen Versorgung und in der Kommunikation mit den Patienten in seiner täglichen Praxis zu verstehen. In der Millerschen Pyramide entspricht dies der Ebene „handeln/ausführen“¹. Sie ist weitgehend von den Bedingungen und Anforderungen des Gesundheitssystems, von finanziel-

len und strukturellen Möglichkeiten, und von den Möglichkeiten und vom Support in der Praxis abhängig.

Im Sinne einer europaweiten Gültigkeit beschränkt sich dieses Dokument auf die Kernkompetenzen des Allgemeinmediziners / Hausarzt. Somit stellen die Kompetenzen ein theoretisches Modell oder einen Rahmen dar. Die Realität in der Praxis kann und wird sich von diesen Kompetenzen unterscheiden.

§2 Von den Grundprinzipien der Allgemeinmedizin / Hausarztmedizin zu den Kernkompetenzen

Die elf Wesensmerkmale der Disziplin beziehen sich auf elf Fähigkeiten, die jeder Hausarzt als Spezialist beherrschen sollte. Wegen ihrer Wechselbeziehungen werden sie in sechs unabhängigen Kategorien von Kernkompetenzen zusammenfasst. Jede Gruppe ist nach ihren Hauptaspekten beschrieben.

1. Die Erfüllung der Primärversorgungsaufgaben schließt die Fähigkeit ein:
 - den Erstkontakt mit Patienten zu handhaben, mit unselektionierten Problemen umzugehen;
 - den gesamten Bereich gesundheitlicher Zustandsbilder abzudecken;
 - die Betreuung mit andern in der Grundversorgung tätigen Berufsgruppen und mit anderen Spezialisten zu koordinieren;
 - eine wirksame und angemessene Betreuung und Nutzung der Gesundheitsdienste zu gewährleisten;
 - dem Patienten die angemessenen Leistungen innerhalb des Gesundheitssystems zugänglich zu machen;
 - als Interessensvertreter des Patienten zu handeln.

2. Personenbezogene Betreuung erfordert die Fähigkeit:
 - im Umgang mit Patienten und Problemen im Kontext der Verhältnisse des Patienten einen personenbezogenen Ansatz anzuwenden;

- die Konsultation der Allgemeinpraxis dafür zu verwenden, eine wirksame Arzt-Patienten-Beziehung herzustellen, unter Berücksichtigung der Autonomie des Patienten;
 - zu kommunizieren, Prioritäten zu setzen und partnerschaftlich zu handeln;
 - eine Langzeitbetreuung gemäß den Bedürfnissen des Patienten zu gewährleisten, welche zu einem kontinuierlichen und koordinierten Betreuungsmanagement führt.
3. Spezifische Problemlösungsfertigkeiten erfordern die Fähigkeit:
- spezifische Entscheidungsprozesse zu Krankheitsprävalenz und -inzidenz in der Gemeinschaft in Beziehung zu setzen;
 - selektiv Informationen zu sammeln und zu interpretieren durch Erheben der Krankengeschichte, körperliche Untersuchung und Abklärungen und dies in Zusammenarbeit mit dem Patienten in einen geeigneten Behandlungsplan umzusetzen;
 - geeignete Arbeitsprinzipien anzuwenden, z.B. schrittweise Abklärungen, die Zeit als Werkzeug zu nutzen und mit Unsicherheit umgehen zu können;
 - nötigenfalls dringend zu intervenieren;
 - mit Zuständen, welche sich in ihrer frühen und undifferenzierten Ausprägung zeigen, umzugehen;
 - diagnostische und therapeutische Interventionen wirksam und effizient einzusetzen.
4. Der umfassende Ansatz umfasst die Fähigkeit:
- gleichzeitig mit vielfältigen Beschwerden und Pathologien, mit akuten und chronischen Gesundheitsproblemen des individuellen Patienten umzugehen;
 - Gesundheit und Wohlbefinden durch Gesundheitsförderungs- und Krankheitspräventionsstrategien in geeigneter Weise zu fördern;
 - Gesundheitsförderung, Prävention, Heilung, Betreuung, Linderung und Rehabilitation zu betreiben und zu koordinieren.

5. Gemeinschaftsorientierung erfordert die Fähigkeit:
 - die gesundheitlichen Bedürfnisse der einzelnen Patienten durch ausgeglichenen Einsatz der verfügbaren Ressourcen mit jenen der Gesellschaft in Einklang zu bringen;

6. Das ganzheitliche Modell erfordert die Fähigkeit:
 - ein bio – psycho – soziales Modell unter Berücksichtigung kultureller und existentieller Dimensionen anzuwenden.

§3 Drei Umsetzungsbereiche

Bei der Ausübung seines Faches setzt der kompetente Allgemeinmediziner diese Kompetenzen in drei wichtigen Bereichen ein¹⁻³:

a. Klinische Aufgaben

- die Fähigkeit, mit dem breiten Spektrum der in der Allgemeinpraxis präsentierten Beschwerden, Probleme und Krankheiten umzugehen;
- Langzeitbetreuung und Nachsorge zu gewährleisten;
- Nachweis und Erfahrung in das richtige Gleichgewicht zu bringen.

b. Kommunikation mit Patienten

- die Fähigkeit, die Konsultation zu strukturieren;
- Information in leicht verständlicher Form zu vermitteln und Vorgehensweisen und Befunde zu erklären;
- Emotionen zu verstehen und damit umgehen zu können.

c. Praxismanagement

- den Patienten angemessenen Zugang und Verfügbarkeit anzubieten;
- die Praxis effektiv zu organisieren, auszustatten und finanziell zu verwalten und mit dem Praxisteam zusammenzuarbeiten;

- mit anderen Mitarbeitern in der Grundversorgung und anderen Spezialisten zusammenzuarbeiten.

§4 Hintergrundelemente der Disziplin

Drei Elemente sind für eine personenbezogene wissenschaftliche Disziplin entscheidend: Kontext, Haltung und Wissenschaft⁴⁻⁸.

Kontextuelle Aspekte

- kontextuelle Aspekte des Patienten, seiner Geschichte, seiner Situation und seines sozialen Hintergrunds bei der Diagnosestellung, Entscheidungsfindung und Behandlungsplanung einzubeziehen.
- persönliches Interesse am Patienten und seinem Umfeld zu zeigen und sich der möglichen Konsequenzen der Krankheit für Familienmitglieder und das weitere Umfeld (einschließlich das Arbeitsumfeld) des Patienten bewusst zu sein.

Haltungsaspekte

- sich seiner eigenen Fähigkeiten und Werte bewusst zu sein.
- ethische Aspekte der klinischen Praxis (Prävention / Diagnostik / Therapie / die Lebensweise beeinflussende Faktoren) zu erkennen.
- Die persönliche Ethik zu rechtfertigen und zu klären.
- Sich der Wechselwirkung zwischen Arbeits- und Privatleben bewusst zu sein und nach einem guten Gleichgewicht zu streben.

Wissenschaftliche Aspekte

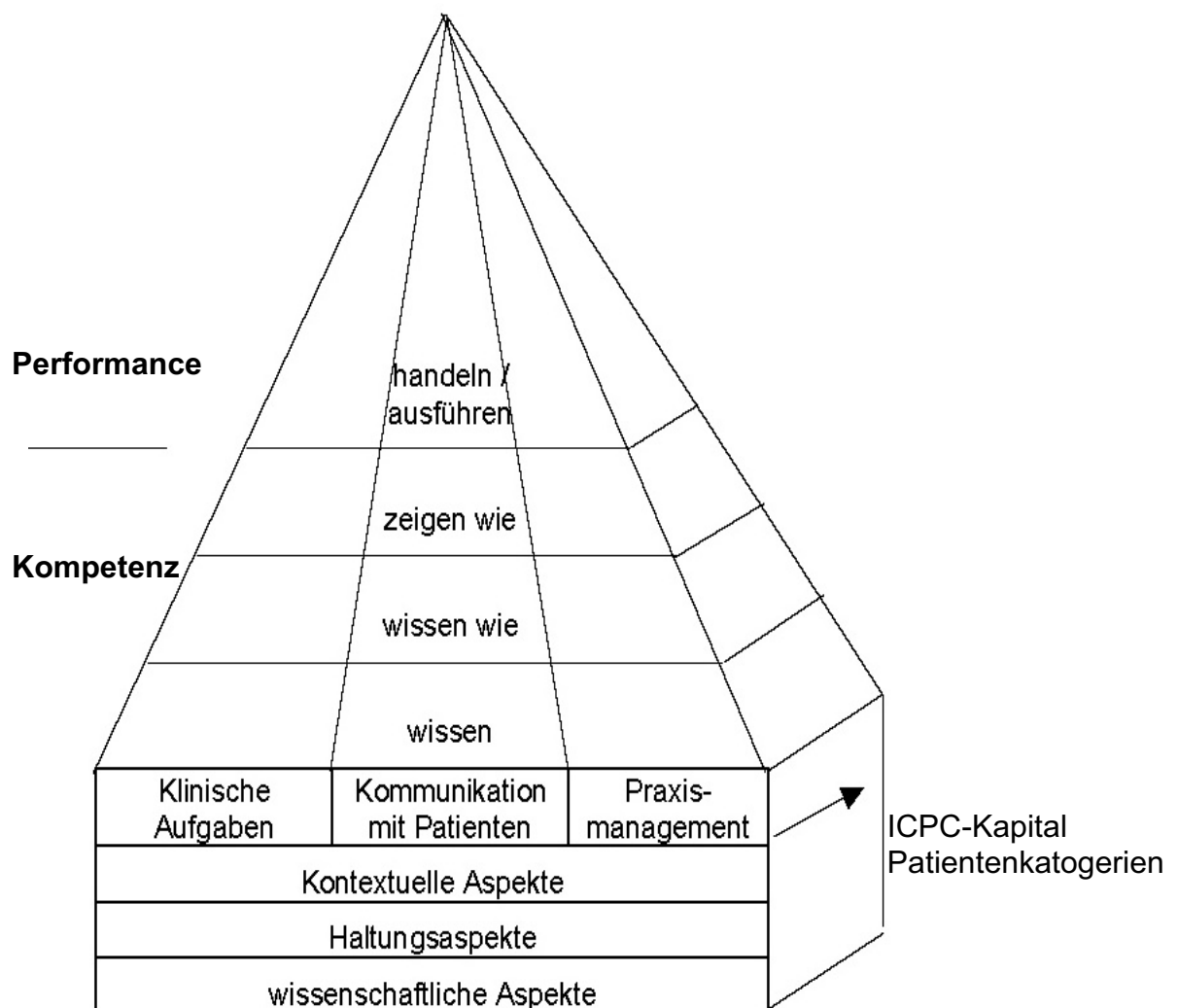
- Mit den allgemeinen Prinzipien, Methoden und Konzepten der wissenschaftlichen Forschung und den Grundlagen der Statistik (Inzidenz, Prävalenz, prädiktiver Wert, usw.) vertraut zu sein;
- die wissenschaftlichen Hintergründe von Pathologie, Symptomen und Diagnose, Therapie und Prognose, Epidemiologie, Entscheidungsfindungstheorie, Theorien der Hypothesenerstellung und Problemlösung sowie präventiver Gesundheitsvorsorge gründlich zu kennen;
- fähig zu sein, medizinische Literatur aufzufinden, zu lesen und kritisch zu beurteilen;
- lebenslanges Lernen und Qualitätsförderung zu entwickeln und aufrecht zu erhalten

§5 Wechselbeziehungen im Netzwerk der Kompetenzen – eine visuelle Darstellung

Die wechselseitigen Beziehungen zwischen Kernkompetenzen, Umsetzungsbereichen und grundlegenden Merkmalen kennzeichnen die Disziplin und unterstreichen die Komplexität des Fachgebietes.

Verschiedene Modelle sind verwendet worden, um die Wechselwirkungen der Kernkompetenzen zu visualisieren: Miller's Dreieck, Fabb's Würfel und Donabedian's Rahmen für Struktur, Prozess und Ergebnis. Ram et al. gehen in ihrer früheren Forschung darauf ein^{2,3} (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Wechselwirkungen im Netzwerk der Kompetenzen



Das umfassende Feld der allgemeinmedizinischen Betreuung wurde hier entlang einer Achse in drei Hauptbereiche unterteilt: klinische Aufgaben, Kommunikation mit Patienten, und Praxismanagement (siehe §3).

Zur Auflistung von Patientenbeschwerden und Krankheiten kann eine Klassifikation nach den Kapiteln der „International Classification of Primary Care“ (ICPC) herangezogen werden⁹. Diese Aspekte und Patientenkategorien sind auf der zweiten Achse dargestellt.

Auf der dritten Achse widerspiegelt das Modell die laufenden Entwicklungen theoretischer Standpunkte und des medizinischen Fachwissens – von Kompetenz (weiß, weiß wie, zeigt) zur „Performance“ (tut es). Die Spitze dieser Pyramide, die Ebene der „Performance“, stellt sowohl die klinische und kommunikative Handlungsweise als auch das Praxismanagement in der täglichen Praxis dar.

Donabedian's Rahmen ist in dieser Pyramide ebenfalls eingebaut. Struktur (Praxisorganisation und –management) und Prozess (Kommunikation mit Patienten und klinische Handlungsweise) sind auf der horizontalen Achse dargestellt. Das Ergebnis für den Patienten (krankheitsbezogene Parameter und allgemeine Lebensqualität) kann als das Resultat aus der dynamischen Wechselwirkung unter den drei Achsen gesehen werden.

Als personenbezogene wissenschaftliche Disziplin erfordert die Allgemeinmedizin drei Merkmale fachspezifischer Kompetenz, welche die Basis der Pyramide darstellen: kontextuelle, Haltungs- und wissenschaftliche Aspekte (siehe §4). Der personenbezogene Allgemeinmediziner verwendet im Entscheidungsfindungsprozess den Kontext der Person. Die Haltung ist zwar in der Kommunikation mit dem Patienten eingeschlossen, doch indem man die Haltung als eigenes Element einführt, bezieht man das berufliche Verhalten als Aspekt der Disziplin mit ein. Da die allgemeinmedizinische Ausbildung ein akademisches Unterfangen darstellt, dem ein auf Evidenz basierter Ansatz inne liegt, sollte ein wissenschaftlicher Ansatz alle beruflichen Aufgaben durchdringen.

Die Abbildung zeigt die komplexe Wechselwirkungen unter den Kernkompetenzen. Diese Komplexität sollte zur Entwicklung der damit zusammenhängenden Inhalte von Lehre, Forschung und Qualitätsförderung führen und sich darin widerspiegeln.

Literatur:

1. Ram P, van der Vleuten CPM, Rethans JJ, Grol R, Aretz K. Assessment of practicing family physicians in a multiple-station examination using standardised patients with observation of consultation in daily practice. *Acad Med* 1999;74:62-9.
2. Ram P. Comprehensive assessment of general practitioners. A study on validity, reliability and feasibility. Thesis 1998, Maastricht University.
3. Van den Hombergh P, Grol R, van den Hoogen HJM, van den Bosch WJHM. Assessment of management in general practices: validation of a practice visit method. *Br J Gen Pract* 1998;48:1743-50.
4. Heath I, Evans P, van Weel C. The specialist of the discipline of general practice. *Br Med J* 2000;320:326-7.
5. Van Weel C. Examination of context of medicine. *Lancet* 2001;357:733-4.
6. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *Lancet* 2001;357:867-70.
7. Metz JCM, Stoelinga GBA et al. Blueprint 1994: training of doctors in the Netherlands. Objectives of undergraduate medical education. Nijmegen University, 1994.
8. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Gray JA, Haynes RB. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
9. Lamberts H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.

7. ANHÄNGE

ANHANG 1

Leeuwenhorst-Definition 1974

"Der Allgemeinmediziner ist ein zur Berufsausübung zugelassener Absolvent eines Medizinstudiums, der Einzelpersonen, Familien und einer Praxispopulation unabhängig von Alter, Geschlecht und Erkrankung eine persönliche Primär- und Langzeitversorgung bietet. Die Eigenheit seiner Tätigkeit liegt in der Synthese dieser Funktionen. Er betreut seine Patienten in seiner Praxis und in ihrem eigenen Heim, manchmal in einer Klinik oder einem Krankenhaus. Sein Ziel ist die Frühdiagnose. Er bezieht physische, psychologische und soziale Faktoren in seine Betrachtungen zu Gesundheit und Krankheit mit ein. Dies kommt in der Betreuung seiner Patienten zum Ausdruck. Er trifft eine erste Entscheidung bei allen, ihm als Arzt vorgebrachten Problemen. Er übernimmt die Langzeitbetreuung seiner Patienten mit chronischen, wiederkehrenden oder unheilbaren Erkrankungen. Der über einen längeren Zeitraum dauernde Kontakt biete ihm immer wieder Gelegenheit, Informationen in einem auf den einzelnen Patienten abgestimmten Tempo zu sammeln und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, das er beruflich nutzen kann. Er übt seine Tätigkeit in Zusammenarbeit mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Kollegen aus. Er muss wissen, wie und wann er durch Behandlung, Prävention und erzieherische Maßnahmen eingreifen muss, um die Gesundheit seiner Patienten und deren Familien zu fördern. Er anerkennt auch eine berufliche Verantwortung gegenüber der Gemeinschaft."

WONCA-Definition 1991

„Der Allgemeinmediziner oder Hausarzt ist der Arzt, der vorrangig verantwortlich ist für die umfassende Betreuung aller Personen, die ihn um medizinische Betreuung ersuchen, und der nötigenfalls für die Bereitstellung von Leistungen durch andere Gesundheitsberufe sorgt. Der Allgemeinmediziner/Hausarzt fungiert als Generalist, der jedermann annimmt, der ihn um Betreuung ersucht, während andere Gesundheitsberufe den Zugang zu ihren Leistungen aufgrund von Alter, Geschlecht oder Diagnose begrenzen.“

Der Allgemeinmediziner/Hausarzt betreut den Einzelnen im Kontext der Familie und die Familie im Kontext der Gemeinschaft, unabhängig von Rasse, Religion, Kultur oder Gesellschaftsklasse. Er ist klinisch kompetent, für diese den Großteil der Betreuung durchzuführen unter Berücksichtigung ihres kulturellen, sozioökonomischen und psychologischen Hintergrunds. Zusätzlich übernimmt er die persönliche Verantwortung für die umfassende und kontinuierliche Betreuung seiner Patienten.

Der Allgemeinmediziner/Hausarzt nimmt seine berufliche Rolle wahr, indem er die Betreuung entweder direkt oder durch die Leistungen anderer gewährleistet, nach Maßgabe ihrer gesundheitlichen Bedürfnisse und der Ressourcen, die in der Gemeinschaft, in welcher er arbeitet, verfügbar sind.“

Definition von Olesen 2000

„Der Allgemeinmediziner ist ein für die Arbeit an der vordersten Front des Gesundheitssystems ausgebildeter Spezialist, der die ersten Schritte zur Versorgung der gesundheitlichen Probleme der Patienten unternimmt. Der Allgemeinmediziner betreut Menschen in einer Gesellschaft, unabhängig von der Art der Erkrankung oder persönlichen und sozialen Merkmalen des Patienten, und organisiert die im Gesundheitssystem verfügbaren Ressourcen zum bestmöglichen Nutzen des Patienten. Der Allgemeinmediziner beschäftigt sich mit autonomen Individuen in den Bereichen Prävention, Diagnose, Heilung, Betreuung und Linderung, wobei er die Wissenschaften der Biomedizin, der medizinischen Psychologie und der medizinischen Soziologie nützt und integriert.“

ANHANG 2

Entstehungsgeschichte des Dokuments

Dieses Dokument wurde ursprünglich von einer Arbeitsgruppe des Rats der „European Academy of Teachers in General Practice“ (EURACT) vorbereitet und in der Folge an den Treffen der WONCA Europa in Barcelona, Spanien (Oktober 2001) und in Noordwijk, Holland (März 2002) modifiziert. Es ist als erster Schritt auf dem Weg zu einem europaweiten Konsens gedacht. Von diesen Definitionen können die Kernkompetenzen abgeleitet werden, aber sie dienen auch als Grundlage für Forschung, Qualitätssicherung und Lehre zur Erfüllung der

Bedürfnisse der Hausarztmedizin im 21. Jahrhundert.

Das auslösende Moment für die Aufnahme der Arbeit durch den EURACT-Rat war die Publikation einer revidierten Definition der Rolle des Hausarztes durch Olesen et al. Sie treten für eine neue Definition ein, welche auf dem „idealen Inhalt des Spezialgebiets“ basiert. Diese sollte nach Meinung der Autoren universal und nicht länderspezifisch sein und einen Rahmen für Lehre und Ausbildung darstellen; und sie schickten sich an, eine neue Definition zu erstellen. Obschon ihre Absichten den Anstoß gaben, hatte man nicht das Gefühl, dass sich ihre Definition mit ihren eigenen Anforderungen tatsächlich getroffen hätte. Die Arbeitsgruppe des EURACT-Rates wurde deshalb gebeten, folgende Fragen zu betrachten:

Was ist ein Allgemeinmediziner? Was tun sie derzeit, und was sollten sie tun?

Sollten wir die Disziplin definieren, indem wir die Aufgaben des Hausarztes oder die grundlegenden Prinzipien oder beides definieren?

Viele sind in der Disziplin (auf Grund der Eigenheiten ihres Gesundheitssystems) in begrenztem Ausmaß tätig; sind sie als Allgemeinmediziner anzusehen? Gibt es einen Unterschied zwischen einem Allgemeinmediziner und einem Spezialisten in Hausarztmedizin?

Der angewandte Prozess bestand darin, diese Fragen über einen längeren Zeitraum zu diskutieren, einige der wichtigsten internationalen Publikationen in diesem Bereich zu untersuchen, nicht jedoch in einem erschöpfenden Studium der ausgedehnten Literatur zu diesen Themen. In einer vergleichenden Darstellung wurden Ähnlichkeiten zwischen den vorher beschriebenen verschiedenen Ansätzen gesucht und die Gründe für bestehende Unterschiede untersucht. Dann wurden in einem schrittweisen Prozess mehrere Entwürfe dieses Dokuments erstellt und in größerem Kreis diskutiert. Eine limitierte Beratung über eine vorläufige Fassung dieses Dokuments erfolgte im Rahmen eines internationalen Workshops in Tampere (Mai 2001), an dem über 90 Allgemeinmediziner aus ganz Europa teilnahmen.

WONCA Europe veranstaltete in Verbindung mit EURACT, SEMFYC, dem WHO-Büro in Barcelona, EGPRW, EQuIP und EUROPREV eine Konsensuskonferenz, zu der die Schlüssel-Organisationen eingeladen wurden. Diese fand im Oktober 2001 statt; man war sich einig, einen

Entwurf der Erklärung in eine breitere Vernehmlassung zu geben. Diese wurde von der WONCA Europe durchgeführt, die Dokumente wurden allen europäischen Kollegien und nationalen Gesellschaften sowie anderen in die Hausarztmedizin in Europa involvierten Organisationen zur Stellungnahme zugesandt. Die Antworten wurden zusammengefasst und einer Konferenz dieser Organisationen in Noordwijk (März 2002) vorgelegt, danach wurde die endgültige Fassung dieses Dokuments erstellt.

ANHANG 3

Danksagungen

WONCA Europe dankt allen Organisationen und Personen, welche schriftliche Stellungnahmen abgegeben oder am Konsultationsprozess, der zur Erstellung dieses Dokumentes geführt hat, teilgenommen haben:

Austrian Society General Practice/Family Medicine
College of Family Physicians of Canada
College National de Généralistes Enseignants, France
Danish College of General Practitioners
Dutch College of General Practitioners
European Academy of Teachers in General Practice
European General Practice Research Workshop
European Network for Prevention and Health Promotion in Family
Medicine and General Practice
European Union of General Practitioners
European Working Party on Quality Assurance
The Icelandic College of Family Physicians
Malta College of Family Doctors
Norwegian College of General Practitioners
Royal College of General Practitioners, United Kingdom
Slovak Society of General Practice/Family Medicine
Spanish Society of Family and Community Medicine
Swedish association of General Practice
Swiss Society of General Medicine
WHO, Barcelona office
World Organisation of Family Doctors

Dr. M. Boland
Dr. G. Buckley

Dr. J. Horder
Prof. C. Lionis

ANHANG 4

Mitgliedsländer der WONCA EUROPE

ANDORRA	GERMANY	PORTUGAL
AUSTRIA	GREECE	ROMANIA
BELGIUM	ICELAND	SLOVAK REPUBLIC
CROATIA	IRELAND	SLOVENIA
CZECH REPUBLIC	ISRAEL	SPAIN
CYPRUS	ITALY	SWEDEN
DENMARK	LITHUANIA	SWITZERLAND
ESTONIA	MALTA	UKRAINE
FRANCE	NETHERLANDS	UNITED KINGDOM
FINLAND	NORWAY	
	POLAND	