Zeitschrift für Gesundheitspolitik
ZGP
Ausgabe 01/2017

Schwerpunktthema

Allgemeinmedizin – Fach mit Zukunft?!

LIG
LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Schwerpunktthema

Allgemeinmedizin – Fach mit Zukunft?!

ZGP

Zeitschrift für Gesundheitspolitik
ZGP

Schwerpunktthema

Allgemeinmedizin – Fach mit Zukunft?!

Ausgabe 1/2017

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: www.fotolia.com (Max Topchii)
Redaktion: Mag. Katharina Riedler
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser

Der Beruf des Allgemeinmediziners gewinnt derzeit international an Bedeutung. Die moderne Wohlstandsgesellschaft und die steigende Lebenserwartung bringen neue medizinische Herausforderungen mit sich, die bestens ausgebildete Generalisten fordern. Chronische und komplexe Krankheitsbilder, aber auch angespannte öffentliche Budgets lassen die Funktion der Hausärzte als Gatekeeper und Navigatoren durch das Gesundheitssystem immer wichtiger werden. In vielen Ländern wurde das bereits früh erkannt und gefördert, andere hinken noch hinterher. Um den aktuellen Entwicklungen gerecht zu werden, ist es unter anderem erforderlich, die Ausbildung der Allgemeinmediziner aufzuwerten und entsprechend anzupassen. Aber auch die Arbeitsbedingungen der Hausärzte bedürfen einer Revision, um genügend Nachwuchs für die Disziplin zu finden.

Das vorliegende Heft stellt die allgemeinmedizinische Ausbildung in Österreich vor und beschäftigt sich auch mit der Ausbildungssituation in anderen Staaten. Darüber hinaus wird das oberösterreichische Modell des Ärztenotdienstes „HÄND" vorgestellt, das die Arbeitssituation für Hausärzte erheblich verbessert und damit zur attraktiveren Gestaltung des Berufes beiträgt. In der Ausgabe findet sich auch wieder eine Befragung, die das Image der niedergelassenen Haus- und Fachärzte in der Bevölkerung widerspiegelt. Eine weitere Umfrage unter Ärzten vom Sommer 2016 zeigt, welche Aspekte junge Ärzte bei ihrer Berufswahl Allgemeinmediziner bzw. Facharzt am meisten beschäftigen und daher ihre Entscheidung maßgeblich beeinflussen.

Wir glauben daran, dass „Allgemeinmediziner" ein Beruf mit einer hervorragenden Zukunftsperspektive ist, und möchten mit dieser Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik zu einer positiven Weiterentwicklung der Profession beitragen. Wir wünschen wie immer viel Freude beim Lesen der Beiträge!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Facharzt für Allgemeinmedizin – Chance oder Gefahr? Option oder Notwendigkeit? 9
Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier

Ärzteausbildung neu – eine kritische Betrachtung aus Sicht der Auszubildenden 27
Dr. Sebastian Huter, Dr. Jan Katzbeck, Dr. Maria Wendler

Ausbildung „neu“ 39
Dr. Thomas Jungblut, Dr. Reinhold Glehr, Mag. Stefan Nitz

Evaluierung des Hausärztlichen Notdienstes in OÖ 49
Mag. Alois Alkin, Mag. Martin Keplinger

Ausbildung zum Allgemeinmediziner im Vergleich 57
Mag. Katharina Riedler

Befragung: Haus- und Fachärzte im Meinungsspiegel 73
Prof. Dr. Werner Beutelmeyer

Ärzte-Befragung: Pro und Contra von Allgemeinmedizin und Spezialisierung 91
Mag. Katharina Riedler

Auf den StandPunkt gebracht 101
Mit Beiträgen von MR Dr. Wolfgang Ziegler, LAbg. Bgm. KommR Mag. Alfred Riedl, Dr. Angelika Reitböck und GD-Stv. Mag. Bernhard Wurzer

News aus den Gesundheitssystemen 111

Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier

Arzt für Allgemeinmedizin, ehemaliger Vorstand der Abteilung Allgemeinmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien

Facharzt für Allgemeinmedizin – Chance oder Gefahr? Option oder Notwendigkeit?

Der Einfachheit und besseren Lesbarkeit halber sind die verwendeten Bezeichnungen geschlechtsneutral zu verstehen.

1. Einleitung **11**

2. Entwicklung der Weiterbildung in Österreich **14**

3. Entwicklung der Weiterbildung im Ausland **16**

4. Nachteile und Befürchtungen im Fall der Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin in Österreich **20**

5. Vorteile und Chance durch die Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin **22**

6. Hindernisse **24**

Literatur **26**

In Österreich sind die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und die Bemühungen und Diskussionen um deren Verbesserung ein Dauerthema. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, einerseits einen Überblick über die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in Europa zu geben und andererseits die insbesondere für Österreich zutreffenden Argumente für eine grundlegende Änderung zu liefern.

Die ständig steigenden Ansprüche und Erwartungen von Patienten und Gesellschaft an eine hochwertige und verantwortungsvolle ärztliche Tätigkeit im Primärversorgungsbereich hat in der westlichen Welt zu Initiativen geführt, die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zu verbessern und ihre Qualität zu sichern. In vielen Ländern Europas wurde die Weiterbildung besser strukturiert, Lernziele und Kompetenzniveaus definiert, der Weiterbildungszeit in der Lehrpraxis ein größerer Stellenwert beigemessen und in fast allen Ländern Europas der Facharzt für Allgemeinmedizin eingeführt. In Österreich hingegen ist die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in den letzten Jahrzehnten trotz mehrerer Novellen im Wesentlichen unverändert geblieben und hat im europäischen Vergleich den Status eines Entwicklungslandes erreicht. Die fruchtlose langjährige Diskussion darüber zeugt von Unwissenheit sowie Ahnungslosigkeit und ist geprägt von Missverständnissen, Befürchtungen, der Scheu vor Veränderungen und mangelndem politischem Willen.

Auf Basis der wissenschaftlichen Literatur und der internationalen Gegebenheiten wird argumentiert, dass Ärzte, Patienten und das österreichische Gesundheitssystem gleichermaßen von der Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin profitieren würden. Nicht zuletzt ist wegen der Abwanderung von Absolventen der Medizin und der aus mehreren Gründen drohenden Gefährdung der Grundversorgung der Bevölkerung in Österreich die Einführung des Facharztes eine absolute Notwendigkeit und nicht nur eine Option.

1. Einleitung

Etwa 70 % aller Staatsbürger suchen in Österreich einmal im Jahr ihren Hausarzt/Allgemeinmediziner auf; dabei werden 70 bis 80 % aller Gesundheitsstörungen behandelt und zufriedenstellend gelöst, ohne dass die Patienten an die zweite oder dritte Versorgungsebene des Gesundheitssystems überwiesen werden.[1] In den Niederlanden, wo es im Gegensatz zu Österreich gesetzliche Zugangsregelungen zur zweiten und dritten Versorgungsebene gibt, liegt dieser Prozentsatz sogar bei etwa 95 %. Relevant ist weiterhin, dass 70 bis 80 % aller Kosten im Gesundheitsbereich entweder direkt oder indirekt durch Entscheidungen entstehen, die in der Primärversorgungsebene beim Hausarzt getroffen werden. Wissenschaftlich bewiesen ist auch, dass eine hochwertige medizinische Grundversorgung – mit besseren Betreuungsergebnissen für die Patienten – mit einer größeren Versorgungsgerechtigkeit und mit niedrigeren Kosten assoziiert ist.[2] Es ist deshalb unumstritten, dass nur eine qualitativ hochwertige Aus- und Weiterbildung zum Allgemeinmediziner/Primary Care Physician diesen Ansprüchen gerecht werden kann.

In Österreich sind die Aus- und Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und die Bemühungen und Diskussionen um deren Verbesserung ein Dauerthema, und das nicht seit einigen Jahren, sondern seit Jahrzehnten. Zumindest seit den 70er Jahren (das war jene Zeit, in der ich selbst meine Turnusweiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin durchlaufen habe) wird in regelmäßigen Intervallen über die Mängel der medizinischen Grundausbildung an den Universitäten in Österreich hinsichtlich des Faches Allgemeinmedizin sowie über die Mängel bei der anschließenden Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin („Turnusausbildung") berichtet. Obwohl seit jeher die Mehrzahl der Absolventen von medizinischen Universitäten in der Primärversorgung als Ärzte für Allgemeinmedizin tätig werden und Ärzte für Allgemeinmedizin die größte Gruppe der Mediziner innerhalb des Berufsstandes darstellen, wurde das Fach Allgemeinmedizin in Österreich überhaupt erst 1991 erstmals an der MUW institutionalisiert; im Jahr 2001 wurde an der MUW die erste universitäre Abteilung für Allgemeinmedizin gegründet und im Jahr 2004 die erste Professur besetzt.

Beim „Turnus" wird seit Jahrzehnten kritisiert, dass die eigentlich in postpromotioneller Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin stehenden Jungärzte lediglich als Systemerhalter zur Aufrechterhaltung des Routinebetriebs im Kran-

1 Pichlhöfer, Maier (2015)
2 Rawaf, De Maeseneer (2008)

kenhaus und an der jeweiligen Abteilung dienen und ihre berufliche Weiterbildung keine Priorität hat. Das Dauerproblem „Allgemeinmedizinische Lehrpraxis" und deren fehlende Finanzierung sei noch ergänzend als Beweis für die langjährige Diskussion um die Mängel in der Weiterbildung und um deren Behebung angeführt.

Man sollte meinen, dass diese langjährig und regelmäßig vorgebrachte, einhellige und erdrückende Kritik die verantwortlichen Personen und Institutionen längst davon überzeugt haben sollte, effiziente Maßnahmen zur unmittelbaren Behebung dieser Kritikpunkte und Mängel einzuleiten. Dies ist jedoch leider nicht der Fall: Nach vielversprechenden Veränderungen an den Medizinischen Fakultäten und Universitäten in Österreich um das Jahr 2000 (Curriculum-Reform), wo z.B. jeder Studierende der MUW zumindest vier Tage in einer Ordination für Allgemeinmedizin verbracht hat, ist seit 2011 die inhaltliche Präsenz der Allgemeinmedizin und die Anzahl der Lehrveranstaltungen durch weitere sogenannte „Curriculum-Reformen" etwa halbiert worden; die vorher für alle Studierenden verpflichtende allgemeinmedizinische Praxis wurde 2013 abgeschafft und in ein Wahlfach umgewandelt. Durch diese inhaltlich-didaktische Rückentwicklung ist es daher wie bis zum Jahr 2000 wieder möglich, dass Absolventen der MUW während ihres sechsjährigen Studiums nicht mit dem weltweit für Gesundheitssysteme wichtigsten Fach konfrontiert werden.

Ergänzend und erklärend zu diesen Gegebenheiten ist eine rezente Untersuchung unter Studierenden der MUW anzuführen, deren Ergebnisse zeigen, dass sie die derzeitige klinische Ausbildung in Wien während ihrer Famulaturen, ihrer Tertiale und ihres „klinisch-praktischen Jahres" als deutlich schlechter als in anderen europäischen Ländern beurteilen.[3] Diese Daten sollten wachrütteln, zumal die ursprüngliche Curriculum-Reform des Jahres 2000 (MCW) insbesondere die klinische Ausbildung der Studierenden verbessern wollte. Mit diesem Rückschritt entfernt man sich in Wien im internationalen Vergleich auch immer weiter von den Empfehlungen zur zukünftigen Ausbildung von Gesundheitspersonal seitens hochrangiger Fachgremien wie der Lancet Commission aus dem Jahr 2010.[4]

In der Weiterbildung wurden nur zaghafte und ineffiziente Veränderungen mit Alibicharakter durchgeführt, so dass sich der Turnus, seine „Lehrinhalte" und das Engagement bei ihrer Vermittlung weder wesentlich noch nachhaltig verbessert haben. Bedenkt man den hohen Stellenwert einer zeitgemäßen Aus- und Weiterbildung für Studierende oder Absolventen[5] und für die zukünftige Funktionstüch-

3 Setz, Turk, Löffler-Stastka (2016)
4 Frenk et al. (2010)
5 Scharer, Freitag (2015)

tigkeit des österreichischen Gesundheitssystems (wie auch aller anderen), so ist deshalb in Summe zu befürchten, dass die Emigration von Absolventen (derzeit etwa 30 %) und die Ineffizienz des österreichischen Gesundheitssystems nicht gestoppt werden können.

Trotz dieser stagnierenden Situation bei der Aus- und Weiterbildung und trotz fehlender Verbesserungen ist die Ergebnisqualität in Österreich für die medizinischen Primärversorgung in vielen Bereichen gut[6,7] und die klassischen Ergebnisparameter für Gesundheitssysteme (Lebenserwartung, Kindersterblichkeit etc…) sind mit jenen von anderen mitteleuropäischen Ländern vergleichbar. Das heißt, die Ärzte für Allgemeinmedizin in Österreich leisten trotz nicht mehr zeitgemäßer Aus- und Weiterbildung und trotz schwieriger und widriger Rahmenbedingungen im System gute Arbeit. Weniger gut sehen die Ergebnisse bei modernen Ergebnisparametern für die Effizienz von Gesundheitssystemen aus, z.B. bei den vermeidbaren Krankenhausaufnahmen, insbesondere für „primary care sensitive conditions". Dies ist einer von mehreren Gründen, warum in großen vergleichenden Studien die Gesamtposition der Primärversorgung in Österreich als schwach (nicht schlecht!) kategorisiert wird.[8]

Auf Grund der o.g. Gegebenheiten und den Erfahrungen der letzten 70 Jahre mit „Reformen" und den politischen Absichtserklärungen zur „Stärkung der Allgemeinmedizin und des niedergelassenen Bereichs" kann deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass es in Österreich jetzt plötzlich rasch, effizient und nachhaltig zu den notwendigen Veränderungen kommen wird. Die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin muss aber GRUNDLEGEND und FUNDAMENTAL geändert werden, um den bestehenden großen Abstand zu anderen Ländern zu verkleinern und um auch in Zukunft eine hochqualitative primärmedizinische Versorgung der Bevölkerung zu sichern.

Ich hoffe, mit diesem vorliegenden Beitrag einerseits einen Überblick über die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in Europa geben zu können und andererseits die insbesondere für Österreich zutreffenden Argumente für eine grundlegende Änderung zu liefern.

6 Hoffmann, Wagner, Maier et al. (2011)
7 Pichlhoefer, Maier, Badr-Eslam, Ristl, Zebrowski, Lang (2017)
8 Kringos et al. (2013)

2. Entwicklung der Weiterbildung in Österreich

Die derzeitige Struktur der Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin geht in Österreich auf die Zeit nach 1945 zurück. Seit damals gibt es die „Turnusausbildung", die durch eine Rotation des Auszubildenden (eigentlich des postpromotionell Weiterzubildenden) durch die wichtigsten klinischen Fächer im Krankenhaus die notwendigen Fertigkeiten und Kenntnisse vermitteln soll, die der spätere Arzt für Allgemeinmedizin in der Praxis benötigen wird. Mit anderen Worten, er wird für seine spätere berufliche Tätigkeit außerhalb des Krankenhauses an Hand jener Patienten weitergebildet, die er später eben ins Krankenhaus einweisen wird, weil er mit ihnen in seiner Praxis nicht adäquat zurechtzukommen glaubt. Die in der allgemeinmedizinischen Praxis häufigen Gesundheitsstörungen, Frühstadien von Erkrankungen, komplexen bio-psycho-sozialen Gesundheitsprobleme oder mehrfach chronisch Erkrankten sowie deren Management in der Praxis und im realen Alltag kann er im Krankenhaus nicht kennenlernen, weil sie dort kaum zu finden sind.

Diese Erkenntnis hat weltweit dazu geführt, dass ein großer Teil der gesamten Weiterbildungszeit zum Arzt für Allgemeinmedizin dort angesiedelt wurde, wo der zukünftige Arzt für Allgemeinmedizin tatsächlich ärztlich tätig werden wird – nämlich in der Lehrpraxis. Der Weiterbildungszeit und den Inhalten dieser strukturierten und zeitgemäßen Weiterbildung in der Lehrpraxis wird in den meisten Ländern – insbesondere in jenen mit starker Primärversorgung wie England, Holland oder Skandinavien – seit Jahrzehnten besonderer Stellenwert beigemessen. Die Evaluierungen bestätigen diese wesentliche Bedeutung der Lehrpraxis in der Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin.[9]

So wurde schließlich mit großer Verspätung auch in Österreich die Lehrpraxis eingeführt, allerdings nur halbherzig, da sie auch in der Ambulanz eines Krankenhauses absolviert werden kann (!, ein Paradoxon). Darüber hinaus existieren seit Jahren heftig monierte und umstrittene Limitierungen, was die Förderung dieser Lehrpraxiszeit für Turnusärzte betrifft. Aufgrund der Schwierigkeiten bei der finanziellen Unterstützung der Lehrpraxis und aufgrund der zeitlichen Limitierung sowie der organisatorisch schwierigen Rahmenbedingungen wurde deshalb die Lehrpraxis nur von vergleichsweise wenigen Turnusärzten absolviert.

9 Thomson, Anderson, Haesler, Barnard, Glasgow (2014)

Mittlerweile liegen ausreichend Daten über die wichtige Funktion der Lehrpraxis in der Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin vor[10,11] und mehrfach haben auch extra eingeladene internationale Experten bei gesundheitspolitischen Veranstaltungen in Österreich diesen zentralen Stellenwert bestätigt und unterstrichen. So wurde z.B. klar, dass in relevanten Ländern in Europa 18 Monate und mehr in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis üblich sind und nur ausgewählte Fachbereiche im Krankenhaus erlebt und erlernt werden. Der damalige Gesundheitsminister quittierte diese Informationen öffentlich mit der Aussage: „Ich bin der Meinung, dass sechs Monate auch reichen müssen." Und tatsächlich hat man bei der letzten Novelle der Ärzteausbildung an der sehr kurzen Zeit von 6 der insgesamt 42 Monate für die Lehrpraxis festgehalten – ein Verhältnis, das sich in anderen Fächern niemals durchsetzen lassen würde und international gleichermaßen blamabel wie fahrlässig ist; allerdings besteht die Absicht, diese sechs Monate später auf bis zu zwölf Monate zu erhöhen. Dass die Finanzierung dieser Lehrpraxis bis jetzt nicht geklärt ist, ist andererseits wieder kein gutes Zeichen, sollte aber niemanden mehr überraschen.

Die seit Juni 2015 geltende neue Ärzteausbildungsordnung und ihre Umsetzung haben bereits in kurzer Zeit sogar zu deutlichen negativen Konsequenzen geführt. Krankenhäuser haben wenig Interesse, Medizin-Absolventen für den Common Trunk aufzunehmen, wenn sie die Absicht haben, später das Fach Allgemeinmedizin zu ergreifen. Den Bewerbern werden bereits vor dem Common Trunk Verträge für spätere Facharztweiterbildungsstellen vorgelegt, und jene Kollegen, die sich trotzdem für Allgemeinmedizin entscheiden, bekommen zum Teil eine geringere Bezahlung! In vielen Bundesländern und Krankenhäusern ist nur ein Bruchteil der verfügbaren Turnusstellen besetzbar. An der grundsätzlichen Ausrichtung des Turnus, an der (verbindlichen) Vermittlung der Weiterbildungsinhalte und der (fehlenden) Qualitätssicherung bei den Weiterbildungsstätten sowie bei den für die Weiterbildung verantwortlichen Personen hat sich nichts geändert. Die in Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin stehenden Jungärzte sind nach wie vor Systemerhalter für den Routinebetrieb des Krankenhauses und seiner Abteilungen.

Trotz mehrerer Novellen ist die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin damit im Wesentlichen in den letzten Jahrzehnten unverändert geblieben. Dass es in Einzelfällen immer wieder auch gute Weiterbildungserfahrungen gab und gibt, soll hier nicht unerwähnt bleiben; wenn die Weiterbildung tatsächlich ernst genommen wird, liegt das aber in der Regel am Engagement der betreffenden Personen und nicht an den Gesetzen und Rahmenbedingungen, die eigentlich den Mindeststandard sicherstellen sollten.

10 Thomson, Anderson, Haesler, Barnard, Glasgow (2014)
11 Easton, Johnson (2001)

3. Entwicklung der Weiterbildung im Ausland

Die ständig steigenden Ansprüche und Erwartungen von Patienten und Gesellschaft an eine hochwertige und verantwortungsvolle ärztliche Tätigkeit im Primärversorgungsbereich haben in der westlichen Welt zu vielerlei Bemühungen und Initiativen geführt, die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zu verbessern und ihre Qualität zu sichern. In vielen Ländern Europas wurde die Weiterbildung besser strukturiert, Lernziele und Kompetenzniveaus definiert, der Weiterbildungszeit in der Lehrpraxis ein größerer Stellenwert beigemessen und in fast allen Ländern Europas der Facharzt für Allgemeinmedizin eingeführt (Tab. 1). Lediglich die Slowakei und Italien haben wie Österreich noch immer keinen Facharztstatus für die Ärzte für Allgemeinmedizin, wie diese Tabelle veranschaulicht.[12] Auch in den USA wurde schon vor langer Zeit die Facharztweiterbildung (residency training) zum Family Physician ebenso wie in Australien etabliert.

Land	AM in BME, Monate	AM im KPJ, Monate	AM Weiterbildung KH	AM Weiterbildung LP	AM Weiterbildung Dauer	AM Weiterbildung theor. Unterricht	Facharzt
Österreich	optional 1	Wahlfach, max. 4	3 Jahre, maximal	maximal 6 Monate	3,5 Jahre	nein	nein
Belgien	6	1	1 Jahr, maximal	Minimum 2 Jahre	3 Jahre	ja, 300 Stunden	ja
Bulgarien	0,5	15,5	1,2 Jahre	1,5 Jahre	3 Jahre	ja, 36 Wochen	ja
Kroatien	1,5	3	2 Jahre	2 Jahre	4 Jahre	ja, 400 Stunden	ja
Tschechien	0,5	0,5	Minimum 1 Jahr	Minimum 1 Jahr	3 Jahre	ja, 48 Stunden	ja
Dänemark	1	6	2,5	2,5 Jahre	5 Jahre	ja, 320 Stunden	ja
Estland	1,5	0	1,5 Jahre	1,5 Jahre	3 Jahre	ja, 1 Tag/Monat	ja
Finland	2	9	maximal 3 Jahre	Minimum 2,7 Jahre	6 Jahre	ja, 120 Stunden	ja
Deutschland	variabel	variabel	3 Jahre	2 Jahre	5 Jahre	ja	ja
Griechenland	1	0	3 Jahre	1 Jahr	4 Jahre	ja, 80 Stunden	ja
Ungarn	0,5	0	1 Jahr	Minimum 1 Jahr	3 Jahre	ja, 60 Stunden	ja

12 http://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database

Irland	2	0	2 Jahre	2 Jahre	4 Jahre	ja	ja
Italien	variabel	variabel	3 Jahre	0	3 Jahre	ja	nein
Lettland	0	0	1,5 Jahre	1,5 Jahre	3 Jahre	ja	ja
Niederlande	2,5	2,5	0,7 Jahre	2 Jahre	3 Jahre	ja	ja
Norwegen	1 oder 2	6	Minimum 1 Jahr	Minimum 4 Jahre	5 Jahre	ja	ja
Polen	1	2	1,8 Jahre	2,2 Jahre	4 Jahre	ja, 308 Stunden	ja
Portugal	3	3	1 Jahr	2 Jahre	4 Jahre	ja, 100 Stunden	ja
Rumänien	0	0	Minimum 1,2 Jahre	durchschnittlich 1,5 Jahre	3 Jahre	ja, 264 Stunden	ja
Slowakei	0	0	Minimum 2 Jahre	Minimum 6 Monate	3,5 Jahre	ja, 100 Stunden	nein
Slowenien	2	0	2 Jahre	2 Jahre	4 Jahre	ja, 360 Stunden	ja
Spanien	6	0	Wahl	Minimum 2 Jahre	4 Jahre	ja	ja
Schweden	2	6	durchschnittlich 1,5 J.	Minimum 2,5 Jahre	5 Jahre	ja, 100 Stunden/ Jahr	ja
Schweiz	1	1	Minimum 2 Jahre	Minimum 6 Monate	5 Jahre	ja	ja
Türkei	2	2	1,5 Jahre	1,5 Jahre	3 Jahre	ja	ja
UK	1,5	4	Maximum 1,5 Jahre	Minimum 1,5 Jahre	3 Jahre	ja, 20 Stunden	ja

Tabelle 1: Durchschnittliche Werte pro Land. Werte obligat, wenn nicht optional angeführt. Daten von Webseite der EURACT (http://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database), nicht immer auf alle Universitäten zutreffend, Daten aus Ö. seit 2015

Wenn man in Österreich von einem Facharzt spricht, so versteht man darunter üblicherweise einen ärztlichen Spezialisten für ein bestimmtes medizinisches Fachgebiet, wie zum Beispiel die Innere Medizin, die Chirurgie oder die Kardiologie oder Pulmologie. Man verbindet damit ein vertieftes, gründliches Wissen auf einem im Verhältnis zur Breite der gesamten Medizin meist eher schmalen Fachgebiet. Im Gegensatz dazu ist das Fach Allgemeinmedizin nicht durch die Tätigkeit in einem bestimmen medizinischen Fachbereich charakterisiert, sondern durch seine Tätigkeit in einem bestimmten Versorgungsbereich, nämlich der Primärversorgung oder der ersten Ebene der Gesundheitsversorgung. Es ist daher das Charakteristische des Faches Allgemeinmedizin, auf kommunaler Ebene in der Primärversor-

gung von Gesundheitssystemen tätig zu sein und dort eine personenorientierte, langzeitausgerichtete und umfassende Betreuung von Personen und Patienten sicherzustellen, wobei das Spektrum der Tätigkeitsbereiche von der Gesundheitsvorsorge bis zur Palliativmedizin reicht. Es ist daher ein grundsätzliches Missverständnis, wenn befürchtet wird, dass durch die Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin das breite Spektrum an ärztlichen Tätigkeiten ähnlich wie bei Fachärzten in medizinischen Spezialgebieten eingeschränkt und auf diese Tätigkeit reduziert werden könnte, weil das Fach Allgemeinmedizin definitionsgemäß eben eine umfassende und für alle Gesundheitsprobleme adäquate ärztliche Vorgangsweise sicherstellt. Dem zufolge definiert die europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin den Allgemeinmediziner/Hausarzt/Familienmediziner/Primärversorger als Spezialisten für die ärztliche Tätigkeit in der Primärversorgung.13

Aufgrund der internationalen Situation und der Defizite in Österreich wurde bereits Anfang 2000 seitens der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM) ein umfassendes und detailliertes Konzept für eine Facharztweiterbildung im Fach Allgemeinmedizin entwickelt, das hinsichtlich Gesamtdauer, Lehrpraxis, Inhalten, Lernzielen und Kompetenzniveaus in den einzelnen Disziplinen und Bereichen auf Best-Practice-Modelle und evidenzbasierte Strategien zurückgegriffen hat. Dieses Konzept wurde 2004 schließlich von der Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer positiv verabschiedet. Leider ist es bis jetzt nicht zu einer Umsetzung gekommen. Die Gründe dafür sind zweifellos vielfältig, dürften jedoch in erster Linie an den sich aus einer Umsetzung des Konzepts ergebenden großen Veränderungen für die Krankenhäuser und deren Routinebetrieb zu suchen sein. Darüber hinaus ist es sehr bedauerlich, dass gerade jene Ärztekammerfunktionäre, die zu diesem Zeitpunkt für die Turnusärzte zuständig waren, im Ministerium mit der Bitte vorstellig wurden, dieses Konzept trotz des Beschlusses der Österreichischen Ärztekammer nicht umzusetzen. Wahrlich ein Ruhmesblatt für die Annalen!

Im internationalen Vergleich ist es insbesondere notwendig, die fachliche Kompetenz und Effizienz von Ärzten in der Primärversorgung hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten zu verbessern (z.B. Durchführung von Routine-Cervix-Abstrichen, von Lungenfunktionstests, Verfügbarkeit von Schnelltests/Point-of-Care-Tests, einfache Ultraschall-Befundung etc.), die kommunikative Kompetenz, die psychosoziale Kompetenz, die Kompetenz für Organisationsabläufe und für das Qualitätsmanagement in der Primärversorgung aber auch im Gesundheitssystem sicherzustellen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Förderung der Fähigkeit zur Arbeit in multiprofessionellen Teams, wie sie in zeitgemäßen Modellen der effizienten Primärversorgung vermehrt anfallen wird (PHC-Modell).

13 http://www.woncaeurope.org/gp-definitions

Die Weltorganisation der Allgemeinärzte (Wonca) hat deshalb in ihrer Arbeitsgruppe für die medizinische Aus- und Weiterbildung einen globalen Standard für die postgraduelle Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin entwickelt, in dem wesentliche Eckpunkte von den Definitionen über die Ziele, die Trainingsprozesse, die Evaluierung bis zur Ausbildung der Trainer und Auswahl der Kandidaten enthalten sind.14 So wird zum Beispiel gefordert, dass das postgraduelle Training auf Basis eines systematischen Trainingsprogrammes erfolgen muss, welches praxisbasiert und in jenem Kontext erfolgen muss, in dem die Allgemeinmedizin für die Patienten im Regelfall angeboten wird (d.h. in der Lehrpraxis). Die Weiterbildung muss auch wissenschaftliche Kompetenzen umfassen, insbesondere wissenschaftliche Methoden, mit denen im Fachbereich Allgemeinmedizin Fragen gestellt und wissenschaftlich korrekt beantwortet werden können. Gefordert wird auch eine Selektion der für die Weiterbildung und die spätere Tätigkeit am besten geeigneten Kandidaten. Nicht nur Lernziele, sondern auch konkrete Kompetenzniveaus („kann etwas routinemäßig durchführen" bis „hat theoretische Kenntnis davon") sollten im Ausbildungsprogramm beschrieben, sowie im abschließenden oder begleitenden Evaluierungsverfahren erfasst werden.

Zweifellos zielt dieser Standard für die medizinische Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin darauf ab, die Weiterbildung global zu harmonisieren, weltweit ein Mindestniveau zu sichern und die Voraussetzungen für effiziente Gesundheitssysteme zu schaffen.

14 http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf

4. Nachteile und Befürchtungen im Fall der Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin in Österreich

Zu den Befürchtungen gehört es zweifellos, dass es durch die Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin, ähnlich wie bei Fachärzten in medizinischen Teilbereichen, zu einer Einschränkung der Tätigkeitsbereiche auch beim Hausarzt kommen würde. Diese Befürchtung ist – wie bereits oben ausgeführt – völlig unberechtigt, weil die Tätigkeit des Allgemeinarztes – ob mit oder ohne Facharzttitel – eben nicht auf ein bestimmtes medizinisches Tätigkeitsfeld beschränkt ist, sondern generalistisch und umfassend für die Anforderungen in der medizinischen Primärversorgung des Gesundheitssystems ausgerichtet ist. Mit anderen Worten, es handelt sich bei dieser Befürchtung um ein Missverständnis und eine Fehlinterpretation, weil die übliche Annahme und Einschätzung aus dem fachärztlichen Bereich unreflektiert für das Fach Allgemeinmedizin übernommen wird.

Eine weitere Befürchtung der Kollegenschaft ist, dass in der hausärztlichen Tätigkeit als Facharzt bestimmte Leistungen verpflichtend angeboten werden müssten. Dies würde und müsste sehr wahrscheinlich im Interesse einer flächendeckenden und effizienten Primärversorgung der Fall sein (z.B. Teilnahme am „Therapie-aktiv"-Programm, Durchführung der Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigen); relativiert würde diese Verpflichtung aus meiner Sicht aber dadurch, dass sie nur in einem Primärversorgungsteam (PHC, PVE) angeboten werden müsste und nicht durch jeden einzelnen Hausarzt. Regeln für eine derartige Verpflichtung müssten dabei zwischen Ärztekammer und Sozialversicherungen vereinbart werden.

Eine Befürchtung von Universitätsabsolventen oder von angehenden Medizinern scheint es zu sein, dass sich die Weiterbildungszeit und damit die Zeit bis zur eigenverantwortlichen Berufstätigkeit verlängern könnte. Dies ist richtig – international ist eine Facharztweiterbildung meist nicht in drei Jahren zu absolvieren. Allerdings wären mit einer derartigen verlängerten, grundsätzlich neuen Weiterbildungszeit selbstverständlich auch neue Lerninhalte und Kompetenzen verbunden, die die Weiterbildung, ihre Qualität und die vermittelten Fertigkeiten auf ein internationales Niveau bringen würden. Das sollte im tiefsten Interesse jedes

Jungmediziners sein, was wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen.[15,16] Mit anderen Worten: Eine Facharztweiterbildung darf keineswegs bedeuten, Mehr von Demselben tun zu müssen, wie das von manchen Seiten befürchtet wird, d.h. eine um Monate oder Jahre verlängerte aber trotzdem ungenügende Turnusweiterbildung.

Eine weitere Befürchtung könnte es sein, dass zwei Klassen von Allgemeinmedizinern entstehen könnten, jene mit der bisher üblichen Turnusweiterbildung und jene mit einer Facharztweiterbildung. Da es nicht sein darf, dass diese Befürchtung eine positive Entwicklung der Weiterbildung der zukünftigen Ärzte für Allgemeinmedizin verhindert, ist die Lösung dieses Problems eine Aufgabe der Standesvertretung.

Die Verantwortlichen für die Finanzierung des Gesundheitssystems könnten befürchten, dass mit der Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin auch höhere Honorarforderungen gestellt werden, als dies in der Vergangenheit der Fall war. Diese Befürchtung ist meines Erachtens nicht nur realistisch, sondern auch berechtigt. In vielen Ländern, in denen die Primärversorgung eine starke Position und eine entsprechende Wertschätzung im Gesundheitssystem hat, sind Allgemeinärzte zumindest so gut honoriert wie ihre Facharztkollegen, in einigen Ländern sogar besser. Bedenkt man die zentrale Stellung einer kompetenten Primärversorgung für Patienten und Gesundheitssystem, dann kann man eine derartige Vorstellung und Forderung schlecht wegargumentieren.

Die medizinischen Universitäten in Österreich, die dem Fach Allgemeinmedizin noch immer einen untergeordneten Stellenwert beimessen, würden durch eine Facharztweiterbildung im Fach Allgemeinmedizin vor neue Gegebenheiten gestellt. Es wäre wünschenswert und sinnvoll, dass die medizinischen Universitäten dann auch ihre medizinische Grundausbildung anpassen müssten, indem sie ihr Angebot an Inhalten der allgemeinmedizinischen Lehrveranstaltungen und Praktika im Medizinstudium auf die Facharztweiterbildung abstellen sollten. Ob sie dies als Bürde empfinden oder mit offenen Armen aufnehmen würden, sei dahingestellt.

Bedenkt man die Forderung nach einer wissenschaftlichen Ausbildung und Kompetenz im Fach Allgemeinmedizin – sowohl in der universitären Grundausbildung als auch in der postpromotionellen Weiterbildung –, dann könnten auch die Förderinstitutionen für wissenschaftliche Forschung in Österreich vor neue Herausforderungen gestellt werden. Diese fördern traditionell vorwiegend Projekte aus

15 Seitz, Turk, Löffler-Stastka (2016)
16 Scharer, Freitag (2015)

der Grundlagenforschung; die angewandte Forschung oder die Versorgungsforschung werden gerne in den Bereich der Auftragsforschung und der von der Pharmaindustrie zu finanzierenden Forschung abgeschoben; es könnte daher die Forderung laut werden, die für medizinische Forschung zur Verfügung gestellten Finanzmittel in jene für die Grundlagenforschung und solche für die angewandte Forschung aufzuteilen. Da derartige Gegebenheiten im Ausland seit langem durchaus üblich sind, sehe ich das persönlich nicht als Nachteil.

5. Vorteile und Chance durch die Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin

Die möglicherweise positivste Entwicklung wäre eine mit der Einführung des Facharztes verbundene grundsätzliche und sichtbare Aufwertung des Faches Allgemeinmedizin quer durch alle Gesellschaftsbereiche sowie eine formale Gleichstellung unter den im öffentlichen Gesundheitssystem tätigen Ärzten. Die grundlegende Neugestaltung einer zeitgemäßen Weiterbildung und die Zuerkennung des Facharzttitels wäre ein längst überfälliges Zeichen seitens der Verantwortlichen im Gesundheitssystem, die Primärversorgung tatsächlich zu stärken und diese Absicht nicht nur bei diversen Gelegenheiten zu betonen oder sie in Koalitionsabkommen schriftlich festzuhalten, wie dies seit Jahrzehnten der Fall ist. Nicht zuletzt wäre es durch eine völlige Neugestaltung der Weiterbildung – im Gegensatz zu den bisher üblichen kosmetischen Veränderungen – auch einfacher möglich und sogar kaum zu vermeiden, diese Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin strukturell und inhaltlich auf ein international vergleichbares Niveau zu stellen und damit den zunehmenden Abstand der Situation in Österreich zu den internationalen Gegebenheiten zu verringern. Ein weiterer wichtiger Aspekt wäre aus meiner Sicht die absolute Notwendigkeit, die allgemeinmedizinische Lehrpraxis als zentrales Element in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu etablieren und den seit Jahrzehnten engagierten Kolleginnen und Kollegen im Lehrpraxisbereich jene Anerkennung und jenen Respekt zukommen zu lassen, der international längst üblich ist.

Basierend auf vielen Gesprächen mit jungen Kolleginnen und Kollegen sowie mit Studierenden der Medizin, aber auch aufgrund von wissenschaftlichen Erhebungen und Untersuchungen der letzten Jahre, ist weiter davon auszugehen, dass mit der Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin, samt der damit verbundenen verbesserten Weiterbildungssituation, ein wesentlicher Punkt erfüllt wäre, um das Fach Allgemeinmedizin für den klinischen, aber auch den wissenschaftlichen Nachwuchs wieder attraktiver zu machen und den potentiellen Nachwuchs für eine Tätigkeit in der Primärversorgung zu gewinnen. Es wäre zu erwarten, dass das Abwandern von Absolventen des Medizinstudiums ins Ausland aufgrund besserer Weiterbildungsmöglichkeiten und adäquater Betreuung durch kompetente Mentoren und Supervisoren reduziert und rückgängig gemacht werden könnte.

Die fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie insbesondere die für die Turnusweiterbildung zuständigen Lehrverantwortlichen an Universitäten und klinischen Abteilungen in Krankenhäusern (Ausbildungsverantwortliche) würden lernen müssen, dass sie auch den angehenden Ärzten für Allgemeinmedizin eine gleichermaßen hochqualitative und engagierte Wissensvermittlung zuteilwerden lassen müssten wie den Nachwuchsärzten im eigenen Fach.

Konsequenterweise würden natürlich die Patienten am meisten von einer adäquaten und den internationalen Gegebenheiten entsprechenden Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin profitieren. Sie könnten sich darauf verlassen, von kompetenten und im Gesundheitssystem überaus relevanten, geachteten Ärzten in der Primärversorgung in ihrer unmittelbaren Nähe betreut zu werden, ohne andere Ärzte oder Krankenhausambulanzen aufsuchen zu müssen. Dieser Aspekt ist insofern mit Einschränkungen zu sehen, als dazu in Österreich auch die Einführung einer Zugangsregelung für die zweite und dritte Versorgungsebene erfolgen müsste.

In Summe und auf Basis der internationalen wissenschaftlichen Literatur würde das österreichische Gesundheitssystem durch die Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin (unter der Voraussetzung, dass auch die gesamte Weiterbildungssituation entsprechend verbessert wird) sehr profitieren, zumal die diagnostischen und therapeutischen Schritte in der Primärversorgung zielgerichteter und effizienter, die Überweisungen und Einweisungen reduziert und dadurch mehrere Kriterien für eine effiziente Entwicklung des Gesundheitssystems erreicht werden würden.

6. Hindernisse?

Sachlich ist aufgrund der bisherigen Ausführungen daher die Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin ausschließlich zu begrüßen und zu fordern. Was könnten Hindernisse in einer derartigen Entwicklung sein, welche Voraussetzungen müssen gegeben sein? Aus Sicht des Autors dieser Zeilen ist es der politische Wille der verantwortlichen Personen und Institutionen im Gesundheitswesen (Gesundheitsministerium, Wissenschaftsministerium, Sozialversicherungen, Ärztekammer und Ärzteschaft), der notwendig ist, um die wenigen, aber zweifellos nicht unwesentlichen Hindernisse aus dem Weg zu räumen. Zu diesen Hindernissen zählen aus meiner Sicht insbesondere die derzeitigen Strukturen und Organisationsabläufe in den Krankenhäusern, für deren traditionelles Personalmanagement und für deren Aufrechterhaltung des Routinebetriebs die Turnusärzte mit ihrem situationselastischen Aufgabenprofil von entscheidender Bedeutung sind. Mit einer Veränderung in diesem Bereich wäre allerdings nur dann zu rechnen, wenn der gesamte Organisationsablauf in den Krankenhäusern und die Aufteilung der Aufgaben auf die verschiedenen Gesundheitsberufe überdacht und neu strukturiert werden würde. Aufgaben, die derzeit routinemäßig von Turnusärzten durchgeführt werden, müssten auf andere ärztliche oder nicht ärztliche Mitarbeiter aufgeteilt werden; die Weiterbildung der angehenden Fachärzte für Allgemeinmedizin – soweit diese Weiterbildung im Krankenhaus stattfindet – müsste auf ein völlig neues Niveau mit hoher Priorität gehoben werden.

Ob dies eine realistische Entwicklung sein wird, sei dahingestellt. Man könnte sogar hypothetisch formulieren, dass an derartigen Veränderungen im Grunde niemand Interesse hat und daher der echte politische Wille für die so oft strapazierte Stärkung der Allgemeinmedizin niemals vorhanden war, man das aber nicht öffentlich zugeben kann. Ein Schelm, der solches denkt …!? Allerdings ist aufgrund der sich abzeichnenden dramatischen Entwicklungen hinsichtlich der zukünftigen Versorgung der Bevölkerung durch Hausärzte davon auszugehen, dass der öffentliche Druck, das Fach Allgemeinmedizin in seiner Aus- und Weiterbildung, aber auch in seiner Positionierung und Honorierung im Gesundheitssystem nachhaltig zu stärken, so groß werden wird, dass an konkrete und einschneidende Veränderungen gedacht werden muss, um diese Situation zu verbessern.

Sollte dies jedoch nicht erfolgen, dann ist ein weiteres Defizit in der primärmedizinischen Versorgung der Bevölkerung so gut wie sicher, und die Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich würde weiter abnehmen. Es wird aus meiner Sicht daher früher oder später absolut notwendig

sein, derartige grundlegende Veränderungen zu implementieren und vehement voranzutreiben. Die Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin auf Basis einer den internationalen Gegebenheiten entsprechenden Weiterbildung mit Schwerpunkt in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis ist deshalb eine absolute Notwendigkeit und nicht nur eine Option.

Literatur

Pichlhöfer O, Maier M: Unregulated access to health-care services is associated with overutilization - lessons from Austria. Eur J Public Health 2015; 25 (3): 401- 403. DOI:https://doi.org/10.1093/eurpub/cku189

Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. The Lancet 2008;372:1365-7

Seitz T, Turk B.L, Löffler-Stastka H: Can we still stop the migration of physicians from Austria? An evaluation of clinical internships by students of the Medical University of Vienna Wien Klin Wochenschr.2016; DOI 10.1007/s00508-016-1095-5

Frenk J et al: Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010; 376: 1923–58

Scharer S, Freitag A: Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice. Wien Klin Wochenschr. 2015;127(9-10):323-9. doi: 10.1007/s00508-015-0786-7.

Hoffmann K, Wagner G, Maier M et al: Antibiotic resistance in primary care in Austria - A systematic review of scientific and grey literature. BMC Infectious Diseases. 2011;11:330 DOI 10.1186/1471-2334-11-330

Pichlhoefer O, Maier M, Badr-Eslam R, Ristl R, Zebrowska M, Lang IM : Clinical presentation and management of stable coronary artery disease in Austria. PLoS ONE 2017; 12(4): e0176257. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176257

Kringos D.et al: The strength of primary care in Europe: an international comparative study.Br J Gen Pract 2013; DOI: 10.3399/bjgp13X674422

Thomson J S, Anderson K, Haesler E, Barnard A and Glasgow N: The learner's perspective in GP teaching practices with multi-level learners: a qualitative study. BMC Medical Education 2014, 14:55 http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/55

Easton G P & Johnson N: The year in a training practice: what has lasting value? Grounded theoretical categories and dimensions from a pilot study. Medical Teacher 2001; 23: 205-211 l

http://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database

http://www.woncaeurope.org/gp-definitions

http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf

Dr. Sebastian Huter
Obmann Junge Allgemeinmedizin Österreich,
in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin

Dr. Jan Katzbeck
stv. Obmann Junge Allgemeinmedizin Österreich,
in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin

Dr. Maria Wendler
ehem. Obfrau Junge Allgemeinmedizin Österreich,
Allgemeinmedizinerin in Zusatzfachausbildung Geriatrie

Ärzteausbildung neu – eine kritische Betrachtung aus Sicht der Auszubildenden

1. Damals und heute – der Versuch eines Vergleiches **28**

2. Kritik an der neuen Ausbildungsordnung **30**

3. Lehrpraxis **34**

4. Visionen für die Allgemeinmedizin **35**

Literatur **38**

Seit Mitte 2015 gilt mit der Novelle des Ärztegesetzes auch eine neue Ärzteausbildungsordnung: die Ärzteausbildungsordnung 2015. Der im Vorfeld bereits beschriebene neue Aufbau der postgraduellen Ausbildung stellt vieles auf den Kopf und lässt trotzdem alles beim Alten. Im Folgenden möchten wir uns ansehen, was sich tatsächlich verändert hat und was sich vielleicht hätte verändern sollen. Wir werden einige Punkte, wie die Basisausbildung, intensiver diskutieren und einer kritischen Betrachtung unterziehen. Viele Argumente können wir dabei leider nicht mit harten Quellen belegen und ergeben sich entweder aus persönlichen Erfahrungen von zahlreichen KollegInnen oder auch aus hinlänglich bekannten Gegebenheiten des österreichischen Systems. Schlussendlich möchten wir aber auch eine positive Vision anbieten, wie die Allgemeinmedizinausbildung der Zukunft aussehen könnte.

1. Damals und heute – der Versuch eines Vergleiches

Im Rückblick auf die "alte" Ausbildungsordnung sehen wir einige Kernschwächen:

- keine verpflichtende Lehrpraxiszeit,
- fragwürdige Möglichkeit der Konsiliarfächer,
- wenig zielorientiert – nicht auf den Versorgungsbedarf in der Primärversorgung abgestimmt,
- kein Facharzt für Allgemeinmedizin.

1.1. Lehrpraxis

In der Ärzteausbildungsordnung 2006 (ÄAO 2006) gab es bereits eine verpflichtende Rotation von sechs Monaten in der Allgemeinmedizin. Es ist jedoch hinlänglich bekannt, dass diese nicht in der Primärversorgung abgeleistet werden musste, sondern in unterschiedlichsten Spitalsambulanzen, „die der medizinischen Erstversorgung dienen", stattfinden konnte. Die Finanzierung von Stellen in einer Lehrpraxis musste durch die PraxisinhaberInnen geschehen und wurde nur zum Teil durch eine Bundesförderung abgedeckt. Dies führte zu teilweise sehr niedrigen Löhnen für ÄrztInnen in Ausbildung, was erst spät durch einen Lehrpraxis-Kollektivvertrag unterbunden wurde.

Mit der Ärzteausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015) haben wir nun eine verpflichtende sechsmonatige Lehrpraxis im extramuralen Bereich, jedoch noch keine bundesweit gesicherte Finanzierung. Mit Sommer 2018 werden die ersten ÄrztInnen in Weiterbildung eine Stelle in einer Lehrpraxis benötigen. Ob sie während dieser Zeit mit Gehaltseinbußen rechnen müssen oder ob es überhaupt ausreichend finanzierte Plätze gibt, kann man aus heutiger Sicht noch nicht genau sagen.

1.2. Konsiliarfächer

In der ÄAO 2006 gab es die Möglichkeit, die sogenannten „kleinen" Fächer im Rahmen von Konsiliartätigkeit zu absolvieren. Dies galt für die Fächer Hals-, Nasen- und Ohren-Krankheiten, Dermatologie, Neurologie, Psychiatrie sowie Kinder- und Jugendheilkunde. Eine Ausbildung in einer entsprechenden Lehrpraxis anstatt über die Konsiliardienste wurde mit einer Verlängerung der Ausbildungszeit um die Hälfte belegt.

Die Möglichkeit der Konsiliarfächeranrechnung ist auch in der neuen Ausbildungsordnung weiterhin präsent. Die Sinnhaftigkeit einer solchen Möglichkeit, die ja hauptsächlich in kleinen Spitälern schlagend werden dürfte, kann hier durchaus hinterfragt werden. Die Fragen, die sich im Rahmen einer konsiliarärztlichen Tätigkeit stellen, unterscheiden sich doch deutlich von denen in einer Fachabteilung oder in einer niedergelassenen Praxis. Eine vermehrte Verlagerung der Vermittlung gewisser Inhalte von Sonderfächern zumindest teilweise in Sonderfach-Lehrpraxen wäre wohl sinnvoller gewesen, scheiterte aber sicher auch am hohen Ärztebedarf von Krankenhäusern und der Finanzierung.

1.3. Ausbildungskultur

Einige Schwächen der Ausbildung sind nicht in den Gesetzes- und Verordnungstexten enthalten, sondern ergeben sich aus manchen strukturellen Rahmenbedingungen oder einer gewissen Ausbildungskultur. Dazu gehören etwa:

- Blankounterschriften in Rasterzeugnissen ohne tatsächliche Überprüfung der Kompetenzen,
- fehlende Konsequenzen bei offensichtlichem Nichterfüllen gewisser Ziele,
- fehlende Lehrkompetenzen bei Ausbildungsverantwortlichen (z.B. bei Feedbackkultur, Supervision, Didaktik),
- fehlende Zeit- und Personalressourcen für die Ausbildung,
- lange „Stehzeiten" und große Unsicherheiten in der Ausbildungsplanung.

Sprache und Kultur gehören eng zusammen. Da in Deutschland die Approbation, also die gesetzliche Zulassung zur selbstverantwortlichen und selbstständigen ärztlichen Tätigkeit, bereits nach dem Studium verliehen wird, wird für die Facharztausbildung der Begriff Weiterbildung verwendet.[1] Da in Österreich die Approbation erst mit Abschluss der Turnusausbildung für Allgemeinmedizin oder

1 Deutscher Bundestag

ein Sonderfach verliehen wird, sprechen wir eben von Ausbildung. Dieser sprachliche und rechtliche Unterschied vermittelt bereits ein anderes Maß an Kompetenz und Selbstverantwortlichkeit.

Ob sich die Ausbildungskultur mit einer neuen Ausbildungsordnung ändert, bleibt noch abzuwarten. Ein Kulturwandel braucht Zeit und nicht selten auch einen Generationenwechsel. In den letzten Jahren hat sich aber zumindest gezeigt, dass eine wesentliche Triebkraft für Verbesserungen in der Ausbildung der Mangel an TurnusärztInnen war. Jene Spitäler, die am meisten mit Kündigungen oder Nachbesetzungsproblemen zu kämpfen hatten, haben hier rasch Initiativen gestartet, um attraktive Ausbildungs- und Arbeitsplätze zu schaffen.

2. Kritik an der neuen Ausbildungsordnung

2.1. Basisausbildung

Die Rationale hinter der Basisausbildung schien von Beginn an etwas nebulös. Den ÄrztInnen in Ausbildung aller Fachrichtungen (also unabhängig, ob Allgemeinmedizin oder Sonderfächer) sollten eine gemeinsame „klinische Basiskompetenz in chirurgischen und konservativen Fachgebieten" vermittelt und die, gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft, häufigsten Krankheiten und deren Symptomkomplexe nähergebracht werden. Kritiker sahen darin eher den Versuch, auch weiterhin eine ausreichende Anzahl von flexibel einsetzbaren ärztlichen Arbeitskräften in den Spitälern garantieren zu können.

Dafür spricht, dass in der Verordnung offen gelassen wird, welche „häufigsten Krankheiten" überhaupt gemeint sind. Würde sich dieser Punkt auf die Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung beziehen, wäre zu hinterfragen, ob die Basisausbildung tatsächlich in Fachabteilungen mit bereits hochselektioniertem Krankengut, wie etwa auf einer Onkologie, stattfinden soll. Aber weder im Ärztegesetz noch in der Ausbildungsordnung finden sich verbindliche Vorgaben zu den Rotationen. Anscheinend „obliegt es dem ärztlichen Direktor zu entscheiden, wann und wo die Ärzte in Basisausbildung zugewiesen werden."[2] Zentral ist in der Ver-

2 Deutscher Bundestag

ordnung, dass alle Inhalte und Kompetenzen erworben werden, die im Rasterzeugnis vorgesehen sind. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) empfehlen zusätzlich in der Basisausbildung auch eine Rotation an eine Abteilung für Neurologie, da dieses Fach während der folgenden Spitalsrotationen nicht verpflichtend vorgesehen ist. In der ÄAO 2015 steht weiter, dass Kompetenzen insbesondere im Bereich von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Stütz- und Bewegungsapparates, des Stoffwechsels, der Psyche und bei cerebrovaskulären Erkrankungen erworben werden sollen. Da die Umsetzung hier den einzelnen ärztlichen Direktionen obliegt, ist die Qualität der Basisausbildung somit in vielen Krankenhäusern höchst unterschiedlich. Manche Krankenanstalten sind bemüht, entsprechende Rotationen durch die geforderten Fächer und Abteilungen zu geben, wobei hier die grundsätzliche Problematik von sehr kurzen Rotationszeiten besteht. In anderen Krankenhäusern wird versucht, gewisse Kenntnisse durch die Möglichkeit zur Begleitung von Konsiliardiensten für Neurologie, Psychiatrie oder Orthopädie abzudecken. Die große Freiheit in der Gestaltung führt jedoch mancherorts zu der Tendenz, zukünftige Fachärzte bereits während ihrer Basisausbildung vorrangig an der jeweiligen Fachabteilung einzusetzen, womit das System der Basisausbildung ad absurdum geführt wird.

Die für die Basisausbildung zulässigen Ausbildungsstätten sind zudem gesetzlich auf öffentliche Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten begrenzt. Allgemeine öffentliche Krankenanstalten müssen dabei keine speziellen Qualitätskriterien für die Ausbildungsberechtigung erfüllen, da diese Kriterien erst für Ausbildungsstätten nach der Basisausbildung gelten.[3] Zudem kann die Basisausbildung auch nicht einmal teilweise in der Primärversorgung absolviert werden, womit den Weiterzubildenden eine wichtige Lernerfahrung verwehrt wird. Die in den Rasterzeugnissen abgebildeten Kompetenzen wären (abgesehen von einigen notfallmedizinischen oder operativen Fertigkeiten) sehr gut in der Fallfülle der Primärversorgung erlernbar.[4]

Die Idee einer Basisausbildung für alle, unabhängig von der weiteren Fachausbildung, ist auf den ersten Blick verständlich. In der Basisausbildung muss man erstmals klinische Fähigkeiten als verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt umsetzen und erste diagnostische und therapeutische Schritte selbstständig planen und umsetzen. Es macht Sinn, dass alle ÄrztInnen diese Kompetenzen für die häufigsten Fragestellungen erwerben sollten. Jedoch scheint es so, als hatte die gesetzliche Umsetzung zu wenig dieses Ziel und stattdessen zu sehr die Bedürfnisse der Krankenanstalten im Blick.

3 Österreichisches Parlament
4 KEF RZ VO 2015

2.2. AllgemeinmedizinerInnen im Krankenhaus

Warum sollen Krankenhäuser Allgemeinmediziner ausbilden? Diese Frage scheinen sich manche Krankenanstalten vor allem in Zeiten des größeren Ärztebedarfs zu stellen. In der vorübergehenden Situation des durch die verspätete Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie und die Abwanderungswelle verursachten relativen Mangels an Spitalsärzten scheint es für manche Spitalsträger attraktiver zu sein, Turnusärzte primär für ein Sonderfach zu rekrutieren. Damit können Dienstposten besser und langfristiger geplant werden, und die zukünftige Besetzung der Abteilung ist gesichert. Zwar ist dieses Ziel absolut nachvollziehbar, jedoch lässt es vollkommen außer Acht, wie wichtig eine funktionierende Primärversorgung auch für das Funktionieren des Krankenhauses ist. Sollte sich in Zukunft die Zahl der Ärzte in der Allgemeinmedizin weiter reduzieren, wird dies unweigerlich zu einer höheren Inanspruchnahme von sekundären und tertiären Einrichtungen führen. Diese wären mit einem noch größeren Zustrom unselektierter Patienten überfordert, da die Strukturen im Krankenhaus (von der Anmeldung über Triage bis hin zu Diagnose und Therapie) dafür nicht ausgelegt und nicht geeignet sind.

Weithin wird auch der Nutzen verkannt, den AllgemeinmedizinerInnen in Spitäler einbringen können. Jede Spezialabteilung kann von Generalisten nur profitieren, da die meisten PatientInnen mehrere Komorbiditäten haben und damit auch eine Vielzahl an Medikamenten. AllgemeinmedizinerInnen können hier im Rahmen ihrer bereits während der Ausbildung erworbenen Kompetenzen mithelfen, diese PatientInnen umfassend zu betreuen, und machen damit vielleicht auch das ein oder andere Konsil obsolet.

Allgemeinmediziner auszubilden, selbst wenn die Ausbildungsstellen für die Sonderfächer nicht vollständig besetzt werden können, braucht daher einerseits die Weitsicht der Führungsebene in den Krankenanstalten und andererseits auch politischen Druck von Seiten der Länder, die ja meist Träger und Finanziers der Krankenanstalten sind.

2.3. Spitalsrotationen

Ein wesentlicher Punkt in der Diskussion um die neue Allgemeinmedizin-Ausbildung sind natürlich die Rotationen. Die Beurteilung, welche Rotationen auf welchen Spezialabteilungen im Krankenhaus für eine allgemeinmedizinische Ausbildung Sinn machen, ist nicht einfach. Wie oben erwähnt, empfiehlt etwa die Ärztekammer die Absolvierung eines Teils der Basisausbildung auf einer Neurologie, da dieses Fach in der allgemeinmedizinischen Ausbildung in weiterer Folge nicht

vorgesehen ist.[5] Dies trifft ebenfalls auf einige weitere Fächer zu, die KollegInnen müssen hier aus diesen Fächern zwei Wahlfächer in einer Dauer von drei Monaten auswählen: Anästhesiologie und Intensivmedizin, Augenheilkunde und Optometrie, HNO, Dermatologie, Neurologie und Urologie. Dem entgegen ist ein wissenschaftliches Modul, das in manchen Sonderfächern Pflichtmodul ist, als Wahlfach in der allgemeinmedizinischen Ausbildung nicht vorgesehen.

Aufgrund der begrenzten Ausbildungsdauer ist es einleuchtend, dass nicht alle Fächer als verpflichtend in die Ausbildung aufgenommen werden können, argumentativ wurde hier vor allem immer wieder betont, dass viele der entsprechenden Inhalte auch in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis am Ende der Ausbildung in ausreichender Form vermittelt werden könnten. Dem gegenüber steht in vielen Diskussionen jedoch die Frage, wie relevant die operative Orthopädie und Traumatologie in dem geforderten Ausmaß als innerklinisches Fachgebiet ist, während im niedergelassenen Bereich ja vorrangig konservative Fragestellungen auftreten. Im Vergleich dazu erscheint vielen eine fundierte neurologische Ausbildung wichtiger, da etwa die ausführliche neurologische Untersuchung innerklinisch einen großen Erfahrungsgewinn bringen würde. Demgegenüber wären die primärversorgungsrelevanten Fragestellungen in der Dermatologie oder bei Hals-, Nasen- und Ohren-Krankheiten im niedergelassenen (Facharzt-) Bereich besser zu erlernen. Es ist sicherlich ein Faktor für den relativ großen Anteil an Wahlfächern in einer insgesamt kurzen Ausbildungsdauer, dass die Allgemeinmedizin nach wie vor nicht als eigenes Fach auf gleicher Höhe wie die Sonderfächer anerkannt ist. Eine Verlängerung der Ausbildung, primär unter dem Aspekt einer Verlängerung der Lehrpraxis, wäre hier eine Möglichkeit, um sicherzustellen, dass die häufigsten primärversorgungsrelevanten Erkrankungen in der Allgemeinmedizin unterrichtet werden können.

5 WONCA 2013

3. Lehrpraxis

Nach internationalen Standards und in vielen internationalen Ausbildungsplänen ist die Lehrpraxis unbestrittenermaßen das Kernelement der allgemeinmedizinischen Ausbildung.[6] Die Lehrpraxis wurde mit der ÄAO 2015 endlich auch in Österreich verpflichtend in die Ausbildung Allgemeinmedizin eingebracht. Viele Diskussionen laufen hier über die Länge und Positionierung der Lehrpraxis innerhalb der Ausbildungsordnung, da diese erst am Ende der Ausbildung vorgesehen ist. Mit 2022 steht eine Verlängerung auf neun Monate und im weiteren Verlauf auf bis zu zwölf Monate Lehrpraxisdauer im Raum. Immer wieder wurden auch Vorschläge eingebracht, die Lehrpraxiszeit nach Verlängerung über sechs Monate hinaus auch splitten zu können, um einerseits Wartezeiten bis zur nächsten Rotation überbrücken zu können, andererseits auch die klinischen Kompetenzen nach Ende der Basisausbildung bereits deutlich erweitern zu können und auch das zukünftige Berufsfeld bereits zu Beginn der Ausbildung kennen lernen zu können. Letzten Endes lässt sich so auch in den Rotationen durch die Sonderfachabteilungen mehr Wissensgewinn erlangen, da viele Grundkenntnisse bereits vorhanden sind und zudem klarer ist, welche Fertigkeiten für die spätere Tätigkeit vorrangig notwendig sind. Zudem ist sicher das 1:1-Lehrverhältnis in der Lehrpraxis gerade am Anfang der Ausbildung besonders wertvoll und im Spitalsbereich nur selten anzutreffen.

Dennoch sind trotz der immensen Bedeutung der Lehrpraxis die Rahmenbedingungen für diese gleichzeitig ein Hemmnis zur Ergreifung der Ausbildung für Allgemeinmedizin. Durch die noch nicht gelöste Finanzierung der Lehrpraxis und die damit verbundene Unsicherheit, ob es genug Lehrpraxisleiter für alle Auszubildenden geben wird, erhält die gesamte Allgemeinmedizinausbildung den Malus der Unplanbarkeit. Eine entsprechende Regelung zur Finanzierung in allen Bundesländern sowie die Offenlegung der Lehrpraxisleiterzahlen bzw. auch eine österreichweite zentrale Lehrpraxisbörse könnte hier durchaus Unsicherheiten beseitigen und eine entsprechende Entscheidung für die Berufswahl Allgemeinmedizin erleichtern.

6 WONCA Global Standards for Postgraduate Family Medicine Education 2013

4. Visionen für die Allgemeinmedizin

Eine Weiterbildungsreform passiert nicht alle paar Jahre. Deswegen sollte sie gut überlegt und vorbereitet sein und moderne wissenschaftliche Erkenntnisse über den Aufbau, die Methoden und die Inhalte berücksichtigen. Und sie sollte wohl auch ein paar Visionen beinhalten. Im Folgenden stellen wir ein paar dieser Visionen zur Verfügung und verzichten dabei bewusst auf die Verwendung des Konjunktivs. Die folgenden Schilderungen mögen also nicht fälschlicherweise als Realität verkannt werden.

4.1. Vision: Facharzt für Allgemeinmedizin

Die Facharztweiterbildung für Allgemeinmedizin ist in der Dauer ähnlich wie ein Facharzt für Innere Medizin, wobei der Zeit in der Primärversorgung der größte Anteil beigemessen wird. Bereits am Anfang der Weiterbildung werden zumindest sechs Monate in einer Lehrpraxis absolviert, um das zukünftige Berufsbild und die unterschiedlichen Herausforderungen und Herangehensweisen in der Primärversorgung bereits früh kennen zu lernen.

Während der Spitalsausbildung sind die AssistentInnen für Allgemeinmedizin aufgrund ihrer fachlichen Vielseitigkeit und ihrer praktischen Fertigkeiten hoch geschätzte Teammitglieder. Im Sinne einer guten gemeinsamen intersektoralen Patientenbetreuung werden jene Skills, die besonders für die Tätigkeit in der Primärversorgung nützlich sein können, direkt von erfahrenen AusbildungsoberärztInnen vermittelt.

Durch regelmäßige Lehrpraxistage während der Spitalszeit bleiben die ÄrztInnen in Weiterbildung weiter in Kontakt mit ihrer Lehrpraxis und können so auch während der Spitalszeit ihre Primärversorgungskompetenzen erhalten und weiter ausbauen. Die gesamte Weiterbildung wird von unabhängigen Kompetenzzentren angeboten, so dass die Rotationen, Seminare, Mentoring und Lehrpraxisstellen gut koordiniert und aufeinander abgestimmt sind.

Aufgrund der angeglichenen Weiterbildungsdauer und der ressourcenintensiveren Ausbildung hat die Allgemeinmedizinweiterbildung ihre Stellung als Sprungbrett oder Überbrückung bis zur Sonderfachstelle verloren. Es hat sich eine leben-

dige Community von motivierten und engagierten AllgemeinmedizinerInnen gebildet, die sich mit den grundlegenden Werten der Allgemeinmedizin identifizieren können und sich ihrer Rolle als Primärversorger bewusst sind.

4.2. Vision: Begleitende Seminare und Kurse

In begleitenden Seminaren setzen sich die WeiterbildungsärztInnen mit den berufstheoretischen Besonderheiten der Allgemeinmedizin und der Tätigkeit in der Primärversorgung auseinander. In speziellen Kursen werden zudem Grundkenntnisse in Bereichen vermittelt, die sie für ihre spätere Tätigkeit als HausärztInnen benötigen. Dazu gehören Kenntnisse in präklinischer Notfallmedizin, psychosomatischer Medizin, Manualmedizin, Geriatrie oder Palliativmedizin.

Durch die in die Weiterbildung integrierten und am Versorgungsbedarf orientierten Lerninhalte sinkt die Notwendigkeit, dafür kostenpflichtige Zusatzausbildungen in der Freizeit zu absolvieren.

4.3. Vision: Mentoring

Bereits ab der Entscheidung für eine Allgemeinmedizin-Weiterbildung werden den AllgemeinmedizinerInnen persönliche MentorInnen zur Seite gestellt. Diese AllgemeinmedizinerInnen helfen den ÄrztInnen in Weiterbildung, ihre Erlebnisse und Erfahrungen zu reflektieren, sowohl im Umgang mit PatientInnen als auch mit Teammitgliedern. Sie identifizieren gemeinsam mit den Weiterzubildenden deren persönliche Stärken und Schwächen und ermöglichen so eine hohe individuelle Qualität der Weiterbildung. Sie fördern durch ihre professionelle Begleitung die Persönlichkeitsentwicklung der Weiterzubildenden und unterstützen diese auch bei Karrierefragen zu Themen wie Niederlassung oder wissenschaftlicher Tätigkeit.

4.4. Vision: Wissenschaft und Forschung

Wie auch in anderen Facharztweiterbildungen, gibt es für ÄrztInnen in Weiterbildung für Allgemeinmedizin die Möglichkeit, ein Wissenschaftsmodul zu absolvieren. Darin werden Forschungsprojekte zu und in der Primärversorgung durchgeführt. Da Weiterbildungen auch eine Anbindung an die Allgemeinmedizin-Institute der Universitäten haben, stehen den Weiterzubildenden eine Vielzahl an

Ansprechpartnern für die Planung und Durchführung solcher Projekte zur Verfügung. Aus diesen Forschungsprojekten werden regelmäßig besonders innovative Projekte hervorgehoben und breit umgesetzt, womit auch ein regelmäßiger Beitrag zur Steigerung und Weiterentwicklung der Qualität geleistet wird.

Durch ihr hohes Maß an wissenschaftlicher Kompetenz scheuen die FachärztInnen für Allgemeinmedizin nicht davor zurück, in Diskussionen rund um neue medizinische Trends und Entwicklungen einzutreten und auch die Seite der PatientInnen aus Sicht der Primärversorgung zu vertreten. Durch ihre Mitarbeit an Leitlinien tragen sie dazu bei, deren Umsetzbarkeit für die Praxis zu verbessern und PatientInnen vor Fehlversorgung zu schützen.

4.5. Vision: Fellowships

Ähnlich wie im englischsprachigen Raum hat sich eine Kultur der Fellowships etabliert. Fertige FachärztInnen für Allgemeinmedizin, aber auch anderer Fachgebiete erwerben in ein- bis zweijährigen Programmen neue Fähigkeiten und Kenntnisse zu Themen wie Notfallmedizin, Psychiatrie, Pädiatrie, Geriatrie oder auch Public Health, Lehre oder Forschung. Diese vorwiegend öffentlich finanzierten Zusatzprogramme tragen auch dazu bei, besonderen gesellschaftlichen Entwicklungen und Herausforderungen zu begegnen.

4.6. Vision: Karriere Allgemeinmedizin

Durch die attraktiven Weiterbildungsprogramme ist das Fach Allgemeinmedizin eine der beliebtesten Karriereoptionen unter MedizinabsolventInnen. Die Zahl jener, die AllgemeinmedizinerInnen werden wollen, ist mehr als ausreichend, um den Bedarf in der Versorgung zu decken.

Literatur

1 Deutscher Bundestag, „Bundesärzteordnung §3". https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/__3.html.

2 Österreichische Ärztekammer, „Ärzteausbildung 2015". Verlagshaus der Ärzte. http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2015_Verlinkungen/Broschure_Aerzteausbildung_neu_END.pdf.

3 Österreichisches Parlament, „Ärztegesetz 1998" https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen\&Gesetzesnummer=10011138.

4 „KEF RZ VO 2015 – Anlage 33 – Ausbildungsinhalte Basisausbildung" http://www.aerztekammer.at/documents/10431/3860077/Anl_33_Basisausbildung_2015-06-19.pdf/34887426-eaf2-479d-bd71-d98b8ae19cb6?version=1.5&t=1435061623000

5 WONCA 2013, "WONCA Global Standards for Postgraduate Family Medicine Education". http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf.

Dr. Thomas Jungblut

Kassenarzt für Allgemeinmedizin, Vizepräsident der ÖGAM

Dr. Reinhold Glehr

Kassenarzt für Allgemeinmedizin in Hartberg, Vizepräsident der ÖGAM

Mag. Stefan Nitz

Jurist, Ärztekammer für Vorarlberg

Ausbildung „neu“

1. Einleitung **40**

2. Rechtliche Grundlagen **40**

3. Ausbildung „neu“ **46**

4. Zusammenfassung und Ausblick **48**

Die Ausbildung „neu“ zum Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin stellt mit der Einführung der verpflichtenden Lehrpraxis einen wichtigen Fortschritt in der dringend notwendigen Weiterentwicklung des Faches Allgemeinmedizin dar. Weitere wesentliche Schritte sind die Sicherung der Finanzierung der Lehrpraxis, die Einführung von Begleitseminaren zur Lehrpraxis, ein Mentoringprogramm, die Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin, Institute für Allgemeinmedizin an allen Universitäten mit ausreichender Dotierung und die Errichtung eines Kompetenzzentrums für Allgemeinmedizin.

1. Einleitung

Die Hauptlast der Gesundheitsversorgung liegt auf den Schultern der niedergelassenen Ärzte für Allgemeinmedizin. Dementsprechend gilt auch diesen Grundversorgern der höchste Respekt und die größte Wertschätzung der Bevölkerung.

Seit über 50 Jahren hat es in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin keine wesentlichen Neuerungen mehr gegeben. Schon seit Jahrzehnten wandern junge Mediziner in andere Länder ab, weil sie dort wertschätzendere und bessere Ausbildungssysteme vorgefunden haben. Nun aber bahnt sich ein Paradigmenwechsel an. Erstmals wurde eine verpflichtende Ausbildungszeit am Ort des späteren Wirkens in der Lehrpraxis vorgeschrieben.

2. Rechtliche Grundlagen

Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin müssen seit 1.6.2015 nach der neuen Ärzteausbildungsordnung 2015[1] ausgebildet werden. Die Ärzteausbildungsordnung regelt die Aufgabengebiete der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und die Spezialfächer. Sie umfasst die wesentlichen Bestandteile der postpromotionellen praktischen ärztlichen Ausbildung im Spital, respektive in Lehrpraxen. Zudem definiert die Ärzteausbildungsordnung Art, Umfang, Dauer und Ziel der Ausbildung, deren detaillierte Inhalte sowie die für die Ausbildung zugelassenen Ausbildungsstätten.

Weitere gesetzliche Regelungen finden sich im Ärztegesetz[2], in der Rasterzeugnisverordnung[3] und dem Lehrpraxisgesamtvertrag[4].

Diese Regelungen wurden in einem jahrelangen, vielschichten Prozess geändert. Viele Baustellen sind noch offen, Zweifel an der Effektivität des Entwurfes sind geblieben.[5]

1 https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009186
2 https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138
3 http://www.aerztekammer.at/allgemeinmedizin2015
4 https://www.google.de/search?q=Lehrpraxisgesamtvertrag&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=LFI5WZGaBuiX8QfHk6HwBA#
5 ZFA 10/15 Editorial Glehr

2.1. Ärzteausbildungsordnung

Die Ausbildungsdauer zum Arzt für Allgemeinmedizin nach der Ärzteausbildungsordnung 2015 beträgt zumindest 42 Monate (2006 waren es 36 Monate) und setzt sich im Wesentlichen aus vier Teilen (2006 drei Teile) zusammen:

1. **Neu: Basisausbildung in der Dauer von 9 Monaten, in chirurgischen und konservativen Fachgebieten**

2. **Absolvierung der entsprechenden Ausbildungszeit für Ausbildung als Arzt für Allgemeinmedizin nach der Ärzteausbildungsordnung 2015**

   - 6 Monate Allgemeinmedizin in einer Lehrpraxis (gemäß § 11Ärzteausbildungsordnung, am Ende der Ausbildung)
   - 9 Monate Innere Medizin (2006 allerdings ohne Basisausbildung und KPJ 12 Monate)
   - 3 Monate Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2006 vier Monate)
   - 3 Monate Kinder- und Jugendheilkunde (2006 vier Monate)
   - 3 Monate Orthopädie und Traumatologie (2006 zwei Monate Unfallchirurgie)
   - 3 Monate Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (2006 alternativ zu Neurologie zwei Monate)

   zudem sind zwei Wahlfächer in der Dauer von zumindest 3 Monaten aus folgenden Fächern zu absolvieren:

   - Anästhesie und Intensivmedizin (2006 Wahlfach anrechenbar über Innere Medizin)
   - Augenheilkunde und Optometrie (2006 Wahlfach anrechenbar über Innere Medizin)
   - Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (2006 zwei Monate)
   - Haut- und Geschlechtskrankheiten (2006 zwei Monate)
   - Neurologie (2006 zwei Monate alternativ zu Psychiatrie)
   - Urologie (2006 Wahlfach anrechenbar über Innere Medizin)

3. **Positive Absolvierung der Arztprüfung**

4. **Vorlage eines zur Gänze ausgefüllten und formal richtigen Rasterzeugnisses**

   Ausbildungsstätten für die Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin können unter der Voraussetzung, dass alle sonstigen Bestimmungen be-

treffend Ausbildungsstätten und Ausbildungsqualität gewahrt sind, anerkannt werden, sofern die Fachgebiete

- Augenheilkunde und Optometrie,
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
- Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Kinder- und Jugendheilkunde,
- Neurologie,
- Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder
- Urologie

von Fachärztinnen/Fachärzten, die als Konsiliarärztinnen/Konsiliarärzte tätig sind, vermittelt werden. Dabei kann die Tätigkeit eines Facharztes als Konsiliararzt die Anerkennung einer Abteilung oder sonstigen Organisationseinheit als Ausbildungsstätte einer Krankenanstalt dann ersetzen, wenn diese bereits über zumindest eine Ausbildungsstätte verfügt und wenn durch die Tätigkeit des Konsiliararztes die Ausbildung eines Turnusarztes auf einem Teil eines Fachgebietes im Ausmaß von zumindest 30 Wochenstunden, auch kombiniert mit einer Tätigkeit in einer Lehrpraxis oder Lehrgruppenpraxis, unter Anleitung und Aufsicht des Konsiliararztes gewährleistet werden kann.

2.1.1. Kommentar

Sowohl die inländische Fachgesellschaft (ÖGAM) als auch die internationalen Fachgesellschaften (WONCA und Mitgliedsorganisationen) sehen die Allgemeinmedizin nicht als die Summe vieler einzelner Fächer, sondern als eigenständige Fachrichtung mit eigenständigen Methoden.[6] Daraus ergibt sich, dass die Allgemeinmedizin in erster Linie am Ort der Ausübung und hier wiederum in der Hausarztpraxis gelernt werden soll. Insofern stellt die neue Ausbildungsordnung einen wichtigen Paradigmenwechsel mit der verpflichtenden Lehrpraxis dar. Allerdings ist die Dauer im internationalen Vergleich zu kurz, soll allerdings schrittweise auf 9 Monate ab 2022 und 12 Monate ab 2027 angehoben werden. Leider konnte man sich nicht dazu durchringen, die Allgemeinmedizin als Facharztdisziplin anzuerkennen. Es wurde dementsprechend die Ausbildungsdauer nicht der Dauer der Facharztausbildungen angeglichen. Dadurch können nicht alle notwendigen kleinen Fächer gelehrt werden. Dass die Lehrpraxis zur Gänze auch in Ambulatorien abgeleistet werden kann, stellt unseres Erachtens einen Nachteil dar, da der Aspekt der kontinuierlichen, longitudinalen und umfassenden Betreuung dort weniger gegeben ist.

6 Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin, WONCA EUROPE 2002, eine Kurzfassung der DEGAM siehe unter http://www.degam.de/fachdefinition.html

2.2. Ärztegesetz

Das Ärztegesetz regelt im § 7 die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, unter § 24 die Verordnungen über ärztliche Ausbildung und unter § 25 Erfolgsnachweise.

2.3. Rasterzeugnisverordnung und Ausbildungskonzept

Die Rasterzeugnisverordnung wurde von der Österreichischen Ärztekammer aufgrund § 24 und § 25 Ärztegesetz erlassen. Das Ausbildungskonzept wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin erstellt.

Das Ziel der allgemeinärztlichen Ausbildung ist die Befähigung zur selbständigen Ausübung der Allgemeinmedizin durch den Erwerb der notwendigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für die gewissenhafte Betreuung von Patienten aller Altersstufen. Die dafür zu vermittelnden Ausbildungsinhalte sind durch eine große Breite gekennzeichnet und stehen in ihrer Besonderheit vor allem in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis zur Verfügung. Um in der Vielzahl der Praxissituationen mit guter Qualität erwerbbar zu sein, wurde ein übergeordnetes Ausbildungskonzept für die allgemeinmedizinische Lehrpraxis erarbeitet. Dessen Grundlage sind die Rasterzeugnisse, die in der Rasterzeugnisverordnung 2015 festgelegt wurden. Vom Turnusarzt sind Logbücher zur detaillierten Dokumentation des Lernfortschrittes zu führen.

Das Ausbildungskonzept besteht im Wesentlichen aus 5 Komponenten:

1. Rasterzeugnis für die allgemeinmedizinische Lehrpraxis[7]

2. Entrustable Professional Activities: ein transformatives Konzept, das im Rasterzeugnis beschriebene Kompetenzen speziell auf die zu erfüllenden Aufgaben der medizinischen Grundversorgung ausrichtet.[8]

3. Dreyfus-Modell: ein evaluatives Konzept, das der Quantifizierung der Lernfortschritte dienen soll.[9]

7 http://www.aerztekammer.at/kef_und_rz-v_2015_anlagen

8 Hanneke Mulder, Olle TenCate, RienekeDaalder& Josephine Berkvens (2010) Building a competency-based workplace curriculum around entrustable professional activities: The case of physician assistant training, Medical Teacher, 32:10, e453-e459

9 Dreyfus, Stuart E.; Dreyfus, Hubert L. (1980). "A Five-Stage Model of the Mental Activities

4. Cognitive Apprenticeship: ein Konzept, das die Lehrer-Lerner-Interaktion dem Lernfortschritt entsprechend beschreibt.[10]

5. CanMEDs-Rollen: Sechs zusätzliche Aspekte bzw. ärztliche Fähigkeiten werden als Ausbildungsziele hinzugefügt: die Fähigkeit zur Kommunikation (Communicator), zur Zusammenarbeit (Collaborator), zum lebenslangen Lernen (Scholar), zur Bereitschaft, für die Gesundheitsbelange der Patienten einzutreten (HealthAdvocate), zur Bedachtnahme auf eine ethische ärztliche Haltung (Professional) und die Fähigkeit zum Verantwortung tragenden Management (Manager).[11]

Ad 1) Im Rasterzeugnis der ÄAO 2015 wurden in Entsprechung zu den Sonderfächern Richtzahlen für die Kenntnisse, Erfahrungen, Fertigkeiten festgelegt, die die Qualität des Gesamtergebnisses der Ausbildung heben sollen. Da die einzelnen Kompetenzen in der täglichen Arbeit so schwer zu quantifizieren sind, wurde das Konzept „Entrustable Professional Activities" zur Evaluation darübergelegt.

Ad 2) Im Konzept der „Entrustable Professional Activities", der „anvertraubaren professionellen Tätigkeiten", wurden 14 Aufgabenbereiche erarbeitet, in denen die im Rasterzeugnis angeführten Kompetenzen zusammengefasst wurden. Einzelne zu erwerbende Kompetenzen kommen in mehreren Aufgabenpaketen vor. Sie sind über die konkreten Aufgaben besser evaluierbar.

Das Konzept „Entrustable Professional Activities" nahm von der Association of American Medical Colleges ihren Ausgang. Für Österreich wurden die Arbeitspakete in drei Workshops, an denen erfahrene Lehrpraxisleiter teilnahmen, definiert. Kriterium für die Auswahl waren Erarbeitungen der American Academy of Family Physicians und die konsensuell erarbeitete Bedeutung der Pakete für die Erfüllung der Aufgaben im österreichischen Gesundheitssystem. Dabei wurden die Elemente des Rasterzeugnisses den Aufgabenpaketen zugeordnet, ebenso die Rollenaspekte sowie die Möglichkeiten zur Evaluation.

Ad 3) Die Supervisionsstufen wurden entsprechend dem „Dreyfus-Modell" definiert. In insgesamt fünf Kompetenzstufen wird dabei der Auszubildende vom „Anfänger" zum „Experten" geführt. Aufgabe der verpflichtenden Lehrpraxis ist es, die Lernenden bis zur Stufe drei „kompetent" zu führen und somit bis zum Ende

Involved in Directed Skill Acquisition".Washington, DC: Storming Media

10 Collins, A., Brown, J.S., und Newman, S.E. (1989). Cognitive Apprenticeship: Teaching the crafts of reading, writing, and mathematics. In L. B. Resnick (Ed.), Knowing, learning and instruction (pp.453-494).Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates

11 Jason R. Frank; CanMEDS - Physician Competency Framework; Better standards. Better physicians. Better care. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 2005

jener Phase, in der eigenständiges Arbeiten unter Aufsicht auf Abruf gewährleistet sein muss: „Es liegt dann bei den Turnusärzten bereits viel Erfahrung vor, eine professionelle Reaktion auf unerwartete Situationen ist möglich, Prioritäten werden prozessorientiert gesetzt.“

Ad 4) Die Umsetzung der Aufgabenpakete wird über die Methode des „Cognitive Apprenticeship“ durchgeführt. Es dient dazu, kognitive Prozesse hinter praktischen Anwendungen für die Lernenden sichtbar zu machen. Vier Stadien der Interaktion von Lehrendem und Lernendem werden darin beschrieben: Vorführen, unterstützte Eigentätigkeit, Nachlassen der Unterstützung, betreuendes Beobachten.

Endziel ist die Feststellung des begründeten Vertrauens des Lehrpraxisleiters in den Praktikanten, dass eine Tätigkeit oder Aufgabe selbstständig ohne Supervision durchgeführt werden kann.

Ad 5) Die 6 CanMEDs-Rollenmodelle werden simultan zu anderen Ausbildungsinhalten im Laufe einer Lehrpraxis immer wieder reflektiert, insbesondere die Unterschiede zur Arbeit im stationären Bereich. Die Fähigkeit zum „Manager“ und „Collaborator“ muss vor allem über das Verständnis für die in einer Praxis ablaufenden Unterstützungsprozesse erreicht werden. Entängstigung sollte dabei stattfinden, eine wichtige Voraussetzung für die Übernahme einer leitenden Rolle in der medizinischen Grundversorgung: „Communicator“, „Professional“, „Health Advocate“, „Scholar“ formen sich über die Kernprozesse der Arzt-Patienten-Interaktion.

Die neue Ausbildung in der Lehrpraxis wird ab Mitte 2018 zum Tragen kommen.[12] Wichtige Voraussetzung ist eine genügende Zahl an geeigneten Lehrpraxen und eine ausreichende Finanzierung. Ist beides gegeben, kann man eine wesentliche Qualitätsverbesserung bei den Kompetenzen „aller“ neuen Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin erwarten. Bisher wurde nur ein Teil der Auszubildenden am Ort der späteren Tätigkeit trainiert, was einer der zahlreichen Gründe ist, warum die Niederlassungsbereitschaft zurückgegangen ist. Die Hoffnung besteht, dass mit der neuen Ausbildung ein diesbezüglicher Wandel erfolgt.

12 Die Ärzteausbildungsordnung 2015 sieht die verpflichtende allgemeinmedizinische Lehrpraxis in der Dauer von sechs Monaten am Ende der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin vor.

2.4. Lehrpraxisgesamtvertrag

Er wurde abgeschlossen zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wirksamkeitsbeginn war der 1.5.2017. Er regelt z.B. die Abrechnung von Leistungen, die der Turnusarzt in der Lehrpraxis erbringt, seinen Tätigkeitsumfang seine Honorierung, Fragen der Haftpflicht, Maßnahmen bei Leistungssteigerungen und auch die besondere Ausbildung des Lehrpraktikanten in dezentral durchgeführten und durch die Sozialversicherung organisierten Ausbildungen im Umfang von 12 Stunden sowie die Evaluierung hinsichtlich Leistungsausweitung, Verbleib der Ausgebildeten im Kassenärztesystem, Ökonomieverhalten, Ausbildungsqualität. Um einen Lehrpraktikanten aufnehmen zu können, muss ein Lehrpraxiseinzelvertrag mit zumindest einem (z.B. der örtlichen GKK) Sozialversicherungsträger abgeschlossen werden.

3. Ausbildung „neu“

3.1. Im Bereich von Krankenanstalten

Die Ausbildung beginnt für alle Ärzte gleich mit der Basisausbildung, dem „Common Trunk“, zum Erwerb klinischer Basiskompetenz in chirurgischen und konservativen Fachgebieten. Ziel ist es, Kenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten zu erwerben, die zu Wochenend- und Nachtdiensten befähigen, und dazu, intramurale Notfallsituationen bis zum Eintreffen höherwertiger Hilfe zu bewältigen. Diese Basisausbildung dauert 9 Monate.

Danach muss sich der Turnusarzt der Entscheidung zur Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zu einer Facharztausbildung stellen. Entscheidet er sich für die Allgemeinmedizin, so dauert seine Ausbildung weitere 27 Monate inklusive verpflichtender Lehrpraxis. Wählt er eine Facharztausbildung, dann dauert die Ausbildung weitere 63 Monate – davon 15 bis 36 Monate Sonderfachgrundausbildung und 27 bis 48 Monate Sonderfach-Schwerpunktausbildung, je nachdem, welche Fachrichtung er einschlägt.

3.2. In der Lehrpraxis

Neu ist nun die verpflichtende Lehrpraxis am Ende der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in der Dauer von 6 Monaten. In § 12 der Ärzteausbildungsordnung 2015 werden die – umfangreichen – Bewilligungskriterien für Lehrpraxen angeführt. Es müssen mindestens 800 Patienten pro Quartal betreut werden, der Lehrpraxisinhaber muss einen Lehrpraxisleiterkurs im Umfang von 12 Stunden absolvieren, er muss mindestens vier Jahre Berufserfahrung in der niedergelassenen Praxis haben, ein gültiges Fortbildungsdiplom besitzen, die Ordination muss ausreichend räumlich ausgestattet sein, es wird von einer ökonomischen Verschreibweise des Arztes ausgegangen usw. Ein schriftliches Ausbildungskonzept muss vorgelegt werden.

3.3. Kommentar

Die Ausbildungsqualität hängt ganz wesentlich nicht nur von der Motivation des Turnusarztes, sondern besonders auch vom Engagement des Lehrenden ab. Die Erfahrungen aus den Spitälern seit dem Beginn der Ausbildung „neu“ haben gezeigt, dass Turnusärzte, die sich für die Allgemeinmedizin entschieden hatten, Benachteiligungen erfuhren, bis hin zur geringeren Bezahlung. Dabei ist zu erwarten, dass gut ausgebildete Allgemeinmediziner später einmal die besseren Zuweiser sein werden. Gute Zuweisungen entlasten Spitalsärzte von „sinnloser“ Arbeit und machen sie glücklicher. Gegenseitige Wertschätzung überdauert in der Regel das ganze Berufsleben und erleichtert und verbessert die Patientenversorgung.

In der Lehrpraxis stellt die Anwesenheit eines Turnusarztes das Praxisteam und auch die Patienten vor besondere Herausforderungen. Die Patienten sind es gewohnt, mit dem oft seit vielen Jahren vertrauten Arzt sensible Inhalte zu besprechen. Diese Diade wird durch den Turnusarzt zur Triade erweitert. Es braucht von beiden Seiten, dem Patienten und dem Lehrarzt, viel Energie und guten Willen, um diese Erweiterung der Gesprächssituation zu integrieren. Eine gute Lehre setzt Engagement, Begeisterung und Idealismus voraus.

Ein heikler Punkt ist die Finanzierung der Lehrpraxis. Je mehr der Lehrpraxisleiter bezahlen muss, desto weniger hat er Zeit für die Lehre und desto mehr steht der Turnusarzt unter „Amortisationsdruck“. Die Honorare, die im Kassenbereich bezahlt werden, sind deutlich geringer als die, die am „freien“ Markt erzielbar wären.

Kritisch zu sehen sind auch „Lehrambulanzen" als Ausbildungsstellen. Sie sollten nur der Ausnahmefall sein und von der ÖÄK nur dann genehmigt werden, wenn kein allgemeinmedizinischer Lehrpraxis- oder Lehrgruppenpraxisplatz zur Verfügung steht. Das war ja ein Hauptproblem der Ausbildungsordnung 2006, wo bereits die Allgemeinmedizin in der Dauer von zumindest sechs Monaten vorgesehen war, in der Regel aber in Ambulanzen von Spitälern absolviert wurde.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Der große Fortschritt der Ärzteausbildung „neu" für die Allgemeinmedizin besteht in der Einführung der verpflichtenden Lehrpraxis. Der Gesetzgeber bekundet ein deutliches Interesse an der Aufwertung der Ausbildung und damit auch des Faches Allgemeinmedizin. Weitere wesentliche Schritte sind notwendig, um den Fortbestand und die Verbesserung der Primärversorgung in Österreich zu gewährleisten. Vordringlich sind die Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin[13], begleitende Seminare und Kurse zu grundlegenden Themen der Allgemeinmedizin[14], die Einführung von Mentoring für angehende Allgemeinmediziner[15], die Einführung eines Wissenschaftsmoduls[16], Errichtung von Universitätsinstituten für Allgemeinmedizin an allen Universitätsstandorten und ausreichende Dotierung sowie die Errichtung eines Kompetenzzentrums für Allgemeinmedizin[17]. Die Unsicherheit bezüglich der Lehrpraxisfinanzierung hält junge Ärzte von einer Berufswahl zugunsten der Allgemeinmedizin ab.

13 Siehe auch den Artikel von Manfred Maier in diesem Heft
14 Wie sie zum Beispiel im Rahmen der Salzburger Initiative Allgemeinmedizin (SIA) angeboten werden
15 Zum Beispiel https://www.arztinvorarlberg.at/aek/dist/content-596.html
16 Siehe auch den Beitrag der Jungen Allgemeinmedizin Österreich in diesem Heft
17 Wie zum Beispiel in Baden-Württemberg https://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/

Mag. Alois Alkin

Ärztliches Qualitätszentrum

Mag. Martin Keplinger

Ärztekammer für Oberösterreich

Evaluierung des Hausärztlichen Notdienstes in OÖ

1. **Größere Sprengel, gute Versorgung: Wie geht das?** 50

2. **Befragung der Ärzte** 52

3. **Conclusio** 55

Eine gute Organisation des hausärztlichen Notdienstes ist mit Sicherheit ein wichtiges Kriterium für die Übernahme einer Hausarztstelle, da die Übernahme von Notdiensten für Hausärzte mit Kassenvertrag verpflichtend ist. Umso wichtiger ist es, dass die Rahmenbedingungen für die Ärzte positiv gestaltet sind und auch die Patientinnen und Patienten gut versorgt werden. In Oberösterreich ist das mit dem HÄND flächendeckend positiv gelungen. Eine kürzlich durchgeführte Befragung der Ärztinnen und Ärzte zeigt eine durchwegs hohe Zufriedenheit mit dem Modell. Dies sichert eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung und macht den Beruf des Hausarztes wieder interessanter. Der folgende Beitrag stellt das oberösterreichische Modell kurz vor und zeigt die Vorteile auf. Darüber hinaus werden die wichtigsten Ergebnisse der Ärztebefragung skizziert.

Der hausärztliche Notdienst (HÄND) steht all jenen zur Verfügung, die außerhalb der Ordinationszeiten dringend einen Arzt brauchen. Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sind dafür abends, in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen im Einsatz. Die Hausärztinnen und Hausärzte eines Sprengels teilen sich die Dienste auf und wechseln sich ab. Das bleibt auch in Zukunft so.

Die bisherige Einteilung der Dienstsprengel für den hausärztlichen Notdienst wurde vor einigen Jahrzehnten erstellt und bis 2014 nicht verändert. Die Voraussetzungen haben sich sukzessive hinsichtlich der Erreichbarkeit der Ordinationen bzw. der Mobilität der Bevölkerung, aber auch hinsichtlich des Angebotes an Vertragsärzten und hinsichtlich der Wahlmöglichkeit ihrer Patienten verändert.

Durch die frühere Einteilung in relativ kleine Sprengel teilten sich die notwendigen Dienste naturgemäß auf nur sehr wenige Ärzte (oft nur auf zwei, drei oder vier) auf. Das hatte zur Folge, dass die Ärzte durchschnittlich jedes zweite oder dritte Wochenende sowie jede zweite oder dritte Nacht zum Dienst eingeteilt waren. Ein wesentlicher Verbesserungsschritt waren daher Sprengelzusammenlegungen, so dass pro Arzt in Summe weniger Dienste anfallen.

1. Größere Sprengel, gute Versorgung: Wie geht das?

Keine Frage: Viele Hausärztinnen und Hausärzte sind froh über weniger Dienste, denn auch sie haben Familien, die sie brauchen. Doch die Patientinnen und Patienten haben ebenso Vorteile. Wer als Mediziner nach einem regulären, langen Arbeitstag Bereitschaftsdienst in der Nacht hat, kommt 24 Stunden fast nicht zum Schlafen und startet so in den nächsten Ordinationstag. Für die Patienten ist es aber besser, wenn ihr Arzt fit und ausgeruht ist. Die Neuorganisation der Dienste ist aber auch wichtig, um die landärztliche Versorgung in Zukunft zu sichern: In den kommenden Jahren gehen immer mehr Landärzte in Pension. Schon jetzt ist es schwierig, Nachfolger zu finden. Gegensteuern kann man mit Maßnahmen, die den Beruf attraktiver machen. Weniger Notdienste tragen dazu sicher bei.

Mit 2014 wurden daher grundlegende Änderungen mit folgender Zielstellung eingeführt, wobei sich die Ärzte in den Sprengeln für ihr Modell (aus drei möglichen) entscheiden konnten:

- Langfristige Sicherstellung einer guten Versorgung der Bevölkerung im hausärztlichen Notdienst,
- Reduktion der Belastung der Vertragsärzte durch viele Wochenend- und Nachtdienste und damit Erhöhung der Akzeptanz unter den aktiven Vertragsärzten zur Notdienstverpflichtung, womit auch der Vertragsarztberuf attraktiver gestaltet wird, und
- Gewinnung von neuen/jungen Ärzten und allenfalls auch Wahlärzten für die Aufgabe des HÄND.

Das neue HÄND-Modell geht davon aus, dass durch Strukturmaßnahmen (z.B. Begleitung und eigenes Fahrzeug bei Visiten, Trennung in Ordinationsdienste und Visitendienste, Erreichbarkeit über Nr. 141, welche durch das Rote Kreuz serviciert wird, etc.) eine Bedarfsabdeckung auch in größeren Regionen ohne Qualitätsverlust möglich ist.

Die wesentlichen Unterschiede in den Modellen liegen bei der Honorierung (pauschale Honorierung oder Honorierung je Leistung) und in der Organisation der Visitendienste (begleitete Visitendienste, d.h. Arzt wird mit eigenem Dienstauto und Sanitäter zu den Visiten gefahren und begleitet, oder Arzt fährt selbst).

Folgende Evaluierungsschwerpunkte wurden im Vorfeld zwischen den Systempartnern (Ärztekammer, Land, Gebietskrankenkasse, Rotes Kreuz) festgelegt:

- Sicherstellung des HÄND in OÖ unter der Woche ab 14.00 Uhr und am Wochenende/Feiertag,
- Zufriedenheit der Bevölkerung (Befragung und Auswertung der Beschwerden),
- Zufriedenheit der Ärzteschaft,
- Inanspruchnahme (Patientenanzahl und Leistung im HÄND),
- Kostenentwicklung,
- Beteiligungsquote Vertragsärzte/andere Ärzte,
- Vergleich der Modelle untereinander.

2. Befragung der Ärzte

Die Ärztekammer für OÖ beauftragte das Ärztliche Qualitätszentrum mit der Befragung der Ärzte als Teil der HÄND-Evaluierung, welche vom Land OÖ beauftragt und von Wolfgang Bayer Beratung in Abstimmung mit den Systempartnern durchgeführt wurde.

Der Fragebogen wurde von der Ärztekammer mit der Wolfgang Bayer Beratung GmbH abgestimmt.

Eingeladen wurden jene Ärztinnen und Ärzte in OÖ, welche aufgrund ihrer Ausbildung (Berufsberechtigung Arzt für Allgemeinmedizin, sogenanntes „ius practicandi") am HÄND teilnehmen könnten. Für die Befragung wurde nicht nach tatsächlicher Ausübung des Fachs Allgemeinmedizin, sondern nach der Berufsberechtigung gefiltert. Von diesen Ärzten wurden noch jene Gruppen herausgefiltert, welche entweder durch die Region (Linz Stadt), die Funktion im Spital (Primarius) oder durch das Alter (> 50) höchstwahrscheinlich kein Interesse am HÄND haben.

Die Befragung erfolgte als Online-Vollerhebung mit der Befragungssoftware easyresearch der Firma Questback.

Von 2.465 eingeladenen Ärztinnen und Ärzte liegen 909 auswertbare Fragebögen vor, davon sind 390 NICHT-HÄND-Teilnehmer und 519 aktive HÄND-Ärzte. Die Beteiligung liegt somit bei 37 %, wobei diese sehr stark nach Ärztegruppen schwankt, vor allem anhand des ausgeübten Faches. So haben 71 % der niedergelassenen Hausärzte mit Kassenvertrag teilgenommen und 18 % der Ärzte in Facharztausbildung.

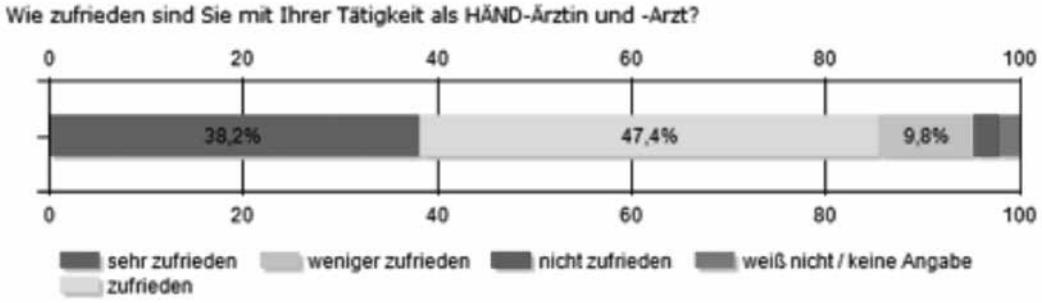
2.1. Gründe für und gegen eine HÄND-Teilnahme

Von den berechtigten Ärzten beteiligen sich Fachärzte und Frauen deutlich weniger am HÄND. Die wichtigsten Gründe für die Nicht-Teilnahme sind zeitliche Faktoren und die Arbeitsintensität in der Haupttätigkeit. Alle anderen Faktoren spielen eine sehr untergeordnete Rolle.

Die zwei wichtigsten Motivationsgründe für die Teilnahme am HÄND sind, dass die Tätigkeit zum Berufsbild des Allgemeinmediziners dazugehört und eine attraktive Bezahlung.

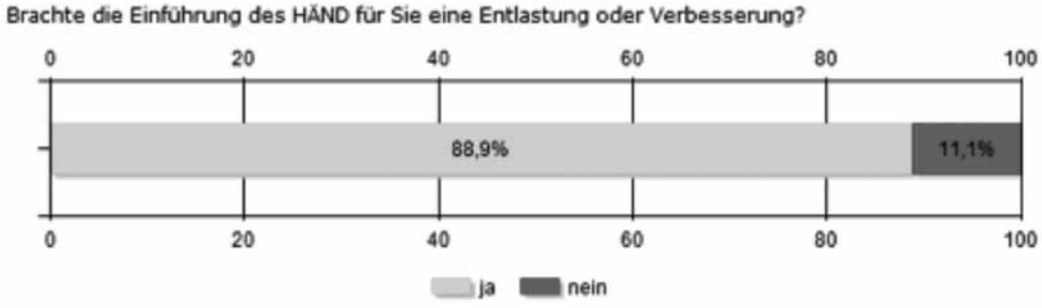
2.2. Zufriedenheit mit der Tätigkeit als HÄND-Ärztin und HÄND-Arzt

Die Zufriedenheit mit dem HÄND ist sehr hoch: 86 % sind zufrieden oder sehr zufrieden, 12 % sind weniger oder nicht zufrieden. 2 % haben keine Angabe gemacht.



- Die Zufriedenheit ist bei allen Gruppen sehr hoch, schwankt nach Haupttätigkeit zwischen 93 % bei den Wahlärzten und 85 % bei den Fachärzten im Spital. Diese Unterschiede sind statistisch nicht signifikant.
- Ärztinnen sind signifikant zufriedener als Ärzte (91 % bzw. 83 %).
- In den Bezirken Eferding und Schärding ist die Zufriedenheit signifikant höher, in den Bezirken Freistadt, Linz-Land I und Linz-Land II signifikant niedriger als im OÖ-Durchschnitt.

Für 89 % der Befragten brachte die Einführung des HÄND eine Entlastung oder Verbesserung.



- Die Verbesserung sehen die Ärzte vor allem durch folgende Aspekte:
  - weniger Bereitschaftsdienste,
  - attraktive Honorierung,
  - attraktive Dienstmodelle,
  - bessere Planbarkeit der Dienste,
  - Unterstützung durch den Fahrdienst.

Eine sehr hohe Zufriedenheit geben die Ärzte beim Verantwortungsbereich, bei der Diensteinteilung und dem Honorierungsmodell an.

Die Zufriedenheit mit den Dienstmodellen ist mit über 80 % sehr hoch, ausgenommen ist die Rufbereitschaft wochentags, mit welcher „nur" 67 % zufrieden oder sehr zufrieden sind. Die Zufriedenheit hängt jedoch nicht mit der Arbeitsbelastung der einzelnen Modelle zusammen: Die Rufbereitschaft wochentags mit der geringsten Belastung ist gleichzeitig das Modell mit der geringsten Zufriedenheit. Hingegen sind die Ärzte mit dem Tagvisitendienst am Wochenende trotz einer sehr hohen Belastung überwiegend zufrieden.

Überdurchschnittlich hoch ist die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der Leitstelle und auch der Informationsweitergabe über den Einsatzort und die Einsatzart.

Klar definierte Prozesse für den Dienstablauf als Standardprozess sehen 92 % als vorhanden oder eher vorhanden, hingegen nur 64 % für nicht übernommene Visiten und 78 % für die Übergabe von Visiten.

Die Ärzte im HÄND-Dienst nehmen zu 81 % eine Zufriedenheit der Patienten wahr, zu 13 % eine Unzufriedenheit.

2.3. Verbesserungsmöglichkeiten

Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sehen trotz der hohen Zufriedenheit weitere Verbesserungsmöglichkeiten in folgenden Bereichen des HÄND:

- bei der Zusammenarbeit mit nachgelagerten Versorgungseinheiten, z.B. durch Zusendung von Arztbriefen und verstärkter Kommunikation,
- bei der Medikamentenversorgung, z.B. durch die Berechtigung zur (Notfall-) Medikamentenabgabe, durch das Verhindern eines Ausweichens der Patienten auf HÄND-Visite nur wegen eines Medikaments,
- bei Abläufen mit konkretem Nutzen für Patientinnen und Patienten, z.B. durch die elektronische Datenweitergabe von Rotem Kreuz an den Arzt, durch Medikamentenversorgung im Rahmen der Visite,
- bei der Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz, z.B. sollten die Patientendaten per SMS auf Diensthandy weitergeleitet werden und der Prozess für Visitenübergabe und nicht übernommene Visiten sollte geklärt werden,
- bei der Zusammenarbeit innerhalb der ÄK, z.B. durch einen Austausch zwischen HÄND-Ärzten, durch weitere Dienstplan-Eintragungsmöglichkeiten und durch Ausnahmen von der Pflichtteilnahme,
- bei der Öffentlichkeitsarbeit, v.a. durch eine bessere Information der Patienten über den HÄND und die Nutzung als Notdienst sowie durch Information der Patienten über die Aneignung einer privaten Hausapotheke.

3. Conclusio

Mit der Umstellung auf die HÄND-Modelle mit weniger Diensten für den einzelnen Arzt, mit einer attraktiveren Bezahlung, der besseren Vertretungsmöglichkeiten und der Möglichkeit eines unterstützenden Fahrdienstes ist es in OÖ gelungen, die Attraktivität des Hausarztberufes zu steigern.

Mag. Katharina Riedler

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Ausbildung zum Allgemeinmediziner im Vergleich

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text entweder die männliche oder weibliche Form verwendet, auch wenn alle Geschlechter gemeint sind.

1. Einleitung **59**

2. Internationale Entwicklungen **60**

3. Deutschland **61**

4. Schweiz **63**

5. England **64**

6. Frankreich **65**

7. Niederlande **67**

8. Dänemark **68**

9. USA **70**

10. Zusammenfassung **71**

Literatur **72**

Der folgende Beitrag stellt dar, wie die Aus- und Weiterbildung zum Allgemeinmediziner in anderen Staaten organisiert wird, und zeigt, welchen Stellenwert der Fachbereich innehat. Vor allem die Tatsache, dass Hausärzte bereits in den meisten Staaten als Fachärzte gelten, zeigt die wachsende Bedeutung der Profession. Denn die effektive Behandlung von chronisch Kranken und multimorbiden Personen gilt als zentrale Funktion des Gesundheitswesens der Zukunft, und dem Hausarzt wird hier eine entscheidende Rolle zufallen. Die kontinuierliche Weiterentwicklung des Ausbildung und die Neudefinition des Arbeitsfeldes an sich sind nicht nur notwendige Schritte, um künftigen Herausforderungen gewachsen zu sein, sondern auch Maßnahmen zur attraktiveren Gestaltung des Berufs „Allgemeinmediziner", um drohenden personellen Engpässen entgegenzuwirken.

1. Einleitung

In Österreich sieht es auf den ersten Blick so aus, als müssten wir uns um die Allgemeinmedizin im Land keine Sorgen machen. Immerhin gab es zwischen 2005 und 2015 einen Anstieg um 18,3 % bei berufstätigen Allgemeinmedizinern – bei Fachärzten sogar um 36,9 %. Bezieht man ein, dass im selben Zeitraum auch die Bevölkerung gewachsen ist, so schaffen es die Allgemeinmediziner immer noch auf eine Steigerung von 12 %, Fachärzte auf 29,6 %. Besonders besorgniserregend scheint hingegen der Nachwuchs der Ärzteschaft: 2015 lag die Zahl der Ärzte in Ausbildung sogar etwas unter dem Niveau von 2005. Bei den Medizinstudenten sieht das Bild noch drastischer aus: belegten im Semester 2005/06 noch 19.943 Studenten das Fach Humanmedizin, so waren es 2015/16 nur noch 13.742 Personen.[1]

Betrachtet man nur niedergelassene Ärzte, die einen Kassenvertrag haben, so sieht die Sache schon etwas anders aus. Unter den § 2-Vertragsärzten gab es zwischen 2005 und 2015 nur eine geringe nominelle Steigerung von 2,7 %, bei den Allgemeinmedizinern sogar nur um 0,7 % (allgemeine Fachärzte: 4,4 %).[2] Berücksichtigt man auch hier die Bevölkerungsentwicklung, so gab es 2015 weniger Kassenärzte pro 100.000 Personen als 2005 (Hausärzte -3,9 %; Fachärzte -0,6 %). Hinzu kommt in diesen Betrachtungen auch noch, dass es sich bei den oben genannten Daten um reine Kopfzahlen handelt. Da aber auch bei den Ärzten die Teilzeitquote im Steigen begriffen ist, kann ein Arzt im Durchschnitt nicht mehr dieselbe Versorgungsleistung bringen wie früher. Würde man Vollzeitäquivalente heranziehen, wäre im Kassenbereich daher ein noch größerer Rückgang der ärztlichen Leistung erkennbar. Und auch die Struktur der Bevölkerung verändert sich laufend. Denn das zunehmende Durchschnittsalter und die damit verbundene steigende Anzahl chronisch kranker und multimorbider Personen erhöhen den Bedarf an medizinischen Leistungen. Die Schere zwischen Bedarf und Angebot im kassenärztlichen Bereich geht daher immer weiter auseinander.

Hinzu kommt, dass sich die Situation bei den Kassenärzten in den nächsten Jahren verschärfen wird. Denn Zahlen der Ärztekammer zeigen, dass in etwa sechs Jahren ein großer Teil der Hausärzte mit Kassenvertrag das Pensionsalter von 65 Jahren erreichen wird. Gepaart mit der geringeren Zahl an Jungärzten (weniger Medizinstudenten) könnte es dann zu einem Versorgungsengpass kommen.

1 Statistik Austria; eigene Berechnungen
2 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2016)

In anderen Staaten der EU kann ein ähnliches Bild gezeichnet werden. In Frankreich gab es zum Beispiel zwischen 2007 und 2016 unter den Allgemeinmedizinern einen Rückgang von durchschnittlich 8,4 %. Dabei war der Rückgang regional sehr unterschiedlich und betrug bis zu 18,7 %. Dieser Trend wird sich laut Prognosen bis ins Jahr 2025 fortsetzen, denn das Durchschnittsalter der Allgemeinmediziner beträgt 52 Jahre. Bei den Fachärzten gab es hingegen im Zeitraum zwischen 2007 und 2016 einen Anstieg um 7 % – und auch diese Tendenz wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit bis 2025 halten.[3]

Um die künftigen Bedürfnisse im Bereich der allgemeinmedizinischen Versorgung in Europa decken zu können, gibt es daher in vielen Ländern Entwicklungen, die den Fachbereich fördern und die Bedingungen für Allgemeinmediziner verbessern.

2. Internationale Entwicklungen

Zur Förderung der gegenseitigen Anerkennung der ärztlichen Grund- und Facharztausbildung sowie weiterer Befähigungen verfasste der Europäische Rat die Richtlinie 93/16/EWG, die sich inoffiziell die Freizügigkeitsrichtlinie für Ärzte nennt. Die Richtlinie und ihre Nachfolger beschreiben Mindeststandards der ärztlichen Grund- und Fachausbildung. In Titel IV der Richtlinie wurde die allgemeinmedizinische Ausbildung eigens behandelt, da hier innerhalb der Europäischen Union große Unterschiede bestanden. Auch in Deutschland kam es im Zuge der Richtlinie zu einer Anpassung, indem der Facharzt für Allgemeinmedizin eingeführt und die Berufsbezeichnung des Praktischen Arztes (konnte ohne Facharztausbildung praktizieren) abgeschafft wurde.

Insgesamt gibt es eine internationale Tendenz zu einer intensiveren Beschäftigung mit der Allgemeinmedizin. Es werden vermehrt Überlegungen angestellt, wie die Disziplin gestärkt werden kann. So nimmt etwa die Institutionalisierung der Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten laufend zu. In Skandinavien ist dieser Vorgang bereits erfolgreich abgeschlossen, und in Österreich lag laut Gerlach (2010) der Durchdringungsgrad bei 50 %: In anderen Staaten, wie Frankreich oder Italien, gab es zu diesem Zeitpunkt noch gar keine Verankerung der Allgemeinmedizin an den Universitäten. In vielen Ländern ist die koordinierte Entwicklung der ärztlichen Weiterbildung an den Universitäten angesiedelt (Nie-

3 Conseil National de l'ordre des Médecins (2016), S. 28f.

derlande, England), während die Weiterbildung anderenorts politisch festgelegt wird (Deutschland). In den USA, Kanada und Skandinavien ist es sogar möglich, nach dem Medizinstudium noch einen Master im Bereich Allgemeinmedizin zu belegen, der die Weiterbildung jedoch nicht ersetzt, sondern eine zusätzliche akademische Auseinandersetzung mit dem Fachbereich erlaubt. Des Weiteren gibt es immer öfter Bestrebungen, den Bereich der Primärversorgung neu zu definieren und in diesem Zuge auch die Professionsentwicklung in der Allgemeinmedizin zu fördern.[4,5]

3. Deutschland

Die universitäre Ausbildung[6] von Jungmedizinern ist in Deutschland durch den Numerus clausus stark eingeschränkt, denn dieser besteht aus einem fakultätsspezifischen Aufnahmeverfahren unter Berücksichtigung der Noten des Abiturs. Viele Medizinstudienanwärter erlangen durch dieses strenge Verfahren keinen Ausbildungsplatz und weichen unter anderem auf österreichische Universitäten aus. Wer in Deutschland einen Medizinstudienplatz erlangt, den erwartet eine Mindeststudiendauer von sechs Jahren. Diese Zeit gliedert sich in einen vorklinischen Teil von zwei Jahren und einen klinischen Teil von vier Jahren. Das letzte Jahr der klinischen Phase umfasst dabei eine zusammenhängende praktische Tätigkeit in einem Krankenhaus, einer Arztpraxis oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung.

Nach Abschluss des Studiums erfolgt die Approbation als Arzt, welche zur uneingeschränkten Tätigkeit als Arzt berechtigt. Danach kann mit der Weiterbildung zum Facharzt, auch zum Facharzt für Allgemeinmedizin, begonnen werden. Diese dauert je nach Fachgebiet 5 bis 6 Jahre.[7,8] Seit den 90er Jahren ist der Facharzttitel verpflichtend, um eine ärztliche Tätigkeit bei den gesetzlichen Krankenkassen ausüben zu können. Ohne Facharzttitel können ausschließlich Privatpatienten behandelt werden. Außerdem wird ein Facharzttitel benötigt, wenn man später als Oberarzt oder Chefarzt fungieren will.

4 z.B. das Bellagio Konzept vom April 2008, das von einer internationalen Expertengruppe ausgearbeitet wurde
5 Dick et al. (2016), S. 483.
6 Bundesärztekammer
7 https://www.praktischarzt.de/arzt/facharztausbildung/
8 Dick et al. (2016)

In Deutschland gibt es keine einheitliche Weiterbildungsordnung, sondern die Landesärztekammern sind für die Erstellung des Weiterbildungskataloges für die einzelnen Fachrichtungen zuständig. Diese orientieren sich jedoch zumeist stark an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Zudem ist auf der Homepage der jeweiligen Landesärztekammer auch eine Liste der Einrichtungen verfügbar, die als Weiterbildungsstätten zugelassen sind. Das können Kliniken oder auch Arztpraxen mit Weiterbildungsberechtigung sein.

Die Weiterbildung zum Facharzt ist in Deutschland eine bezahlte Stelle, die im Rahmen einer klinischen Tätigkeit stattfindet. Um den Facharzttitel zu erlangen, muss der Arzt in Weiterbildung, oder Assistenzarzt, alle Punkte aus dem Weiterbildungskataloges erfüllen. Danach muss bei der jeweiligen Landesärztekammer eine Facharztprüfung positiv absolviert werden.

Die Dauer der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin[9] umfasst 60 Monate, also 5 Jahre, und ist damit im unteren Bereich der Ausbildungsdauer für einen Facharzttitel angesiedelt. Im Unterschied zu anderen Facharzttiteln kann der Facharzt für Allgemeinmedizin nicht nur an einer Ausbildungsstätte erworben werden. Die 60 Monate teilen sich wie folgt auf:

- 36 Monate (3 Jahre) stationäre Basisweiterbildung in der Inneren Medizin,
- 24 Monate (2 Jahre) Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung (davon 6 Monate Chirurgie möglich),
- 80 Stunden Kurs-Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung als Abschluss.[10]

Darüber hinaus gibt es auch die Möglichkeit zur Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, in der sich die 60 Monate etwas anders aufgliedern. Hier werden 24 Monate in der stationären internistischen Versorgung verbracht, 18 Monate in der ambulanten hausärztlichen Versorgung aufgewendet und ebenfalls 18 Monate wahlweise in einer Station in der Inneren Medizin oder ambulant in der hausärztlichen Praxis gearbeitet. Auch hier können 6 Monate in der Chirurgie angerechnet werden.[11]

Zur Erleichterung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin werden in Deutschland vermehrt sogenannte Weiterbildungsverbünde geschlossen. Das sind Kooperationsvereinbarungen zwischen Klinken und niedergelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin (mit Ausbildungsbefugnis), die gemeinsam zu

9 https://www.praktischarzt.de/blog/facharztausbildung-allgemeinmedizin/
10 Miani et al (2015)
11 https://www.praktischarzt.de/blog/facharztausbildung-allgemeinmedizin/

Beginn der Weiterbildungszeit eines Facharztes einen fixen Rotationsplan für die 5-jährige Ausbildungszeit festlegen. Das gibt den Jungärzten Planungssicherheit und erspart ihnen die Notwendigkeit, sich für jede Stelle neu bewerben zu müssen. Oft steht im Anschluss an diese koordinierte Weiterbildung auch die Möglichkeit, eine Praxis zu übernehmen oder als Partner einzusteigen. In Bayern gibt es diese Weiterbildungsverbände bereits flächendeckend. Ziel der Maßnahme ist es, die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen zu stärken.[12]

4. Schweiz

Das Medizinstudium dauert in der Schweiz insgesamt sechs Jahre und besteht aus einem dreijährigem Bachelor- und einem dreijährigem Masterstudium. Je nach Platznachfrage wird der Zugang zum Studium fallweise durch eine Eignungsprüfung und einen Numerus clausus beschränkt. Zumindest in der deutschsprachigen Schweiz ist das Usus, im Rest der Schweiz wird hingegen in den ersten Semestern stark ausgesiebt. Das Masterstudium umfasst ein 10-monatiges Berufspraktikum und schließt mit der Masterarbeit ab. Nach dem Studium muss die Eidgenössische Prüfung Humanmedizin nach dem Medizinalberufegesetz abgelegt werden. Diese Prüfung ist die Voraussetzung für die Zulassung zur Weiterbildung in den Spitälern und Praxen. Die Weiterbildung wird grundsätzlich vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) geregelt, wobei es sich um ein Organ der Schweizerischen Berufsvertretung der Ärzte (FMH) handelt.[13]

Die Ausbildung zum Facharzt dauert theoretisch fünf bis sechs Jahre, wobei es in der Praxis eher sieben bis acht Jahre werden. Der „Facharzt für Allgemeinmedizin" heißt in der Schweiz seit 2011 „Facharzt für Allgemeine Innere Medizin" und ist eine Verschränkung des Facharztes für Allgemeinmedizin mit dem des Facharztes für Innere Medizin. Diese Weiterbildung dauert fünf Jahre und ist modular aufgebaut. Der erste Teil umfasst eine Basisausbildung, die je nach Berufswunsch (Spitalsinternist/Hausarzt) eher in stationären Einrichtungen oder Praxen stattfindet. Mindestens ein halbes Jahr in einer ambulanten Allgemeinen Inneren Einrichtung ist aber verpflichtend und kann bis auf zwei Jahre ausgeweitet werden. Der zweite Teil der Weiterbildung dauert zwei Jahre und ist eine Aufbauweiterbildung. Gemäß dem Weiterbildungsprogramm kann in dieser Phase neben der

12 Schneider (2015)
13 https://studmed.unibe.ch/infos/page.php?id=medizinstudiuminberndetails

Allgemeinen Inneren Medizin aus 31 anderen Fachgebieten ausgewählt werden und ist somit sehr individuell gestaltbar.[14]

Neben dem Facharzt für Allgemeine Innere Medizin kann innerhalb von drei Jahren der Titel des „Praktischen Arztes" erworben werden. Dieser Weg wird allerdings nur noch selten gewählt, da ein Facharzttitel notwendig ist, um eine selbstständige Praxistätigkeit aufzunehmen.

5. England

Um eine Zulassung zum Medizinstudium an der Medical School in England zu erhalten, müssen zum Beispiel ein Test, ein persönliches Statement und ein Interview absolviert werden. Was genau gefordert wird, wird jedoch von den medizinischen Fakultäten selbstständig bestimmt. Die Anzahl der Studienplätze und deren Verteilung über die Fakultäten werden hingegen vom Gesundheitsministerium und dem „Higher Education Funding Council for England" festgelegt. Insgesamt dauert das Medizinstudium in England fünf Jahre, wobei die ersten zwei Jahre dem Erwerb von theoretischem Fachwissen gewidmet werden. In den folgenden drei Jahren wird die Ausbildung in Form eines klinischen Trainings in einem Lehrkrankenhaus absolviert. Die Trennung in Theorie und Praxis wird aber zunehmend verwischt, und es wird immer mehr Wert auf frühen Patientenkontakt gelegt. Obwohl die medizinischen Fakultäten nicht dazu verpflichtet sind, werden mittlerweile überall Praktika in der ambulanten Versorgung angeboten. Vor allem ein vom General Medical Council herausgegebenes Werk (Tomorrow's Doctor), das Standards für die universitäre medizinische Ausbildung vorgibt, hatte Auswirkungen auf die vermehrte Einbeziehung allgemeinmedizinischer Inhalte und Settings in die Lehrpläne der medizinischen Fakultäten. Das Medizinstudium schließt mit einem Bachelor of Medicine oder dem Bachelor of Surgery ab.[15]

Im Anschluss an das Studium kann in England nicht sofort mit der Ausbildung zum Facharzt begonnen werden, sondern es muss erst eine zweijährige Basisausbildung, das sogenannte „foundation programme", absolviert werden. Dieses ist Grundvoraussetzung für die Facharztausbildung. Jedem Studienabsolventen ist ein Platz im Foundation-Programm zugesichert, jedoch werden die Stellen in den Regionen über ein Bewerbungssystem zugeteilt. Der Absolvent weiß also im Vor-

14 Bauer, Hänggeli (2010)
15 Miani et al (2015)

hinein nicht, wo er seine foundation years verbringt. Zudem gibt es in dieser Zeit ein Rotationssystem, das es notwendig machen kann, das Krankenhaus zu wechseln. Weite Wegstrecken oder sogar Umzüge können also notwendig werden. Der Sinn der zweijährigen Basisausbildung ist nicht nur der Erwerb grundlegender medizinischer Kernkompetenzen, sondern auch die Möglichkeit, aufgrund der Einblicke in verschiedene Fachrichtungen eine fundierte Entscheidung für eine Facharztausbildung treffen zu können.[16] Grundsätzlich soll in den foundation years für die Mehrheit der Ärzte ein Praktikum in der hausärztlichen ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen, und zwar unabhängig von deren späterer Berufswahl. Im Sinne der Allgemeinmedizin ist an den foundation years zu kritisieren, dass sich die Ärzte in Weiterbildung bereits zu Beginn des zweiten Jahres für eine Fachrichtung entscheiden müssen, obwohl die Rotation in den Fachbereich Allgemeinmedizin von den meisten Jungmedizinern erst im zweiten Jahr absolviert wird. Ein Grund dafür ist, dass Medikamente erst nach dem Abschluss des ersten Jahres verschrieben werden dürfen und diese Kompetenz einen Kernbereich in der allgemeinmedizinischen Tätigkeit darstellt.[17]

Nach der Basisausbildung kann mit der Facharztausbildung begonnen werden, die mindestens 6 weitere Jahre in Anspruch nimmt. Die Ausbildung zum Allgemeinmediziner „General Practitioner" dauert nach Absolvierung des foundation programms noch 3 Jahre und resultiert ebenfalls in einem Facharzttitel (Dr). Die dreijährige Ausbildung zum General Practitioner umfasst auch eine Ausbildung in einer Hausarztpraxis, die mindestens 18 Monate beträgt.[18]

6. Frankreich

Das Medizinstudium in Frankreich ist eines der besten weltweit, was hauptsächlich darauf beruht, dass unter den Studenten stark aussortiert wird und die wenigen Verbleibenden stark gefördert werden. Außerdem wird der praktischen Ausbildung ein hoher Stellenwert beigemessen. Bereits im dritten Studienjahr sind Theorie und Praxis ausgeglichen. Das Studium gliedert sich in drei Abschnitte – PCEM, DCEM und Internat. Die ersten beiden Teile umreißen dabei die eigentliche universitäre Ausbildung, wobei das Internat bereits die Facharztausbildung darstellt.

16 Du Moulin, Van den Bussche (2007)
17 Miani et al (2015)
18 EURACT

Der erste Studienabschnitt, das PCEM, ist in zwei Abschnitte gegliedert, wobei für die Qualifikation zum zweiten Teil das Bestehen einer Prüfung (Concours) Voraussetzung ist, bei der die Durchfallquote bei etwa 80 % liegt. Diese Prüfung findet nach dem ersten Jahr statt. Es gibt in Frankreich also zwar keine Studienplatzbeschränkung oder einen Numerus clausus, jedoch ein starkes Auswahlverfahren zu Beginn des Studiums. Das PCEM dauert insgesamt zwei Jahre, und es werden hauptsächlich Naturwissenschaften, Geistes- und Sozialwissenschaft gelehrt. Das DCEM ist in 4 Teile gegliedert und dauert insgesamt vier Jahre. Der erste dient zur Einführung in die Arbeit im Krankenhaus, in den folgenden Teilen halten sich die praktische und die theoretische Ausbildung die Waage. Es werden viele Praktika gemacht und Kenntnisse in den Bereichen Pathologie und Therapie erworben.

Im letzten Teil des Studiums, dem Internat, werden die Studenten entweder zum Allgemeinmediziner (3 Jahre), oder zum Facharzt (4 Jahre, Chirurg 5 Jahre) ausgebildet. Die Rangliste der Besten vom vorigen Studienabschnitt (Prüfung Concours d'internat) entscheidet, wer zuerst das Fach wählen darf. Das bedeutet, dass die Besten freie Auswahl haben. Die Facharztausbildung schließt mit dem „Diplôme d'etudes spécialisées" ab, und um zur Praktizierung zugelassen zu werden, muss noch die Doktorarbeit „Diplôme d'Etat de docteur medecine" verfasst werden. Mit dem Abschluss der Doktorarbeit erfolgt auch die Zulassung zum selbstständigen Praktizieren. Der hauptsächliche Unterschied in der Ausbildung der Mediziner im Vergleich zu anderen Ländern besteht darin, dass die Jungärzte auch während der Facharztausbildung noch als Studenten gelten. Ein Gehalt wird jedoch trotzdem ausbezahlt.[19]

Lange Zeit war der Allgemeinmediziner in Frankreich mit dem Stigma belegt, dass es sich dabei um Ärzte handelte, die nach dem strengen Auswahlsystem keinen Platz für eine Facharztausbildung mehr ergattert haben. In den letzten Jahren wurde die Allgemeinmedizin aber mehr und mehr aufgewertet und wird mittlerweile auch als Facharzt absolviert. Die Dauer der Ausbildung beträgt im Rahmen des Internats 3 Jahre. Davon muss ein Jahr in einer Praxis für Allgemeinmedizin abgeleistet werden.[20]

19 http://www.meduni.com/angebote/ausbildung/medizinstudium/ausland/frankreich.html
20 Schäfer (2005)

7. Niederlande

In den Niederlanden gibt es nur wenige Studienrichtungen, die mit einer Zugangsbeschränkung belegt sind, die Humanmedizin gehört jedoch nicht wenig überraschend dazu. Es handelte sich dabei bis ins Jahr 2014 um den sogenannten „numerus fixus", der aber durch fakultätsabhängige Auswahlverfahren abgelöst wurde.[21] Das Studium dauert insgesamt 6 Jahre und gliedert sich in eine jeweils dreijährige Bachelor- und Masterphase, die jedoch de facto als ein Studiengang behandelt wird. In den Niederlanden legt ein Rahmenprogramm für medizinische Ausbildung fest, welche medizinischen Kernkompetenzen das Medizinstudium vermitteln soll, und darauf aufbauend gestalten die acht medizinischen Fakultäten ihre Lehrpläne. Der Trend geht trotz der heterogenen Lehrpläne in Richtung früher Patientenkontakt, auch wenn die meisten Famulaturen erst im Masterprogramm vorgesehen sind.[22] Während des Studiums ist ein allgemeinmedizinisches Praktikum von durchschnittlich 2,5 Monaten vorgesehen.[23] Bei der Abschlussprüfung erhält der Student den Masterabschluss und den Titel MD. Er kann sich in die Ärzteliste eintragen lassen und ist berechtigt, Medikamente zu verschreiben, darf jedoch nur unter medizinischer Fachaufsicht praktizieren. Viele Absolventen arbeiten nach ihrem Abschluss einige Monate als Notfallmediziner oder in einem anderen Fachbereich, um Erfahrungen zu sammeln und eine fundiertere Entscheidung für ihre Facharztausbildung treffen zu können. Diese Praxiszeit hat durchaus auch positiven Einfluss auf die Bewerbung für eine Facharztstelle.

Die Facharztausbildung dauert weitere drei bis sechs Jahre, für Allgemeinmediziner drei Jahre. Die Anzahl der Absolventen, die zur Weiterbildung für einen bestimmten Fachbereich zugelassen wird, wird zentral vom Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport festgelegt. Und auch die Auswahl der Jungärzte wird zentral vom niederländischen Institut für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Huisarts Opleiding Nederland) durchgeführt, bei dem sich die Absolventen direkt bewerben müssen. Etwa 30 % der Medizinstudenten entscheiden sich für eine Weiterbildung zum Allgemeinmediziner.

Während der dreijährigen Ausbildungszeit verbringen die Ärzte in Weiterbildung jeweils einen Tag in der Woche an der Universität und sind in der restlichen Zeit klinisch tätig. Im ersten und dritten Jahr der Ausbildung arbeiten sie auch in akkre-

21 https://www.thieme.de/viamedici/medizin-im-ausland-laender-niederlande-1714/a/lekker-geneeskunde-23513.htm
22 Miani et al (2015)
23 EURACT

ditierten Hausarztpraxen, die einen Vertrag mit den medizinischen Fakultäten haben. Im zweiten Ausbildungsjahr verbringen die Auszubildenden sechs Monate in einem allgemeinen Krankenhaus und jeweils drei Monate in einer psychiatrischen Klinik und einem Pflegeheim. Mindestens einmal im Jahr sollte in den Niederlanden jeder Arzt in Weiterbildung zum Allgemeinmediziner den „Nationalen Wissenstest für Allgemeinmediziner" bestehen, der zentral von einem Ausschuss der acht Universitäten organisiert wird und alle Aspekte der klinischen Versorgung abdeckt. [24]

In den Niederlanden ist die Facharztausbildung klar strukturiert, denn jede Ausbildungsstätte muss bei Aufnahme eines auszubildenden Facharztes einen Ausbildungsplan an das Committee for the Registration of Specialists übermitteln, der den allgemeinen Richtlinien entspricht. Zusätzlich gibt es in den Niederlanden nach dem Medizinstudium noch die Möglichkeit, die Ausbildung zum Public Health Specialist (2,5 bis 4 Jahre) oder zum Nursing Home Specialist (2 Jahre) anzutreten.[25]

8. Dänemark

In Dänemark reicht es für die meisten Studienrichtungen als Voraussetzung aus, die Matura erfolgreich absolviert zu haben. Für das Medizinstudium gibt es allerdings auch in diesem Land einen Numerus clausus und auch noch andere Voraussetzungen und Aufnahmetests. Das genaue Aufnahmeprozedere kann von der Universität festgelegt werden, einen zentralen Numerus clausus wie in Deutschland gibt es jedoch nicht. Das Medizinstudium in Dänemark dauert sechs Jahre und teilt sich in ein jeweils dreijähriges Bachelor- und Masterstudium. Während der universitären Ausbildung ist ein einjähriges Praktikum zu absolvieren, wobei davon ein halbes Jahr im allgemeinmedizinischen Setting stattfindet.[26] Nach Abschluss des Masterstudiums kann ein dreijähriges Doktorat angehängt werden.

Die postgraduale Ausbildung verläuft in Dänemark strukturiert und wird von einem staatlichen Koordinator und einem Team pro Region koordiniert. Diese vergeben auch die begehrten Weiterbildungsplätze. Für manchen fertigen Studenten ergibt sich eine Wartezeit, bevor er seine Facharztausbildung beginnen kann. Die

24 Miani et al (2015)
25 FAIMER
26 http://www.sdu.dk/en/uddannelse/bachelor/medicin und EURACT

Weiterbildung zum Facharzt beginnt mit einer 12-monatigen Basisausbildung. Der sogenannte „turnuslaege" kann zwei Fächer aus den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie und Allgemeinmedizin wählen, in denen er jeweils sechs Monate arbeitet. Nach dem Turnus erhält der Arzt die Berechtigung zum selbstständigen Praktizieren.[27] Danach folgt eine einjährige Einführungsphase (Introduktion) in den gewählten Fachbereich. Dabei ist es in Dänemark nicht unüblich, dass Ärzte in Ausbildung – auch schon während des Studiums – immer wieder einmal als Vikar in den Notfallambulanzen arbeiten. So verschaffen sich die Jungärzte Zeit, um detailliertere Einblicke in verschiedene Fächer zu erhalten und die richtige Entscheidung für sich selbst treffen zu können.[28] In der Allgemeinmedizin dauert die Einführungsphase ein halbes Jahr.

Die Weiterbildung zum Facharzt dauert inklusive Basisausbildung und Introduktion 6 bis 7 Jahre. Für die Allgemeinmedizin werden 6 Jahre benötigt und es wird der Titel „Alm. Praktiserende laege" verliehen.[29] Nach der „Introduktion" folgt in der Allgemeinmedizinerausbildung ein weiteres halbes Jahr in einer allgemeinmedizinischen Praxis (Stammpraxis). Danach müssen 2,5 Jahre stationäre Ausbildung absolviert werden, die jeweils ein halbes Jahr Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie und Psychiatrie beinhalten. In dieser Zeit wird jedoch jeweils ein Tag pro Woche in der Stammpraxis gearbeitet. Das funktioniert vor allem deshalb, weil die Ärzte in Weiterbildung nicht von den Spitälern, sondern von den Regionen bezahlt werden. Das schafft eine gewisse Unabhängigkeit und Freiraum für sonstige Weiterbildungen. Nach der stationären Ausbildungszeit werden wieder sechs Monate in einer Praxis für Allgemeinmedizin verbracht und dann ein weiteres Jahr in der Allgemeinmedizin gearbeitet.[30]

27 European Observatory on Health Systems and Policies (2017)
28 http://medizinernachwuchs.de/chancen-im-ausland/2010/06/praktisches-jahr-in-danemark-chirurgie
29 EURACT
30 Carmienke, Freitag, Gensichen, Schmidt (2013)

9. USA

In den USA beginnt der Weg zum Facharzt mit dem vierjährigen Medizinstudium. Um dieses in Angriff nehmen zu können, reichen meist ein Collegeabschluss (ein vierjähriges Bachelorstudium) und die positive Absolvierung des Medical College Admission Tests (MCAT) aus. Jedoch kann jede Medical School ihre eigenen Aufnahmekriterien festlegen. Eine weitere große Hürde sind in den USA die hohen Studiengebühren. Die universitäre Ausbildung teilt sich in einen präklinischen und einen klinischen Teil, die etwa gleich lang sind. Das Studium schließt mit dem Medical Doctor „M.D." oder seltener mit dem Doctor of Osteopathic Medicine „D.O." ab. Eine Abschlussarbeit ist nicht erforderlich. Zusätzlich müssen drei Staatsexamen (United States Medical Licensing Examinations) bestanden werden, um später als Facharzt praktizieren zu dürfen. Die meisten Medizinstudenten absolvieren die ersten beiden Examen während des Studiums und das dritte Examen während des ersten Jahres der Facharztausbildung.[31]

Die Facharztausbildung nennt sich „residency" oder „graduate medical education" und dauert je nach Fachgebiet drei bis sieben Jahre. Die Zuteilung erfolgt durch den landesweit einheitlichen „Match process".[32] Die Ausbildung findet in den Spitälern statt und unterliegt zahlreichen Standards und Regeln. In allen Facharztbereichen wird das erste Jahr der Ausbildung als „internship" oder mittlerweile als PGY-1 (postgraduate year 1) bezeichnet. Die Ausbildung im Fachgebiet „family medicine" dauert drei Jahre. Diese läuft wie alle Fachrichtungen sehr strukturiert ab und ist von einer ständigen Rotation im Krankenhaus gekennzeichnet. Hauptbereiche in der Ausbildung sind die Geburtshilfe, die Pädiatrie, die allgemeine Chirurgie sowie die stationäre Pflege. Die Tätigkeitsbereiche sind in der Ausbildungszeit sehr weit gefächert, da auch der Aufgabenbereich für fertige family doctors sehr breit ist. Neben der Arbeit in den großen Zentren ist für Allgemeinmediziner auch eine wöchentliche Tätigkeit in einer Praxis vorgesehen. Die Zeit der Ausbildung ist in den USA durch viele Dienste, eine durchschnittliche 80-Stunden-Woche und wenig freie Tage sowie ein niedriges Gehalt gekennzeichnet. Nach der „residency" kann eine Facharztprüfung abgelegt werden. Diese ist kostenpflichtig und für das Praktizieren als Facharzt insofern notwendig, als sie mittlerweile von vielen Arbeitgebern verlangt wird. Die Prüfung muss je nach Fachgebiet alle 6 bis 10 Jahre erneut abgelegt werden.[33]

31 DeZee et al. (2012)

32 Näheres unter http://www.aafp.org/medical-school-residency/residency/match.html

33 http://www.e-fellows.net/e-fellows.net-Stipendium/Infos-speziell-fuer/Mediziner/Wissen-fuer-Mediziner/Medizinerkarriere-in-den-USA

Nach dem „residency" kann auf freiwilliger Basis noch ein fellowship angehängt werden, um sich weiter zu spezialisieren. Diese Weiterbildung kann je nach Bereich ein bis drei Jahre in Anspruch nehmen, geht oft mit einer verpflichtenden Forschungstätigkeit einher und schließt wieder mit einer freiwilligen, kostenpflichtigen Prüfung ab.

10. Zusammenfassung

Auffällig ist, dass der Facharzt für Allgemeinmedizin in allen vorgestellten Ländern bereits eingeführt wurde. Dies sorgt nicht nur für eine strukturiertere Ausbildung und eine genauere Definition des Fachbereiches, sondern auch für ein besseres Image des Berufes. Die Bedeutung der Allgemeinmedizin erfuhr in den untersuchten Ländern eine Aufwertung, weil man sich immer mehr darüber im Klaren wird, welche zentrale Rolle den Hausärzten heute und in Zukunft zukommt. Hierfür werden Anstrengungen in allen Bereichen der Ausbildung unternommen. Vor allem soll es auch eine Ablösung davon geben, dass eine Facharztausbildung in der Wertigkeit höher steht als die Allgemeinmedizin. So hat sich die Ausbildungsdauer zum Allgemeinarzt in vielen Ländern verlängert, obwohl diese immer noch unter den meisten anderen Facharztbereichen liegt. In weiterer Folge soll das Feld für angehende Mediziner interessanter werden und den künftig erhöhten Bedarf an Hausärzten decken.

In den meisten Ländern sind intensive Bestrebungen erkennbar, der Allgemeinmedizin bereits in der universitären Ausbildung ein größeres Gewicht zu verleihen und auch Praktika vermehrt in allgemeinmedizinischen Settings anzubieten. Das soll unter anderem auch das Interesse der Studenten bereits zu einem frühen Zeitpunkt wecken.

Außerdem erkennbar ist ein Trend hin zu theoretischen Ausbildungseinheiten während der Zeit der Weiterbildung zum Facharzt, die das klinische Training sinnvoll ergänzen. Allgemeinmediziner verbringen immer mehr Zeit ihrer Weiterbildung außerhalb des stationären Umfeldes. Bewährt hat sich dabei eine Bezahlung der Jungärzte durch die öffentliche Hand, anstatt durch die Spitäler, da diese dann unabhängiger agieren können und sich für die klinische und theoretische Weiterbildung außerhalb des Krankenhauses leichter frei machen können. So wird es möglich, auch während der Ausbildungszeit im stationären Bereich z.B. einen Vormittag in der Woche in einer Praxis mitzuarbeiten.

Literatur

Bauer, Werner; Hänggeli, Christoph (2010): Eine neue Epoche: das Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin. Schweizerische Ärztezeitung 2010;91:49. S.1929-1932.

Carmienke, Solveig; Freitag, Michael H.; Gensichen, Jochen; Schmidt, Konrad (2013): Allgemeinmedizin in Dänemark. Deutscher Ärzte-Verlag. ZFA Z Allg Med 2014;90(1).

Conseil National de l'ordre des Médecins (2016): Atlas de la démographie médicale en France: Situation au 1er Janvier 2016.

DeZee, Kent J.; Artino, Anthony R.; Elnicki, D.Michael; Hemmer, Paul A.; Durning, Steven J. (2012): Medical education in the United States of America. Medical Teacher 2012; 34(7):521-525.

Dick, Michael; Marotzki, Winfried; Mieg, Harald (Hrsg.) (2016): Handbuch Professionsentwicklung. Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn.

Du Moulin, Marcel; Van den Bussche, Hendrik (2007): Die Facharztausbildung in Großbritannien oder die „Modernisierung der ärztlichen Karrieren". GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung; 24(2):Doc114.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2016): Entwicklung der Vertragsärztinnen und –ärzte in Österreich, 2005-2015.

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (2006): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung.

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (2016): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung.

Miani et al (2015): Best practice: Medizinische Aus- und Weiterbildung aus internationaler Perspektive. RAND Corporation. Santa Monica, Calif., and Cambridge, UK.

Schäfer, Hans-Michael (2005): Französische Allgemeinmedizin im Umbruch – eine Bestandsaufnahme. Z Allg Med 2005; 81:280-283.

Schneider, Dagmar (2015): Weiterbildung Allgemeinmedizin Deutschland. IN Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (Hrsg.) (2015): Ärztliche Ausbildung im Wandel. Zeitschrift für Gesundheitspolitik. Ausgabe 01/2015.

Internetquellen

Bundesärztekammer http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/ausbildung/allgemeine-informationen-zum-medizinstudium/

www.demographie.medecin.fr am 2.3.2017

EURACT http://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database

European Observatory on Health Systems and Policies (2017): The Health Systems and Policy Monitor. Health Systems in Transition (HiT) profile of Denmark: http://www.hspm.org/countries/denmark27012013/livinghit.aspx?Section=4.2%20Human%20resources&Type=Section

FAIMER http://www.faimer.org/resources/pme/netherlands.html

Statistik Austria www.statistik.at am 2.3.2017

Prof. Dr. Werner Beutelmeyer

Institutsvorstand und Geschäftsführer, market Institut Linz

Befragung: Haus- und Fachärzte im Meinungsspiegel

1. Zufriedenheit mit niedergelassenen Ärzten **74**

2. Ausbildungsqualität und Kompetenz **76**

3. Hausärzte **78**

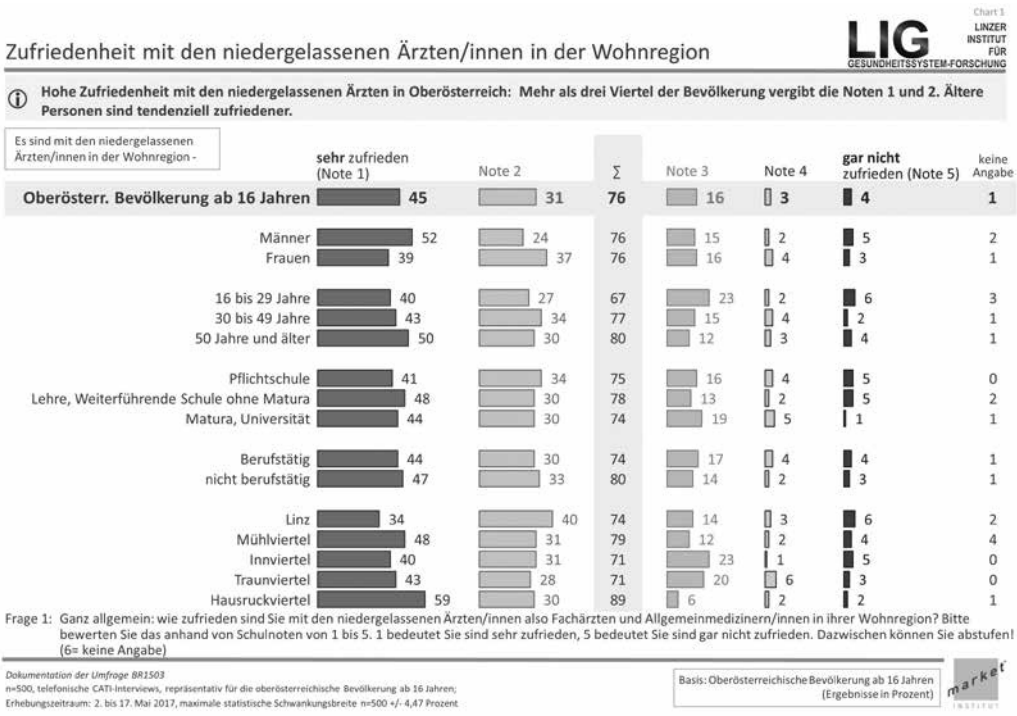
4. Fachärzte im Vergleich zu Hausärzten **82**

Es wurden insgesamt 500 Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher zum Image der Haus- und Fachärzte befragt. Der vorliegende Beitrag zeigt den hohen Stellenwert der niedergelassenen Ärzteschaft in der Bevölkerung und stellt dar, welche Erwartungen die Bevölkerung an die Ärzte stellt und wie sie diese erfüllt sieht. Die Ausbildung der Ärzte wird bei den Fachärzten besser bewertet als bei den Allgemeinmedizinern, es wird aber beiden Ärztegruppen eine hohe fachliche Kompetenz zugeschrieben. Generell werden aber an Hausärzte etwas andere Anforderungen gestellt als an Fachärzte.

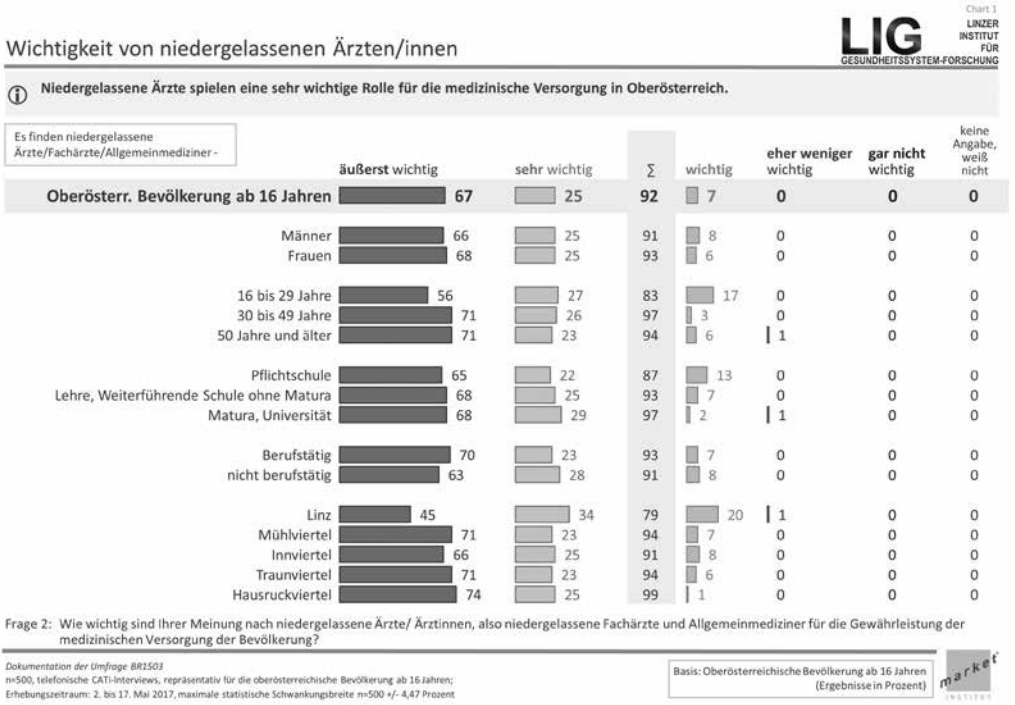
1. Zufriedenheit mit niedergelassenen Ärzten

Die Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher sind mit ihren Haus- und Fachärzten sehr zufrieden.

Die Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen sind mit den niedergelassenen Ärzten (Fachärzte und praktische Ärzte) sehr zufrieden. Konkret geben 45 % der befragten Oberösterreicher/innen an mit den niedergelassenen Ärzten in ihrer Region sehr zufrieden zu sein und weitere 31 % sind zumindest zufrieden. Es resultiert eine Gesamtzufriedenheit von 76 % und davon sind 45 % von ihren Ärzten ziemlich begeistert, was sich in den Top-Box-Antworten (Erste Skalierungsebene) widerspiegelt. Nur 16 % vergeben die neutrale Note 3. Weniger zufrieden bzw. gar nicht zufrieden sind spärliche 7 %. Besonders zufrieden zeigen sich ältere Bevölkerungssegmente, und regional stechen das Mühl- und Hausruckviertel überaus positiv hervor.

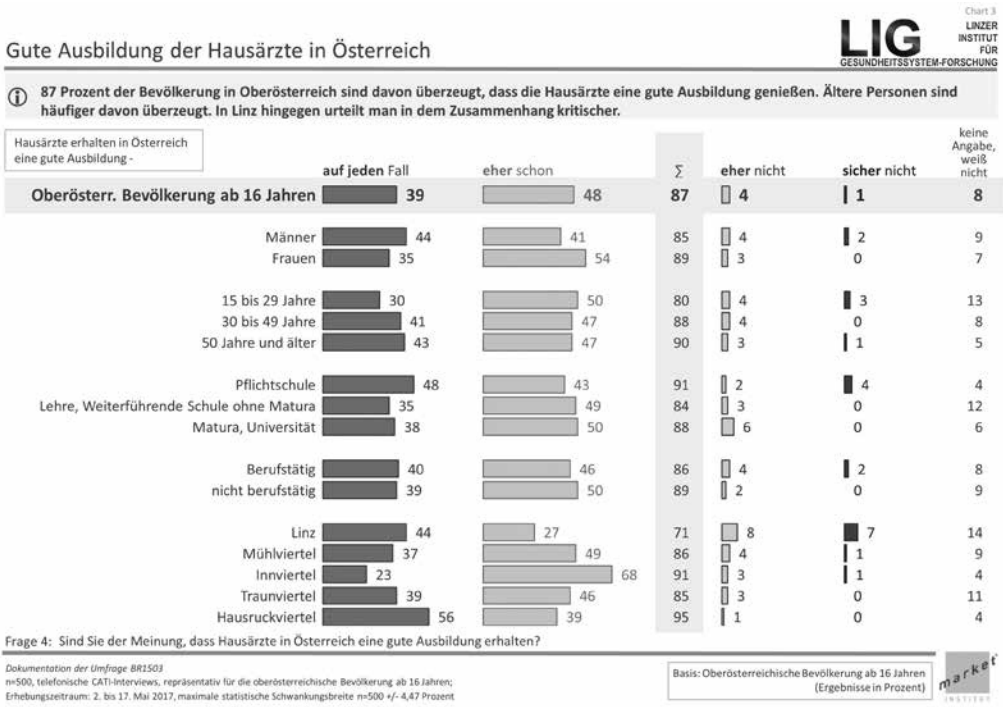


Niedergelassenen Ärzten wird von Seiten der Bevölkerung in Oberösterreich eine sehr große Bedeutung zugesprochen, was die Gewährleistung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung betrifft. Konkret sind 92 % der Oberösterreicher/innen der Meinung niedergelassene Ärzte sind für die Versorgungssicherheit in Sachen Medizin sehr wichtig oder wichtig. Noch bedeutsamer sind niedergelassene Hausärzte, also praktische Ärzte. Diese stufen 71 % als äußerst wichtig und weitere 23 % als wichtig ein.



2. Ausbildungsqualität und Kompetenz

Das Thema Ausbildung von Ärzten hat in Oberösterreich angesichts der neuen Medizinischen Universität in den letzten Jahren viele gedanklich beschäftigt. Die Bevölkerung in Oberösterreich stellt den niedergelassenen praktischen Ärzten ein gutes Zeugnis aus: 87 % sind der Meinung, dass die Hausärzte in Oberösterreich „auf jeden Fall" oder „eher schon" eine gute Ausbildung genießen. In Linz urteilt man zwar etwas kritischer, dennoch sind auch hier 71 % mit dem medizinischen Ausbildungsstand ihrer Hausärzte zumindest zufrieden. Der niedrigere Wert in Linz erklärt sich aus der Urbanität. Urbane Bevölkerung ist üblicherweise kritischer und weist weniger Bindung auf.



Gleichzeitig nimmt die Bevölkerung eine überwiegend konstante Qualität der Hausärzte wahr, also was den Ausbildungsstand und die Kompetenz betrifft. 71 % der Befragten geben an, keine Qualitätsänderung wahrgenommen zu haben.

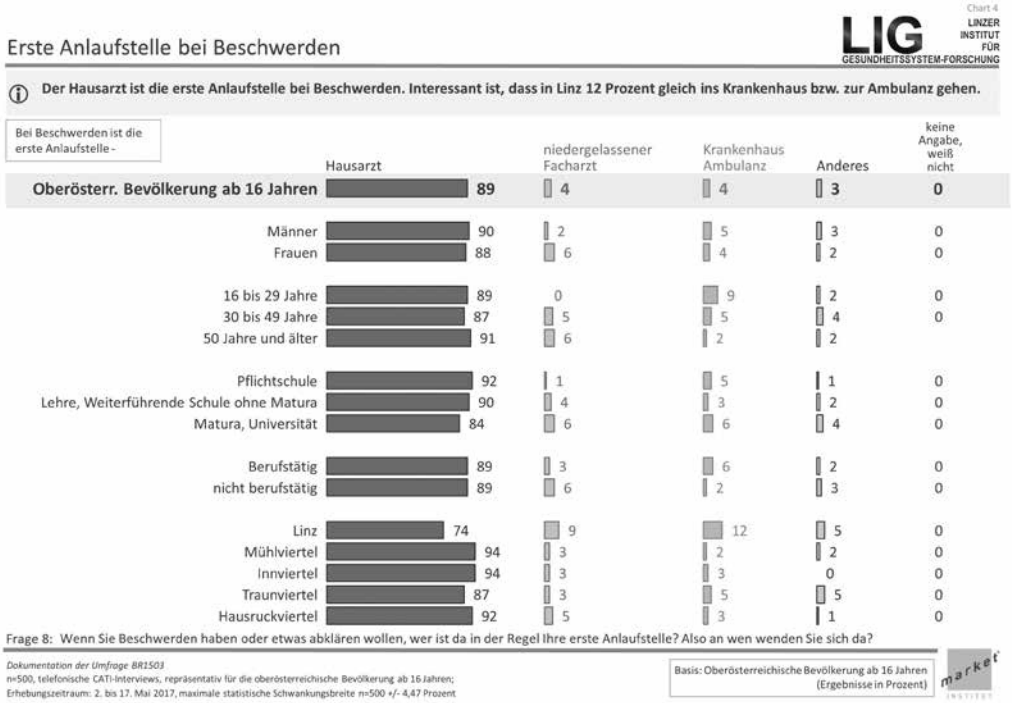
11 % sind der Meinung, dass sich die Qualität verbessert hat, und schließlich sind 17 % der Meinung, dass sich die Qualität der Hausärzte in den letzten Jahren eher verschlechtert hat. Etwas kritischer urteilen erneut die Linzer und Linzerinnen: Da sind sogar mehr als ein Viertel der Meinung (konkret 27 %), dass sich die Qualität der praktischen Ärzte in den letzten Jahren eher verschlechtert hat. Im Wesentlichen wird eine Verschlechterung der Qualität der Hausärzte damit erklärt, dass sie sich zu wenig Zeit für ihre Patienten nehmen. In diesem Zusammenhang werden überfüllte Praxen und lange Wartezeiten als Ursachen genannt.

Eine Qualitätssteigerung hingegen wird auf bessere Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten zurückgeführt.

Was nun den Ärztemangel betrifft, vor dem häufig gewarnt wird, so nimmt diesen die Bevölkerung mehrheitlich nicht wahr. 47 %, also knapp die Hälfte der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen, sind der Meinung, dass es in ihrer näheren Umgebung auf jeden Fall ausreichend niedergelassene praktische Ärzte gibt, und weitere knapp zwei Fünftel (39 %) sind „eher schon" dieser Meinung. Insgesamt haben 86 % derzeit kein Problem mit der Anzahl der praktischen Ärzte in ihrer Umgebung. Nur magere 13 % hingegen sind der Meinung, dass es eher nicht oder sicher nicht ausreichend praktische Ärzte in ihrer Umgebung gibt. Diese Meinung wird im Hausruckviertel etwas stärker vertreten (19 %).

3. Hausärzte

Der Hausarzt ist für knapp 9 von 10 Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen die erste Anlaufstelle bei Beschwerden. In der Landeshauptstadt ist der Hausarzt immerhin für drei Viertel die erste Adresse bei Beschwerden oder für Vorsorge. Gleichzeitig nutzt die urbane Bevölkerung die Krankenhausambulanzen überdurchschnittlich häufig. Weitere 9 % der Linzer/innen gehen gleich zu einem niedergelassenen Facharzt.



Zunächst geben 96 % der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen an, einen persönlichen Hausarzt zu haben. Im Mühlviertel und Hausruckviertel ist der Anteil am höchsten mit 99 %. In Linz ist der Anteil zwar etwas geringer, befindet sich aber mit 92 % ebenfalls auf einem sehr hohen Niveau.

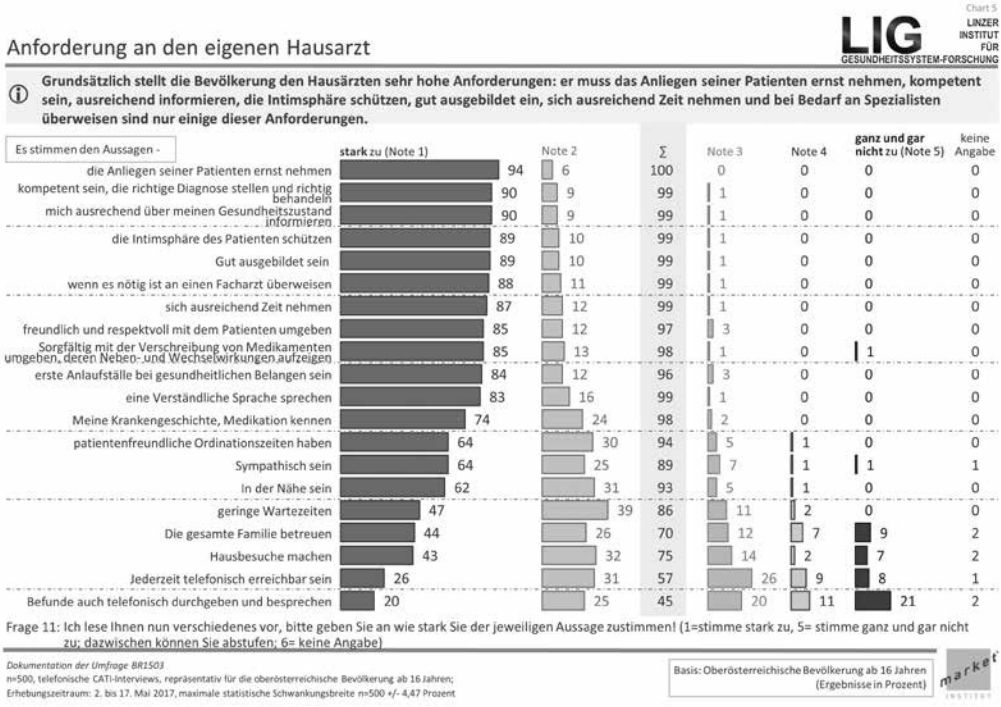
Insgesamt sind 91 % der Oberösterreicher und Oberösterreicherinnen mit ihrem Hausarzt zufrieden. 55 % sogar sehr, hier handelt es sich wieder um die sogenannten „Begeisterten". In Linz sind zwar ebenfalls insgesamt 89 % mit ihrem Hausarzt zufrieden, aber nur ein gutes Viertel (26 %) vergibt die Note 1 „äußerst

zufrieden". Das ist auffällig und zeigt wiederum das etwas kritischere urbane Verhalten. Auf der Note 2 legt dann die Hausarzt-Beurteilung der Linzer kräftig zu. Der kumulierte Gesamtwert passt wieder.

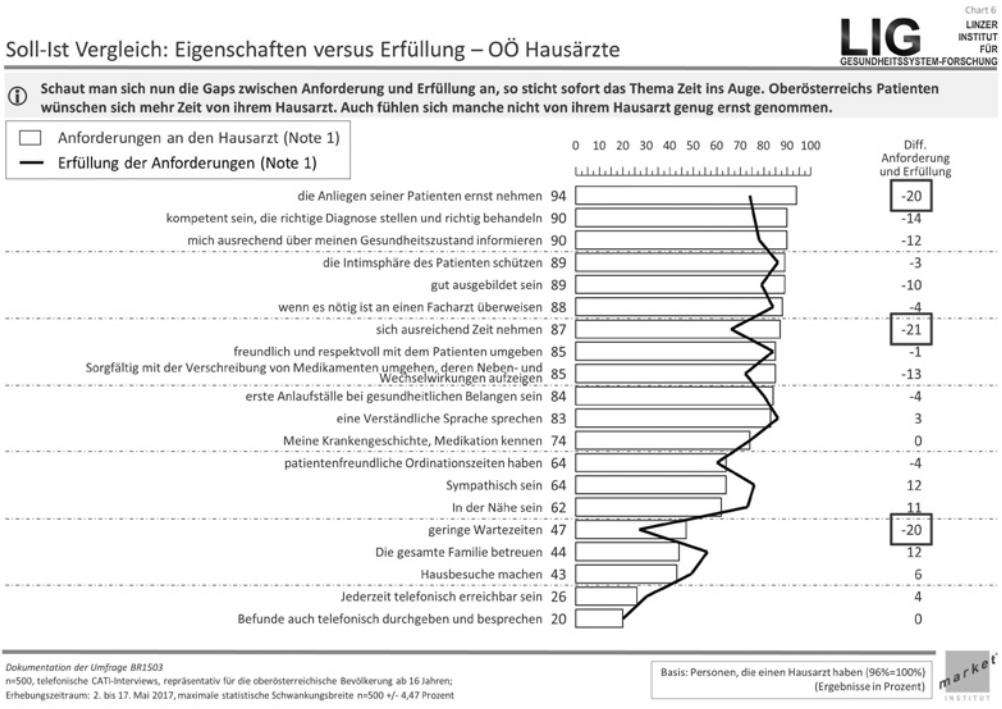
Welche Erwartungen werden spontan an den Hausarzt gestellt? Erkundigt man sich nach der spontanen Erwartungshaltung, dann liegt an erster Stelle der Wunsch nach ausreichender zeitlicher Zuwendung gefolgt von der fachlichen bzw. ärztlichen Kompetenz.

Fazit: Ausreichend Zeit, Kompetenz und Treffsicherheit der Diagnose werden vorausgesetzt.

Bei der gestützten Abfrage bestätigen sich diese Anforderungen nochmals: Nahezu jeder Oberösterreicher und jede Oberösterreicherin erwartet sich von seinem/ihrem Hausarzt, dass er die Anliegen seiner Patienten ernst nimmt, kompetent ist und eine gute Ausbildung genossen hat, seine Patienten ausreichend über deren Gesundheitszustand informiert, ihre Intimsphäre schützt und sich ausreichend Zeit nimmt. Aber auch ein freundlicher und respektvoller Umgang und eine sorgfältige Verschreibung von Medikamenten werden vom Hausarzt gefordert.



Vergleicht man die Anforderungen mit der Erfüllung durch die OÖ-Hausärzte, so resultiert eine Soll-Ist-Analyse. Generell ist bei dieser Betrachtungsweise das Soll prozentuell höher als das Ist. Es geht eher um die markanten Abweichungen von Soll und Ist. Zunächst generell: Die Hausärzte in Oberösterreich erfüllen die hohen Anforderungen recht gut: Dennoch zeigt die Soll-Ist-Analyse einen tendenziellen Verbesserungsspielraum für die Hausärzte. Es kristallisieren sich hauptsächlich drei Punkte heraus, die die Hausärzte in Oberösterreich besser machen könnten: Sie sollten sich mehr Zeit für die Patienten nehmen, ihre Anliegen immer ernst nehmen und die Termine so managen, dass Wartezeiten geringer werden.



Was das Image nun der Hausärzte in Oberösterreich betrifft, so ist interessant, dass sie hauptsächlich mit den Attributen ehrlich, vertrauenswürdig, freundlich, verlässlich, respektvoll, selbstsicher und seriös charakterisiert werden. Hingegen rangieren Eigenschaften wie modern und aktiv, aber auch einfühlsam und empathisch auf den letzten Plätzen.

Chart 7

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Image der Hausärzte

Hausärzte in Oberösterreich haben ein sehr positives Image: sie sind vor allem ehrlich, vertrauenswürdig, freundlich, verlässlich, respektvoll und seriös.

Es stimmen den Aussagen -

	sehr stark zu (Note 1)	Note 2	Σ	Note 3	Note 4	**ganz und gar nicht** zu (Note 5)	keine Angabe
Ehrlich	68	17	85	4	1	0	10
Vertrauenswürdig	67	18	85	4	1	1	9
Freundlich	64	21	85	4	2	0	9
Verlässlich	64	20	84	4	2	0	10
Respektvoll	63	22	85	3	1	1	9
Selbstsicher	63	22	85	4	1	0	10
Seriös	62	23	85	3	1	1	10
Sympathisch	60	24	84	5	1	0	9
Auf das Wohl des Patienten bedacht	57	24	81	5	1	1	12
Kompetent	54	28	82	8	0	1	9
Gründlich	54	25	79	8	3	1	10
Geschickt	54	27	81	6	2	0	11
Erfahren	51	29	80	9	1	0	10
Einfühlsam	50	27	77	7	3	1	11
Geduldig	50	28	78	9	2	1	11
Aktiv	50	28	78	10	1	0	11
Empathisch	48	30	78	7	2	1	13
Modern	47	24	71	11	4	1	12
Verfügbar	44	32	76	11	2	1	9

Frage 14: Wie stark treffen folgende Eigenschaften auf Hausätzte zu? Sagen Sie das bitte nach Schulnoten von 1 bis 5! (1=sehr stark, 5= ganz und gar nicht; dazwischen können Sie abstufen; 6= keine Angabe)

Dokumentation der Umfrage BR1503
n=500, telefonische CATI-Interviews, repräsentativ für die oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren;
Erhebungszeitraum: 2. bis 17. Mai 2017, maximale statistische Schwankungsbreite n=500 +/- 4,47 Prozent

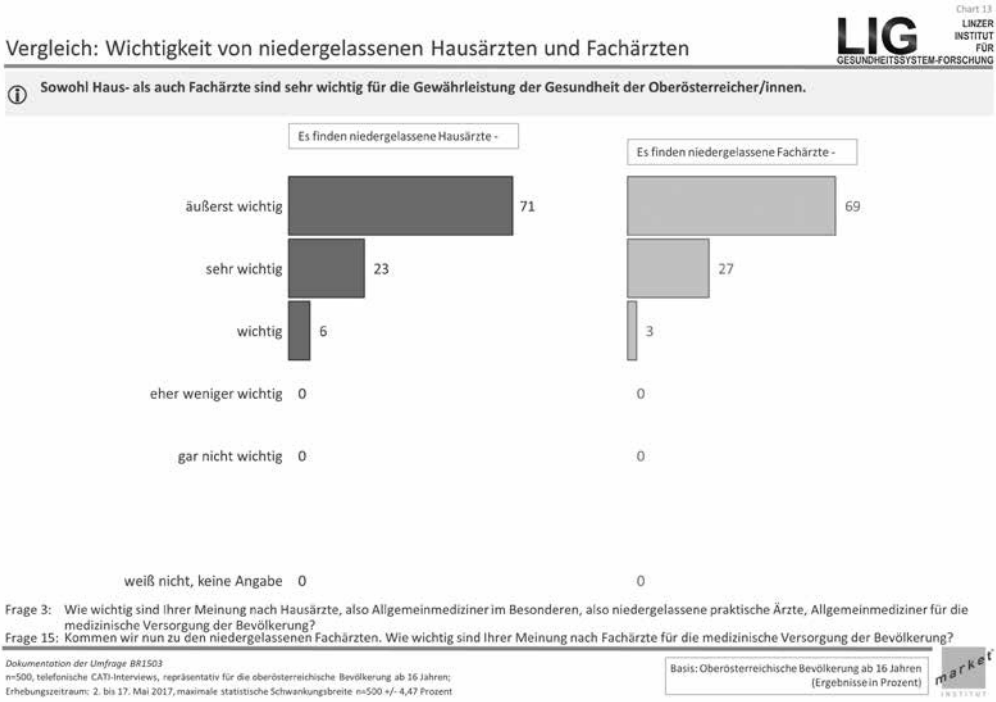
Basis: Oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren (Ergebnisse in Prozent)

market INSTITUT

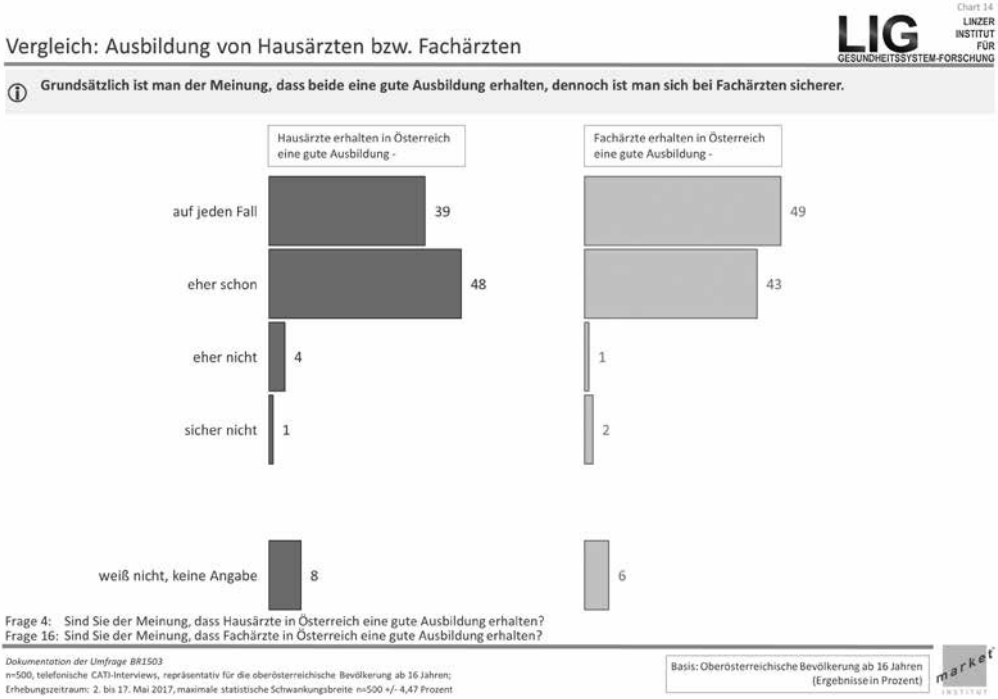
4. Fachärzte im Vergleich zu Hausärzten

Vom Facharzt erwartet man sich hauptsächlich Kompetenz.

Ähnlich hoch wie bei den Hausärzten wird auch die Relevanz der niedergelassenen Fachärzte in Oberösterreich eingestuft: Für 69 % sind Fachärzte äußerst wichtig zur Gewährleistung der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich.

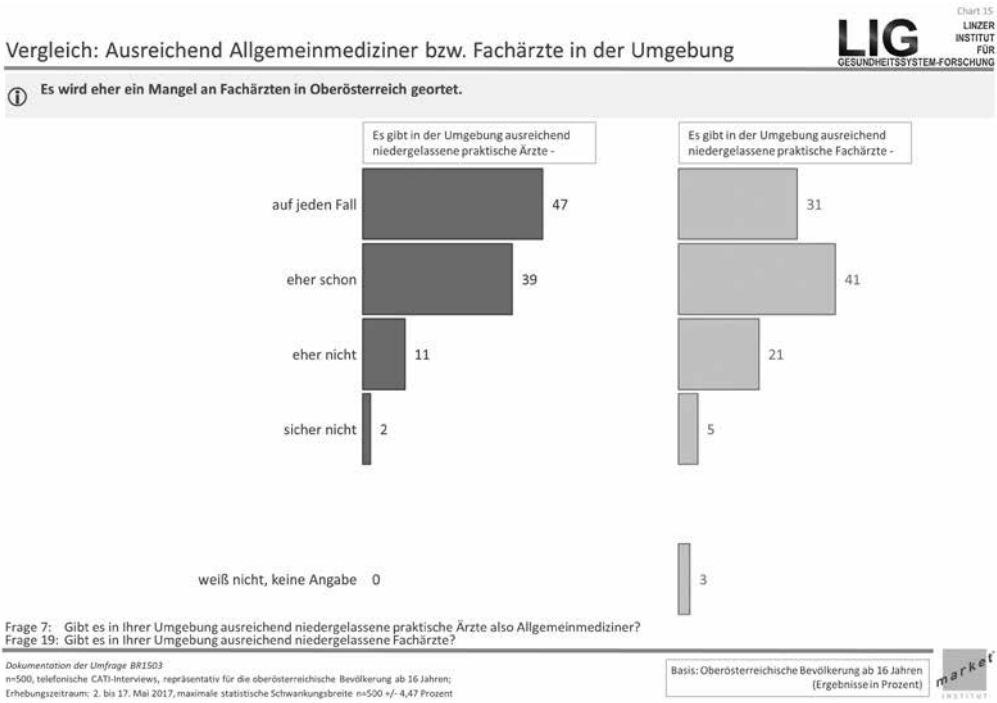


Aus Sicht der Bevölkerung erhalten Fachärzte eine tendenziell bessere Ausbildung als ihre Hausarzt-Kollegen. Konkret gibt knapp jeder zweite Befragte (49 %) an, dass Fachärzte eine gute Ausbildung erhalten. Auf Hausärzte trifft dies zu 39 % zu.

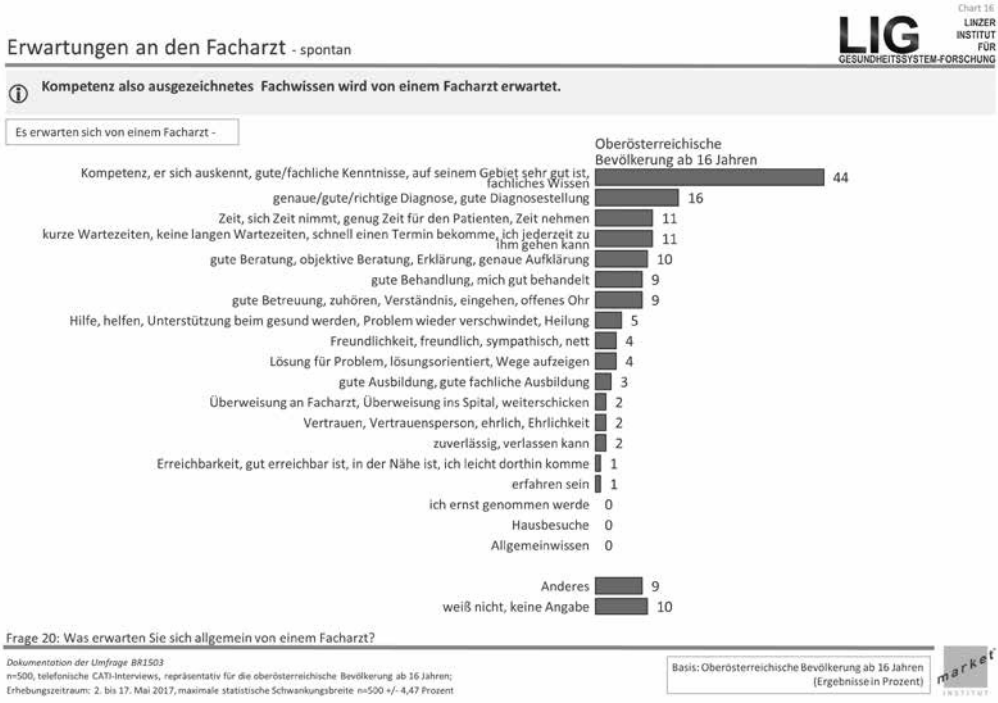


Die Qualität der Fachärzte wird als weitgehend stabil beurteilt. Von der Tendenz wird eher eine Verbesserung wahrgenommen, was mit einer besseren Ausbildung und besseren Ausstattung der Praxen begründet wird.

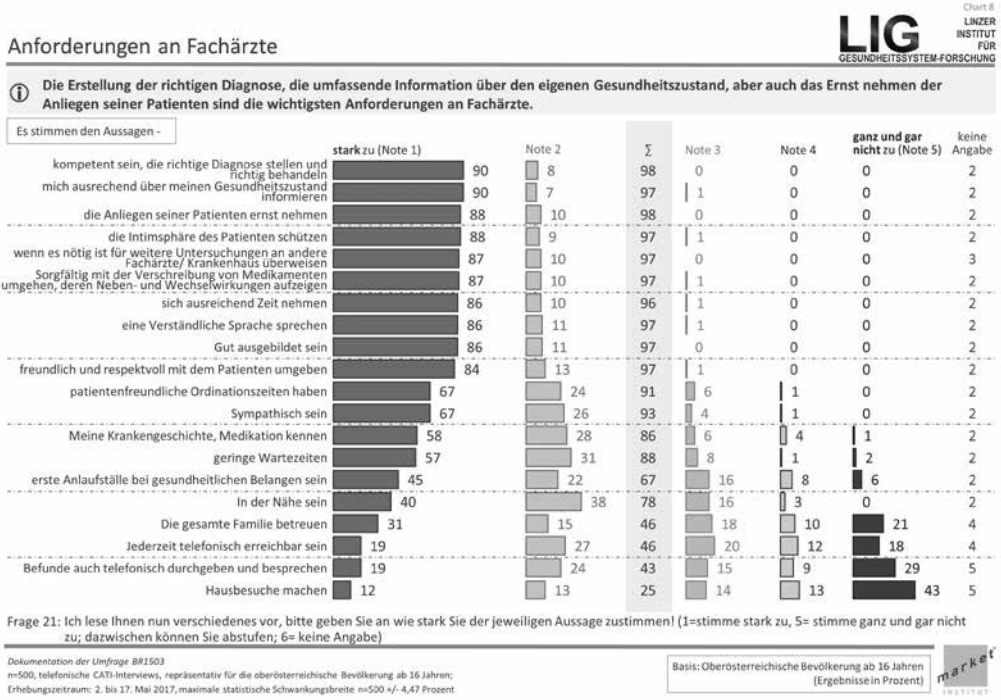
Rund jeder Vierte (26 %) stellt einen Mangel an Fachärzten in seiner Umgebung fest. Bei Hausärzten hingegen liegt dieser Anteil bei nur 13 %.



Vom Facharzt erwartet man sich vorrangig Fachkompetenz. 44 % der Oberösterreicher/innen geben bei der spontanen Abfrage der Erwartungen an den Facharzt an, dass dieser vor allem kompetent sein muss.

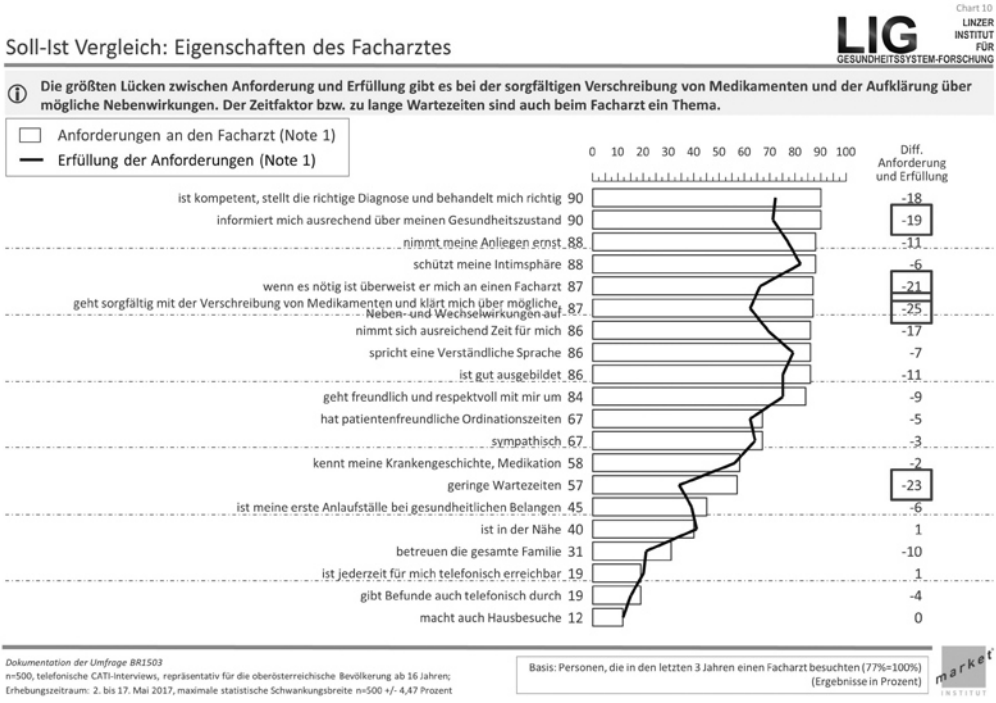


Bei der gestützten Abfrage resultiert eine breitere Palette an Anforderungen. Jeweils 90 % der Oberösterreicher/innen erwarten sich vom Facharzt, dass dieser kompetent ist, also die richtige Diagnose stellt und auch richtig behandelt, und er seine Patienten ausreichend über deren Gesundheitszustand informiert. Weiter soll er die Anliegen seiner Patienten ernst nehmen, die Intimsphäre seiner Patienten schützen und im Bedarfsfall an Kollegen oder das Krankenhaus überweisen. Eher weniger wird vom Facharzt verlangt, dass er in der Nähe ist, die gesamte Familie betreut und telefonisch jederzeit erreichbar ist oder gar Hausbesuche macht.

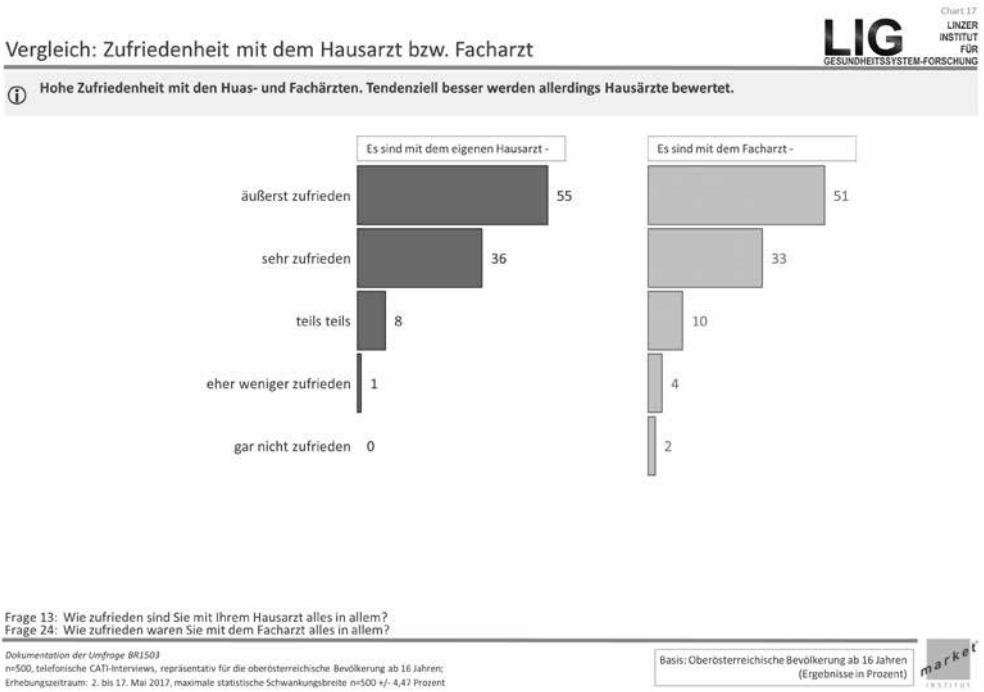


Den Fachärzten in Oberösterreich wird ebenfalls ein besonders gutes Zeugnis ausgestellt. Sie schützen die Intimsphäre ihrer Patienten, sprechen eine verständliche Sprache, nehmen die Anliegen ihrer Patienten ernst, gehen freundlich und respektvoll mit ihnen um und sind gut ausgebildet.

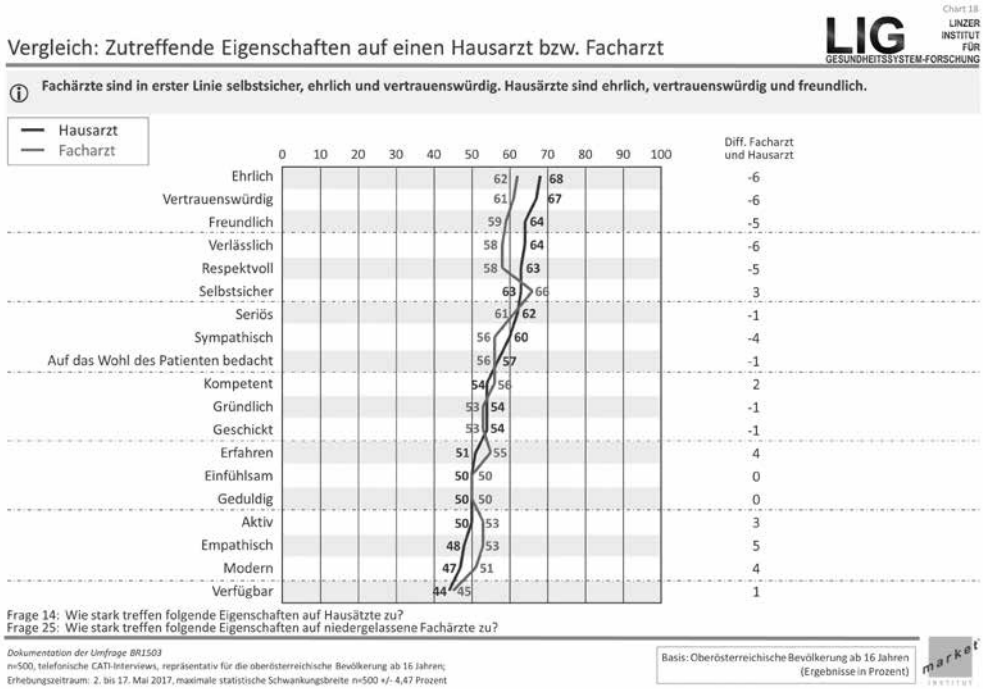
Betrachtet man nun die Differenzen zwischen Anforderungen und Erfüllung (Soll-Ist-Vergleich), so fallen ein paar Punkte auf, die nach Meinung der Bevölkerung in Oberösterreich weiter verbesserungswürdig wären: Zunächst die Sorgfalt, mit der Medikamente verschrieben werden, wenn notwendig an andere Kollegen oder ans Krankenhaus überweisen und den Patienten ausreichend über seinen Gesundheitszustand zu informieren. Aber auch die Organisation der Praxis – Stichwort Wartezeiten – wäre noch ausbaufähig. Ein großes Thema ist auch die Medikamenten-Nebenwirkung. In diesem Zusammenhang würde man sich vom Facharzt mehr Information wünschen.



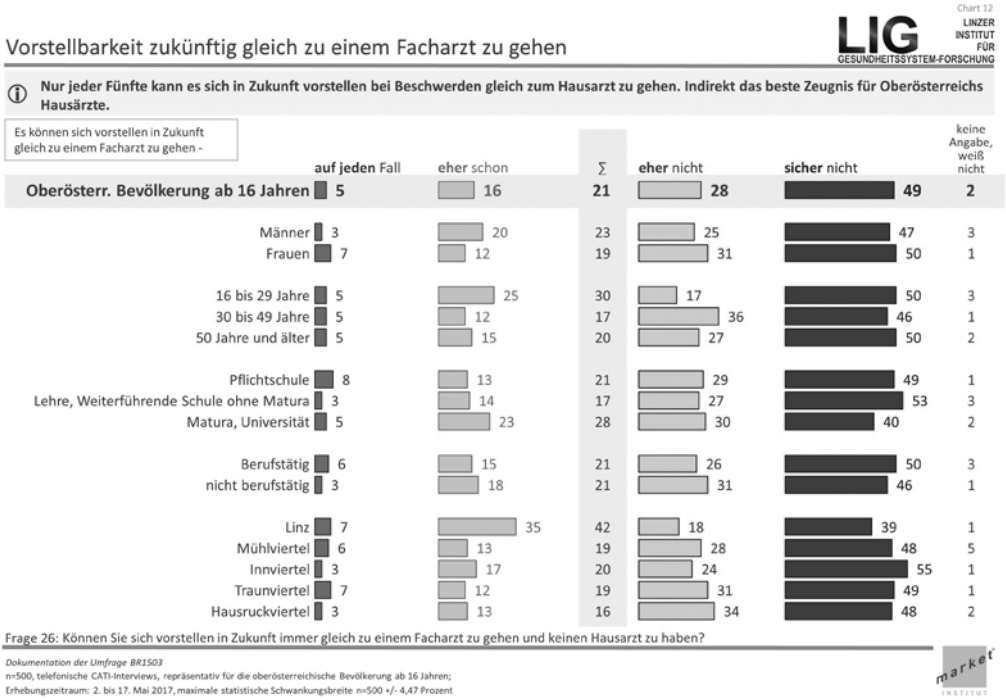
Alles in allem sind die Oberösterreicher/innen mit ihren Ärzten sehr zufrieden. Hausärzte und Fachärzte liegen ziemlich gleich auf und erhalten Top-Bewertungen.



Was das emotionale Image der Fachärzte betrifft, so ist dieses ähnlich wie das der Hausärzte. Allerdings werden Fachärzte häufiger als selbstsicher, erfahrener, kompetenter, empathischer und aktiver bewertet.



Auch wenn die Bevölkerung mit den Fachärzten in ihrer Region sehr zufrieden ist, sind Hausärzte nicht wegzudenken. Auf die Frage, ob man es sich vorstellen kann, in Zukunft gleich zu einem Facharzt zu gehen, antwortet nur jeder Fünfte mit „auf jeden Fall" oder „eher schon". Mehr als drei Viertel der Oberösterreicher/innen können sich das nicht vorstellen. In Linz sieht das etwas anders aus. Da können es sich durchaus 42 % vorstellen, wenn auch die meisten „eher noch" und nicht mit voller Überzeugung. Das ist natürlich auf die größere Anzahl von Fachärzten in der Stadt zurückzuführen.



Dokumentation der Umfrage BR1503:

market Institut; Telefonische CATI-Interviews unter n = 500 OberösterreicherInnen (repräsentativ für die oberösterreichische Bevölkerung ab 16 Jahren)

Erhebungszeitraum: 2. bis 17. Mai 2017; maximale statistische Schwankungsbreite bei n = 500: ± 4,47 %.

Mag. Katharina Riedler

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)

Ärzte-Befragung: Pro und Contra von Allgemeinmedizin und Spezialisierung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text entweder die männliche oder weibliche Form verwendet, auch wenn alle Geschlechter gemeint sind.

1. Befragung **92**

2. Pro Allgemeinmedizin **94**

3. Contra Allgemeinmedizin **95**

4. Pro Spezialisierung **97**

5. Contra Spezialisierung **98**

6. Zusammenfassung **99**

Eine bereits im Sommer 2016 unter Ärzten in Ausbildung durchgeführte Befragung zu den Lehrpraxen soll hier noch einmal näher betrachtet werden. Denn es wurde damals auch nach den Faktoren für bzw. gegen die Entscheidung, den Beruf des Allgemeinmediziners zu ergreifen, gefragt. Diese erneute Präsentation der Ergebnisse in einem anderen Zusammenhang erscheint auch insofern interessant, als dass hier auch Ansatzpunkte gefunden werden können, um junge Ärzte wieder vermehrt für die Allgemeinmedizin begeistern zu können.

1. Befragung

Im Sommer 2016 wurde vom Ärztlichen Qualitätszentrum eine Befragung zur nunmehr verpflichtenden Lehrpraxis durchgeführt. Alle Informationen zu dieser Umfrage sind in der Zeitschrift für Gesundheitspolitik, Ausgabe 02/2016 „Allgemeinmedizinische Lehrpraxis – Grundstein der Versorgung von Morgen" nachzulesen.[1] Der vorliegende Kurzbericht stellt nur einen kleinen Auszug der Befragung dar, denn für den Schwerpunkt dieses Heftes scheint es interessant, noch einmal auf zwei Fragen genauer einzugehen, die die wesentlichen Aspekte für die Berufswahl angehender Ärztinnen und Ärzte aufzeigen.

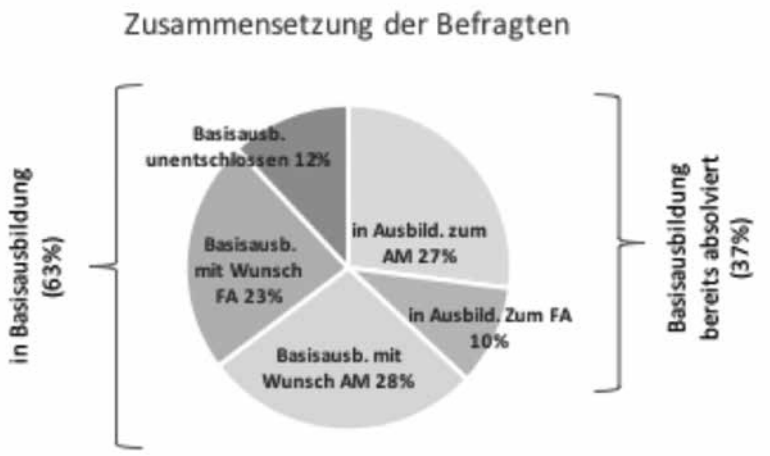
Die Befragung wurde mit Hilfe des Online-Befragungstools easyresearch der Firma Questback in den Bundesländern Oberösterreich, Salzburg, Wien, Tirol und dem Burgenland durchgeführt. Der Gesamtrücklauf betrug 27 %. Die Befragung gliederte sich in drei Empfängergruppen, die jeweils unterschiedliche Fragebögen erhielten. Die für dieses Exzerpt relevante Gruppe ist die der Ärztinnen und Ärzte, die sich zum Befragungszeitpunkt in Basisausbildung befanden oder diese gerade absolviert hatten. In dieser Gruppe wurde eine etwas niedrigere Rücklaufquote von 17,6 % verzeichnet (137 Personen). Da das Thema Lehrpraxis vor allem für angehende Allgemeinmediziner relevant ist, gab es bei der Befragung eine Überrepräsentation von Personen mit dem Ausbildungswunsch „Allgemeinmediziner". Allerdings schmälert dieser Umstand die Aussagekraft der Ergebnisse nicht.

In der Gruppe der Personen in Basisausbildung und der Absolventen gaben 37 % an, sich bereits in Ausbildung zum Allgemeinmediziner (73 % davon) oder zum Facharzt (27 % davon) zu befinden. Anzumerken ist hier, dass junge Mediziner, die noch keine Facharztstelle gefunden haben, häufig als Übergangslösung eine Ausbildungsstelle zum Allgemeinmediziner annehmen. Dies schlägt sich ohne Frage in den Responder-Zahlen nieder und kann auch daran abgelesen werden, dass einige Personen in Ausbildung zum Allgemeinmediziner viel Kritik für die Allgemeinmedizin fanden und sich eher für die Facharztausbildung aussprachen. Seriös quantifizierbar ist dieser Umstand jedoch natürlich nicht.

Von jenen angehenden Ärzten, die sich noch in Basisausbildung befanden, gaben 44 % an, eher die Ausbildung zum Allgemeinmediziner in Angriff nehmen zu wollen, während sich 37 % eher für eine Facharztausbildung interessierten. Weitere 19 % waren noch unschlüssig. In dieser Gruppe ist der ungewöhnlich hohe Anteil

1 Die elektronische Version der Zeitschrift ist als pdf-Datei unter www.lig-gesundheit.at abrufbar.

von Interessenten an der Allgemeinmedizinerausbildung mit Sicherheit eine Folge des stärkeren Bezugs zur Lehrpraxis. Denn die Befragung hatte hauptsächlich zum Ziel, die Anforderungen der jungen Ärzte an die Lehrpraxis zu erheben.



1.1. Die relevanten Fragestellungen

Im Rahmen der Befragung wurde unter anderem auch danach gefragt, welche Gründe jeweils für bzw. gegen die Ausbildung zum Allgemeinmediziner oder Facharzt sprechen. Die Fragen wurden offen gestellt und ließen den Befragten die Möglichkeit, jeweils fünf Pro- und Contra-Punkte anzuführen.

Frage zur Allgemeinmedizinausbildung: *Welche Faktoren spielen für Ihre Entscheidung für bzw. gegen einen Allgemeinmedizin-Ausbildung eine wichtige Rolle? Bitte nennen Sie uns die wichtigsten Faktoren…*

Frage zur Facharztausbildung: *Welche Faktoren spielen für Ihre Entscheidung eine wichtige Rolle? Bitte nennen Sie uns die wichtigsten Faktoren, welche für bzw. gegen eine Facharztausbildung sprechen.*

Bei der Auswertung wurden die einzelnen Argumente kategorisiert und gezählt. Zusätzlich wurden genannte Faktoren, die auf der Liste weiter vorne gereiht wurden, stärker gewichtet als weiter hinten stehende. Insgesamt führten 93 Personen 225 Pro- und 242 Contra-Argumente zur Ausbildung Allgemeinmedizin und 197 Pro- und 140 Contra-Argumente zur Facharztausbildung an. Betreffend die Ausbildung zum Allgemeinmediziner wurden also mehr negative als positive Aspekte angeführt, während bei der Ausbildung zum Facharzt die Pro-Argumente überwogen. Außerdem wurden zur Allgemeinmedizinausbildung mehr Meinungsbekundungen abgegeben als zur Facharztausbildung (467 zu 337), was höchst-

wahrscheinlich mit der Reihung der Fragen und der damit verbundenen Reduktion der Motivation zur Beantwortung in Zusammenhang steht.

Die folgende Auswertung stellt dar, welche Faktoren bei Ärzten in Ausbildung entscheidend zu ihrer Berufswahl beitragen.

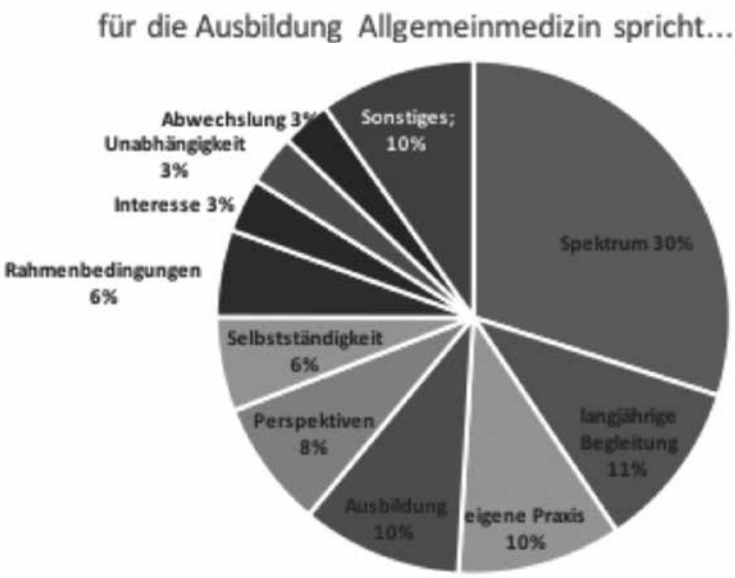
2. Pro Allgemeinmedizin

Das bei weitem wichtigste Argument für eine Ausbildung zum Allgemeinmediziner war das breite Spektrum, das der Beruf bietet. Es gefiel den Befragten, dass ein Einblick in viele Fachrichtungen gegeben wird und sich die Bandbreite an Patienten vielfältig gestaltet. Als weiteres starkes Plus für die Allgemeinmedizin sprach der Umstand, dass eine langjährige Begleitung der Patienten die Norm darstellt. Die Möglichkeit, Krankheitsverläufe zu beobachten und deshalb die Folgen eigener Entscheidungen besser nachvollziehen zu können, wurde als äußerst positiv bewertet. Ebenfalls als sehr bereichernd wurden der nahe Kontakt zum Patienten und die sich daraus entwickelnden persönlichen Arzt-Patienten-Beziehungen empfunden.

Ein weiteres wichtiges Argument stellte die Möglichkeit dar, eine eigene Praxis gründen zu können. Die dadurch errungene Selbstständigkeit und Unabhängigkeit vom Spital sehen viele als großen Vorteil an.

Bezüglich der Ausbildung zum Allgemeinmediziner merkten die Jungärzte vor allem auch positiv an, dass diese weniger Zeit in Anspruch nimmt, als eine Facharztausbildung. Ansonsten kamen jedoch kaum positive Aussagen zur Ausbildung Allgemeinmedizin vor, denn dieses Themengebiet stellte eigentlich das Hauptargument gegen den Beruf des Allgemeinmediziners dar.

Viele Befragte versprachen sich von der Berufswahl „Allgemeinmediziner" sehr gute Jobperspektiven. Die mannigfaltigen Möglichkeiten, als Allgemeinmediziner tätig zu sein (nicht nur Hausarzt als Berufsbild), und die insgesamt zahlreicheren Stellenangebote als in einem einzelnen Fachgebiet – sowohl bei der Ausbildung als auch später – schienen vielen Befragten eine verlockende Zukunftsaussicht. Erwähnung fanden auch die guten Rahmenbedingungen des Berufes, im Sinne von flexiblen und guten Arbeitszeiten sowie einer besseren Vereinbarkeit mit der Familie. Zudem waren das eigene Interesse an der Allgemeinmedizin und die abwechslungsreiche Tätigkeit Gründe für die Entscheidung, den Beruf des Allgemeinmediziners zu ergreifen.



3. Contra Allgemeinmedizin

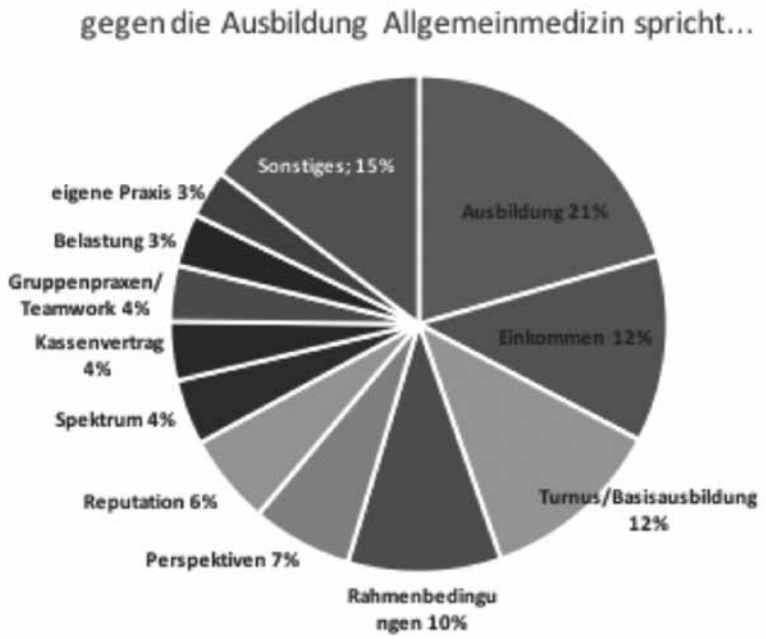
Wie bereits erwähnt, war die Ausbildung zum Allgemeinmediziner der größte Negativpunkt für die Wahl des Berufes. Vor allem wurde kritisiert, dass für auszubildende Allgemeinmediziner bzw. auch für Ärzte in der Basisausbildung im Spital zu viel bürokratische Arbeit anfällt und diese noch vielfach als „System-Erhalter" fungieren. Die Ausbildung wird nach Meinung der Befragten in vielen Spitälern nicht ernst genug genommen und es diese ist auch nicht immer gut genug organisiert. Zum Thema Ausbildung wurde außerdem bemängelt, dass diese seit der Neukonzipierung eine längere Zeit in Anspruch nimmt als zuvor und Allgemeinmediziner bei jedem Wechsel in eine andere Abteilung wieder „von vorne beginnen müssen" und damit immer wieder als Neulinge gelten. In diesem Zusammenhang wurde auch als Nachteil angeführt, dass ein Allgemeinmediziner aufgrund der häufigen Rotationen nie wirklich zu einem Team dazugehört.

Der zweitgrößte Kritikpunkt waren die Einkommensmöglichkeiten als Allgemeinmediziner, die bei Fachärzten bekanntermaßen höher liegen. Des Weiteren fanden die befragten Ärzte auch Kritik für die Rahmenbedingungen des Berufes. Arbeitszeiten, Bereitschaftsdienste, die Kassenverträge und die geringe Zeit, die

den Allgemeinmedizinern für Patienten zur Verfügung steht, wurden als Negativpunkte angeführt. Schlechtere Zukunftsperspektiven sehen einige Befragte auch wegen der neu geschaffenen Primärversorgungszentren, da sie befürchten, in Zukunft von anderem Gesundheitspersonal ersetzt zu werden. Da die Gründung einer eigenen Praxis jedoch viel Kapitaleinsatz erfordert, sahen Jungärzte diese Zentren als Bedrohung der eigenen Existenz an, und die Praxisgründung erschien ihnen damit unattraktiver bzw. sogar als riskanter Schritt.

Kritisiert wurde auch, dass es noch immer keinen „Facharzt für Allgemeinmedizin" gibt. Einige Befragte führten auch die im Vergleich zu Fachärzten schlechtere Reputation als Negativpunkt an. Vor allem im Spital scheint dieser Eindruck bestanden zu haben.

Auch zuvor positiv angesprochene Punkte, wie das breite Spektrum der Allgemeinmedizin und die Möglichkeit einer eigenen Praxis, finden sich unter den Contra-Argumenten wieder. So schien es für einzelne Ärzte nachteilig zu sein, sich nicht spezialisieren zu können. Andere Jungärzte wiederum wollten keine eigene Praxis gründen und sahen daher den vorgezeichneten Weg vieler Allgemeinmedizin-Karrieren in die Selbstständigkeit als Nachteil an. Ein weiterer zentraler Punkt war auch, dass es zu wenige (gute) Möglichkeiten für eine Zusammenarbeit in Gruppenpraxen oder Teams gibt.



4. Pro Spezialisierung

Zwar galt, wie bereits beschrieben, das breite Spektrum unter den Jungärzten als wichtigster Pluspunkt für die Allgemeinmedizin, jedoch sprach in ähnlich hohem Ausmaß die Möglichkeit, sich in einem Fachbereich spezialisieren zu können, für den Facharztberuf. Denn viele Ausbildungsärzte wünschten sich eine tiefergehende Expertise auf einem ganz spezifischen Gebiet. Ein weiteres zentrales Kriterium war zudem verständlicherweise auch hier das Einkommen, das bei Fachärzten höher ist als bei Allgemeinmedizinern. Einige Befragte merkten zudem an, dass schlicht und ergreifend das eigene Interesse an einem bestimmten Fachbereich ein zentrales Argument für die Ergreifung des entsprechenden Berufes führt.

Ein zentraler Punkt waren auch bei der Facharztausbildung die Rahmenbedingungen der Ausbildung. Die Befragten beurteilten die Facharztausbildung durchwegs besser als die Ausbildung zum Allgemeinmediziner. Des Weiteren stuften einige Ärzte die beruflichen Perspektiven von Fachärzten vorteilhafter ein als die von Allgemeinmedizinern. Manche Jungmediziner schätzten zudem das Krankenhausumfeld und sahen das Arbeiten im Team, das bei Fachärzten intensiver praktiziert wird, als großen Vorteil an. Als weitere Gründe für die Wahl einer Spezialisierung wurden die Möglichkeit, später eventuell eine Niederlassung gründen zu können, das richtige Maß an Verantwortung und die ausreichende Verfügbarkeit von (Ausbildungs)Stellen genannt.

5. Contra Spezialisierung

Auch bei den Gegenargumenten zur Spezialisierung stellte sich das Spektrum der Tätigkeit, wie auch bei den Proargumenten, als Kriterium Nummer eins heraus. Denn obwohl viele die Spezialisierung als Vorteil sahen, wurde gleichzeitig eine Einseitigkeit der Fachgebiete befürchtet. „Ich bin nicht sicher, ob ich in diesem Fachbereich mein ganzes Leben lang arbeiten möchte", war etwa eine beispielhafte Aussage in der Befragung.

Der am zweithäufigsten genannte Aspekt gegen eine Facharztausbildung war die längere Ausbildungsdauer. Viele Befragte sahen darüber hinaus den Facharzt eher im Spital angesiedelt und empfanden gleichzeitig das Krankenhausumfeld als eher negativ. Einige Jungärzte schätzen es als schwierig ein, genau im präferierten Fachbereich eine freie Stelle zu finden. Auch betreffend den Facharztberuf – wie auch beim Allgemeinmediziner – glaubten einige Befragte an schlechtere berufliche Perspektiven. Des Weiteren wurde von einigen wenigen auch die Ausbildung zum Facharzt kritisiert. Andere Jungärzte möchten nicht für immer angestellt bleiben und schätzen die Gründung einer Niederlassung bei Fachärzten als schwierig bis unmöglich ein. Zudem wurde im Falle einer Spezialisierung einige Male eine schlechtere Work-Life-Balance befürchtet. Außerdem wurden belastende Dienstzeiten im Krankenhaus als Negativpunkt angeführt.

6. Zusammenfassung

Einigkeit gab es unter den befragten Jungärzten nicht in allen Bereichen. Gerade bei Argumenten, die von der eigenen Persönlichkeitsstruktur abhängen, gehen die Einstellungen sehr weit auseinander. Ist nun das breite Spektrum in der Allgemeinmedizin als absoluter Vorteil zu sehen? Zumindest führten es nur wenige angehende Mediziner als Nachteil an, sehr wohl aber viele als positiven Faktor. Wohingegen die Thematik beim Facharztberuf zweigespalten betrachtet wurde – einmal als tolle Möglichkeit, zum Experten in einem speziellen Bereich ausgebildet zu werden, und ein anderes Mal als drohende Einseitigkeit im Berufsleben.

Auch die Möglichkeit, in die Selbstständigkeit zu gehen, wird naturgemäß äußerst unterschiedlich bewertet. Klar ist, dass es als Allgemeinmediziner schon allein auf Grund der höheren Anzahl an Stellen einfacher ist, eine Praxis zu gründen als für einen Facharzt – für manche Fächer gilt das natürlich in einem noch höheren Ausmaß als für andere. Dennoch ist es vom Typus eines Arztes abhängig, ob das als Vor- oder Nachteil empfunden wird. So mancher mag vielleicht nicht gern unter einem Chef und in Abhängigkeit vom Arbeitgeber arbeiten und empfindet die Selbstständigkeit und die zusätzliche Herausforderung in einer eigenen Praxis als positiv. Ein anderer möchte ausschließlich als Mediziner fungieren und verzichtet gerne auf die mit einer Niederlassung verbundene Unabhängigkeit. Hier ist sicher auch entscheidend, ob eine Person die Arbeitsweise im Spital als positiv erlebt oder nicht. Aber obwohl die Entscheidung in dieser Frage sicher auch im Persönlichkeitstypus des jeweiligen Arztes begründet liegt, scheint es sehr wohl sinnvoll zu sein, die Rahmenbedingungen der Praxisgründung und -führung zu verbessern, sodass sich wieder mehr Ärzte für eine Niederlassung interessieren. Das können etwa verbesserte Gruppenpraxismodelle oder eine Reduktion des bürokratischen Aufwandes sein.

Bei der ebenfalls sehr häufig angesprochenen Ausbildungsqualität waren sich die befragten Ärzte durchwegs einig: Die Facharztausbildung wird als deutlich besser bewertet als die Ausbildung zum Allgemeinarzt. Will die Politik also erreichen, dass sich wieder mehr junge Mediziner für den Beruf entscheiden, dann ist die Verbesserung der Ausbildungsqualität in den Spitälern sicherlich ein wichtiger Schritt. Vor allem die Tatsache, dass Ärzte in Ausbildung zum Allgemeinmediziner noch immer vielerorts als „System-Erhalter" fungieren müssen und mit bürokratischen Aufgaben überhäuft werden, sahen viele Befragte als entscheidende Problematik an.

Ein zweiter essentieller Aspekt, den es für eine attraktivere Gestaltung des Allgemeinmedizinerberufes zu beachten gilt, sind die im Vergleich zum Facharzt geringeren Einkommen. Denn dieser Aspekt wurde sowohl als Contra-Punkt für die Allgemeinmedizin als auch als Pluspunkt für die Facharztausbildung sehr häufig genannt. Es scheint daher von wesentlicher Bedeutung, die Honorarsituation der Allgemeinmediziner entsprechend anzupassen.

Zusammengefasst gesagt, betrachteten zwar viele Ärzte in Ausbildung die Arbeit eines Allgemeinmediziners als durchwegs interessant, es wurde jedoch nicht wenig Kritik an den Rahmenbedingungen des Berufes geübt. Der Mangel an Nachwuchs in diesem Bereich stellt also keinesfalls ein unabänderliches Problem dar, sondern kann mit gezielten Verbesserungen, vor allem in den Bereichen der Ausbildung und des zu erwartenden Einkommens, behoben werden.

Auf den StandPunkt gebracht

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum Beruf des Allgemeinmediziners.

Dieses Mal mit Beiträgen von MR Dr. Wolfgang Ziegler, LAbg. Bgm. KommR Mag. Alfred Riedl, Dr. Angelika Reitböck und GD-Stv. Mag. Bernhard Wurzer.

MR Dr. Wolfgang Ziegler
Kurienobmann Stellvertreter der niedergelassenen Ärzte, Ärztekammer für Oberösterreich

„Der Beruf des Allgemeinmediziners ist herausfordernd, interessant und vielfältig. Wir werden in Zukunft wieder mehr Generalisten in der Medizin benötigen, und bei besseren Voraussetzungen werden sich auch wieder mehr junge Medizinerinnen und Mediziner für diesen Beruf entscheiden."

Hausärztinnen und Hausärzte sind unerlässlich für jedes Gesundheitssystem. Die oft jahrzehntelange Kenntnis der Krankengeschichte der PatientInnen, das persönliche Vertrauensverhältnis und damit der besondere Zugang zu den PatientInnen sind konkurrenzlos effektiv und kostengünstig. Natürlich wird dies in einer alternden Bevölkerung an Bedeutung gewinnen: Die Übersicht über die Multimorbidität der PatientInnen, ihre Medikation, der Blick auf das Ganze und letztlich die Visitentätigkeit in einer nur scheinbar mobileren Gesellschaft sind Domänen der Allgemeinmedizin.

So gut wie alle Umfragen unter der Bevölkerung bescheinigen eine hohe Zufriedenheit mit dem Ärztestand. Innerhalb dieser Berufsgruppe sind es die Hausärztinnen und Hausärzte, denen die besten Noten zugewiesen werden. Ganz anders sieht es in der Gesundheitspolitik und in den Medien aus. Aus sehr unterschiedlichen und für mich nicht immer nachvollziehbaren Gründen hat sich hier ein fast schizophrenes Bild entwickelt: Medizinische Neuerungen und Höchstleistungen werden bejubelt, gleichzeitig existiert dem Ärztestand gegenüber eine negative Grundstimmung, die oftmals nicht begründet ist und auch in keiner Weise sachlich argumentiert und diskutiert wird. Unter den (jungen) Ärztinnen und Ärzten besteht meines Erachtens in erster Linie ein Informationsdefizit bezüglich den Herausforderungen, Aufgaben und Möglichkeiten in der Allgemeinmedizin, die ja nicht gleichbedeutend mit „Kassenarztpraxis" sind. Die Allgemeinmedizin bietet unglaublich vielfältige Tätigkeitsfelder. Leider ist es auch mit der neuen Ausbildungsordnung möglich, VOR der Entscheidung zwischen allgemeinmedizinischer oder fachärztlicher Ausbildung keinen einzigen Tag in einer Praxis gewesen zu sein. Das

klinisch-praktische Jahr sieht lediglich optional für vier Wochen vor, auch in der Niederlassung Erfahrung zu sammeln. Für mich ist das so, als ob Führerscheinwerber optional auch eine Fahrstunde buchen könnten.

Die sechsmonatige verpflichtende Lehrpraxis am Ende der Ausbildung ist sicherlich ein großer Fortschritt. Sie greift aber zu spät und ist in den meisten Bundesländern immer noch nicht vollständig oder nicht gesichert finanziert. Die unterbliebene Etablierung eines eigenen Faches Allgemeinmedizin war und ist ein schwerer Fehler der Gesundheitspolitik, gerade auch unter dem Aspekt, dass mit der neuen Ärzteausbildungsordnung ja auch eine frühzeitige und komplette Trennung allgemeinärztlicher und fachärztlicher Ausbildung vollzogen wurde.

Wie bereits erwähnt, fehlt es den jungen KollegInnen an entsprechender sachlicher Information, sodass sie sich viel zu selten für den Beruf des Allgemeinmediziners entscheiden. Auch in den Medien wird der Beruf des Allgemeinmediziners kaum dargestellt: Ein Bericht über einen replantierten abgetrennten Finger scheint interessanter und vor allem reißerischer als ein Bericht über eine erfolgreiche Reanimation im Nachtdienst eines Hausarztes. Hauptproblem ist aber sicherlich die spitalslastige Ausbildung. Dazu kommt, dass Krankenanstalten eher Interesse zeigen, FachärztInnen auszubilden, denn sie bleiben dem Haus durch die längere Ausbildungszeit auch länger im Personalstand erhalten. Auch hier rächt sich das fehlende „Fach Allgemeinmedizin". Aus den genannten Gründen werden junge KollegInnen auch gar nicht motiviert, eine allgemeinmedizinische Ausbildung anzustreben – ganz im Gegenteil.

Die kürzlich erschienene Broschüre „Traumberuf Arzt für Allgemeinmedizin" soll hier ein erster Schritt zu verbesserter Information der jungen KollegInnen sein. Die ÄK für OÖ bietet außerdem mit dem inzwischen tausendfach ausgegebenen „Praxishandbuch", Praxisgründungsseminaren usw. viele Unterstützungen an, die den nicht medizinischen Teil der selbstständigen Berufsausübung erklären und erleichtern. Insofern wird auch schon viel in diese Richtung angeboten. Darüber hinaus müssen die Verdienstmöglichkeiten ehrlich und offen kommuniziert werden. Sie stehen zwar bei den Entscheidungskriterien meist nicht an erster Stelle, dennoch besteht offensichtlich vor allem in Konkurrenz zum benachbarten Ausland Aufholbedarf.

Einen wichtigen Beitrag zur attraktiveren Gestaltung des Hausarztberufes stellt die große Systemumstellung im hausärztlichen Notdienst in Oberöster-

reich dar. Diese wurde eben evaluiert und bescheinigt eine durchwegs sehr hohe Zufriedenheit – sowohl in der Kollegenschaft als auch in der Bevölkerung und beim Partner Rotes Kreuz. Positiv ist auch zu bemerken, dass damit zahlreiche (nicht kassenärztliche) Kolleginnen und Kollegen motiviert werden konnten, an diesem Dienstmodell teilzunehmen und so zu einer ganz wesentlichen Erleichterung beizutragen. Auf Grund dieser Erleichterung konnten auch einige kassenärztliche Stellen letztlich besetzt werden. Außerdem verzeichnet die OÖÄK zusehends Anfragen aus anderen Bundesländern. Die Einführung des HÄND hat so aus meiner Sicht (trotz kleinerer „Kinderkrankheiten") eine durchaus gesundheitspolitisch relevante Dimension erreicht.

Unerlässlich und überfällig wäre die Erkenntnis der Gesundheitspolitik, dass „Primärversorgung" nicht mit „PVE" gleichzusetzen ist, denn Primärversorgungseinheiten alleine werden die anstehenden Probleme in keiner Weise lösen. Auch in diesen Einrichtungen werden Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin arbeiten müssen. Es gehört an vielen Schrauben gedreht, auch an den nicht so populären. Ich würde mir wünschen, dass dies möglichst bald erkannt, sachlich diskutiert und danach gehandelt wird, und zwar ohne populistisches und politisches Kleingeld zu machen. Unser Gesundheitssystem ist dafür zu wichtig und zu wertvoll.

LAbg. Bgm. KommR Mag. Alfred Riedl
Präsident des österreichischen Gemeindebundes

„Die in den österreichischen Gemeinden tätigen Hausärztinnen und Hausärzte leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger und sind die erste Anlaufstelle in vielen Gesundheitsfragen. Die Allgemeinmedizin hat daher auch einen hohen Stellenwert für das Gesundheitswesen und genießt generell ein hohes Ansehen."

Die Hausärztinnen und Hausärzte sind für die Gemeinden als medizinische Nahversorger unverzichtbar. Sie sind die ersten Anlaufstellen für Patientinnen und Patienten und die wichtigsten Partner zur Erstabklärung. Für ältere Menschen sind sie unersetzbar, weil bei dieser Bevölkerungsgruppe die Mobilität oft gar nicht mehr in ausreichendem Maß gegeben ist. Aufgrund der älter werdenden Gesellschaft wird diese Nahversorgerfunktion in Zukunft noch bedeutsamer werden. Der eigene Hausarzt ist für die Menschen eine Vertrauensperson, die man meist über Jahrzehnte hinweg kennt. Dementsprechend gibt es wenige Berufsgruppen mit einem ähnlich hohen Image.

Wir haben aktuell die Sorge und auch schon die konkreten Erfahrungen, dass es immer schwieriger wird, BewerberInnen für Kassenarztstellen zu finden – besonders in dezentralen Lagen. Das Hin und Her mit Hausapotheken und die nicht ausreichende Entlohnung von KassenärztInnen tragen sicher nicht zur Attraktivität des Jobs bei. Zudem haben manche auch damit zu kämpfen, genügend PatientInnen zu lukrieren. Viele junge Ärztinnen und Ärzte bleiben deshalb lieber in den Krankenhäusern und arbeiten nebenbei als Wahlarzt. Das ist für die Lebensqualität sicher vorteilhafter.

Aus diesem Grund bieten auch viele Gemeinden Unterstützungsleistungen für Kassenärzte an. Es werden etwa Ordinationsräume zur Verfügung gestellt oder Verträge für schul- oder gemeindeärztliche Tätigkeiten vergeben. Dennoch möchte ich betonen, dass dies eigentlich nicht Aufgabe der Gemeinden ist, sondern hier die Verantwortung vom Gesundheitssystem ganz klar auf die Gemeinden abgewälzt wird. Meiner Ansicht nach wäre es essentiell, dass

von den Kassen, aber auch von der Ärzte- und Apothekerkammer neue, zeitgemäße Lösungen gefunden werden, die eine optimale ärztliche und medikamentöse Versorgung im Sinne der PatientInnen ermöglichen.

Und auch auf Bundesebene müssen strukturelle Änderungen vorgenommen werden, die zu einer Verbesserung der Situation führen. Das werden wir vom Gemeindebund auch mit der Bundespolitik schon sehr zeitnah besprechen. In Österreich werden jedes Jahr viele MedizinerInnen ausgebildet. Davon sind aber auch viele Deutsche, die sofort nach der Ausbildung wieder nach Hause gehen und dort arbeiten. Zusätzlich wandern viele österreichische ÄrztInnen aus, weil die Arbeitsbedingungen woanders einfach besser sind. Aus meiner Sicht kann es nicht Ziel sein, dass Österreich die Ärzte für andere Länder ausbildet. Der Beruf muss – auch im ländlichen Raum – wieder so attraktiv werden, dass wir in den Gemeinden nicht monatelang nach Bewerbern suchen müssen.

Dr. Angelika Reitböck
Ärztin für Allgemeinmedizin und Dermatologie, Hausärztin in Klaus, Steyrling, St. Pankraz

„Der Beruf des Hausarztes/der Hausärztin ist ein durchwegs interessanter. Die große Bandbreite an verschiedenen Patienten und Krankheitsbildern, die kontinuierliche Betreuung und die selbstständige Arbeitsweise sind eine spannende Herausforderung."

Zahlreiche meiner KollegInnen, die zu fertigen Fachärzten ausgebildet sind, haben in die Allgemeinmedizin gewechselt. Die Motive dafür sind leicht individuell verschieden, aber das Grundthema ist meist der ausgeprägte Wunsch, dem Krankenhaus den Rücken zu kehren. Ich selbst habe während meiner Karenzzeit gelegentlich Vertretungen bei Herrn OMR Dr. Pjeta in seiner Ordination für Allgemeinmedizin durchgeführt und erlebte dort hautnah, wie herausfordernd und spannend dieser Beruf sein kann. Denn bei der Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt gilt es, nicht nur die einzelnen Krankheitsbilder zu behandeln, sondern auch den Patienten in seiner Gesamtheit, unter Einbezug seines familiären und sozialen Umfeldes, zu verstehen. Diese Erfahrung bewog mich dazu, von der Dermatologie in den Hausarztberuf zu wechseln. Dabei ist das Wissen aus meinem Fachgebiet in sehr ausgeprägter Weise für meine jetzige Tätigkeit bereichernd, denn dermatologische Probleme kommen sehr häufig vor und sind insgesamt sogar im Ansteigen begriffen. Es wird von den meisten Patienten sehr geschätzt, wenn in einem Bereich zusätzlich eine tiefgreifende Expertise angeboten werden kann.

Aus meiner Sicht ist der Beruf des Hausarztes/der Hausärztin ganz sicherlich attraktiver, als sein Ruf vermuten lässt. Bis vor kurzem waren die Hauptgründe gegen diese Form der ärztlichen Tätigkeit meist die hohe Zahl der familienfeindlichen Nacht- und Wochenenddienste in den einzelnen Gesundheitssprengeln (insbesondere am Land, mit oft nur wenigen KollegInnen) sowie das nachteilige und antiquierte Honorierungssystem. Der Nachteil mit den belastenden Nacht- und Wochenenddiensten wurde in Oberösterreich durch die Einführung des HÄND behoben. Dadurch stehen jetzt in erster Linie die negativen Aspekte der nicht zeitgemäßen Honorierung,

verbunden mit hohen bürokratischen und administrativen Hindernissen, im Vordergrund.

Der große Vorteil bei der Arbeit als Hausarzt/Hausärztin liegt in der abwechslungsreichen und breitgespannten Tätigkeit. Im Vergleich zu einem niedergelassenem Facharzt müssen natürlich nach wie vor Nacht- und Wochenenddienste geleistet werden, aber mittlerweile in einem geringeren Ausmaß. Ein weiterer Nachteil ist die vergleichsweise meist geringere Honorierung. Gegenüber den Spitalsärzten sieht man sich als Selbstständige/r mit längeren und nicht reglementierten Arbeitszeiten und den vielen Aufgaben, die auf den unterschiedlichsten Ebenen alleine zu lösen sind, konfrontiert. Dabei spannt sich ein weiter Bogen, angefangen vom Personalwesen über steuerrechtliche Aspekte, aber auch EDV-Veränderungen, Versicherungswesen, notwendige Akutveranlassungen von Reparaturen bis hin zu ständig wiederkehrenden Veränderungen mit den zahlreichen Krankenkassen betreffend Honorierung, Abrechnungsmodalitäten, Vorschriften und Administration. Dafür schätzt man die Unabhängigkeit vom Spital und dem Alltag dort.

Um den Hausarztberuf attraktiver zu machen, wäre es ein guter und absolut erforderlicher Schritt, die Gruppenpraxismodelle weiter zu verbessern und im gleichen Zuge auch die Möglichkeit zu schaffen, dass endlich auch Ärzte andere Ärzte anstellen können. Immerhin ist das bei so gut wie allen anderen Berufsgruppen selbstverständlich. Ob der massive Trend der Politik zur Umstrukturierung des Gesundheitswesens hin zu den Primärversorgungseinheiten der weiteren Aufwertung und Wertschätzung des Allgemeinmediziners zuträglich sein wird, bleibt abzuwarten.

GD-Stv. Mag. Bernhard Wurzer
Generaldirektor-Stellvertreter, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

„Chronisch Kranke und multimorbide Patienten fordern die Gesundheitsversorgung zunehmend. Daher kommt dem Beruf des Hausarztes und der Allgemeinmedizin als Disziplin als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem weiterhin eine zentrale Rolle zu."

Die Hausärztinnen und Hausärzte in Österreich haben einen sehr guten Ruf in der Bevölkerung. Bei einer Befragung der Sozialversicherung hat die Mehrheit der Befragten angegeben, einen persönlichen Hausarzt zu haben. Gleichzeitig wissen wir aber, dass sich gerade ältere Menschen eine stärkere Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen und Pflegeeinrichtungen wünschen. Derzeit entstehen im Rahmen der Umsetzung der Gesundheitsreform neue Versorgungsmodelle, die die Primärversorgung stärken sollen. Gerade die neuen PHCs sollen eine bessere Vernetzung ermöglichen und besonders in ländlichen Regionen die Kooperation intensivieren. Es wird hier vermehrt zur Einbindung anderer Gesundheitsberufe kommen. Darüber hinaus wird sich die Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen aufgrund von ELGA erhöhen. Das bedeutet, dass die Funktion der Hausärztinnen und Hausärzte als „Gesundheitsmanager" und „Koordinator der Gesundheit" weiter an Bedeutung gewinnen wird.

Seitens der Sozialversicherung sind wir natürlich immer bemüht, die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte positiv zu gestalten und damit die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der überwiegende Anteil der Vertragsärzte (80 %) beurteilt den Kassenvertrag zwar positiv, dennoch werden zahlreiche Maßnahmen getroffen, die die Übernahme einer Kassenpraxis erleichtern. In etwa gibt es im Rahmen der bestehenden Gesamtverträge neue Modelle wie Übergabepraxen oder Jobsharing.

In erster Linie sehen wir, dass die Anforderungen der jungen Generation von ÄrztInnen einem starken Wandel unterzogen sind. So sagen zwar doppelt so viele Jungärzte, dass sie lieber eine Kassenstelle als eine Wahlarztpraxis

wollen, gleichzeitig geben aber 86 % der in Ausbildung befindlichen Ärzte an, dass sie lieber unselbstständig ins Berufsleben starten wollen. Die Gesamtvertragspartner, Ärztekammer und Sozialversicherung, müssen in ihren Verhandlungen diese geänderten Rahmenbedingungen und Erwartungshaltungen berücksichtigen. Auch hier spielen die neuen Versorgungs- und Kooperationsformen eine zentrale Rolle.

Überregionale Netzwerke im Rahmen der Primärversorgungszentren sollen den Kooperationsgedanken und die Anforderungen und Erwartungen der jungen Ärztinnen und Ärzte in den Vordergrund stellen. Dabei geht es nicht um Zentralisierung und anonyme Polikliniken, sondern um eine flächendeckende Versorgung im Rahmen von Kooperationsmodellen mit freier Wahl des behandelnden Arztes bei gleichzeitiger Ermöglichung von verstärkter Teamarbeit. Leider ist die Diskussion um die sogenannten PHCs von vielen Missverständnissen geprägt, die aus meiner Sicht auch manchmal bewusst geschürt werden.

News aus den Gesundheits-systemen

Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der europäischen Union dar.

LIG-Newsletter
Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können regelmäßig bezogen werden.
Newsletter-Abo unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Weitere Informationen aus den Gesundheitssystemen auf der LIG-Homepage
www.lig-gesundheit.at

EUROPA

Ein Viertel der EU-Bürger ist Raucher

Zum Weltnichtrauchertag am 31. Mai veröffentlicht die Europäische Kommission Zahlen, die nachdenklich stimmen. Denn immer noch raucht ein Viertel der Menschen in der EU, und im Vergleich zu 2014 ist keine rückläufige Tendenz erkennbar.

Die Rauchquote beträgt in der EU 26 %. Dabei ist diese Zahl unter den Mitgliedsstaaten äußerst inhomogen und variiert zwischen 37 % in Griechenland und 7 % in Schweden. Österreich rangiert hier mit einem Raucheranteil von 28 % eher im oberen Bereich. Besonders besorgniserregend scheint der Anstieg von Rauchern unter Personen zwischen 15 und 24 Jahren, der seit 2014 (25 %) um ganze 4 Prozentpunkte auf 29 % angestiegen ist. Deshalb ist Vytenis Andriukaitis, Kommissar für Gesundheit und Nahrungsmittelsicherheit, der Meinung, dass die Richtlinien für Tabakprodukte schnellstens umgesetzt werden müssen. Diese enthält Regelungen zum Aussehen der Verpackungen und versucht die Attraktivität der Produkte zu senken. Die Wirksamkeit dieser Vorgaben wird sich in der nächsten Tabakstudie der EU im Jahr 2019/2020 zeigen. Ganze 46 % der EU Bürger halten eine schmucklose Gestaltung von Zigarettenpackungen für sinnvoll.

Auch der Gebrauch von e-Zigaretten ist seit 2014 stabil geblieben. 2 % der EU-Bevölkerung verwenden E-Zigaretten, in Österreich sind es 3 %. 63 % der Befragten sind der Meinung, dass E-Zigaretten in Rauchverbotszonen ebenfalls verboten werden sollen.

Eine Studie der Medizinischen Universität Wien zeigt, dass geringe jährliche Preiserhöhungen bei Zigaretten eine große Auswirkung auf das Rauchverhalten der Österreicher haben würden, ohne dabei negative Folgen für den Fiskus oder die Trafikanten zu haben oder den illegalen Schmuggel zu fördern.

Quellen: Europäische Kommission – Artikel http://ec.europa.eu/newsroom/sante/newsletter-specific-archive-issue.cfm?newsletter_service_id=327&newsletter_issue_id=3764&page=1&fullDate=Tue%2030%20May%202017&lang=default , Europäische Kommission – Tabak Eurobarometer http://ec.europa.eu/health/tobacco/eurobarometers_en , Europäische Kommission – Erhebung zum Konsum von Tabak und e-Zigaretten http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/

DocumentKy/78678, Medizinische Universität Wien https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2017/news-im-mai-2017/welt-nichtrauchertag-tabak-preiserhoehung-um-fuenf-prozent-reduziert-den-konsum-um-35-prozent/?tx_news_pi1%5BoverwriteDemand%5D%5Bcategories%5D=2&cHash=25de445f6190792b96d4c8fa11f8e889 (01.06.2017)

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

ÖSTERREICH

Pauschale Abgeltung der Spitalsambulanzen hat Ablaufdatum

Der stationäre Bereich wird bereits seit 1997 nach dem sogenannten LKF-System abgegolten. Nun wird schrittweise auch in den Spitalsambulanzen ein leistungsorientiertes Abgeltungsmodell eingeführt. Das soll helfen, die Ressourcen im Gesundheitssystem sparsamer einzusetzen.

Im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages wurde unter anderem das Ziel gesetzt, dass stationäre Leistungen zunehmend tagesklinisch erbracht werden sollen. Gleichzeitig will man medizinisch nicht induzierte Null-/Ein-Tagesaufenthalte reduzieren. Diese Leistungsverschiebungen in die jeweils nächstuntere Versorgungsebene bewirken bei gleichbleibender oder sogar besserer Versorgungsqualität Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen.

Die Verlagerung von stationären Leistungen auf die Tagesklinik wurde bereits ausreichend umgesetzt, indem eine entsprechende Einbindung tagesklinischer Leistungen in den LKF-Katalog stattfand. Um in Zukunft auch medizinisch nicht induzierte Null-/Ein-Tagesaufenthalte vermehrt in die Spitalsambulanzen zu verschieben, gibt es nun auch in diesem Bereich ein LKF-System – „LKF-ambulant". Es handelt sich dabei um eine Mischung aus fixen Beträgen pro Patientenkontakt und fixen Beträgen pro Leistung bzw. Leitungsbündel.

Somit besteht kein Anreiz mehr, Fälle in die Tagesklinik zu verschieben, um dort Gelder für Leistungen zu lukrieren, die bisher in den Spitalsambulanzen nicht einzeln abgegolten werden konnten. Dort wurde bisher nämlich pau-

schal finanziert. Einfach gesagt: Im LKF-System gibt es für eine Leistung auch einen Punktwert, für den bezahlt wird – bei pauschaler Abgeltung hingegen steht einer Mehrleistung kein Mehrwert gegenüber.

Um diesem falschen Anreizmodell endlich ein Ende zu bereiten, wurde mit 1. Jänner 2017 für Spitalsambulanzen die „LKF ambulant" in allen Bundesländern eingeführt. Der Übergang kann regional bis 2019 schrittweise vollzogen werden. In Bundesländern, in denen das leistungsorientierte Abrechnungssystem nicht bereits mit 1.1.2017 übernommen wurde, muss jedoch parallel dokumentiert werden, damit die Auswirkungen der Umstellung beurteilt werden können. Geplant sind auch umfassende medizinische, ökonomische und statistische Evaluierungen der „LKF-ambulant" innerhalb der Arbeitsstrukturen von Bund, Ländern und Sozialversicherung.

Quellen: Bundesministerium für Frauen und Gesundheit – Bepunktungsmodell spitalsambulanter Bereich http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstalten/LKF_Modell_2017/Modell_spitalsambulant_2017, The Health Systems and Policy Monitor http://www.hspm.org/countries/austria08012013/countrypage.aspx (16.05.2017)

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Österreich www.lig-gesundheit.at/oesterreich

GROSSBRITANNIEN

Selbsttherapie im Internet soll Kosten senken

Das Gesundheitswesen in Großbritannien ist angespannt, besonders seit dem Brexit-Votum. Wartezeiten werden länger, Ärztinnen und Ärzte werden immer mehr zur Mangelware. Deshalb greift das Londoner Gesundheitsministerium auch zu unkonventionellen Lösungen, um Kosten zu senken.

Das Bild in der Primärversorgung spiegelt in besonderer Weise den Ärztemangel im Vereinigten Königreich wieder: Es fehlen laut Berufsverbänden 5.000 Allgemeinmediziner im NHS. Das Gesundheitsministerium streitet diese Tatsache auch keineswegs ab, verfügt jedoch nicht über die notwendigen Mittel, um mehr Hausärzte einzustellen. Die Folgen sind überrannte Praxen und eine wachsende Unzufriedenheit bei den staatlichen Hausärzten und den Patienten.

Um Abhilfe zu schaffen, will das Gesundheitsministerium einerseits primärärztliche Aufgaben an andere Gesundheitsberufe, wie Krankenpfleger und Apotheker, delegieren. In einigen Regionen Großbritanniens werden Nicht-Ärzte auch bereits stärker in die Basisversorgung eingebunden. Andererseits sollen aber auch Informationen im Internet dafür sorgen, dass sich Patienten vermehrt „selbst therapieren", also sich online Therapietipps holen, anstatt zum Hausarzt zu gehen. Simon Stevens, Leiter des NHS England, schätzt, dass sich 15 % der Hausarztbesuche durch die Online-Aktivitäten einsparen ließen. Die Ärzteverbände in Großbritannien sind diesen Ideen grundsätzlich nicht abgeneigt, warnen jedoch davor, dass medizinisch wichtige Arztbesuche wegrationalisiert werden könnten, auch auf Kosten von Patientenleben. Alle Maßnahmen zusammen sollen etwa jeden vierten Hausarzt einsparen helfen.

Quelle: ÄrzteZeitung http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/934425/grossbritannien-internet-statt-praxis.html?sh=7&h=-703340371 (09.05.2017)

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Großbritannien www.lig-gesundheit.at/grossbritannien

SCHWEIZ

Krebsregister zur Verbesserung von Prävention, Früherkennung und Behandlung

In Zukunft soll es in der Schweiz ein zentrales Krebsregister geben, in dem Basisdaten kantonübergreifend einheitlich und vollständig erfasst werden. Ziel ist es, durch die gesammelten Informationen in Zukunft von Verbesserungen bei Prävention, Früherkennung und Behandlung zu profitieren.

Krebs ist auch in der Schweiz eine Krankheit, deren Brisanz immer stärker wird. Pro Jahr werden dort 38.000 neue Krebsfälle verzeichnet, über 16.000 Menschen sterben jährlich daran. Schätzungen des Bundesamtes für Statistik zufolge werden aufgrund der älter werdenden Gesellschaft in den kommenden 20 Jahren die durch Krebs verursachten Todesfälle um rund ein Drittel zunehmen. Bereits im März 2016 hat das Schweizer Parlament das Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen verabschiedet. Zurzeit befindet sich die entsprechende Verordnung in Vernehmlassung.

In der Schweiz bestehen bereits kantonale und regionale Krebsregister. Diese werden auch weiterhin von den Kantonen finanziert, zukünftig aber auf nationaler Ebene in einer Tabelle zusammengeführt. Die Erhebung einheitlicher Basisdaten bei jeder Krebserkrankung, wie die Art der Behandlung, das Behandlungsziel, die Grundlagen der Behandlungsentscheidung, der Behandlungsbeginn und das Ergebnis der Erstbehandlung, soll eine verwertbare Datenlage schaffen. Zusatzdaten werden in Form von Informationen zu weiteren Behandlungen nach Abschluss der Erstbehandlung und zu eventuell vorhandenen Begleiterkrankungen erhoben.

Vor der Erfassung der Daten ist es Pflicht des diagnosestellenden Arztes, den Patienten über den Umfang der Datenbearbeitung, deren Art und Zweck und den Datenschutz zu informieren. Grundsätzlich kann der Patient der Datenerfassung jederzeit widersprechen.

Quelle: Bundesamt für Gesundheit https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-66221.html

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in der Schweiz www.lig-gesundheit.at/schweiz

DEUTSCHLAND

Ärztezahlen wachsen weniger stark als Behandlungsbedarf

Die Bundesärztekammer in Deutschland weist darauf hin, dass die Ärztezahlen zwar kontinuierlich etwas ansteigen, der Behandlungsbedarf jedoch immer schwerer abgedeckt werden kann. Bei der vertragsärztlichen Versorgung klaffen in vielen Regionen bereits große Lücken. Eine Gegenmaßnahme zum drohenden Ärztemangel könnte eine Erhöhung der Studienplatzzahl sein.

Der Behandlungsbedarf in der Bevölkerung ist stark ansteigend, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Trotz steigender Ärztezahlen geht die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazität immer weiter auseinander. Die Gesamtzahl der Ärzte hat sich im letzten Jahr um 2,1 % und bei Ärzten und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung immerhin noch um 1,5 % erhöht. In den Kliniken hat sich die Zahl der Behandlungsfälle in den letzten 10 Jahren um 2,5 Millionen auf 19,8 Millionen erhöht, und auch in der vertragsärztlichen Versorgung kommt es jährlich zu mehr als einer Milliarde Arzt-Patienten-Kontakten.

Nur den reinen Anstieg der Kopfzahlen in der Ärzteschaft zu betrachten, ist außerdem ein schwerer Fehler, denn die Frauenquote – und damit die Teilzeitbeschäftigung – steigt auch in der Ärzteschaft. 2016 waren 46,5 % der berufstätigen ÄrztInnen weiblich, 1991 war es noch knapp ein Drittel. Immer mehr angestellte Ärzte und Ärztinnen entscheiden sich für eine Teilzeitbeschäftigung. Allein im Jahr 2015 stieg dieser Anteil um 10,6 %.

Ein weiteres Problem wird sich in den kommenden Jahren verstärkt zeigen, denn beinahe jeder vierte niedergelassene Arzt in Deutschland plant, in den nächsten fünf Jahren in Pension zu gehen. Das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzteschaft liegt laut KBV derzeit bei 54 Jahren. Diese Lücke könne derzeit mit jungen Ärzten nicht kompensiert werden, warnt der Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery und empfiehlt eine Steigerung der Studienplätze im Bereich der Humanmedizin um 10 %. Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Andreas Gassen sieht aufgrund des Ärztemangels für junge Ärztinnen und Ärzte in Niederlassung derzeit beste berufliche Chancen. Umsatzgarantien, Investitionshilfen, flexi-

ble Arbeitszeitmodelle und die Option, zunächst als angestellter Arzt in der Praxis zu arbeiten, sind nur einige der möglichen Vorteile. Im vierten Quartal 2016 verzeichnete die KBV 2.727 freie Hausarztstellen, 600 mehr als im Jahr zuvor. Gassen betont daher, man müsse sich von der Vorstellung verabschieden, in jedem Dorf einen eigenen Hausarzt zu haben.

Quellen: aerzteblatt.de https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/74316/Steigende-Arztzahlen-koennen-Behandlungsbedarf-nicht-kompensieren , Bundesärztekammer http://www.bundesaerztekammer.de/index.php?id=7018 (25.04.2017)

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland: www.lig-gesundheit.at/deutschland

ÖSTERREICH

1450: Gesundheitsnummer gestartet

Am 7. April war es so weit: In den Pilotländern Wien, Niederösterreich und Vorarlberg startete die telefonische Gesundheitsberatung „1450" in die Pilotphase, die bis Ende 2018 laufen wird. Von nun an können sich Bürger mit allen gesundheitlichen Anliegen rund um die Uhr an den neuen telefonischen Beratungsservice wenden.

Im Juni 2015 wurde mit einem Beschluss der Bundeszielsteuerungskommission der Startschuss für „1450" gegeben. Es dauerte also nicht ganz zwei Jahre bis zur Realisierung des gemeinsamen Projektes des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der drei Pilotländer Wien, NÖ und Vorarlberg, die mit ihren sehr inhomogenen Strukturen ideale Testvoraussetzungen bieten.

Ganz nach dem Vorbild anderer europäischer Länder wie etwa Großbritannien, Dänemark oder der Schweiz gibt es jetzt auch in Österreich eine Nummer für alle gesundheitlichen Fragen und Probleme. Speziell geschultes diplomiertes Krankenpflegepersonal nimmt die Anrufe der Bürgerinnen und Bürger entgegen und vermittelt den jeweiligen „best point of service" im Gesundheitswesen. Von einer Anleitung zur Selbsthilfe über die Vermittlung eines niedergelassenen Arztes bis hin zum Ruf der Rettung ist dabei alles

vorgesehen. Die Servicemitarbeiter werden hierfür von einem von Experten entwickelten medizinisch-wissenschaftlichem Abfragesystem geleitet, das sich bereits international bewährt hat. Die Dringlichkeit des medizinischen Problems kann so abgeschätzt werden, und die Handlungsempfehlung wird auf den jeweiligen Wohnort des Anrufers abgestimmt.

Der Service soll in erster Linie den Menschen einen schnellen und gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitswesen ermöglichen, indem er Wissenslücken schließt und Unsicherheiten ausgleicht. Bisherige Servicenummern werden in eine Anlaufstelle zusammengefasst, die über alle Gesundheitsthemen Bescheid weiß. Gleichzeitig soll versucht werden, PatientInnen in eine möglichst niederschwellige Versorgungsebene zu lotsen, was dem Gesundheitssystem zu Gute kommen soll, indem etwa Spitalsambulanzen entlastet werden.

Quellen: www.1450.at , Bundesministerium für Gesundheit und Frauen http://www.bmgf.gv.at/home/telefonische_Gesundheitsberatung_1450 (19.04.2017)

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter
Mehr zum Gesundheitswesen in Österreich: www.lig-gesundheit.at/oesterreich

DEUTSCHLAND

Erstmals ausschließliche Fernbehandlung erlaubt

Der Vorstoß kommt von der Landesärztekammer Baden-Württemberg, die bereits im vorigen Sommer die ärztliche Berufsordnung entsprechend anpasste und damit einen Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitssystem einläutete. Es ist das erste Mal, dass es möglich sein wird, Patienten ausschließlich über Kommunikationsnetzwerke zu behandeln.

Bisher konnten auf diese Weise nur Patienten betreut werden, die dem Arzt auch persönlich bekannt sind. Vorerst wird die Neuerung im Bereich der Telemedizin daher lediglich in Modellprojekten erprobt, die zuvor von der Landesärztekammer genehmigt werden müssen und während ihrer Laufzeit evaluiert werden.

Die Landesärztekammer hat einstimmig beschlossen, dass die zugelassenen Modellprojekte einem umfangreichen Kriterienkatalog entsprechen müssen. Höchste Priorität haben etwa Datenschutz und Qualitätssicherung. Außerdem müssen bei der Entscheidung über Art und Umfang der Fernbehandlung auch immer die krankheits- und patientenbezogene Umstände mit einfließen, um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Von selbst versteht sich, dass der medizinische Standard auch bei Fernbehandlungen immer eingehalten werden muss. Der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Ulrich Clever, betont außerdem, dass es immer dazugehört, die Patienten über die besonderen Rahmenbedingungen einer ausschließlichen Fernbehandlung aufzuklären.

Zu den vorstellbaren Anwendungen gehört etwa eine telefonische Anamnese und Befunderhebung, die durch Fotos vom Smartphone unterstützt werden könnte. Persönliche Beratungen, Arzneimittelverschreibungen oder Krankschreibungen ließen sich ebenfalls telefonisch abwickeln.

Die Landesärztekammer betont, dass Fernbehandlungen in anderen Ländern längst zur Versorgungsrealität gehören. Die Ärztekammer reagiert mit ihrem Vorstoß auf das immense Interesse an solchen Diensten bei Ärzten, Patienten, der Politik, den Krankenkassen und der Industrie und sieht großes Potential in den Modellprojekten. Vor allem vor dem Hintergrund der Demografie, des technisch Machbaren und auch des spürbaren Ärztemangels sind die Chancen vielfältig, ist Clever überzeugt.

Quelle: aerzteblatt.de https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73817/Modellprojekte-zur-Fernbehandlung-Landesaerztekammer-Baden-Wuerttemberg-gibt-Startschuss (29.03.2017)

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter
Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland: www.lig-gesundheit.at/deutschland

EUROPA

Europäische Referenznetzwerke für Menschen mit seltenen Erkrankungen

Am 1. März 2017 starteten 24 thematische europäische Referenznetzwerke ihre Arbeit zur Verbesserung der Situation für Menschen mit einer seltenen Krankheit. Sie verbinden über 900 hochspezialisierte Einrichtungen und mehr als 300 Krankenhäuser in 26 Ländern miteinander und bilden so ein Wissensnetzwerk zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Die ERNs schaffen eine Struktur für den Austausch von Fachkenntnissen und eine koordinierte Versorgung innerhalb Europas. Fachzentren, Gesundheitsdienstleister und Labore können mit Hilfe der Europäischen Referenznetzwerke grenzübergreifend zusammenarbeiten. Eingebunden sind auch Patientenorganisationen, denn die Patienten als „Experten für ihre Krankheit" spielen für den Erfolg der ERNs eine entscheidende Rolle.

Eine Krankheit wird dann als selten definiert, wenn ihre Prävalenz weniger als 1 in 2.000 beträgt. Insgesamt gibt es mehr als 6.000 seltene Krankheiten, von denen 80 % genetisch bedingt sind. Viele davon sind chronisch und lebensbedrohend. In der EU sind etwa 30 Millionen Bürger von einer Orphan-Krankheit, wie die seltenen Krankheiten auch genannt werden, betroffen. Manche der Störungen betreffen nur eine Handvoll Menschen in der Europäischen Union, andere zählen bis zu 245.000 Patienten.

Eines haben diese Menschen aber alle gemeinsam: Es dauert oft sehr lange, bis die richtige Diagnose gestellt wird, und das medizinische Fachwissen über ihr Leiden ist gering. Die Behandlung wird häufig nicht angemessen durchgeführt, und in vielen Fällen entstehen daraus irreversible Schäden. Die Entwicklung passender Medikamente ist kostspielig und für einen so kleinen Personenkreis nicht lukrativ.

Diese Probleme sollen mit Hilfe der europäischen Referenznetzwerke abgefedert werden. Eine Zusammenarbeit auf europäischer Ebene ist besonders bei seltenen und komplexen Erkrankungen sinnvoll, so der europäische Kommissar für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Vytenis Andriukaitis. Aus der Bündelung von Erkenntnissen und dem Teilen des Wissensstandes zwi-

schen Gesundheitseinrichtungen verspricht man sich für alle Betroffenen in der EU eine raschere Diagnose und eine bessere Behandlung. Aufgrund der besseren Datenlage und des gemeinsamen Sammelns von Evidenz könnte es darüber hinaus zur Entwicklung neuer Behandlungsmethoden kommen. Eventuell können aufgrund der zentralen Erreichbarkeit von Patienten über die Netzwerke auch Pharmafirmen besser zur Entwicklung von Medikamenten für die Behandlung von Orphan-Krankheiten motiviert werden.

Quellen: Europäische Kommission – News https://ec.europa.eu/health/health-eu-newsletter-190-focus_de , Europäische Kommission – Projekt http://ec.europa.eu/health/ern/policy_de , EURORDIS http://www.eurordis.org/de/news/startklar-fur-europaische-referenznetzwerke (14.03.2017)

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

GROSSBRITANNIEN

Proteste gegen weitere Sparmaßnahmen

Geschätzte 250.000 Personen nahmen an den Protesten gegen geplante Sparmaßnahmen im Spitalssektor des NHS teil. Die Pläne der Regierung zu mehr Zukunftsfähigkeit des NHS (Sustainability Transformation Plans; STPs) seien nur verschleierte Mittelkürzungen und ein neues Instrument zur Privatisierung, so die Organisatoren der Demonstration.

Der Chef der oppositionellen Labour-Partei, Jeremy Corbyn, kritisierte, dass der NHS heillos überfordert sei – aufgrund einer von der Regierung herbeigeführten Unterfinanzierung. Das Personal könne nichts dafür. Die Proteste stellen für ihn die Verteidigung eines „grundlegenden Menschenrechts" dar. Auch der Vorsitzende der British Medical Association und Hausarzt, David Wrigley, sieht den NHS in einer Krise, denn er könne die notwendige Versorgung derzeit nicht leisten. Und das in einem Land, das es sich eigentlich leisten könnte.

Die BBC berichtete, dass es in großen Teilen Englands zu Spitalsschließungen oder Leistungskürzungen kommen könnte, in manchen Regionen sind bis zu

30 % der Betten betroffen. Vor allem Ambulanzen und Stroke Units sollen zentralisiert werden. Die Regierung meint hingegen, dass Einsparungen aus dem Spitalssektor wieder in Leistungen auf kommunaler Ebene investiert werden sollen. Die Maßnahme sei eine Reaktion auf die Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft. Zukünftig sollen viele Leistungen wohnortnaher erbracht werden, als es in Spitälern möglich ist, teilweise sogar direkt in den Wohnungen der Menschen. Dafür werden hoch spezialisierte Leistungen zentralisiert, so Sir Bruce Keogh, Medizinischer Direktor des NHS England.

Auch ein Sprecher des Gesundheitsministeriums bekannte sich zum NHS und legte dar, dass £ 10 Mrd. in die Zukunftsfähigkeit des NHS investiert und heuer noch einmal £ 4 Mrd. extra für die Verbesserung der Versorgung ausgegeben werden würden. Kritiker meinten hingegen, dass die Finanzmittel zwar ansteigen würden – jedoch nicht im selben Ausmaß wie der Bedarf.

Quellen: BBC http://www.bbc.com/news/uk-39167350 , BBC http://www.bbc.com/news/health-38390489, Deutsches Ärzteblatt https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73464/London-Demonstration-gegen-Kuerzungen-im-staatlichen-Gesundheitsdienst (08.03.2017)

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter
Mehr zum Gesundheitswesen in Großbritannien www.lig-gesundheit.at/grossbritannien

SCHWEIZ

Förderprogramm für mehr Interprofessionalität

Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit realisiert zwischen 2017 und 2020 ein Förderprogramm für mehr interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Dafür sollen über die Laufzeit insgesamt 4 Millionen Franken aufgewendet werden.

Vor dem Hintergrund wachsender Zahlen chronisch kranker und multimorbider Personen, die von vielen verschiedenen medizinischen Fachkräften behandelt werden müssen, und einem gleichzeitigen Fachkräftemangel, scheint die Maßnahme erfolgsversprechend. Denn die Erforschung von Möglichkeiten effektiver Zusammenarbeit – etwa in interprofessionellen Teams – kann Krankenhausaufenthalte und zusätzliche Facharztkonsultationen vermeiden und auf diesem Wege sowohl Patienten helfen als auch knappe Ressourcen im Gesundheitswesen schonen. Dabei wird darauf geachtet, dass Synergieeffekte nicht nur innerhalb des Gesundheitswesens, sondern etwa auch in Abstimmung mit dem Sozialwesen oder der Integrationspolitik identifiziert werden.

Das Programm richtet sich sowohl an mögliche Überschneidungspunkte in der Aus-, Weiter- und Fortbildung (Themenkreis 1) als auch in der Berufsausübung selbst (Themenkreis 2). Um Potentiale einer interprofessionellen Zusammenarbeit erkennen und implementieren zu können, sollen einerseits praxisnahe Wissensgrundlagen erstellt werden (Programmteil 1). Dafür vergibt das Bundesamt für Gesundheit Mandate an vielversprechende Forschungsprojekte. Andererseits sollen bereits vorhandene Modelle guter Praxis dokumentiert und analysiert werden, damit andere von den bereits vorhandenen Erfahrungen profitieren können (Programmteil 2). In einer zweiten Phase des Programms (ab ca. 2019) sollen zusätzlich Projekte unterstützt werden, die nicht in den Bereich der Ressortforschung fallen.

Alle aktuellen Informationen zum Projekt werden unter www.bag.admin.ch/fpinterprof veröffentlicht.

Quelle: Bundesamt für Gesundheit http://www.bag.admin.ch/fpinterprof (01.03.2017)

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter
Mehr zum Gesundheitswesen in der Schweiz: www.lig-gesundheit.at/schweiz

Wann ist es Zeit, an morgen zu denken?

Wenn Sie Ihr Vermögen langfristig erhalten möchten.
Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns: LGT Bank Österreich
Wien Tel. 01 227 59-0 und Salzburg Tel. 0662 2340-0.

LGT. Partner für Generationen. In Wien, Salzburg und an mehr als 20 weiteren Standorten weltweit. **www.lgt.at**

LGT **Private Banking**

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: riedler@aekooe.at

Bestellformular: http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

aekooe Ärztekammer für Oberösterreich