

## Hausarztpraxis oder Erstversorgungseinrichtung: Was ist der geeignete Lernort für die Ausbildung zum Allgemeinmediziner?

Allgemeinärztliches, generalistisches Handeln findet an mehreren Orten innerhalb des Gesundheitssystems statt. Jeder dieser Orte hat seine speziellen Aufgabenstellungen und daraus resultierende Charakteristika. Aus diesen ergeben sich einerseits die in der jeweiligen Versorgungssituation geforderten speziellen Kompetenzen, andererseits die entsprechenden Lernfelder und Möglichkeiten zum Kompetenzerwerb.

Im ambulanten Sektor sind die beiden maßgeblichen Versorgungsformen einerseits die Hausarztpraxis, andererseits die Notfall-, Erstaufnahmeeinheit bzw. Allgemeinambulanz mit Filterfunktion. Für diese beiden Bereiche sollen im Folgenden die jeweiligen Tätigkeitsfelder, die erforderlichen Qualifikationen sowie die möglichen Ausbildungsinhalte und -ziele in ihren Besonderheiten und Unterschieden beschrieben werden.

### I. Allgemeinmedizin in der Hausarztpraxis: kontinuierliche Versorgung aller Arten von Gesundheitsanliegen in allen Lebensphasen

#### A. Grundlegende Charakteristika, Lernfelder, Basiskompetenzen

1. Eines der **Hauptmerkmale** der Hausarztpraxis, die sie von anderen allgemeinmedizinischen Versorgungseinrichtungen unterscheidet, ist die *Kontinuität der Betreuung*. Daraus ergeben sich auch zentrale **Lernfelder**, die die Hausarztpraxis bietet (s. Absatz 1B). Diese Kontinuität besteht *typischerweise auf mehreren Ebenen gleichzeitig*, nämlich in Bezug auf:
  - a) den Patienten und seine Familie (Versorgung über längere Zeiträume, über mehrere Lebensalter und -phasen, Betreuung mehrerer oder aller Familienmitglieder unabhängig von Geschlecht und Alter),
  - b) die Umgebung („community“, Arbeitsumfeld, Umwelt- und soziale Aspekte, epidemiologische regionale Besonderheiten)
  - c) den/die Ansprechpartner (Hausarzt mit hausärztlichem Team)
  - d) das Gesundheits- und soziale Netzwerk (Hausarzt mit externen GDA, Spezialisten, weiteren regionale Versorgungseinheiten)
  - e) der Beziehung (personenbezogener Zugang, unabhängig von Art und Ausmaß der Beschwerden und Gesundheitsstörungen)
  - f) Herstellung von Kontinuität der Versorgung über die unter-

schiedlichen Ebenen und deren Schnittstellen hinweg (Kommunikation, Informationstransfer, Kooperation, Begleitung)

#### 2. Weitere Charakteristika sind:

- a) die abschließende Behandelbarkeit von mindestens 80% der Anliegen, unter weitgehender Schonung von Ressourcen:
  - apparativ-diagnostische Mittel sind nur in begrenztem Maße unmittelbar verfügbar
  - die Weiterleitung an die nächste Ebene (Spezialisten) muss mit zeitlicher und räumlicher Distanz erfolgen
- b) der generalistische Zugang *auf mehreren Ebenen*, nämlich hinsichtlich:
  - fächerübergreifender Zuständigkeit für die gesamte Heilkunde
  - Zuständigkeit für den Patienten in allen seinen Lebenszusammenhängen, im Längs- und im Querschnitt
  - Zuständigkeit für den Verlauf von Erkrankungen und anderen Gesundheitsstörungen über längere Zeit („disease management“)
- c) Punkt 2 b) ermöglicht zusammen mit der unter Punkt 1 erwähnten multimodalen Kontinuität erst die unter Punkt 2 a) beschriebene Kompetenz zur abschließenden Behandlung unter Aufwendung gelinder Mittel

#### 3. Die erforderlichen **Basiskompetenzen** sind:

- a) Kenntnisse in allen relevanten Fächern der Heilkunde, wobei sich idealerweise Fachauswahl und Tiefe der jeweiligen Spezialisierungen auch nach dem zu erwartenden späteren Tätigkeitsfeld zu richten hat.
- b) personenbezogenes Handeln unter Berücksichtigung von Verlauf, Gesamtproblematik, Verhaltensmuster des Patienten, Vorgeschichte, Vorerfahrungen etc.
- c) Aufbau von tragfähigen Beziehungen
  - i. zum Patienten, seinen Angehörigen
  - ii. innerhalb des Praxisteam
  - iii. zu GDA der unterschiedlichen Ebenen (mobile Dienste, Spezialisten, stationären Einrichtungen, Physio- und Psychotherapeuten, Apotheker u.v.a)
  - iv. zu den örtlichen Behörden und sozialen Einrichtungen
- d) Rollensicherheit mit Aufrechterhaltung von Äquidistanz, z.B.

gegenüber allen Familienmitgliedern, miteinander im Streit liegenden Patienten

- e) Umgang mit regionalen Strukturen und Besonderheiten (umweltbedingte Störfaktoren, Bevölkerungszusammensetzung, ökonomische Zusammenhänge, geografische Besonderheiten, Verfügbarkeit von Unterstützungsmöglichkeiten)
- f) bei hausärztlicher Tätigkeit im kleinstädtischen oder ländlichen Bereich:
  - i. Umgang mit Nähe und fehlender Anonymität
  - ii. Umgang mit Rolleninterferenzen und komplexen Abhängigkeiten (behandeln und betreuen von Autoritäten, Bekannten)
  - iii. Umgang mit sozialen Erwartungen an Arzt und Praxisteam
  - iv. Führung einer Hausapotheke
- g) Arbeitsorganisation, insbesondere Umgang mit hoher Arbeitsdichte, Simultaneität unterschiedlicher Arbeitsfelder: fokussieren, „umschalten“, Flexibilität. Selbstsorge und angemessene Abgrenzung gegenüber Patientenbedürfnissen
- h) Praxisorganisation, Unternehmensführung, rechtliche Grundlagen, Qualitätssicherung
- i) Wissensmanagement im praktischen Alltag

4. Da sich die hier beschriebenen Basiskompetenzen auf die einzigartigen Eigenheiten der Hausarztpraxis beziehen, ist der einzig geeignete Lernort dafür die hausärztliche Praxis. Ausgenommen ist Punkt I A3a. Kenntnisse in den praxisrelevanten Fächern können sowohl an stationären Einrichtungen, als auch in entsprechenden Ambulanzen, ergänzt durch die hausärztliche Lehrpraxis vermittelt werden. Sinnvoll erscheint, dass nach Möglichkeit eine Praxis zur Ausbildung gewählt wird, wo die Anforderungen der angestrebten Tätigkeit möglichst ähnlich sind, z.B. sollte ein zukünftiger Landarzt idealerweise auch in einer Landarztpraxis ausgebildet werden.

## B. Arbeitsfelder

- **Akuterkrankungen:** Etwa 60% aller Patienten in der Hausarztpraxis stellen sich wegen akuter Erkrankungen vor. Das Spektrum reicht dabei von Befindlichkeitsstörungen bis zum lebensbedrohlichen Notfall. Entsprechend breit ist das Spektrum der geforderten Kompetenzen:
    - a) Diagnostik: erfolgt im nichtvorselektierten Niedrigprävalenzbereich. Ziel ist die Abwägung der optimalen diagnostischen Ebene mit gegebenenfalls gezielter Weiterleitung an Spezialisten. Besonderheiten in der Hausarztpraxis:
      - i. begrenzte Verfügbarkeit apparativer Leistungen und spezialisierter Konsile
      - ii. Entscheidungen über das Vorgehen müssen rasch getroffen werden, eine längere Beobachtung an Ort und Stelle ist meist nicht möglich.
      - iii. Erstmaßnahme ist die Differenzierung zwischen Notfall (mit unmittelbarem Handlungsbedarf), möglichen abwendbar gefährlichen Verläufen (mit Entscheidungsnotwendigkeit: Weiterleitung, Behandlung, Beobachtung) und Erkrankungen mit geringerer Dringlichkeit (elektive Diagnostik und Therapie bis hin zum abwartenden Offenhalten).
- Neben den bereits dargelegten allgemeinen hausärztlichen Kompetenzen sind hierfür die spezielle Kenntnis der diagnostischen

Mittel und Algorithmen erforderlich. Daher muss der Kompetenzerwerb auch in der hausärztlichen Lehrpraxis erfolgen, wobei ein Teil dieser Fähigkeiten auch an einer Allgemein- oder Notfallambulanz erworben werden kann (s. dazu II B). Krankheitsverteilung und die daraus resultierende Priorisierung von Maßnahmen sind an Spezialambulanzen und in stationären Einrichtungen ganz anders.

- b) Die Therapie erfolgt unter Abwägung der optimalen therapeutischen Ebene mit gegebenenfalls (in etwa 20% der Fälle) gezielter Weiterleitung an spezialisierte Leistungserbringer. Besonderheiten:
  - i. Die Hausbesuchssituation stellt besondere Anforderungen an die hausärztliche Kompetenz (stärker eingeschränkte Mittel, kein professionelles Team vor Ort).
  - ii. Handeln in der Hausarztpraxis erfolgt immer personenbezogen und bezieht Komorbiditäten, Vorerfahrungen und Ängste des Patienten, Gesundheitsverhalten und soziale Einbettung sowie spezielle Gegebenheiten wie Mangel an Betreuung zuhause, Umgebungsgefahren (Stürze!), funktionelle Kapazitäten (Seh- und Hörvermögen, kognitive Funktionen, eingeschränkte Mobilität) in diagnostische und therapeutische Überlegungen ein.

- **Chronische Krankheiten und Multimorbidität:** Der Anteil der Patienten, die sich mit einer chronischen Krankheit als Beratungsanlass vorstellen, liegt bei etwa 30%. Zu berücksichtigen ist, dass, in Abhängigkeit von der Altersstruktur der Praxis, ein beträchtlicher Anteil der Patienten mit akuten Beschwerden gleichzeitig an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leidet, die je nach Anlass gleichzeitig thematisiert werden müssen. Chronische Krankheiten erfordern ganz andere Behandlungskonzepte als akute Beschwerden:
  - a) vorausplanende, strukturierte Betreuung
    - i. kontinuierliche Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen von der Erstdiagnose durch alle Stadien bis hin zu einer evtl. Palliativsituation
    - ii. Betreuung im internen (Praxis) und externen (Spezialisten, mobile Dienste, andere GDA) Team
  - b) Zusammenschau mit Komorbiditäten und Komedikationen
  - c) Unterstützung bei Krankheitsbewältigung und Umfeldgestaltung
  - d) Behandlung interkurrenter Erkrankungen und Exazerbationen
- **geriatrische Betreuung** im Team, mit Assessments, Angehörigen-

**Tab. 1: Kompetenzen Akutversorgung mit Lernort**

Generalistische medizinische Kenntnisse und Fähigkeiten	stationärer Bereich, Ambulanzen, Hausarztpraxis
Diagnostische Algorithmen bezogen auf den Niedrigprävalenzbereich	Hausarztpraxis
Erkennen abwendbar gefährlicher Verläufe mit gelinden Mitteln	Hausarztpraxis
Informationsgewinnung unter Einsatz von Vorkenntnissen und Vorerfahrungen	Hausarztpraxis
Fokussierte Diagnostik (bezogen auf den Anlassfall)	Allgemeinambulanz, Hausarztpraxis
Dispatching und Triage, Priorisierung	Ambulanzen, Hausarztpraxis
Transportentscheidung und -organisation im extramuralen Bereich	Hausarztpraxis

**Tab. 2: Kompetenzen bei der Betreuung chronisch Kranker, bei Multimorbidität sowie geriatrischen und palliativen Patienten**

Kompetenzen/Lernziel	Lernort
Generalistisches medizinisches Fachwissen, Kenntnisse chronischer Krankheiten, Leitlinien, Behandlungspfade	stationärer Bereich, Spezialambulanzen, Hausarztpraxis
Strukturierte Betreuung im ambulanten Setting, Organisation, Struktur- aufbau, Teamaufbau	Hausarztpraxis
Umgang mit Multimorbidität, Wechselwirkungen von Krankheiten, Interventionen und Medikationen	Hausarztpraxis
Erkennen und Handling von Komplikationen	stationärer Bereich, Spezial- und Allgemeinambulanzen, Hausarztpraxis
Überweisungs- und Hospitalisierungsentscheidungen in Abhängigkeit von Betreuungsmöglichkeiten, technischen und apparativen Hilfsmitteln und Behandlungszielen	Hausarztpraxis
Kommunikationstechnik, Beziehungsaufbau, Umgang mit psychosozialen Krisensituationen	stationärer Bereich, Ambulanzen (Kurzzeitbeziehung, punktuelle Intervention) Hausarztpraxis (Langzeitbeziehung, längerfristige Maßnahmen mit Vorausplanung)
Umfeldbetreuung: Umgang mit Angehörigen, Organisation mobiler Dienste, Grenzziehung, Umgang mit Werten und Erwartungen: konstante Rollen- konformität und therapeutische Haltung	
Teamleading, Rollenverhalten, Selbstsorge	Hausarztpraxis

betreuung, Betreuung zuhause, Entscheidung über Institutionalisierungsnotwendigkeit sowie die unter 4. angeführten Punkte.

- **Palliativbetreuung** zuhause mit
  - a) Symptombehandlung inkl. Schmerztherapie
  - b) Begleitung von Patient und Angehörigen
  - c) Kooperation mit Palliativteams und stationären Einrichtungen

- **Prävention**

Vorsorge und Früherkennung erfolgen in der Allgemeinpraxis sowohl geplant (Screeninguntersuchungen) als auch ungeplant im Rahmen von Konsultationen aus anderen Ursachen.

Aufgabenstellungen:

- a) Screening: Beratung des Patienten über Sinnhaftigkeit und Risiken unter Bedachtnahme auf individuelle Haltungen und Lebenskonzepte, Umgang mit Angst und Unsicherheit bei Verdacht auf Pathologie, Einleitung/Steuerung einer allfälligen weiteren Abklärung
- b) Impfungen
  - a) Impfplan unter Berücksichtigung individueller Risikokonstellation, reisemedizinische Beratung
  - b) evtl. Recall: rechtliche Situation, Organisation und Handhabung
  - c) Erinnerung im Rahmen von Zufallskontakten
- c) Spezielle Risikosituationen
  - a) Lebensstil
  - b) familiäre Risiken
  - c) Risiken aus der Vorgeschichte

Kompetenzen:

- a) Kenntnis möglicher Risiken und Prädispositionen für Erkrankungen
- b) Fähigkeit zur Evaluierung und Risikostratifizierung
- c) Erhebung einer Familienanamnese
- d) Kenntnis der Stadien der Veränderungsbereitschaft
- e) Kommunikationskompetenz: Erzeugung von Übereinstimmung ohne Erzeugung von Angst und Sorge

Der einzig geeignete Lernort für diese Kompetenzen ist die haus-

ärztliche Praxis, da diese Fragestellungen an Erstversorgungseinrichtungen nicht vorgesehen sind.

## II. Allgemeinmedizin in Erstversorgungseinrichtungen: „episodic care“ in dringlichen, akuten Situationen

### A. Charakteristika episodischer allgemeinmedizinischer Intervention

Charakteristisch für die Allgemeinmedizin an Notfall- bzw. Allgemeinambulanzen ist ein anlassbezogener, zeitlich begrenzter Zugang („episodische Betreuung“) mit dem Ziel einer Erstdiagnostik, die sich an akuten Beschwerden orientiert, gerichtet auf die Zuordnung des geeigneten Behandlungsorts (intra-, extramural).

Die Ansprechpersonen können vom Patienten nicht gewählt werden, sondern ergeben sich aus dem Dienstplan. Die Arzt-Patient-Beziehung erstreckt sich also nur auf den Zeitraum der einzelnen Begegnung. Bei einer eventuellen Kontrolle oder einem neuerlichen Kontakt kann nicht damit gerechnet werden, dass die Kontaktpersonen die gleichen sind. Gelehrt werden kann in solchen Situationen der schnelle Aufbau einer kurzzeitigen Beziehung, die anlassbezogen ausreichendes Vertrauen herstellt.

### B. Kompetenzen und Lernfelder

Der Aufbau einer Langzeitbeziehung mit der allmählichen Erfassung der gesamten Breite kann in diesem Zusammenhang nicht erfahren werden, ebenso wenig wie die Beobachtung von Erkrankungs- bzw. Beschwerdeverläufen möglich ist.

Damit können auch keine Erfahrungen und Erkenntnisse hinsichtlich des Erfolges der getroffenen Maßnahmen gewonnen werden.

Gut erlernt werden kann in diesem Zusammenhang der Umgang mit raschen Entscheidungen bei unbekanntem Patienten und geringer Vorinformation, Dispatching (also die Entscheidung über die korrekte Zuordnung zur geeigneten Behandlungsstelle), evtl. Triagie-

**Tab. 3: Kompetenzen und Lernort im Bereich von „episodic care“ (Allgemeinambulanzen, Notaufnahmen)**

Kompetenz	Lernort
Korrekte Zuordnung akuter Erkrankungen und Planung einer Erstversorgung abhängig von der Dringlichkeit	intramural ambulant oder stationär, Hausarztpraxis
Rascher Aufbau einer zeitlich begrenzten, problemorientierten Beziehung	intramural ambulant oder stationär, Hausarztpraxis (Vertretungen, Bereitschaftsdienste)
Dispatching	intramural ambulant, Hausarztpraxis
Umgang mit einer hohen Zahl unterschiedlicher und unterschiedlich gravierender Ereignisse in kurzer Zeit	intramural, ambulant oder stationär
Hausarztpraxis (Vertretungen, Bereitschaftsdienste)	
Technische Fertigkeiten, fachlich-medizinische Kompetenz	
Triagierung	intramural ambulant oder stationär
Selbstschutz	intramural ambulant oder stationär, Hausarztpraxis
Qualitätssicherung und Wissensmanagement	intramural ambulant oder stationär, Hausarztpraxis
Krankenhaushygiene	intramural ambulant oder stationär

rung bei hoher Patientenfrequenz mit unterschiedlicher, teils großer Dringlichkeit. Weitere Lerninhalte, die an Ambulanzen vermittelt werden können, sind in Tabelle 3 zu finden.

### C. Wesentliche Unterschiede zwischen hausärztlich extramuraler und allgemeinmedizinisch intramuraler Versorgung

Diese Entscheidungen können sich in Ablauf und Ergebnis jedoch von denen in der Hausarztpraxis trotz gleichen Anlasses deutlich unterscheiden. Während in der Hausarztpraxis 80–90% der Beratungsanlässe abschließend behandelt werden können, wurden laut Pichlbauer 56% der selbstzuweisenden Patienten stationär aufgenommen, 58% der ambulant versorgten Patienten erhielten eine weiterführende Diagnostik (fachärztliche Begutachtung, apparative Diagnostik). Die Unterschiede erklären sich:

- Durch das erwähnte unterschiedliche Patienten- und Krankheitsspektrum:
  - a) akute Erkrankungen, Akutereignisse im Rahmen chronischer Krankheiten
  - b) höhere Wahrscheinlichkeit komplizierter Verläufe und seltener Ereignisse (gemischter Prävalenzbereich, „selection bias“)
  - c) Viele Patienten suchen gezielt Ambulanzen auf, weil sie einen hohen apparativen und spezialistisch-fachärztlichen Aufwand wünschen.
- aber auch aus dem breiten Leistungsspektrum vieler Hausärzte, das Interventionen umfasst, die im intramuralen Bereich meist durch Spezialisten erbracht werden
- und daraus, dass aufgrund der Kenntnis des Patienten und sei-

nes Umfelds – also der oben ausgeführten speziellen hausärztlichen Arbeitsweise – Entscheidungen anders getroffen werden können

Eine der sowohl für den Patienten als auch für das System wichtigen Aufgaben hausärztlichen Handelns, nämlich der Schutz des Patienten vor zu viel Medizin, kann also nur in der Hausarztpraxis erlernt werden, da im intramuralen Bereich Aufgabenstellung, Entscheidungsabläufe und Methodik anders sind als in der Hausarztpraxis.

### D. Schlussfolgerungen

Einige Aspekte allgemeinmedizinisch-hausärztlichen Handelns können auch im Rahmen der Lehre an einer intramuralen ambulanten Einrichtung erlernt werden. Zahlreiche berufsdefinierende Fähigkeiten und Kenntnisse können dagegen ausschließlich in der niedergelassenen Hausarztpraxis erworben werden. Eine Ausbildung in „episodic acute care“ für ambulante Patienten kann durchaus sinnvoll sein, wenn sie zusätzlich zu einer ausreichend tiefen Lehrpraxiszeit im hausärztlichen Setting erfolgt.

*Dr. Susanne Rabady  
Ärztin für Allgemeinmedizin, Windigsteig*

Literatur bei der Verfasserin

Der Artikel wurde in „Soziale Sicherheit“ erstveröffentlicht.

#### Das Redaktionsteam:

**Leitung:** Dr. Barbara Degen  
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Reinhold Glehr, Dr. Susanna Michalek, Dr. Susanne Rabady

#### ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

#### Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat  
c/o Wiener Medizinische Akademie  
Herr Christian Linzbauer  
Alser Straße 4, 1090 Wien  
Tel.: 01/405 13 83-17  
Fax: 01/407 82 74  
[office@oegam.at](mailto:office@oegam.at)

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.