



DEGAM-Zukunftspositionen

Allgemeinmedizin — spezialisiert auf den ganzen Menschen

Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin
und der hausärztlichen Praxis



Inhaltsverzeichnis

Präambel

Grundlegende Zukunftspositionen (1-14)	S. 4
Positionen zur Ausbildung (15-16)	S. 20
Positionen zur Weiterbildung (17-18)	S. 22
Position zur Fortbildung (19)	S. 24
Positionen zur Forschung (20-21)	S. 25
Positionen zur Qualitätsförderung (22-24)	S. 28
Impressum	S. 32

Erstentwurf:

Heinz-Harald Abholz, Attila Altiner, Ottomar Bahrs, Erika Baum, Martin Beyer, Jean-François Chenot, Norbert Donner-Banzhoff, Günther Egidi, Peter Engeser, Antje Eler, Ferdinand Gerlach, Andreas Klement, Manfred Lohnstein, Armin Mainz, Hans-Michael Mühlenfeld, Wilhelm Niebling, Uwe Popert, Martin Scherer, Anne Simmenroth-Nayda, Guido Schmiemann, Antonius Schneider, Jost Steinhäuser, Armin Wiesemann, Stefan Wilm

Unter Mitarbeit von:

Nadja Christner, Edmund Fröhlich, Philipp Gehring und Anke Schmid

Grafik:

Benedikta von Schorlemer

Soweit möglich enthalten die Erläuterungen der einzelnen Zukunftspositionen auch zentrale bzw. ausgewählte Quellen. Auf umfassende Herleitungen sowie detaillierte Literaturverzeichnisse wurde im Interesse einer kurzgefassten, übersichtlichen Darstellung bewusst verzichtet.



Präambel

Ziel der folgenden Zukunftspositionen ist es, ein neues, positiv besetztes Profil des Fachs Allgemeinmedizin zu schaffen, das prägnant gegenüber einer breiten Öffentlichkeit kommuniziert werden kann. Es muss letztlich für jede Bürgerin und jeden Bürger in Deutschland ersichtlich sein, dass und warum die Allgemeinmedizin ebenso anspruchsvoll ist wie spezialisierte High-Tech-Medizin. Die DEGAM-Positionen sollen auch den Hausärztinnen und Hausärzten selbst den Rücken stärken, eine Aufbruchstimmung vermitteln und dabei helfen, konstruktiv in die Zukunft zu schauen. Dem verbreiteten Jammern und Schlechtreden der eigenen Profession soll auf diese Weise etwas Positives entgegengesetzt werden.

Die Positionen skizzieren, wie das hausärztliche Berufsbild der Zukunft aussieht, welche Rolle die (hausärztliche) Primärversorgung in einem zukunftsfähigen Gesundheitssystem hat und welche Lösungen die DEGAM für die speziellen Probleme im ländlichen Raum empfiehlt. Die DEGAM-Zukunftspositionen erheben weder einen Anspruch auf Vollständigkeit, noch sollen sie den Ist-Zustand valide abbilden. So muten manche Aspekte provokant an, wenn man sie auf ihre Passgenauigkeit in der heutigen Zeit überprüft (z.B. „Allgemeinmedizin ist das Kernfach im Medizinstudium“). Gerade solche Positionen haben einen in die Zukunft weisenden Charakter und sollen die Ziele einer erfolgreichen Entwicklung darstellen, in der sich die Allgemeinmedizin von manchen Mythen der Vergangenheit befreit und gut gerüstet die zukünftigen Herausforderungen einer sich rasant verändernden Gesellschaft annimmt.

1. Angesichts zunehmender Spezialisierung und Fragmentierung der Gesundheitsversorgung sind Hausärztinnen und Hausärzte als Generalisten wichtiger denn je

Generalismus bezeichnet eine medizinische Herangehensweise, die vom konkreten Patienten und seinen Problemen ausgeht. Hausärztinnen und Hausärzte sind nicht primär organ- oder aufgabenzentriert, sondern sehen sich als Spezialisten für den ganzen Menschen. Darin ist kein Anspruch auf Allzuständigkeit enthalten, vielmehr ist es angesichts der immer differenzierteren und spezialisierteren Behandlungsoptionen eine Aufgabe der Hausärztin und des Hausarztes, die langzeitige und umfassende Betreuung, z.B. bei chronisch (mehrfach) Kranken, zum Teil selbst zu leisten und bei Bedarf zwischen verschiedenen Disziplinen bzw. Professionen zu koordinieren.

Die Hauptaufgabe der Hausärztinnen und Hausärzte wird auch in Zukunft die Primär- und Grundversorgung sein. Das bedeutet, dass Hausärztinnen und Hausärzte als erste Anlaufstelle fungieren und auf dieser Versorgungsebene die Mehrzahl (ca. 90 %) der Beratungsanlässe abschließend geklärt werden kann. Darüber hinaus besteht der Vorteil einer gleichzeitigen Bearbeitung mehrerer Beratungsanlässe während eines Arztkontaktes. Hausärztinnen und Hausärzte sehen sich neben ihrer Hauptaufgabe in der Primärversorgung auch als Kooperationspartner einer gegliederten Versorgung, in der (sub-)spezialistische Vorgehensweisen bei der Diagnose und Therapie einzelner Erkrankungen notwendig sind. Angesichts verkürzter stationärer Liegezeiten und der Zunahme altersbedingter Erkrankungen, Multimorbidität und psychischer (Ko-)Morbiditäten gewinnt die langfristige, anlassübergreifende Betreuung an Bedeutung. Hausärztinnen und Hausärzte haben als einzige Facharztgruppe eine besonders breite Weiterbildung und können aufgrund ihrer Arbeitsweise die von ihnen betreuten Menschen als ganze Personen behandeln, ihr Kranksein mit den jeweiligen Lebenskontexten zusammenbringen und dieses Wissen im Sinne einer „personenzentrierten Medizin“ diagnostisch und therapeutisch unmittelbar berücksichtigen.

Eine hochrangige britische Expertengruppe (Independent Commission 2011) hat, unter der Devise ‚Guiding Patients Through Complexity: Modern Medical Generalism‘, folgende Kernelemente des Generalismus benannt:

- Wahrnehmung der Patientenperson und ihrer Probleme als Ganzes, Einordnung dieser Probleme in Lebenssituation (besonders wichtig bei psychischen Problemen) und Familienbezug
- Ansprechbarkeit für noch nicht differenzierte Probleme aus einem weiten Spektrum
- Kooperation und Koordination mit einer Vielzahl anderer Leistungserbringer bzw. Hilfsquellen
- Kontinuierliche Betreuung über einzelne Krankheitsepisoden hinweg
- Anlassunabhängige Versorgung (z.B. präventive Leistungen)
- Unterstützung des Patienten bei der Nutzung unterschiedlicher Versorgungsangebote

Quelle:

Independent Commission for the Royal College of General Practitioners and the Health Foundation. Guiding patients through complexity: modern medical generalism [Internet]. 2011 [cited 2012 Jun 23]. Available from: http://www.rcgp.org.uk/policy/commissn_on_generalism.aspx

2. Die Hausarztpraxis der Zukunft ist eine Teampraxis

Hausärztinnen und Hausärzte wollen und müssen zunehmend in hausärztlichen Teams sowie im Team mit Angehörigen anderer Berufsgruppen (insbesondere Medizinischen Fachangestellten, Pflegekräften, Physio-/Ergotherapeuten, Sozialarbeitern etc.) und Disziplinen (anderen Fachärzten, Psychologen etc.) zusammenarbeiten. Eine Patientenversorgung im Team bietet Hausärztinnen und Hausärzten die Chance, die steigenden Anforderungen der Versorgung chronisch Kranker zu bewältigen und dabei gleichzeitig eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Teilzeittätigkeit/angestellte Tätigkeit) zu erreichen. Auch in Einzelpraxen, deren Zahl sinkt, werden die Zusammenarbeit im (Klein-)Team und die praxisübergreifende Vernetzung intensiviert. Einer erfolgreichen Teamzusammenarbeit dürfen die jeweiligen Honorierungs- bzw. Anreizsysteme nicht entgegenstehen.

Der über die Teamarbeit erreichte Nutzen erfordert vielmehr neue Vergütungsstrukturen, insbesondere eine angemessene Honorierung aller beteiligten Professionen.

Bereits heute findet die Mehrzahl der Neuniederlassungen in Kooperationen statt. (APO-Bank und Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung: Existenzgründungsanalyse für Ärzte 2009/2010) Randomisierte kontrollierte Studien in deutschen Hausarztpraxen zeigen, dass ein Case Management chronisch Kranker durch Medizinische Fachangestellte in deutschen Hausarztpraxen sehr gut akzeptiert wird und die Versorgung verbessert. (Gensichen et al. 2009) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Kooperationen sind ein zentrales Element international empfohlener Modelle für Primärversorgungspraxen. (Sachverständigenrat 2009)

Quellen:

APO-Bank und Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung: Existenzgründungsanalyse für Ärzte 2009/2010.

Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Güthlin C, Torge M, Petersen JJ, Rosemann T, König J, Gerlach FM; PRoMPT (PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 151: 369-378

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2009.

Frei verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de> (letzter Zugriff: 03.07.12)

3. Hausärztinnen und Hausärzte bieten ein umfassendes Behandlungsspektrum für alle Patientengruppen an

Hausärztinnen und Hausärzte sind erste Ansprechpartner bei den meisten somatischen und psychosozialen Gesundheitsproblemen des Patienten. Das Leistungsangebot reicht von Prävention, Gesundheitsförderung und Krankheitsfrüherkennung über die Akut- und Langzeitversorgung bei psychischen sowie bei chronischen Erkrankungen bis hin zur Palliativversorgung. Von Kindern bis Senioren richtet sich das Angebot an alle Altersstufen, Berufe und Ethnien.

Nach Barbara Starfield (1998) ist das Angebot einer umfassenden Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen („comprehensiveness“) ein wesentliches Merkmal einer guten Primärversorgung. In Deutschland hatten im Jahr 2007 93% der Versicherten der Gmünder Ersatzkasse Kontakt zum ambulanten Versorgungssystem. Dabei lag die Behandlungsrate bei Hausärztinnen und Hausärzten im Durchschnitt bei 68%, bei Fachspezialisten zwischen 8% bei Urologen und 31% bei fachärztlich tätigen Internisten. (Grobe et al. 2008)

Quellen:

Grobe T, Dörning H, Schwartz FW. GEK-Report ambulanzärztliche Versorgung 2008. Gmünder Ersatzkasse (Hrsg.). St. Augustin: Asgard Verlag; 2008.

Starfield B. Primary Care. Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.

4. Die hausärztliche Versorgung benötigt stabile und förderliche Rahmenbedingungen

Für eine zukunftsorientierte Entwicklung der hausärztlichen Primärversorgung sind stabile und förderliche Rahmenbedingungen eine unverzichtbare Voraussetzung. Notwendig sind vor allem

- die Förderung einer stabilen Arzt-/Patientenbeziehung und die Übernahme von konkreter Verantwortung (z.B. durch Einschreibemodelle)
- die Förderung sinnvoller, evidenzbasierter Leistungskomplexe, die in der Qualität gesichert sind (z.B. ein Medikations-Check), insbesondere bei der Betreuung chronisch Erkrankter
- die Förderung von im Praxisteam (z.B. durch VERAH) erbrachten Leistungen
- die Förderung der interdisziplinären Kooperation und Vernetzung mit anderen Leistungserbringern (auch der Pflege)
- die Förderung einer wohnortnahen, leicht zugänglichen Versorgung und der Notdienstaufgaben
- die Senkung der im internationalen Vergleich besonders hohen Kontaktfrequenz (z.B. durch kontaktunabhängige Pauschalierungen und Förderung gesprächsintensiver, zeitlicher Zuwendung)

Eine Praxisbindung von Patienten ist die Voraussetzung zur Übernahme von Versorgungsverantwortung, unterstützt Kontinuität und Umfang („comprehensiveness“) der hausärztlichen Betreuung und ermöglicht damit eine sinnvolle Nutzung von Ressourcen. Im internationalen Vergleich zeigen primärarztorientierte Gesundheitssysteme einen höheren Nutzen für die Versorgung der Bevölkerung. Im Gegensatz zu einer rigiden Zugangskontrolle („gatekeeping“) soll eher die Funktion der Hausärztin und des Hausarztes als Berater und Türöffner („gateopener“) zu sinnvollen Behandlungsmöglichkeiten im Vordergrund stehen. Auch in hausärztlichen Zusammenschlüssen soll weiterhin eine personale, individuelle Zuordnung zwischen einem persönlich verantwortlichen Arzt/Ärztin und einem individuellen Patienten ermöglicht werden.

Für die DEGAM ist die Hausarztpraxis die Versorgungsebene, auf der die meisten Patienten-Probleme bereits selbst gelöst werden. Dies gewährleistet, dass Fachspezialisten gezielt auf der Versorgungsebene tätig werden können, für die sie weitergebildet worden sind.

Zentral ist, dass durch angemessene Rahmenbedingungen Voraussetzungen für die Förderung der hausärztlichen Betreuung im Praxisteam, insbesondere für die wachsende Zahl chronisch Erkrankter geschaffen werden. Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (insbesondere in Baden-Württemberg) konnten einige der geforderten Rahmenbedingungen bereits umsetzen. Es ist aber zu erwarten, dass sich das ganze Potential der hausärztlichen Versorgung (WHO 2008) erst entwickelt, wenn gute Rahmenbedingungen für Hausarztpraxen flächendeckend über einzelne Kassenarten und Regionen hinweg geschaffen werden.

Quelle:

WHO. The World Health Report 2008: Primary Health Care (Now More Than Ever) [Internet]. 2008 [cited 2012 Jun 26]. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>

5. Familienmedizin ist eine wichtige Aufgabe in der hausärztlichen Versorgung

Eine generationenübergreifende und den sozialen Kontext einbeziehende Versorgung der Bevölkerung erfordert Wissen um die familiären Lebensbedingungen. Die Familienmedizin als integrierter Teil hausärztlichen Handelns muss sich im Alltag interprofessionell verzahnen. (Hegemann et al. 2000) Immer stehen dabei aber die Patienten, ihr Lebensumfeld sowie dessen Auswirkung auf ihre Gesundheit im Zentrum. Dabei kann die Beziehung sowohl zum individuellen Patienten in seinem familiären Kontext als auch zur Familie als Ganzes, als System, bestehen. (Buetow, Kenealy 2007, Himmel, Kochen 1998)

Die Familienmedizin ist von zentraler Bedeutung für eine Gesellschaft, die sich im Wandel befindet und damit das Individuum und die Gemeinschaft vor schwierige Aufgaben stellt (Migration, Alterung der Bevölkerung, Zunahme von sozialer Ungleichheit, Arbeitslosigkeit, Verarmung u.a.). Die Hausarztpraxis ist gleichzeitig Brennpunkt und Abbild dieser Veränderungen. Mit den sozialen Strukturen der Gesellschaft verändert sich auch die Bezugsgröße der Familienmedizin. Dies ist nicht mehr allein die klassische Kern- oder erweiterte Großfamilie, sondern das primäre Lebensumfeld der Patienten. Hausärztinnen und Hausärzte begegnen ihr im Praxisalltag insbesondere bei der Begleitung und Versorgung mehrerer Personen einer Familie im weiten Sinne u.a. bei Alleinerziehenden mit ihren Kindern, Patchwork-Familien, Jugendlichen in Krisensituationen, Begleitung pflegender Angehöriger oder in der Palliativ- und Trauerbegleitung. Allgemeinmedizin hat hier im Vergleich zu allen anderen Gebieten oder Versorgungsstrukturen eine besondere Chance und Verantwortung.

Quellen:

Buetow SA, Kenealy TW (Hrsg.). Ideological debates in family medicine. New York: Nova Science Publishers; 2007.

Hegemann T, Asen E, Tomson P. Familienmedizin für die Praxis. Stuttgart: Schattauer; 2000.

Himmel W, Kochen MM. Der familienmedizinische Ansatz in der Allgemeinmedizin. Dtsch Ärztebl 1998; 95(28-29): A1794-1797

6. Die Hausärztin und der Hausarzt der Zukunft bestreiten einen Großteil der Behandlung selbst. Darüber hinaus koordinieren sie die Behandlung über verschiedene Sektoren und Berufsgruppen hinweg.

Hausärztinnen und Hausärzte stellen eine qualifizierte Grundversorgung sicher und organisieren darüber hinaus die Zusammenarbeit mit Fachspezialisten, Kliniken, Pflege- und Sozialdiensten, anderen Gesundheitsberufen sowie Einrichtungen in der Gemeinde. Sie nehmen eine zentrale Position als verantwortliche Koordinatorinnen und Koordinatoren ein und behalten den Überblick über die Gesamtversorgung des Patienten.

Nach Barbara Starfield (1998) stellt die Koordination der Behandlung mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitssystem eine der vier Säulen der Primärversorgung dar. Insbesondere für chronisch Kranke ist eine gute Koordination ihrer Versorgung entscheidend. Diese Patientengruppe wird fast immer von mehreren Ärztinnen und Ärzten versorgt. Unnötige Doppeluntersuchungen und Fehler nehmen mit der Zahl der Behandler zu. (Schoen et al. 2008) Eine gute Koordination kann dazu beitragen, die Qualität der Patientenversorgung zu steigern und Kosten zu senken. (Øvretveit 2011)

Quellen:

Øvretveit J. Evidence: Does clinical coordination improve quality and save money? Volume 1: A summary review of the evidence. London: Health Foundation; 2011.

Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J. In Chronic Condition: Experiences Of Patients With Complex Health Care Needs, In Eight Countries. Health Affairs 2008; 28(1, 2009): w1-w16

Starfield B. Primary Care. Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.

7. Hausärztinnen und Hausärzte unterstützen Patienten, ihre eigenen Ressourcen selbständig und aktiv zu nutzen

Wo es möglich und sinnvoll ist, sollte vor dem Einsatz von externen Maßnahmen und Technologien im weitesten Sinne geprüft werden, ob durch hausärztlich unterstützte Eigeninitiative oder Verhaltensänderung des Patienten der gewünschte Erfolg nicht mindestens ebenso gut erreicht werden kann wie durch die Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln oder den Einsatz technischer Verfahren. Hausärztinnen und Hausärzte unterstützen Patienten, ihre eigenen Gesundheitsziele zu klären und zu benennen sowie ihre eigenen salutogenen Ressourcen selbständig und aktiv zu nutzen, um diese zu erreichen.

Richtigerweise steht in hausärztlichen Leitlinien (DEGAM-Leitlinien 2012, PMV-Forschungsgruppe 2012), aber auch in Fachinformationen zu Medikamenten und den Arzneimittelrichtlinien (Gemeinsamer Bundesausschuss 2009) wiederholt der Satz, dass Verhaltensänderungen Vorrang haben und eine bestimmte Therapie nur eingesetzt werden soll, wenn Verhaltensänderungen nicht zielführend oder erreichbar sind. In der Realität ist das aber oft schwierig umzusetzen. Es verlangt Zeit, Engagement und oft einen langen Atem. Sichtbare Erfolge stellen sich häufig nicht so schnell ein wie dies bei dem Einsatz von Medikamenten erhofft wird. Die Aktivierung des Patienten stärkt seine Autonomie und führt oft dazu, dass medizinische Ressourcen weniger in Anspruch genommen werden. (Soukup et al. 1999, Adami et al. 2010) Hausärztinnen und Hausärzte achten besonders darauf, wie Gesunde gesund bleiben und Kranke wieder gesund werden können (Salutogenese).

Quellen:

Adami PE, Negro A, Lala N, Marteletti P: The role of physical activity in the prevention and treatment of chronic diseases. Clin Ter. 2010; 161 (6): 537-541

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Leitlinien der DEGAM (insbesondere Nr. 2-4, 12 und 13). Frei verfügbar unter <http://leitlinien.degam.de/index.php?id=fertiggestellteleitlinien> (letzter Zugriff: 03.07.12)

Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (insbesondere § 8). Bundesanzeiger 2009, 49a. Frei verfügbar unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-610/AM-RL_2012-01-19_2012-05-01.pdf (letzter Zugriff: 03.07.12)

PMW Forschungsgruppe. Leitlinien (insbesondere Diabetes, Fettstoffwechselstörung, kardiovaskuläre Prävention). Frei verfügbar unter http://www.pmvforschungsgruppe.de/content/03_publicationen/03_d_leitlinien.htm (letzter Zugriff: 02.07.12)

Soukup MG, Glomsrod B, Lonn JH, Bö K, Larsen S. The effect of a Mensendieck Exercise Programm as secondary prophylaxis of recurrent low back pain: a randomized, controlled trial with 12-month-follow up. Spine 1999; 24: 1585-1592

8. Hausärztliche Versorgung – der beste Schutz vor zu viel und falscher Medizin

Hausärztliche Versorgung erhöht die Patientensicherheit durch individuelle, gemeinsame Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden von Diagnostik bzw. Therapie und dient damit der ressourcenschonenden Vermeidung unnötiger medizinischer Maßnahmen (sog. „quartäre Prävention“). (Kühlein et al. 2010, Jamouille 2012) Dies beinhaltet die Berücksichtigung des interpersonellen Geschehens, eine langfristige Behandlungsplanung unter Einbeziehung des Patienten (Partizipative Entscheidungsfindung) sowie die Integration aller Maßnahmen in ein therapeutisches Gesamtkonzept.

Krankheiten eines Menschen sind nur selten eindimensional – zumeist sind eine Vorgeschichte mit ersten dezenten Symptomen, Risikofaktoren für die Erkrankung sowie der individuelle Umgang mit einer Erkrankung zu berücksichtigen. Zudem hat ein Mensch oft weitere Erkrankungen (Multimorbidität) sowie individuelle Stärken und Schwächen, die für die Frage der Krankheitsentstehung und -ausprägung von Bedeutung sind.

Diese Mehrdimensionalität und die oft vorhandene Multimorbidität des jeweiligen Patienten sollte ein behandelnder Arzt/Ärztin – möglichst aus gemeinsamem Erleben mit dem Patienten – kennen. Erst dieses Kenntnis erlaubt eine gemeinsam mit dem Patienten abwägende Entscheidung über den individuellen Nutzen und Schaden einer Diagnostik oder Behandlung. Ohne eine mit anderen Behandlern koordinierte Betreuung sowie im Einzelfall individuell abgewogene Entscheidungen drohen Über-, Unter- und Fehlversorgung. Für sorgfältig abgewogene gemeinsame Entscheidungen ist ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt/Ärztin notwendige Basis. Ein solches Vertrauensverhältnis braucht eine längere Zeit des Wachsens – also gemeinsame Begegnungen von Hausärztin/Hausarzt und Patient.

Die Fortschritte in der Arzneimitteltherapie ermöglichen die medikamentöse Behandlung einer Vielzahl von Erkrankungen. Insbesondere bei Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen geht dies allerdings mit spezifischen Risiken einer Polypharmakotherapie einher. Der unkoordinierte Zugang zu allen niedergelassenen Arztgruppen erlaubt eine gleichzeitige Behandlung durch verschiedene Fachspezialisten. Für sich genommen sind einzelne Medikamentenverordnungen oder freiverkäufliche Medikamente oft sinnvoll, eine Parallelverordnung ohne Koordination durch einen zentralen Ansprechpartner birgt jedoch große Risiken für den einzelnen Patienten (Gaal et al. 2011, 6). Die Koordination der Behandlungs- und Medikamentenempfehlungen von den Mitbehandlern durch ein hausärztliches Team kann die Sicherheit der Arzneimitteltherapie erhöhen, insbesondere die Versorgung chronisch Erkrankter verbessern und dazu beitragen, dass begrenzte (finanzielle) Ressourcen gezielter eingesetzt werden. (Gaal et al. 2011, 11)

Quellen:

Abholz H-H, Wilm S. Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM (Hrsg). Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 4. Aufl., Stuttgart: Thieme; 2012: S. 606-616

Gaal S, Verstappen W, Wensing M. What do primary care physicians and researchers consider the most important patient safety improvement strategies? BMC Health Serv Res. 2011; 11: 102

Gaal S, Verstappen W, Wolters R, Lankveld H, van Weel C, Wensing M. Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands: a retrospective medical record review study. *Implement Sci.* 2011; 6: 37 und 37.2

Gareus I, Abholz H-H. Patientenpartizipation in der Hausarztpraxis. In: Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Huber; 2012. S. 313-343

Jamouille M. [Internet]. Quaternary prevention. Prevention as you never heard before. [cited 2012 Jul 10]. Available from: <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>

Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte. *PrimaryCare* 2010; 10(18): 350-354

9. Im Zentrum hausärztlicher Tätigkeit steht die langfristige vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung

Die Beziehung zu den Patienten wird wesentlich durch die ärztliche Grundhaltung mit Vertrauen, Empathie, Offenheit und Wertschätzung geprägt. Diese Haltung ermöglicht eine persönliche, vertrauensvolle Beziehung und Betreuung der Patienten in der Hausarztpraxis – auch langfristig, wenn erforderlich.

Die langjährige „erlebte Anamnese“, ggf. über den gesamten Lebenszeitraum oder sogar über Generationen hinweg, ermöglicht die Einbeziehung psychosozialer Krankheitsursachen und einen umfassenden Blick auf den Patienten als ganzen Menschen in seinem sozialen und familiären Umfeld. Sie stellt eine positive Erfahrung für Patienten und ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt dar und ist auch in einer Teampraxis sicherzustellen. (Wilm, in der Schmitt 2007) Die frei gewählte Kontinuität dieser Beziehung schafft die Voraussetzungen für eine gute Koordination der Behandlung und Motivation der Patienten durch die Hausärztin/den Hausarzt. Barbara Starfield (1998) beschreibt die langfristige Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung („continuity of care“) als eine wesentliche Säule primärmedizinischer Versorgung. 90% der Bevölkerung und 96% der Menschen mit chronischen Erkrankungen in Deutschland haben eine persönliche Hausärztin oder einen persönlichen Hausarzt als ersten Ansprechpartner im Gesundheitssystem, der eine wichtige Vertrauensperson für sie darstellt. (van den Bussche et al. 2007) 77% der Patienten sind länger als fünf Jahre beim gleichen Arzt/Ärztin in Behandlung. (Koch et al. 2010)

Die Krankheitskonzepte von Patient und Arzt/Ärztin sind wichtige Bestandteile dieser Beziehungsarbeit und damit die Grundlage einer gemeinsamen Entscheidungsfindung. (Bahrs, Köhle 1989, Kamps 2004, Kamps, Harms 2010) Die Einzelleistungsvergütung schafft hier in der jetzigen Form falsche Anreize zur häufigen Erbringung technischer Untersuchungen statt zur zeitintensiven Beratung. Der Einsatz von Verhaltensänderungen statt Medikamenten oder anderer passiver Maßnahmen verlangt Zeit, Engagement und Ausdauer. Sichtbare Erfolge stellen sich häufig nicht so schnell ein.

Die Qualität der hausärztlichen Betreuung und Versorgung bemisst sich u.a. danach, wie sehr es gelingt, den Patienten durch patientenzentrierte Betreuung und authentisches Auftreten ins Zentrum zu rücken. (Bär 2009, WHO 2005) Der Einfluss der eigenen Krankheitskonzepte der Hausärztin und des Hausarztes auf Verlauf und Ergebnis der Interaktion ist ihnen oft nicht bewusst; ein ständiger Reflexionsprozess hierzu ermöglicht eine dem individuellen Patienten angemessenere Versorgung. (Kreher et al. 2009)

Quellen:

Bahrs O, Köhle M. Das doppelte Verstehensproblem – Arzt-Patient-Interaktion in der Hausarztpraxis. In: Neubig H (Hrsg.). Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis, Band 4. Berlin: Springer; 1989: 103-130

Bär T. Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Gesprächs in der hausärztlichen Praxis. Med Diss 2009. Berlin: Charité.

Kamps H, Harms D. Die medizinische Theorie passt auf zwei Bierdeckel – Skizzen einer hausärztlichen Semiotik. Z Allg Med 2010; 86: 140-143

Kamps H. Der Patient als Text – Metaphern in der Medizin – Skizzen einer dialogbasierten Medizin. Z Allg Med 2004; 80: 438-442

Koch K, Schürmann C, Sawicki P. Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Die Perspektive der Patienten. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(24): 427-434

Kreher S, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wollny A. Hausärztliche Krankheitskonzepte. Bern: Hans Huber; 2009.

Starfield B. Primary Care. Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.

Van den Bussche H, Eisele H, Schäfer I, Bachmann C, Kaduszkiewicz H. Die chronisch Kranken und ihre speziellen Versorgungsprobleme. In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2007. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2007. S. 54-75

WHO. Preparing health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions. Geneva: WHO; 2005.

Wilm S, in der Schmitten J. Was ist der Kern der hausärztlichen Tätigkeit? PrimaryCare 2007; 7(29-30): 481-485

10. Hausärztin und Hausarzt gewährleisten eine kontinuierliche persönliche Arzt-Patient-Beziehung. Diese hilft, bei multiplen Symptomen und Erkrankungen zu priorisieren, interkurrente Erkrankungen einzuordnen und ist wesentliches Werkzeug für Diagnostik und Therapie.

Allgemeinmedizin: die richtige Versorgung zur richtigen Zeit am richtigen Ort. Das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung und die Fortschritte der Medizin erhöhen die Zahl der chronisch und mehrfach erkrankten Menschen. Diese sind besonders anfällig für Über-, Unter- und Fehlversorgung. Daher ist die Integration und Koordination verschiedener Behandlungen und Behandler im Rahmen der Langzeitbetreuung eine zunehmend wichtige hausärztliche Aufgabe. Hausärztinnen und Hausärzte sind für diese Aufgabe besonders geeignet, da sie einen umfassenden Blick auf den ganzen Menschen in seinem Umfeld und Kontinuität der Beziehung über einzelne Krankheitsepisoden hinaus gewährleisten können.

Bei chronisch und mehrfach erkrankten Menschen ist die individualisierte und zugleich evidenzbasierte Konzentration auf die wichtigsten Behandlungsmaßnahmen nur in einem vertrauensvollen Verhältnis von Patient und Arzt/Ärztin im Kontext eines ganzheitlichen Ansatzes, breiter Zuständigkeit und Kontinuität der Versorgung möglich. (Freeman, Hughes 2010)

Durch die Kontinuität hausärztlicher Versorgung werden neu auftretende Gesundheitsstörungen, Verschlechterungen oder Komplikationen von Erkrankungen sowie Nebenwirkungen von Therapiemaßnahmen frühzeitig erkenn- und abwendbar. (Reeve 2010)

Für die Hausärztin und den Hausarzt bedeutet dies eine besondere Herausforderung: z.B. die Kompetenz, verschiedene Beratungsanlässe in der gleichen Konsultation zu bearbeiten. In diesem Zusammenhang gilt es, den Nutzen und Schaden auf einzelne gesundheitliche Beschwerden abzielender Interventionen gegeneinander abzuwägen, sie im Hinblick auf die Angemessenheit für den Patienten zu prüfen und die individuelle Vorgehensweise mit dem Patienten und seinen Angehörigen abzustimmen. Hierfür bedarf es besonders der personalen Kontinuität als Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Hausärztin/Hausarzt.

Quellen:

Freeman G, Hughes J. Continuity of care and the patient experience. London: The Kings Fund; 2010.

Reeve J. Interpretive medicine: Supporting generalism in a changing primary care world. Occas Pap R Coll Gen Pract. 2010; 88: 1-20, v.

11. Nur die Allgemeinmedizin sichert eine wohnortnahe, flächendeckende und niedrigschwellige Grundversorgung der Bevölkerung

Patienten wünschen eine wohnortnahe Versorgung aus einer Hand. Die Mehrheit aller Patientenanliegen kann mit hoher Patientenzufriedenheit von Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten mit geringem Aufwand zeitnah gelöst werden. (Green et al. 2001) Die Gewährleistung einer wohnortnahen allgemeinmedizinischen Versorgung dient auch dem Erhalt der Autonomie älterer Menschen.

Eine kontinuierliche, wohnortnahe Versorgung ist in den meisten Fällen sehr gut auch ohne spezialisierte technische Untersuchungen möglich. Typisch für die Allgemeinmedizin ist die Möglichkeit der parallelen Versorgung unterschiedlicher Beratungsanlässe bzw. Organbereiche. Dies ist nur durch qualifizierte Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zu leisten und – wie Studien belegen – kosteneffektiv (Starfield 2012, Friedberg et al. 2010).

Die flächendeckende hausärztliche Versorgung in Stadt und Land muss gefördert und gezielt weiterentwickelt werden (kooperative Modelle, Zweig- und Gruppenpraxen, Arbeitszeitmodelle).

Quellen:

Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Aff (Millwood). 2010; 29: 766-772

Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001; 344: 2021-2025

Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012; 26: S20-26

12. Allgemeinmedizin bietet einen Ort, der soziale Ungleichheit reduziert

Die von Hausarztpraxen angebotene wohnortnahe, kontinuierliche und sozial niedrigschwellige Zugänglichkeit hat angesichts gravierender sozioökonomischer Unterschiede eine gesellschaftlich integrierende Funktion. Dabei kann und sollte der Arzt/die Ärztin auch Fürsprecher benachteiligter Menschen mit Gesundheitsproblemen sein.

Armut, soziale Isolation und insbesondere auch erlebte soziale Ungleichheit haben auf die Entstehung sowie den Verlauf von Krankheit erhebliche Auswirkungen. So weicht auch in Deutschland z.B. die Lebenserwartung zwischen höchster und niedrigster sozialer Schicht um 8 Jahre bei den Männern und 6 Jahre bei den Frauen voneinander ab. Ähnliche Unterschiede gibt es in Bezug auf chronische Krankheit und Berentung. Diese Unterschiede verringern sich nicht, sie nehmen zu.

Armut und soziale Isolation können durch hausärztliche Tätigkeit nicht behoben werden. Hausärztinnen und Hausärzte sind als die ihren Patienten am nächsten Agierenden verpflichtet, sich gegen die soziale Spaltung in der Gesellschaft einzusetzen. Die Hausarztpraxis kann daher ein Ort sein, wo Respekt in der Zuwendung und Chancengleichheit leitend sind.

Zugleich aber besteht auch bei uns faktisch ein „inverse care law“ – wie es international bezeichnet wird: Die meisten Ärztinnen und Ärzte sind in den Regionen (insbesondere wohlhabenden Stadtteilen in Ballungsräumen) tätig, in denen der geringste Bedarf besteht. Je ärmer und damit gefährdeter gegenüber vorzeitiger Erkrankung und Sterblichkeit eine Bevölkerung ist (vor allem in „ärmeren“ Wohnquartieren und auf dem Land), umso schlechter sind häufig die medizinischen Versorgungsstrukturen.

Die DEGAM setzt sich daher auch in dieser Hinsicht für eine bedarfsgerechte Allokation der Ressourcen im Gesundheitswesen ein.

Quellen:

Abholz H-H, Borgers D. Soziale Ungleichheit. Welche Rolle kann die Arztpraxis kompensatorisch einnehmen? In: Mielck A, Bloomfield K (Hrsg). Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim/München: Juventa; 2001. S. 286-292

Gregory IN. Comparisons between geographies of mortality and deprivation from the 1900s and 2001: spatial analysis of census and mortality statistics. *BMJ* 2009; 339: b3454

Klose J, Rehbein I. Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Berlin; 2011. Frei verfügbar unter http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorgung/wido_amb_pub-aerzteatlas2011_0511.pdf (letzter Zugriff: 03.07.12)

Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet* 2007; 370: 1153-1163

Shi L, Starfield B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam pract* 1999; 48: 275-284

Wilkinson R, Pickett K. The spirit level. Why equality is better for everyone. London: Penguin; 2010.

13. Hausärztinnen und Hausärzte engagieren sich für die gesundheitlichen Belange ihrer Gemeinde

Hausärztinnen und Hausärzte integrieren und koordinieren individuelle und kommunale Gesundheitsziele in ihrer Gemeinde. Hausärztliche Praxisteams können aufgrund ihrer Vertrautheit und Kooperationsfähigkeit vor Ort konkreten Einfluss auf salutogene, präventive, rehabilitative und Selbsthilfe-Strukturen nehmen, z.B. Radwege, Lauftreffs, Lebensmittelauswahl, schulische Gesundheitsförderung, soziale Vernetzung oder Bewegungs- und Aktivierungsangebote für Senioren.

Unter Nutzung der vorhandenen kommunalen Infrastrukturen und Institutionen (Stadtverwaltung, Betriebe, Vereine, Träger der Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Einrichtungen im Gesundheitswesen, Beratungsstellen, Medien u.a.), Kooperation mit anderen Professionellen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie Bündelung auch konkurrierender Interessen können gesundheitsfördernde Maßnahmen Individuen und Gruppen in ihrer Lebenswelt der Gemeinde helfen, ihre gesundheitsbezogenen Ressourcen zu entwickeln und gesundheitliche Ziele erfolgreicher im Alltag umzusetzen. (Wiesemann 2006) Individualmedizinische und Public Health-Perspektive fließen hier im hausärztlichen Handeln zusammen.

Quellen:

Barnes KA, Kroening-Roche JC, Comfort BW. The developing vision of Primary Care. *N Engl J Med* 2012; 367: 891-93

Taylor RJ, Smith BH, van Teijlingen ER (Hrsg.). *Health and illness in the community*. New York: Oxford University Press; 2003.

Wiesemann A. Hausärztliche Gemeindefeldmedizin. In: Kochen MM (Hrsg.). *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2012. S.274-280

14. Hausärztinnen und Hausärzte sind Fachleute für den Ausschluss gefährlicher Verläufe und den Umgang mit unklaren Beschwerden

Bedingt durch den einfachen und niedrighschwelligen Zugang arbeiten Hausärztinnen und Hausärzte in einem „Niedrigprävalenz“-Bereich, in dem schwerere Erkrankungen seltener sind und unspezifische Beschwerden, die unmittelbar oft keine eindeutige Diagnose erlauben, häufiger. Entscheidungen müssen daher unter Berücksichtigung einer hohen Unsicherheit getroffen werden. Dies stellt besondere Anforderungen an die ärztliche Kommunikation und Entscheidungskompetenz.

Die hausärztliche Praxis stellt durch den niedrighschwelligen Zugang die erste Anlaufstelle für gesundheitliche Probleme dar. Dadurch bedingt müssen sich Hausärztinnen und Hausärzte häufig mit noch wenig differenzierten Patientenanliegen auseinandersetzen. Die Festlegung auf eine eindeutige medizinische Diagnose ist auf dieser Ebene häufig noch nicht möglich und oft auch nicht erforderlich. Hausärztinnen und Hausärzte entwickeln Instrumente und Techniken zum Umgang mit diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Unsicherheit. Dazu gehören an die Praxissituation angepasste Heuristiken und wissenschaftliche, evaluierte Entscheidungsregeln sowie einerseits eine Balance von Offenheit und Transparenz und andererseits das Auffangen von Angst und Sorge. Die Hausarztpraxis ist hierfür ideal geeignet, da die Patienten hier häufig über sehr lange Zeit betreut werden. Diese Konstellation erleichtert die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten (shared decision making). Ein aktiv und bewusst durchgeführtes abwartendes Offenhalten und das rechtzeitige Erkennen eines abwendbar gefährlichen Verlaufs sind wesentliche Kompetenzen der Hausärztin und des Hausarztes. Durch eine effektive Kommunikation können Hausärztinnen und Hausärzte Momente der Unsicherheit mit dem Patienten teilen (sharing uncertainty) und ihn durch angemessene Beratung und Begleitung vor Überdiagnostik und Über- bzw. Fehltherapie schützen. Gleichzeitig gehen sie damit effizient mit den Ressourcen unserer Gesellschaft um.

Quelle:

O’Riordan M, Dahinden A, Aktürk Z, Ortiz JM, Dagdeviren N, Elwyn G, Micallef A, Murtonen M, Samuelson M, Struk P, Tayar D, Thesen J. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. Qual.Prim.Care 2011; 19: 175-181

15. Im Medizinstudium sollten alle Studierenden möglichst frühzeitig und durchgängig in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen ausgebildet werden

Die DEGAM setzt sich dafür ein, das Medizinstudium stärker als bisher an den Versorgungsrealitäten zu orientieren. Alle Studierenden sollten daher während ihres gesamten Studiums kontinuierlich mit der Hausarztmedizin in Kontakt kommen. Dies ist neben der Verbesserung der allgemeinen ärztlichen Kompetenz auch eine entscheidende Voraussetzung, um Herz und Hirn des medizinischen Nachwuchses für die hausärztliche Versorgung zu gewinnen.

Neben Fertigkeiten und Erfahrungen in hausarzttypischen Aufgabenstellungen und Arbeitsweisen sollte Medizinstudierenden die Freude an diesem spannenden und abwechslungsreichen Beruf vermittelt werden. Die Allgemeinmedizin ist mit verschiedenen Stereotypen bzw. Vorurteilen gegenüber dem Fach konfrontiert – sowohl bei Studierenden als auch bei Vertretern anderer ärztlicher Fachdisziplinen. Dass die Allgemeinmedizin als Fach mehr ist als die Summe der abgespeckten Essentials anderer Fachdisziplinen und dass die Allgemeinmedizin ebenso modern ist wie organfixierte High-Tech-Medizin, müssen Studierende möglichst früh im Studium erfahren. Insbesondere die Integration von allgemeinmedizinischen Blockpraktika und einem Pflichtteil im praktischen Jahr in die medizinische Ausbildung sind hierfür wichtige Voraussetzungen. Das Kennenlernen dieses zentralen Versorgungsbereichs verbessert das Verständnis der speziellen Arbeitsweise sowie der Grenzen hausärztlicher Praxen und ist daher gerade auch für diejenigen Studierenden wichtig, die später in anderen Fachdisziplinen bzw. Versorgungsbereichen tätig werden.

In der Bevölkerung hat die Allgemeinmedizin millionenfach Fürsprecher, die in öffentlichen Diskursen (z.B. zur Einführung eines Pflichtquartals Allgemeinmedizin) jedoch häufig schweigen. Es muss sich bei Funktionsträgern und Interessensvertretern im Gesundheitswesen die Erkenntnis durchsetzen, dass die Allgemeinmedizin als Fach für eine qualitativ hochwertige Grundversorgung nicht nur bestens geeignet, sondern auch unverzichtbar ist.

Quelle:

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Positionspapier zum Bedarf an humanmedizinischen Studienplätzen und zur Förderung des hausärztlichen Nachwuchses an deutschen Universitäten und in der Versorgung [Internet]. DEGAM-Positionspapier vom 21.01.2011. Frei verfügbar unter http://www.degam.de/fileadmin/user_upload/degam/Studium_und_Hochschule/100920_Positionspapier_Prof_Baum.pdf (letzter Zugriff: 24.06.12)

16. Allgemeinmedizin ist das Kernfach im Medizinstudium

Das Medizinstudium zielt auf die Vermittlung der ärztlichen Grundkompetenz, die zur Weiterbildung in allen Fächern befähigen soll. Essentielle Lehrinhalte sind hier z.B. praktische Fertigkeiten wie die körperliche Untersuchung und die Vermittlung kommunikativer, interaktioneller Kompetenz. Die Allgemeinmedizin ist angesichts der zunehmenden Sub-Spezialisierungen – insbesondere in den Universitätsklinika – für die Vermittlung dieser Kompetenzen in idealer Weise geeignet. Die Beteiligung von Hausärztinnen und Hausärzten an der akademischen Lehre ist ausdrücklich erwünscht.

Die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung und die aktuelle Morbiditätslast müssen im Medizinstudium adäquat abgebildet werden: Ein großer Teil der Studierenden wird später entweder hausärztlich bzw. im ambulanten Bereich arbeiten oder regelmäßig mit diesem Versorgungsbereich kooperieren (vgl. Bundesärztekammer). Auch dies sind Gründe für eine starke Repräsentanz der Allgemeinmedizin im Studium.

Das breite Spektrum der Beratungsanlässe auf der primärärztlichen Versorgungsebene und die Langzeitbetreuung chronisch Kranker bedürfen einer speziellen Methodik, daher ist Allgemeinmedizin nicht die Summe der Spezialfächer oder nur ein Querschnittsfach („von allem ein wenig“), sondern hat eigene Denk- und Herangehensweisen, die nur von Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten gelehrt werden können. Durch die Breite der Beratungsanlässe und die individuelle Betreuung von Patienten aller Altersgruppen und sozialen Schichten werden Hausärztinnen und Hausärzte lebenslang intellektuell und emotional gefordert. Für die Umsetzung unerlässlich sind insbesondere:

- Die Einrichtung funktionsfähiger und ausreichend ausgestatteter Abteilungen bzw. Institute an allen deutschen Medizinischen Fakultäten,
- die finanzielle Förderung von PJ-Praxen und Studierenden, die das PJ in der Praxis ableisten,
- ein longitudinales Curriculum im Fach Allgemeinmedizin, das vom Beginn des Studiums bis einschließlich des PJ angeboten werden muss (vgl. Uni-wh und Charité).

Quellen:

Bundesärztekammer.de. [Internet]. Deutsches Ärzteblatt. Frei verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/specialdownloads/Stat10Abbildungsteil.pdf> (letzter Zugriff: 03.07.12)

Charite.de [Internet]. Charité-Universitätsmedizin Berlin. Frei verfügbar unter <http://allgemeinmedizin.charite.de/studium/reformstudiengang/> (letzter Zugriff: 03.07.12)

Uni-wh.de [Internet]. Universität Witten/Herdecke. Frei verfügbar unter <http://www.uni-wh.de/gesundheitslehre/lehstuhl-institut-allgemeinmedizin-familienmedizin/allgemeinmedizinische-familienmedizinische-lehre/> (letzter Zugriff: 03.07.12)

17. Hausärztin/Hausarzt = Facharzt für Allgemeinmedizin

Allgemeinmedizin ist mehr als die Summe der einzelnen Spezialdisziplinen. Insbesondere die Innere Medizin deckt nur ein gutes Drittel der allgemeinmedizinischen Beratungsanlässe ab. Weder eine rein klinische noch eine ausschließlich internistische Weiterbildung genügt daher den Anforderungen an eine qualifizierte allgemeinmedizinische Praxis. Daher müssen Hausärztinnen und Hausärzte wesentliche Teile ihrer Weiterbildung in der allgemeinmedizinischen Praxis absolviert haben.

Wenn man versucht, die Beratungsanliegen in hausärztlichen Praxen rein deskriptiv einzelnen Fachgebieten zuzuordnen, ergibt sich in epidemiologischen Untersuchungen mit über 100.000 Patienten in hausärztlichen Praxen folgendes Bild: Chirurgie 7%, Dermatologie 8%, Gynäkologie 4%, HNO 3%, Innere Medizin (alle Schwerpunkte) 32%, Neurologie 6%, Ophthalmologie 4%, Orthopädie 26%, Pädiatrie 14%, Psychologie 9% und Urologie 4% (Mehrfachzuordnung, gerundet, alphabetisch, Laux et al. 2010). Eine alleinige Weiterbildung in Kliniken mit einer in Deutschland durchschnittlichen Liegedauer von ca. 6 bis 8 Tagen umfasst insbesondere keinerlei Vorbereitung auf die zentrale Aufgabe der Langzeitversorgung chronisch Kranker (kontinuierliches Medikationsmanagement, Motivation von Patient und Angehörigen, langfristiges Monitoring von Medikation und Erkrankungsverläufen etc.). Auch die besonderen Bedingungen der Versorgung im Rahmen von Hausbesuchen oder in Alten- und Pflegeheimen sind Klinikern ohne jede Praxiserfahrung fremd. Gleiches gilt z.B. für gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen, lebensweltbezogene Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. Prävention inklusive Regelimpfungen und die Vielzahl der Erkrankungen (z.B. einfache Infekte, Befindlichkeitsstörungen), die in der ambulanten Primärversorgungspraxis häufig sind, in Kliniken aber regelhaft so gut wie gar nicht vorkommen.

Auf der Basis der vorliegenden praxisepidemiologischen Daten sowie mit Blick auf einschlägige Tätigkeitsanalysen in der hausärztlichen Versorgung ist eine Weiterbildung in einer allgemeinmedizinischen Praxis daher zwingend erforderlich. Nur dies erlaubt, dass qualifizierte Fachärzte für Allgemeinmedizin auch weiterhin ca. 90% aller Patientenanliegen eigenständig und abschließend bearbeiten können. Eine Weiterbildung in einer Klinik ist allein keinesfalls ausreichend. Die Qualifikationsanforderungen an einen Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerin sind international unstrittig; in den europäischen Ländern mit einem leistungsfähigen System hausärztlicher Versorgung sind nur Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zugelassen.

Quellen:

Laux G, Kühlein T, Gutscher A, Szecsenyi J. Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis. Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006-2009. München: Springer Medizin; 2010: 78 (Tab. 13.3)

ähnlich bei:

Abholz H-H, Hager C, Rose C. Was tun wir? Sekundärauswertung der Düsseldorfer Studie zu Behandlungsanlässen in der Hausarztpraxis. Z. Allg. Med. 2003; 79: 176–178

Bödecker A-W Wissen wir was wir tun? Eine empirische Untersuchung zu Behandlungsanlässen und deren Fächer-Zuordnung. Z. Allg. Med. 2003; 79: 169–172

Braun V. Inhalte allgemeinärztlicher Tätigkeit – eine Wochenanalyse in 25 bundesdeutschen Praxen. Z. Allg. Med. 2003; 79: 173–175

18. Eine allgemeinmedizinische Verbundweiterbildung ist die beste Voraussetzung, um auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Grundversorgung der Bevölkerung sicherzustellen

Alle Weiterbildungsabschnitte sollen das Erlernen von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen ermöglichen, die so gut wie möglich auf die spätere Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt vorbereiten. Die dafür erforderlichen Kompetenzen werden am besten im Rahmen einer strukturierten Verbundweiterbildung von zukünftigen Fachärzten für Allgemeinmedizin vermittelt. Mit der „Verbundweiterbildung plus“ erarbeitet die DEGAM ein umfassendes fachspezifisches Konzept, das eine inhaltliche und organisatorische Koordination umfasst. (Steinhäuser et al. 2011, DEGAM 2009) Die Umsetzung dieser Programme ist extern zu finanzieren und flächendeckend anzubieten. (Plat et al. 2007)

Der Anspruch, umfassende Erfahrungen in der Primärversorgung zu vermitteln, erfordert eine Rotation durch mehrere Fächer, um auch seltene Verläufe zu erleben und die Leistung der anderen Disziplinen kennenzulernen. Gleichzeitig sollte auch während fachfremder Rotationen ein für den Facharzt für Allgemeinmedizin trotzdem spezifisches kompetenzbasiertes Curriculum durchlaufen werden. (Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin)

Der mit mehrfachen Stellenwechseln bislang verbundene Zusatzaufwand, die häufigen Kontinuitätsbrüche sowie die Vereinzelung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sollen zukünftig durch ein Verbundweiterbildungsangebot aus einem Guss und aus einer Hand vermieden werden. Die zusätzliche strukturierte externe Betreuung und Organisation von theoretischen Einheiten (begleitenden Seminarangeboten, Mentoring) bedarf – wie in anderen europäischen Ländern üblich – einer externen Finanzierung. (DEGAM 2009, Plat et al. 2007) Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sollten für diese Einheiten während der Arbeitszeit freigestellt werden. Zudem muss weiterhin an einer adäquaten Bezahlung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung festgehalten werden.

Die durch die Weiterbildung erworbenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten werden bereits mit der Facharztreihe bestätigt und benötigen daher keiner zusätzlichen Kurse zur weiteren Subspezialisierung. (DEGAM 2011)

Quellen:

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Positionspapier zur zunehmenden Subspezialisierung in der Medizin vom 3.7.2011. Frei verfügbar unter http://www.degam.de/fileadmin/user_upload/degam/Positionen/Positionspapier_Subspezialisierung_io.pdf (letzter Zugriff: 3.7.12)

German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM). Specialty Training for General Practice in Germany. A Report by a Panel of Invited International Experts; 2009. [cited 2012 Jul 03]. Available from: http://www.degam.de/dokumente/aktuell_2009/Report%20German%20GP%20VocI%20Training%20Commission%20July%20final-amalgamated%20not%20confidential.pdf

Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg [Internet]. Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin. Frei verfügbar unter <http://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/curriculum.shtml> (letzter Zugriff: 03.06.12)

Plat E, Scherer M, Bottema B, Chenot JF. Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin in den Niederlanden – Ein Modell für die Weiterbildung in Deutschland? *Gesundheitswesen* 2007; 69: 415-419

Steinhäuser J, Roos M, Haberer K, Ledig T, Peters-Klimm F, Szecsenyi J, Joos S. Das Programm Verbundweiterbildung plus des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden Württemberg – Entwicklung, Umsetzung und Perspektiven. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2011; 105: 105-109

19. Fortbildung für Hausärztinnen und Hausärzte und ihre Praxisteams ist frei von Herstellerinteressen, evidenz- und fallbasiert, interaktiv und interkollegial

Da die Allgemein- und Familienmedizin sehr spezifische Merkmale aufweist wie z. B. Multimorbidität der Patienten, Arbeit im Niedrig-Prävalenzbereich oder biopsychosoziales Krankheitsmodell, sind traditionelle Fortbildungsformate mit Vorträgen fachfremder „Spezialisten“ nur bedingt geeignet, die hausärztlichen Kompetenzen zu erhalten oder zu verbessern.

Aus diesem Grund sollte das bereits in ärztlichen Qualitätszirkeln erfolgreich etablierte evidenzbasierte Lernen untereinander und voneinander („peer-learning“, Hospitationen) auch in der Fortbildung vermehrt genutzt werden. Zusätzlich müssen mit einer wachsenden Verantwortung der nicht-ärztlichen Professionen diese stärker in die Fortbildungsstrukturen integriert werden.

Die DEGAM tritt nach dem Vorbild amerikanischer und australischer Ärztevereinigungen dafür ein, dass im Rahmen von Fortbildungsverpflichtungen generell keine pharma-gesponserten Fortbildungsveranstaltungen anerkannt werden.

Wie bereits in den Beschlüssen der Gesundheitsministerkonferenzen der Länder aus den Jahren 2002 und 2004 dargelegt, ist die ärztliche Fortbildung in Deutschland teilweise unterentwickelt und bedarf einer dringenden Reform. (Donner-Banzhoff et al. 2005)

Die Zunahme von älteren, multimorbiden Patienten stellt die hausärztliche Versorgung auch beim Thema Fortbildung vor besondere Herausforderungen. (Wise 2011)

Kommerzielle Fortbildungs-Anbieter sind herstellernah, vermitteln eher die Sichtweise von Spezialisten und sind zumeist wenig an hausärztlichen Fragestellungen orientiert. Vermeidbare Interessenkonflikte beeinflussen das professionelle Urteilsvermögen in unangemessener Weise und sind daher in der ärztlichen Fortbildung abzulehnen.

Der im Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in 2009 empfohlene multiprofessionelle Ansatz bei den Fortbildungsformaten sollte aus Gründen der Nachhaltigkeit um die Einführung von obligaten Peer-Interaktionen ergänzt werden. (Fraser 2004)

Quellen:

Association of American Medical Collages [Internet]. Industry funding of medical education. Report of an AAMC task force. [cited 2012 Jul 16]. Available from: https://www.aamc.org/download/157370/data/industry_funding_report.pdf

Donner-Banzhoff N, von Luckner A, Wilm S. Moderne Formen der Fortbildung. Dtsch Arztebl 2005; 102: A 818-819

Fraser J. How to plan, deliver and evaluate a training session. Australian Family Physician 2004; 33(6): 453-455

Klemperer D. Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen. Dtsch Arztebl 2008; 105(40): 2098-2100

Lieb K, Klemperer D, Ludwig WD. Interessenkonflikte in der Medizin: Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten. Berlin/Heidelberg: Springer; 2011.

Wise J. Commission calls for medical training to become more generalist. BMJ 2011; 343: d6465

20. Allgemeinmedizinische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bearbeiten bevorzugt Forschungsfragen, die sich aus der Praxis ergeben

Die Definition von Forschungsthemen und -schwerpunkten stellt einen komplexen Prozess dar. In der medizinischen Forschung dürften heute die Interessen kommerzieller Entwickler (z.B. pharmazeutische Industrie), die Vorgaben von Zulassungsbehörden und biomedizinische Zielsetzungen (Aufklärung von Mechanismen) den größten Einfluss haben. Wiederholt ist beklagt worden, dass Fragestellungen, die von Klinikern formuliert werden, nicht selten ohne ausreichende Relevanz für die hausärztliche Praxis sind. (Tunis et al. 2003) Hausärztliche Forschung bearbeitet hingegen hauptsächlich Probleme aus der täglichen Praxis. Ihre Ergebnisse sind zumeist unmittelbar praxisrelevant.

Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte können heute bereits eine langjährige Tradition von Praxisforschung vorweisen; diese hat mit Hausärztinnen und Hausärzten begonnen, die systematisch die Morbidität ihrer Praxispopulationen untersucht haben. (Braun 1988, Pickles 1983) Inzwischen ist akzeptiert, dass die Ergebnisse aus der spezialisierten Sekundär- und Tertiär-Versorgung meist nicht ohne Weiteres auf den hausärztlichen Sektor verallgemeinert werden können. Hier sind vielmehr eigene, auch klinische Forschungsansätze unverzichtbar.

Nicht zuletzt durch öffentliche Förderung ist in Deutschland in den vergangenen Jahren die Versorgungsforschung gestärkt worden; Reichweite, Fragestellungen und Methodenspektrum sind definiert. (Donner-Banzhoff et al. 2007) Allerdings ist bei den meisten universitär forschenden Disziplinen die Versorgungsforschung gegenüber der Grundlagen- und klinischen Forschung nachrangig; in der Allgemeinmedizin gehört sie neben der klinischen Forschung zum Kern des Forschungsfeldes. Dies erklärt den inzwischen erreichten Vorsprung an Kompetenz der Allgemeinmedizin, der sich beispielsweise bei kompetitiven interdisziplinären Ausschreibungen niederschlägt und zu einem starken Anstieg der Publikationstätigkeit geführt hat. (Schneider et al. 2012)

Quellen:

Braun RN. Wissenschaftliches Arbeiten in der Allgemeinmedizin. Berlin/Heidelberg: Springer; 1988.

Donner-Banzhoff N, Schrappe M, Lelgemann M. Studien zur Versorgungsforschung. Eine Hilfe zur kritischen Rezeption. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2007; 101: 463-471

Pickles WN. Epidemiology in country practice. London: Keynes Press; 1983.

Schneider A, Grossmann N, Linde K. The development of general practice as an academic discipline in Germany – an analysis of research output between 2000 and 2010. BMC Family Practice 2012; 13: 58

Tunis SR, Stryer DB, Clancy CM. Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. JAMA 2003; 290:1624-1632

21. Allgemeinmedizinische Forschung findet weltweit statt – damit wächst die Wissensbasis für das hausärztliche Handeln

Heute gibt es mehr als 200 forschende Universitätsabteilungen für Allgemeinmedizin weltweit, in Deutschland sind ein gutes Dutzend Institute in der Lage, systematische Vorhaben zur Praxisforschung durchzuführen und Forschungsergebnisse international zu publizieren. Diese arbeiten jeweils mit einem Netz von qualifizierten Forschungspraxen zusammen, die sowohl Versorgungsnähe als auch wissenschaftliche Validität sichern. Öffentliche Förderung (vgl. BMBF) und die Position der Hausarztmedizin im Gesundheitssystem sind wesentliche Faktoren für die Entwicklung einer starken primärmedizinischen Forschung. Letzteres wird dadurch unterstrichen, dass die in der allgemeinmedizinischen Forschung führenden Länder überwiegend über ein starkes Primärarzt-System verfügen (z.B. Niederlande, Skandinavien, Großbritannien). (Glanville et al. 2011)

Als Beispiele für versorgungsrelevante Forschungsergebnisse seien folgende Bereiche genannt (jeweils mit exemplarischen Publikationen aus der deutschen universitären Allgemeinmedizin):

- Praxisbasierte Interventionen (Gensichen et al. 2009, Rosemann et al. 2007, Altiner et al. 2007)
- Angepasste diagnostische Heuristiken (Bösner et al. 2010)
- Entscheidungshilfen (Krones et al. 2008)
- Medikamente („comparative effectiveness trials“) (Bleidorn et al. 2010)
- Versorgungsformen (Miksch et al. 2010)
- Krankheits-Ätiologie, Prävalenz und Verlauf (Sczepanek et al. 2011, Scherer et al. 2007)
- Krankheitsauffassungen und -konzepte (Altiner et al. 2004)
- Inanspruchnahme und Fällverteilung (Laux et al. 2008)

Wissenschaftliche Ergebnisse aus der Allgemeinmedizin werden in allgemeinen medizinischen Zeitschriften (z.B. British Medical Journal, Dt. Ärzteblatt), solchen der Spezialfächer und in allgemeinmedizinischen Fachzeitschriften publiziert (z.B. British Journal of General Practice, Zeitschrift für Allgemeinmedizin).

Ein besonderes Augenmerk gilt der Implementierung von Forschungsergebnissen in die Routineversorgung. Zwar sind Leitlinien als ein Instrument der Implementierung inzwischen allgemein akzeptiert, nur im DEGAM-Leitlinienprogramm ist jedoch ein Praxistest obligatorisch. Große Cluster-randomisierte Studien sind in Deutschland durchgeführt wurden, um die Wirksamkeit der Implementierung von Leitlinien zu evaluieren. (Becker et al. 2008)

Quellen:

Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz HH. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. J Antimicrob Chemother. 2007; 60: 638-644

- Altiner A, Knauf A, Moebes J, Sielk M, Wilm S. Acute cough: a qualitative analysis of how GPs manage the consultation when patients explicitly or implicitly expect antibiotic prescriptions. *Fam Pract* 2004; 21: 500-506
- Becker A, Leonhardt C, Kochen MM, Keller S, Wegscheider K, Baum E, Donner-Banzhoff N, Pflingsten M, Hildebrandt J, Basler HD, Chenot JF. Effects of two guideline implementation strategies on patient outcomes in primary care: a cluster randomized controlled trial. *Spine* 2008; 33: 473-480
- Bleidorn J, Gágyor I, Kochen MM, Wegscheider K, Hummers-Pradier E. Symptomatic treatment (ibuprofen) or antibiotics (ciprofloxacin) for uncomplicated urinary tract infection?--results of a randomized controlled pilot trial. *BMC Med* 2010; 8: 30
- BMBF [Internet]. Forschungsförderung Allgemeinmedizin.
Frei verfügbar unter <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4331.php> (letzter Zugriff: 29.06.12)
- Bösner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, Herzig L, Heinzl-Gutenbrunner M, Schaefer JR, Abu Hani M, Keller H, Sönnichsen AC, Baum E, Donner-Banzhoff N. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ* 2010; 182: 1295-300
- Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Güthlin C, Torge M, Petersen JJ, Rosemann T, König J, Gerlach FM; PRoMPT (PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 151: 369-378.
- Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. *BMJ* 2011; 342: d1028
- Krones T, Keller H, Sönnichsen A, Sadowski EM, Baum E, Wegscheider K, Rochon J, Donner-Banzhoff N. Absolute cardiovascular disease risk and shared decision making in primary care: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 2008; 6: 218-227
- Laux G, Kuehlein T, Rosemann T, Szecsenyi J. Co- and multimorbidity patterns in primary care based on episodes of care: results from the German CONTENT project. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 14
- Miksch A, Laux G, Ose D, Joos S, Campbell S, Riens B, Szecsenyi J. Is there a survival benefit within a German primary care-based disease management program? *Am J Manag Care*. 2010; 16: 49-54
- Rosemann T, Joos S, Laux G, Gensichen J, Szecsenyi J. Case management of arthritis patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2007; 57: 1390-1397.
- Scherer M, Himmel W, Stanske B, Scherer F, Koschack J, Kochen MM, Herrmann-Lingen C. Psychological distress in primary care patients with heart failure: a longitudinal study. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 801-807
- Schneider A, Grossmann N, Linde K. The development of general practice as an academic discipline in Germany - an analysis of research output between 2000 and 2010. *BMC Fam Pract*. 2012; 13: 58
- Sczепanek J, Wiese B, Hummers-Pradier E, Kruschinski C. Newly diagnosed incident dizziness of older patients: a follow-up study in primary care. *BMC Fam Pract*. 2011; 12: 58

22. Hausärztinnen und Hausärzte sind Vorreiter in der Qualitätsförderung im Gesundheitswesen

Patienten haben ein Anrecht auf eine qualitativ hochwertige und sichere medizinische Versorgung. Systematische Qualitätsförderung in der Hausarztpraxis kann dies gewährleisten. Deutsche Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner waren die ersten, die internationale Initiativen aufgriffen und neue Konzepte wie Qualitätszirkel, Praxisleitlinien oder Fehlerberichts- und Lernsysteme eingeführt und evaluiert haben. Besonders wichtig für eine Verbesserung der Versorgungsqualität – und damit auch als Inhalte von Hausarztverträgen – sind mit Feedback arbeitende und durch Moderatorinnen und Moderatoren sowie (Verordnungs-) Daten unterstützte Qualitätszirkel und hausarztspezifische Qualitäts-Management-Systeme.

Die forschende Allgemeinmedizin hat schon in den frühen 90er Jahren für den hausärztlichen Arbeitsbereich mehrere Elemente adaptiert und war damit hierzulande die erste Profession, die systematische Elemente für das Qualitätsmanagement in das Gesundheitswesen eingeführt hat. (Gerlach 2001, Grol, Grimshaw 2003) Für Deutschland wurde dies in Form von Qualitätszirkeln mit Feedback-Elementen (Bahrs et al. 2001, Wensing et al. 2004), Qualitätsindikatoren, DEGAM-Leitlinien, dem von der DEGAM unterstützten Fehlerberichts- und Lernsystem (jeder-fehler-zaehlt.de) und dem hausarztspezifischen Qualitätsmanagementsystem „Europäisches Praxisassessment (EPA)“ (Szecsenyi et al. 2011) realisiert. Eine hausarztpraxisspezifische Entwicklung, multiperspektivisches Assessment inklusive einer Praxis-Visitation, die Nutzung von Benchmarking-Datenbanken und eine kontinuierliche Unterstützung bei der Umsetzung von Qualitätszielen stellen besondere Merkmale zukunftsorientierter Qualitätsmanagementsysteme für hausärztliche Praxen dar.

Quellen:

Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J, Andres E (Hrsg). Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2001.

Gerlach FM. Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Eine Chance für die Medizin. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag; 2001.

Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. The Lancet 2003; 362: 1225-30

Szecsenyi J, Campbell S, Broge B, Laux G, Willms S, Wensing M, et al. Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. CMAJ 2011;183(18): E1326-E1333

Wensing M, Broge B, Kaufmann-Kolle P, Andres E, Szecsenyi J. Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? J Eval Clin Pract 2004; 10(3): 457-66

23. Die DEGAM möchte die Qualität hausärztlicher Arbeit auch durch Qualitätsindikatoren, Qualitätsmanagement und Leitlinien-evaluation sichtbar machen. Eine Verknüpfung mit Honorierungssystemen wird kritisch gesehen.

Hinter den Konzepten von Qualitätssicherung, Qualitätsindikatoren und pay-for-performance (p4p) steht der Wunsch nach Optimierung von Versorgungsqualität. Die Einrichtung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ist im Sozialrecht (§ 135a SGB V) verankert. Die Entwicklung evidenzbasierter Qualitätsindikatoren erlaubt insbesondere einen Vergleich innerhalb der Versorgungsebene und kann die Qualität hausärztlicher Versorgung auf Praxisebene verbessern. Die Anwendungsbereiche von Qualitätsindikatoren sind vielfältig; u. a. für ein praxisinternes oder regionales Qualitätsmanagement. Innerhalb des DEGAM-Leitlinienprogramms wird ein starker Akzent auf Qualitätsindikatoren gelegt. Dabei ist zu beachten, dass einrichtungs- bzw. sektorenübergreifende Indikatoren ebenfalls systematisch entwickelt werden müssen und nicht ohne Weiteres aus anderen Ländern auf die Verhältnisse im deutschen Gesundheitswesen übertragen werden können. Zudem besteht die prinzipielle Gefahr, dass die Vorgaben von p4p-Systemen in Konflikt mit den persönlichen Wünschen der Patienten geraten können und dass die Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung leiden kann. (Campbell 2009)

Indikatoren können als Grundlage für Qualitätskriterien, pay-for-performance (p4p) und damit zur Steuerung nicht nur der Finanzmittel, sondern der Versorgung im Gesundheitswesen dienen. Allerdings liegt bisher keine belastbare Studienevidenz vor, die einen durchgängig positiven Effekt von p4p auf die Qualität der Versorgung, d. h. verbesserte Lebensqualität, reduzierte Morbidität oder Mortalität, belegen würde. Anfänglich positive Effekte können bei Wegfall der p4p-Förderung zu einem Rückfall unter das Ausgangsniveau führen. Andererseits kann eine Verknüpfung von Indikatoren mit p4p zu unerwünschten Effekten wie z.B. einer (zusätzlichen) Benachteiligung bei der Versorgung Multimorbider, seltener Erkrankungen oder sozialer Randgruppen führen und muss deswegen kritisch gesehen werden. Angesichts der erwünschten Steuerungseffekte bei begrenzten Ressourcen können solche Indikatoren nicht allein medizinisch definiert werden, sondern müssen auch entsprechend klar formulierter, priorisierter und gesellschaftlich legitimierter Vorgaben entwickelt und umgesetzt werden. Vor der Einführung von p4p ist ein Forschungsprogramm mit Parallelvergleich über die zu erwartenden Auswirkungen unverzichtbar.

Quellen:

Abholz H, Egidi G. Qualitätsindikatoren in der Hausärztlichen Versorgung – ein Provokationspapier. *Z Allg Med* 2009; 85(6): 260-263

Beyer M, Chenot R, Erler A, Gerlach FM. Die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität durch Qualitätsindikatoren [Using quality indicators to measure the quality of general practice care in Germany]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2011; 105(1): 13-20

Boeckxstaens P, Smedt DD, Maeseneer JD, Annemans L, Willems S. The equity dimension in evaluations of the quality and outcomes framework: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11: 209

Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med*. 2009 Jul 23; 361(4): 368-378

Chenot R. Leistungsbezogene Bezahlung für Allgemeinärzte – das englische Experiment. *Z Allg Med* 2007; 83(6): 242-246

Egidi G, Schelp H. Prävalenz chronischer Krankheiten und Qualitätsindikatoren in einer Bremer Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2009; 85(5): 187-195

Egidi G. Das Methodenpapier des AQUA Institutes zu sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren - eine Kritik. *Z Allg Med* 2010; 86(5): 214-218

Lester H, Schmittiel J, Selby J, Fireman B, Campbell S, Lee J, Whippy A, Madvig P. The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. *BMJ*. 2010; 340: c1898

Scherer M, Niebling W, Szecsenyi J. Qualitätsdiskussion in Deutschland – ein Gemisch aus Ängsten, Partikularinteressen und unterschiedlichen Perspektiven. *Z Allg Med* 2009; 85(9): 340-344

Szecsenyi J, Campbell S, Broge B, Laux G, Willms S, Wensing M, Goetz K. Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ* 2011; 183(18): E1326-1333

24. Hausärztinnen und Hausärzte achten auf ihre Unabhängigkeit von fremden Leistungserbringern und Herstellerinteressen

Hausärztinnen und Hausärzte werden gelegentlich umworben, damit sie Gewinne anderer Akteure im Gesundheitswesen verbessern. Die eingesetzten Strategien sind dabei in der Regel sehr subtil und schwer erkennbar. Die DEGAM verzichtet generell auf ein Sponsoring durch pharmazeutische Unternehmen.

Hausärztinnen und Hausärzte sind als Zuweiser und Verordner eine hochinteressante Zielgruppe. Folgerichtig sind sie Ziel zahlreicher Verführungen zum Beispiel über kostenlose Zeitschriften (Becker et al. 2011), gesponserte Fortbildungsveranstaltungen, Besuche von Pharmareferenten, Geschenke und Ähnlichem. Jede Hausärztin und jeder Hausarzt sollte sich sehr genau Rechenschaft darüber ablegen, inwieweit dadurch das eigene Verhalten beeinflusst werden könnte. Der Fortbildungsmarkt ist derzeit stark von Hersteller-Interessen beeinflusst. Die freiwillige Selbstkontrolle versagt hier und die Ärztekammern können die unüberschaubaren Angebote nicht kontrollieren. Kommerzielle Fortbildungs-Anbieter sind oft herstellernah, vermitteln zumeist eher die Sichtweise von Spezialisten und sind in der Regel wenig an hausärztlichen Fragestellungen orientiert. Der sog. Pharma Kodex des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie (BPI 2011), mit dem im Sinne einer Selbstverpflichtung „Werbemaßnahmen in einem angemessenen Rahmen gehalten“ und unlauterem Wettbewerb entgegengewirkt werden soll, ist ebenso zu begrüßen wie die Offenlegung von möglichen Interessenkonflikten bei allen Publikationen oder Funktionsträgern. Die DEGAM verzichtet aus den gleichen Gründen auf jegliches Sponsoring durch pharmazeutische Unternehmen. So sind DEGAM-Kongresse durchgängig pharmafrei und die Zeitschrift für Allgemeinmedizin verzichtet auf Anzeigen pharmazeutischer Unternehmen.

Quellen:

Association of American Medical Colleges. Industry Funding of Medical Education Report of an AAMC Task Force. [cited 2012 Jul 02]. Available from: https://www.aamc.org/download/157370/data/industry_funding_report.pdf

Becker A, Dörter F, Eckhardt K, Viniol A, Baum E, Kochen MM, Lexchin J, Wegscheider K, Donner-Banzhoff N. The association between a journal's source of revenue and the drug recommendations made in the articles it publishes. *CMAJ* 2011; 183(5): 544-548

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie Service GmbH (Hrsg.). Pharma Kodex. Berlin; 2011.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hrsg) Position der DEGAM zur hausärztlichen Fortbildung. Positionspapier vom 23.01.2011. Frei verfügbar unter http://www.degam.de/fileadmin/user_upload/degam/Fortbildung/Position_der_DEGAM_zur_hausaerztlichen_Fortbildung2020.pdf (letzter Zugriff: 29.06.12)

Lieb K, Klemperer D, Ludwig WD. Interessenkonflikte in der Medizin: Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten. The Cochrane Library 2009, Issue 4: Springer Verlag; 2009.

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)

Autorschaft:

Die DEGAM-Zukunftspositionen wurden während einer Klausurtagung des DEGAM-Präsidiums entworfen und in einem anschließenden, mehrstufigen Diskussionsprozess weiterentwickelt. Alle Mitglieder der Fachgesellschaft erhielten die Gelegenheit, die einzelnen Positionen zu kommentieren. Die DEGAM-Zukunftspositionen wurden am 20. September 2012 auf der Mitgliederversammlung in Rostock einstimmig verabschiedet.

Adresse:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Goethe-Universität, Haus 15, 4. OG
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Tel.: 069 - 65 00 72 45
Fax: 069 - 68 97 46 02
E-Mail: geschaeftsstelle@degam.de

Die DEGAM-Zukunftspositionen stehen auf der Webseite der Fachgesellschaft, www.degam.de, zum Download zur Verfügung.