

# Was ist der Kern der hausärztlichen Tätigkeit?

Stefan Wilm, Jürgen in der Schmitten

Abteilung für Allgemeinmedizin,  
Universitätsklinikum Düsseldorf

Hausärzte sind der Knotenpunkt in einem dichten Geflecht von Akteuren bei der medizinischen Betreuung der Bevölkerung. Die Übersichtsarbeit unternimmt eine Charakterisierung der relevanten Akteure der hausärztlichen Versorgung, ihrer (idealen) Kompetenzen, Rollen und Funktionen sowie ihrer Beziehungen untereinander auf dem Stand der wissenschaftlichen Literatur. Auf dieser Grundlage erfolgt eine Bewertung des aktuellen Strukturwandels in der hausärztlichen Praxis. Die persönliche, kontinuierliche therapeutische Beziehung des Hausarztes zu seinem Patienten ist und bleibt *der Kern* der hausärztlichen Tätigkeit. Optimierung der Qualität hausärztlichen Handelns bedeutet daher in erster Linie Bewahrung und Entwicklung der hausärztlichen Beziehungsfähigkeit, gerade mit Blick auf Patienten mit chronischen Erkrankungen. Daneben bieten Neuerungen wie Team- und Case-Management-Modelle ein Potential für wesentliche Verbesserungen einer umfassenden Patientenbetreuung, solange ihre Implementierung nicht auf Kosten der therapeutischen Beziehung zwischen Arzt und Patient erfolgt.

Les médecins de famille sont un point d'intersection important dans le réseau dense des intervenants de la santé publique. Ce travail de synthèse caractérise les acteurs principaux de la médecine de premier recours, leurs compétences (idéalement), leur rôle et leur fonction ainsi que les relations qu'ils entretiennent entre eux, du point de vue de la littérature scientifique. Cela sert de base à une évaluation du changement structurel qui se produit actuellement dans les cabinets médicaux.

Les relations personnelles, continues et thérapeutiques entre le médecin de famille et ses patients restent le cœur de son activité professionnelle. C'est pourquoi optimiser les qualités de l'intervention du médecin de famille signifie en premier lieu conserver et développer ses capacités relationnelles, en particulier si l'on songe aux malades chroniques. Par ailleurs, des nouveautés comme les modèles de management en équipe et de management de cas offrent un potentiel d'amélioration essentielle de la prise en charge complète du patient, tant que leur mise ne se fait pas aux dépens de la relation médecin-patient.

## Einleitung

Die Hausarztpraxis steht im deutschsprachigen Raum momentan im Fokus grosser Ansprüche und Erwartungen seitens der Bevölkerung, der Kostenträger und der Gesundheitspolitik. Dementsprechend ist das Geschehen in der Hausarztpraxis Gegenstand zahlreicher struktureller Veränderungen, welche die Qualität und Wirtschaftlichkeit der hausärztlichen Behandlung fördern sollen – Vergütungsreformen, Hausarztverträge, Arztnetze, Gemeinschafts- und Gruppenpraxen, medizinische Versorgungszentren, Notdienstzentralen, Qualitätszirkel, praxisinternes Qualitätsmanagement, Disease-Management-Programme, Case-Managerinnen, Practice Nurses oder die wiederauferstandene Gemeindeschwester mögen hier als Beispiele dienen.

Nationale und internationale Gremien bis hin zur Weltgesundheitsorganisation versuchen, gute hausärztliche Betreuung zu charakterisieren und Entwicklungen wie Patientenzentrierung und gemeinsame Entscheidungsfindung zu fördern. Forschungsprojekte untersuchen Auswirkungen und Effizienz dieser Ansätze – allerdings fast ausschliesslich im Ausland.

Übersichtsartikel stellen die «traditionelle» der «modernen» Hausarztpraxis gegenüber, als befänden wir uns in einem neuen Zeitalter der hausärztlichen Medizin [1].

Die vorliegende Standortbestimmung unternimmt eine Charakterisierung der relevanten Akteure der hausärztlichen Praxis, ihrer (idealen) Kompetenzen, ihrer Rollen und Funktionen sowie ihrer Beziehungen untereinander auf dem Boden einer systematischen Analyse nationaler und internationaler Studien und Definitionen. Ziel der Übersichtsarbeit ist es, auf dieser Grundlage eine Bewertung des aktuellen Strukturwandels in der hausärztlichen Praxis zu leisten.

## Akteure

Es ist keineswegs so trivial, wie es klingt: Hauptakteur des hausärztlichen – wie allgemein des medizinischen – Geschehens ist der *Patient*. Die Qualität der hausärztlichen Betreuung und Versorgung bemisst sich danach, wie sehr es gelingt, den Patienten ins Zentrum zu rücken (patientenzentrierte Betreuung gemäss WHO 2005 [2]) [3, 4]. Patienten mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, die eine wichtige und zahlenmässig zunehmende Klientel der hausärztlichen Praxis darstellen, zeichnen sich dadurch aus, dass sie quantitativ und qualitativ andere, umfassendere, komplexere, häufig auch ambivalentere Bedürfnisse haben als Akutranke.

Der Patient ist Teil seines *sozialen Umfeldes*; Kenntnis, Würdigung und unter Umständen Einbeziehung etwa der Familie tragen wesentlich zum Gelingen hausärztlicher Betreuung bei. Selbsthilfegruppen sind zwischen dem sozialen Umfeld und der Leistungserbringerseite angesiedelt [5].

Unmittelbares Gegenüber des Patienten ist der *Hausarzt*. Er ist primärer Ansprechpartner und in neun von zehn Fäl-

len auch abschliessend behandelnder Arzt für alle Gesundheitsanliegen; falls es die Situation erfordert, koordiniert er die Behandlung durch andere Leistungserbringer im ambulanten oder stationären Sektor.

Der Hausarzt ist kein Einzelkämpfer, sondern er erbringt seine Leistung immer häufiger im zusammen mit anderen *Kollegen* (Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Versorgungszentrum) und wesentlich unterstützt von einem *Praxisteam* von Mitarbeitern.

Akteure im weiteren Sinne sind die anderen *Leistungserbringer des ambulanten Sektors*, mit denen der Hausarzt kooperiert: ärztliche Spezialisten, Psychotherapeuten, Pflegedienstmitarbeiter, Physio-, Ergo- und Logotherapeuten, Podologen, Wund-/Stomatherapeuten, Berufsbetreuer, arbeits-/betriebsmedizinische Dienste, der psychosoziale Dienst der Gesundheitsämter, palliativmedizinische Teams sowie Hospizhelfer. Hinzu kommt der *stationäre Sektor*, von der vollstationären Akut- sowie Langzeitpflege (Altenheime, Hospize) oder Rehabilitation über Tageskliniken bzw. ambulante Rehabilitationseinrichtungen bis zu den Krankenhausambulanzen.

Schliesslich ist der Hausarzt Ansprech- und Kooperationspartner für die *Kostenträger* (Krankenkassen, Pflegekassen, Rentenversicherer, andere Versicherer) und bestimmte *Ämter*.

### (Ideale) Kompetenzen

Vielfalt und Vielschichtigkeit dieser Akteure erfordern von *allen Leistungserbringern* im hausärztlichen Versorgungsprozess besondere Kompetenzen, insbesondere bei der Betreuung chronisch-kranker Menschen [6]:

- patientenzentrierte Betreuung; dies beinhaltet kommunikative Fähigkeiten, die Fähigkeit zu Wahrnehmung und Verstehen der Patientenperspektive, der Krankheitskonzepte des Patienten und der Bedeutung, die das chronische Kranksein für den individuellen Patienten und sein Leben hat, sowie die Fähigkeit, Patienten bei ge-

sundheitsbezogener Selbsthilfe zu motivieren und anzuleiten;

- partnerschaftliche Kooperation mit den anderen (unter *Akteure* genannten) Leistungserbringern;
- kontinuierliche Qualitätsverbesserung (etwa in den Bereichen Patientensicherheit und Effizienz der Versorgung);
- Anwendung geeigneter Informations- und Kommunikationstechnologie;
- Integration der Public-Health- und der individualmedizinischen Perspektive im Versorgungsalltag [7];
- die Bereitschaft zu lebenslangem Lernen in Aus-, Weiter- und Fortbildung;
- psychosoziale und psychosomatische Kompetenz; Arbeiten in einem umfassenden Ansatz auf der Basis eines biopsychosozialen Modells von Gesundheit und Krankheit [8];
- die selbstkritische Reflexion der eigenen Kompetenz und ihrer Grenzen.

Diesen Kompetenzen der Leistungserbringer ist die *Eigenkompetenz der Betroffenen* (Patient, soziales Umfeld) gegenüberzustellen: zum Beispiel Selbsthilfe- und Selbstpflegekompetenz, Wissen, Fähigkeiten, Motivation und Selbstmotivierung, Selbstvertrauen. Diese Eigenkompetenzen sind von professioneller Seite im Rahmen der individuellen Möglichkeiten und der individuellen Bereitschaft von Patient und Familie zu fördern («Empowerment»), um die Selbstleistungsressourcen des Patienten und seines Systems zu stärken, die heute als entscheidend für Gesundheit beziehungsweise Wohlergehen angesehen werden. Möglichkeiten der Förderung sind Patientenschulung, Selbsthilfegruppen sowie Pflege- oder Krankengymnastikschulung von Angehörigen und andere.

Besonders die *hausärztliche Kompetenz* ist auf der einen Seite durch die Fähigkeit zur Gestaltung einer reflektierten, tragfähigen und dauerhaften Beziehung zum Patienten gekennzeichnet. Voraussetzung dafür ist eine entsprechende psychosoziale Kompetenz des Hausarztes [9]. Hinzu kommen auf der anderen Seite die Fähigkeit zur Leitung des Praxisteam, zur Förderung von Kompetenzen und Verantwortung der Mitarbeitenden, zur

Arbeitsteilung und Delegation sowie zur Moderation des gesamten ambulanten Teams einschliesslich der Spezialisten und zur Kooperation mit dem stationären Sektor.

### Rollen und Funktionen

Die Akteure in den hausärztlichen Versorgungsstrukturen benötigen die dargestellten Kompetenzen, um im Versorgungsprozess ihre Rollen und Funktionen angemessen erfüllen zu können.

*Der Patient* ist Experte für sein subjektives Kranksein. Seine Erzählung (Anamnese) und seine Bewertung sind massgeblich für die gemeinschaftliche Definition von Problemen und ihrer Hierarchie, für die Festlegung kurz- und langfristiger Ziele sowie der Massnahmen, die diese Ziele näher bringen sollen. Dementsprechend lässt sich die Verantwortung des Patienten nicht auf eine pflichtgetreue Befolgung ärztlicher Anordnungen (*Compliance*) reduzieren. Der Patient ist vielmehr dafür verantwortlich, einen ihm vom partnerschaftlich handelnden Arzt oder anderen Beteiligten eröffneten Gestaltungsraum nach seinen Möglichkeiten zu nutzen. Ziel ist ein als *Konkordanz* zu bezeichnender gelungener Aushandlungsprozess zwischen Patient und Hausarzt sowie den anderen Akteuren.

Besonders mit Blick auf Prävention und Behandlung chronischer Krankheiten bietet eine solche aktive, verantwortungsvolle Rolle dem Patienten die beste Chance, salutogenetische Veränderungen von Gewohnheiten und täglichen Routinen in seinem Leben zu realisieren [10]. Aber auch Passivität und eine «gescheiterte» Bewältigung des chronischen Krankseins sind legitime Optionen des Patienten, um seinen Expertenstatus und die Verantwortung für sein Kranksein wahrzunehmen.

*Der Hausarzt* ist der vom Patienten ausgewählte und aufgesuchte Experte für Gesundheit, Gesundbleiben und Krankheit; gleichzeitig ist er oft die Vertrauensperson, welche hilft, die Präferenzen des Patienten zu eruieren und dafür erfolgversprechende Massnahmen zu ergreifen.

Der Hausarzt reagiert nicht nur auf Probleme und Krankheiten, er informiert und berät dafür offene Patienten frühzeitig und aktiv mit dem Ziel, unter Nutzung und Weiterentwicklung der individuellen Ressourcen Gesundheit zu erhalten und Krankheiten zu verhindern (Gesundheitsbildung, Prävention) [11].

Der Hausarzt bemüht sich um den Schutz des Patienten wie auch der Solidargemeinschaft (Integration von Individual- und Public-Health-Perspektive) vor Fehl-, Unter-, aber auch Überversorgung [12, 13]. In bezug auf die zahlreichen Akteure erfüllt der Hausarzt die Koordinations- und Integrationsfunktion, die auf dem Boden von Sammlung, Dokumentation und Zusammenführung der vielfältigen Informationen und Befunde wesentlich darin besteht, Patienten vor dem Hintergrund eines hermeneutischen Fallverständnisses [14] individuell und partnerschaftlich (autonomiefördernd) zu beraten und zu begleiten.

Besonders gegenüber chronisch kranken Menschen ist die hausärztliche Rolle durch Kontinuität der Betreuung und eine nicht-delegierbare Kernverantwortung in der Beziehung gekennzeichnet. Der Hausarzt achtet auf die Wahrung des häufig mehr palliativen als kurativen Therapieziels, und gemeinsam mit dem Praxisteam begleitet und fördert er den Patienten und gegebenenfalls dessen Familie in deren oftmals konfliktbehafteter Auseinandersetzung mit dem chronischen Kranksein – auch und gerade dann, wenn fehlende Konkordanz, Passivität, alters-, erkrankungs- oder multimorbiditätsbedingte Einschränkungen der Kompetenz des Patienten die Beziehung kennzeichnen. Mit zunehmender Anzahl und Chronizität der Erkrankungen eines Patienten gewinnen das hausärztliche Handeln und die Übernahme einer Anwaltsrolle für den Patienten noch an Bedeutung [15, 16].

Die rollenspezifischen und individuellen Kompetenzen aller *Mitarbeiter im Praxisteam* sollen kontinuierlich entwickelt, geschult und gefördert werden. Die nicht-ärztlichen Mitarbeiter gestalten und verantworten in Abhängigkeit von ihrer Qualifikation eine eigenständige Beziehung zum Patienten. Sie können wesentliche Aufgaben und Verantwortungsbereiche in

der Betreuung chronisch kranker Menschen übernehmen (Beispiel Case Management bei Depressionen [17]). Wichtig dabei sind genaue Definition und Abgrenzung der Arbeitsteilung, eindeutige Delegation, gute Organisation, regelmäßige Supervision sowie Rückmeldung [18].

Diese Entwicklung manifestiert sich bereits heute in der Schulung chronisch kranker Patienten, die überwiegend von dafür qualifizierten Mitarbeiterinnen durchgeführt wird, etwa im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMPs). Darüber hinausgehend wird in vielen Hausarztpraxen ein Umorientierungs- und Weiterentwicklungsprozess erforderlich sein, um die Hausärzte zum einen von Tätigkeiten zu entlasten und das Betreuungsangebot der Praxis zum anderen durch den Einsatz spezifisch qualifizierten nichtärztlichen Personals zu verbreitern und zu intensivieren [19]. Für eine qualitätsgesicherte Entwicklung dieser Praxisteamarbeit, aber auch aus forensischen Gründen ist es andererseits unerlässlich, dass definiert wird, welche hausärztlichen Aufgaben und Leistungen *nicht* delegierbar sind. Die Letztverantwortung auch für delegierte Leistungen innerhalb der Praxis liegt beim Hausarzt. Die Funktion *ambulanter Spezialisten* erstreckt sich je nach Behandlungsanlass von der reinen Auftragsleistung über die zeitweilige Mitbetreuung bis hin zur primärärztlichen Tätigkeit in ausgewählten, seltenen Fällen (z.B. Dialysearzt). Auch gegenüber dem Spezialisten bleibt dem Hausarzt seine Beziehungsverantwortung für den Patienten, um der Gefahr einer «Verzettelung der Verantwortung» (Balint [20]) entgegenzuwirken, bei der letztere nicht nur verteilt wird, sondern sich gewissermaßen in nichts auflöst.

Die hausärztliche Rolle im Gesundheitswesen lässt sich somit bildlich als jene des Kapitäns einer vom Passagier (Patient) als Schiffseigner betriebenen Yacht beschreiben, der mit den wichtigen Schiffsdisziplinen im Grundsatz vertraut und ungeachtet der Delegation wichtiger Aufgaben an die Mannschaft während der gesamten Reise zentraler Ansprechpartner für die Passagiere ist. Spezialisten sind in diesem

Bild hingegen als Lotsen anzusehen, die ihr Spezialwissen in der Regel für besondere – kürzere oder längere – Streckenabschnitte zur Verfügung stellen, danach aber meist wieder von Bord gehen.

### Beziehungen der Akteure untereinander

Der zentrale Prozess in der Betreuung von Patienten ist die Arzt-Patienten-Begegnung in der Sprechstunde oder beim Hausbesuch [21, 22]. Erwartungen erkrankter Menschen an ihre hausärztliche Betreuung und Kritik an der gesundheitlichen Versorgung beziehen sich schwerpunktmässig auf diesen Bereich, insbesondere auf die kommunikative Kompetenz und Bereitschaft des Hausarztes [23, 24], was das Erfordernis einer entsprechenden Qualifikation der Hausärzte in der Aus-, Weiter- und Fortbildung unterstreicht [25]. Die Patienten wünschen sich diese Form eines persönlichen Verhältnisses [26–29], und sie können den Grad der persönlichen kontinuierlichen Beziehung durch ihr Inanspruchnahmeverhalten selbst bestimmen.

Dabei stehen die Begriffe «Vertrauen» und «Sicherheit» im Mittelpunkt der Forschung [30–32]. Die vertrauensvolle kontinuierliche Beziehung und persönliche Begegnung der beiden Subjekte Patient und Hausarzt auf der Basis der erlebten Anamnese und des hermeneutischen Fallverständnisses als Spezifikum hausärztlichen Arbeitens [33] kann durch Beziehungen des Patienten zu anderen Akteuren (z.B. Praxisteam, ambulante Therapeuten, ambulante Spezialisten, Case Manager bei Krankenkassen) oder andere Kommunikationsformen (Gruppengespräch, Telefon, Internet) nicht ersetzt werden.

Die – mit Blick auf Gruppenpraxen und die Übertragung von Verantwortung auf Assistenzberufe zunehmend relevante – Frage, ob *persönliche*, von einem individuellen Hausarzt gelebte, also nicht nur praxisteam- oder informationsbezogene (auf eine gemeinsame, von mehreren Akteuren abrufbare Dokumentation zurückgreifende) *Kontinuität* ein obligates Merkmal gelungener hausärztlicher Be-

ziehung darstellt, wird nach über einem Jahrzehnt intensiver Forschung zu dem Thema heute überwiegend bejaht [34–36]. Allerdings können andere Beziehungen und Kommunikationsformen die Betreuung insbesondere chronisch kranker Patienten *ergänzen und erweitern*. Nicht-ärztliche Teammitarbeiter können bei entsprechender Qualifikation wichtige Arbeitsprozesse und Beziehungen verantwortlich, selbstständig und kontinuierlich übernehmen [37], etwa in den Bereichen Patientenschulung, persönliches Monitoring im Rahmen von Case Management (z.B. Depression), standardisierte Erhebung von Befunden (DMPs), regelmässiger Einsatz von Lebensqualitäts- und Krankheitsschwereinstrumenten (etwa in der Rheumatologie), Versorgung chronischer Wunden (z.B. Ulcus cruris venosum), Remindersysteme [38] und andere. Dabei kann innerhalb des Praxisteam und seiner internen Kommunikation die medizinische Fachangestellte beispielsweise die Insulindosis zusammen mit dem neu an Diabetes mellitus erkrankten Patienten in eigener Verantwortung anpassen; die selbständige Gemeindeschwester oder der Therapieberater des Callcenters der Krankenkasse können dies ausserhalb der skizzierten hausärztlichen Praxis nicht.

Patientenzentrierte Betreuung beinhaltet auch, dass die Beziehungen und Kommunikationsformen vom Patienten frei gewählt werden können. Erfahrungen aus den DMPs zeigen zum Beispiel, dass es Patientengruppen gibt, die nicht am hausärztlichen DMP teilnehmen möchten oder die als DMP-Teilnehmer nicht zu einer Gruppenschulung kommen; die nicht an ihr Kranksein erinnert werden wollen, weder von ihrer Krankenkasse noch von einem hausärztlichen Recallsystem; die Kranksein als eigene Kränkung oder (Ab-)Wertung und Beschuldigung durch Professionelle in Gesundheitswesen und Gesellschaft erleben. Die Bereitschaft und Fähigkeit zu Eigenaktivität und Verantwortungsübernahme im Umgang mit dem eigenen Kranksein ist bei manchen Patienten aus biographischen, intrapsychischen oder sozialen Gründen eingeschränkt. Die nichtdelegierbare Kernver-

antwortung des Hausarztes in der individuellen, vom Patienten initiierten Arzt-Patienten-Beziehung stellt sicher, dass auch diese Patienten akzeptierend und angemessen betreut werden.

### Das Teammodell der ambulanten Betreuung

Das in den 1990er Jahren im angloamerikanischen Bereich entwickelte Teammodell der ambulanten Betreuung insbesondere chronisch kranker Menschen («Health Care Team Model» [39], ähnlich: «Chronic Care Model» [40]) weist zu recht darauf hin, dass eine Gruppe von Leistungserbringern erst dann die Bezeichnung «Team» verdient und entsprechend Effektivität und Effizienz der Versorgung verbessert, wenn ihre Mitglieder zusammen- statt nebeneinander her arbeiten [41]. Auf formaler Ebene sind fünf Grundvoraussetzungen für eine solche wirksame Zusammenarbeit beschrieben worden: gemeinsame Zielsetzungen, explizite Strukturen, Arbeitsteilung, Fortbildung und Kommunikation [42]. Das Teammodell wird meist auf die (hausärztliche) Praxis angewendet mit besonderer Betonung der Arbeitsteilung zwischen Hausarzt und entsprechend qualifiziertem nichtärztlichem Personal. Im weiteren Sinne konstituieren jedoch auch die oben aufgeführten ärztlichen und nicht-ärztlichen Kooperationspartner des Hausarztes ausserhalb der Praxis ein von Patient zu Patient unterschiedlich zusammengesetztes Team, für dessen Effektivität die genannten fünf Kernelemente essentiell sind.

Die Implementation des Teammodells in der Hausarztpraxis hat demgemäss mit Augenmass und unter Berücksichtigung der jeweiligen nationalen Versorgungslandschaft zu erfolgen. Insbesondere darf es nicht dazu kommen, dass bekannte und inakzeptable Defizite der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Hausärzten, etwa in der Vermittlung psychosozialer Kompetenzen, zum Anlass genommen werden, entsprechende (hier: psychosoziale) Betreuungsaufgaben an andere Berufsgruppen abzugeben [43]. Delegation darf

nicht dazu führen, die zentrale persönliche Beziehung zwischen Patient und Hausarzt zu entwerten, sei es infolge einer zunehmenden Inanspruchnahme des Hausarztes durch Managementaufgaben, durch die Aushöhlung bestehender Kompetenzen oder durch Resignation hinsichtlich der erforderlichen Verbesserungen bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung.

### Die hausärztliche Praxis von morgen

Wenn in einer – sicherlich bewusst vereinfachten – Gegenüberstellung der «Praxis heute» mit der «Praxis von morgen» [44] die künftige Betreuung eines Patienten mit Diabetes mellitus sich einzig und allein dadurch vom bisherigen Status quo abhebt, dass die Behandlungen strukturiert verlaufen, Verläufe wichtiger Werte graphisch dargestellt werden können, Remindersysteme an die erforderlichen Routinekontrollen erinnern (wobei deren Einhaltung kontinuierlich ansteigt), die Fachangestellten aktiv in diese Prozesse eingebunden sind und mit den Patienten am Ende der Konsultation gemeinsame Behandlungsziele vereinbart werden, dann sind zwar mit jedem dieser Punkte unbestreitbar relevante und hilfreiche Entwicklungen angesprochen.

Bei näherer Betrachtung fällt jedoch ins Auge, dass allen genannten Faktoren neben der gewünschten Professionalisierung auch eine Distanzierung oder Abkühlung auf der unmittelbaren Beziehungsebene zwischen Patient und Hausarzt gemein ist, was durch den Aufbau unsichtbarer Barrieren einer vertieften therapeutischen Beziehung entgegenstehen und «Angst vor Nähe» ausdrücken kann [45, 46]. Demgegenüber findet eine Entwicklung der Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit sowie der psychosozialen Kompetenz des Hausarztes in der zitierten «Praxis von morgen» keine Erwähnung, so als ob diese arztseitigen Bedingungen einer geglückten therapeutischen, partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Beziehung nicht von entscheidender Bedeutung wären oder aber schon heute

vorausgesetzt werden dürften, was nachweislich nicht der Fall ist.

Die neuere Forschung weist vielmehr darauf hin, dass zum Beispiel gerade Menschen mit «therapierefraktär» schlecht eingestelltem Diabetes mellitus auf verstärkten Druck (etwa in Form von DMP) mit Abwehr und Verweigerung reagieren, möglicherweise weil sie das Krankheitskonzept des Hausarztes und des Praxisteams nicht teilen oder andere Prioritäten setzen [47]. Dies einfühlsam zu eruieren und das weitere Vorgehen auf die Wünsche eines «schwierigen» Patienten abzustimmen, ohne mit beruflichem Ethos oder gar den Interessen der Solidargemeinschaft zu kollidieren, erfordert ein hohes Mass an Nähe und Vertrauen auf dem Boden einer therapeutischen Beziehung, das durch keine noch so gut gemeinte Strukturierungsmassnahme hergestellt werden kann. Hier muss im Sinne

der kontinuierlichen professionellen Weiterentwicklung («continuous professional development») die Selbstkompetenzentwicklung des Hausarztes «von morgen» ansetzen, wenn er *sowohl* Heiler *als auch* kompetenter Techniker und Manager sein will.

Was für das Wohl des kranken Menschen so wesentlich ist, hat eine darüber hinausgehende Bedeutung für die Allgemeinmedizin als Fach der hausärztlichen Patientenbetreuung. Während sich die anderen ärztlichen Disziplinen über ihren Inhalt definieren, über Krankheiten, Organsysteme oder Technologien, ist die Arzt-Patienten-Beziehung *vor* jedem Inhalt schlechthin konstitutiv für die Allgemeinmedizin [48]. Die Weiterentwicklung und Verankerung der therapeutischen Arzt-Patienten-Beziehung bei der Konzeption künftiger hausärztlicher Versorgung aus dem Blick zu verlieren, wäre

somit fatal für das Fortbestehen des Faches selbst. Wenn die Allgemeinmedizin (unbewusst) versucht, sich anderen Fächern durch falschverstandene Professionalität, nämlich durch ein Mehr an Kühle, Distanz und Fragmentierung anzugleichen, setzt sie nicht weniger als ihre Identität aufs Spiel [49].

#### Literatur

Das Literaturverzeichnis [1–49] finden Sie in der Onlineausgabe dieses Artikels unter [www.primary-care.ch](http://www.primary-care.ch)

---

Dr. med. Stefan Wilm  
Abteilung für Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
Moorenstrasse 5  
D-40225 Düsseldorf  
[stefan.wilm@med.uni-duesseldorf.de](mailto:stefan.wilm@med.uni-duesseldorf.de)



## WONCA EUROPE 2009

Die Website der Wonca-Europe-Konferenz 2009 in Basel ist eröffnet!



## 15<sup>TH</sup> WONCA EUROPE CONFERENCE

September 16<sup>th</sup>–19<sup>th</sup> 2009, Basel, Switzerland

[www.woncaeurope2009.org](http://www.woncaeurope2009.org)

**Literatur**

- 1 Gerlach FM. Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem – Konsequenzen für Forschung, Lehre und Praxis (Teil 1). *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich.* 2002;96(4):243–9.
- 2 World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21<sup>st</sup> century. The challenge of chronic conditions. Geneva: WHO; 2005.
- 3 Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000; 49(9):805–7.
- 4 Mitchie S, Miles J, Weinman J. Patient-centred-ness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Educ Couns.* 2003;51:197–206.
- 5 Borgetto B. Gemeinschaftliche Selbsthilfe im deutschen Gesundheitssystem. Stand der Forschung. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach W, Engelmann U, Halber M, Herausgeber. *Gesundheitsversorgung und Disease Management.* Bern: Huber; 2003. S. 155–61.
- 6 World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21<sup>st</sup> century. The challenge of chronic conditions. Geneva: WHO; 2005.
- 7 Mechanic D. Managed care and the imperative for a new professional ethic. *Health Affairs.* 2000;19(5):100–11.
- 8 Wonca Europe. Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin 2002. Available from: [www.sgam.ch](http://www.sgam.ch).
- 9 Helmich P, Hesse E, Köhle K, Mattern H, Pauli H, von Uexküll T, et al. *Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung.* Berlin: Springer; 1991.
- 10 World Health Organization. Innovative care for chronic conditions – building blocks for action. Global report. Geneva: WHO; 2002.
- 11 Abholz HH. Hausärztliche Prävention – ein Vorschlag für eine Systematik. *Z Allg Med.* 2006;82(2):50–5.
- 12 Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Available from: [www.degam.de](http://www.degam.de).
- 13 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health system and health. *The Milbank Quarterly.* 2005;83(3): 457–502.
- 14 Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Available from: [www.degam.de](http://www.degam.de).
- 15 Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med.* 2002;162:2269–76.
- 16 Mechanic D. Managed care and the imperative for a new professional ethic. *Health Affairs.* 2000;19(5):100–11.
- 17 Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol Med.* 2006;36(1):7–14.
- 18 Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ.* 2000;320:569–72.
- 19 Casalino, LP. Disease management and the organization of physician practice. *JAMA.* 2005;293:485–8.
- 20 Balint M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.* Stuttgart: Klett; 1965.
- 21 Stewart M, et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2<sup>nd</sup> ed. Radcliffe Medical Press; 2003.
- 22 Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001:CD003267.
- 23 Bahrs O. Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit. *GGW.* 2003;3:17–23.
- 24 Sawicki PT. Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Med Klein.* 2005;100:755–68.
- 25 Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001:CD003267.
- 26 Freeman GK, Richards SC. Is personal continuity of care compatible with free choice of doctor? Patients' views on seeing the same doctor. *Br J Gen Pract.* 1993;43(377):493–7.
- 27 Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract.* 2001;51:712–8.
- 28 Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care.* 2002;14(2):111–8.
- 29 Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. "He treats you as a person not just like a number". How important is personal care in general practice? *BMJ.* 2003;326:1310–2.
- 30 McKinstiry B, Ashcroft RE, Car J, Freeman GK, Sheikh A. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006: CD004134.
- 31 Bültzingslöwen I von, Eliasson G, Sarvimäki A, Mattsson B, Hjortdahl P. Patients' view on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract.* 2006;23:210–9.
- 32 Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld. *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage Mai/Juni 2006.* Mannheim: FGW; 2006.
- 33 Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Available from: [www.degam.de](http://www.degam.de).
- 34 Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract.* 2003;20(6):623–7.
- 35 Freeman GK, Richards SC. Is personal continuity of care compatible with free choice of doctor? Patients' views on seeing the same doctor. *Br J Gen Pract.* 1993;43(377):493–7.
- 36 Stokes T, Tarrant C, Mainous AG III, Schers H, Freeman G, Baker R. Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and the Netherlands. *Ann Fam Med.* 2005;3(4):353–9.
- 37 Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med.* 2003;138:256–61.
- 38 Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med.* 1997;127:1097–102.
- 39 Lemieux-Charles L, McGuire WL. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Med Care Res Rev.* 2006;63:263–300.
- 40 Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care.* 2005;11(8):478–88.
- 41 Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ.* 2000;320:569–72.
- 42 Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA.* 2004;291:1246–61.
- 43 Vgl. Wagner, 2000, a.a.O.: "Most doctors have neither the training nor the time to engage in counselling on behaviour change or to give self management support."
- 44 Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – wider die Dominanz des Dringlichen. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich.* 2006;100(5):335–43.
- 45 Abholz HH. Die Angst vor Nähe. *Z Allg Med.* 2006;82:45.
- 46 McWhinney IR. The importance of being different. *Br J Gen Pract.* 1996;46(408):433–6.
- 47 Christensen AJ. *Patient adherence to medical treatment regimes.* New Haven/ London: Yale University Press; 2004.
- 48 McWhinney IR. The importance of being different. *Br J Gen Pract.* 1996;46(408):433–6.
- 49 Abholz HH. Die Angst vor Nähe. *Z Allg Med.* 2006;82:45.