

Prof. Dr. Erika Zelko, PhD

Institut für Allgemeinmedizin JKU Linz

MR Dr. Susanne Rabady

Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Department Allgemeine Gesundheitsstudien, Kompetenzzentrum für Allgemein- und Familienmedizin

Univ.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Kathryn Hoffmann, MPH

Department of Primary Care Medicine, Center for Public Health, Med. University of Vienna

Allgemeinmedizin/Familienmedizin unter der Zeit-Lupe

1. Einleitung	12
2. Historisches	12
3. Neue Definition	14
4. Ausblick	16
5. Was zeichnet also einen Familienmediziner/Allgemeinmediziner aus? Was soll er beherrschen?	19

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Allgemeinmedizin im Wandel der Zeit – von den Anfängen der ärztlichen Medizin über die Entwicklung der Fachdisziplinen, die Neudefinition der Allgemeinmedizin hin zur Familienmedizin und die modernen Herausforderungen, die dieser Beruf mit sich bringt. Vor allem sollte die Allgemeinmedizin mehr sein als die „Negativdefinition“ der Fachgebiete – also alles was keinem Fachbereich zugeschrieben werden kann. Eine eigene, moderne und bedarfsorientierte Beschreibung der Aufgaben und Kompetenzen der Allgemeinmedizin scheint mehr als angebracht, um in einem fragmentierten und hoch spezialisierten Gesundheitssystem an Bedeutung zu gewinnen.

1. Einleitung

Nur wenige medizinische Fachgebiete waren (sind) so sehr damit beschäftigt, sich selbst zu definieren, wie die Familien- und Allgemeinmedizin. Manche würden sagen, dass dies vor allem darauf zurückzuführen ist, dass sich die Allgemeinmediziner gegen den öffentlichen Druck wehren, dass dieser Zweig der Medizin im Vergleich zu einigen großen Bereichen der klinischen Praxis „irrelevant“ sei und sie daher die Zukunft der Allgemein-/Familienmedizin sehr pessimistisch sehen. Aber ist das wirklich so?

2. Historisches

Die Familienmedizin hat sich aus einem älteren Zweig der Medizin, der Allgemeinmedizin, entwickelt. Die Beziehung ist jedoch nicht einfach. Der Begriff „General Practitioner“ wurde erstmals Anfang des neunzehnten Jahrhunderts in der Zeitschrift *Lancet* verwendet. Der Allgemeinmediziner, der im Amerika des 18. Jahrhunderts geboren wurde, erhielt seinen Namen im Großbritannien des 19. Jahrhunderts.

In Europa und Nordamerika war das 19. Jahrhundert das Zeitalter der Allgemeinmedizin. Auf beiden Kontinenten waren die meisten Mitglieder des ärztlichen Berufsstandes Allgemeinmediziner und es gab kaum eine Differenzierung der Funktionen, nicht einmal innerhalb der medizinischen Fakultäten.

In Österreich gab es hingegen bis tief ins 19. Jahrhundert nur Ärzte („Medici“), die keine operativen Tätigkeiten durchführten – das taten nur Chirurgen bzw. eigentlich Wundärzte, die lediglich eine handwerkliche Ausbildung erhalten hatten und schlecht beleumundet waren. Der Großteil der Bevölkerung wurde von Pflegerinnen bzw. Pflegern (in „Spitälern“), die meist Nonnen/Mönche waren, mit Kräutern u.Ä. behandelt. Eine Reform der Ärzteausbildung wurde unter Maria Theresia und dann v.a. Joseph II. durchgeführt – dann erst wurde die Bevölkerung in größeren Teilen medizinisch-wissenschaftlich versorgt.

Erst in der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts bildeten sich die großen Spezialgebiete der Medizin heraus. Der technologische Fortschritt war rasant und

die Investitionen in die Forschung zahlten sich aus. Die medizinische Ausbildung orientierte sich zunehmend an den Laborwissenschaften und der Technologie in der Medizin. Die großen wissenschaftlichen Erkenntnisse fanden im Bereich der spezialisierten Disziplinen statt und erzeugten viel Aufmerksamkeit. Der Blick richtete sich auf technische und wissenschaftliche Errungenschaften. So gewannen die Spezialdisziplinen an Prestige, während die Allgemeinmedizin mit ihrer patientenorientierten Zuwendung, ihrem Fokus auf persönlicher Betreuung als deutlich weniger modern und dynamisch erschien. Erst im Jahr 1927 unterstrich der US-amerikanische Arzt Francis Peabody erneut die Notwendigkeit der Allgemeinmedizin. Trotzdem ging der Anteil der Allgemeinmediziner an den ausgebildeten Ärzten seit den 1930er Jahren kontinuierlich zurück, sowohl in absoluten Zahlen als auch im Verhältnis zum gesamten Berufsstand. Dieser Prozess wurde durch das faktische Verschwinden der Allgemeinmediziner aus den medizinischen Fakultäten nach dem Zweiten Weltkrieg und durch die weitere Subspezialisierung in den großen Fachgebieten, die in den 1950er Jahren einsetzte, beschleunigt.

Während das Zeitalter der Spezialisierung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts seinen Höhepunkt erreichte, erkannte man den Bedarf an einer neuen Art von Generalist*innen. Diese mussten sich jedoch in ihrem Selbstverständnis von den alten Allgemeinmedizinern unterscheiden, da sich die Anforderungen vollkommen verändert hatten. Als Reaktion auf den Rückgang der Allgemeinmedizin wurden in den 1950er und 1960er Jahren in zahlreichen Ländern Colleges und Akademien für Allgemeinmedizin geschaffen.

International wurden die ersten postgradualen Ausbildungsprogramme für Allgemein- und Familienärzt*innen eingerichtet, und es wurden große Fortschritte bei der Gestaltung der Lehrpläne erzielt. Zu dieser Zeit entstanden die ersten akademischen Lehrstühle für Allgemeinmedizin in Großbritannien, Kanada, den Niederlanden sowie in den Vereinigten Staaten, und die Familienmedizin wurde in den Lehrplan des medizinischen Grundstudiums aufgenommen. 1972 wurde die World Organization of National Colleges and Academies of General Practice/Family Medicine (WONCA) gegründet.

3. Neue Definition

Die erste Definition der Familienmedizin wurde 1974 auf der Europäischen Konferenz für Allgemeinmedizin vorgestellt. Dabei wurden Familienmediziner*innen mit „Allgemeinmediziner*innen“ gleichgesetzt und man definierte die Charakteristika dieser Berufsgruppe einschließlich der Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen. In Österreich wurde und wird häufig der Begriff Hausarzt*innen als Synonym für die Allgemein- und Familienärzt*innen verwendet.

Die Gründe für diesen Wandel waren vielfältig. Einerseits bezeichnete „Allgemeinmedizin“ sehr diffus alles, was keine Spezialisierung war – hatte also eine Art „Negativdefinition“ und wurde dementsprechend als vormodern empfunden. Andererseits sollte mit dem Begriffswandel auch ausgedrückt werden, dass die Allgemein- und Familienmedizin ein spezifisches, positiv definiertes Fach ist und sich von der reinen Allgemeinmedizin unterscheidet. Außerdem musste ein Name für den Wissensfundus, die neue klinische Disziplin gefunden werden, die definiert werden sollte.

Der neue Begriff der Allgemein- und Familienmedizin integriert nun allgemeinärztlich-generalistische Kompetenz mit neu entstandenen Fähigkeiten und Anforderungen. Der Begriff Familienmedizin steht in unserer modernen Welt für das patientenbezogene Umfeld – das keineswegs nur durch die „klassische“ Familie bestimmt ist. Andererseits ist die Integration von Dienstleistungen unerlässlich geworden, um Ressourcen zu sparen und Verschwendung zu vermeiden. Es wurden eine horizontale und eine vertikale Integration erwartet. Die horizontale wird dadurch erreicht, dass Hausärzte als Teammitglieder mit anderen Gesundheitsfachkräften und in Zusammenarbeit mit gemeindenahen Hilfsdiensten arbeiten. Vertikale Integration wird durch die Zusammenarbeit zwischen den drei Versorgungsebenen (primär, sekundär, tertiär) erreicht, z.B. bei der Entlassungsplanung im Krankenhaus. Leider ist diese Gliederung der Ebenen in Österreich formal noch nicht vollzogen. Der dritte wichtige Punkt für Entwicklung der Allgemein- und Familienmedizin ist die Verhaltenswissenschaft. Das Studium des menschlichen Verhaltens war für Hausärzt*innen schon immer wichtig. In der Vergangenheit wurden die Erkenntnisse jedoch eher intuitiv als durch eine organisierte Herangehensweise an Probleme gewonnen.

Die jüngsten Entwicklungen in den Verhaltens- und Sozialwissenschaften sind für die Medizin insgesamt, insbesondere aber für die Familienmedizin/hausärztliche Medizin von großer Bedeutung. Die Verhaltenswissenschaft hat unsere Aufmerksamkeit auf den Prozess gelenkt, durch den Menschen medizinische Versorgung

in Anspruch nehmen. Sie hat die Ärzte selbst zum Forschungsgegenstand gemacht und uns damit die Bedeutung unseres eigenen Verhaltens für die Qualität der Versorgung bewusstgemacht, z.B. bei der Entscheidungsfindung, der Therapieentscheidung, Lebensstiländerung und vielem mehr. Sie hat unsere Erkenntnisse über die Beziehung zwischen Arzt und Patient, die familiären Beziehungen, unser Wissen über verhaltensbedingte und soziale Faktoren, die an der Verursachung von Krankheiten beteiligt sind und die Verhaltensaspekte von Krankheiten erweitert.

Ein weiterer Faktor für die Entwicklung der Familienmedizin ist das wiedererwachte Interesse an der Gesundheitsversorgung außerhalb des Krankenhauses. Die Kosten für die stationäre Versorgung sind so hoch geworden, dass die Kriterien für die Aufnahme in ein Krankenhaus immer strenger werden.

4. Ausblick

Das Akutkrankenhaus scheint sich zu einer Einrichtung zu entwickeln, in der nur noch Patient*innen behandelt werden, die eine hochtechnische und spezialisierte Versorgung benötigen, entweder stationär oder ambulant. Für diejenigen, die über einen längeren Zeitraum hinweg eine Vielzahl von Problemen behandeln lassen müssen, ist das Krankenhaus eine weit weniger zufriedenstellende Form der Versorgung. Eine große Einrichtung kann die Zersplitterung der Versorgung und den häufigen Wechsel des Personals kaum vermeiden, im Gegenteil zum niedergelassenem Bereich, wo eine integrierte, persönliche Medizin und langfristige Versorgung ein Merkmal der Arbeit ist.

Der Krankenhausaufenthalt birgt auch einige Risiken, insbesondere für ältere Menschen.

Und die Ausübung der Medizin außerhalb des Krankenhauses, insbesondere die wohnortnahe Versorgung, hat eine neue Bedeutung erlangt. In den kommenden Jahren ist ein ausgewogenes System erforderlich, in dem die persönliche und kontinuierliche Versorgung in der Gemeinde für alle zur Verfügung steht, während das Krankenhaus bei Bedarf spezialisierte Unterstützung leistet.

In Slowenien, den Niederlanden, Irland, Norwegen und einigen anderen Ländern wird die Rolle des Hausarztes manchmal als die des Gatekeepers bezeichnet. Die Bezeichnung hat den negativen Beigeschmack einer Person, die versucht, Menschen auszuschließen. Das ist nicht die Rolle, die der Allgemein- und Familienmedizin zukommt. Sie soll, was der Begriff „Gatekeeper“ wohl meint, auch die Stelle des Erstkontakts sein. Vor allem jedoch ist sie die zentrale Betreuungsstelle, die für alle Anliegen da ist, die mit Gesundheit und Befinden zusammenhängen. Es ist die Stelle, die sehr viele gesundheitliche Bedürfnisse selbst erfüllen kann, die jedenfalls das Problem identifiziert und eventuell an die jeweils am besten geeignete weiterbehandelnde Stelle weiterleitet.

Allgemein- und Familienärzt*innen bleiben kontinuierlich als Ansprechpartner*innen und begleitende, vertraute Expert*innen an der Seite von Patient*innen auf ihren Wegen durch das Gesundheitssystem. Die Aufgabenteilung zwischen Ärzten der Primär- und Sekundärversorgung ermöglicht es beiden Gruppen, das zu tun, was sie am besten können. Hausärzt*innen unterstützen Spezialist*innen dabei, ihre spezifischen Fähigkeiten und Kenntnisse zu entfalten, indem sie sich auf die Patient*innen konzentrieren, deren Probleme in ihr Fachgebiet fallen. Spezialist*innen wiederum unterstützen Hausärzt*innen insofern, als sie spezialisiert

tes Wissen liefern, das diese wiederum in ein allgemein- und familienärztliches Gesamtkonzept integrieren können.

Im Jahr 2016 erstellte die WONCA ein Dokument, das die Standards für Familienärzte festlegt, um die weltweite Ähnlichkeit ihrer Arbeit zu gewährleisten und unseren Beruf auf wissenschaftlicher Grundlage kontinuierlich zu verbessern. Die letzte Definition der Familienmedizin stammt aus dem Jahr 2018 und ist als die Definition von Göktas bekannt:

„Allgemeinmediziner/Familienmediziner sind Fachärzte, die in den Grundsätzen des Faches ausgebildet sind. Sie sind persönliche Ärzte, die in erster Linie für die umfassende und kontinuierliche Betreuung jedes Menschen zuständig sind, der medizinische Hilfe sucht, unabhängig von Alter, Geschlecht und Krankheit. Sie betreuen den Einzelnen im Kontext seiner Familie, seiner Gemeinschaft und seiner Kultur und respektieren dabei stets die Autonomie ihrer Patienten. Sie sind sich bewusst, dass sie auch eine berufliche Verantwortung gegenüber ihrer Gemeinschaft haben. Bei der Besprechung und Ausarbeitung von Behandlungsplänen mit ihren Patienten beziehen sie physische, psychologische, soziale, kulturelle und existenzielle Faktoren ein und nutzen das Wissen und das Vertrauen, das durch wiederholte Kontakte entstanden ist. Allgemeinmediziner/Familienmediziner üben ihre berufliche Rolle aus, indem sie die Gesundheit fördern, Krankheiten vorbeugen und für Heilung, Versorgung oder Linderung sorgen sowie die Eigenverantwortung und das Selbstmanagement der Patienten fördern.

Dies geschieht entweder direkt oder durch die Dienste anderer, je nach den gesundheitlichen Bedürfnissen und den in der Gemeinschaft, in der sie tätig sind, verfügbaren Ressourcen, wobei sie die Patienten bei Bedarf beim Zugang zu diesen Diensten unterstützen. Sie müssen die Verantwortung für die Entwicklung und Erhaltung ihrer Fähigkeiten, ihres persönlichen Gleichgewichts und ihrer Werte als Grundlage für eine wirksame und sichere Patientenversorgung übernehmen. Wie andere medizinische Fachkräfte müssen sie die Verantwortung für die kontinuierliche Überwachung, Aufrechterhaltung und erforderlichenfalls Verbesserung der klinischen Aspekte, der Dienstleistungen und der Organisation, der Patientensicherheit und der Patientenzufriedenheit der von ihnen erbrachten Leistungen übernehmen.

Familienmediziner sind auf klinische Medizin spezialisiert und erbringen Primärversorgungsleistungen in allen Arten von Gesundheitssystemen. Der Familienmediziner ist in der Lage und befugt, innerhalb seines Fachgebiets ein breites Spektrum von Gesundheitsentscheidungen zu treffen und anzuwenden, er kann

diese Aufgabe jederzeit und überall wahrnehmen und ist in Bezug auf die Aufsicht autonom. Der Familienmediziner ist der Arzt aller Menschen und aller Angehörigen der Gesundheitsberufe, mit denen er bei der Überweisung von Patienten zusammenarbeitet.“

(DEGAM 2012; Starfield 1998)

Da sich die klinische Ausbildung am Patienten orientieren muss, muss diese Verlagerung hin zu einer gemeindenahen Versorgung letztlich auch zu einer Änderung des klinischen Curriculums führen. Logischerweise sollten Medizinstudenten in Einrichtungen der Primärversorgung untergebracht werden, wo sie die langfristige Versorgung von Patienten in der Nähe ihres Wohn- und Arbeitsortes und ihrer Familien erleben können. Einen Teil ihrer fachlichen Erfahrung können sie im gleichen Umfeld sammeln, in dem Hausärzte, Fachärzte und andere Gesundheitsberufe zunehmend zusammenarbeiten. Für andere Aspekte ihrer Ausbildung in den Fachgebieten können die Studenten in ein Akutkrankenhaus abgeordnet werden. Allgemein- und Familienmedizin hat den gesamten patient*innenbezogenen Kontext zum Inhalt.

5. Was zeichnet also einen Familienmediziner/Allgemeinmediziner aus? Was soll er beherrschen?

Es ist ein Blumenstrauß aus verschiedenen Kompetenzen und Fähigkeiten, die einen Familienmediziner auszeichnen können, wo sich menschliche und medizinische Eigenschaften treffen und verbinden.

Ein Familienmediziner soll

- den Grundlagen der Heilkunde treu bleiben (Menschen helfen, Hoffnung geben, heilen wo es möglich ist, immer unterstützen),
- der wissenschaftlichen Medizin verpflichtet sein und breites evidenzbasiertes Wissen haben und anwenden,
- die Patient*innen als Personen wahrnehmen (Gespräche, Lebensgeschichten, Vielfalt, Begleitung durch das Leben),
- das Unbekannte entdecken (Detektivarbeit, Zusammenführung von vielen verschiedenen Informationen, Umgang mit Unsicherheit),
- die Einzigartigkeit und Unverwechselbarkeit jedes Einzelnen im Blick haben,
- die menschlichen und medizinischen Grenzen akzeptieren und zulassen,
- verschiedene Rollen ausfüllen (die Rolle des Klärers, Koordinators, Diagnostikers, Vermittlers, Heilers).

Um die oben gestellte Frage zu beantworten: Es ist wichtiger denn je, die beruflichen und fachlichen Kompetenzen von Hausärzten/Allgemeinmedizinern/Familienmediziner zu beschreiben, da sie in einem fragmentierten und hoch spezialisierten Gesundheitssystem wieder zunehmend an Bedeutung gewinnen.