

# HAUSÄRZTLICHE PRIMÄRVERSORGUNG: VERSUCH EINES EIN- UND AUSBLICKS

Zuallererst wünsche ich Ihnen allen ein gutes, gesundes und sicheres neues Jahr – allen Widrigkeiten zum Trotz, deren es derzeit wahrlich nicht wenige gibt.

Sie hören hier möglicherweise bereits eine für mich etwas ungewöhnliche Grundstimmung heraus. Das hier wird auch tatsächlich ein ungewöhnlich getöntes Neujahrseditorial. Der übliche optimistische Elan, mit dem wir uns unseren Vorhaben und Projekten widmen, ist zwar weiterhin vorhanden – keine Sorge! –, doch mischt sich die Wahrnehmung hinein, dass uns vieles, das wir haben und schätzen, nicht selbstverständlich erhalten bleiben wird. Damit sind natürlich auch die vielen gesellschaftlichen Probleme gemeint, wie die Bedrohung durch den Klimawandel, durch steigende Preise und sinkende Lebensstandards (wobei letztere derzeit weniger uns selbst betreffen als vielmehr unsere Patient:innen). Gemeint sind aber auch wertvollste Errungenschaften wie das öffentlich-solidarische Gesundheitssystem.

Ein rezenter Artikel im *Guardian* zeichnet ein düsteres Bild durch halb Europa: hochgradig gefährdete Gesundheitssysteme von Großbritannien über Frankreich, Finnland, Spanien, Italien, und auch Deutschland, die beispielhaft angeführt, aber mit ihren Problemen keine Sonderfälle sind, sondern langsam Normalfall zu werden drohen. (Ehemals) wohl situierte, gut organisierte Länder mit entwickelten Gesundheitssystemen und langjähriger Erfahrung sehen sich einer akuten Bedrohung ihrer öffentlichen Gesundheitssysteme gegenüber. Bedrohungen, wie wir sie zunehmend auch aus Österreich kennen, sind: überlastete Spitäler, Pflegenotstand und die Pädiatrie in der Krise, zusätzlich hausärztliche Praxen, die unter- oder



**Dr.<sup>in</sup> Susanne Rabady**

Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)

gar nicht besetzt sind, anhaltende Rekrutierungsprobleme auf allen Ebenen, Fluchtbewegungen vor allem aus den Spitälern. Angebahnt hat es sich schon lange, die Pandemie und nun die gegenwärtigen, zusätzlichen saisonalen Epidemien mit anderen Viren haben das Fass zum Überlaufen gebracht.

Noch funktioniert das österreichische System einigermaßen, jedoch bereits mit einigen Lücken und unter massiver Belastung vor allem der personellen Ressourcen.

Ohne eine funktionierende Ebene der Primärversorgung lässt sich ein öffentlich-solidarisches System nicht verlässlich und zu vertretbaren Kosten aufrechterhalten. Ohne funktionierende hausärztliche Versorgung lässt sich ein flächendeckendes Primärversorgungssystem im Sinne der Definition nicht aufbauen, wobei weitere Berufsgruppen natürlich ebenfalls unverzichtbar sind. Unser einstmalig unhinterfragt medico-zentrisches Bild einer Gesundheitsversorgung lässt sich nicht mehr aufrechterhalten (gestimmt hat es sowieso nie).

Dass die hausärztliche Versorgung die notwendige Basis ist, hat sich mittlerweile herumgesprochen. Gleichzeitig wird sichtbar, dass sie nicht mehr lückenlos funktioniert. Die Verfügbarkeit ist auch auf dem Land rückläufig, das Leistungsspektrum inhomogen und vor allem nach außen nicht sichtbar, die Verantwortlichkeiten und Aufträge im System sind ungeklärt. Lösungsversuche führen zu weiteren Problemen:

1. Der Versuch, die Situation ausschließlich über die Einrichtung von PVEs entsprechend den derzeitigen PVE-Vereinbarungen zu lösen, kann als gescheitert betrachtet werden. Eine Reihe von PVEs erfüllen die genannten Aufgaben hervorragend: verlässlich, umfassend und kontinuierlich hausärztlich. Ein Automatismus dafür hat sich aus der Etablierung der Versorgungsform jedoch nicht ergeben. Nicht alle erfüllen alle diese Aufgaben. PVEs waren und sind ein wertvoller Impulsgeber, wir haben eine Menge gelernt – aus Erfolgen wie aus Fehlern. PVEs in der derzeit geforderten Form werden nie flächendeckend sein. Derzeit können diese nur einen Bruchteil der Bevölkerung (ca. 4 %) versorgen. Aus diesen Erkenntnissen muss nun gelernt werden.
2. Der bestimmungswidrige Gebrauch des Begriffs Interprofessionalität ist nicht hilfreich. Respektvolle Zusammenarbeit brauchen wir dringend, Standortbestimmungen der an der Primärversorgung beteiligten Berufsgruppen ebenfalls. Jede und jeder muss eigenverantwortlich tun können, was sie bzw. er gelernt hat, alle müssen kooperieren. Was jedoch im Sinne der Qualität kontraproduktiv ist, ist die Übergabe von Aufgaben an andere, die diese nicht gelernt haben, ob nun Ärztinnen und Ärzte z. B. sozialarbeiterische Aufgaben übernehmen (was sie nicht können), oder Gesundheitsberufe ärztliche Funktionen erfüllen sollen, welche sie nicht gelernt haben, ist für das Ergebnis egal. Es ist nicht angemessen, und fair ist es auch nicht. Denn jeder Mensch möchte gut arbeiten, da bin ich mir wirklich sicher. Was ich aber nicht gelernt habe, kann ich nicht gut durchführen – Kolleginnen und Kollegen aus meiner Generation, die wie ich während der Ausbildung systematisch überfordert wurden, wissen, wovon ich spreche.
3. Die neue große Hoffnung heißt nun Telemedizin. Diese bietet zweifellos viele Möglichkeiten. Was sie nicht kann, ist einen Mangel an (Haus-)Ärztinnen und Ärzten zu kompensieren. Medizin ohne Untersuchungsmöglichkeit, ohne Kontinuität, ohne multimodale Interaktion ist zwar möglich – aber dann und nur dann, wenn die Komplexität niedrig ist, und die Patient:innen bekannt. Ansonsten ist die Telemedizin eine Krücke, die zu einem suboptimalen Outcome und zu unnötigen, teuren Untersuchungen führt. Eine Überweisung zum MRT ist auch telemedizinisch möglich, eine simple physikalische Untersuchung aber nicht. Dazu gibt es Evidenz. Eine andere Sache ist die interprofessionelle telemedizinische Konsultation (z. B. zwischen Haus-

- ärztinnen und Hausärzten und Spezialistinnen und Spezialisten), wo es höchst spannende Ansätze gibt.
4. Heuschrecken haben in Finnland und England bereits einen erheblichen Teil der primärversorgenden Zentren übernommen, sie beschäftigen Ärztinnen und Ärzte – teils auf Leiharbeitsbasis. Die ersten Übernahmen in Deutschland (MVZs = medizinische Versorgungszentren) sind im Gange. Das ist die Extremvariante einer Privatisierungstendenz, die wir in Ansätzen und auf allen Versorgungsebenen längst auch bei uns beobachten, die das Gesundheitssystem ausdünnt und zu Ungerechtigkeit führt.

Daraus ergibt sich eine auch für die Hausarztmedizin tatsächlich und kurz- bis mittelfristig gefährliche Lage. Die ÖGAM befasst sich seit Jahrzehnten mit der Beobachtung, Faktensammlung und Analyse der Situation in der Primärversorgung, in allen ihren Aspekten. Wir haben beträchtliche Expertisen gesammelt und sehen uns in der Lage, Konzepte und Wege zu entwickeln.

Wir sehen als wissenschaftliche Gesellschaft und Mitglied der WONCA nicht nur die Möglichkeit, dies zu tun, sondern die Verpflichtung. Als Mitglied der WONCA sind wir auch deren Grundsätzen verpflichtet – 2022 als WONCA Core Values veröffentlicht.

Die ÖGAM befasst sich statutengemäß mit der Gestaltung des Faches Allgemein- und Familienmedizin, Teil davon ist „die Beratung und Unterstützung der Entscheidungsträger in Politik, Sozialversicherung und Standesvertretung (Ärztammer) vom Standpunkt der Forschung und Wissenschaft in den die Allgemeinmedizin betreffenden Fragen“ – und damit befasst sich die ÖGAM auch mit der Rolle und Funktion einer Primärversorgung, die ihren Beitrag zum Funktionieren unseres Gesundheitssystems leisten kann. In diesem Sinne suchen wir Wege und entwickeln Konzepte für den ärztlichen Anteil an der Primärversorgung. Natürlich dienen wir damit indirekt auch hausärztlichen Interessen – dem Interesse, gute, erfolgreiche Arbeit im Sinne der genannten Core Values leisten zu können, und dem Interesse, ein anerkanntes, geschätztes Fach auszuüben. Ausgerichtet ist die ÖGAM aber auf das Gemeinwohl, nicht auf Partikularinteressen.

Unser Hauptaugenmerk richtet sich derzeit auf drei wesentliche Aspekte, die aufs engste zusammenhängen:

- Entwicklung und Vermittlung unseres Spezialfachs Allgemein- und Familienmedizin,
- Entwicklung von Konzepten für eine verlässliche, flächendeckende Primärversorgung,
- Erfassung und Beforschung von Daten und Fakten aus der Primärversorgung.

Mögen alle Stakeholder – von der Gesundheitspolitik bis zu den Ärztekammern – diese unsere gewachsene Expertise und unser Engagement nützen. Wir stehen zur Verfügung. ■

# GRUNDWERTE UND GRUNDSÄTZE DER ALLGEMEINMEDIZIN/ FAMILIENMEDIZIN

Die WHO betrachtet die primäre Gesundheitsversorgung als einen Eckpfeiler nachhaltiger Gesundheitssysteme. Allgemein- und Familienmediziner:innen sind wichtige Anbieter dieser Primärversorgung.

Die WONCA Europe hat die Allgemein- und Familienmedizin als klinisches Fachgebiet und als eigenständige Disziplin mit eigenem Lehrplan und eigener Forschungsbasis definiert.

Als akademische Disziplin basiert die Allgemeinmedizin/Familienmedizin (AM/FM) auf Wissen und Methodik aus den Natur- und Geisteswissenschaften.

Allgemeinmedizin/Familienmedizin<sup>1</sup> kann in unterschiedlichen Kontexten praktiziert werden, je nach den Merkmalen des jeweiligen Gesundheitssystems, des jeweiligen Landes oder der jeweiligen Gemeinschaft. Das Fundament von AM/FM basiert jedoch auf den unten aufgeführten Grundwerten. Sie sind die wesentlichen Elemente guter Qualität in der hausärztlichen und medizinischen Versorgung und sollten einen Bezugsrahmen für unsere berufliche Identität bilden.

## 1. PERSONENZENTRIERTE VERSORGUNG

Hausärztinnen und Hausärzte/Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin<sup>1</sup> praktizieren eine personenzentrierte Medi-

zin, die den Dialog, den Kontext und die besten verfügbaren Erkenntnisse in den Vordergrund stellt.

Sie berücksichtigen stets die Auswirkungen biologischer, psychosozialer und kultureller Determinanten auf die Gesundheit des/der Einzelnen.

Sie setzen sich professionell mit den aktuellen Lebenssituationen, biografischen Geschichten, Überzeugungen, Sorgen und Hoffnungen ihrer Patient:innen auseinander. Dies hilft, die Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und der jeweiligen Krankheit zu erkennen und das Verständnis dafür zu vertiefen, wie Leben und Lebensereignisse den menschlichen Körper und Geist prägen. Allgemeinmediziner:innen fördern die Fähigkeit der Patient:innen, ihre individuellen und gemeinschaftlichen Ressourcen zu nutzen.

## 2. GERECHTIGKEIT IN DER VERSORGUNG

Allgemeinmediziner:innen kümmern sich vorrangig um diejenigen, deren Bedarf an medizinischer Versorgung am größten ist. Sie bieten eine gerechte Gesundheitsversorgung. Gerechtigkeit ist eine wesentliche Dimension der Qualität der Gesundheitsversorgung. Ziel ist es, Ungleichheiten bei der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen zu minimieren. Sie organisieren ihre Praxen so, dass sie denjenigen Zeit und Mühe widmen, die den größten Bedarf an Behandlung und Unterstützung haben.

Allgemeinmediziner:innen sehen es als ihre Pflicht an, sich öffentlich zu gesellschaftlichen Faktoren zu äußern, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung und Ungleichheiten bei den Gesundheitsergebnissen beeinflussen.

Sie sind sich besonders der gesundheitlichen Herausforderungen bewusst, denen sich bestimmte Gruppen in Bezug auf Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, ethnische Zugehörigkeit, sozioökonomischen Status und religiöse Orientierung gegenübersehen.

## 3. KONTINUITÄT DER VERSORGUNG

Allgemeinmediziner:innen fördern die Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung<sup>2</sup> als zentrales Organisationsprinzip.

Die Arzt-Patienten-Beziehung basiert auf persönlichem Engagement und Vertraulichkeit. Die Kontinuität der Versorgung trägt dazu bei, gegenseitiges Vertrauen aufzubauen und eine hochwertige, personenzentrierte Versorgung zu ermöglichen.

Allgemeinmediziner:innen sind bestrebt, diese Kontinuität bei der Organisation ihrer Praxen zu wahren, unabhängig von der Größe, Zusammensetzung und Art des Primärversorgungsteams.

## 4. WISSENSCHAFTSORIENTIERTE VERSORGUNG

Allgemeinmediziner:innen bieten eine Versorgung auf der Grundlage der besten verfügbaren Erkenntnisse und respektieren dabei die Werte und Präferenzen der Patient:innen. Sie sorgen für eine rechtzeitige Diagnose und vermeiden unnötige Tests und Überbehandlungen.

Überuntersuchungen, Überdiagnosen und Überbehandlungen können den Patient:innen schaden, Ressourcen verbrauchen und indirekt zu schädlichen Unterdiagnosen und Unterbehandlungen führen. Wenn gleich wirksame Maßnahmen zur Verfügung



WONCA CORE  
VALUES

stehen, wählen sie die Maßnahmen auf der Grundlage von Kostenwirksamkeit und Patientensicherheit aus.

## 5. PROFESSIONALITÄT IN DER PFLEGE

(berufliche Entwicklung, Aus- und Weiterbildung)

Allgemeinmediziner:innen engagieren sich weiterhin für Ausbildung, Forschung und Qualitätsentwicklung.

Sie engagieren sich aktiv in der Ausbildung künftiger Kolleginnen und Kollegen und fördern die Einbeziehung junger Ärztinnen und Ärzte in organisatorische und grundsätzliche Entscheidungen über die Aus- und Weiterbildung in der Medizin.

Sie implementieren und fördern Forschung, die für die Bedürfnisse von Allgemeinmediziner:innen relevant ist, und bewerten Wissen und Leitlinien kritisch mit einem konstruktiven und wissenschaftlichen Ansatz.

Sie spielen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung von medizinischem Wissen an ihre Patient:innen und ihr Umfeld.

Um ihre langfristige Widerstandsfähigkeit als Pflegekräfte zu sichern, achten sie auf ihr eigenes Wohlbefinden.

## 6. ZUSAMMENARBEIT IN DER VERSORGUNG

Allgemeinmediziner:innen arbeiten berufs- und fachübergreifend zusammen und achten dabei darauf, Zuständigkeiten nicht zu verwischen.

Sie integrieren verschiedene Programme und Dienste und beteiligen sich aktiv an der Entwicklung und Anpassung wirksamer Wege der Zusammenarbeit mit anderen Personen aus den Gesundheitsberufen und der Sozialarbeit.

Sie helfen Patient:innen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, und erleichtern die Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen.

## 7. GEMEINDEORIENTIERTE VERSORGUNG

Allgemeinmediziner:innen bieten medizinische Versorgung für Einzelpersonen und fördern die Gesundheit auf Gemeindeebene. Sie engagieren sich für politische und soziale Aspekte, die sich auf die Gesundheitsergebnisse auswirken, indem sie sich für die Gemeinschaft einsetzen.



# Core Values and Principles of General Practice/Family Medicine

WHO considers primary health care to be a cornerstone of sustainable health care systems. The General Practice/Family Doctor (GP/FD) is a key provider of primary health care.

WONCA Europe has defined General Practice/Family Medicine as both a clinical speciality and a discipline in its own right, with its own curriculum and research base.

GP/FM may be practiced in different contexts according to the characteristics of each health system, country or community. However, the foundation of GP/FM is based on the core values listed below. They are the essential elements of good quality of GP/FM, and should provide a frame of reference for our professional identity.

---

### PERSON-CENTERED CARE

GP/FDs practice person-centered medicine, emphasizing dialogue, context, and the best evidence available.

GP/FDs always take the impact of biological, psychosocial and cultural determinants on individuals' health into consideration.

GP/FDs engage professionally with their patients' current life situations, biographical stories, beliefs, wishes, and hopes. This helps to recognise the links between social factors and sickness and to deepen the understanding of how life and life events leave their imprint on the human body and mind. GP/FDs promote patients' capacity to make use of their individual and communal resources.

### EQUITY OF CARE

General practitioners/Family doctors prioritize those whose needs for healthcare are greatest.

GP/FDs provide equitable health care. Equity is an essential dimension of the quality of health care. The aim is to minimize inequalities in health service delivery. We organize our practices to allocate time and effort to those whose needs for treatment and support are greatest.

GP/FDs perceive it their duty to speak out publicly about societal factors impairing access to health care and inequalities in health outcomes. GP/FDs are especially aware of the health challenges facing certain groups in relation to age, gender, sexual orientation, ethnicity, socio-economic status and religious orientation.

### CONTINUITY OF CARE

GP/FDs promote continuity of doctor-patient relationships as a central organizing principle.

The doctor-patient relationship is based on personal involvement and confidentiality. Continuity of care helps build mutual trust and enable high-quality, person-centered care.

GP/FDs seek to maintain this continuity of care when organizing their practices, regardless the size, composition and nature of the primary care team.

### SCIENCE ORIENTED CARE

GP/FDs provide care based on the best available evidence, respecting patients' values and preferences.

Overdiagnosis, overdiagnosis, and overtreatment can harm patients, consume resources, and indirectly lead to harmful underdiagnosis and undertreatment. When equally effective interventions are available, GP/FDs choose the interventions on the basis of cost-effectiveness and patient safety.

### COOPERATION IN CARE

GP/FDs collaborate across professions and disciplines while also taking care not to blur the lines of responsibility.

GP/FDs integrate different programs and services and engage actively in developing and adapting effective ways to cooperate with other health and social workers.

GP/FDs help patients navigate the health system and facilitate communication with other health professionals.

### PROFESSIONALISM IN CARE

GP/FDs provide medical care to individuals and promote health on the community level.

GP/FDs engage in political and social aspects impacting health outcomes in community-oriented advocacy.

GP/FDs engage actively in the training of future colleagues and facilitate decisions of young doctors of organizational and fundamental decisions regarding the under and postgraduate medical education.

GP/FDs implement and promote research relevant to the needs of GPFM, and assess knowledge and guidelines critically with a constructive and academic approach.

### COMMUNITY ORIENTED CARE

GP/FDs remain committed to education, research, and quality development.

GP/FDs' community orientation and social accountability aim at influencing the health policies addressing health inequalities by integrating clinical care, public health and social services on community level.

### WONCA Core Values im Original

Sie zielen mit ihrer Orientierung für das Gemeinwesen und sozialen Verantwortung darauf ab, die Gesundheitspolitik zu beeinflussen und gesundheitliche Ungleichheiten zu beseitigen, indem sie klinische Versorgung, öffentliche Gesundheit und soziale Dienste auf Gemeindeebene integrieren.

**Anmerkung:** Das Dokument wurde von der WONCA Arbeitsgruppe WE Core Values entwickelt, die sich aus folgenden Mitgliedern zusammensetzt:

- Anna Stavdal, Past President WONCA Europe/President Wonca World (chair)
- Johann A. Sigurdsson, NFGP (Nordic Federation of General Practice)

- Roar Maagaard, EURACT
- Zalika Klemenc-Ketiš, EQUIP
- Carlos Martins, EUROPREV
- Oleg V. Kravtchenko, EURIPA
- Pemra C. Unalan, EGPRN
- Julien Artigny, VdGM

Die Gruppe möchte Dr. Iona Heath für ihre unschätzbare Unterstützung in der sprachlichen Ausformulierung danken.

Übersetzung aus dem Englischen für diese Ausgabe der ÖGAM-News: Dr.<sup>in</sup> Maria Wendler

1 im weiteren Dokument gekürzt „Allgemeinmedizin“ und „Allgemeinmediziner:innen“ zum Zwecke der leichteren Lesbarkeit 2 Auf das Gendern dieses Terminus technicus wird zum Zwecke der Lesbarkeit bewusst verzichtet, selbstverständlich sind sämtliche Personen unabhängig ihres Geschlechts oder ihrer sexuellen Orientierung gemeint.

Quelle: [www.woncaeurope.org/page/our-core-values](http://www.woncaeurope.org/page/our-core-values)