

Arbeitsdefinition von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ in Deutschland – eine Delphi-Befragung

Abschlussbericht

Düsseldorf 2015

Arbeitsdefinition von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ in Deutschland – eine Delphi-Befragung

Vera Kalitzkus

Koordination / Leitung

Dr. disc. pol. Vera Kalitzkus
Institut für Allgemeinmedizin (*ifam*) Universität Düsseldorf

Wissenschaftliche Mitarbeit

Ann-Birte Koch
Dipl. Soz. Geront. Verena Leve
Dr. med. Achim Mortsiefer
Dipl. Psych. Dr. rer. nat. Michael Pentzek
PD Dr. med. Horst Christian Vollmar (MPH)

Laufzeit

02/2014 – 02/2015

Finanzierung

Aus institutseigenen Mitteln

Kontakt

Dr. Vera Kalitzkus
Institut für Allgemeinmedizin (*ifam*)
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Vera.Kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de
www.familien-medizin.org

Düsseldorf, im August 2015

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Methode.....	3
2.1	Ablauf der Delphi-Befragung.....	4
2.2	Die Zusammenstellung des Delphi-Panels	5
2.3	Zeitlicher Rahmen.....	6
2.4	Durchführung der Delphi-Befragung.....	7
3	Ergebnisse.....	9
3.1	Befragungsrunde 1	9
3.2	Befragungsrunde 2 und Befragungsrunde 3	10
3.3	Auswertung der Freitextantworten aus allen 3 Fragebögen	13
4	Arbeitsdefinition „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“	23
4.1	Arbeitsdefinition „Familien in der Hausarztpraxis“	23
4.2	Weitere Charakteristika und Aspekte der Umsetzung von „Familienmedizin in der hausärztlichen Praxis“	25
5	Diskussion.....	27
5.1	Die „Familie“ als Ausgangspunkt von Familienmedizin in Hausarztpraxis.....	28
5.2	Definition und Umfang von Familienmedizin in der Hausarztpraxis.....	29
5.3	Spannungsfeld von Familienmedizin zur Allgemeinmedizin	30
6	Danksagung	31
7	Literatur.....	31
	Anhang/Material	32

1 Einleitung

Die Familienmedizin ist von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) als eine von 14 grundlegenden Zukunftspositionen explizit benannt: „Familienmedizin ist eine wichtige Aufgabe in der hausärztlichen Versorgung“. (DEGAM 2012: 7). In ihrer Definition von Allgemeinmedizin beschreibt sie als haus- und familienärztliche Funktion „*insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuch)*“.¹ Familienmedizinische Aspekte sind demnach integraler Bestandteil der Allgemeinmedizin. So kommt es auch im Sozialgesetzbuch zum Ausdruck, in dem die hausärztliche Versorgung als Bereich der vertragsärztlichen Versorgung enthalten ist und insbesondere „die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes“ (§ 73 SGB V Abs. 1) beinhaltet. Was genau unter hausärztlicher Familienmedizin und ihrer Umsetzung in der Praxis zu verstehen ist, darüber gibt es unterschiedliche Auffassungen. Ebenso sind Inhalte und Zuständigkeitsbereich von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ sowie ihre Abgrenzung gegenüber angrenzenden Disziplinen nicht geklärt.

Der Forschungsschwerpunkt „Familienmedizin“ am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf (*ifam*) hat sich die Aufgabe gestellt, eine Arbeitsdefinition von Familienmedizin in der Hausarztpraxis zu erarbeiten. Im Februar 2014 wurde dafür eine Delphi-Befragung initiiert, um mit Expertinnen und Experten aus dem Fach Allgemeinmedizin sowie angrenzenden Fachdisziplinen gemeinsam eine solche Arbeitsdefinition systematisch zu entwickeln und die Grenzen und Inhalte von Familienmedizin in der Hausarztpraxis auszuloten. Damit wird dem Beschluss einer Arbeitsgruppe „Forschung in der Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung“ gefolgt, die sich bei der jährlichen Tagung der DEGAM und den alle zwei Jahre stattfindenden Kongressen „Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft“ trifft.

Diese Arbeitsdefinition soll für die kommenden Jahre als gemeinsamer Ausgangspunkt für Theoriebildung und Praxisforschung zu „Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung“ dienen. Die Arbeitsdefinition gilt es in einigen Jahren vor dem Hintergrund der dann vorliegenden Forschungsergebnisse zu diesem Bereich hinsichtlich Stimmigkeit und Praxistauglichkeit zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten.

2 Methode

Das Verfahren der Delphi-Befragung wird mittlerweile in den unterschiedlichsten Kontexten und Ausprägungen angewandt (Adler 1996, Häder 2009, Häder/Häder 2000, Landeta 2006), auch in den Gesundheitswissenschaften (Jones, Hunter 1995), prominentes und einflussreiches Beispiel aus jüngster Zeit ist die Erarbeitung der Priscus-Liste zur potenziell inadäquaten Medikation für ältere Menschen (Holt et al. 2010). Ursprünglich für die Vorhersage zukünftiger Trends und gesellschaftlicher Entwicklungen gedacht, lassen die Spezifika dieser Methode sie auch für das vorliegende Vorhaben, das Hypothesengenerierung und Konsensbildung zum Ziel hat, sinnvoll erscheinen.

¹ (<http://www.degam.de/index.php?id=303>, acc. 27.01.2014).

„Die Technik erlaubt die systematische Erarbeitung eines komplexen Problems durch ExpertInnen, die sich gegenseitig von Runde zu Runde mit zusätzlichen Informationen versorgen. Empfehlungen können somit auf der Grundlage breiterer Informationsbasis erarbeitet werden.“ (Steyaert et al. 2006)

Auf diese Weise lässt sich eine Gruppe von Expertinnen und Experten befragen, die in Ruhe das Thema reflektieren und ihre Perspektive ohne Hierarchie-, Gruppen-, oder Konkurrenzdruck formulieren kann (s.a. Mullen 2003). Von zusätzlichem Vorteil ist die Vermeidung der Organisation und Abstimmung der Teilnehmenden für ein Treffen (wie es beispielsweise bei der Durchführung einer Gruppendiskussion notwendig wäre), was – wie im vorliegenden Projekt – bei bundesweiter Herkunft der Teilnehmenden sowie ihren vielfältigen Verpflichtungen (ärztliche Versorgung, universitäre Arbeit, Gremienarbeit) äußerst schwer durchzuführen wäre. Die vorliegende Untersuchung kommt dem von Häder beschriebenen Typ 1 – Qualitative Delphi-Befragung – nahe, bei der es um „die Aggregation von Ideen, ohne diese einer quantifizierenden Bewertung zu unterziehen“ geht (Häder 2009: 100).

Bei aller Vielfalt sind für eine Delphi-Befragung charakteristisch a) die Anonymität der Teilnehmenden untereinander (hilft Gruppendruck und hierarchische Einflussfaktoren zu minimieren), und b) mehrere Feedback-Schleifen in der Befragung zur Bewertung und zur Konsensfindung durch die Expertinnen und Experten im Panel. Beides erscheint für die oben skizzierte Fragestellung hilfreich und wurde eingesetzt. Die wesentlichen Kernelemente eines Delphi-Verfahrens (vgl. Linston/Turoff 1975) wurden ebenfalls beachtet, nämlich:

- Einsatz eines formalisierten Fragebogens
- Befragung von Expertinnen und Experten aus dem Feld
- Ermittlung einer Gruppenantwort / Konsensbildung über (mehrfache) Befragungsrunde
- Information der Teilnehmenden über die Gruppenantwort (*feedback*).

2.1 Ablauf der Delphi-Befragung

Die Befragung erfolgte in *drei Runden*: die Expertinnen und Experten, die auf unser Anschreiben (vgl. Anhang 1) positiv reagierten erhielten einen *explorativen Fragebogen* mit Freitext-Antwortmöglichkeiten. Die Anonymität der Teilnehmenden untereinander blieb während des Prozesses gewahrt. Der Koordinatorin der Befragung waren sie aus forschungslogistischen Gründen bekannt. Die Fragebögen wurden per Email versandt, konnten direkt in einem Word-Formular ausgefüllt und per Mail oder auf einem Ausdruck beantwortet und per Post zurückgesandt werden. Ziel war, ein möglichst breites Spektrum an Aspekten für eine Arbeitsdefinition „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ zu bekommen. In der *nächsten Runde* wurde den Teilnehmenden ein *zweiter Fragebogen* zugeschickt, bestehend aus einem Kondensat aus den Antworten des ersten Fragebogens. Der zweite Fragebogen bestand primär aus Items zum Ankreuzen der Zustimmung bzw. Ablehnung der genannten Aspekte, eine Freitext-Antwortmöglichkeit zum Ende des Fragebogens bot Raum für ergänzende Anmerkungen der Teilnehmenden. In der *dritten und letzten Runde* wurden den Teilnehmenden die konsentierten Ergebnisse aus Runde 2 vorgelegt und Items, zu denen noch kein Konsens vorlag, erneut zur Abstimmung in *Fragebogen 3* vorgelegt. Wurden die Fragebögen nicht rechtzeitig zurückgesandt,

erfolgte per Email eine Erinnerung. (vgl. Abbildung 1) Die Arbeitsdefinition (vgl. Kap.4) besteht aus den in Fragebogen 2 und Fragebogen 3 konsentierten Items.

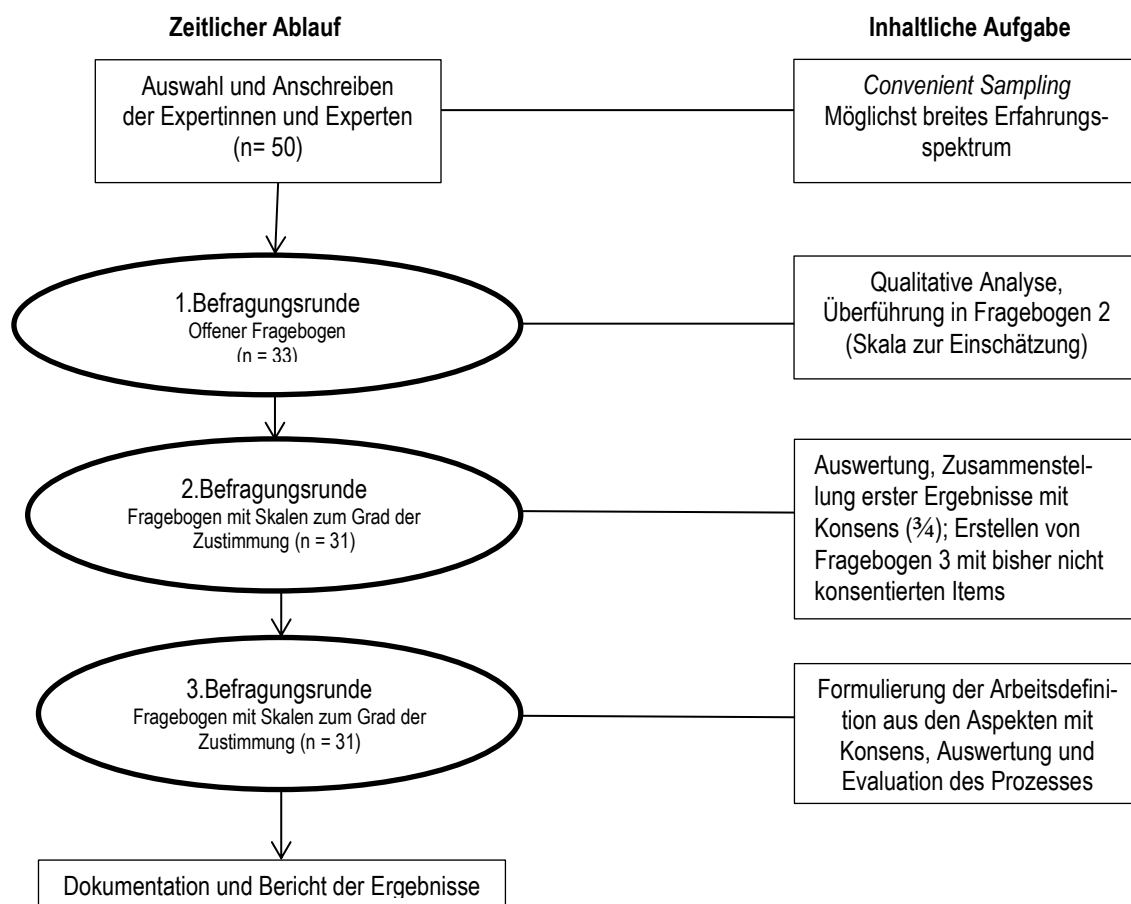


Abbildung 1: Studiendesign (Darstellung in Anlehnung an Vollmar et al. 2007)

2.2 Die Zusammenstellung des Delphi-Panels

Über die Panelgröße einer Delphi-Befragung findet sich in der Literatur keine übereinstimmende Empfehlung. Für eine qualitative Delphi-Befragung ist jedoch eine kleinere Anzahl an Teilnehmenden genügend, die aber ein ausreichendes Meinungs- und Erfahrungsspektrum abdecken sollten.² Als Experte/Expertin wird jemand mit profunder Erfahrung auf einem bestimmten Gebiet bezeichnet. Für die vorliegende Fragestellung verstanden wir darunter: Erfahrung mit und Interesse an Familienmedizin in der Hausarztpraxis, und/oder Erfahrung in akademischer Auseinandersetzung mit Allgemeinmedizin, und/oder eigene hausärztliche Praxis, Erfahrung mit Familienmedizin/Familientherapie in angrenzenden Fachdisziplinen.

Für unsere Fragestellung wichtig war eine größtmögliche Perspektiven- und Expertisen-Vielfalt. Es sollte sowohl der Bezug zur täglichen hausärztlichen Praxis vertreten sein, der Bezug zur Forschung wie auch der Bezug zu berufspolitischen Aspekten (Experte/Expertin als Repräsentant sei-

² Die Zahlen reichen von unter 10 bis über 30 Teilnehmenden, bei quantitativen Erhebungen auch deutlich höher (vgl. Häder 2009: 95-96; Hasson et al. 2010: 1010).

ner/ihrer Gruppe; im vorliegenden Fall DEGAM, Institut für hausärztliche Fortbildung, Verein für medizinische Fachberufe e.V.). Dabei reicht es aus, wenn eine Perspektive jeweils, wenn auch nur mit einer Person, vertreten ist. Die Befragung beschränkte sich auf Deutschland.

Entsprechend der genannten Kriterien (*purposive* und *convenient sampling*-Ansatz) wurden 50 Personen kontaktiert, die den oben genannten Kriterien entsprachen (bekannt über entsprechende Veröffentlichungen oder persönliches Kennen) und um Beteiligung an der Studie gebeten. 33 Personen (16 Männer) nahmen an der *ersten Befragungsrunde* teil. Die Zusammensetzung der Gruppe dieser 33 Personen entsprach den von uns gewünschten Kriterien/Mischung (vgl. Tabelle 1). Ein Follow-up der Non-responder fand deshalb nicht statt. (Zur Definition von Experten und Auswahlkriterien für ein Panel siehe auch Baker et al. 2006.)

Zusammensetzung des Delphi-Panels:	<i>n</i> = 33 (16 Männer)
<i>Hier sind Mehrfachnennungen enthalten!</i>	
• Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin:	26
• Hausärztlich niedergelassen	24
• Medizinische Fachangestellte	2
• Universitätsmitarbeiter/in	17
• auf professoraler Ebene	8
• Angrenzende Disziplinen (Psychotherapie, Sozialpädagogik, Familientherapie, Pädiatrie, Gesundheitswissenschaften, Public Health, Medizinsoziologie	7

Tabelle 1: Zusammensetzung des Delphi-Panels

In der Selbsteinschätzung zur praktischen Ausübung von Familienmedizin gaben 16 der Expertinnen und Experten an, über eher viel bis sehr viel Erfahrung im städtischen Umfeld, und 15 über eher viel bis sehr viel Erfahrung in einem ländlichen Umfeld zu verfügen. Erfahrung in der theoretischen/wissenschaftlichen Beschäftigung mit Familienmedizin gaben 17 der Teilnehmenden an. Dies ergibt die gewünschte Mischung im Panel von sowohl praktischer Erfahrung wie theoretischer Auseinandersetzung mit dem Thema.

An der *zweiten und dritten Befragungsrunde* beteiligten sich je 31 Expertinnen und Experten aus der ersten Runde (>90%, 15 Männer). Die in der Literatur als Rücklaufwert empfohlenen 70% wurden damit mehr als erreicht (vgl. Hason et al. 2000).

2.3 Zeitlicher Rahmen

Die Studie wurde innerhalb eines guten Jahres durchgeführt. Die Phasen der Erhebung im Einzelnen:

1.	Vorbereitung des Delphi-Prozesses ³	Januar/Februar 2014
2.	Anfrage mit Bitte um Teilnahme	Ende Februar / Anfang März 2014
3.	<i>Erste Befragungsrunde</i>	März – Mai 2014
4.	Auswertung der Antworten erste Befragung	Mai – Juli 2014
5.	<i>Zweite Befragungsrunde</i>	August/September 2014
6.	Auswertung der Antworten zweite Befragung	Oktober/November 2014
7.	<i>Dritte Befragungsrunde</i>	Dezember/Januar 2014

³ Allgemeine Vorbereitung, Zusammensetzung des Panels, Adressen/Email der Teilnehmenden, Vorbereitung der begleitenden Texte / Erstellen des ersten Fragebogens.

- | | | |
|----|---|--------------|
| 8. | Auswertung der Antworten dritte Befragung | Januar 2015 |
| 9. | Zusammenstellung der Ergebnisse / Bericht | Februar 2015 |

2.4 Durchführung der Delphi-Befragung⁴

Ausschlaggebend für die Initiierung dieser Befragung waren die Divergenzen und das sehr unterschiedliche Verständnis von Familienmedizin, das sich in von uns seit 2009 durchgeführten Workshops und Diskussionsgruppen zum Thema „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ zeigte. Die Fragen „Was verstehen wir eigentlich unter Familienmedizin?“ wurde in diesen Kontexten immer wieder gestellt. Für manche ist Familienmedizin „die Behandlung mehrerer Familienmitglieder in ein und derselben Hausarztpraxis“, für andere bedeutet es bereits „das Mitdenken der Familie und wie sie in das Krankheitsgeschehen mit hineinwirkt, ohne dass Angehörige anwesend sind oder selbst behandelt werden.“ In Anlehnung an die von der DEGAM verfassten Fachdefinition Allgemeinmedizin war es das Ziel, die verschiedenen Dimensionen spezifisch für die Familienmedizin mit Inhalt zu füllen: 1) Aufgabe, 2) Arbeitsweise, 3) Kernkompetenzen.

Aus den oben genannten Diskussionen und über Recherche der Fachliteratur sowie eigener Expertise wurden Themen und Dimensionen für eine Definition hausärztlicher Familienmedizin zusammengestellt. Bei der Fragebogenerstellung berücksichtigten wir die Hinweise zur Fragebogenerstellung von Porst (2008). Die Fragebögen wurden einem Pre-Test unterzogen (vier Personen mit je unterschiedlichen Varianten des Fragebogens) und in der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Familienmedizin“ des *ifam* weiterentwickelt (Allgemeinmedizin, Gesundheitswissenschaft, Gerontologie, Psychologie, Ethnologie).

2.4.1 Befragungsrunde 1

Der *Fragebogen der ersten Runde* wurde bewusst mit vielen offenen Fragen gestaltet, um Begrenzungen und Schwerpunktsetzungen durch den Fragebogen selbst in den Antworten zu vermeiden (vgl. Anhang 2). Zusätzlich wurden in diesem ersten Fragebogen Fragen nach der eigenen Kompetenz und konkreten Erfahrung mit Familienmedizin gestellt. Der erste Fragebogen besteht aus sechs Bereichen mit 22 Fragen (Fragen zum soziodemographischen Hintergrund der Teilnehmenden nicht mitgezählt). Bis Mai 2014 waren 33 Fragebögen zurückgesandt worden. Die Antworten in den Freitextfeldern ergaben insgesamt Material von 38 Seiten. Neben kurzen und prägnanten Antworten fanden sich auch viele Fallbeispiele und persönliche Erfahrungen aus dem Bereich Familienmedizin. Die Kondensierung des Materials (Zusammenfassung, Analyse) stellte sich dadurch komplexer dar als erwartet.

Entsprechend gestaltete sich die Itemsammlung und -formulierung für den *zweiten Fragebogen* aufwändig, eine Erfahrung, die von sequenziellen Mixed-Methods-Studien geteilt wird (vgl. Pentzek 2012). Zur Erstellung der Fragebögen und zur Auswertung fanden Sitzungen der oben genannten interdisziplinären Arbeitsgruppe am *ifam* statt, in der auch Expertise aus dem Bereich der Fragebogenkonstruktion vorhanden ist. Es wurde entschieden, sich von den sprachlichen Besonderheiten der Antworten aus dem ersten Fragebogen zu lösen. Das reichhaltige Material der Antworten sollte aber

⁴ Vgl. Abbildung 1

zu einem späteren Zeitpunkt zur Illustration und weiterem Austausch unter den Experten und Expertinnen genutzt werden. Für den zweiten Fragebogen wurden primär die Aspekte aus den Antworten ausgewählt, die die Familienmedizin in ihrem *spezifischen Aufgabenbereich innerhalb der Allgemeinmedizin* auszeichnen, nicht jedoch die Allgemeinmedizin selbst in ihrer Spezifik innerhalb des Kanons der weiteren medizinischen Fachdisziplinen. Im Konsens der interdisziplinären Arbeitsgruppe wurde entschieden, Items nicht aufzunehmen, so sie sich allgemein auf gutes Arztsein bzw. die Allgemeinmedizin bezogen und nicht zur Schärfung des Profils „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ *innerhalb* der Allgemeinmedizin beitragen. Aufgrund der engen Verwobenheit von Allgemeinmedizin und Familienmedizin zeigten sich dennoch Überlappungen beider Bereiche. Es wurden auch Items ausgeschlossen, die in sich nicht logisch schlüssig bzw. von ihrem Inhalt her nicht nachvollziehbar waren. Aus dem so kondensierten Material wurden die Items für den zweiten Fragebogen in der interdisziplinären Arbeitsgruppe gebildet. Der Auswertungsprozess wurde entsprechend dokumentiert (vgl. Kap. 3).

2.4.2 Befragungsrunde 2

Im August 2014 begann die *zweite Befragungsrunde* mit *Fragebogen 2* (siehe Anhang 3). Der zweite Fragebogen umfasste fünf Fragenbereiche mit insgesamt 35 Fragen (195 Items). Ein Freitextfeld am Ende des Fragebogens ermöglichte es den Teilnehmenden Rückmeldung zu geben, ob sie Aspekte vermissten bzw. dringend eingeschlossen sehen wollten. Fragebogen 2 enthielt Fragen mit drei unterschiedlichen Antworttypen: Zur Abfrage einzelner Items, deren Aufnahme in die Arbeitsdefinition von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ zugestimmt oder abgelehnt werden kann, wurde als Antwortoption ein Kästchen zum Ankreuzen bei Zustimmung gegeben. Um das Profil von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ weiter zu schärfen gab es Fragen, bei denen sich die Teilnehmenden für die für sie drei wichtigsten Aspekte entscheiden sollen. Bei komplexeren Items oder ausformulierten Thesen sollten die Teilnehmenden den Grad ihrer Zustimmung auf einer 4er-Likertskala von „Stimme gar nicht zu“ bis „Stimme voll und ganz zu“ ankreuzen.

Bei einem Delphi-Verfahren, das wie im vorliegenden Fall eine Konsensfindung zum Ziel hat, sollte vorab bestimmt werden, was als Konsens gilt. Als *Konsens* für die Aufnahme eines Items wurde die Zustimmung von 75% bzw. $\frac{3}{4}$ der Teilnehmenden definiert.⁵ Hierzu wurden jeweils die beiden zustimmenden bzw. ablehnenden Aspekte auf der Antwortskala zusammengefasst. Filterfragen wurden nicht von allen Teilnehmenden beantwortet. Entsprechend wurde hier für den Konsens $\frac{3}{4}$ der jeweils Antwortenden zugrunde gelegt. Aussagen, die knapp unter die vordefinierte Grenze fielen, sollten in der interdisziplinären Arbeitsgruppe diskutiert und nur aufgenommen werden, so es inhaltlich sinnvoll erschien. Bei den beiden Auswahlfragen („Kreuzen Sie die für Sie wichtigsten drei [3!] an“) wurden die drei Items mit der höchsten Antwortzahl eingeschlossen (in zwei Fällen vier Items, da zwei Items mit gleicher bzw. nur um eine Stimme unterschiedlichen Antwortzahl bewertet wurden).

⁵ In der Literatur werden Werte von 51% bis 80% als Konsens angegeben (Vgl. Hasson et al. 2000, Diamond et al. 2014).

2.4.3 Befragungsrunde 3 (Konsentierung der Arbeitsdefinition)

Bereits nach der Auswertung der zweiten Befragungsrunde zeigten sich Bereiche für eine Arbeitsdefinition „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“, über die sich die Teilnehmenden der Befragung überwiegend einig waren (Zustimmung von mehr als $\frac{3}{4}$). Diese wurden in einer ersten Ergebnisdatei zusammengefasst und den Teilnehmenden rückgemeldet. Die Items aus Runde 2, die sich Filterfragen anschlossen, wurden (so sie von den darauf Antwortenden $\frac{3}{4}$ Zustimmung erhalten hatten), im dritten und letzten Fragebogen erneut zur Abstimmung vorgelegt. Dieser besteht aus der erneuten Abfrage von 57 Items und einer offenen Frage am Ende. Als Konsens galt auch hier der Wert von $\frac{3}{4}$ der Zustimmung der Teilnehmenden.

Alle Items, die in der zweiten und dritten Befragungsrunde von $\frac{3}{4}$ oder mehr Teilnehmenden Zustimmung fanden, wurden in die „Arbeitsdefinition Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ als Ergebnis dieser Delphi-Befragung aufgenommen. Die Formulierungen aus den Fragebögen wurden beibehalten. Es ist zu betonen, dass alle Aspekte in dieser „Arbeitsdefinition“ aus dem Antwortmaterial der Expertinnen und Experten selbst generiert wurden. Von Seiten der Studiengruppe wurden keine Aspekte hinzugefügt. Wir haben das Material so sortiert, dass es in Teil 1 eine prägnante Kerndefinition gibt, der ein zweiter Teil mit weiterführenden Erläuterungen und Einschätzungen der Studienteilnehmenden folgt – etwa zu notwendig erachteten Fortbildungsangeboten oder Nutzen und Risiken von Familienmedizin (vgl. Kap. 4).

3 Ergebnisse

In Abschnitt 2.4 wurden die einzelnen Schritte der Datenanalyse bereits dargelegt. Die folgenden Absätze sollen Einblick in das reichhaltige Material geben: Zum einen Erläuterungen dazu, was unter ausgewählten Items aus den Antworten der Teilnehmenden zusammengefasst wurde, um den Analyseprozess transparent darzulegen; zum anderen auch Erfahrungssplitter mit und Beispiele von Familienmedizin, die einen phänomenologischen Eindruck von Familienmedizin aus Sicht der teilnehmenden Expertinnen und Experten geben.

3.1 Befragungsrunde 1

Bis auf die Erfragung von Daten zum persönlichen und fachlichen Hintergrund der Teilnehmenden (Profession, Niederlassung, Erfahrung mit Familienmedizin) besteht der erste Fragebogen primär aus Fragen mit Freitextantworten zu sechs Bereichen mit 22 Fragen (vgl. Anhang 2):

- 0) Familienmedizin – Ihre Definition
- 1) Aufgaben der Familienmedizin in der Hausarztpraxis
- 2) Arbeitsweise von Familienmedizin in der Hausarztpraxis
- 3) Kernkompetenzen für Familienmedizin in der Hausarztpraxis
- 4) Nutzen und Risiken von Familienmedizin in der Primärversorgung der Bevölkerung
- 5) Was Sie noch mitteilen möchten...

Zu Beginn des Fragebogens steht die Frage nach der spontanen Alltagsdefinition von Familienmedizin der Teilnehmenden: „Wie würden Sie in wenigen Sätzen oder Stichworten definieren, was für Sie der Begriff „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ bedeutet? Uns ist Ihre spontane Antwort besonders wichtig.“ Damit sollte Material erhoben werden, das unabhängig auch von unserer Vorstrukturierung

der Themenbereiche ab Frage 1 ist. Die weiteren Fragen sollen die einzelnen Dimensionen einer Definition systematisch erfassen. Das birgt die Gefahr, dass manche Aspekte als Wiederholung vorkommen. Nichtsdestotrotz wurde dieser Weg beschritten, um umfassendes und differenziertes Material zur weiteren Arbeit an der Definition „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ zu erlangen.

Die Antworten der Teilnehmenden ergaben Material von 38 Seiten und zeigten ein komplexes Bild, was unter hausärztlicher Familienmedizin und ihrer Umsetzung in der Praxis zu verstehen ist. Wir haben die Antworten inhaltlich zusammengefasst, analysiert und daraus ein *Kondensat* entworfen – der Fragebogen 2 dieser Delphi-Befragung. Ausführliche Anmerkungen und Kommentare der Teilnehmenden wie auch Fallschilderungen aus der hausärztlichen Praxis sind darin nicht enthalten.

3.1.1 Nähere Erläuterungen zu ausgewählten Aspekten

Viele Aspekte in den Antworten der Teilnehmenden zeichnen ein differenziertes Bild von Aufgabe, Inhalt und Umsetzung von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“. Damit dieses Material nicht in dem knappen Kondensat von Fragebogen 2 verloren geht, wurden ausgewählte Aspekte und Textpassagen zusammengestellt, die unter bestimmten Items zusammengefasst worden waren und in denen die Komplexität von Familienmedizin besonders deutlich wird. Die Äußerungen geben den Originalwortlaut aus den Antworten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wieder. Das Material wurde den Teilnehmenden als zusätzliche Information mit dem Fragebogen 2 zugesandt und ist diesem Bericht im Anhang beigelegt (vgl. Anhang 4).

3.1.2 Diskussion zu Fragebogen 1

Es wurden in den Antworten aus dem ersten Fragebogen der Delphi-Befragung viele Aspekte genannt, die auch zentraler Bestandteil von Allgemeinmedizin sind. Diese Aspekte wurden entsprechend für die Erstellung von Fragebogen 2 im Konsens der interdisziplinären Arbeitsgruppe herausgefiltert. Es sollte der Gefahr vorgebaut werden, die Familienmedizin als die „bessere“ Allgemeinmedizin zu konstruieren. Die Freitextantworten mit Fallschilderungen der Expertinnen und Experten, die in Kapitel 3.3 dargelegt werden, zeigen deutlich die Verwobenheit von Gesundheit, Krankheit, Familie und Gesellschaft. Sie verweisen auf die Brisanz sozialer und gesellschaftlicher Themen, die sich als Belastung in den Familien auch gesundheitlich niederschlagen (Stichwort: „Armut macht krank“). Sie verdeutlichen auch das breite Spektrum dessen, was Hausärztinnen und Hausärzte tagtäglich in ihrer Praxis umsetzen. Vieles davon geht über den eng definierten Rahmen von „medizinischer Versorgung“ hinaus und berührt den psychosozialen Bereich und Aspekte der Lebensführung/Lebensbewältigung.

3.2 Befragungsrunde 2 und Befragungsrunde 3

Für die zweite Befragungsrunde galt es, das umfassende Material der Antworten aus Fragebogen 1 in einen Fragebogen zu überführen, der a) sich möglichst eng an den Formulierungen der Teilnehmenden orientiert, aber dennoch gut verständlich und eindeutig formuliert ist und b) trotz allem eine handhabbare Länge aufweist ohne in der ersten Befragungsrunde genannte Aspekte auszulassen.

3.2.1 Konstruktion von Fragebogen 2

Bei der Konstruktion des Fragebogens für die zweite Befragungsrunde wurde in den Fragen explizit auf die Unterscheidung von *Familienmedizin in der Hausarztpraxis* versus *Allgemeinmedizin* generell hingewiesen, um – wie bereits erwähnt – das Profil von Familienmedizin weiter zu schärfen. Letztlich entstand daraus ein Fragebogen, der fünf Fragenbereiche mit insgesamt 35 Fragen (195 Items) umfasst (siehe Anhang 3). Der Umfang des zweiten Fragebogens macht deutlich, wie komplex das Feld „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ ist. In den zweiten Fragebogen flossen nur Items ein, die in der ersten Runde von den Teilnehmenden genannt wurden. Von Seiten des Forschungsteams wurden *keine Ergänzungen* vorgenommen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Aspekte im zweiten Fragebogen kein Abbild dessen sind, was tatsächlich praktiziert wird, sondern was dem Verständnis der Expertinnen und Experten nach unter „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ zu verstehen ist bzw. was sie sein sollte.

3.2.2 Inhaltliche Diskussion von ausgewählten Ergebnissen aus Fragebogen 2

Das vollständige Ergebnis der Auszählung aller Antworten von Fragebogen 2 und Fragebogen 3 ist im Anhang dargestellt (vgl. Anhang 6 und Anhang 7). Viele Items zeigten bereits in der Auswertung des zweiten Fragebogens einen Konsens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von $\frac{3}{4}$ und mehr Zustimmung und wurde dem Panel – wie bereits erwähnt – in einer Zusammenstellung rückgespiegelt.

Einige Items fielen bereits nach der zweiten Befragungsrunde heraus, da deutlich unter $\frac{3}{4}$ der Teilnehmenden zugestimmt hatten. Die inhaltliche Spezifik dieser Aspekte soll im Abschnitt 3.2.3 gemeinsam mit den Items diskutiert werden, die in der dritten Befragungsrunde endgültig ausgeschieden waren.

Auffällig war das Antwortverhalten auf die Fragen, die das *Verhältnis von Familienmedizin zur Allgemeinmedizin* berührten und zu dessen Klärung formuliert wurden. Im Kern lassen sich hierzu zwei unterschiedliche Auffassungen erkennen:

- a) Familienmedizin ist intrinsischer Bestandteil von Allgemeinmedizin und kann bzw. sollte deshalb nicht in ihrer Spezifik hervorgehoben werden. Vielmehr muss es darum gehen, die familienmedizinischen Aspekte innerhalb der Allgemeinmedizin insgesamt zu stärken.
- b) Familienmedizin ist Teil der Allgemeinmedizin. Sie hat jedoch gegenüber der Allgemeinmedizin spezifische Aufgaben, die wiederum spezifische Herangehensweisen notwendig machen. Es ist deshalb sinnvoll, zugrundeliegende theoretische Modelle, notwendige Kompetenzen und Arbeitsweisen und Methoden, die sie gegenüber der Allgemeinmedizin auszeichnen, zu benennen.

Hier teilt sich die Einschätzung der Teilnehmenden in zwei Lager: $\frac{2}{3}$ befürworten die Hervorhebung der Familienmedizin gegenüber der Allgemeinmedizin, $\frac{1}{3}$ möchte sie als intrinsischen Teil von Allgemeinmedizin sehen, der nicht gesondert hervorgehoben werden soll. Die entsprechenden Fragen aus dem Fragebogen der Runde 2 im Einzelnen:

Die Familienmedizin in der Hausarztpraxis hat Arbeitsweisen und Methoden, die über das in der Allgemeinmedizin Praktizierte zu ihrer Umsetzung charakteristisch und hilfreich sind.

[20 Stimmen dafür, 11 Stimmen dagegen]

Familienmedizin in der Hausarztpraxis ist, über die in der Allgemeinmedizin notwendige Kooperation hinausgehend, besonders angewiesen auf die Kooperation mit anderen medizinischen Fachdisziplinen und Akteuren im Gesundheitssystem.

[20 Stimmen dafür, 11 Stimmen dagegen]

Familienmedizin in der Hausarztpraxis erfordert über die Allgemeinmedizin hinaus eine spezifische ärztliche Haltung.

[17 dafür, 10 dagegen]

Obwohl diese Aussagen keinen Konsens im Sinne einer $\frac{3}{4}$ -Zustimmung des Panels (n=23) erlangten, wurden sie nach Beschluss der interdisziplinären Arbeitsgruppe in Fragebogen 3 nicht erneut einzeln abgefragt. Stattdessen wurde die mehrheitlich gewählte Formulierung als Frage aufgenommen, der dann von allen Teilnehmenden entsprechend ihrer Einschätzung zugestimmt oder abgelehnt werden konnte (siehe Anhang 5).

Items aus Fragebogen 2, die auf Filterfragen folgten und entsprechend nur von einem Teil der Teilnehmenden beantwortet wurde, wurden bei $\frac{3}{4}$ -Mehrheit in den Antworten dem gesamten Panel in Fragebogen 3 erneut zur Abstimmung vorgelegt (siehe Abschnitt 2.4). Items ohne $\frac{3}{4}$ -Mehrheit aller auf diese Frage Antwortenden wurden ausgeschlossen.

3.2.3 Ausgewählte Items aus Fragebogen 2 und Fragebogen 3 ohne Mehrheit des Panels

In der Auswertung der Antworten aus der Befragungsrunde 2 und Befragungsrunde 3 fiel auf, dass folgende Aspekte mehrheitlich keine Zustimmung bekamen, obwohl sie geradezu explizit familien-spezifische bzw. für die Umsetzung von Familienmedizin in der Hausarztpraxis relevante Aspekte zu enthalten scheinen. Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe hatte sich dazu entschlossen, diese Auffälligkeiten in den Antworten des Panels aus Runde 2 erst nach Beendigung der Befragung herauszustellen und nach den Hintergründen zu fragen, um das Antwortverhalten mit einer Interpretation nicht zu beeinflussen. Es handelt sich um folgende Items.

Die Familienmedizin auszeichnende Herangehensweisen:

- Persönliche Kenntnis und Erleben von Familienmitgliedern (n=22)

Zu den Kernaufgaben von Familienmedizin in der Hausarztpraxis gehören:

- Stärkung/Begleitung im Familienzyklus (n=21)

Charakteristische Arbeitsweisen und Methoden von Familienmedizin in der Hausarztpraxis

- Fremdanamnese (mit Einverständnis des Patienten/der Patientin) (n=22)
- Professionelle Dokumentation der familiären Beziehungen (z.B. in elektronischer Patientenakte) (n=19)
- Genogramm (Erstellung und Analyse) (n=11)
- Instrumente der Familiendiagnostik (z.B. Fragebögen aus der Familientherapie FIB, FT, SFB) (n=11)
- Familiäre Konfliktklärung (n=19)
- Konsultation mehrerer Familienmitglieder gleichzeitig (n=20)
- Paar-/Familiengespräche (Paarberatung)* (n=14)
- Partnerberatung (nur mit Einverständnis des Patienten/der Patientin) (n=22)
- Familienkonferenzen (n=11)
- Methoden aus der Systemischen Familientherapie* (n=13)
- Einbezug des Praxisteam (Teamgespräche über die Familie; Kenntnisse der MFA aufgrund ihres Zugangs zu Patient/Patientin und ggf. ihres lokalen Bezugs.) (n=19)

Form von Kooperation

- Interdisziplinarität (z.B. Vernetzung im Stadtteil, Erfahrungsaustausch mit Familienberatung) (n=22)

Kooperation mit folgenden medizinischen Fachdisziplinen und Einrichtungen

- Gynäkologie (n=2)
- Andrologie (n=0)
- Pädiatrie (n=5)
- Geriatrie (n=7)
- Systemische Familientherapie (n=6)
- Institutsambulanzen der psychiatrischen Klinik (n=3)
- Klinik der Psychosomatik (n=2)
- Reha-Einrichtungen (n=4)
- Hebammen (n=5) [Frage 3.7 – Kooperation mit Gesundheitsdiensten]

Spezifische Fähigkeiten / Fertigkeiten zur Umsetzung von Familienmedizin in der Hausarztpraxis:

- Datenerhebung, Anamnese und Dokumentation (n=14)
- Systemische/psychotherapeutische Sichtweise (n=21)
- Werkzeuge der narrativen Medizin (n=22)

Zusätzliche Qualifikation aus dem Bereich Systemische Verfahren/Psychotherapie:

- Familiensystemische Weiterbildung (n=15)
- Genogrammarbeit (n=11)

Auch Aspekte von Kooperation mit anderen Berufsgruppen fanden keine Mehrheit und wurden deshalb nicht in die Arbeitsdefinition aufgenommen.

Von besonderer Bedeutung für die Familienmedizin in der Hausarztpraxis können folgende Formen von Kooperation von besonderer Bedeutung sein:

- Selbsthilfegruppen (z.B. Demenznetzwerke) (n=17)
- Interdisziplinäre Qualitätszirkel mit Fokus Familienmedizin (n=15)
- Themenbezogene interdisziplinäre Arbeitsgruppen zur wechselseitigen Erweiterung des Erfahrungshintergrundes (n=18)
- Netzwerk/Vernetzte Strukturen (ambulante Anbieter und weitere Disziplinen/Einrichtungen) (n=17)
- Pflegekonferenz (n=20)

In einer Freitextantwort wurde die Bedeutung von Kooperation hingegen explizit hervorgehoben. Das Zitat verdeutlicht zudem die Vielfalt an Kooperationsmöglichkeiten und -themen:

„Ich denke, dass meistens ein großes und in der Regel lokal/regional (Ehrenamt/Initiativen) geprägtes Netzwerk hilfreich ist. Ich arbeite unmittelbar neben einem Kinderarzt und Kinder- und Jugendpsychiater, die noch eine Vielzahl von Therapeuten und Pädagogen beschäftigen, telefoniere mit den Verantwortlichen beim Jugendamt, dem Sozial Pädagogischen Zentrum, der Tagesklinik, Tagespflege, aufsuchende Familienpflegende, Ehrenamtliche v.a. für Palliativ- und Demenzpatienten, Netzwerk und schnelle Hilfe bei Gewalt gegen Frauen, verschiedene Altentreffs inklusive Schreibwerkstatt, zudem habe ich das Glück, dass das nahegelegene Krankenhaus eine ‚Familienklinik‘ betreibt in der ambulante Kurse zu familienrelevanten Themen angeboten werden.“

3.3 Auswertung der Freitextantworten aus allen 3 Fragebögen

Auch in der zweiten und dritten Befragungsrunde wurde von vielen Teilnehmenden die Möglichkeit genutzt, weitere Einschätzungen und Erläuterungen in der letzten offenen Frage zu ergänzen. Im Folgenden soll dies Material thematisch sortiert dargestellt und diskutiert werden.

3.3.1 Freitextantworten zu einzelnen Themenkomplexen

Viele der Äußerungen, was Familienmedizin alles an Aspekten enthalten kann, sind – wie oben erwähnt – in der Datei „Erläuterungen zu Fragebogen 2“ (vgl. Anhang 4) dargelegt und sollen hier nicht wiederholt werden. Die folgenden Beispiele sollen dies noch plastischer verdeutlichen. Familienmedizin ist vielschichtig und abwechslungsreich und wird von vielen Hausärztinnen und Hausärzten als Bereicherung erfahren, was exemplarisch an diesem Zitat deutlich wird:

„Die Familienmedizin zeigt, wie besonders der Hausarzt ist. Alle diese aufgeführten Punkte kommen in einer chirurgischen Praxis oder radiologischen Praxis gar nicht zum Tragen. Wenn überhaupt – werden davon noch die Gynäkologen und Pädiater berührt. Ich finde gerade diesen Aspekt der Familienmedizin besonders schön am Arbeiten in einer Hausarztpraxis.“

Familienmedizinische Aufgaben

Die Vielschichtigkeit des Aufgabenspektrums zeigt sich in den genannten Beispielen aus dem hausärztlichen Alltag. Familienmedizin wird in ihrer Vielschichtigkeit folgendermaßen beschrieben:

„Verantwortung dafür zu übernehmen, dass alle epidemiologischen, medizinischen und psychosozialen Kontextinformationen, die über Familienmitglieder zu einem Patienten wichtig sind, bei der (Differential)Diagnostik und bei der Festlegung des (therapeutischen) Vorgehens in Erfahrung gebracht werden. Dabei darf es nicht zur Schweigepflichtverletzung kommen.“

Im Einzelnen werden dazu folgende Beispiele genannt:

- „Beratung der verzweifelten Tochter einer Patientin mit Depressionen und Alkoholproblemen,
- Erkennung und Reduzierung der Belastungen und Ängste einer Schwangeren durch den Gefängnisaufenthalt ihres (sich ebenfalls in Behandlung befindlichen) Ehemanns und durch die negative Haltung der (sich ebenfalls in Behandlung befindlichen) Schwiegermutter ihr gegenüber,
- Appell an einen Patienten mit neu entdeckter familiärer Polyposis, seine Kinder darüber zu informieren, damit sie sich ebenfalls untersuchen lassen,
- Appell an eine Patientin mit frischer Zosterinfektion, ihre schwangere Schwiegertochter über die Gefahr einer Ansteckung und das Risiko für das Ungeborene aufzuklären.“

Ein anderer Hausarzt führt Folgendes an:

- „Stabilisierung (z.B. über Krankschreibung) der Mutter, damit die sozial gefährdeten Kinder nicht abstürzen,
- Entlastung der pflegenden Schwiegertochter unter Wahrung der Interessen des zu pflegenden Schwiegervaters,
- Krankschreibung des jungen überforderten Vaters nach Geburt der Zwillinge, damit er zuhause bei der Familie sein kann.“

Vermutlich wird es zum nächsten Beispiel kontroverse Ansichten geben, ob es in den hausärztlichen Arbeitsbereich gehört oder nicht. Es zeigt aber, wie hilfreich ein solch weit gefasstes Verständnis seitens der Hausarztpraxis für Patientinnen und Patienten sein kann. Und es zeigt auch, wie bedeutsam die Kommunikation innerhalb des ganzen hausärztlichen Teams ist:

„Älterer Herr über 85 Jahre lebt im Altenheim und wird von unserer Hausarztpraxis betreut. Berichtet der MFA von sogenannten ‚Gewinnspielen‘, wo er viel Geld gewonnen hätte, zeigt am Empfang die ‚kriminelle‘ Werbepost, wo ältere Menschen abgezockt werden. MFA unterhält sich mit dem behandelnden Arzt darüber, der Patient zeigt auch ihm die erpressende Post, wo er zuerst viel Geld einzahlen muss auf ein ausländisches Konto und dann angeblich einen Millionengewinn bekäme. Arzt bespricht sich mit dem Patienten in Ruhe, Sohn wird informiert und folglich die Geldgeschäfte vertraulich bei der Bank von Sohn und Vater zusammen erledigt. Sohn ist kooperativ, der ältere Patient schwierig und misstrauisch. Hier hat der Hausarzt beispielhaft moderiert.“

Hausärztinnen und Hausärzte können, insbesondere wenn sie mehrere Mitglieder einer Familie betreuen, deren jeweilige Rolle in der Familie anders wahrnehmen und deren Ressourcen und Schwierigkeiten besser berücksichtigen bzw. auffangen:

„Eine Mutter berichtet, dass sie von der Schulärztin aufgefordert wurde, ihre Tochter wegen Verhaltensauffälligkeiten beim Kinder- und Jugendpsychiater vorzustellen. Die 9jährige Tochter bekomme öfter ‚Ausbrüche‘, sei eigentlich eine gute Schülerin, ‚raste aber manchmal aus‘, besonders zu Hause, aber jetzt auch mehr und mehr in der Schule. Deswegen erlaube die Mutter ihr häufig nach der Schule ‚zum Runterkommen‘ erstmal etwas vor dem Fernseher zu entspannen. Dann sei sie auch ruhig und ausgeglichen. Danach sei es aber umso schlimmer. Sie bekomme die Tochter dann ‚einfach nicht ruhig‘. Da die Eltern und Großeltern des Mädchens auch meine Patienten sind, weiß ich, dass die Familie vor ca. 3 Jahren in eine Wohnung in einem Mehrfamilienhaus gezogen ist, in dem keine weiteren Kinder wohnen. Außerdem arbeitet der Vater im Schichtdienst bei [einem namhaften

Autohersteller] und muss tagsüber oft schlafen. Es stellt sich auf Nachfragen heraus, dass die Mutter unter wahn-sinnigem Druck steht und panikartig reagiert, wenn sie befürchtet, dass ihre Tochter nach der Schule Krach machen und spielen will und dabei die Nachbarn stören oder den Vater wecken könnte. Da sie weiß, dass ihr Mann auch bald einen Termin bei mir hat, bittet sie mich explizit den Vater aus den Schwierigkeiten mit der Tochter herauszuhalten, da er ja schließlich nichts damit zu tun habe...“

Hausärztinnen und Hausärzte möchten mit dem familienmedizinischen Ansatz bewirken, ihre Patientinnen und Patienten „in ihren Konflikten und Verletzungen kennenzulernen und so den einzelnen Patienten bei der Nutzung seiner Chancen und Bewältigung seiner Lasten besser verstehen zu können,“ mit dem Ziel, „den Patienten zu ermutigen, die Chancen durch eine beschützende Familie wahrzunehmen und zu nutzen und die einschränkenden und kränkenden Einflüsse der Familie zurückzudrängen“.

Die Bedeutung von Familie für Gesundheit und Kranksein

Die Bedeutung der Familie für Patientinnen und Patienten wurde auf unterschiedliche Weise thematisiert. Das geht im Einzelnen von der Blutzuckereinstellung („...wenn die ‚kochende‘ Ehefrau nicht über die Blutzucker-Werte des Ehemannes Bescheid weiß“) über den adäquaten Zeitpunkt eines Ernährungsgesprächs („Dem Patienten mit Diabetes nicht gerade Diät empfehlen, wenn ich weiß, dass es gerade in der Ehe kriselt“) übergreifend jedoch um die Bedeutung des familiären Kontextes als Rahmung von Gesund- und Kranksein:

„Die Familie ist von Bedeutung, weil sie „der wesentliche Sozialraum [ist], in dem (Wieder-)Gesunden gelingen kann, in dem Kranksein und Gepflegt-werden-müssen geleistet und ausgehalten wird. Biographische Ereignisse prägen oft ein ganzes Leben.“

Wie wichtig der Blick auf die biographische Prägung der Patientinnen und Patienten ist, belegt folgende hausärztliche Aussage, die als Beispiel eine ältere Patientin nennt, „die Produkt einer Vergewaltigung ihrer Mutter war. Die Mutter heiratete den Vergewaltiger zwecks ‚Legalisierung‘. Der Makel haftet der Patientin (Akademikerin) zeitlebens an.“ Familie muss also im Lebensverlauf sowohl als Ressource wie auch als mögliches Risiko betrachtet werden:

„Da wir von Geburt an ‚in Familie‘ sind, sind auch die Krisen, die sich in Form von Krankheit äußern, ebenso wie deren Überwindung oder das Erleben von Wohlbefinden und die Ausbildung von Ressourcen familial vermittelt. Familiäre Konstellationen bilden den Hintergrund für Krisen – und können auch als Risikofaktoren verstanden werden – und sie stellen zugleich den Rahmen für Lernerfahrungen und Bewältigung dar. Familien sind potentiell beides – Risiko und Ressource. In der Familie werden die primären Deutungskonzepte für Gesundheit und Krankheit z.T. auch am Beispiel anderer Familienangehöriger vermittelt und Erfahrungen bzgl. Gefahren und deren möglicher Bewältigung gemacht.“

Für einen teilnehmenden Hausarzt ist dies geradezu tröstlich, da er hier Entlastung in der Verantwortlichkeit der Hausärztinnen und Hausärzte sieht: „Wir sind nicht allein, die Familie ist der eigentliche Ort zum Erhalt der Wiederherstellung von Gesundheit!“

Beziehungsgestaltung in der Familienmedizin

Insbesondere für den ländlichen Bereich wird der persönliche Kontakt zu den Patientinnen und Patienten und ihren Familien thematisiert, der vielfach als Bereicherung empfunden wird:

„Gerade hier im ländlichen Bereich gibt es – neben den auch hier immer häufigeren Patchworkfamilien und sonstigen Lebensgemeinschaften – noch weitläufige Familienverbände. Die sich daraus ergebenden Interaktionen, Konstrukte und auch diversen Konditionierungen erfahre ich als spannend, aufschlussreich, manchmal auch behindernd hinsichtlich einer Behandlung, jedoch insgesamt als sehr bereichernd.“

„Ich selbst bin seit 30 Jahren in einer Landarztpraxis niedergelassen und erlebe gerade, wie die Kinder von damals voller Vertrauen sich auch heute noch an mich wenden in Fragen der Gesundheit, aber auch in sozialen oder psychischen Krisen – die Möglichkeit eines frühen Vertrauensaufbaus als Hausärztin und damit ein niedrigschwelliger Zugang zu Hilfen ist eine ganz wichtige Aufgabe unserer Familienmedizin. Wir können und sollen nicht alle Probleme angehen und lösen, sollten aber die Hilfen vor Ort kennen. Dazu gehört jedoch auch ein gewisses persönliches Engagement und gute Kenntnis der Möglichkeiten vor Ort.“

Eine weitere Hausärztin des Expertenpanels betont, wie wichtig diese Form der Beziehungsgestaltung für ihre berufliche Zufriedenheit ist und möchte diese Botschaft insbesondere der nächsten Generation von Ärztinnen und Ärzten mitteilen:

„Ich bin seit 33 Jahren als Hausärztin tätig in einer richtigen Landgemeinde, so dass die Fachärzte 20 km entfernt leben. Zu mir kommen jetzt die jungen Erwachsenen, bei denen ich die Kindervorsorgen gemacht hatte – mit viel Vertrauen und Offenheit, die jungen Eltern mit ihren Kindern und es ist einfach eine Lebenserfüllung, diese Menschen zu begleiten. Durch die neuen Kooperationsformen – bei uns einer Gemeinschaftspraxis mit 5 Teilhabern und 3 angestellten Ärzten und einer Ausbildungsassistentin – gewinne ich auch genügend Freiraum für mich. Eine junge Mutter arbeitet nur 2 x 5 Stunden in der Praxis mit – die Möglichkeiten sind so vielfältig, die Arbeit so befriedigend, so dass ich allen jungen Medizinerinnen raten möchte: Schaut Euch in Hausarztpraxen um, erfahrt, dass hier noch eine ganzheitliche Medizin gemacht wird, etwas, was wir alle im Studium uns erhofft haben.“

Es kann aber auch dazu kommen, dass die gute Einbindung in das Quartier oder die Gemeinde die Abgrenzung zwischen beruflichem und privatem Leben erschwert – was Vor- wie Nachteile haben kann:

„Hier im ländlichen Bereich gelingt die Abgrenzung in den eigenen Privatbereich nicht immer – da werden auch schon mal im Supermarkt Rezepte erbeten oder ob man mal nach der Mutter schauen kann nachher... Dafür gibt es dann beim nächsten Mal selbst gepressten Apfelsaft (darf man auf keinen Fall ablehnen!). Das ist dann gelebte Familienmedizin mit Tauschhandel.“

In der Beziehungsgestaltung ist immer wieder zwischen Nähe und Distanz abzuwägen, auch um nicht Gefahr zu laufen, von vermeintlich gesichertem Wissen über den/die Patienten/Patientin und ihren Familien auszugehen:

„Wieviel das ‚Kennen und Erleben‘ der Patienten außerhalb der Praxis ausmacht, habe ich jetzt gerade nochmal zu schätzen gelernt, nachdem ich in einer Hausarztpraxis angefangen habe, wo ich fremd bin und nicht seit 40 Jahren im Dorf lebe. Auf der anderen Seite zeigt aber auch die Distanz und das neu Kennenlernen im Erwachsenenalter folgendes: Es hält einen von gefährlichem Dorfklischee-Denken fern. Also die Gefahr des zu viel Reininterpretierens, weil man ja meint, die Familie zu kennen, ist auch groß.“

Kritisch reflektiert auch ein weiterer Hausarzt, wie tief das Wissen um die familiären Zusammenhänge der Patientinnen und Patienten tatsächlich ist: „Je länger ich zurück- und nachdenke, desto weniger exakte Kenntnisse habe ich vom Psychotop, der Kohärenz und dem Konfliktpotential der Familien meiner Patienten.“

Hingegen wird auch eine weitere Auflösung der engen Bindung von Patientinnen und Patienten zu ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin beklagt: „Die enge Verbindung zwischen Hausarzt und Patient löst sich immer mehr auf, da in MVZ oder Gemeinschaftspraxen oft Kollegen vertreten.“ Auch die zunehmende Aufsplitterung im Gesundheitswesen wird hier als für die Umsetzung von Familienmedizin hinderlich angesprochen: „Das Prinzip ‚Familienmedizin‘ ist in seiner Umsetzung durch die für unser

Gesundheitswesen typische Zerfledderung nach Spezialitäten und demografischen Kriterien (Alter, Geschlecht) gefährdet.“

Kritik am Begriff „Familie“ und „Familienmedizin“

Wie auch schon in anderen Kontexten (etwa in Reaktion auf Vorträge und bei Workshops zum Thema „Familienmedizin“) wurde Kritik an der Verwendung des Begriffs „Familie“ und „Familienmedizin“ als „historisch belastet“ und „antiquiert“ geübt:

„Angesichts der immer noch vorherrschenden Konnotation von „Familie“ = Haushalt mit Eltern und Kindern und den gerade in (Groß)Städten fast gleichhäufig vorkommenden anderen Formen von Lebens-Haushaltsgemeinschaften finde ich den Begriff „Familienmedizin“ antiquiert, obwohl inhaltlich stimmig.“

Eine andere Teilnehmerin befürchtet eine „Verklärung des Familienbegriffs als ‚nur positiv‘ (Anklang von Blut-und-Boden-Ideologie) und Übersehen der evtl. auch schädigenden, erdrückenden, repressiven Aspekte von Familie.“ Ähnlich kommt dies auch im folgenden Zitat zum Ausdruck:

„Aufgrund der deutschen Geschichte ist der Familienbegriff auch negativ besetzt (Dogma von ‚Blut und Boden‘ und ‚unwertem Leben‘ aufgrund von Erb- und ‚Geistes‘-Krankheiten, Sippenhaft‘ etc.) und muss ein verklärender Blickwinkel unbedingt vermieden werden bzw. dieses Risiko ausreichend kenntlich gemacht werden in einer etwaigen Definition von Familienmedizin.“

Ein Mitglied des Panels äußert die Einschätzung, dass es „die Familie als Betreuungseinheit gleichzeitig immer weniger gibt“. Und dort, wo sie es gibt, stehe zur Frage, ob die Familienmedizin von den Patientinnen und Patienten überhaupt erwünscht sei:

„Meines Erachtens hat die Familienmedizin heute an Wichtigkeit verloren, da sich die Familien nicht in die Karten sehen lassen wollen. Ganz häufig hat jedes Familienmitglied seinen eigenen Hausarzt. Da die Pädiatrie die Kinder bis zum 18. Lebensjahr beansprucht, fallen diese zum mindesten im städtischen Bereich schon aus der hausärztlichen Familienmedizin heraus. Es gibt auch Patienten, die ihre Krankheit selbst für die anderen Familienmitglieder geheim halten; das ist dann schwierig für den Familienarzt.“

Auch eine andere Teilnehmerin teilt diese Einschätzung, denn

„[...] nicht jede Familie ist bereit solche Einblicke in die Familienstruktur zu gewähren. Nach 30 Jahren Landärztin kenne ich viele Geschichten meiner Patienten, aber ich weiß, dass auch einige Patienten diese Nähe eher meiden.“

Der Wunsch von Familien nach Abgrenzung wurde auch von anderen Teilnehmenden ähnlich formuliert („Es gibt Patienten, die ihre Familienprobleme nicht darlegen möchten“, „Es gibt Patienten, die ihre Familienprobleme bewusst falsch darstellen“).

Fehlende inhaltliche Aspekte

Eine Teilnehmerin bemängelte die ungenügende Beachtung der pädiatrischen Anteile an den Aufgaben der Familienmedizin, z.B.:

„die Möglichkeit Kinder mit ihren Problemen in der Familie von klein auf mit zu begleiten, gerade chronisch kranke Kinder beim Übergang ins Erwachsenenleben als beständige Ansprechpartner beizustehen, neben der Betreuung durch Fachdisziplinen (Transition). Gesunden jungen Erwachsenen auch bei der Ablösung von der Familie beizustehen.“

In diesem Zusammenhang wurde von einer Pädiaterin aus dem Expertenpanel eine entsprechende Qualifikation für familienmedizinisch orientierte Hausärztinnen und Hausärzte gefordert:

„Ich spreche als Pädiaterin: Familienmedizin beinhaltet auch die Versorgung von Kindern im Kontext der Familie. Jeder Versorger von Kindern muss eine obligate Weiterbildung (wie lange auch immer) in ambulanter all-

gemeiner Pädiatrie durchlaufen, ansonsten haben wir ‚englische‘ Verhältnisse, wo jedes dritte Kind im 1. Lebensjahr mindestens 1 x stationär eingewiesen wird. Außerdem müssten sich Familienmediziner mehr im Kinderschutz engagieren, da es zu jedem misshandelten Kind einen erwachsenen Misshandler gibt. Dies ist in der Vergangenheit nicht geschehen. Aber: Wir sollten nicht nur über die Qualifikation der Ärzte sprechen (eine sog. input-Diskussion) sondern über Versorgungssysteme (*output*) – ich empfehle einen Blick nach Schweden.“

In der Tat erstaunt an den Antworten aus dem Panel, dass pädiatrische Aspekte (sowohl bei den Aufgaben wie auch bei den Fähigkeiten/Fertigkeiten) genannt wurden (Befragungsrunde 1), jedoch nicht die ¾-Mehrheit des Panels fanden und so nicht Eingang in die Arbeitsdefinition gefunden haben. Diese Frage gilt es gesondert zu diskutieren (s.u.). Eine andere Teilnehmerin wies auf die fehlenden Aspekte von „Armut“ und „Interkulturalität“ hin, die ihr aus ihrem Wirkungskreis (sozial schwacher, multikultureller Stadtteil) für Familienmedizin besonders prominent erscheinen.

Familienmedizin erfordert Selbstreflexion

Die Bedeutung von Selbstreflexion wird betont – unabhängig vom Verhältnis zwischen Allgemeinmedizin zu Familienmedizin:

„Die Kenntnis und das Erfahren der eigenen familiären Kontexte und biografischer Gegebenheiten des Arztes selbst i. S. der Selbsterfahrung sollten obligatorischer Bestandteil der Ausbildung zum Allgemein- und Familienarzt sein.“

Dies hängt auch mit der Bedeutsamkeit von persönlicher Beziehung in der Medizin generell zusammen, die in der Familienmedizin zumindest gleichbedeutend sei und „fachlich geschult und ständig selbst- und fremdüberprüft im Sinne der Intervision / Supervision“ sein sollte.

Familienmedizin erfordert interkulturelle Kompetenz

In Deutschland als Einwanderungsland sehen sich Hausärztinnen und Hausärzte mit Familien unterschiedlichster kultureller Herkunft konfrontiert. Kulturelle, religiöse wie unterschiedliche familiäre Wertesysteme gilt es im Kontakt und der Behandlungen von Patientinnen, Patienten und ihren Familien mit Migrationshintergrund zu beachten, was jedoch auch als „unglaubliche Herausforderung!“ empfunden werden kann. Nicht selten birgt dies auch ein Spannungsfeld zum Wertesystem der Hausärztinnen und -ärzte selbst, das es zu reflektieren gilt.

„Andere kulturelle Identität“ (einschließlich ethnisch-religiöser) und die anderenorts oft ganz andere Definition von Familie, deren Regelwerke (z.B. Blutrache oder Entwürdigung von Frauen) teilweise mit humanistischen Grundsätzen nicht vereinbar sind, [müssen] stärker berücksichtigt werden.“

Notwendige Qualifizierung für Familienmedizin in der Hausarztpraxis

Die Frage nach Fort- und Weiterbildung für den Bereich „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ ist eng verknüpft mit dem bereits skizzierten Spannungsfeld des Verhältnisses von Familienmedizin zu Allgemeinmedizin. Die diskutierten Aufgaben und Herangehensweisen von Familienmedizin lassen nach den zu ihrer Umsetzung notwendigen Qualifikationen fragen, insbesondere auch nach den Kompetenzen im Umgang mit und Verhältnis zu den Patientinnen und Patienten:

„Welche Bestandteile werden damit auch notwendig in der Ausbildung zum Mediziner, und hier speziell zum Hausarzt. Darüber hinaus deutlich mehr Selbsterfahrung, um sich mit der Wirksamkeit der eigenen Person im professionellen Umgang mit Patienten auseinander zu setzen. Das schützt dann im besten Fall auch vor Selbstüberforderung.“

Zur Frage steht, ob diese zusätzlichen Qualifikationen gesondert und spezifisch für eine zusätzliche Betonung von Familienmedizin gelten sollen, oder – aufgrund der Tatsache, dass Familienmedizin intrinsischer Teil von Allgemeinmedizin ist – als Forderung für die Ausbildung der Allgemeinmedizin generell gelten soll, wie dies folgender Hausarzt ausdrückte:

„In die Weiterbildung sollten Selbsterfahrungsaspekte und systemische Denk- und Arbeitsweise sowie die Inhalte der psychosomatischen Grundversorgung zwingend eingebaut werden, so dass sie integraler Bestandteil des ‚Facharzt für Allgemeinmedizin‘ werden und keine extra Zusatzausbildungen nötig werden.“

Es wurde kritisiert, dass Kompetenzen, die in Fragebogen 2 zur Abstimmung standen, wie z.B. salutogenetische oder familiensystemische Aspekte, in der Frage nach weiteren notwendigen Qualifikationen zur Umsetzung von Familienmedizin in der Hausarztpraxis nicht mehr abgefragt wurden, sondern die Konzentration auf den klassischen medizinischen Fortbildungen lag. Dem Delphi-Verfahren gemäß wurden jedoch nur die Aspekte in den Fragebogen 2 aufgenommen, die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern entsprechend genannt wurden.

Andere Expertinnen und Experten der Befragung verweisen darauf, dass für die Familienmedizin notwendige Qualifikationen auf anderen Wegen erlangt werden können, etwas durch Erfahrung in anderen medizinischen Fachgebieten (stationär wie ambulant), „regen Austausch mit meinen psychosomatischen Kollegen“, über die Beschäftigung „mit Patiententhemen wie partizipative Entscheidungsfindung“ oder verweisen auf die Bedeutung von Lebenserfahrung („selber 3 Kinder zu haben“) und persönlicher Eignung:

„Die Qualifizierung erfolgt durch Lebenserfahrung, Praxiserfahrung, Aufgeschlossenheit und Respekt und Wertschätzung den Problemen und Lebensstilen anderer Menschen gegenüber. Da gibt es kein Schema dieses zu lernen, muss MFA/Arzt/Ärztin auch ein Stück weit in sich tragen.“

Von Bedeutung kann auch die theoretische Reflexion der eigenen Arbeit sein, etwa die

„Mitwirkung in der Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (Regionalgruppe), das ist eine außergewöhnliche Denkwerkstatt zu Themen wie: Kommunikation, Krankheit als Passungsstörung, Arzt-Patient-Beziehung und gemeinsame Wirklichkeitskonstruktion.“

Bei der Diskussion um eine familienmedizinische Qualifikation sei es nach Ansicht eines Teilnehmers

„grundlegend sinnvoll zu diskutieren, ob es hier primär um ‚Techniken‘ gehen soll oder auch das zugrundeliegende ‚Menschenbild‘. Also: hermeneutischer Ansatz (Psychoanalyse) oder verhaltensorientiert. Was ist für den Familienmediziner, den Patient, die Familie wann von welchem Nutzen? Komplementärer Ansatz: erst verstehen, dann handeln (nach Lösungen suchen etc.).“

Die Arbeit bzgl. Inhalt und Selbstverständnis von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“, so legt diese Äußerung nahe, steht mit dieser Delphi-Befragung erst am Anfang.

Neben den zahlreichen positiven Statements zur praktizierten Familienmedizin, wie sie in den beiden obigen Abschnitten zum Ausdruck kamen, wurde von vielen Teilnehmenden auch in den Freitextantworten explizit auf Risiken von Familienmedizin hingewiesen – neben der Frage nach dem Verhältnis von Familienmedizin zu Allgemeinmedizin eines der prominenten Themen in den Freitextantworten.

Risiken von Familienmedizin

Ein Risiko wird in der möglichen Überforderung von Hausärztinnen und Hausärzten durch den hohen Anspruch der Familienmedizin genannt, wie es auch in weiteren Anmerkungen, die im Abschnitt 3.3.2 dargelegt sind, zum Ausdruck kommt.

„Überforderung gibt ja keiner gerne zu, ist aber sicherlich ein wichtiger Punkt. Zur hausärztlichen Kompetenz gehört auch die Fähigkeit zur angemessenen (!) Abgrenzung (und auch mal Delegation von Aufgaben). Darauf sollten vor allem junge ÄrztInnen / angehende Allgemeinmediziner vorbereitet werden – auch Vermittlungsaufgabe besonders der weiterbildenden niedergelassenen Kollegen! Die Kliniken sind dafür vermutlich weniger geeignet. Hilfreich: kollegialer Austausch, Balintgruppe.“

Der hohe Anspruch der Familienmedizin birgt auch die Gefahr, sich und das Potential der Hausarztpraxis in der Versorgung von Familien zu überschätzen und die Dynamik, die ein familiäres System bergen kann, zu unterschätzen:

„Wir sollten unsere Grenzen als Ärzte wahren. Wir sind in erster Linie Ansprechpartner für den uns aufsuchenden Patienten und sollen dabei nicht den Anspruch erheben, gleich die ganze Familiensituation mit behandeln zu wollen, das geht zu weit und ist oft nicht im Interesse der Struktur, die ja oft einen Symptomträger braucht, damit das ganze System Familie nicht zerfällt. Da können wir auch Schaden anrichten. Wir können und sollen den Menschen stützen, der zu uns kommt, mit ihm vielleicht die Situation klären, damit er sich entscheiden kann anders zu handeln – aber wir müssen um unsere Grenzen wissen und die auch wahren.“

Die Betreuung von Familien und das Miteinbeziehen des familiären Umfeldes ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die Fragen aus dem psychologischen/psychotherapeutischen Bereich aufwirft:

„Wie erkennt man widersprüchliche Interessen innerhalb der Familie?“

„Gesunden jungen Erwachsene auch bei der Ablösung von der Familie bei zu stehen. Da kann dann zu viel Nähe und Verwobenheit mit der Familie auch hinderlich sein.“

„Sowohl der Patient als auch seine Familie können den Hausarzt durch Mitteilung von Unwahrheiten zur falschen Diagnosestellung führen. Dadurch können die erforderlichen Maßnahmen in die verkehrte Richtung führen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn ein geriatrischer nicht mehr ganz zurechnungsfähiger Patient oder ein Kind der Patient ist oder wenn der Hausarzt mehr der Familie als dem Patienten glaubt. Dieses Problem hatte ich in meiner Praxis mehr als einmal spüren müssen. Dabei waren mir die ambulanten unparteiischen Pflegekräfte bei den geriatrischen Patienten in ihrer Beurteilungskraft sehr wichtig. Um zu einer eigenen Überzeugung näher zu kommen, sind viele und auch spontane Hausbesuche erforderlich.“

Eine Teilnehmerin bezog sich auf juristische Probleme, die der familienmedizinische Ansatz für Hausärztinnen und Hausärzte beinhalten kann: „Das Fehlverhalten des Arztes in der Familienmedizin kann juristische Folgen haben.“ Ein familienmedizinischer Ansatz kann Hausärztinnen und Hausärzte vor Herausforderungen stellen, für die sie in ihrer Ausbildung nicht gut genug vorbereitet werden, weshalb die Frage nach spezifischen zusätzlichen Qualifikationen für diesen Bereich durchaus angemessen erscheint, wie auch die Freitextantworten aus dem Delphi-Panel zu diesem Thema verdeutlichen.

Familienmedizin – Anspruch zu hoch, Definition zu komplex

Häufiger als fehlende Aspekte mahnten die Teilnehmenden vor einem überhöhten Anspruch der und zu komplexen Definition von Familienmedizin. Es sei wichtig, die Grenzen der ärztlichen Tätigkeit und Kompetenz zu kennen und zu wahren. Familienmedizinisch orientierten Hausärztinnen und Hausärzten sollten nicht „zu viel Spezialfertigkeiten aus dem Bereich der Psychotherapie, Gruppendynamik u.ä.“ abverlangt werden. Insbesondere vor dem Hintergrund des wachsenden Mangels an Hausarztpra-

xen und der Zunahme der Arbeitslast sei es problematisch diese „zeit-, emotions- und weiterbildungsintensive Arbeit“ zu leisten. Denn:

„Auch ein/e ganz ‚normaler‘ Hausarzt oder Hausärztin ohne besondere Zusatzweiterbildungen muss sich von der Definition der Familienmedizin in der Hausarztpraxis angesprochen fühlen und darf nicht in die Defensive gedrängt werden oder das Gefühl bekommen, er hätte Wissens- oder Fertigungs-Defizite.“

Konkret wurde davor gewarnt, Familiensozialarbeit, psychotherapeutische Familientherapie oder „den Pfarrer“/die Seelsorge ersetzen zu wollen. Nicht aus dem Blick zu verlieren sei dabei auch der ursprüngliche Arbeitsauftrag an die Ärztinnen und Ärzte, die „in erster Linie Ansprechpartner für den uns aufsuchenden Patienten“ sind.

3.3.2 Kritische Anmerkungen aus den Freitextantworten

Im Sinne eines transparenten Forschungsprozesses sollen in diesem Abschnitt die kritischen Anmerkungen der Teilnehmenden dargestellt und diskutiert werden.

Kritik am Fragebogen

Teilnehmende äußerten Kritik an der Länge und Komplexität des Fragebogens und den sich z.T. nur in Nuancen zu unterscheiden scheinenden Fragen, insbesondere den Filterfragen. Sie wurden jedoch eingefügt, um einem *bias* im Fragebogen vorzubauen. Kritik wurde auch an den wiederkehrenden Formulierungen geäußert, die das Besondere der Familienmedizin gegenüber der Allgemeinmedizin betonten. Damit sollte das Profil der Familienmedizin gegenüber der Allgemeinmedizin geschärft werden, um sie in ihrer Spezifik klarer fassen zu können. Einen Teil der Teilnehmenden stellte dies jedoch vor das Problem, dass sie Aspekte für die Familienmedizin wichtig fanden und gerne in der Arbeitsdefinition sehen würden, die sie jedoch auch als Teil der Allgemeinmedizin betrachten. Die Auflistung der aus der ersten Befragungsrunde generierten Items implizierte für einen Teilnehmer, „dass ohne die genannten Items die Familienmedizin nicht vollständig wäre, verführen also zur Annahme.“ Er machte den Vorschlag, einem Vergleichspanell die Befragung mit umgekehrter Logik vorzulegen: „Wenn dies und das nicht vorhanden ist, darf es dann trotzdem noch Familienmedizin heißen?“ Hier scheint die Schwierigkeit mit der besonderen Art der Erstellung des Fragebogens im Delphi-Verfahren durch, die in Phase 1 ein möglichst komplexes, facettenreiches Bild von Familienmedizin erhalten wollte (Auffächerung), und diese Komplexität in Phase 2 wieder auf das dem Expertenpanell als wesentlich Erscheinende zu reduzieren (Reduktion). Anmerkungen von anderen Teilnehmenden zeigten, dass im Laufe des Delphi-Prozess nicht immer präsent war, dass sich die Items der Fragebögen strikt aus den Antworten der Teilnehmenden zusammensetzen – inhaltlich zusammengefasst, aber ohne Hinzufügungen oder Auslassungen von Aspekten seitens der Forschungsgruppe.

Kritik an der Hervorhebung von Familienmedizin über den Versuch einer eigenen Definition

Auch die Erarbeitung einer Definition von „Familienmedizin“ selbst, wurde kritisiert, da ihm, so eine geäußerte Auffassung, Gefahr inne liege:

„Es könnte sein, dass wir eine Definition suchen, die bisher nicht erforderlich war und nicht erforderlich sein mag. Die aber durch ihre Werdung zusätzliche Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte generiert, deren Auswir-

kung wir erst durch die Art der Definition schaffen. Dies entspräche einem Aneignungsmuster anderer Fachdisziplinen („Jugendärzte“, „Männerärzte“), was ich nicht erstrebenswert fände.“

Von anderen wurde gerade diese umfassende und systematische Zusammenstellung an Items positiv hervorgehoben, der Ansatz für die Behandlung als wichtig erachtet, der in seiner Betonung des beziehungsmedizinischen Aspektes als Paradigmenwechsel betrachtet wird:

„Wichtig, dass durch die Betonung der Familienmedizin eher der Mensch-Patient-Familie-Arzt statt die Beschränkung auf die Krankheit in den Vordergrund gerückt wird. Diesen Paradigmenwechsel gilt es weiter zu verfolgen.“

Die Gefahr liege jedoch darin, der Familienmedizin „einen ziemlich psychotherapeutischen Touch“ zu geben, insbesondere durch die Hinzunahme des als interessant eingeschätzten systemischen Ansatzes. Für eine Teilnehmerin regte der Fragebogen auch einen Prozess der Selbstreflexion ihrer ärztlichen Tätigkeit an:

„Die Fragebogenaktion habe ich als sehr wertvoll empfunden. Ich bin schon acht Jahre im Ruhestand; das heißt ich habe keine Praxis mehr; [...] Bei vielen Fragen habe ich erkannt, dass ich oft die Situation der Patienten in ihrem Umfeld falsch eingeschätzt habe, obwohl meine Arbeit familienorientiert gewesen ist. Dann ist mir noch aufgefallen, dass ich von meiner Person und von meinen Ansichten schlecht abstrahieren konnte. Ich wollte meine eigene Ansichtswiese auf die Patienten übertragen und habe mich zu wenig um das Krankheitskonzept der Patienten gekümmert.“

Verhältnis von Familienmedizin zur Allgemeinmedizin: „Gibt es eine Allgemeinmedizin, die nicht Familienmedizin ist?“

Den strittigsten bzw. auch in der Beantwortung und Auswertung schwierigsten Aspekt der Delphi-Befragung (das zeigt sich auch in den Freitextantworten des zweiten und dritten Fragebogens) stellt das Verhältnis von Familienmedizin gegenüber der Allgemeinmedizin dar. So eine Teilnehmerin:

„Bei vielen Fragen/Aussagen weiß ich nicht genau, ob oder wie ich das Spezifische zur sonstigen Allgemeinmedizin abgrenzen soll, z.B. ganzheitlicher oder biopsychosozialer Ansatz: klar ist das wichtig für die Familienmedizin, aber spezifisch finde ich das nicht, da Teil der Definition von Allgemeinmedizin.“

Die Einschätzung des Panels fällt zu diesem Thema zwar deutlich, nicht jedoch entsprechend des vorgegebenen Konsens von $\frac{3}{4}$ der Stimmen aus: $\frac{2}{3}$ sprechen der Familienmedizin eine gesondert zu betonende Rolle und Aufgabe zu, $\frac{1}{3}$ möchte sie nicht explizit von der Allgemeinmedizin hervorgehoben sehen, da sie als „integraler Bestandteil der Allgemeinmedizin – und somit untrennbar“ erachtet wird. Die gesonderte Betonung in der Fragebogenkonzeption fand – wie bereits erwähnt – zu heuristischen Zwecken statt, führte jedoch nichtsdestotrotz zu Schwierigkeiten in der Formulierung wie der Beantwortung der Fragen. So benannte eine Teilnehmerin ausgewählte Items zwar als

„natürlich richtig, aber sie konstituieren Allgemeinmedizin im Allgemeinen, nicht spezifisch die Familienmedizin. Ich stimme voll zu, aber sie müssen nicht in eine Definition der Familienmedizin, wenn diese die Spezifika der Allgemeinmedizin voraussetzt.“

Ein anderer Teilnehmer zur selben Problematik:

„Die Frage zu den Spezifitäten in Abgrenzung zur Allgemeinmedizin finde ich ungünstig. Wenn Familienmedizin integraler Bestandteil der Allgemeinmedizin ist, gibt es diese Spezifität so nicht – oder sollte es sie doch nicht geben. Dass die Realität der hausärztlichen Versorgung ein restringiertes Verständnis von Familienmedizin hat, heißt nicht, dass die Familienmedizin als Besondere zu stärken ist, sondern die familienmedizinischen Kompetenzen der Allgemeinärzte insgesamt.“

Dieser Auffassung nach müsste es dann also darum gehen, die Kompetenzen und die Qualität der Allgemeinmedizin zu verbessern, sodass eine gesonderte Hervorhebung der Familienmedizin nicht mehr nötig wäre. Es geht hier letztlich – in den Worten eines anderen Teilnehmers – um den Unterschied zwischen „Sollendem“ und „Seiendem: was ist einerseits eigentlich der Allgemeinmedizin implizit und was wird andererseits tatsächlich auch praktiziert, d.h. wird das Praktizierte (das Seiende) auch dem Anspruch (dem Sollenden) gerecht. Auf diesen Aspekt gingen mehrere Teilnehmende in den offenen Antworten ein und bemerkten, dass „viele Allgemeinmediziner sich bewusst nur um die Krankheit ihrer Patienten kümmern“ oder keine Hausbesuche mehr machten.

Der Vorschlag einer Teilnehmerin zum Verhältnis von Allgemeinmedizin und Familienmedizin geht in Richtung einer gesonderten Zusatzbezeichnung:

„Ich kann mir vorstellen, dass die Familienmedizin durch Qualifikationen ausgebaut werden kann, sodass es dann zweierlei Allgemeinmediziner gibt: Allgemeinmediziner mit und solche ohne Familienmedizin. Aber eine solche Abspaltung ist auch nicht richtig. Vielleicht kann man Familienmedizin als Untertitel nehmen wie z.B. Sportmedizin, Reisemedizin usw.“

Andere Stimmen warnten vor einer solchen Heraushebung, da es viele Hausärztinnen und Hausärzte abschrecken könnte, sich näher mit Familienmedizin zu befassen.

Auch wenn das Konsensverfahren in der Zusammenstellung zu einer ersten Arbeitsdefinition von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ geführt hat, die im nächsten Kapitel dargelegt wird, zeigen die in diesem Abschnitt geschilderten Ausführungen die Notwendigkeit für weiteren fachlichen Austausch und Diskussion über Familienmedizin in der Hausarztpraxis.

4 Arbeitsdefinition „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“

Alle Aussagen der folgenden Arbeitsdefinition von Familienmedizin stammen aus den Antworten des Expertenpanels selbst und wurden in der ersten Befragungsrunde genannt. Die Arbeitsdefinition setzt sich aus den Aussagen zusammen, denen die Mehrheit der Teilnehmenden (Konsens: mind. $\frac{3}{4}$ Zustimmung) in der zweiten und dritten Befragungsrunde zugestimmt hat. Die Definition ist in zwei Bereiche geteilt: eine Kerndefinition zu Verständigung darüber, was unter „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ verstanden wird. Im zweiten Teil wird „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ in ihren verschiedenen Dimensionen differenziert dargelegt. Dies kann als Grundlage für die weitere Diskussion zur Definition „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ dienen wie auch zur Erarbeitung zukünftiger Forschungsfragen und -projekte.

4.1 Arbeitsdefinition „Familien in der Hausarztpraxis“

Die Familienmedizin ist integraler Bestandteil der Allgemeinmedizin. Sie verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der das Wissen um die familiäre Situation einbezieht.

„Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ ist definiert als die Behandlung eines Patienten/einer Patientin unter Berücksichtigung des familiären Umfeldes und besonderer familiärer Belastungen, ohne dass weitere Familienmitglieder in derselben Praxis in Behandlung sein müssen.

Der „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ wird ein über das „klassische“ Konzept von „Familie“ hinausgehendes, erweitertes Verständnis von Familie zugrunde gelegt. Zur „Familie“ eines Patienten oder einer Patientin gehören die Mitglieder seiner/ihrer Herkunftsfamilie. Darüber hinaus zählen diejenigen Menschen hinzu, mit denen er/sie über Heirat oder eine eingetragene Lebensgemeinschaft verbunden ist, in Wohn- oder Hausgemeinschaft (auch im höheren Lebensalter) zusammenlebt, aber auch ehemalige Partner/Partnerinnen oder entfernt lebende Angehörige, sowie sie sich für den Patient/die Patientin mitverantwortlich zeigen. „Familie“ schließt alle Formen von Lebensgemeinschaften (auch ohne Trauschein, mit oder ohne Kinder) ein, die sich emotional aufeinander beziehen (z.B. „Patchwork“-Familien).

„Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ ist für folgende Aufgaben zuständig:

- Primärärztliche Betreuung von Patientinnen und Patienten (als integraler Teil der Allgemeinmedizin),
- Beachtung somatischer, psychischer und psychosomatischer Probleme/Erkrankungen,
- Beobachten und Abklären von sozialen Ereignissen, die nicht unmittelbar mit medizinischen Befunden korrelieren.

In der Umsetzung gehören dazu im Einzelnen folgende Kernaufgaben:

- Hausärztliche Sorge, Begleitung und Betreuung für mehrere Familienmitglieder unter Balance der einzelnen Bedarfe,
- Verstärkte Aufmerksamkeit für familiäre Problemlagen/Belastungen, die sich gesundheitsschädigend auswirken können,
- Prävention/Gesundheitsförderung,
- Ressourcen und Risiken von Familie (er)kennen und berücksichtigen,
- Das Individuum und die Familie zur Selbstbefähigung/Selbstregulation unterstützen.

In der Lösung dieser Aufgaben zeichnet sich die „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ insbesondere durch folgende Herangehensweisen aus:

- Gesundheitliche bio-psycho-soziale Betreuung und Begleitung von Menschen,
- Ganzheitliche Sichtweise auf den Patient/die Patientin und seine/ihre Probleme,
- Kenntnis und explizite Berücksichtigung des familiären, sozialen und kulturellen Umfeldes in der Betreuung von Patienten/Patientinnen und ihren Familien,
- (Mit)Behandeln von Familienmitgliedern,
- Berücksichtigung von Bedürfnissen und Besonderheiten der einzelnen Familienmitglieder innerhalb der Familie oder Lebensgemeinschaft,
- Berücksichtigung familiärer Interaktionen und Dynamiken beim Umgang mit Diagnosen, Krankheitsbildern und Krankheitsfolgen, unabhängig vom Setting der Konsultation (Einzel-, Paar-, Familiengespräch),
- Anerkennung der wechselseitigen Auswirkungen von Gesundheit/Krankheit auf das psychische und soziale Gefüge von Patient/Patientin und Familie,
- Einbezug des Wissens um das familiäre Umfeld und seine gesundheits- bzw. krankheitsfördernden Aspekte in Anamnese, (Differential)Diagnostik und Therapieplanung. Der Einbezug dieses Wissens und der daraus folgenden Konsequenzen erfolgt auf drei Ebenen: 1) Thematisierung im Einzelgespräch mit Patient/Patientin; 2) Paargespräche oder Eltern-Kind-Konsultationen in der Praxis; 3a) Krankheitsbezogene Familienkonferenzen im häuslichen Umfeld (z.B. bei der häuslichen Begleitung von Demenzkranken); 3b) Krankheits- oder prob-

lembezogene Familienkonferenzen in der Praxis (z.B. Umgang mit chronischer Erkrankung eines Familienmitgliedes, familiäre Konflikte),

- Bei Entwicklung der Anamnesen, Befunde, Risiken auch den Langzeitverlauf (Individuum wie Familie) und belastende Aspekte, wie biographische, kulturelle, religiöse o.ä. Konflikte/Verletzungen beachten.

4.2 Weitere Charakteristika und Aspekte der Umsetzung von „Familienmedizin in der hausärztlichen Praxis“

Über die Kerndefinition hinaus konnten weitere Aspekte zusammengestellt werden, die „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ charakterisieren.

4.2.1 Theoretische Rahmung

Die theoretische Rahmung von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ bieten insbesondere folgende Modelle zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit:

- Salutogenese (nach Aaron Antonovsky),
- Bio-psycho-soziales Modell (nach Georges Engel),
- Gesundheits-/Krankheitskonzepte von Patient/Patientin und Familie,
- Familiensystemische Sichtweise.

4.2.2 Arbeitsweisen und Methoden

Zur Umsetzung hat die „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ Arbeitsweisen und Methoden, die charakteristisch und hilfreich sind. Zu diesen gehören:

- Ausführliche Familienanamnese (unter Einschluss psychosozialer Aspekte und Kenntnis der Lebenssituation),
- Einbezug von kommunalen Unterstützungssystemen,
- (Selbst)Reflexion der hausärztlichen Rolle als Handelnder/Handelnde im Familiensystem.

Konkret kann dies bedeuten, die Gesundheitskonzepte mit den „Zuständigen“ in der Familie zu klären und zusammen mit dem Patienten/der Patientin die Perspektive zu öffnen: Welche Bedeutung hat die Familie, wie kann sie helfen, wo macht sie krank? Welche Krankheitskonzepte kommen aus der eigenen Herkunftsfamilie, und wie beeinflussen sie das Alltagshandeln von Patient/Patientin?

4.2.3 Kooperation mit anderen Disziplinen

Familienmedizin ist wie die Allgemeinmedizin auf Kooperation mit anderen medizinischen Fachdisziplinen und Akteuren im Gesundheitssystem angewiesen. Für die „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ sind die Kooperation mit der Pflege/ambulanten Krankenpflege und sozialen Einrichtungen (z.B. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens der Jugendhilfe oder Selbsthilfeorganisationen) von besonderer Bedeutung. Darüber hinaus ist auch die Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpsychiatrie/ Sozialpsychiatrisches Zentrum, Psychotherapie/Psychosomatik und Palliativdiensten/Hospiz von besonderer Bedeutung.

Familienmedizinische Aspekte spielen auch in angrenzenden Fachdisziplinen eine Rolle, jedoch: Die Pädiatrie kann die gesundheitlichen Probleme der Eltern wahrnehmen (evtl. ansprechen), aber nicht therapieren.

4.2.4 *Kernkompetenzen für die Umsetzung*

Familienmedizin in der Hausarztpraxis erfordert eine spezifische ärztliche Haltung. Diese liegt insbesondere in ihrer Patienten- (und Familien-)Zentrierung begründet, aber auch in der Parallelität von der Orientierung an der Selbstregulation des Systems Familie insgesamt und der Orientierung am Individuum und seiner/ihrer Fähigkeit zur Selbstregulation.

Zur Umsetzung von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ sind folgende spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig:

- Eigene Kompetenz- und Leistungsgrenzen kennen und beachten,
- Teamfähigkeit,
- Hohe kommunikative Fähigkeiten,
- Empathie/emotionale Kompetenz/soziale Kompetenz,
- Interkulturelle Kompetenz (für den Umgang mit Patienten/Patientinnen anderen ethnischen Hintergrunds),
- Lösungsorientierte Gesprächstechniken,
- Ressourcenorientierte Gesprächstechniken.

Besonders förderlich zur Umsetzung von Familienmedizin in der Hausarztpraxis ist der Teamansatz mit medizinischen Fachangestellten in der Hausarztpraxis.

4.2.5 *Zusätzliche Qualifikationen*

Zur Umsetzung von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ sind zusätzliche Qualifikationen notwendig. Die allgemeinmedizinische Qualifikation bildet eine gute Basis, sollte jedoch ergänzt werden durch zusätzliche Qualifikation in psychosomatischer Grundversorgung und Geriatrie, für die Gesprächsführung durch zusätzliche Qualifikation in klienten-/patientenzentrierter Gesprächsführung, partizipativer Entscheidungsfindung sowie Grundwissen über Konfliktlösung und Mediation; und aus dem Bereich Systemische Verfahren/Psychotherapie durch Qualifikation in lösungsorientierten, ressourcenorientierten Denk- und Handlungsweisen.

Um Familienmedizin in der Hausarztpraxis erfolgreich umzusetzen, ist insbesondere eine zusätzliche Fortbildung zur Psychologie der Gruppe und der Familie empfehlenswert. Für die gelingende Umsetzung von Familienmedizin in der Hausarztpraxis werden als Maßnahmen zur Reflexion der eigenen Arbeit a) die Balintgruppe, und b) interdisziplinäre Qualitätszirkel mit Fokus „Familienmedizin“ empfohlen.

4.2.6 *Nutzen von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“*

„Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ ist für Patientinnen und Patienten von Nutzen: Sie erhalten eine umfassende ärztliche Begleitung ihres Krankseins (und Gesundseins) durch eine ganzheitliche Sichtweise und angemessene ‚holistische‘ Betreuung. Dadurch können familiär bedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen und Risiken frühzeitig erkannt werden und zu ihrer Bewältigung familiäre Ressourcen und Ressourcen aus den sozialen Bezugssystemen von Patient/Patientin und Familie genutzt werden. Der Hausarzt/die Hausärztin hat durch Kenntnis des familiären Hintergrundes (Ursachen und Kontext gesundheitlicher Probleme) ein besseres Verständnis für die Problematiken von Patient und Patientin. Dies ermöglicht eine verbesserte Entscheidungsfindung und adäquatere Behandlung auf-

grund der Integration der Informationen und Erkenntnisse über das familiäre Umfeld. Dem Patient oder der Patientin wird ermöglicht, sich durch die Betrachtung des familiären Umfeldes auch selbst besser zu verstehen und seinen/ihren Spielraum des Möglichen zu erweitern (Förderung der Selbstwirksamkeit). Darüber hinaus ist ein familienmedizinischer Ansatz förderlich für die Arzt-Patient-Beziehung.

Auch für Hausärztinnen und Hausärzten ist ein familienmedizinischer Ansatz in ihrer Praxis nützlich: Er erleichtert die Behandlung, stärkt das hausärztliche Selbstverständnis und ist förderlich für die Berufszufriedenheit. Ein familienmedizinischer Ansatz ermöglicht einen schnellen Überblick über die Situation seitens des Hausarztes/der Hausärztin. Er bietet darüber hinaus die Chance, die abstrakt-allgemeinen Konzepte von Gesundheit und Krankheit mit den familial verankerten Zielvorstellungen zu verknüpfen und sich damit dem je individuellen Krank- und Gesundsein des Patienten/der Patientin besser anzunähern.

Für die primärmedizinische Versorgung ist die „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ durch die bessere Bewältigung der Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität mit steigender Pflegebedürftigkeit von Nutzen. Der umfassende Behandlungsansatz ermöglicht erfolgreichere Therapie (v.a. bei psychosomatischen und chronischen Erkrankungen).

Für das Gesundheitssystem ist sie als Ankerpunkt für präventive und gesundheitsfördernde Strategien und durch ihre niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit von Nutzen.

4.2.7 Risiken von Familienmedizin in der Hausarztpraxis

Neben dem möglichen Nutzen sollen auch potentielle Risiken genannt werden. „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ birgt die Gefahr der Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht (Umgang mit intimen Informationen über einzelne Patientinnen und Patienten gegenüber der Familie wie auch gegenüber anderen Institutionen innerhalb des Gesundheitssystems/der Gesellschaft), schwieriges Konfliktmanagement im Spannungsfeld zwischen Hausarzt/Hausärztin, Patientin/Patient und Familie, sowie der Einschränkung der Autonomie des/ der Einzelnen gegenüber dem Interesse des Familienverbandes.

Für die Hausärztin bzw. den Hausarzt selbst birgt eine familienmedizinische Orientierung in ihrer Praxis das Risiko von ethischen Konflikten bei widersprüchlichen Interessen/Bedarfen innerhalb der Familie.

5 Diskussion

Das Ergebnis der Delphi-Befragung zur Erarbeitung einer Arbeitsdefinition von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ hat eine umfassende Zusammenstellung ergeben, die – so hoffen wir – als gemeinsame Grundlage für weitere Forschungen zum Bereich „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ Anwendung finden wird. Diese Arbeitsdefinition kann durchaus – im Lichte neuer Studien – in einigen Jahren revidiert werden. Um eine Vergleichbarkeit der Studien zum Thema „Familienmedizin in

der Hausarztpraxis“ zu gewährleisten, bieten wir diese Arbeitsdefinition als gemeinsamen Bezugspunkt an.

Über die Arbeitsdefinition im engeren Sinne hinaus (Kap. 4) ergab die Befragung eine Fülle von Material und Einblick in Ansichten zu und Praktizieren von Familienmedizin im hausärztlichen Setting, welche die Komplexität und Bedeutsamkeit von Familienmedizin widerspiegeln (Kap. 3). Wir hoffen, dass dieses Material Anreiz bietet, sich mit der „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ weiter zu beschäftigen – sei es in Form einer entsprechenden Orientierung in der hausärztlichen Praxis oder in Form von Forschungsprojekten zu diesem Thema. Auf einige Aspekte der Arbeitsdefinition und des Delphi-Prozesses möchten wir in dieser Diskussion gesondert eingehen.

5.1 Die „Familie“ als Ausgangspunkt von Familienmedizin in der Hausarztpraxis

Was unter „Familie“ verstanden wird und in welcher Form sie gelebt wird, unterliegt gesellschaftlichem Wandel. Gerade in den letzten Jahrzehnten ist eine zunehmende Pluralisierung von Lebensformen und -verläufen zu verzeichnen, die neben dem traditionellen Modell der bürgerlichen Kleinfamilie zunehmend an Bedeutung gewinnen. In der Soziologie und den Familienwissenschaften wird deshalb zumeist ein weiter Familienbegriff zugrunde gelegt, der sich nicht auf diese traditionelle Form von Familie beschränkt (Jurczyk et al. 2014, Nave-Herz 2013, Rosenbaum 2014). „Familie“ ist aber trotz allen Wandels nach wie vor sowohl auf gesellschaftlicher wie individueller Ebene aufgrund ihrer Funktionen (Reproduktions- und Sozialisationsfunktion, Kooperations- und Solidaritätsverhältnisse) von Bedeutung (vgl. Nave-Herz 2013).

Der Konsens des Experten-Panels, was im Kontext „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ unter „Familie“ zu verstehen ist, weist ebenfalls über das Bild der klassischen Kernfamilie hinaus und trägt der Pluralisierung der Lebensformen in der heutigen Gesellschaft Rechnung. Ausgangspunkt von Familie innerhalb der Arbeitsdefinition „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ (vgl. Kap. 4.1) ist der Patient/die Patientin selbst und was aus seiner/ihrer Perspektive heraus das Netz an (alltags-)relevanten und bedeutsamen Beziehungen darstellt.

Das Experten-Panel entschied sich auch für eine weite Definition dessen, was als „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ bezeichnet wird: nämlich bereits „die Behandlung eines Patienten/einer Patientin unter Berücksichtigung des familiären Umfeldes und besonderer familiärer Belastungen, **ohne** dass weitere Familienmitglieder in derselben Praxis in Behandlung sein müssen“. Nur knapp ein Drittel der Teilnehmenden stimmte der engeren Variante zu, dass zur Umsetzung von Familienmedizin in der Hausarztpraxis mehrere Familienmitglieder bei einem Hausarzt/einer Hausärztin in Behandlung sein sollten. Gleichwohl wird es von Interesse sein, wie sich Ausprägung und Qualität familienmedizinischen Handelns verändern, wenn tatsächlich mehrere Familienmitglieder von einem Hausarzt/einer Hausärztin behandelt werden. Auch über die Häufigkeit solcher Konstellationen in hausärztlichen Praxen in Deutschland gibt es keine aktuellen Zahlen (Himmel/Kochen 1998 gehen von 2/3 aller Patientinnen und Patienten aus).

5.2 Definition und Umfang von Familienmedizin in der Hausarztpraxis

Die über den Delphi-Prozess entwickelte Arbeitsdefinition von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ zeigt das breite Spektrum und die Vielschichtigkeit dieses Bereichs der hausärztlichen Primärversorgung. Die Abgrenzung und Positionierung gegenüber der Allgemeinmedizin ist dabei nicht durchgängig und eindeutig möglich. Noch 1981 beantwortete Jürg Willi die Frage, was Familienmedizin ist, in dem Schwerpunktheft „Familienmedizin“ der Zeitschrift *psychosozial* mit folgenden Worten:

„Grundsätzlich meint dieser Begriff nichts anderes als Hausarztmedizin oder Primärmedizin, wobei das neue Wort auch für die Wiederentdeckung und Wiederbelebung des ältesten Bereiches der Medizin steht.“ (Willi 1981: 5).

Die Beiträge in diesem Heft setzten sich für eine „Ausweitung der psychosozialen Optik von der individuellen Dynamik des Patienten zu einer mehr interaktionellen systemischen und ökologischen Sicht“ (ebd.) ein – Aspekte, die sich in der hier vorliegenden Arbeitsdefinition ebenfalls finden.

Der in der Arbeitsdefinition erkennbare holistische Ansatz mit den genannten Kernaufgaben zeigt ebenfalls große Nähe zur Psychosomatik (vgl. das Positionspapier der DEGAM zur psychosomatischen Grundversorgung, 2014) und der Sozialmedizin. Hier könnte die Familienmedizin in der Hausarztpraxis als integrierende Klammer fungieren. Auch sind Beziehungsaspekte und die individuelle Sichtweise auf die Patientinnen und Patienten mit ihren Familien von Bedeutung. Hier lassen sich international Anknüpfungspunkte an die personenzentrierte Medizin (*person centered medicine*) finden, wie sie mit dem Fokus auf eine „Person-Centered Primary Health Care“ auf einem Kongress in Genf in Zusammenarbeit mit der WHO thematisiert wurde (<http://www.personcenteredmedicine.org/>; WHO 2015).

Diskussionswürdig bleiben die in Abschnitt 3.2.3 genannten Aspekte, die keinen Konsens des Panels erreicht haben, aber „Familie“ explizit benennen oder in ihrer Methode auf „Familie“ rekurrieren, wie etwa die Familiendiagnostik, familiäre Konfliktklärung, Paar-/Familiengespräche oder Methoden aus der Systemischen Familientherapie. Auch Aspekte von Kooperation und Interdisziplinarität wurden mit großer Zurückhaltung vom Delphi-Panel aufgenommen und fanden kaum Einzug in die Arbeitsdefinition – dies trotz der substantiellen Bedeutung dieses Bereiches, wie der gesundheitswissenschaftliche Diskurs zeigt (vgl. SVR 2009). Möglicherweise ist das Antwortverhalten durch das altbekannte Spannungsfeld zwischen Anspruch an und tägliche Umsetzung von Familienmedizin/Allgemeinmedizin in der Berufspraxis der Expertinnen und Experten beeinflusst. Beide Aspekte mögen auch verantwortlich dafür sein, dass gerade Bedeutung und Formen von Kooperation, die in aktuellen Diskussionen über medizinische Versorgung als wichtig erachtet werden, keine mehrheitliche Zustimmung des Panels erhielten. Vor dem Hintergrund der Quartiersansätze innerhalb der Gesundheitsversorgung, in denen die Bedeutung von Vernetzung und Kooperation für eine nachhaltige und effektive Gesundheitsversorgung der Bevölkerung betont wird, sollte dies weiter untersucht werden.

5.3 Spannungsfeld von Familienmedizin zur Allgemeinmedizin

Unterschätzt wurde in der Konzeption dieses Delphi-Verfahrens der Einfluss berufspolitischer Aspekte auf das Antwortverhalten der Teilnehmenden. Dies zeigt sich in Fragen, was angemessene bzw. vielversprechende Methoden und Arbeitsweisen von Familienmedizin in der Hausarztpraxis sein könnten. Wurden Nennungen vermieden, um nicht zu neuen Fortbildungs- bzw. zwingenden Schulungsmaßnahmen und Zertifizierungen zu gelangen? Wurden andere, von außen betrachtet durchaus familienmedizinisch relevante Aspekte ausgeschlossen, da sie nicht praktiziert werden bzw. nähere Informationen hierzu fehlen (Idealbild versus das tatsächlich Praktizierte)? Ein idealisiertes Bild hausärztlicher Praxis steht dem Maßstab der realistischen Umsetzungsmöglichkeiten in der täglichen Praxis gegenüber (was aktuell nicht praktiziert wird bzw. worüber keine Kenntnisse vorliegen, wird als nicht relevant angesehen). Die vorliegende Befragung wurde von der Annahme geleitet, dass die Teilnehmenden des Delphi-Panels primär aus einer inhaltlich/theoretischen Perspektive heraus antworten.

Insbesondere zeigt sich diese Problematik auch im durchgängig thematisierten Verhältnis von Familienmedizin zu Allgemeinmedizin. Wie mehrfach benannt, hat die vorliegende Studie zum Ziel, das Profil der Familienmedizin *innerhalb* der Allgemeinmedizin zu stärken, weshalb besonders nach den *Unterscheidungskriterien* und *Herausstellungsmerkmalen* von Familienmedizin gefragt wurde (vgl. Abschnitt 3.2.1). Als Ausgangspunkt der Befragung stand nichtsdestotrotz die „Familienmedizin als Teil der Definition von Allgemeinmedizin und damit als integraler Aspekt von Allgemeinmedizin“. Um „Familienmedizin“ klarer beschreib- und erforschbar zu machen, ist das Anliegen der vorliegenden Studie, herauszuarbeiten

- a) was genau unter Familienmedizin verstanden wird,
- b) was ihre Umsetzung an Bedingungen (persönlich wie systemisch) erfordert, und
- c) worin ihre spezifischen Nutzen und Risiken liegen.

Dies erscheint auch für die Außendarstellung notwendig, um Fragen von Kooperation und Abgrenzung zu anderen Disziplinen im Gesundheitswesen klären zu können.

Die Erarbeitung der Arbeitsdefinition „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ hatte die Einigung auf das „Sollende“ – das was angestrebt wird – zum Ziel. Unserer Ansicht nach erlaubt gerade die *Fokussierung auf Familienmedizin ein ins Bewusstsein holen* dieses wichtigen Teils der Allgemeinmedizin, die Erarbeitung einer Definition von „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“ – in Analogie zur Psychosomatik in der Hausarztpraxis – „Interventionen in der Primärversorgung zu entwickeln, zu operationalisieren und überprüfbar zu machen“ (DEGAM 2014: 1). Die Breite der Arbeitsdefinition steckt einen Rahmen für weitere Forschungen zu diesem Bereich ab. Es ist anzunehmen, dass sie vor dem Hintergrund zukünftiger Forschungsergebnisse weiter zu konkretisieren ist.

Das Verhältnis von Familienmedizin zur Allgemeinmedizin und der praktische Umgang damit werden Teil der zukünftigen Diskussion bleiben. Sie berühren Fragen der Berufspolitik, der Außendarstellung von Allgemeinmedizin und ihren Inhalten wie auch die Positionierung von Allgemeinmedizin/Familienmedizin gegenüber anderen (medizinischen) Fachdisziplinen. Die Frage, wie Familien-

medizin in der täglichen hausärztlichen Praxis umgesetzt wird, ist eine Frage, die durch zukünftige Forschung zu beantworten sein wird. Hierfür hoffen wir, mit der vorliegenden Arbeitsdefinition eine Ausgangsbasis geschaffen zu haben.

6 Danksagung

Wir bedanken uns bei allen Expertinnen und Experten für ihre Teilnahme an dieser Befragung (in alphabetischer Reihenfolge):

Heinz-Harald Abholz, Ulrike Alpers, Ottomar Bahrs, Anne Barzel, Erika Baum, Silke Brockmann, Lisa Degener, Detmar Jobst, Heike Diederichs-Egidi, Norbert Donner-Banzhoff, Antje Erler, Bernd Hemming, Eva Hummers-Pradier, Jana Isfort, Elke Jäger-Roman, Paul Jansen, Uwe Klein, Frank H. Mader, Brigitte März, Josta Meidl, Hans-Michael Mühlenfeld, Olaf Reddemann, Ute Renkes-Hegendörfer, Hartmut Rohlfing, Gernot Rüter, Ulrike Rüter, Holger Schelp, Iris Schluckebier, Guido Schmiemann, Jost Steinhäuser, Gisela Volck, Stefan Wilm, Anja Wollny.

7 Literatur

Adler M (1996): Gazing into the oracle. The Delphi method and its application to social policy and public health. London: Kingsley Publishers

Baker J, Lovell K, Harris N (2006): How expert are the experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. *Nurse Researcher* (2006), 14 (1); ProQuest Health & Medical Complete: 59-70

Becker H, Erb G, Friedrich H et al. (Hrsg.) (1981): Psychosozial. Zeitschrift für Analyse, Prävention und Therapie psychosozialer Konflikte und Krankheiten. Schwerpunktthema: *Familienmedizin. psychosozial* 1981 (3)

DEGAM (2014): Positionspapier: Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin – Ziele, Kompetenzen, Methoden. Frankfurt am Main. Frankfurt am Main: DEGAM. http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Psychosomatische_Grundversorgung_final.pdf

DEGAM (2012): DEGAM-Zukunftspositionen. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis. Frankfurt am Main: DEGAM. http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf

Diamond IR, Granta RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, Wales PW (2014): Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology* 67 (2014): 401-409

Häder M (2009): Delphi-Befragung. Ein Arbeitsbuch. 2.Auflage. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften (3.Auflage, 2013)

Häder M, Häder S (2000): Die Delphi-Technik in den Sozialwissenschaften. Methodische Forschungen und innovative Anwendungen. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag

Hasson F, Keeney S, McKenna H (2000): Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 32(4): 1008-1015

Himmel W, Kochen MM (1998): Der familienmedizinische Ansatz in der Allgemeinmedizin. *Deutsches Ärzteblatt* 1998; 95: A-1794-A-1797

- Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA (2010): Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(31-32): 543-551 DOI: 10.3238/arztebl.2010.0543
- Jones J, Hunter D (1995): Qualitative Research: consensus methods for medical and health services research. Brit Med J. 1995; 311: 376-380
- Jurczyk K, Klinkhardt J (2014): Vater, Mutter, Kind? Acht Trends in Familien, die Politik heute kennen sollte. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung
- Kalitzkus V, Wilm S (Hrsg.) (2013): Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft. Düsseldorf, düsseldorf university press
- Landeta J (2006): Current validity of the Delphi method in social sciences. Technological Forecasting & Social Change 73 (2006): 467-482
- Linston HA, Turoff M (Hrsg.) (1975): The Delphi method: techniques and applications. Reading
- Mullen, Penelope M (2003): Delphi: myths and reality. Journal of Health Organization and Management, Vol. 17 No. 1, 37 – 52, MCB UP Limited, 1477-7266. DOI 10.1108/14777260310469319 <http://www.emeraldinsight.com/1477-7266.htm>
- Nave-Herz R (2013): Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde, 3. Auflage, Weinheim, Juventa
- Pentzek M, Wollny A, Herber OR et al. (2012): Itemkonstruktion in sequenziellen Mixed-methods-Studien. Methodenbeschreibung anhand eines Beispielprojekts. Z Allg Med 2012; 88 (12): 520-527
- Porst R (2008): Fragebogen – Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH
- Rosenbaum H (2014): Familienformen im historischen Wandel, in: Steinbach A.-Hennig M.-Becker O.A.(Hrsg.): Familie im Fokus der Wissenschaft, Wiesbaden: 19-39
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sonderfassung. Baden-Baden, 2009
- Steyaert S, Lisoir H, Nentwich M (Hrsg.) (2006): Leitfaden partizipativer Verfahren. Ein Handbuch für die Praxis. Brüssel/Wien, KBS, viWTA und ITA (insb. Kapitel 8: Delphi-Verfahren)
- Vollmar HC, Waldmann UM, Sönnichsen A, Schürer-Maly CC, Gensichen, J (2007): Perspektiven von E-Learning in der Allgemeinmedizin – eine Delphi-Studie unter Berücksichtigung von Experten und Interessenten. Z Allg Med 2007; 83: 185-190
- Willi J (1981): Vorwort. In: Becker H, Erb G, Friedrich H et al. (Hrsg.): Psychosozial. Zeitschrift für Analyse, Prävention und Therapie psychosozialer Konflikte und Krankheiten. Schwerpunktthema: Familienmedizin. psychosozial 1981 (3), S. 5-7
- World Health Organization (2015): WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report. Genf: WHO Press

Anhang/Material

- Anhang 1: Einladungsschreiben zur Teilnahme an der Befragung
- Anhang 2: Fragebogen 1
- Anhang 3: Fragebogen 2
- Anhang 4: Erläuterungen zu Fragebogen 2
- Anhang 5: Fragebogen 3
- Anhang 6: Fragebogen 2 – Auszählung
- Anhang 7: Fragebogen 3 – Auszählung
- Anhang 8: Kurzfassung Arbeitsdefinition „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“