

## Amendment zur Zukunftsposition 17: Hausärztliche Qualifizierung

**Hausärzt:innen sollen umfassend und spezifisch weitergebildet und deswegen möglichst Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin sein. Der Quereinstieg soll dauerhaft, auch für Internist:innen, durch geförderte Weiterbildungsangebote erleichtert werden.**

Allgemeinmedizin ist mehr als die Summe der einzelnen Spezialdisziplinen. Sie zeichnet sich auch durch eine an die hausärztliche Versorgungsebene angepasste Diagnostik und therapeutische Strategien aus. Selbst die Innere Medizin deckt nur ein gutes Drittel der allgemeinmedizinischen Beratungsanlässe ab. Weder eine rein klinische noch eine auf ein Fach begrenzte Weiterbildung ist eine adäquate Vorbereitung auf eine hausärztliche Tätigkeit. Wesentliche Teile müssen in der hausärztlichen Praxis bei spezifisch weitergebildeten Befugten erfolgen.

Die Beratungsanliegen in hausärztlichen Praxen wurden in epidemiologischen Untersuchungen mit über 100.000 Patienten in hausärztlichen Praxen folgendermaßen zugeordnet: Innere Medizin (alle Schwerpunkte) 32%, Pädiatrie 14%, übrige Fächer jeweils unter 10% (Mehrfachzuordnung<sup>1</sup>, ähnliche Ergebnisse anhand anderer Quellen<sup>2 3</sup>). Nach neueren Daten sind mehr als ein Drittel der Beratungsanlässe dem psychosomatischen Versorgungsbereich zuzuordnen<sup>4</sup>. Die durchschnittliche Liegedauer in deutschen Kliniken beträgt im Durchschnitt 7,2 Tage<sup>5</sup>. Eine ausschließlich stationäre Weiterbildung kann daher kaum auf die Aufgabe einer Langzeitversorgung chronisch Kranker vorbereiten (kontinuierliches Medikationsmanagement, Motivation von Patient:in und Angehörigen, langfristige persönliche Begleitung). Auch die besonderen Bedingungen der Versorgung im Rahmen von Hausbesuchen oder in Alten- und Pflegeheimen sind nicht Bestandteil einer Weiterbildung nur in der Klinik. Gleiches gilt z.B. für Sozialmedizinische Themen, Früherkennungsuntersuchungen, Gesundheitsförderung bzw. Prävention inklusive Impfungen und eine Vielzahl von Erkrankungen wie einfache Infekte, Befindlichkeitsstörungen, die in der ambulanten Primärversorgungspraxis häufig sind, in Kliniken aber regelhaft so gut wie gar nicht vorkommen. Ursächliche, potenziell schwere Erkrankungen und Probleme sind im primärärztlichen Bereich wesentlich anders verteilt als in allen anderen Versorgungsbereichen, woraus sich die Erfordernis unterschiedlicher

---

<sup>1</sup> 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)

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> Bödecker A-W. Wissen wir was wir tun? Eine empirische Untersuchung zu Behandlungsanlässen und deren Fächer-Zuordnung. Z. Allg. Med. 2003; 79: 169–172 und Braun V. Inhalte allgemeinärztlicher Tätigkeit – eine Wochenanalyse in 25 bundesdeutschen Praxen. Z. Allg. Med. 2003; 79: 173–175

<sup>4</sup> Schneider S, Hörlein E, Wartner E, Schumann I, Henningsen P, Linde K. Unlimited access to health care - impact of psychosomatic co-morbidity on utilisation in German general practices. BMC Family Practice 2011;12:51

<sup>5</sup> <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-im-krankenhaus-seit-1992/> besucht am 14.2.2022

# Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin



Herangehensweisen ergibt. Eine spezifische Weiterbildung erlaubt, dass ca. 90% aller Patientenangelegenheiten eigenständig qualitätsgesichert bearbeitet werden können<sup>6 7 8</sup>.

Die Qualifikationsanforderungen an eine gute primärärztliche Versorgung sind international unstrittig; in den europäischen Ländern mit einem leistungsfähigen System hausärztlicher Versorgung sind nur Allgemeinmediziner:innen dafür zugelassen. Eine solche Qualifikation kann in Deutschland auch durch den sogenannten Quereinstieg erreicht werden. Dieser beinhaltet nach einer abgeschlossenen Weiterbildung in einem Fach der unmittelbaren Patient:innenversorgung noch grundsätzlich zwei Jahre Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Diese soll in einer oder mehreren entsprechend qualifizierten hausärztlichen Praxen mit breitem oder komplementärem Leistungsspektrum durchgeführt werden. Hierfür sind die entsprechenden Fördermittel bereitzustellen. Dies gilt zusätzlich für über diese zwei Jahre hinausgehende für die Allgemeinmedizin anerkennungsfähige Weiterbildungsabschnitte im ambulanten Bereich auch anderer Fachgruppen. Bereits im hausärztlichen Bereich Tätige und solche, die dies in naher Zukunft planen ohne diese Qualifizierung, sind willkommen und sollen durch strukturierte Fortbildungsangebote die erforderlichen und wünschenswerten Kompetenzen für diesen Versorgungsbereich komplettieren.

---

<sup>6</sup>Strumann C, Emcke T, Flügel K, Steinhäuser J. Regionale Unterschiede zwischen Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten in der hausärztlichen Versorgung. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2020;150-152:88-95

<sup>7</sup> Strumann C, Flügel K, Emcke T, Steinhäuser J. Procedures performed by general practitioners and general internal medicine physicians - a comparison based on routine data from Northern Germany. BMC Fam Pract 2018;19:189

<sup>8</sup> Flügel K, Brandt B, Goetz K, Steinhäuser J. Which procedures are performed by general internists practicing primary care in Germany? - a cross-sectional study. BMC Fam Pract 2020;21:73