

Allgemeinmedizin 2.0 - Die Wiedergeburt als Fach „Allgemeinmedizin und Familienmedizin“

# Teil 2: Fachinhalte, Kompetenzen und Methodik

Susanne Rabady\*

## FACHINHALTE UND KOMPETENZEN

Die Allgemein- und Familienmedizin ist in der Lage, den patientenbezogenen Gesamtkontext herzustellen. Sie kann rasch, gezielt und ressourcenschonend diagnostizieren, Schäden durch Über-, Unter- oder Fehlanwendung von Medikamenten reduzieren, Wechselwirkungen von Krankheiten, von Maßnahmen und Medikamenten kontrollieren, Ergebnisse und Empfehlungen in ein umfassendes, personalisiertes Konzept integrieren, Leitlinienempfehlungen personalisieren und individualisieren.<sup>1</sup> Dies ist Voraussetzung für gute, nachhaltige Behandlungsergebnisse. Das ist integrierende Versorgung, und sie muss das Ziel sein, wenn wir für bessere Gesundheit für alle sorgen wollen. Das ist ganzheitliche Versorgung in ihrem besten alten Sinn – und nach den Prinzipien wissenschaftlicher Medizin. Festgelegt sind diese Kernkompetenzen der Allgemein- und Familienmedizin in der Definition der WONCA (World Organization of Family Medicine).<sup>2</sup> (siehe Kasten 1)

Unsere Disziplin kann das, weil sie einerseits über das dafür erforderliche generalistische Wissen über die gesamte Breite der Medizin verfügt, andererseits über das patientenbezogene Kontextwissen, über Vorgeschiede, persönliche und familiäre Umstände, sozioökonomische und berufsbezogene Aspekte, über Werte, Bewältigungsmöglichkeiten, Wünsche und Vorstellungen. Allgemein- und Familienmedizin findet im Kontext der Primärversorgung statt: Sie braucht Teamarbeit, sie braucht die Kooperation mit einer Vielzahl von Fachdisziplinen und Berufsgruppen. Die Kernelemente der Primärversorgung sind, neben der fachlichen Breite und der erwähnten Steuerung der Patientenwege in und über die Primärversorgung, die Kooperation und die persönliche Kontinuität (siehe Kasten 2). Diese ist ein unverzichtbares Arbeitsmittel, sie ist Voraussetzung für die beschriebenen Kompetenzen. Vielfach ist nachgewiesen, dass die kontinuierliche Beziehung zur Hausärztin/zum Hausarzt zu einem besseren gesundheitsbezogenen Outcome führt – einschließlich einer Reduktion von Morbidität und Mortalität.

Anmerkung: in diesem Artikel wird der Begriff Allgemein- und Familienmedizin entsprechend dem englischen Terminus „General Practice and Family Medicine“ verwendet, und synonym zum althergebrachten Begriff „Hausarzt“. „Allgemeinmedizin“ dagegen meint hier die generalistische Medizin als Überblicksfach, wie sie in Österreich bisher, in Ermangelung einer verbindlichen Formulierung von Fachinhalten, verstanden wurde.



Mit der Anerkennung der Allgemein- und Familienmedizin als selbständige Disziplin erfolgt auch die Anerkennung dieser Fachinhalte und spezifischen Kompetenzen. Damit gehört das allgemeinmedizinische „Losigkeitssyndrom“ auch in Österreich der Vergangenheit an. Die Anerkennung ermöglicht die breite und verbindliche Etablierung der Fachterminologie, sie erlaubt die Definition und damit die Abgrenzung des Fachs von allen spezialisierten Disziplinen. Sie wird zur Schaffung einer berufsgruppenspezifischen Identität mit dem zugehörigen Selbstbewusstsein führen, und die Entwicklung einer Methodenlehre befördern, die universitär beforscht und gelehrt, und im Rahmen der postgradualen Fachausbildung vermittelt werden kann – und muss.

## METHODOLOGIE DER ALLGEMEIN- UND FAMILIENMEDIZIN

Diese Methodenlehre baut sinnvollerweise auf einem Konzept der „3Ms“ der Allgemein- und Familienmedizin auf, mit dem sich die fachtypischen Problemstellungen beschreiben lassen<sup>3</sup>:

**Mehrdeutigkeit:** Praktisch alle Symptome sind bei der Erstpräsentation undifferenziert und daher mehrdeutig. Sie können aus einer Reihe von unterschiedlichen Disziplinen stammen, und werden zudem individuell sehr unterschiedlich geschildert. Auch Situationen können mehrdeutig sein: Patientinnen/Patienten präsentieren einen Beratungsanlass – haben die Konsultation jedoch eigentlich aus einem anderen, tieferen Grund gesucht.

**Mehrdimensionalität:** Entscheidungen über alle Aspekte und Phasen, von der Diagnostik bis zu Therapie, Monitoring und Begleitung, müssen neben den rein medizinisch-fachlichen Fakten den jeweiligen individuellen Kontext berücksichtigen, mit dem sie interagieren: psychosoziale und Umweltfaktoren, Fähigkeiten und Vorstellungen, Erfahrungen und Erwartungen.

**Mehrfacherkrankung:** Krankheiten, ob chronische Komorbiditäten oder interkurrent akute Erkrankungen, interagieren mit

einander, ebenso können sich Maßnahmen in Zusammenhang mit diesen ergänzen oder aber widersprechen, Polypharmazie und die insgesamt oft erhebliche Behandlungslast beeinflussen das Outcome und die Lebensqualität. Das Management komplexer Situationen erfordert ebenso das breite medizinische Wissen wie das des nicht-medizinischen Kontexts. Die Erstellung eines dynamischen, individuellen Gesamtkonzepts in partizipativer Entscheidungsfindung ist Voraussetzung für Adhärenz und Therapieerfolg.

Daraus ergeben sich die zentralen Pfeiler der allgemein- und familienmedizinischen Methodenlehre<sup>4</sup>:

- a. Der Prozess der Konsultation (in der individuellen Mehrdimensionalität und Komplexität)
- b. Der diagnostische Prozess (beginnend beim undifferenzierten Symptom)
- c. Der Prozess der Entscheidungsfindung (im gesundheitsbezogenen Gesamtkontext)
- d. Das Management komplexer Situationen (Mehrdimensionalität, Chronic Care, Multimorbidität)
- e. Das Management innerhalb komplexer Team- und Betreuungsstrukturen – interprofessionelles Zusammenarbeiten

Stark verkürzt und vereinfacht werden im Folgenden die wesentlichen Elemente und Besonderheiten dieser Prozesse skizziert. Anzumerken ist, dass Elemente der geschilderten Methodik auch in spezialisierten Fächern gelebt werden, insbesondere weil Spezialistinnen/Spezialisten oft ungesteuert und daher primär aufgesucht werden, und daher Techniken aus dem allgemeinmedizinischen Bereich anwenden müssen, ebenso wie sich Hausärztinnen/Hausärzte oft spezialistischer Vorgangsweisen bedienen. Umfassend und konsequent wird die Methodik jedoch in der hausärztlichen Medizin gelebt, da diese über die nötigen Voraussetzungen verfügt beziehungsweise verfügen muss.

#### **A. Der Prozess der Konsultation**

... ist interaktiv und komplex. Ziel ist ein personenbezogen optimales Resultat: Es spielen also nicht nur krankheits- oder anlassbezogene Faktoren eine Rolle, sondern ebenso biopsychosoziale Rahmenbedingungen, Wünsche, Möglichkeiten und Vorstellungen der Betroffenen. Im Rahmen des Prozesses wird eine ziel- und lösungsorientierte Zusammenarbeit aufgebaut, das Problem in seinen Dimensionen erfasst, dann eine Vorgangsweise gemeinsam entwickelt. Der Abschluss der hausärztlichen Konsultation besteht nicht unbedingt im Stellen einer Diagnose, der Etablierung einer Therapie, nicht einmal unbedingt im Treffen einer konkreten Maßnahme.<sup>5</sup> Nicht selten ist ein „abwartendes Offthalten“ die optimale Variante, oder die Konsultation selbst war bereits die (zumindest vorläufige) Lösung. Besonderheit der hausärztlichen Praxis ist die Möglichkeit zum wiederholten, niedrigschwelligen Kontakt, denn dies eröffnet einen risikoarmen Weg ohne Maßnahmen, deren Rationale einzig die „Absicherung“ darstellt.

#### **B. Der diagnostische Prozess**

... unterscheidet sich grundlegend von der Diagnostik der spezialisierten Fächer. Am Beginn steht ein von der Patientin oder dem Patienten berichtetes Symptom. Praktisch alle Symptome sind undifferenziert und mehrdeutig. Sie können fast immer mehreren Fachgebieten zuzuordnen sein. Die Diagnostik der spezialisierten Fächer geht von Beginn an von einer Hypothese aus, nämlich davon, dass ein von der Patientin oder dem Patienten berichtetes Symptom in das jeweilige Fach fällt. Der Prozess verläuft also hypothetico-deduktiv, die möglichen Differenzialdiagnosen innerhalb des Fachs werden mit dessen spezifischen Methoden geprüft bis zu Bestätigung oder Ausschluss. Wenn sich keine Erklärung für das Symptom findet, wird an ein anderes in Frage kommendes Fach weiterverwiesen, und der Prozess beginnt von neuem. Diese Art von Diagnostik findet also sektoral statt.

Der diagnostische Prozess der Allgemein- und Familienmedizin verläuft ganz anders: Bis zu einer Hypothesenbildung mit Zuordnung zu einem bestimmten Fachgebiet findet bereits ein induktiver Prozess statt, wo vor dem Hintergrund möglicher Differenzialdiagnosen mittels Kontextwissen, Vorerfahrung, Kenntnis der Patientin/des Patienten, der Ausdrucksweise, Vorerkrankungen und -erfahrungen, und vor allem aufgrund der breiten, generalistisch-medizinischen Kompetenz Hinweise gesammelt, sortiert und eingeordnet werden, die zur Bildung einer ersten fundierten Hypothese führen. Danach erst verläuft auch hier der Prozess nach der üblichen hypothetico-deduktiven Methodik des spezialisierten Bereichs. Dieser induktive Prozess bezieht Anamnese, Wahrnehmung von Aspekt und Verhalten, und die orientierende klinische Untersuchung ein, gelegentlich auch Basisuntersuchungen wie Akutlabor. Die weiterführende technisch-apparative Diagnostik beziehungsweise eine Weiterverweisung wird erst nach Formulierung einer (oder mehrerer) fundierter Hypothesen eingesetzt: also gezielt. (Selbstverständlich bezieht sich diese Vorgangsweise auf nicht akut bedrohliche Situationen mit unmittelbarem Handlungsbedarf.) Diese integrierende Vorgangsweise erlaubt gegenüber der sektoralen einen sparsamen Einsatz von Mitteln, bei meist dennoch schnellerem Erreichen eines Ergebnisses. Sie ist geeignet, Überdiagnostik und Über- sowie Fehlinanspruchnahme des spezialisierten Bereichs zu vermeiden und erspart den Patientinnen/Patienten Angst, Zeit, Wege und sehr häufig auch Geld.<sup>6</sup>

#### **Kasten 1: Kernkompetenzen der Allgemein- und Familienmedizin**

1. Primary care management
2. Person-centred care
3. Specific problem solving skills
4. Comprehensive approach
5. Community orientation
6. Holistic modelling

## C. Der Prozess der Entscheidungsfindung

... verläuft ebenfalls prozesshaft und in Abhängigkeit von der Gesamtsituation sowohl in medizinischer Hinsicht, aber auch bezogen auf die bekannten oder im Prozess der Konsultation erhobenen und dort beschriebenen Kofaktoren. Er kann sich über mehrere Konsultationen erstrecken. Grundsätzlich geht es darum, medizinische Fakten und Erkenntnisse optimal personenbezogen anzuwenden. Das kann auch bedeuten, dass von spezialistischen Empfehlungen und Leitlinien abgewichen werden muss, dass Wege ausverhandelt werden müssen, Zwischenziele vereinbart, Kompromisse geschlossen. Wesentlich beteiligt ist immer die Patientin/der Patient. Entscheidungsfindung ist dann gelungen, wenn die getroffene Entscheidung medizinisch vertretbar ist, und gleichzeitig im Einklang mit den Möglichkeiten und Vorstellungen der Patientin/des Patienten steht, denn andernfalls wird sie nicht umgesetzt werden. Voraussetzung ist auch hier Vertrauen zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient, und die Niedrigschwelligkeit für Rückfragen und Kontrollen.<sup>7</sup>

## D. Das Management komplexer Situationen

Komplexe Situationen finden sich so gut wie immer im Bereich von Chronic Care und der in den meisten Fällen dabei bestehenden Multimorbidität, aber längst nicht nur dort. Auch mehrere gleichzeitig auftretende akute Ereignisse, interkurrente Akutsituationen bei bereits bestehender Morbidität, medizinische Problemstellungen, die in psychosozial schwierigen Phasen auftreten und umgekehrt, sind einige Beispiele für Phasen hoher Komplexität. Charakteristisch ist hier, dass es keine Schablonen für die Entscheidungsfindung gibt, da Komplexität eben darin besteht, dass eine individuelle Kombination von Einflussfaktoren vorliegt, die kaum je einer Standardsituation entspricht. Es müssen individuell gangbare Wege gefunden und Prioritäten gesetzt werden, teilweise unter Verzicht auf Optimierung der jeweils einzelnen Aspekte. Dennoch sind diese Entscheidungen rational zu treffen und keineswegs spontan oder leichtherzig. Evidenz und Leitlinien, spezialistische Handlungsempfehlungen sind zu beachten, auch dann, wenn sie nicht oder zumindest vorübergehend nicht direkt umsetzbar sind. Auch hier gilt, dass eine ständige Re-Evaluierung und Anpassung an den individuellen Verlauf erforderlich ist, und ein beständiger Abgleich mit den Ressourcen von Patientin/Pa-

tient und Umfeld. Hier ist immer wieder Kreativität und Flexibilität erforderlich und der Umgang mit dem Verzicht auf Durchsetzung rein „medizinischer“ Erfordernisse. Diese Abwägungen erfordern nicht nur breites medizinisches und das entsprechende Kontextwissen, sondern auch hohe Kontinuität in der Arzt-Patient-Beziehung und das damit einhergehende Vertrauen.<sup>8</sup>

## STRUKTURELLE UND PERSONELLE VORAUSSETZUNGEN

Kooperation mit den jeweils betroffenen Disziplinen und Professionen ist innerhalb aller dieser Prozesse essenziell. Essenziell ist dabei aber auch, dass die persönliche Kontinuität gewahrt bleibt. Ein sinkender CoC-Index (Continuity of Care: Prozentsatz der Kontakte bei der gleichen Ärztin/dem gleichen Arzt) führt zu einer Abnahme von Kontextwissen und nachweislich zum Anstieg von Morbidität und Mortalität.<sup>9</sup> Genauso wichtig ist die Schaffung der erforderlichen Strukturen: zeitgemäßer Wissenstransfer (zum Beispiel Point-of-Care-Tools mit Decision-Support-Funktion), organisatorisch-administrative Unterstützung (personell, Digitalisierung), verlässlicher und zeitnahter Informationstransfer (digital, interdisziplinär und interprofessionell), niedrigschwellige Verfügbarkeit von spezialistischer Expertise und Gesundheitsberufen.

Ein Verzicht auf diese Maßnahmen und die Reduktion auf die zu Beginn genannten reinen Systemfunktionen, von Erstversorgung über Koordination bis zu Lotsenfunktion oder gar Gatekeeping ist geeignet, Kontinuität zu vernichten, und sie verzichtet auf die essentielle defragmentierende, integrierende Funktion der Allgemein- und Familienmedizin. ◀

*\*) Dr. Susanne Rabady ist niedergelassene Ärztin für Allgemeinmedizin und 2. Vizepräsidentin und Past President der ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin)*

### Kasten 2: 4 C der Primärversorgung

First point of Contact  
Continuity  
Comprehensiveness  
Coordination

<sup>1</sup>Kühlein T, Macdonald H, Kramer B, Johansson M, Woloshin S, McCaffery K et al. Overdiagnosis and too much medicine in a world of crises BMJ 2023; 382 :p1865 doi:10.1136/bmj.p1865 <sup>2</sup> Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of GP / FM. World organization of family doctors (WONCA). 2023. <https://www.woncaeurope.org/kb/european-definition-gp-fm-2023>. Allgemeinmedizin — spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der Hausarztpraxis. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin [http://www.degam.de/files/Inhalte/DeGam-Inhalte/Leber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Zukunftspositionen.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/DeGam-Inhalte/Leber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf) <sup>3</sup> Freeman TR. McWhinney's textbook of family medicine. Oxford University Press; 2016. Greenhalgh T. Primary Health Care. Theory and Practice. BMJ Books Blackwell 2007 E-Book 2013, Rabady, S. The future of general practice and family medicine in Austria. Wien Klin Wochenschr (2024). <https://doi.org/10.1007/s00508-024-02422-5>, <sup>4</sup> Rabady, S. The future of general practice and family medicine in Austria. Wien Klin Wochenschr 137, 105–108 (2025). <https://doi.org/10.1007/s00508-024-02422-5>, <sup>5</sup> Kissling B, Ryser P. Die ärztliche Konsultation. 2019 Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen <sup>6</sup> Donner-Banzhoff N. Solving the Diagnostic Challenge: A Patient-Centered Approach. Ann Fam Med. 2018 Jul;16(4):353–358. doi: 10.1370/afm.2264. PMID: 29987086; PMCID: PMC6037523. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6037523/> Stolper E, Van Royen P, Jack E, Uleman J, Olde Rikkert M. Embracing complexity with systems thinking in general practitioners' clinical reasoning helps handling uncertainty. J Eval Clin Pract. 2021 Oct;27(5):1175–1181. doi: 10.1111/jep.13549. Epub 2021 Feb 16. PMID: 33592677; PMCID: PMC8518614. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33592677/> Norman G, Barraclough K, Dolovich L, Price D. Iterative diagnosis. BMJ. 2009 Sep 22;339:b3490. doi: 10.1136/bmj.b3490. PMID: 19773326. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19773326/> De Maeseneer J. Familienmedizin und Primärversorgung. 1.Aufl., Kiener München 2022, 52–66 <sup>7</sup> Küsat G, Klemenc-Ketis Z. Entscheidungsfindung. In: Zelko E, Rabady S, Bachler H. (Hgs): Lehrbuch für Allgemein-/Familienmedizin, May 2024, Trauner Verlag ISBN: 978-3-99151-336-0, Freeman TR. McWhinney's textbook of family medicine. Oxford University Press; 2016. 203–260 <sup>8</sup> Rabady S, Cediñik Gorup E. Multimorbidität. In: Zelko E, Rabady S, Bachler H. (Hgs): Lehrbuch für Allgemein-/Familienmedizin, May 2024, Trauner Verlag ISBN: 978-3-99151-336-0, S3-Leitlinie Multimorbidität - Living Guideline. AWMF-Register-Nr. 053-047 DEGAM-Leitlinie Nr. 20. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berlin 2024, De Maeseneer J. Familienmedizin und Primärversorgung. 1.Aufl., Kiener München 2022, 45–56 <sup>9</sup> Cohen E, Lindman I. Importance of continuity of care from a patient perspective—a cross-sectional study in Swedish health care. Scand J Prim Health Care. 2024;42(1):195–200.