

Die Fähigkeit zur professionellen Beziehungsgestaltung ist eine Kernkompetenz allgemeinmedizinischer Expertise

Kommentar zur Diskussion um die Novellierung der Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin

Professional Skill to Establish a (Doctor-Patient) Relationship – a Core Competence of Primary Care Expertise

Commentary to Discuss the Amendment of Vocational Training

Iris Boehmer

Zusammenfassung: Der folgende Text fasst einen Vortrag zusammen, den die Autorin im Rahmen der Psychosomatik AG auf dem Kongress (2012) der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in Rostock gehalten hat. Er beleuchtet die Frage, welche Kompetenzen zur professionellen Beziehungsgestaltung in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin vermittelt werden sollten – vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen im Studium und in der Weiterbildung. Er soll Anregung geben für die Novellierung der Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin.

Schlüsselwörter: Beziehungsorientierung; Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin; Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Allgemeinmedizin; CanMEDS 2005

Summary: The following article is a summary of a presentation by the author at the psychosomatic working group at the congress in Rostock (2012) of the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM). It deals with the question how to enhance professional skills to establish a professional doctor-patient relationship. The text discusses the competences that should be taught in vocational training for family practitioners taking into account the author's experiences during medical school and in vocational training.

Keywords: Physicians Competency Framework; CanMEDS-Family Medicine; Specialist Training in Family Practice: Statement of Aims

Ziel

„Die Arbeitsgrundlagen der Allgemeinmedizin sind eine auf Dauer angelegte Arzt-Patient-Beziehung und die erlebte Anamnese, die auf einer breiten Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung beruhen.“ [1]

Die Fachdefinition der DEGAM benennt die grundlegende Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung für die Allgemeinarztpraxis. Über welche Kom-

petenzen sollten angehende Allgemeinärztinnen und -ärzte verfügen, damit sie das therapeutische Potenzial dieser Beziehungen nutzen können? In diesem Kommentar sollen Anregungen für die Novellierung der Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin gegeben werden, welche beziehungsmedizinischen Kompetenzen in der Weiterbildung parallel zum medizinischen Fachwissen vermittelt werden sollten.

Stand und Defizite der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Der Schwerpunkt des Medizinstudiums und der allgemeinärztlichen Weiterbildung liegt in Deutschland nach wie vor auf der Vermittlung medizinischen Fachwissens. Im Studium werden zunehmend Kurse zur Kommunikationsfähigkeit angeboten. Es fehlen aber An-

gebote, die emotionale und soziale Kompetenz sowie die Fähigkeit zur professionellen Beziehungsgestaltung zu schulen. Veit et al. beschreiben die Konsequenz, dass im traditionellen Medizinstudium emotionale Kompetenz eher behindert und von einer distanzierteren Haltung dem Patienten gegenüber verdrängt wird [2].

Während in der Ausbildung die genannten Mängel zu beklagen sind, ist die verpflichtende Einführung der 80 Stunden psychosomatischer Grundversorgung in die Weiterbildung ein wichtiger Schritt in Richtung Vermittlung von Kompetenzen zur Kommunikationsfähigkeit. Sie kommt aber zumindest nach meiner eigenen Beobachtung im kollegialen Umfeld nach einer langjährigen, auf medizinische Fakten orientierten, die Persönlichkeit prägenden Weiterbildung zu spät und reicht nicht aus, um eine grundsätzliche Haltungsänderung bei Ärztinnen und Ärzten zu bewirken. Zudem sind Beziehungsfähigkeit, emotionale Kompetenz und Reflexion des interpersonellen Prozesses häufig kein praktischer Bestandteil der Kurse. Am ehesten ist ein solcher Prozess der Reflexion der Beziehungsgestaltung und der Emotionen in der Weiterbildung derzeit im Rahmen der Balint-Gruppenarbeit möglich. Voraussetzung hierfür ist, dass diese weiterbildungsbegleitend und nicht als einmalige Blockveranstaltung durchgeführt wird.

Trotz etlicher Bemühungen an den Universitäten, die Studierenden im Umgang mit Patienten zu schulen, gilt in Deutschland an den meisten Kliniken sowie im ambulanten Bereich weiterhin die 1957 von Balint kritisierte Devise: „... dass der Praktiker mit der Zeit aufgrund seiner Erfahrungen und seines gesunden Menschenverstandes, die Kunst der richtigen Dosierung seiner selbst als Medizin schon beherrschen lernen werde.“ [3]

Beispiele für die Notwendigkeit der Fähigkeit zur professionellen Beziehungsgestaltung in der Allgemeinarztpraxis

Dass die oben beschriebene Ausbildung nicht ausreicht, wurde bereits 1991 im *Toronto consensus statement* benannt: Patienten beklagen bei Ärzten meist kein Defizit medizinischen Fachwissens, sondern Kommunikationsprobleme. Die meisten Vorwürfe wegen Behandlungs-

fehlern wurden auf Kommunikationsstörungen und nicht auf mangelndes Fachwissen zurückgeführt. Wesentliche ärztliche Kompetenzen seien deshalb die Fähigkeit zu Kommunikation und Aufbau und Erhalt tragfähiger Arzt-Patient-Beziehungen, die gemeinsam das *health outcome* beeinflussen.[4]

Auch aktuelle Leitlinien betonen die Notwendigkeit beziehungsmedizinischer Kompetenzen: So gilt die Erarbeitung von individuellen Therapiezielen, realistischen Bewältigungsstrategien und die Begleitung von deren Umsetzung im Alltag z.B. in der aktuellen nationalen Versorgungsleitlinie zur Therapieplanung bei Typ-2-Diabetes [5], als notwendig, um Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen angemessen zu unterstützen. Damit dies gelingt, sind Kenntnisse und Fähigkeiten zur Beziehungsgestaltung wichtige Voraussetzungen. Noch deutlicher wird die Bedeutung dieser Fähigkeiten in der hausärztlichen Tätigkeit bei der Behandlung der etwa 20 % Patientinnen und Patienten mit nicht-spezifischen, somatoformen und funktionellen Funktionsstörungen, wie sie die diesbezügliche S3-Leitlinie beschreibt. Hier wird benannt, dass manchmal die einzig notwendige Therapie in einer guten, kontinuierlichen, lang andauernden Behandler-Patient-Beziehung liegt [6].

Eine besondere Herausforderung ergibt sich durch solche Arzt-Patient-Beziehungen, die in der Hausarztpraxis ein ganzes Berufsleben wahren können. Sie sind nicht selten von vielfältigen Überschneidungen im persönlichen, familiären und beruflichen Umfeld des Arztes und des Patienten geprägt. Auf diese Komplexität müssen Allgemeinärztinnen und -ärzte professionell vorbereitet werden. Sie benötigen Fähigkeiten und darüber hinaus einen vertrauensvollen kollegialen Rahmen, um diese Beziehungen zu reflektieren. Sie sind notwendig, um eine professionelle Haltung wahren und die dafür nötige innere Distanz aufbringen zu können. So können Hausärztinnen und -ärzte daran arbeiten, sich und ihre Patientinnen und Patienten vor der Fortsetzung dysfunktionaler Beziehungsmuster innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung zu schützen. Es können Beziehungsabbrüche vermieden und die Möglichkeit heilsamer Beziehungserfahrungen eröffnet werden.

Vorschläge zu den Weiterbildungsinhalten aus Sicht einer beziehungsorientierten Allgemeinmedizin

Zur Etablierung einer angemessenen Repräsentation der Allgemeinmedizin an den Universitäten und im Studium sowie der Zugänglichkeit und Qualität von allgemeinmedizinischer Forschung und Wissen und damit zur diesbezüglichen Qualität der Weiterbildung trägt die DEGAM wesentlich bei. Dabei werden aus meiner Sicht, beziehungsmedizinische Kompetenzen noch nicht ausreichend gewürdigt, obwohl sie in den Zukunftspositionen der DEGAM benannt sind [7]. Hierfür benötigen Allgemeinärztinnen und -ärzte keine psychotherapeutische Ausbildung im Sinne der Richtlinien-Psychotherapie, sondern fachspezifisch angepasste Kenntnisse und Fertigkeiten. Während der gesamten Weiterbildung sollten meiner Meinung nach ein Prozess der Selbstreflexion und der Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung stattfinden. Dazu können unterschiedliche Verfahren wie Supervision, Rollenspiele, Fallbesprechungen oder Balint-Gruppen auch mit Selbsterfahrungsanteilen geeignet sein. Dies ist notwendig zur Wahrnehmung eigener Anteile an der Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung und zur Bewältigung des nicht selten überfordernden emotionalen Erlebens. Die Wahrnehmung von Emotionen und Beziehungsmustern kann auch im hausärztlichen Rahmen therapeutisch hilfreich genutzt werden. Kommunikationstraining und Grundlagenkenntnisse in psychotherapeutischen Techniken unterschiedlicher Schulen sind als Fertigkeiten zum lösungsorientierten Umgang mit den erkannten Schwierigkeiten wichtig. Die Weiterbildung sollte zu erheblichen Teilen von Allgemeinärztinnen und -ärzten durchgeführt werden, die über Erfahrung und Wissen sowohl in den medizinischen als auch in den beziehungs-spezifischen Aspekten der hausärztlichen Praxis verfügen. Ziel sollte ein langfristiger Prozess sein, der eine allgemeinmedizinische Haltung etabliert, die sowohl den beziehungsmedizinischen als auch den medizinisch-naturwissenschaftlichen Anforderungen des Faches gerecht wird.

Konzepte und Anregungen zur Novellierung der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Im Rahmen der aktuellen Diskussion um die Novellierung der Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin wird auch das *Kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin* entwickelt. Seine Erstellung wird koordiniert vom Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg auch unter der Mitarbeit von Mitgliedern der DEGAM und der Jungen Allgemeinmedizin Deutschlands (JADE) [8].

Ich selbst habe mich im Herbst 2011 im Rahmen der Paneltestphase daran beteiligt.

Ziel des *Kompetenzbasierten Curriculums Allgemeinmedizin* ist es, die Kompetenzen zu beschreiben, die Allgemeinärztinnen und -ärzte bis zur Facharztprüfung erlangen sollten. Die aktuell im Praxistest befindliche Version des Curriculums ist in zwei Hauptteilen aufgebaut. Der erste, umfangreichere Teil „Medizinische Expertise“, zählt die in der Allgemeinmedizin häufig auftretenden Beratungsanlässe und Erkrankungen auf. Im zweiten Teil „Kompetenzen nach den CanMEDS-Rollen“ werden sechs Kompetenzbereiche beschrieben, die Allgemeinärztinnen und -ärzte erlernen und beherrschen sollten (Abb.1).

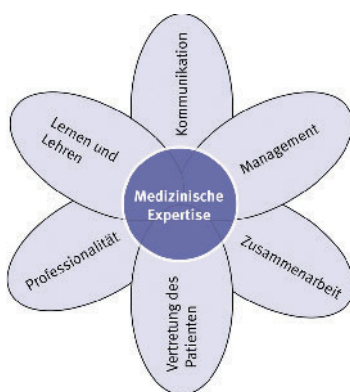
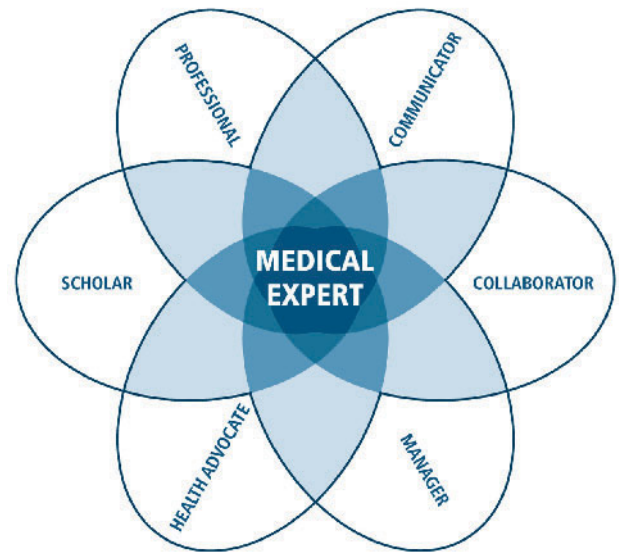


Abbildung 1 Titelbild Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin

Das kanadische *CanMEDS 2005 – Physicians competency framework (CanMEDS)*, auf das sich das Curriculum bezieht, wurde in Kanada ab Anfang der 1990er-Jahre als Lernzielkatalog für alle Fachärztinnen und -ärzte entwickelt

Abbildung 2

Logo des CanMEDS 2005 – Physicians competency framework (© 2009 The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. <http://rcpsc.medical.org/canmeds>. Reproduced with permission)



ROYAL COLLEGE
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA

CANMEDS

und versteht sich als Initiative zur Verbesserung der Patientenversorgung [9].

Es stellt eine geeignete Diskussionsgrundlage dar, um für die Weiterbildungsordnung in Deutschland zu reflektieren, welche Kompetenzen Ärztinnen und Ärzte bis zur Facharztprüfung erworben haben sollten. Das *Kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin* leistet mit ihrer Einführung in die Diskussion einen wesentlichen Beitrag zu deren Weiterentwicklung.

Zwei Gedanken erscheinen allerdings wesentlich, die bei der Novellierung der Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin noch berücksichtigt werden sollten. Erstens ist in den *CanMEDS* die Rolle des *Medical Expert* zentral: „As medical Experts, physicians integrate all of the CanMEDS Roles, applying medical knowledge, clinical skills, procedural skills and professional attitudes, in their provision of patient-centered care“ (Abb. 2). Das Verständnis des medizinischen Experten nach den *CanMEDS* ist das einer Zusammenführung der beschriebenen Rollen mit ihren spezifischen Fähigkeiten. Die medizinische Expertise stellt neben den weiteren Kompetenzen einen Teil dieser Kernkompetenzen dar.

Im *Kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin* fällt diese integrierende Rolle des Medizinischen Experten noch weg. An zentraler Stelle des Curriculums steht stattdessen die *Medizinische Expertise* ergänzt um die sie umge-

benden *soft skills* der anderen Kompetenzen seines zweiten Teils (Abb. 1). Diese Anpassung des Curriculums wurde aktuell aufgrund der auf dem DEGAM Kongress 2010 gewünschten kulturellen Adaption an die tatsächlich in Deutschland bestehenden Verhältnisse durchgeführt. Die medizinische Expertise in dieser naturwissenschaftlichen Definition wird als Zentrum der Allgemeinmedizin den beschriebenen Anforderungen an Allgemeinärztinnen und -ärzten nicht gerecht. Das Konzept des *Medical Expert* symbolisiert die Komplexität und Notwendigkeit einer integrierten Schulung der vielfältigen Kompetenzen von Allgemeinärztinnen und -ärzten während der gesamten Weiterbildung.

Weiterhin gehen die *CanMEDS* ihrer Zielsetzung gemäß nicht auf die sich aus der allgemeinmedizinischen Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung ergebenden Kompetenzen von Allgemeinärztinnen und -ärzten ein. Ich halte spezifisch auf die Allgemeinmedizin ausgearbeitete Curricula für hilfreich und anregend für die Diskussion, welche beziehungsmedizinischen Inhalte bei der Novellierung der Weiterbildungsordnung berücksichtigt werden sollten. Geeignet sind hierfür die vom *College of Family Physicians of Canada* in Anlehnung an die allgemeinen *CanMEDS* entwickelten *CanMEDS-family medicine* [10] einschließlich der *Four principles of family medicine* [11] und das dänischen *Specia-*

Iris Boehmer ...

... ist seit Juni 2013 Fachärztin für Allgemeinmedizin und angestellt in einer Hausarztpraxis in Berlin. Während ihrer Weiterbildung arbeitete sie vier Jahre in der psychosomatischen Rehabilitation und absolvierte eine Psychotherapie-Ausbildung. Sie ist Mitglied der AG Psychosomatik der DEGAM und der AG Weiterbildung der JADE.

list training in general practice: statement of aims [12].

In den vier Grundsätzen der Allgemeinmedizin (*four principles of family medicine*) wird die Arzt-Patient-Beziehung als der Kern der Arbeit des Allgemeinarztes dargestellt [11]. In den *CanMEDS-family medicine* [10] werden professionelle Beziehungsfähigkeit, Selbstreflexion und klinisches Wissen als zentrale Bestandteile allgemeinmedizinischer Expertise benannt. Im dänischen *Specialist training in general practice: statement of aims* wird der Aspekt der Selbstreflexion besonders fokussiert [12]. Es werden die Anteile, die Ärztinnen und Ärzte in die Arzt-Patient-Beziehung einbringen und die Rahmenbedingungen, die ihre Motivation und Interessenkonflikte beeinflussen, reflektiert. Es wird ein Bogen von der Selbstreflexion von Ärztinnen und Ärzten

über die Interaktion in der Arzt-Patient-Beziehung zu einem vor diesem individuellen Hintergrund der Menschen eingebetteten medizinischem Fachwissen geschlagen. „*The difficult consultation thus lies in the space between the physician and the patient – and is not a characteristic of the patient.*“ [12]

Bewertung und Zusammenfassung

Die medizinische Expertise, verstanden als naturwissenschaftlich und im Zentrum der allgemeinmedizinischen Weiterbildung positioniert, wird den komplexen Anforderungen zeitgemäßer Allgemeinmedizin nicht allein gerecht. Wir benötigen eine Weiterbildung, die integriert, praxis- und fallorientiert die vielfältigen Kompetenzen von All-

gemeinärztinnen und -ärzten vermittelt. Die Entscheidung gegen die Aufnahme der beziehungsmedizinischen Kompetenzen in den Kreis der zentralen Kernkompetenzen von Allgemeinärztinnen und -ärzten würde trotz engagiert durchgeführter Weiterbildung ein Defizit entstehen lassen, das erheblich zu berechtigter Unzufriedenheit bei Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten beiträgt. Als wesentliche Kernkompetenz ist deshalb die Schulung der Fähigkeit zur professionellen Beziehungsgestaltung in die Weiterbildung aufzunehmen, um den Anforderungen an die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung für die Allgemeinarztpraxis gerecht zu werden.

Interessenkonflikte: Die Autorin hat in der Panelphase am Kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin mitgearbeitet.

Korrespondenzadresse

Iris Boehmer
FÄ für Allgemeinmedizin
Hausärztliches Zentrum Kamps Berlin
Möllendorffstraße 45
10367 Berlin

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Fachdefinition 2002. <http://www.degam.de/index.php?id=303> (letzter Zugriff am 08.08.2013)
2. Veit I, Huenges B, Köster U, Pieper M, Rusche H. Wie kann der adäquate ärztliche Umgang mit Emotionen im Medizinstudium vermittelt werden? Ein Erfahrungsbericht aus dem Strang „Ärztliche Interaktion“ im Modellstudiengang Medizin der Ruhr-Universität Bochum. *GMS Z Med Ausbild* 2009; 26: Doc30
3. Balint M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta, 1957
4. Simpson M, Buckman R, Stewart M, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303: 1385–1387
5. Nationale VersorgungsLeitlinie Therapieplanung bei Typ-2-Diabetes. Langfassung. Konsultationsfassung Version 1.0, 2012. <http://www.versorgungslinien.de/methodik/nvl-archiv/vorversionen-dm-therapie/nvl-dm-therapie-lang-konsultation.pdf> (letzter Zugriff am 22.07.2013)
6. S3-Leitlinie: Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Langfassung http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0011_S3_Nicht-spezifische_funktionelle_somatoforme_Koerperbeschwerden_2012-04.pdf (letzter Zugriff am 26.06.2013)
7. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hrsg). DEGAM-Zukunftspositionen. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis. Rostock 2012
8. Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin. <http://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/curriculum.shtml> (letzter Zugriff am 08.08.2013)
9. Frank JR (ed.). The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005. http://fhs.mcmaster.ca/pathres/resident_resources/documents/CanMEDS2005_e.pdf (letzter Zugriff am 08.08.13)
10. Tannenbaum D, Konkin J, Parsons E, et al. CanMEDS-family medicine: working group on curriculum review. Mississauga: College of Family Physicians of Canada, 2009. <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Eng.pdf> (letzter Zugriff am 08.08.2013)
11. Four principles of Family Medicine. <http://www.cfpc.ca/principles/> (letzter Zugriff am 24.07.2013)
12. The Danish College of General Practitioners (DSAM). Specialist training in general practice: statement of aims. 2009. http://www.dsam.dk/flx/english/statement_of_aims/ (letzter Zugriff am 08.08.2013)