



Schwerpunktthema

Allgemeinmedizinische Lehrpraxis

Grundstein der Versorgung von Morgen

Schwerpunktthema:

**Allgemeinmedizinische Lehrpraxis
Grundstein der Versorgung von Morgen**

Z
GP

Schwerpunktthema

Allgemeinmedizinische Lehrpraxis

Grundstein der Versorgung von Morgen

Ausgabe 2/2016

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/Image Source

Redaktion: Thomas Bergmair

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser

In dieser Ausgabe widmen wir uns in der Zeitschrift für Gesundheitspolitik der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis und somit dem Grundstein für die hausärztliche Versorgung von morgen.

Im Zuge der 2015 vollzogenen Reform der Ärzteausbildungsordnung wurde die allgemeinmedizinische Lehrpraxis erstmals als verpflichtendes Element in der Ausbildung zum Allgemeinmediziner verankert. Über die tatsächlichen Rahmenbedingungen dieser Lehrpraxis wurde seitdem heftig diskutiert. Mittlerweile zeichnet sich in einigen Bundesländern, zu denen wir uns glücklicherweise auch in Oberösterreich zählen dürfen, eine Annäherung der verhandelnden Parteien ab.

Für die vorliegende Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik haben wir Expertinnen und Experten eingeladen, eine umfassende Betrachtung des Themas allgemeinmedizinische Ausbildung in der Arztpraxis vorzunehmen. Dazu möchten wir Ihnen die grundlegenden rechtlichen Rahmenbedingungen darlegen sowie die Situation der Allgemeinmedizin in Österreich generell beleuchten. Außerdem dürfen wir Ihnen in dieser Ausgabe die Ergebnisse einer in den Sommermonaten durchgeführten Erhebung zum Thema Lehrpraxis präsentieren und die daraus gewonnenen Erkenntnisse vorlegen.

Wir freuen uns, Ihnen in dieser Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik abermals einen umfassenden Einblick in eine aktuelle und brisante Thematik zu gewähren, und wünschen Ihnen viele anregende Momente beim Lesen.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Allgemeinmedizin in Österreich – harte Fakten und Mutmaßungen <i>Mag. Anton Sinabell</i>	9
Rechtsfragen zur Lehrpraxis <i>Dr. Maria Leitner, Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	47
Lehrpraxis in Deutschland – die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin im Detail <i>Thomas Bergmair</i>	63
Lehrpraxisbefragung <i>Thomas Bergmair</i>	77
Die Anfänge der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis – Erfahrungen von Dr. Franz Burghuber <i>Thomas Bergmair im Gespräch mit Dr. Franz Burghuber</i>	113
Auf den StandPunkt gebracht <i>Mit Beiträgen von Dr. Gert Wiegele, Medizinalrat Hon.-Prof. Dr. Peter Kufner, Dr. Peter Pircher, Dr. Ernst Panhuber, Dr. Alexander Mayrhofer und Dr. Eva Unterweger</i>	121

Mag. Anton Sinabell

Österreichische Ärztekammer; Statistik/Standesführung

Allgemeinmedizin in Österreich – harte Fakten und Mutmaßungen

Sofern nicht extra erwähnt, beziehen sich Substantive, die physische Personen beschreiben, immer auf alle Geschlechter.

1. Einleitung	11
2. Absolute Ärztezahlen und deren Entwicklung	13
3. Aktuelle Leistungsbandbreite der Allgemeinmedizin	16
4. Karrierepfade	23
5. Zusammensetzung der Ärzteschaft – Geschlecht/Alter/Gesundheitsmarkt	26
6. Neue Ärzte braucht das Land	29
7. Exkurs: Grenzen objektiver Bedarfsplanungen	31
8. Exkurs: Ärztezahlen Österreichs im internationalen Vergleich	36
9. Altersbedingter Ersatzbedarf – eine einfache Rechnung	41
10. Tabellenverzeichnis	45
11. Abbildungsverzeichnis	45

1. Einleitung

Betrachtet man die folgende Grafik, so kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, dass die Allgemeinmedizin in Österreich – und hier im Speziellen der niedergelassene Allgemeinmediziner in den letzten Jahrzehnten – stark an Bedeutung verloren hat.

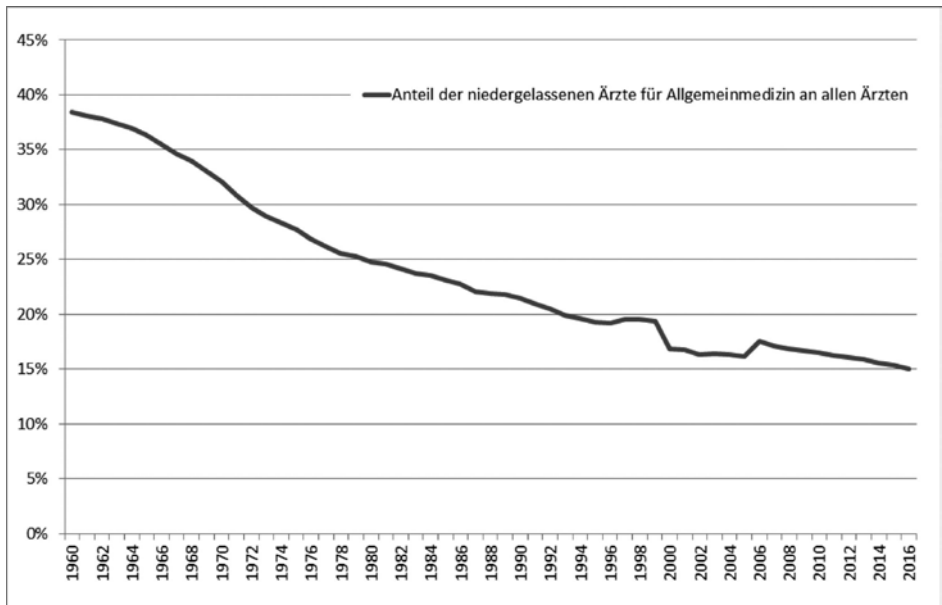


Abbildung 1: Anteil der niedergelassenen Allgemeinmediziner an allen Ärzten – Zeitreihe

Doch die Zusammenhänge sind komplex, die Blickwinkel können (wie wir sehen werden) viele sein, der Betrachtungszeitraum ist lange und Systeme verändern sich oder deren Elemente zeigen verschiedene Dynamiken.

Im Mittelpunkt der Diskussion steht immer wieder der niedergelassene Allgemeinmediziner: entweder als Kernelement im PHC, als Gatekeeper oder Lotse des Gesundheitswesens, als vielfach geforderter Arzt des Vertrauens, als (je nach Standpunkt) notwendiger oder überflüssiger Betreiber einer Hausapotheke etc. Die Stärkung des „Hausarztes“ steht nahezu in jedem Parteiprogramm, geändert hat sich bisher wenig, und wenn doch, dann eher nicht zum Besseren.

Der folgende Artikel möchte diese Dynamiken – ausgedrückt in harten Statistiken, Zahlen und Berechnungen – funktionell und quantitativ darstellen und damit eine Grundlage für die laufende und kommende Diskussion liefern.

Exkurs zur obigen Grafik: Zwei Phänomene springen hier ins Auge: der fallende Verlauf, der, wie wir sehen werden, nicht auf einen Rückgang, sondern auf ein langsames Wachstum zurückzuführen ist, und eine seltsame „Mulde“. Deren Beginn (1998–2000) ist gekennzeichnet durch ärztegesetzliche Änderungen, die dazu geführt haben, dass versteckte Pensionisten nicht mehr in der Ärzteliste geführt werden und dass das hierauf aufbauende statistische Zahlenwerk noch besser den tatsächlichen Arbeitsmarkt repräsentiert. Gleichzeitig kam es zu technischen Umstellungen, so dass ab diesem Zeitpunkt die Wohnsitzärzte präzise von den ordinationsführenden Ärzten (beide gelten als niedergelassen) getrennt werden können. Das Ende der Mulde ist durch das Ausscheiden der Zahnärzte bedingt, die Ende 2005 aus der Ärztekammer ausgegliedert worden sind, wodurch sich mathematisch für alle Ärztegruppen ein größerer Anteil ergibt.

2. Absolute Ärztezahlen und deren Entwicklung

Verlassen wir die Ebene der Anteile und gehen wir zu den absoluten Zahlen über.

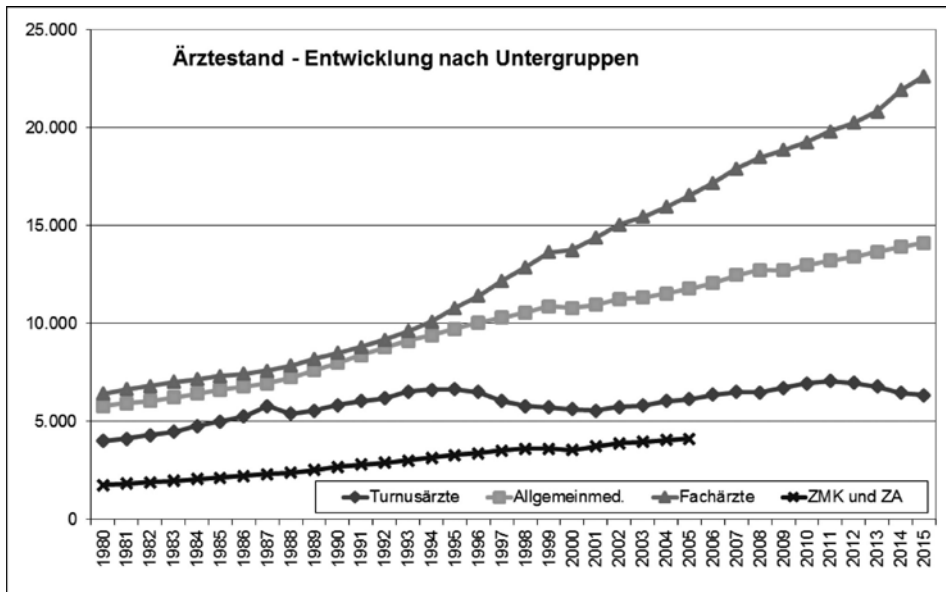


Abbildung 2: Absolute Ärztezahlen nach Untergruppen

Wie wir sehen, zeigen alle drei berufsberechtigten Gruppen (Allgemeinmedizin, Fachärzte und Zahnärzte) über den gesamten Zeitraum einen permanenten Anstieg. Die oben aufgetretene Mulde des Jahres 1998 ist hier nur mehr eine vorübergehende Wachstumsbremse. Die Geschichte der Zahnärzte in der ÖÄK endet im Jahre 2005. Offensichtlich ist der wesentlich stärkere Anstieg der Fachärzte. Betrug 1980 das Verhältnis noch 1:1,1 beträgt es im Jahr 2016 schon 1: 1,6. Lediglich die Turnusärzte scheinen eine lange Fluktuation innerhalb einer Bandbreite zu haben. Aber die fein säuberliche Trennung dieser Arztgruppen in der Grafik darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese drei Gruppen wesentlich enger miteinander verflochten sind, als man meinen möchte.

Das postpromotionelle Ausbildungssystem in Österreich ist ein duales, d.h., in vielen Fällen ist der Allgemeinmediziner im individuellen Karriereweg eine Vorstufe vor dem Facharzt, teilweise bedingt durch Erfordernisse der ausbildenden Krankenhaus-Träger, andererseits aber auch ein Nebeneffekt durch früher vorherrschende lange Wartezeiten auf die Facharztstellen. Dies bedingt, dass ein schwer zu quantifizierender Teil der Allgemeinmediziner in Wirklichkeit oder überwiegend noch Ärzte in Ausbildung sind, während die Turnusärzte sich entweder am Weg zum Allgemeinmediziner oder zum Facharzt befinden, aber noch keine entsprechende Berufsberechtigung erworben haben. Im Gegenzug bedeutet dies aber auch, dass ein großer Teil der Fachärzte tatsächlich auch ausgebildete Allgemeinmediziner sind, und dieser Tätigkeit – je nach individueller Berufssituation – auch nachgehen. Im Zuge gesamtsystematischer Darstellungen werden diese Fälle, die also zwei oder sogar mehreren Gruppen zugeordnet werden könnten und damit Doppelzählungen verursachen würden, entweder algorithmisch¹ oder willkürlich der einen oder anderen Gruppe zugeschlagen.

Dennoch zeigen die Fachärzte eine stärkere Wachstumsdynamik, die im niedergelassenen Bereich noch stärker ausfällt.

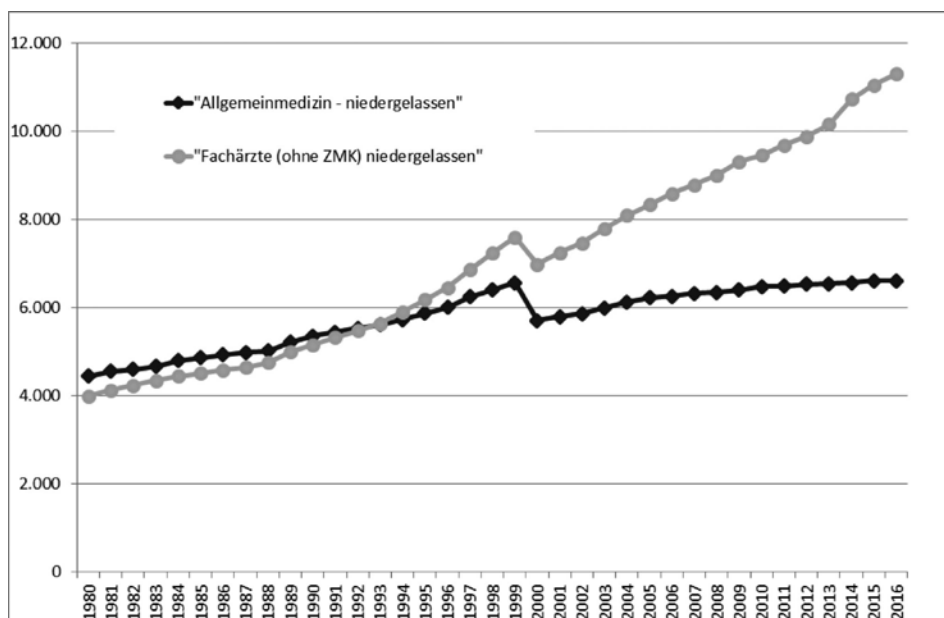


Abbildung 3: Niedergelassene Ärzteschaft – absolute Zahlen – Zeitreihe

1 Im Zuge der statistischen Auswertung werden dann zusätzliche Faktoren herangezogen, um auf das Fach der überwiegenden Tätigkeit zu schließen.

Gab es im Jahr 1980 noch mehr Allgemeinmediziner (damals noch „Praktische Ärzte“) in den Ordinationen, so kippt dieses Verhältnis irgendwann in den frühen 90er Jahren. Der markante Knick im Jahr 2000 ist wieder auf die oben bereits erwähnte Ärztesetznovelle zurückzuführen. In alten Statistiken sind die Wohnsitzärzte ununterscheidbar in der Gruppe der niedergelassenen Ärzte geführt.

Wie sich aber zeigt, geht diese Entwicklung mit einem generellen Systemwechsel einher. Während in den 80er Jahren der Facharzt überwiegend im Spital lokalisiert ist, geht er in den folgenden Jahrzehnten verstärkt in die Niederlassung. In dieser massiven Bewegung – mit dem die Finanzmittel des Sozialversicherungsbereiches für den ambulanten Bereich bei weitem nicht Schritt halten – finden sich aber ein Fülle von Momenten, die hier nur exemplarisch aufgezählt werden können:

- Entfaltung der Bandbreite der unterschiedlichen Fachrichtungen,
- Spezialisierung und Subspezialisierung (die Hand in Hand gehen mit)
- Richtlinien, Leitlinien, Therapieempfehlungen, Standards, Behandlungspfaden etc.,
- technische Entwicklung,
- Informationstechnologie, Patient-Empowerment, geändertes Patientenverhalten und in Folge
- Entwicklung eines privatmedizinischen Marktes (auch als Reaktion auf die Defizite des solidarfinanzierten öffentlichen Gesundheitsmarktes),
- Entwicklung/Entstehung/Verbreitung neuer Versorgungsbereiche (z.B. Komplementärmedizin).

Wie wir jedoch weiter unten sehen werden (Aktuelle Leistungsbandbreite der Allgemeinmedizin), gelten diese Momente – in unterschiedlicher Ausprägung und Nuancierung – auch für die Allgemeinmedizin.

3. Aktuelle Leistungsbandbreite der Allgemeinmedizin

Die wirtschaftlichen Trendforscher² in den 80er Jahren des letzten Jahrtausends prophezeiten, je nach Terminologie und Diktion, das Verschwinden der Märkte (oder deren Fraktalisierung), d.h. dass Wirtschaftsbereiche, die sich klar erfassen und abgrenzen lassen, immer mehr verschwinden oder viel mehr ineinander übergehen werden. Weiters würden sich eher zyklische pendelförmige Modeerscheinungen (und solche gibt es auch im Gesundheitswesen) zu gleichzeitig entstehenden, aber manchmal gegenläufigen Trends verändern (wie wir es heute in der Gleichzeitigkeit von „Schul-“ vs. „Alternativmedizin“ sehen). Gleichzeitig wurden damals aber auch (man war noch mitten im digitalen Hype, aber noch lange vor der E-Commerce-Blase) erste Stimmen laut, die ebenfalls prophezeiten, dass der nächste große wirtschaftliche Motor die Life Sciences – und damit auch die Medizin und das Gesundheitswesen – sein würden. Ein Nebeneffekt all dieser Entwicklungen wäre aber auch das Verschwinden von Typologien, d.h., sowohl auf Konsumenten- als auch auf Leistungsanbieterseite würden klassische homogene konforme Strukturen durch eine Vielzahl von inhomogenen „Marktteilnehmern“ und Nischen ersetzt werden, die sich nicht mehr einfach in stereotype Schubladen pressen lassen. Den Leistungsanbietern wurde hierbei größtmögliche Flexibilität empfohlen, um mit wechselnden Trends und höchst mobilen Konsumenten Schritt halten zu können.

Betrachtet man die niedergelassene Allgemeinmedizin, so ist genau das hier passiert, und zwar auf mehreren Ebenen (obwohl man diesem Land wirklich nicht vorwerfen kann, den Gesundheitsbereich als „betriebswirtschaftlichen“ Markt wahrzunehmen – aber im Einzelnen verhalten sich die Leistungsanbieter doch gemäß der „invisiblen Hand“³).

Betrachtet man die niedergelassene Allgemeinmedizin in den 80er Jahren, so ist sie durch einen stereotypen Karriereplan gekennzeichnet: Turnus – Niederlassung – Kassenvertrag. Im Jahre 1987 verfügten 72 % der Allgemeinmediziner mit Ordination über einen GKK-Vertrag, 81 % über wenigstens einen Kassenvertrag. Gegenwärtig (Mai 2016 s.u.) verfügen nur 59 % der niedergelassenen Allgemeinmediziner über einen Kassenvertrag.

2 Unter anderen John Naisbitt, Gerd Gercken.

3 Eine Metapher des Ökonomen und Moralphilosophen Adam Smith über die Selbstregulierung von Systemen.

In den alten Auswertungen finden sich nur wenige Informationen oder Indizien bezüglich eines Leistungsspektrums, das über das klassische Rollenbild hinausgeht. Theaterärzte, Bahnärzte, erste Betriebsärzte, Fürsorgeärzte, Schulärzte, mehr findet sich kaum.

In der Zwischenzeit hat sich aber viel verändert. Vor allem eine ganze Reihe von Diplomen, Dekreten, Zertifikaten und Anerkennungen bezüglich spezifischer ärztlicher Fort- und Weiterbildung haben sich entwickelt und werden von der Akademie der Ärzte (früher von der Österreichischen Ärztekammer) vergeben und sind damit statistisch erfasst. Diese Standardisierung der Anerkennung bündelt damit die einzelnen Fortbildungen, die von unterschiedlichen Anbietern zu einem Schwerpunktbereich angeboten werden. Da man aber die zugrundeliegende „Kern-Ausbildung“ erwerben kann, ohne sich in Folge ein ÖÄK-Diplom abzuholen, stellen die ÖÄK-Diplomzahlen sicherlich nur eine Untergrenze der tatsächlichen Aus- und Weiterbildung dar. Da aber in einzelnen Bereichen diese ÖÄK-Diplome eine Abrechnungsvoraussetzung sind, kann in diesen Bereichen von einem überwiegend guten „Abdeckungsgrad“ ausgegangen werden. In Bereichen, in denen es derzeit keine öffentliche Leistungshonorierung (entweder durch Kassentarife oder Wahlarztrückersätze) gibt, besteht für den einzelnen Arzt wenig Notwendigkeit, sich ein ÖÄK-Diplom ausstellen zu lassen, auch wenn er die entsprechende Ausbildung absolviert hat. Da sich der medizinische Leistungsbereich aber auch permanent weiterentwickelt, muss man auch festhalten, dass es ein großes Feld an medizinischen Leistungen gibt, die derzeit gar nicht durch ein ÖÄK-Diplom abgebildet werden und damit statistisch nicht fassbar sind.

Einen Überblick über die Verteilung dieser Zusatzberechtigungen zeigt die folgende Tabelle. Dabei wird in erster Linie unterschieden, ob die Inhaber aktuell als Allgemeinmediziner (AM) oder als Facharzt (FA) in die Ärzteliste eingetragen sind (ohne Doppelzählung). Weiters wird die darin enthaltene aggregierte Anzahl der niedergelassenen AM dargestellt (unabhängig davon, ob sie zusätzlich angestellt sind), und in der dritten Spalte wird angegeben, wie viele der aktuell niedergelassenen Allgemeinmediziner (Mai 2016: 6.804) über diese Diplome verfügen. Hierbei zeigt sich schon, welche Diplome ihre „Dominanz“ im allgemeinmedizinischen Bereich entwickelt haben. Ebenso zeigt sich, wie sehr die Durchdringung dieses Leistungsbereiches in den AM-Praxen inzwischen stattgefunden hat.

Berechtigung	AM	FA	Darunter AM mit Ord.	% der Berech- tigungen beim AM	 % der AM mit Ordinatio- nen haben
CPD: Angew. QM in Praxis	13	15	12	46 %	0,2 %
Dipl. Akupunktur	2.575	1.599	1.832	61 %	26,9 %
Dipl. Applied Kinesiology	37	9	34	79 %	0,5 %
Dipl. Chinesische Diagnostik	232	74	203	75 %	3,0 %
Dipl. Arbeitsmedizin	1.574	415	983	78 %	14,4 %
Dipl. Ernährungsmedizin	1.014	714	633	58 %	9,3 %
Dipl. Genetik	86	356	55	19 %	0,8 %
Dipl. Geriatrie	1.120	1.057	639	51 %	9,4 %
Dipl. Klinischer Prüfarzt	16	155	10	9 %	0,1 %
Dipl. KM: F.X. Mayr	197	36	161	84 %	2,4 %
Dipl. KM: Anthroposophische Med.	22	22	17	50 %	0,2 %
Dipl. KM: Homöopathie	572	137	478	80 %	7,0 %
Dipl. KM: Neuraltherapie	257	147	208	63 %	3,1 %
Dipl. Kneipptherapie	45	10	28	82 %	0,4 %
Dipl. Krankenhaushygiene	249	443	117	36 %	1,7 %
Dipl. Leitender Notarzt	118	255	68	31 %	1,0 %
Dipl. Manuelle Medizin	1.187	1.226	925	49 %	13,6 %
Dipl. Orthomolekulare Medizin	182	83	144	68 %	2,1 %
Dipl. Palliativmedizin	1.544	1.420	901	51 %	13,2 %
Dipl. Psychosomatische Medizin	807	1.067	545	43 %	8,0 %
Dipl. Psychosoziale Medizin	1.188	1.285	753	48 %	11,1 %
Dipl. Psychotherapeutische Medizin	383	1.067	280	26 %	4,1 %
Dipl. Schularzt	721	160	341	81 %	5,0 %
Dipl. Sexualmedizin	12	12	10	50 %	0,1 %
Dipl. Spezielle Schmerztherapie	243	678	125	26 %	1,8 %
Dipl. Sportmedizin	732	1.020	536	41 %	7,9 %
Dipl. Substitutionsbehandlung	641	485	436	56 %	6,4 %
Dipl. Umweltmedizin	662	278	471	70 %	6,9 %
Diplom Begleitende Krebsbehandlung	88	29	64	74 %	0,9 %
Diplom Forensisch-psych. Gutachten	1	129	1	1 %	0,0 %
Diplom Integrative Kurmedizin	409	144	195	73 %	2,9 %

Stand Mai 2016

Führerscheinuntersuchung	604	45	536	93 %	7,9 %
Zert. Angiologische Basisdiagnostik	231	234	186	49 %	2,7 %
Zert. Ärztliche Wundbehandlung	232	66	146	74 %	2,1 %
Zert. Basismodul Sexualmedizin	34	68	22	33 %	0,3 %
Zert. Reisemedizin	8	1	5	89 %	0,1 %

Tabelle 1: Verteilung der Diplome (etc.) auf Allgemeinmedizin und Fach – Anteile

Stand Mai 2016

Ein Großteil dieser Diplome ist ein direkter Hinweis auf Leistungsbereiche, die es in den 80er Jahren noch gar nicht gab oder jedenfalls noch nicht so entwickelt waren, um ihren statistischen Niederschlag zu finden. Damit zeigt sich aber auch, dass der niedergelassene Allgemeinmediziner alleine von seinem Leistungsspektrum her nicht mehr eine so homogene Gruppe darstellt wie in früheren Jahren.

Das prognostizierte Verschwinden der Marktgrenzen ist aber auch auf einer anderen Ebene eingetreten. Langsam, heimlich still und leise ist über die Jahre ein weiterer Gesundheitsmarkt entstanden. Diesen privatmedizinischen Bereich (oder sagen wir lieber: nicht öffentlich finanzierten Medizinbereich) hat es immer gegeben, er hat nur in den letzten Jahrzehnten massiv an Bedeutung gewonnen. Dabei ist es aber nicht ein Markt, der klar abtrennbar neben dem öffentlich finanzierten steht, sondern der (gemäß den Prognosen) eine in weiten Bereichen durchlässige Grenzschicht zum gewohnten öffentlich finanzierten Bereich aufweist.

Die Abgrenzung fällt dort besonders leicht, wo es um Leistungsbereiche geht, die von der öffentlichen Hand gar nicht finanziert werden. Problematischer wird die Trennung aber dort, wo die Leistung zwar an sich unter die Sach- oder Geldleistungspflicht der Krankenversicherung fällt, aber diese im konkreten Fall nicht von einem Vertragsarzt oder einer Vertragseinrichtung erbracht wird. Hierbei zahlt der Patient direkt beim Leistungserbringer und kann (er muss aber nicht) in Folge bei seiner Krankenkasse Wahlarztrückersätze geltend machen. Hierbei wird ihm aber bestenfalls nur ein Teil dieser Kosten ersetzt. Aufgrund gängiger Theorien des Konsumentenverhaltens im Dienstleistungsbereich („voting by feet“) kann angenommen werden, dass Patienten dann, wenn ihr Leidensdruck im öffentlichen Gesundheitsbereich oder ihre Zahlungsbereitschaft ausreichend hoch ist, auf privatmedizinische Leistungsangebote wechseln. Es muss auch angenommen werden, dass ein großer Anteil dieser privat (vor)finanzierten Leistungen gar nicht erst eingereicht wird. Dies lässt sich mit folgenden Relationen argumentieren:

Leistungen durch Vertragsärzte	2.400.826.392
Vertragsärzte	7.657
je Arzt	313.547

Leistungen durch Wahlärzte	160.947.539
Wahlärzte	9.627
je Arzt	16.718

Tabelle 2: Relationen Kassen- und Wahlärzte/Ärzte und Honorare

(Datenquelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2014) – mit Ausnahme der Wahlärzte (ÖÄK))

Auf Grund obiger Relationen kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der Wahl- oder Privatarzthonorare gar nicht erst bei der Krankenversicherung eingereicht wird, da es sich um Leistungsbereiche handelt, die von der sozialen Krankenversicherung derzeit nicht finanziert werden oder in einem so geringen Ausmaß, dass es dem Patienten zu aufwendig ist, dies zu betreiben. Dennoch existieren diese Praxen alle.

Im Gegenzug beziffert die Statistik Austria in den SHA⁴-Tabellen den privatmedizinischen Bereich mit 650 Mio. €⁵. Also mit dem etwa 4-fachen Umfang, was aber immer noch nicht restlos erklärt, wie sich diese Wahlarztpraxen finanzieren. Zwar kann davon ausgegangen werden, dass viele Wahlarztpraxen (vor allem im Bereich der Allgemeinmedizin) nicht mit dem finanziellen und zeitlichen Engagement betrieben werden wie die Kassenpraxen und damit auch nicht deren allgemeinen Versorgungsgrad erreichen, dennoch zeigt die u.a. Tabelle, dass ein Großteil der o.a. Diplome, die sich bei niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen befinden, im Wahlarztbereich (hier operationalisiert als Nicht-GKK-Ärzte) situiert sind.

4 SHA – System of health accounts

5 Aufwendungen für Medical practices (HP.3.1.), finanziert durch Household out-of-pocket payment (HF.3)

Stand Mai 2016

Anteil der Diplome unter Allgemeinmedizinern mit Ordination, der auf nicht GKK-Ärzte entfällt

Dipl. Akupunktur	58,3 %
Dipl. Applied Kinesiology	85,3 %
Dipl. Chinesische Diagnostik	84,2 %
Dipl. Ernährungsmedizin	40,9 %
Dipl. KM: F.X. Mayr	72,7 %
Dipl. KM: Anthroposophische Medizin	70,6 %
Dipl. KM: Homöopathie	79,5 %
Dipl. KM: Neuraltherapie	46,2 %
Dipl. Kneipptherapie	64,3 %
Dipl. Manuelle Medizin	38,4 %
Dipl. Orthomolekulare Medizin	70,8 %
Dipl. Palliativmedizin	29,9 %
Dipl. Psychosomatische Medizin	52,8 %
Dipl. Psychosoziale Medizin	47,9 %
Dipl. Psychotherapeutische Medizin	70,7 %
Dipl. Schularzt	52,8 %
Dipl. Sexualmedizin	60,0 %
Dipl. Spezielle Schmerztherapie	45,6 %
Dipl. Sportmedizin	40,7 %
Dipl. Substitutionsbehandlung	26,8 %
Dipl. Umweltmedizin	30,4 %

Tabelle 3: Diplome unter niedergelassenen Allgemeinmedizinern – Anteil an nicht GKK-Ärzten

Patienten, die im Speziellen diese Leistungsbereiche suchen, werden also mit größerer Wahrscheinlichkeit im Wahlarztbereich fündig werden.

Ein weiterer Aspekt, der aufgrund mangelnder Daten statistisch vollkommen quantifizierbar ist, spielt in diese Thematik hinein. Im Gegensatz zur Allround-Praxis scheint ein neuer Praxistyp entstanden zu sein, der (stereotyp) keine regelmäßigen ordentlichen Öffnungszeiten hat, sondern nur über Terminvereinbarung funktioniert, nur ein eingeschränktes Leistungsspektrum anbietet, in der Regel nicht geräteintensiv ist und dessen Praxis-Infrastruktur mit geringem finanziellen Engagement betrieben wird (Einmietung in anderer Praxis, Gruppenpraxis, Ge-

meinschaftspraxis etc.). Dem Klischee folgend wird diese Praxis überwiegend von Frauen betrieben, sie widmet sich mit Schwerpunkt der Gesprächsmedizin oder alternativmedizinischen Ansätzen und befindet sich im oder in der Nähe der urbanen Zentren.

Dass darin wenigstens ein wahrer Kern steckt, zeigt die folgende Übersicht.

Ohne Kassen				Mind. 1 Kassa oder KFA			
Tätigkeit	Geschlecht	Anzahl	Anteil	Tätigkeit	Geschlecht	Anzahl	Anteil
nur Ord.		1.922		nur Ord.		3.054	
	M	807	42,0 %		M	2.007	65,7 %
	W	1.115	58,0 %		W	1.047	34,3 %
Ord. + Anstellung		1.014		Ord. + Anstellung		814	
	M	345	34,0 %		M	546	67,1 %
	W	669	66,0 %		W	268	32,9 %

Tabelle 4: Geschlechtsanteile im Kassen- und Wahlarztbereich

Während der überwiegende Teil der Kassenärzte für Allgemeinmedizin männlich ist, ist jener der Wahlärzte überwiegend weiblich. Da neue Invertragnahmen nur infolge pensionsbedingter Vertragsrücklegungen von statten gehen, ist es gewissermaßen logisch, dass der Frauenanteil im Wahlarztbereich wesentlich schneller ansteigen kann. Wobei die Situation für die Frauen oft eine ambivalente sein wird. Zum einen bietet der Wahlarztbereich genau die Möglichkeiten (flexible Zeiteinteilung, Teilzeitmöglichkeit, Kooperationsformen), die junge Ärztinnen besonders nachfragen. Andererseits ist dieser Bereich aber oft auch nur das, was möglich ist, weil die finanzielle Ausgangssituationen oder das verfügbare Zeitbudget nicht ausreicht, um alle Aufwendungen tragen zu können, die eine Full-Time-Kassenstelle abseits der zentralen Wohnräume erfordern würde.

4. Karrierepfade

Wie oben bereits ausgeführt, ist das Ausbildungssystem in Österreich ein duales. Oder um es pointiert zu formulieren: Die gegenwärtigen Allgemeinmediziner sind solche aus Berufung oder zukünftige Fachärzte, die noch nicht fertig sind. Der Ausbildungsweg ist ein langer und vielschichtiger und mit einer Fülle von Einzelentscheidungen und unbeeinflussbaren Weichenstellungen gepflastert, die für den einzelnen große Unsicherheit inkludieren. Dies führt auch dazu, dass die Karrierepfade selten nach Plan verlaufen. Deshalb ist ein Teil der aktuellen Allgemeinmediziner auch ehemals hoffnungsvolle Facharztanwärter, die gescheitert sind oder die „umgesattelt“ haben.

Deshalb wollen wir im folgenden Abschnitt einen Detailblick riskieren. Da man sich in der Komplexität sehr schnell verlieren kann, wählen wir einen einfachen Ansatz: Wir betrachten – im großen Zeitraum – die Absolventen der österreichischen Universitäten nach ihren Promotionsjahrgängen⁶ und sehen uns an, was bis jetzt aus ihnen geworden ist.⁷ Wir betrachten hierbei alle jemals in die Ärzteliste eingetragenen Ärzte. Auch nicht österreichische Staatsbürger, die in Österreich promoviert haben, sind inkludiert. Der Fokus liegt hierbei auf der Frage, welche Berufsberechtigungen sie bis heute (Mai 2016) erworben haben. Sind sie Allgemeinmediziner geworden oder Fachärzte oder beides oder – jedenfalls in Österreich – noch gar nichts? Ob Teile dieser Ausbildung im Ausland absolviert oder sogar dort abgeschlossen wurden, wird ebenfalls nicht unterschieden. Im innerstaatlichen Kontext sind die Daten der tätigen Ärzteschaft eine Vollerhebung, allerdings nur soweit das Ärztegesetz zur Anwendung kommt, und das bezieht sich nun mal ausschließlich auf die ärztliche Tätigkeit in Österreich. Über Absolventen inländischer Universitäten, die niemals in den medizinischen Bereich in Österreich eingestiegen sind, wissen wir gar nichts. Der gesamtwirtschaftliche Verlust zwischen Uni und Turnus lässt sich zwar mit leichten Unschärfen quantifizieren, aber (jedenfalls nicht mit unseren Daten) hinsichtlich des Motives nicht analysieren. Ähnlich geht es uns mit Ärzten (Promoventen), die zwar mit der Medizin begonnen, aber nachher (in Österreich) wieder aufgehört haben. Ob sie die Medizin aufgegeben oder ihre Karriere unterbrochen oder im Ausland fortgesetzt

6 Kalenderjahr – Quervergleiche zu Studiendaten (auf Studienjahren) sind nur bedingt möglich.

7 Ausländische Promotionen werden in dieser Analyse nicht betrachtet, weil aufgrund unterschiedlicher nationaler Gesetzgebungen und sonstiger Faktoren, die betrachtete Gruppe überaus inhomogen wäre.

haben, lässt sich ebenfalls nicht stichhaltig analysieren.⁸ Fest steht: Dem österreichischen Gesundheitssystem sind sie abhandengekommen.

Und damit zurück zur Auswertung. Analysiert man die vorliegenden Promotionsjahrgänge (Kalenderjahre), so zeigen sich folgende Verhältnisse:

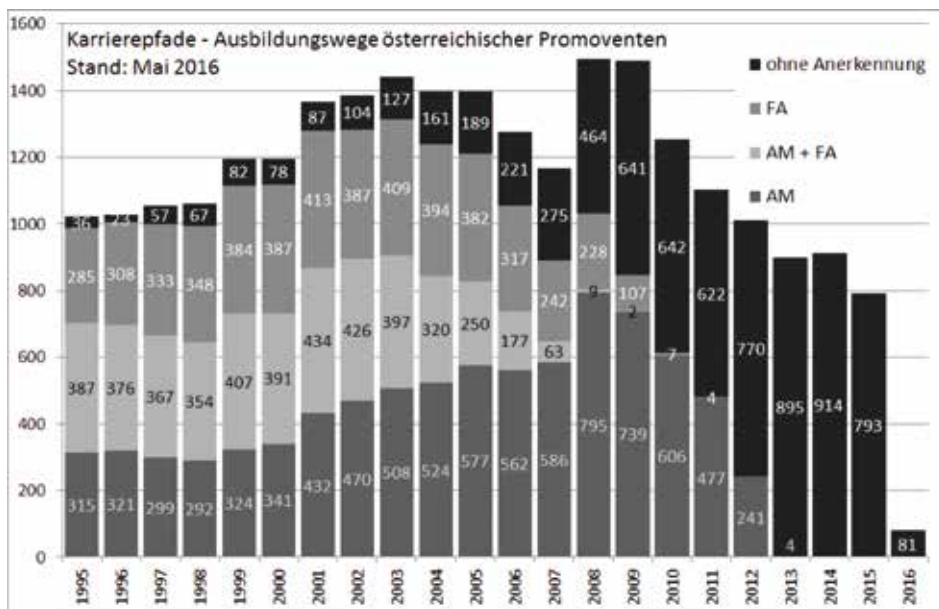


Abbildung 4: Berufsberechtigungen österreichischer Promoventen

Wir betrachten hier natürlich einen laufenden Prozess. Es ist offensichtlich, dass aus den Promotionsjahrgängen 2013 ff. noch „nichts geworden“ ist und der Promotionsjahrgang 2012 noch nicht ausreichend Zeit hatte, eine Facharztausbildung zu absolvieren. In den weiter zurückliegenden Jahrgängen zeigt sich, dass die Gruppe, die sowohl Allgemeinmedizin als auch Facharzt erworben hat, die Größte ist. Logisch weitergedacht bedeutet dies aber auch, dass jegliche „Demarkationslinie“ zwischen den Fachärzten und den Allgemeinmediziner (derzeit) ein überaus hypothetisches Konstrukt ist (ungeachtet der Tatsache, wie intensiv die Identifikation der einzelnen Ärzte mit einer dieser beiden Gruppen sein kann).

8 Zwar sind einzelne Faktoren bei Berufsunterbrechung bekannt oder ein Hinweis bzw. ein Indiz, ob es sich um Karenz, Mutterschutz oder Auslandstätigkeit handelt. Gleichzeitig sind aber ausreichend Einzelfälle bekannt, die sichtbar machen, dass diese Indizien im Licht der zukünftigen individuellen Entwicklung dann doch nicht zutreffen und man diesen „weichen Daten“ nicht übermäßig vertrauen sollte.

Ebenso lassen diese Zahlen auch mehrere Interpretationen hinsichtlich einer Wertung zu:

Es gibt eine eher positive Synergiefunktion, die davon ausgeht, dass die „zweigleisigen“ Berufsberechtigungen einen interdisziplinären Vorteil für Arzt und Patienten bieten, indem Fachrichtungen, die eine (wie immer geartete) Nähe zur Allgemeinmedizin aufweisen, davon profitieren können.

Im Gegensatz dazu steht allerdings die „Verschwendungshypothese“, die davon ausgeht, dass die „notwendige“ Allgemeinmedizin vor dem Fach eine Zeitverschwendung (und damit auch volkswirtschaftliche Ressourcenverschwendung) darstellt.

Und irgendwo zwischen diesen Extremen wird auch in relevanten Dimensionen der Umstand stehen, dass man in der vergangenen Zeit des Ärzteüberschusses lieber (vorerst) in die Allgemeinmedizin ausgewichen ist, als Wartezeiten auf freie Fachausbildungsstellen untätig verstreichen zu lassen.

Im Zuge der Ärzteausbildungsordnung 2015 versucht man diese „Fehlentwicklung“ zu begradigen. Es ist vorgesehen, dass sich die Ärzte nach einer Basisausbildung zwischen der Allgemeinmedizin- und der Fachausbildung entscheiden müssen und beide Gruppen in Folge auf direktem Weg zügig ausgebildet werden. Da diese Ausbildung von den Betreibern der Ausbildungsstellen in ein elektronisches Tool (ASV) zu melden ist, erwartet man sich auch valide Daten, um den zukünftigen System-Output an fertigen Ärzten frühzeitig und genau abschätzen zu können. Gegenwärtig befinden sich aber die neuen Ausbildungsstellen erst in der Phase der Genehmigungen ihrer Ausbildungsberechtigungen, sodass zurzeit noch keine Daten über die Tendenzen der Jungärzte zur Allgemeinmedizin oder zum Fach vorliegen.

Eine wesentliche Relation muss aber noch – für die weiteren Betrachtungen – aus den obigen Zahlenreihen abgeleitet werden. Addiert man die Zahlenreihen (AM) + (AM/FA) und setzt sie zur Zahlenreihe (AM/FA) in Beziehung, lässt sich feststellen, wie viel Prozent der fertigen Allgemeinmediziner man an die Facharztausbildung verliert. Zwischen 1995 und 2000 sind es nahezu konstant an die 55 %, um in den nächsten Jahrgängen erwartungsgemäß konstant zu sinken. Dies dadurch, dass ein Teil der Ärzte dieser Promotionsjahrgänge „noch unterwegs“ ist. Medizinische Berufswege dauern tatsächlich so lange, deswegen dürfen wir auch jetzt davon ausgehen, dass wir von den aktuellen AM-Neuausstellungen 55 % an die Facharztausbildung verlieren werden, auch wenn der Beweis dieser Annahme erst in 15 Jahren einigermaßen erfolgt sein wird.

Für alle, denen diese Schlussfolgerung zu gewagt ist, ein Blick zurück:

2005 wurde dieselbe Auswertung nach derselben Methodik gemacht. Damals ergab sich dieses stabile 55 %-Niveau für den Promotionszeitraum 1986–1995 (1980–1986 stieg der Wert von 40 auf 55 % an). Damals ergab die Auswertung für 1995 (10 Jahre vorher) einen Wert von 25 %. Heute liegt der 1995er Wert bei 55 % und der 2005er Wert (10 Jahre vorher) bei 30 %, was an sich für stabile Relationen spricht. Deswegen wird für die unteren Ausführungen davon ausgegangen, dass mindestens 55 % der neu ausgebildeten Allgemeinmediziner in die Facharztausbildung gehen und, wenn überhaupt, nur vorübergehend als Allgemeinmediziner tätig werden – und das überwiegend nur im angestellten Bereich.

5. Zusammensetzung der Ärzteschaft – Geschlecht/Alter/ Gesundheitsmarkt

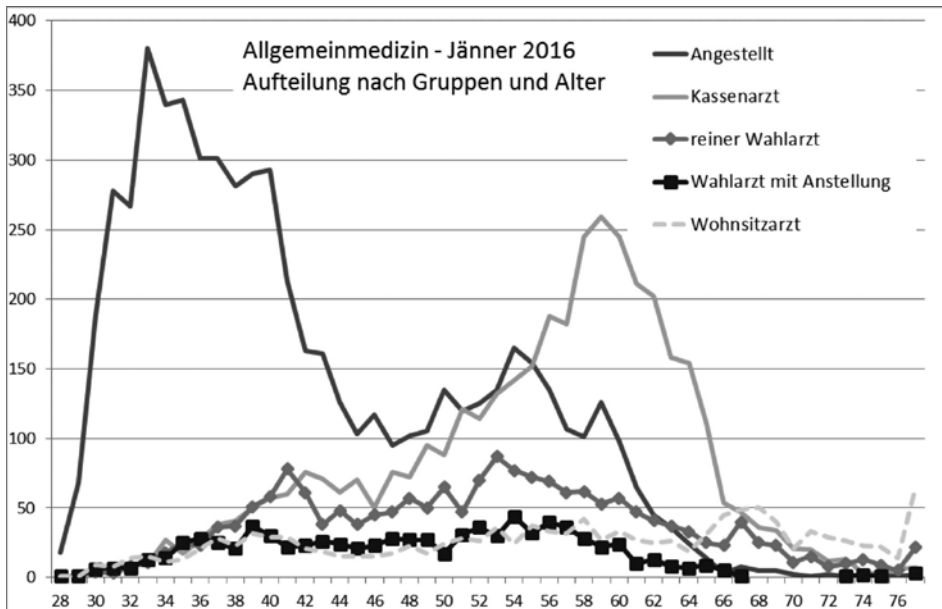
Wie oben gezeigt, ist der Weg zum Allgemeinmediziner (oder zum Facharzt) ein komplexer, und die Übergänge zwischen den beiden Bereichen sind genauso wie die zwischen Niederlassung und Spital oder privat und öffentlich fließend. Im Zuge aktueller gesundheitspolitischer Betrachtung werfen wir also einen Blick auf den Status quo. Was machen die Allgemeinmediziner in Österreich, wo sind sie tätig, sind sie Mann oder Frau und, vor allem, wie alt sind sie?

Einen ersten groben Überblick gibt die folgende Tabelle:

AM – Jänner 2016		
Angestellt	6.151	Wahlärzte 2.679 Mit Ordination 6.560
Kassenarzt	3.881	
reiner Wahlarzt ⁹	1.843	
Wahlarzt mit Anstellung	836	
Wohnsitzarzt	1.264	
	13.975	19 % 47 %

⁹ Wahlarzt und Privatarzt werden hier als Synonyme verwendet.

Tabelle 5:



Geht man ins Detail, so zeigt sich folgende Altersverteilung unter den Gruppen:

Abbildung 5: Altersverteilung Allgemeinmedizin

Wie bereits oben ausgeführt, muss davon ausgegangen werden, dass der größte Anteil der angestellten Allgemeinmediziner in jungen Jahren Ärzte in Fachausbildung ist, die aber aufgrund ihrer Berechtigung als AM bereits auch als Stationsärzte oder angestellte Notärzte tätig bzw. in den oben angeführten „neuen“ Leistungsbereichen der Allgemeinmedizin im Anstellungsbereich tätig sind (Schulärzte, Arbeitsmediziner etc.).

Markant – und m.E. besorgniserregend – ist der Gipfel bei den Kassenärzten¹⁰, der jenseits der 60 Jahre steil abfällt. Dies bedeutet, dass in der nächsten Zeit eine große Gruppe von Kassenärzten in das Pensionsalter kommt und daher altersbedingt ersetzt werden muss. Und das sind immerhin über 1.300 Ärzte (von knapp

¹⁰ Vertragsärzte der Krankenfürsorgeanstalten, die formell keine Versicherung sind, werden hier ebenfalls inkludiert.

3.900), die in den nächsten 5 Jahren ihre Praxis übergeben müssten. Dies ist immerhin mehr als ein Drittel dieser Berufsgruppe und entspricht – bei gleichmäßiger Verteilung auf die Jahre – etwa 270 Vertragsübernahmen.

Und woher sollen diese Ärzte herkommen?

Variante 1: Sie sind schon da, d.h., sie sind bereits im System und in anderen Bereichen tätig und lassen sich in den kassenärztlichen Bereich transferieren.

Wie die obigen Zahlen zeigen, scheinen sich tatsächlich ausreichend Ärzte im Wahlarztbereich zu bewegen, um diese Differenz locker ausgleichen zu können. Doch dürfen wir eins nicht vergessen: Zahlen wie diese zeigen nur das faktische Ergebnis sehr unterschiedlicher komplexer Prozesse und sagen wenig über die Motive und Möglichkeiten zur Veränderung der aktuell beobachteten Ärzteschaft aus. Wie oben ersichtlich, gibt es mehr reine AM-Wahlärzte als solche, die neben der Wahlarztstätigkeit noch einer Anstellung nachgehen. Und hier stellt sich die Frage: Ist der „Nebenerwerbs-Allgemeinmediziner“ eine wirtschaftliche Notwendigkeit, ein notwendiges Übel oder sogar ein Benefit? Ist die alleinige Wahlarztstätigkeit eine bewusst gewählte Konstellation in der Work-Life-Balance oder weil es nicht anders geht? Oder vielleicht sogar beides?

Könnten diese Gruppen überhaupt in den Kassenbereich wechseln?

66 % der Kassenallgemeinmediziner sind Männer, aber 62 % der Wahlärzte sind Frauen. Dort, wo es um die Nachfolge von Kassenordinationen im urbanen Zentralraum geht, reagiert man auf die bereits bestehende Nachfolgeproblematik mit unterschiedlichen Formen der Kooperation (Gruppenpraxen, Übergangspraxen, Jobsharing-Modelle etc.), um auf die Situation der freiberuflichen Leistungsanbieter einzugehen. Im peripheren Umfeld (Landmedizin) sind diese Ansätze in vielen Fällen ergebnislos, da zu wenig Interessenten bereit sind, den Mittelpunkt ihres Lebens in ihr Berufsumfeld zu verlegen oder die Arbeitszeiten und die Anfahrtswege alternative Arbeitsformen erschweren oder verunmöglichen.

6. Neue Ärzte braucht das Land

Variante 2: Sie kommen neu ins System. Wenn sich die notwendigen Allgemeinmediziner nicht aus den bereits tätigen Ärzten rekrutieren lassen, müssen sie also neu ins System kommen. Und hierfür gibt es prinzipiell zwei Möglichkeiten: Entweder sie kommen bereits als fertige Ärzte nach Österreich („Immigration“ oder „Rückwanderung“) oder sie werden durch innerösterreichische Ausbildungskapazitäten ausgebildet.

6.1. Zustrom fertiger Allgemeinmediziner aus dem Ausland

Die (überaus dürftigen) Ergebnisse zeigt die folgende Tabelle

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gesamt	210	219	171	182	216	239	238	243	291	275
Inländer	20	16	10	14	19	21	23	28	41	49
Ausländer	190	203	161	168	197	218	215	215	250	226
AA	55	55	44	57	42	69	58	62	77	0
M	25	36	26	30	18	34	30	29	33	0
F	30	19	18	27	24	35	28	33	44	0
AM	13	22	4	10	15	17	13	17	16	14
M	6	13	2	7	8	9	6	10	7	5
F	7	9	2	3	7	8	7	7	9	9
FA	142	142	123	115	159	153	167	164	199	261
M	100	100	89	79	112	100	104	109	111	151
F	42	42	34	36	47	53	63	55	88	110

Tabelle 6: Ersteintragungen berufsberechtigter Ärzte

Pro Jahr werden etwa 200 bis 300 Ärzte, die ihre postpromotionelle Ausbildung im Ausland erworben haben und berufsberechtigt sind, in Österreich neu eingetragen. Den größten Anteil stellen hierbei die Fachärzte, gefolgt von den approbierten Ärzten. Diese wurden bis 2015 als approbierte Ärzte eingetragen und konnten sich dementsprechend auch niederlassen, konnten aber nicht im SV-Kassensystem tätig werden. Ein Großteil dieser Ärzte hat deshalb auch in Österreich eine weitere Ausbildung zum AM oder FA absolviert. Seit 2016 werden diese Ärzte als Turnusärzte eingetragen, und eine neue Eintragung als approbierter Arzt

ist nicht mehr möglich. Nur zwischen 10 und 20 Ärzte werden jährlich als einwandernde Allgemeinmediziner neu registriert. Damit stellt diese Gruppe keine relevante Größe für die o.a. Problematik dar.

6.2. Effektive Ausbildungskapazitäten – Output an Ärzten

Wie erwähnt, sind die Faktoren, die die ärztliche Ausbildungszeit und damit den Output des Gesamtsystems determinieren, sehr vielschichtig. Aber wie groß ist dieser Output jetzt wirklich?

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Neuaner- kennungen AM	841	805	833	810	837	852	876	856	894	871	795

Tabelle 7: Neuanerkenntnisse zur Allgemeinmedizin

Obige Zahlen stellen den aktuellen Stand (Mai 2016) an neu ausgestellten Anerkennungen zur Allgemeinmedizin, gegliedert nach dem Jahr des Ausbildungsendes, dar. Dies bedeutet aber auch, dass sich die Zahlen der letzten Jahre nachträglich noch erhöhen können (und es für 2015 auch noch etwas tun werden). Ärzte, die beispielsweise im Jahre 2015 ihr Diplom zur Allgemeinmedizin beantragen und abholen hätten können (aber dies nicht getan haben, weil in Kinderkarenz oder direkt weiter in Fachausbildung oder sie es aus einem anderen Grund nicht gebraucht haben) und sich zukünftig die Berufsberechtigung noch „abholen“, erhöhen nachträglich noch den Output des entsprechenden Jahres.

Wie und wie schnell sich dieser Output im Zuge der Änderungen der Ärzteausbildungsordnung 2015 verändern wird, ist vermutlich eine der spannendsten Fragen in diesem Bereich.

Für die weiter unten angeführten Betrachtungen wollen wir – als Mittelwert der letzten 5 Jahre – von einem jährlichen Output an neuen Allgemeinmediziner von rd. 850 Ärzten ausgehen.

7. Exkurs: Grenzen objektiver Bedarfsplanungen

Man sagt der Wissenschaft nach, dass sie wertfrei sei, und über weite Bereiche scheint das auch so zu sein. Der wissenschaftliche Methodenapparat ist in den letzten Jahrzehnten weiterentwickelt worden, um schwer greifbare Bereiche gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen, Entscheidungsparameter und deren Konsequenzen objektiv und seriös bearbeiten zu können. Dort, wo wissenschaftliche Methodik oder deren empirische Evidenz nicht ausreichend vorliegt, versucht man durch saubere und transparente formelle Methodik seriöse Grundlagen zu erarbeiten. Sehr oft sieht dann etwas wie „Wissenschaft“ aus, ist es aber nicht wirklich. Gleichzeitig ist auch im Gesundheitsbereich (wie in vielen anderen Bereichen auch) eine Beratungsindustrie entstanden, die neben der echten Forschung für den politischen Entscheidungsträger auch die Funktion der Risikominimierung für die politisch Verantwortlichen anbietet oder vorgaukelt.

Eine gleichsam klassische Situation dieser Art findet sich in der globalen Bedarfsplanung.

Umfangreiche Studien werden erarbeitet, riesige Tabellen erstellt und es wird (vom grünen Tisch weg) für entlegene Detailregionen genau errechnet, wie viele Ärzte einer Fachrichtung fehlen oder zu viel sind. Über die Ausgangsannahmen, Grundlagen und immanenten Wertesysteme einer solchen Bedarfsplanung wird dabei wenig gesprochen und von der interessierten Öffentlichkeit noch weniger nachgefragt. Liegt die Studie erst mal am Tisch, interessieren nur mehr die Ergebnisse und einzelne Highlights, über das versorgungspolitische Wertesystem der Studienautoren oder deren Auftraggeber herrscht aber Schweigen, denn eigentlich lautet die Ausgangsfrage ja

7.1. Wie viel ist genug oder ab wann ist es zu wenig?

Alleine das grundlegende Konzept des „Bedarfes“ (egal nach welcher Definition) geht von einer individuellen Defizitsituation aus, die sich schwer objektivieren und in der intersubjektiven Vergleichbarkeit kaum valide (oder widerspruchsfrei) quantifizieren lässt. Im Zuge der Wirtschaftswissenschaften erfuhr der „Bedarfbegriff“ eine Scheinobjektivierung, indem man ihn als die in Marktpreisen ausgedrückte Zahlungsbereitschaft eines Nachfrager-Kollektives interpretierte.¹¹ Aber der Gesundheitsbereich ist ein imperfekter Markt, der eine ganze Reihe von seltsamen Eigenschaften aufweist, sodass diese gängigen mikro- oder makroökonomischen Ansätze zu kurz laufen.

Auch wenn es in der gegenständlichen Situation scheinbar um die simple Frage geht, ob wir einem Ärztemangel entgegen gehen, sollten wir uns erst mal darüber im Klaren werden, ob wir alle die gleichen Vorstellungen von „genug“ haben, bzw. sollten die versorgungspolitischen (und damit nicht mehr ganz wertfreien) Positionen klar am Tisch liegen.

Oft gehen Bedarfsstudien vom Status quo aus¹², der in Ermangelung anderer Alternativen über eine politische Positionierung erhaben scheint. Im Kalkül, „wenigstens den jetzigen Status zu halten“, drückt sich schon eine resignative Grundhaltung aus, die jedem westlichen marktwirtschaftlichen Wertesystem des Fortschritts vollkommen widerspricht. Der Status quo wird zum Maß der Dinge erklärt, und da das österreichische Gesundheitssystem in der Regel für gut befunden wird, lässt sich dagegen schwer argumentieren.

Dass der Status quo nicht immer der optimale Zustand ist und sich oft lange unbeobachtet zum schlechteren wenden kann, sei an folgendem Beispiel demonstriert.

Von 2000 bis 2013 hat sich die Anzahl der AM-Kassenärzte von 8.491 auf 7.657 reduziert. Gleichzeitig stieg die Gesamtbevölkerung von 8.011.566 auf 8.477.230 Einwohner an. Stellt man diese Zahlen einander gegenüber, so hat sich die Versorgungsdichte von 1.787,1 Personen je AM-Vertrags-

11 Ohne dabei aber die Zahlungsfähigkeit der Nachfrager großartig zu thematisieren.

12 Sofern man die Analysen und Berechnungen dieses Artikels als Bedarfsstudien sehen will, gehen auch diese vom Status quo aus.

arzt auf 2.056,6 Personen je Vertragsarzt „verschlechtert“¹³. Wenn man die gleiche Versorgungsdichte im Jahre 2013 haben hätte wollen, wie sie im Jahre 2000 geherrscht hatte, hätte man also 622 Vertragsärzte für Allgemeinmedizin mehr im System haben müssen.

Wie ist es dazu gekommen? Früher war es für niedergelassene Ärzte leicht, an Kassenverträge der bundeseinheitlichen Träger zu kommen (und diese auch zu behalten, nachdem sie GKK-Verträge zurückgelegt hatten). Durch die damit verbundene Stellenausweitung der Vertragsärzte dieser Kassen sind diese mit der Zeit dazu übergegangen, sich am Stellenplan der GKKs zu orientieren und nur bei regional punktuellen Erfordernissen davon abzuweichen. Dadurch hat sich die Zahl der Vertragsärzte über den Zeitraum im oben angeführten Ausmaß verringert. Zwar war ein Großteil dieser Stellen (mit nur kleinen Kassen) nicht zu 100 % ausgelastet und damit nicht so versorgungswirksam wie die GKK-Vertragsstellen. Deren Wegfall hat aber dazu geführt, dass sich die Versicherten dieser Kassen immer stärker konzentriert bei den GKK-Vertragsärzten behandeln lassen, die diese Verträge auch immer schon gehabt haben. Den Rückgang der Vertragsarztstellen haben die Patienten in relevanten Ausmaß vermutlich ebenso wenig bemerkt (und ihren Kassen gegenüber nicht artikuliert) wie die sukzessive Zunahme der Versicherten der kleinen Kassen bei den GKK-Vertragsärzten bemerkt worden ist. Der Druck in den Ordinationen ist damit aber schleichend gestiegen.

Selbst wenn dann die Studienautoren mutigere Ansätze wählen und höhere Level an Versorgungsgraden als dem Land, dem Fortschritt, dem Wohlstand oder der Zeit entsprechen postulieren, erreichen sie damit oft die Grenze der Zuständigkeit ihrer Auftraggeber oder man wirft ihnen überhaupt Realitätsferne vor. Denn höherer Bedarf bedeutet auch zusätzliche Finanzmittel, was wiederum zu einer Finanzierungs- und Allokationsfrage führt und – aufgrund der österreichischen Finanzierung der Krankenversicherung – im Kontext der Lohnnebenkosten unweigerlich wirtschafts- und arbeitspolitische Diskussionen hervorruft.

Im Gegenzug dazu stellt sich aber auch die Frage, wie unabhängig von solchen Studien sich ein realer Bedarf artikulieren kann, bzw. wann, wie und von wem er korrekt diagnostiziert werden kann.

13 Die Gesamtbevölkerung den Vertragsärzten hier vereinfachend gegenüberzustellen, ist für Österreich deshalb legitim, da in Österreich immer nahezu 100 % der Gesamtbevölkerung sozialversichert sind. Versichertenzahlen zu verwenden, würde andere systembedingte Unschärfen (z.B. Mehrfachversicherungen) in die Betrachtung bringen, deren Auswirkungen größer wären als die in der oben angestellten Betrachtung.

7.2. Versorgungswirksamkeit der Wahlärzte

„Stell dir vor, es ist Ärztemangel und keiner merkt es.“

Ein berühmter Streitpunkt in jeder Ärztebedarfsplanung ist der Themenkomplex, der sich mit der sogenannten „Versorgungswirksamkeit der Wahlärzte“ beschäftigt. Im besten Fall wird im Lauf der Studie definiert, was unter diesem Begriff verstanden wird und wie er sich ins methodische Szenario eingliedert. Im schlimmsten Fall wird davon ausgegangen, dass es ein stehender Begriff ist, und er wird einfach quantifiziert. Da die meisten Bedarfsstudien von der öffentlichen Hand finanziert und die Wahlärzte dem privatmedizinischen Bereich zugeordnet werden, tendieren diese Studien dazu, die Bedeutung dieses Sektors zu unterschätzen oder zu ignorieren und – noch schlimmer – als „Reservearmee“ für den öffentlichen Versorgungsbereich zu interpretieren. Dies mag vielleicht einmal der Fall gewesen sein, als der öffentliche Versorgungsbereich noch viel attraktiver gewesen ist. Aber die Entwicklung der Wahlärzte zeigt, dass es da draußen jede Menge an Ordinationen gibt (und das schon eine ganze Zeit lang), die beweisen, dass sie auch ohne den Kassenbereich können – und teilweise ganz gut können. Wir werden davon ausgehen müssen, dass ein Großteil dieser Ärzte gar nicht erst ins Kassensystem will und dass ein anderer Teil gar nicht ins Kassensystem kann (mit all den Verpflichtungen und Anschub-Ressourcen, die benötigt werden). Während es für Fachärzte noch durchaus attraktive Konstellationen gibt (die sich aus Fachrichtung, Planbarkeit, Lage, Synergie und Kooperationen jeglicher Art ergeben können), sind diese Ausgangsparameter für die Allgemeinmedizin immer schon weniger optimal gewesen. Hoher Patientendurchsatz, geringe Abrechnungsmöglichkeit, zunehmender Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand (Heilmittelbewilligung, Krankmeldungen etc.), breites Patientenkontingent mit oft unklaren Symptomen und Diagnosen, Überalterung, Multimorbidität etc. sind Faktoren, die besonders in allgemeinmedizinischen Kassenordinationen aufschlagen.

Meiner Einschätzung nach ist der wahlärztliche Bereich nur zu einem sehr geringen Ausmaß in der Lage und willens, in den Kassenbereich einzusteigen. Überwiegend sehe ich dies als Attraktivitätsproblem des Kassenbereiches. Sofern dieser Bereich nicht attraktiver wird (und derzeit sehe ich keine Indizien dafür), wird der Wahlarztbereich weiterhin neben dem Kassenbereich – wenigstens im derzeitigen Ausmaß – bestehen bleiben oder noch mehr zunehmen. Dies bedeutet aber auch, dass in der Frage der Nachwuchsproblematik die Politik die Rahmenbedingungen setzen muss, damit das universitäre Bildungssystem und das postpromotionelle Ausbildungssystem diesen Bereich berücksichtigen und beschicken kann. Es wird auch nicht reichen, wenn die Universitäten an sich genügend Ärzte

produzieren, wenn diese dann aber in die Wahlarztztätigkeit gehen, weil sie in den Kassenbereich nicht mehr wollen oder können. Im schlimmsten Fall wird sich das System zu einer noch extensiveren Zweiklassenmedizin transformieren, in der – unabhängig davon, welche Ärztemengen produziert werden – zu wenige oder zu schlechte Ärzte im Kassensystem verbleiben.

Ebenso ist die hohe Ärztedichte in Österreich dann aber auch kein Sicherheitspolster, der einen drohenden (sektoralen) Ärztemangel abfedern kann. Denn auch im niedergelassenen Bereich gilt: *„Wir brauchen immer mehr Köpfe, um die notwendigen Vollzeitäquivalente zu erreichen.“*¹⁴ Das nächste Kapitel widmet sich eben diesem hohen Ärzteanteil in Österreich (der nicht nur für die Gesamtärzteschaft gilt, sondern auch für den niedergelassenen Bereich). In extenso werden hier einzelne Faktoren beleuchtet, die in der aktuellen Diskussion oft thematisiert werden. Dabei gehen wir weit über den Bereich der niedergelassenen Allgemeinmedizin hinaus, da ja auch oft dem „überdimensionierten“ Spitalsbereich diese Funktion des „Sicherheitspolsters“ immanent unterstellt wird. Deswegen werden hier diese gesamtsystematischen Vergleiche angestellt und auch die Vergleiche zu Deutschland, dem Land, zu und von dem die Wanderbewegungen teilweise sehr intensiv ausfallen und wo seit längerem ebenfalls ein drohender Ärztemangel artikuliert wird. Aufgrund der Nähe und der Größe besteht durchaus die Gefahr, dass (auch wenn das jetzt paranoid klingt) ein Ärztemangel in Deutschland (der sogar nur viel kleiner zu sein braucht) Österreich aussaugen könnte.

14 Deswegen auch der nachhaltige Ruf nach Kooperationsformen.

8. Exkurs: Ärztezahlen Österreichs im internationalen Vergleich

8.1. Aktuelle Datenlage der OECD-Ärztedichte

Mit Download vom 20.04.2016 zeigt sich, dass der überwiegende Teil der zuletzt verfügbaren Werte sich auf das Jahr 2013 bezieht. Deshalb beziehen sich die u.a. Detailerläuterungen ebenfalls auf das Jahr 2013. Da Österreich gerne mit Deutschland verglichen wird, wird in der Folge auch die Datenlage zu Deutschland nachvollzogen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzuzeigen. Die Ergebnisse der Ärztedichte stellen sich wie folgt dar:

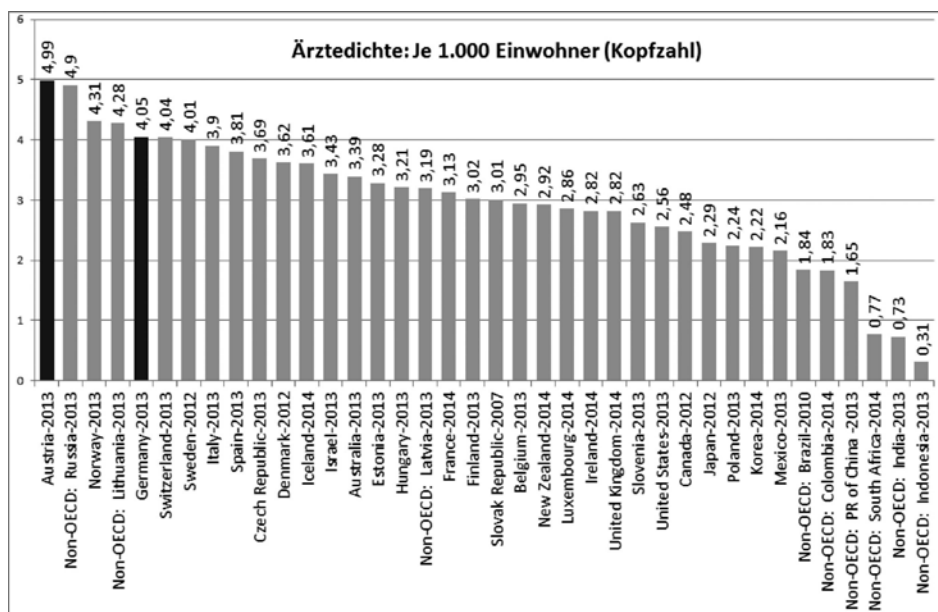


Abbildung 6: Ärztedichte lt. OECD

8.2. Nachrechnung der Werte für Österreich und Deutschland

Die gleiche Quelle (OECD-Homepage) beziffert die absoluten Kopffzahlen der Ärzte, die Bevölkerungszahlen und in Folge die errechenbare Ärztedichte für beiden Länder folgendermaßen:

Österreich: 42.302 Ärzte bei 8.468.302 Einwohner à Ärztedichte 4,99 Ärzte je 1.000 Einwohner

Deutschland: 326.945 Ärzte bei 80.645.570 Einwohner à Ärztedichte 4,05 Ärzte je 1.000 Einwohner

Aufgrund der oben ersichtlichen detaillierten Absolutzahl konnte für Österreich die Standesmeldung von 1.1.2014 als originäre Datenquelle identifiziert werden. Für Deutschland wurde die Publikation der Bundesärztekammer zum 31.12.2013 als Datenquelle identifiziert, die sich in der Übersicht wie folgt darstellt:

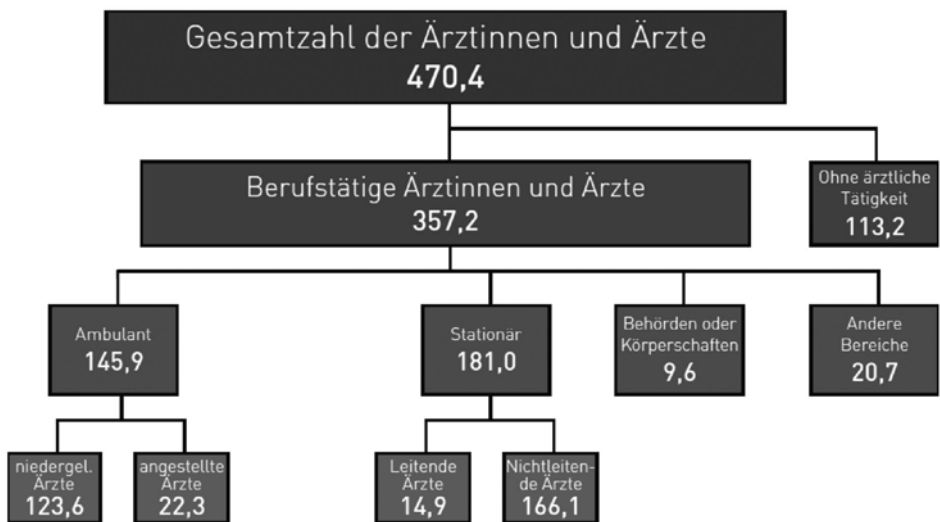


Abbildung 7: Ärztezahlen in Deutschland

Die Zahl zur Ärztedichte in Deutschland (326.945) ergibt sich aus der Addition der beiden Bereiche Ambulant und Stationär ($145,9 + 181,0 = 327,000$). Heruntergebrochen auf den Bereich der niedergelassenen Ärzte führt dies zu einer Ärztedichte von 1,53 niedergelassene Ärzte je 1.000 Einwohner für Deutschland und für Österreich zu einen Wert von 2,04 niedergelassene Ärzte je 1.000 Einwohner,

was in diesem Teilbereich eine noch größere Schieflage zwischen beiden Ländern darstellt. Tiefergehende Vergleiche werden aufgrund unterschiedlicher ambulanter Versorgungsstrukturen in Österreich und Deutschland nicht angestellt.

8.3. Datenquellen, mögliche Effekte für Doppelzählung und Auswirkungen beim „Rausrechnen“

Prinzipiell sind die gesetzlichen Regelungen bezüglich Kammermitgliedschaften und die darauf aufbauenden statistischen Zahlenwerke in Österreich und Deutschland sehr verschieden. In Österreich ist die „tagesaktuelle“ Kammermitgliedschaft nahezu vollkommen abhängig von der tatsächlichen ärztlichen Tätigkeit. Mit anderen Worten: Wer (über eine vergleichsweise kurze Frist) nicht ärztlich tätig ist, ist nicht eingetragen und findet damit keinen Eingang in die Statistik. Ärzte ohne Tätigkeit sind in Österreich nur innerhalb der 6-Monats-Frist enthalten, in Deutschland sind es 25 % der Kammermitglieder. Weiters führen die engen Regeln bezüglich des Wohlfahrtsfonds dazu, dass sich Ärzte ohne Tätigkeit in vielen Fällen von sich aus vor diesem Fristablauf „abmelden“. Ärzte, die ausschließlich in der Verwaltung oder Forschung tätig sind, sind in Österreich von Haus aus gar keine Kammermitglieder. Daher ist davon auszugehen, dass die österreichischen Gesamtärztezahlen prinzipiell stärker am tatsächlichen ärztlichen Arbeitsmarkt kleben als die deutschen Ärztezahlen, weshalb die OECD aus diesem Grund für Österreich die Gesamtärztezahlen heranzieht, für Deutschland die beiden erwähnten Subgruppen.

8.4. Mehrkammermitgliedschaften

Die Standesmeldung der ÖÄK (gemäß des Systems in Österreich) ist streng regional kammeral aufgebaut, d.h., die regionale Lokalisation der ärztlichen Tätigkeit bestimmt die Kammermitgliedschaft. Dies bringt es mit sich, dass Personen, die bundesländerübergreifend tätig sind, in den Statistiken gemäß ihrer Tätigkeitsbereiche mehrfach vorkommen können. Dies ist deswegen notwendig, weil diese Statistiken auch auf regionaler Ebene funktionieren müssen. Beispielsweise wäre ein Arzt, der in Wien einer Anstellung nachgeht und in Niederösterreich eine Ordination betreibt, in der Gesamtstatistik zweimal enthalten, einmal als Wiener Angestellter, einmal als niederösterreichischer Niedergelassener. Nur in einem gesamtösterreichischen Kontext kommt es dadurch zu einer Überschätzung der

Kopfzahl. Um dies zu quantifizieren: Von den 42.302 Ärzten (= Kammermitglieder) sind zum Erstellungszeitpunkt der Statistik 1.322 Ärzte in mehr als einer Kammer erfasst, sodass sich nach Herausrechnen dieser Mehrfachzählungen eine „bereinigte Kopfzahl“ von 40.971 Personen ergibt.¹⁵ Würde man diese Zahl der Berechnung der Ärztedichte zu Grunde legen, würde sie für Österreich nur auf 4,83 je 1.000 Einwohner sinken, was an dieser Spitzenposition nichts ändert. Eine Detailbetrachtung der deutschen Statistik zeigt, dass es mit großer Wahrscheinlichkeit dieses Phänomen dort auch geben wird, da die Gesamtzahl für Deutschland exakt die Anzahl der einzelnen Landeskammern darstellt.

Heruntergebrochen auf den niedergelassenen Sektor bedingt dies eine Überschätzung um 682 Köpfe. Setzt man hingegen die Zahl der physischen Personen an, so verschiebt sich der o.a. Wert geringfügig von 2,04 auf 1,96.

8.5. Wohnsitzärzte

Die Wohnsitzärzte¹⁶ sind in den ÖÄK-Daten enthalten, sofern sie ordentliche Kammermitglieder sind. Die Wohnsitzärzte waren in der Vergangenheit eine große Gruppe und stellten auch ein Auffangbecken für „versteckte Pensionisten ohne ärztliche Tätigkeit“ dar. Zum obigen Auswertungszeitpunkt betrug die Anzahl der Wohnsitzärzte österreichweit 2.019 Personen (Mehrkammergeffekte kommen bei dieser Gruppe nicht vor). Die Wohnsitzärzte sind gegenwärtig aber eine sehr inhomogene Gruppe und enthalten Full-Time-Arbeitsmediziner oder -Schulärzte genauso wie pensionsnahe (aber weiterhin tätige) Ärzte, oder sie sind ein Übergangsstadium zwischen zwei Ärztejobs oder für Berufswiedereinsteiger oder „Teilzeit-Ärzte“. Somit muss eine Versorgungswirksamkeit für diese Gruppe wohl überwiegend angenommen werden. Rechnet man sie dennoch aus der Ärztezahle heraus, würde die Ärztedichte auf 4,75 sinken. Rechnet man sie zusätzlich zu den Mehrkammermitgliedern heraus, sinkt die Ärztedichte auf 4,6 je 1.000 Einwohner. Für die Ärztedichte im niedergelassenen Bereich hat diese Gruppe keine Auswirkung. Tendenziell enthält sie aber Ärzte, die eine gewisse Nähe zum ordinationsführenden Bereich aufweisen und zum Teil leicht in diesen wechseln könnten. Aufgrund der Inhomogenität und der Kleinheit der Gruppe wird dieser Effekt aber kaum spürbar sein.

¹⁵ Dieser Effekt ist viel kleiner als der Überschätzungseffekt, der durch „Teilzeitarbeit“ entsteht oder der prinzipiellen Freiheit der Arbeitszeitgestaltung im freiberuflichen Bereich.

¹⁶ Ärzte, die ihre ärztliche Tätigkeit ohne Ordination und ohne Anstellung ausüben, müssen wenigstens ihren Wohnsitz bei der Ärztekammer melden, deshalb der Begriff „Wohnsitzarzt“.

8.6. Turnusärzte

Die Turnusärzte gelten nach österreichischem Recht bereits als Ärzte, weshalb sie in die Ärzteliste einzutragen sind, damit Kammermitglieder werden und in den lokalen Statistiken erfasst werden. Zum Auswertungszeitpunkt betrugen sie 6.458 Personen. Vor allem im direkten Vergleich zu Deutschland zeigt sich aber, dass ein „Herausrechnen“ der Turnusärzte nicht legitim erscheint. Aufgrund der Fußnoten der OECD-Daten enthalten die deutschen Zahlen auch die „Interns“, was wohl den Ärzten in Ausbildung gleichzusetzen sein wird. Weiters ist auch ein großer Teil der deutschen tätigen Ärzte (an die 28 %) in der Statistik der Bundesärztekammer ohne Fachgebietsbezeichnung angeführt, womit anzunehmen ist, dass diese Gruppe die Ärzte in Ausbildung enthält. In Österreich betrug der Turnusärzteanteil 2013 15,3 %.

8.7. Gegenrechnung: Ist die Ärztedichte in Deutschland zu niedrig gerechnet?

In kleinen Details kann es sehr wohl Unschärfen und Zuordnungsdiskrepanzen zu einzelnen Bereichen zwischen Deutschland und Österreich geben. Hypothetisch könnte es sein, dass Ärzte, die in Österreich im Angestelltenbereich tätig sind (z.B. Angestellte in Pflegeheimen, arbeitsmedizinischen Zentren) oder im Wohnsitzarztbereich gezählt werden (freiberufliche Arbeitsmediziner, Gutachter, Praxisvertreter, Schulärzte etc.) in Deutschland in den unberücksichtigten Bereichen (Behörden, Körperschaften und andere Bereiche) lokalisiert sind. Diese Bereiche machen in Deutschland 8,5 % der berufstätigen Ärzte aus, in Österreich sind die Wohnsitzärzte 4,7 %. Selbst wenn man davon ausgeht, dass diese Bereiche in Deutschland ebenfalls zur Ärztedichte herangezogen werden müssten (um sie beispielsweise mit Österreich zu vergleichen), würde auch diese Rechnung die deutsche Ärztedichte nur auf 4,42 Ärzte je 1.000 Einwohner heben, womit sie immer noch relevant hinter Österreich liegt.

9. Altersbedingter Ersatzbedarf – eine einfache Rechnung

Betrachtet man die Veränderung der Altersverteilungen der österreichischen Ärzteschaft über längere Zeiträume hinweg, so zeigt sich ein Faktor in dramatischer Weise: Die Kurve der Altersklassen, die sich dem Pensionsalter nähern, nimmt von Mal zu Mal an Steilheit zu.

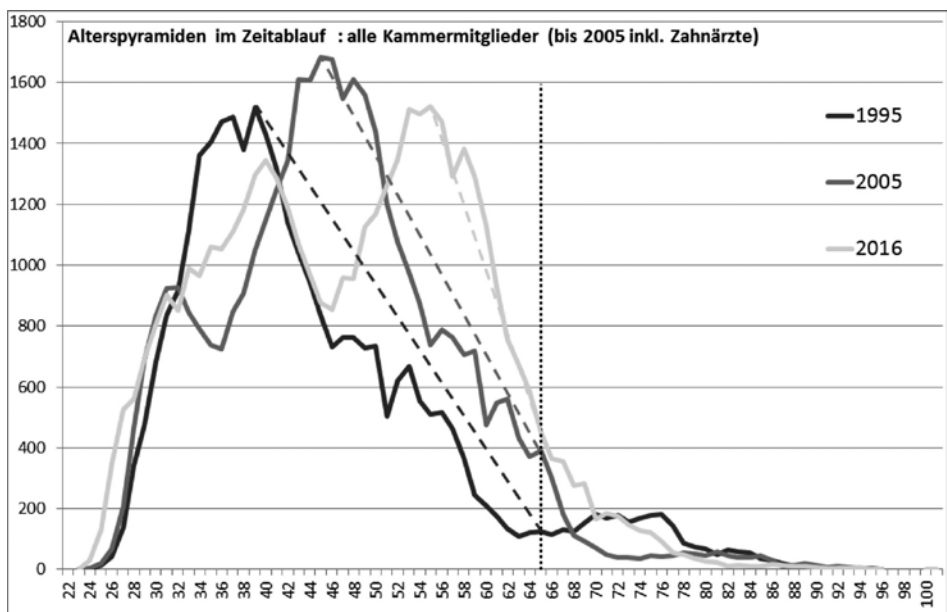


Abbildung 8: Alterspyramiden im langen Zeitablauf

Dies bedeutet, dass der altersbedingte Ersatzbedarf kein konstanter Abfluss ist, sondern sich in den nächsten Jahren zu einem massiven Sog (mit eventuell systembedrohlichem Strudel) entwickeln kann.

Was bedeutet dies für die niedergelassene Allgemeinmedizin?

Allgemein- medizin mit Ordination	Alter																			alters- bedingter Ersatzbedarf im Schnitt pro Jahr		
	Jänner 2016	...	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	>65		Gesamt	
	Vertragsarzt	...	88	121	114	132	142	155	188	182	243	259	245	212	201	158	154	111	253		3880	
	Wahlarzt	...	82	78	106	117	121	101	109	97	92	75	81	56	55	45	40	34	220		2679	
	Gesamt- ergebnis	...	170	199	220	249	263	256	297	279	335	334	326	268	256	203	194	145	473		6559	
Vertragsarzt Wahlarzt																				jetzt schon im Pensionsalter	253 220 473	253 220 473
Vertragsarzt Wahlarzt																				in den nächsten 5 Jahren im Pensionsalter	1089 450 1539	217,8 90 307,8
Vertragsarzt Wahlarzt																				in den nächsten 10 Jahren im Pensionsalter	2206 904 3110	220,6 90,4 311

Tabelle 8: Altersbedingter Ersatzbedarf in verschiedenen Zeithorizonten

Auffällig ist, dass ab der Altersklasse 51+ die Anzahl der Kassenvertragsärzte maßgeblich größer ist als jene der Wahlärzte. Unterhalb dieser Altersgruppe haben in den einzelnen Altersklassen die Wahlärzte den Überhang. Dies ist m.E. ein eindeutiges Indiz gegen die Unterstellung der Liebhaber- oder Steuerordination. Bereits jetzt gibt es über 250 Vertragsärzte, die über 65 Jahre alt sind, was ein Indiz für eine bereits jetzt vorliegende Nachfolgeproblematik zu sein scheint, weil Ärzte, die für ihre Ordination keinen geeigneten Übernehmer finden, länger im Berufsleben bleiben. Damit ergibt sich durch diesen jetzt schon vorliegenden Überhang in der Momentbetrachtung der höchste Ersatzbedarf, der sich in der 5- oder 10- Jahresbetrachtung etwas nach unten nivelliert, die sich aber beide im Detailergebnis nicht unterscheiden.

Wesentlich wird hier aber die Frage sein, ob man dem Wahlarztbereich eine „Ersatznotwendigkeit“ zugesteht oder nicht, da dadurch die notwendigen zusätzlichen Ärzte in der Niederlassung gleich um 40 % (5- und 10-Jahres-Betrachtung) oder um 90 % (Moment-Betrachtung) höher liegt. Daher liegt der mittelfristige Ersatzbedarf für den Kassenbereich-AM bei 220 und für den Gesamtbereich bei 311. (Durch den jetzt bestehenden Überhang gibt es in der Momentbetrachtung höhere Werte von 250 und 473.)

Wie oben dargelegt, gehe ich davon aus, dass auch die Wahlärzte dieser Alterskategorien ersetzt gehören, dass also – wenn sie ohne Ersatz aus dem Arbeitsmarkt verschwinden sollten – ein vorerst punktuelles Defizit eintreten würde, das zwar vorerst keine allzu großen Wellen schlagen würde, sich aber in der 10-Jahres-Betrachtung bereits manifestieren würde, da es sich dabei um 904 Ärzte und damit schon um über 13 % der Wahlärzte für Allgemeinmedizin handelt.

Um das aktuelle Versorgungsniveau zu halten, brauchen wir also in den nächsten 10 Jahren im Schnitt 311 Neuniederlassungen (netto).

Wie oben ausgeführt (Effektive Ausbildungskapazitäten – Output an Ärzten) werden im Jahr im Schnitt 850 Ärzten neue Anerkennungen zur Allgemeinmedizin ausgestellt. Davon gehen aber, wie oben erläutert, 55 % an die Facharztausbildung verloren (Karrierepfade).

Dies bedeutet, dass nur etwa 383 Ärzte in der Allgemeinmedizin bleiben wollen.

383 gegenüber 311 – es wird also knapp.

Umso enger ist dieses Ergebnis, wenn man bedenkt, dass immer größere Bereiche entstehen und wachsen, in denen Allgemeinmediziner zum Einsatz kommen und die nicht dem klassischen Ordinationsmodell entsprechen. Und hier zeigt sich eine weitere statistisch schwer greifbare Unschärfe oder Fraktalisierung der Be-

rufsumfelder. Arbeitsmediziner, Betriebsmediziner, Notarzt, Schularzt, Sanitätsärzte (um nur einige zu nennen) sind Teilbereiche, die in der Vergangenheit auch oft von niedergelassenen Ärzten wahrgenommen worden sind, die aber immer mehr auch durch Anstellung oder Wohnsitzarztstätigkeit abdeckbar sind. Dies bedingt, dass diese Bereiche auch dem klassischen niedergelassenen Bereich Personalkapazitäten entziehen. Viele dieser Tätigkeiten werden den Jungmedizinerinnen attraktiv erscheinen und, entsprechende Arbeitsumfelder vorausgesetzt, man wird sich in vielen Fällen nicht die Mühe einer Praxisgründung aufhalsen. Andererseits wachsen auch neue Generationen von Medizinerinnen heran, die andere Schwerpunkte in ihrer Work-Life-Balance setzen und nicht um jeden Preis bereit sind, dem Erfolg ihrer Elterngeneration nachzueifern. Gleichzeitig entstehen aber auch immer mehr nicht medizinische Arbeitsplätze, die mit Medizinerinnen und fertigen Ärzten besetzt werden (Forschung, Presse, Health-Assessment, Verwaltung, Medizinprodukteindustrie etc.). Diese Job-Angebote werden die Jungärzte wesentlich dauerhafter dem ärztlichen Arbeitsmarkt entziehen.

Damit ist ein drohender Ärztemangel (aktuell) kein Problem des mangelnden Nachwuchses, sondern eher ein Problem der Attraktivität der klassischen medizinischen Tätigkeitsbereiche.

Viele Zeichen stehen auf Änderung, manche werden eintreten, manche nicht.

Es bleibt also spannend.

10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung der Diplome (etc.) auf Allgemeinmedizin und Fach – Anteile

Tabelle 2: Relationen Kassen- und Wahlärzte/Ärzte und Honorare

Tabelle 3: Diplome unter niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen – Anteil an nicht GKK-Ärztinnen

Tabelle 4: Geschlechtsanteile im Kassen- und Wahlarztbereich

Tabelle 5:

Tabelle 6: Ersteintragungen berufsberechtigter Ärzte

Tabelle 7: Neuankerkennungen zur Allgemeinmedizin

Tabelle 8: Altersbedingter Ersatzbedarf in verschiedenen Zeithorizonten

11. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen an allen Ärzten – Zeitreihe

Abbildung 2: Absolute Ärztezahlen nach Untergruppen

Abbildung 3: Niedergelassene Ärzteschaft – absolute Zahlen – Zeitreihe

Abbildung 4: Berufsberechtigungen österreichischer Promovenden

Abbildung 5: Altersverteilung Allgemeinmedizin

Abbildung 6: Ärztedichte lt. OECD

Abbildung 7: Ärztezahlen in Deutschland

Abbildung 8: Alterspyramiden im langen Zeitablauf

Dr. Maria Leitner

Ärztchamber für OÖ; Bereichsleitung Ärztereht

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für OÖ

Rechtsfragen zur Lehrpraxis

1. Ausbildungsrechtliche Grundlagen	48
2. Voraussetzungen für die Bewilligung als Lehrpraxis	50
3. Verzeichnis der Lehrpraxisinhaber	51
4. Arbeitsrechtliche Aspekte	52
5. Versicherung des Lehrpraktikanten	54
6. Kompetenzumfang der Lehrpraktikanten in Ausbildung zum Allgemeinarzt	55
7. Aufsicht und Anordnungspflichten des Ausbildungsverantwortlichen	56
8. Behandlungsvertrag	58
9. Verrechnung als Kassenleistungen	58
10. Finanzierung der Lehrpraxis	59

Eine der wesentlichsten Neuerungen der neuen ÄÄO 2015 ist die verpflichtende Lehrpraxis in der Allgemeinmedizinerausbildung. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die damit in Zusammenhang stehenden Rechtsfragen. Neben ausbildungsrechtlichen Grundlagen und arbeitsrechtlichen Aspekten werden die Rahmenbedingungen zur Führung der Lehrpraxis sowie die Kompetenzen und Verpflichtungen von Lehrpraxisinhaber und Lehrpraktikanten aufgezeigt. Auch Haftungs-, Verrechnungs- und Finanzierungsfragen werden erörtert.

1. Ausbildungsrechtliche Grundlagen

Für Turnusärzte, die ihre Ausbildung ab dem 1.6.2016 begonnen haben, und für jene, die zwar vorher begonnen haben, aber in die neue Ausbildung gewechselt sind, gelten die Vorschriften der neuen Ärzteausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015), für alle anderen gelten die Bestimmungen der alten Ausbildungsordnung 2006 (ÄAO 2006) weiter. Eine der wesentlichsten Neuerungen der neuen ÄAO 2015 ist die verpflichtende Lehrpraxis in der Allgemeinmedizinerausbildung.

Der Lehrpraxisinhaber ist zur Ausbildung des Lehrpraktikanten mit dem Ziel der Vorbereitung der Tätigkeit als niedergelassener Arzt verpflichtet und hat den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten laufend zu überprüfen. Der Lehrpraktikant ist zur persönlichen Mitarbeit heranzuziehen und hat entsprechend seinem Ausbildungsstand auch Mitverantwortung zu übernehmen. Im Ärztegesetz ist vorgesehen, dass der Lehrpraktikant auch zur Mitarbeit bei ärztlichen Tätigkeiten außerhalb der Lehrpraxis herangezogen werden kann.

Die Kernausbildungszeit in der Lehrpraxis muss mindestens 30 Wochenstunden untertags, jedenfalls aber die Ordinationszeiten umfassen.

Es ist auch möglich, die Lehrpraxis im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung zu absolvieren, wobei die Wochendienstzeit um höchstens die Hälfte herabgesetzt werden kann und sich dann eben die Gesamtdauer entsprechend verlängert.

Wie bisher, kann in jedem Fachgebiet maximal ein Sechstel der jeweiligen Ausbildungszeit durch gewisse Fehlzeiten angerechnet werden, nämlich durch Erholungs- oder Pflegeurlaub, Familienhospizkarenz, Pflegekarenz, Erkrankung, Mutterschutz bzw. Karenz. Diese Sechstelregelung ist auch auf die Lehrpraxis anwendbar.

Am Ende der Lehrpraxisausbildung ist wie bei der Ausbildung im Spital die erfolgte Ausbildung in einem Rasterzeugnis zu bestätigen.

Neben der Tätigkeit in der Lehrpraxis ist zusätzlich auch das unselbständige Tätigwerden im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses in einer Ausbildungsstätte einer Krankenanstalt zulässig, insbesondere werden in der Praxis wohl Nacht- und Wochenenddienste im Krankenhaus auf Basis einer arbeitsrechtlichen Vereinbarung mit dem Rechtsträger absolviert werden.

1.1. Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin

Ausbildung nach der neuen ÄAO 2015

Nach der ÄAO 2015 sind in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin nach den neun Monaten Basisausbildung und den weiteren 27 Monaten Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin – also nach insgesamt 36 Monaten – ganz am Ende sechs Monate in der Lehrpraxis eines Allgemeinmediziners verpflichtend vorgeschrieben.

Weiters können in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in nachfolgenden Fächern Ausbildungen in Lehrpraxen der entsprechenden Fachärzte absolviert werden: Kinder- und Jugendheilkunde, Orthopädie und Traumatologie, Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin sowie in den Wahlfächern Augenheilkunde und Optometrie, HNO, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurologie, Urologie. In jedem dieser Fächer sind drei Monate in einer Lehrpraxis möglich, insgesamt sind maximal 12 Monate anrechenbar.

Ausbildung nach der alten ÄAO 2006

Turnusärzte, die ihre Ausbildung nach der alten ÄAO absolvieren (also jene, die vor dem 1.6.2015 mit der Ausbildung begonnen haben und nicht in die neue Ausbildung gewechselt sind), haben zwar keine verpflichtende Lehrpraxis zu absolvieren, können jedoch freiwillig bis zu sechs Monate Ausbildung in der Lehrpraxis eines Allgemeinmediziners anrechenbar absolvieren. Weiters können in den in der ÄAO 2006 angeführten Fächern Teile der Ausbildung in den entsprechenden fachärztlichen Lehrpraxen absolviert werden, wobei insgesamt maximal 12 Monate Lehrpraxis anrechenbar sind.

1.2. Ausbildung zum Facharzt

Ausbildung nach der neuen ÄAO 2015

In der Ausbildung zum Facharzt können nach neun Monaten Basisausbildung und der Sonderfach-Grundausbildung dann Ausbildungsabschnitte der Sonderfach-Schwerpunktausbildung in Lehrpraxen bei den entsprechenden Fachärzten freiwillig absolviert werden, wobei maximal 12 Monate anrechenbar sind.

Ausbildung nach der alten ÄAO 2006

In der Ausbildung zum Facharzt kann eine Lehrpraxis in der Ordination des entsprechenden Facharztes absolviert werden. Insgesamt anrechenbar sind ebenfalls 12 Monate.

2. Voraussetzungen für die Bewilligung als Lehrpraxis

Anträge auf Anerkennung der Ordination als Lehrpraxis sind bei der jeweiligen Landesärztekammer einzubringen. Die Bewilligung erfolgt durch die Österreichische Ärztekammer.

Nach der ÄAO 2015 sind für Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- mindestens 800 Patienten pro Quartal in einem Durchrechnungszeitraum von einem Jahr (in bestimmten Ausnahmefällen 750),
- mindestens vierjährige Berufserfahrung als niedergelassener oder freiberuflich tätiger Arzt,
- Absolvierung eines Lehrpraxisleiterseminars im Ausmaß von 12 Stunden (davon acht Stunden mittels e-learning und vier Stunden Präsenzphase),
- gültiges DFP,
- entsprechende räumliche Ausstattung, insbesondere muss ungestörter Kontakt des Lehrpraktikanten mit den Patienten möglich sein,
- schriftliches Ausbildungskonzept,
- entsprechende EDV-Ausstattung,
- Kenntnisse der Grundlagen der Gesundheitsökonomie,
- ökonomische Verschreibweise,
- keine Kündigung des Kassenvertrages innerhalb der letzten 15 Jahre,
- keine rechtskräftige Entscheidung zur Honorarrückzahlung in den letzten fünf Jahren,
- Vertrauenswürdigkeit.

Diese Voraussetzungen gelten sowohl für Allgemeinmediziner als auch für Fachärzte (nur das Erfordernis von 800 Patienten gilt nicht für Fachärzte). Ein Kas-
senvertrag ist nicht Voraussetzung für eine Lehrpraxisbewilligung, bei Erfüllung
der Kriterien sind auch Lehrpraxisbewilligungen für Wahlärzte möglich.

Die Bewilligung wird vorerst für den Zeitraum von 7 Jahren erteilt und kann nach
Rezertifizierung immer wieder um 7 Jahre verlängert werden.

In Lehrpraxen, die über eine Bewilligung nach der alten ÄAO 2006 verfügen, kön-
nen weiterhin Turnusärzte nach der alten ÄAO 2006 ausgebildet werden. Für die
Ausbildung von Turnusärzten im Rahmen der neuen ÄAO 2015 ist diese jedoch
nicht ausreichend, sondern ist eine neue Anerkennung gemäß den Vorgaben der
ÄAO 2015 notwendig.

3. Verzeichnis der Lehrpraxisinhaber

Von der Österreichischen Ärztekammer wird ein Verzeichnis aller bewilligten
Lehrpraxen geführt, auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer ist
ein elektronisch geführtes Verzeichnis aller Lehrpraxisinhaber zu veröffentlichen.
Die Listen der Lehrpraxisinhaber eines Bundeslandes sind auch bei den jeweili-
gen Landesärztekammern abfragbar bzw. sind sie auf den jeweiligen Homepages
veröffentlicht.

4. Arbeitsrechtliche Aspekte

Die Ausbildung in der Lehrpraxis erfolgt in einem Dienstverhältnis. Neben den einschlägigen arbeitsrechtlichen Gesetzen ist vor allem der Kollektivvertrag für Angestellte bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vom 1. Juni 2016, abgeschlossen zwischen der Bundeskurie niedergelassene Ärzte und der Bundeskurie angestellte Ärzte, relevant. Dieser Kollektivvertrag gilt jedoch nur für gesetzlich verpflichtende ärztliche Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen nach der ÄAO 2015, d.h. also nur für die verpflichtenden sechs Monate am Ende der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in Ordinationen von Ärzten für Allgemeinmedizin.

Der alte Kollektivvertrag vom 1. Jänner 2009 (der generell für alle Lehrpraxisausbildungen Geltung hatte) wurde mit 1.6.2016 außer Kraft gesetzt. Für die sogenannten freiwilligen Lehrpraxen existiert daher kein Kollektivvertrag, sondern es sind eben die allgemeinen arbeitsrechtlichen Grundsätze anwendbar, wobei insbesondere das Gehalt der freien Vereinbarung zwischen Lehrpraxisinhaber und Lehrpraktikant unterliegt. Auf diese wird hier nicht näher eingegangen.

Der Kollektivvertrag enthält insbesondere Bestimmungen über die Arbeitszeit, Teilzeitarbeit, Überstundenentlohnung, Anspruch bei Dienstverhinderung (im Krankheitsfall), Kündigungsfristen, Urlaub und v.a. Gehalt.

4.1. Gehalt

Nach dem Kollektivvertrag erhält der Lehrpraktikant jenes Gehalt (Grundgehalt plus Zulagen und Nebengebühren,) welches ihm unter Berücksichtigung allfälliger Vordienstzeiten nach dem Landes-Gehalts- und Zulagenschema der im KV aufgezählten Rechtsträger des jeweiligen Bundeslandes, in dem die Lehrpraxis ihren Berufssitz hat bzw. der Dienstort gelegen ist, zugestanden wäre. Das bedeutet in der Praxis, dass dem Lehrpraktikanten jener Verdienst gewährt wird, den er auch bei einer Weiterbeschäftigung im Krankenhaus gehabt hätte. Das Gehalt inkludiert jedenfalls eine Infektions- und Gefahrenzulage.

Weiters gebühren dem Lehrpraktikanten Sonderzahlungen von zwei Monatsgehältern (Urlaubs- und Weihnachtsremuneration) in aliquotem Ausmaß.

4.2. Urlaub und sonstige Freistellung

Dem Lehrpraktikanten steht Erholungsurlaub nach dem Urlaubsgesetz zu. Weiters gebührt bei Eintritt nahestehender Familienangelegenheiten wie etwa Eheschließung, Todesfall von nahen Angehörigen, Wohnungswechsel und ähnlichem ein Sonderurlaub in der im KV angeführten Dauer.

Darüber hinaus ist nach dem KV dem Lehrpraktikanten Freistellung zu nachgewiesenen Bildungs- und Studienzwecken in jenem zeitlichen Ausmaß zu gewähren, in dem der Lehrpraxisinhaber selbst Fort- und Weiterbildungen absolviert, mindestens jedoch ein Tag pro Quartal, wobei auf die ordinationsspezifischen Gegebenheiten und auf die Interessen der Lehrpraktikanten Rücksicht zu nehmen ist.

4.3. Beendigungsmöglichkeiten

Laut Kollektivvertrag gilt der erste Monat als Probemonat, während dessen das Dienstverhältnis ohne Angabe von Gründen von beiden Vertragspartnern jederzeit gelöst werden kann. Danach unterliegt die Lösung des Dienstverhältnisses den Bestimmungen des § 20 AngG, wobei für die Form der Kündigung vorgesehen ist, dass sie schriftlich mittels eingeschriebenem Brief oder durch bestätigte Übergabe in der Ordination oder an einem anderen Ort zu erfolgen hat.

In der Regel wird wohl ein befristetes Dienstverhältnis, vermutlich für eben genau die Dauer von bis zu sechs Monaten, abgeschlossen werden. Ein befristetes Dienstverhältnis läuft mit Ende der Befristung aus und es besteht – sofern nicht anders vereinbart – vorher keine Kündigungsmöglichkeit.

5. Versicherung des Lehrpraktikanten

5.1. Sozialversicherung

Die Ausbildung in der Lehrpraxis erfolgt in einem versicherungspflichtigen Dienstverhältnis – ebenso wie in der Ausbildung im Krankenhaus. Die Lehrpraktikanten sind daher voll versichert in der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung (zusätzlich zur Versicherung im Rahmen der jeweiligen Wohlfahrtskasse).

5.2. Haftpflichtversicherung

Der Lehrpraktikant wird als Erfüllungsgehilfe des Praxisinhabers tätig und ist somit von der Haftung des Praxisinhabers umfasst. Die entsprechende Rahmenvereinbarung der Österreichischen Ärztekammer mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO) über die Vertragsbedingungen der Berufshaftpflicht sieht vor, dass die Tätigkeit von Lehrpraktikanten ausdrücklich vom Versicherungsschutz umfasst ist. Für etwaige Schäden, die ein Lehrpraktikant Patienten zufügt, haftet also der Lehrpraxisinhaber den Patienten gegenüber im Rahmen seiner Haftpflichtversicherung.

6. Kompetenzumfang der Lehrpraktikanten in Ausbildung zum Allgemeinarzt

Grundsätzlich dürfen nach dem ÄrzteG Turnusärzte unter Aufsicht des Ausbildungsverantwortlichen alle Tätigkeiten des Faches ausüben, für das sie ausgebildet werden.

Der Turnusarzt, der seine Ausbildung zum Allgemeinarzt im Rahmen einer Lehrpraxis absolviert, ist daher berechtigt, den gesamten Bereich der Allgemeinmedizin abzudecken. Das gilt für diagnostische Leistungen genauso wie für therapeutische Maßnahmen. Der Lehrpraktikant ist insbesondere auch berechtigt, Arzneimittel und Heilbehelfe zu verordnen. Er kann Überweisungen ausstellen, ärztliche Zeugnisse und Bestätigungen unterfertigen. Er kann auch nicht ärztliches Personal überwachen, sofern dies in den jeweiligen Berufsvorschriften verlangt wird. Insbesondere ist er auch berechtigt, rechtswirksam Anordnungen an nicht ärztliche Gesundheitsberufe zu geben, die aufgrund ihres Berufsrechts nur über ärztliche Anordnung tätig werden dürfen (z.B. im Bereich der Kompetenzen des diplomierten Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nach § 15 GuKG).

Grundsätzlich könnte der Turnusarzt die dafür vorgesehenen Dokumente (etwa die Verordnung oder das ärztliche Zeugnis) auch im eigenen Namen ausstellen. Soweit er, was in der Regel der Fall sein wird, allerdings in einer Kassenpraxis tätig ist, verlangen die kassenrechtlichen Vorschriften, dass er in Vertretung des Kassenarztes handelt, weshalb er etwa Rezepte oder Überweisungen, die auf Kassenkosten erfolgen sollen, in Vertretung des Kassenarztes ausstellen muss.

Berufsrechtlich ist die Tätigkeit des Turnusarztes und damit auch des Lehrpraktikanten dadurch eingeschränkt, dass er nur unter Anordnung und Aufsicht des Ausbildungsverantwortlichen, also im Falle des Lehrpraktikanten des Lehrpraxisinhabers, tätig werden kann. Darüber hinaus ist berufsrechtlich der Kompetenzumfang jedes Arztes, somit auch des Turnusarztes bzw. Lehrpraktikanten, dadurch begrenzt, dass er von – Notfällen abgesehen – keine Tätigkeiten übernehmen darf, zu denen er fachlich (noch) nicht in der Lage ist. Schließlich gibt es bestimmte Tätigkeiten, die ausdrücklich fertig ausgebildeten Ärzten vorbehalten sind. In Zusammenhang mit den in einer allgemeinärztlichen Lehrpraxis anfallenden Tätigkeiten gilt das vor allem für die Ausstellung eines Parere nach dem UbG sowie die Anordnung von Freiheitsbeschränkungen nach dem HeimAufG, die nur selbständig berufsberechtigten Ärzten erlaubt sind.

7. Aufsicht und Anordnungspflichten des Ausbildungsverantwortlichen

Der Turnusarzt und somit auch der Lehrpraktikant dürfen ihre Tätigkeiten nur unter Anleitung und Aufsicht der ausbildenden Ärzte ausüben. Zur Frage, wie genau diese Anordnungen sein müssen und welche Intensität der Beaufsichtigung verlangt wird, gibt es wenig höchstgerichtliche Judikatur. Es ist daher schwierig, dazu eindeutige Antworten zu geben.

In der wissenschaftlichen Literatur hat sich allerdings ein weitgehend übereinstimmender Meinungsstand entwickelt. Die Literatur geht von einem abgestuften System aus. Demnach ist „Aufsicht“ nicht als unmittelbare „Draufsicht“ zu verstehen. Die Anforderungen an die Aufsichtsintensität nehmen mit zunehmendem Ausbildungsstand ab. Sobald sich der Auszubildende vergewissert hat, dass der Arzt die nötigen Fertigkeiten besitzt, genügt eine begleitende und schließlich bloße Ergebniskontrolle bis hin zu Stichproben. Wenn der Auszubildende davon ausgehen kann, dass der Turnusarzt nach seinem Ausbildungsstand und seiner Erfahrung bzw. seiner persönlichen Qualifikation keiner unmittelbaren Beaufsichtigung bedarf, ist eine unmittelbare Anwesenheit des Auszubildenden bei der Tätigkeit des Turnusarztes nicht mehr erforderlich.

In Krankenanstalten ist es allerdings nach herrschender Auffassung erforderlich, dass zumindest ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt in der Ausbildungsstätte anwesend ist. Die wissenschaftliche Literatur vertritt demgegenüber für Lehrpraxen die Meinung, dass hier eine bloße Erreichbarkeit des beaufsichtigenden Lehrpraxisinhabers ausreicht. Es ist daher zulässig, dass der Lehrpraktikant Tätigkeiten außerhalb der Ordinationsstätte durchführt (etwa Visiten), ohne vom Lehrpraxisinhaber dabei begleitet zu werden. Es wird auch umgekehrt für zulässig erachtet, dass der Lehrpraktikant in der Ordination ärztliche Tätigkeiten auch dann erbringen kann, wenn der Lehrpraxisinhaber sich nicht in der Ordinationsstätte befindet (z.B. weil er selbst Visiten durchführt oder andere Verrichtungen außerhalb der Ordinationsstätte). Voraussetzung ist allerdings, dass der Lehrpraxisinhaber jederzeit erreichbar sein muss, um bei allfälligen Zweifeln des Lehrpraktikanten zur Verfügung stehen zu können. Natürlich setzt diese gegenüber der Krankenanstalt abgeschwächte Aufsichtspflicht auch voraus, dass es dem Turnusarzt aufgrund seines Erfahrungsstandes und der Art, Schwere und

Risikoneigung der in Betracht kommenden Tätigkeiten zugemutet werden kann, diese ohne unmittelbare Anwesenheit des Lehrpraxisinhabers zu erbringen.¹

Konkret bedeutet das, dass jedenfalls die parallele Patientenbetreuung in getrennten Ordinationsräumen durch den Lehrpraxisinhaber und den Lehrpraktikanten in der allgemeinärztlichen Praxis gestattet ist, sofern dies der Ausbildungsstand des Lehrpraktikanten erlaubt. Dies wird wohl regelmäßig der Fall sein, da der Lehrpraktikant nach der neuen Ärzteausbildungsordnung am Ende seiner Ausbildung steht und im Grunde genommen eine Ausbildung absolviert hat, die im Wesentlichen der Ausbildung entspricht, die bisher zur selbständigen Berufsberechtigung geführt hat.

Zulässig ist ein Tätigwerden des Lehrpraktikanten aber auch außerhalb der Ordinationsstätte (also beispielsweise im Rahmen von Visiten), ohne dass eine Begleitung durch den Lehrpraxisinhaber notwendig wäre. Voraussetzung dafür ist, dass der Lehrpraktikant aufgrund seines Ausbildungsstandes in der Lage ist, diese Visiten zu übernehmen und dass der Lehrpraxisinhaber für Rückfragen erreichbar ist. Aber auch der umgekehrte Fall, dass der Lehrpraktikant die Patientenbetreuung in der Ordination fortführt, obwohl der Lehrpraxisinhaber sich nicht in der Ordination befindet, ist, sofern es der Ausbildungsstand erlaubt, ärztegesetzlich gestattet. Es kommt dabei nicht darauf an, aus welchem Grund sich der Lehrpraxisinhaber nicht in der Ordination aufhält (in Frage kommen daher also nicht nur durch Visiten bedingte Abwesenheiten, sondern auch sonstige beruflich oder privat veranlasste Abwesenheiten aber auch Erkrankungen). Entscheidend ist lediglich, dass der Lehrpraxisinhaber für den Lehrpraktikanten erreichbar bleibt. Da allenfalls entstehende Unsicherheiten des Lehrpraktikanten vermutlich nicht immer fernmündlich abgeklärt werden können, sondern unter Umständen auch eine persönliche Beziehung des Lehrpraxisinhabers erforderlich sein kann, muss sich der Lehrpraxisinhaber in angemessener Nähe aufhalten und er muss natürlich auch gesundheitlich in der Lage sein, nötigenfalls einzugreifen. Die räumliche Nähe spielt daher aus Sicht der ärztegesetzlichen Aufsichtspflicht eine wesentlich größere Rolle als die zeitliche Komponente, also die Dauer der Abwesenheit des Lehrpraxisinhabers.

Zu beachten ist überdies, dass den Lehrpraxisinhaber gesetzliche und vertragliche Ausbildungsverpflichtungen treffen. Diese Ausbildungsverpflichtung schränkt die Möglichkeit zeitlicher Abwesenheiten des Lehrpraxisinhabers deutlich ein, weil eine ordnungsgemäße Ausbildung natürlich verlangt, dass der Lehrpraktikant nicht sich selbst überlassen bleibt. Abwesenheiten des Lehrpraxisinhabers sind daher nur in beschränkter Dauer möglich und dadurch begrenzt, dass die Erreichung des Ausbildungsziels gewährleistet bleiben muss.

1 Vgl. dazu vor allem Kopetzki, Zum Kompetenzumfang der Turnusärzte in Lehrpraxen, RdM 2013/141, insb. 254 ff.

8. Behandlungsvertrag

Der Lehrpraktikant ist nicht berechtigt, selbst einen Behandlungsvertrag mit dem Patienten abzuschließen (auch nicht aufgrund einer Bevollmächtigung durch den Lehrpraxisinhaber). Vertragspartner der Patienten bleibt sowohl in der Kassen- als auch in der Wahlarztpraxis immer der Lehrpraxisinhaber. In der Literatur wird diskutiert, inwieweit überdies eine Verpflichtung des Lehrpraxisinhabers besteht, den Patienten darüber aufzuklären, dass ein Lehrpraktikant eingesetzt wird. Aus Vorsichtsgründen ist jedenfalls anzuraten, einen derartigen Hinweis zu geben, etwa durch eine entsprechende Information beim Empfang oder im Wartebereich. Ungeachtet einer derartigen Information haftet der Lehrpraxisinhaber allerdings nach § 1313a ABGB als Vertragspartner des Patienten für allfällige Behandlungsfehler des Lehrpraktikanten.²

Der Lehrpraktikant kann auch keine sonstigen Rechtsgeschäfte für den Lehrpraxisinhaber abschließen, also auch etwa keine Bestellungen für den medizinischen Bedarf durchführen. Im Unterschied zum Behandlungsvertrag kann aber in diesen Fällen der Lehrpraktikant, ebenso wie andere Dienstnehmer des Lehrpraxisinhabers, zum Abschluss von Verträgen im Namen des Lehrpraxisinhabers bevollmächtigt werden.

9. Verrechnung als Kassenleistungen

Durch die höchstgerichtliche Judikatur klargestellt ist, dass die Leistungen, die ein Lehrpraktikant in der Ordination eines Kassenarztes erbringt, mit der gesetzlichen Krankenversicherung genauso abrechenbar sind, als hätte sie der Lehrpraxisinhaber selbst erbracht.³

Theoretisch könnten sich zwar die Partner des Kassengesamtvertrages auf Sonderregelungen für den Einsatz von Lehrpraktikanten einigen. Derartige Abweichungen wären aber nur dann zulässig, wenn sie sachlich rechtfertigbar sind. Da den Lehrpraxisinhaber die Verantwortung trifft, dass die kassenvertraglichen

2 Zur Abdeckung durch die Haftpflichtversicherung vgl. oben Pt. 5.

3 Vgl. BSK 09.05.2007, R6-BSK/06.

Leistungen in voller Qualität erbracht werden, auch wenn sie vom Lehrpraktikanten übernommen werden, gäbe es wohl keine sachliche Rechtfertigung, für vom Lehrpraktikanten erbrachte Leistungen einen Tarifausschlag vorzusehen. Sonderregelungen wären wohl nur im Hinblick darauf denkbar, dass der Gesamtvertrag auch eine Steuerungsfunktion hat. Rechtlich zulässig wäre es daher wohl, im Einvernehmen zwischen den Gesamtvertragspartnern die durch den Lehrpraktikanten erreichbare Mengenausweitung gesamtvertraglich zu begrenzen. Ob dies allerdings faktisch sinnvoll ist, ist wohl zu bezweifeln. Da Lehrpraktikanten ohnehin nur temporär eingesetzt werden können und gerade allgemeinärztliche Praxen weitgehend Dauerpatienten betreuen, ist kaum zu erwarten, dass es durch den zeitlich befristeten Einsatz von Lehrpraktikanten zu wesentlichen Mengenverschiebungen kommt. Insbesondere ist nicht zu erwarten, dass sich die Zahl der Patienten wesentlich verändert.

10. Finanzierung der Lehrpraxis

Zur Finanzierung der Lehrpraxis sind drei Modelle angedacht:

Anstellung der Lehrpraktikanten beim Hauptverband oder bei Krankenversicherungsträgern⁴

Mit BGBl I 2014/82 wurde die Bestimmung des § 460 Abs. 1a ASVG eingeführt, die dem Hauptverband und den Krankenversicherungsträgern die Berechtigung einräumt, befristete Ausbildungsverhältnisse mit Turnusärzten während der Lehrpraxis einzugehen, bzw. erlaubt § 81 Abs. 2b ASVG seither die Errichtung von oder die Beteiligung an Vereinen, Fonds und Gesellschaften mit beschränkter Haftung zum Zweck der Finanzierung und Organisation dieser Dienstverhältnisse durch den Hauptverband. Derzeit erscheint die Gründung eines derartigen Fonds allerdings wenig realistisch. Ebenso wenig erscheint es derzeit realistisch, dass der Hauptverband oder die Krankenversicherungsträger Lehrpraktikanten selbst beschäftigen und finanzieren.

4 § 460 Abs. 1a ASVG.

(Weiter)-Beschäftigung in einer Krankenanstalt

Wesentlich aussichtsreicher ist die Option, dass Ausbildungsärzte auch für die Dauer der Lehrpraxis in jener Krankenanstalt weiterbeschäftigt bleiben, in der sie ihre Turnustätigkeit absolviert haben. Angedacht wird eine Überlassung des weiterhin von der Krankenanstalt angestellten Turnusarztes für die Dauer der Lehrpraxis an den Lehrpraxisinhaber im Sinne des Arbeitskräfteüberlassungsgesetzes. In dieser Variante bleibt der Rechtsträger der Krankenanstalt Arbeitgeber des Turnusarztes, während der Lehrpraxisinhaber Beschäftigter im Sinne dieses Gesetzes wird. Diese Vorgangsweise hätte den Vorzug, dass dem Turnusarzt für die gesamte Dauer der Ausbildung ein einheitliches Dienstverhältnis angeboten werden kann. Dazu kommt, dass davon ausgegangen wird, dass Lehrpraktikanten während der Dauer der Lehrpraxis weiterhin Nacht- und Wochenenddienste in einem Spital übernehmen. Wird der Turnusarzt nicht vom Spital, sondern vom Lehrpraxisinhaber angestellt, bedarf er daher zweier Dienstverhältnisse, während es bei einer Weiterbeschäftigung des Turnusarztes im Spital bei einem Dienstverhältnis bleibt, im Rahmen dessen die Nacht- und Wochenenddienste absolviert werden können.

Der Rechtsträger des Spitals könnte, da er aufgrund des Mangels an Bewerbern für Turnusarztstellen unter Marktdruck steht, bei dieser Variante bereit sein, auch für die Tätigkeit in der Lehrpraxis einen Teil der Kosten zu übernehmen. Es ist aber höchst unwahrscheinlich, dass er bereit wäre, die gesamten Kosten zu tragen. Diese Lösung wird daher nur in Frage kommen, wenn die öffentliche Hand (Bund, Länder) sowie die Sozialversicherungsträger bereit sind, dem Träger der Krankenanstalt, der ja in dieser Variante für die Entrichtung des Entgelts weiterhin zuständig bleibt, zumindest einen wesentlichen Teil der Kosten zu ersetzen.

Beschäftigung beim Lehrpraxisinhaber

Schließlich wäre denkbar, dass der Lehrpraktikant direkt vom Lehrpraxisinhaber angestellt wird, womit diesen die Verpflichtung zur Tragung des Entgelts trifft. Was die Entgelthöhe anlangt, besteht nach derzeitiger Rechtslage kein Unterschied zur Variante der Weiterbeschäftigung in der Krankenanstalt, weil der zwischen den Bundeskuren der angestellten und der niedergelassenen Ärzte abgeschlossene Kollektivvertrag vorsieht, dass auch im Falle einer Beschäftigung beim Lehrpraxisinhaber dasselbe Entgelt zu bezahlen ist, das bei einer Weiterbeschäftigung in der ausbildenden Krankenanstalt angefallen wäre.

Es gibt allerdings weder eine Verpflichtung niedergelassener Kassenärzte, eine Lehrpraxis zu betreiben, noch können Lehrpraktikanten verpflichtend bestimmten Lehrpraxen zugeteilt werden. Diese Variante ist daher davon abhängig, dass sich tatsächlich genügend Ordinationen als Lehrpraxen zur Verfügung stellen und diese auch von den jungen Turnusärzten genutzt werden. Auf Seiten des Lehrpraxisinhabers könnte der Vorteil entweder darin liegen, dass er durch den Lehrpraktikanten entlastet wird oder der Lehrpraktikant einen höheren Ordinationsumsatz generiert und dadurch mehr als die für ihn entstehenden Kosten erwirtschaftet werden. Es ist allerdings praktisch nicht vorstellbar, dass im Rahmen des Kassensystems bei Allgemeinärzten durch den Lehrpraktikanten eine Umsatzsteigerung erreicht werden kann, die das kollektivvertraglich zu bezahlende Gehalt samt aller entstehenden Nebenkosten übersteigt. Gerade bei Patienten von Allgemeinärzten ist ein Arztwechsel unüblich, weshalb eine Ressourcenerhöhung kaum im selben Ausmaß zu einer stärkeren Inanspruchnahme durch zusätzliche Patienten führen wird. Dazu kommt, dass viele Systeme Limitierungen und Degressionen kennen, die die Behandlung zusätzlicher Patienten wirtschaftlich unattraktiv machen. Es wird daher nur zu einem relativ geringen Teil möglich sein, die dem Ordinationsinhaber entstehenden Kosten durch zusätzlichen Umsatz auszugleichen. Es ist daher auch diese Lösung darauf angewiesen, dass die öffentliche Hand (Bund, Länder) bzw. die Sozialversicherung die Lehrpraxis finanziell unterstützt.

Thomas Bergmair

Wissenschaftlicher Mitarbeiter LIG

Lehrpraxis in Deutschland – die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin im Detail

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

1. Allgemeinmedizin in Deutschland	65
2. Weiterbildung	66
3. Finanzierung/Förderung	70
4. Weiterbildungsverbünde	71
5. Fazit	73
6. Quellenverzeichnis	74

In Deutschland erfolgt im Zuge der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ein bedeutender Teil der praktischen Ausbildung in der ambulanten Arztpraxis. Dort lernen die Mediziner das Berufsbild des niedergelassenen Arztes in allen Facetten kennen und werden so praxisnah auf die zukünftige Tätigkeit vorbereitet. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die Rolle der Allgemeinmedizin in Deutschland und zeigt die Rahmenbedingungen und den Ablauf der Ausbildung auf. Des Weiteren werden Lösungsansätze für die laufende Diskussion im Zuge der zuletzt durchgeführten Reform der Ärzteausbildungsordnung in Österreich geliefert.

Auf einige begriffliche Besonderheit sei vorweg hingewiesen:

Der Begriff „Lehrpraxis“ bezeichnet in Deutschland am ehesten die praktische Ausbildung während des Studiums im Zuge des praktischen Jahres (PJ). Diese erfolgt in sogenannten akademischen Lehrpraxen.¹ Im hier verwendeten Kontext wird analog zum österreichischen Aus- und Weiterbildungssystem unter Lehrpraxis jener Teil der Ausbildung zum Allgemeinmediziner verstanden, der in einer Hausarztpraxis erfolgt.

Ebenso ist zu beachten, dass im Sprachgebrauch in Deutschland der Begriff „Weiterbildung“ die postpromotionelle Ausbildung der Mediziner beschreibt und der Begriff „Ausbildung“ sich auf das Medizinstudium bezieht. Im vorliegenden Beitrag werden die Begriffe jedoch entsprechend dem österreichischen Sprachgebrauch synonym verwendet.

1 Böhme (2012)

1. Allgemeinmedizin in Deutschland

Die niedergelassene Allgemeinmedizin ist in Deutschland ähnlich wie in Österreich das Kernelement der Primärversorgung. So haben etwa 90 Prozent der Deutschen einen Hausarzt.² Doch auch in Deutschland werden zunehmend Schwierigkeiten in der Nachbesetzung offener Stellen wahrgenommen. Mittlerweile hat man den bevorstehenden Hausärztemangel und die dadurch drohenden Konsequenzen für die Versorgung der Bevölkerung bereits erkannt und versucht seit einigen Jahren, aktiv entgegenzuwirken. Besonders in peripheren Gebieten und unterprivilegierten Stadtbezirken muss die Gesundheitspolitik aktiv werden, um einer Unterversorgung entgegenzuwirken. Verschiedene Maßnahmen wurden ergriffen, vor allem auch, um die nachkommende Generation stärker als bisher für die Allgemeinmedizin zu gewinnen.

Die Ärzteschaft unterzog sich in den vergangenen Jahrzehnten einem deutlichen Wandel. Die Zahl der Anerkennungen in der Allgemeinmedizin ist seit Jahren rückläufig, so gibt es heute zahlenmäßig mehr Fachspezialisten als Hausärzte. Von 11.726 Facharzt-Anerkennungen erlangten 10,4 Prozent den Facharztstitel des Allgemeinmediziners. Fast zwei Drittel aller neuen Fachärzte sind Frauen.

Die Allgemeinmedizin durchlief in der Vergangenheit so viele administrative Änderungen wie wohl kaum ein anderes medizinisches Fachgebiet.³ Eine Neuregelung der Weiterbildungsordnung im Jahr 2003 verlängerte damals die Weiterbildungszeit für Allgemeinmediziner. Aus dem Facharzt für Allgemeinmedizin, der nach dreijähriger Weiterbildung erlangt werden konnte, wurde der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin mit nunmehr fünfjähriger Ausbildung. Von diesen fünf Jahren müssen seither 24 Monate zumindest teilweise in einer niedergelassenen Arztpraxis absolviert werden.⁴ Seit 2010 lautet die Bezeichnung wieder Facharzt für Allgemeinmedizin.⁵

2 Chenot, Blank (2008)

3 DEGAM (2015)

4 ÖÄZ (2005)

5 Schneider (2015)

2. Weiterbildung

Der Studienabschluss in Medizin bringt in Deutschland bereits die Approbation und somit das Recht zur selbstständigen Berufsausübung mit sich. Lange Zeit konnte man sich nach erfolgter Approbation als sogenannter Praktischer Arzt niederlassen und hausärztlich tätig sein.⁶ Seit 1992 erfordert eine Niederlassung als Kassenarzt jedoch den Abschluss einer Facharztausbildung.⁷ Erst die Spezialisierung auf ein medizinisches Fachgebiet als Weiterbildungsassistent oder Assistenzarzt an einer Weiterbildungsstätte ermöglicht den Erwerb eines Facharzt diploms. Dies kann entweder in Krankenhäusern oder in Haus- und Facharztpraxen erfolgen. Voraussetzung dafür ist der Erwerb einer Weiterbildungsermächtigung durch den ausbildenden Arzt. Die Allgemeinmedizin ist dabei die einzige Fachrichtung, die eine Weiterbildung in der niedergelassenen Praxis vorschreibt.⁸

2.1. Reglementierung

Die Reglementierung der ärztlichen Weiterbildung obliegt in Deutschland den Landesärztekammern. Die Bundesärztekammer formuliert zu diesem Zweck eine Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO), an deren Inhalte sich die Landesärztekammern zwar orientieren sollten, aber nicht müssen. Die jeweils gültige Fassung für Ärzte definiert sich über die entsprechende Zugehörigkeit zu einer Landesärztekammer. Auch Muster-Richtlinien, Muster-Kursbücher und Muster-Logbücher werden von der Bundesärztekammer ausgearbeitet, können aber von den Landesärztekammern adaptiert werden.⁹ Diese Regelung und die damit einhergehende Heterogenität der Weiterbildung werden in der gegenwärtigen politischen Debatte heftig kritisiert und daher derzeit überarbeitet.

6 Chenot, Blank (2008)

7 Chenot, Blank (2008)

8 <http://www.lass-dich-nieder.de/der-weg/weiterbildung.html>

9 <http://www.bundesaeztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/>

2.2. Weiterbildungsverlauf Allgemeinmedizin

Die Weiterbildung zur Erlangung der Facharztkompetenz Allgemeinmedizin erfordert gemäß Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer eine 60-monatige (fünfjährige) Weiterbildung durch einen Weiterbildungsbefugten in einer Weiterbildungsstätte. Davon entfallen 36 Monate auf die stationäre Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und 24 Monate auf die ambulante hausärztliche Versorgung.¹⁰ Abbildung 1 stellt die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Deutschland der Ausbildung zum Allgemeinmediziner in Österreich gemäß Ärzteausbildungsordnung 2015 gegenüber und verdeutlicht die unterschiedliche Dauer der Lehrpraxis.

Monate	AM Österreich	AM Deutschland
60		80 Stunden psychosomatische Grundversorgung
48	6 Monate Lehrpraxis (ab 2027)	24 Monate amb. hausärztliche Versorgung (Lehrpraxis)
42	6 Monate Lehrpraxis	
36	27 Monate Spitalsturnus	36 Monate stat. Basisweiterbildung Innere Medizin
24		
9	9 Monate Basisgrundausbildung	

Abbildung 1: Vergleich der Ausbildung Allgemeinmedizin zwischen Österreich und Deutschland

¹⁰ MWBO 2003 in der Fassung vom 23.10.2015

2.3. Weiterbildungsermächtigung

In der Regel sind für Praxisinhaber in der ambulanten hausärztlichen Versorgung folgende Bedingungen zu erfüllen, um eine Weiterbildungsermächtigung zu erlangen:

- Facharzt für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin (für hausärztliche Internisten),
- mindestens dreijährige Niederlassung,
- zusätzliches Sprechzimmer für den Weiterbildungsassistenten,
- Mindestzahl an Patienten (meist > 700 Scheine/Quartal),
- bestimmtes Leistungsspektrum.¹¹

Je nach Konstellation der erfüllten Bedingungen vergeben die Landesärztekammern nach jeweils eigenem Ermessen die Weiterbildungsermächtigung für einen bestimmten Zeitraum. So erteilen einzelne Landesärztekammern beispielsweise beim Erstantrag die Weiterbildungsermächtigung grundsätzlich für nicht mehr als 12 Monate.¹²

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) fordert als wissenschaftliche Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, im Zuge der derzeit laufenden Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) Qualifikationskriterien für Weiterbildner definieren zu dürfen. Zu diesem Zweck wurde ein Kriterienkatalog ausgearbeitet, anhand dessen sich transparente Richtlinien zur Vergabe der Weiterbildungsermächtigung unter Verwendung einer Punkteskala ergeben würden.¹³

Weitere Rahmenbedingungen für eine Verbesserung der Weiterbildungsqualität, wie etwa die didaktische Qualifikation der Weiterbildungsbefugten, strukturierte Evaluation, Train-the-Trainer Kurse, Kommunikationstraining oder die geregelte Finanzierung von Verbünden variieren von Bundesland zu Bundesland, liegen aber außerhalb der Kompetenzen der Weiterbildungsordnung.¹⁴

11 http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/110512_Weiterbildung_v_11_04_11_rev_JFC.pdf

12 http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/110512_Weiterbildung_v_11_04_11_rev_JFC.pdf

13 Egidí et al. (2014)

14 Chenot, Steinhäuser (2013)

2.4. Reform der Muster-Weiterbildungsordnung

Verschiedene Seiten kritisieren die deutschlandweit heterogenen Weiterbildungsordnungen und damit auch die Voraussetzungen zur Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis und deren Gültigkeitsdauer. So führt die bereits angesprochene Unverbindlichkeit der Musterweiterbildungsordnung unter anderem zu erheblichen Schwierigkeiten bei grenzüberschreitenden Weiterbildungsbestrebungen. Sie hat so einen erheblichen negativen Einfluss auf die Weiterbildungssicherheit der Ärzte in Weiterbildung.¹⁵

Bereits seit 2010 wird die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) von der Bundesärztekammer überarbeitet. Dazu wurde die wissenschaftliche Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, die DEGAM, eingeladen, Vorschläge einzureichen. Um das parallele Bestehen von 17 verschiedenen Weiterbildungsordnungen zu verhindern, einigte man sich im Zuge der laufenden Verhandlungen auf ein Konvergenzverfahren, um die Abweichungen der Landesärztekammern von der Musterweiterbildungsordnung so gering wie möglich zu halten. Dabei werden die Änderungsvorschläge in einer Online-Plattform eingetragen und von Ärztekammern, Fachgesellschaften und Berufsverbänden diskutiert.¹⁶ Ziel dieser Novellierung ist etwa, die Weiterbildung stärker an Kompetenzen anstatt an Fachrichtungen auszurichten sowie eine Definition anhand von Inhalten anstelle von Zeiten vorzunehmen.¹⁷ Ein Ergebnis soll beim Ärztetag im kommenden Jahr vorliegen.¹⁸

Die Definition von Ausbildungszielen obliegt dem Curriculum und sollte laut Ansicht der DEGAM strikt von der Weiterbildungsordnung getrennt betrachtet werden. Inhaltliche Vorgaben werden derzeit von den Landesärztekammern vorgegeben und orientieren sich dabei an den Vorschlägen der Bundesärztekammer.¹⁹ Tatsächlich ist es trotz sehr langer Weiterbildungszeit kaum möglich, sämtliche erforderlichen praktischen Erfahrungen detailliert vorzugeben.²⁰

15 Chenot, Steinhäuser (2013)

16 Ärzteblatt (2016)

17 Chenot, Steinhäuser (2013)

18 Ärzteblatt (2016)

19 http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/110512_Weiterbildung_v_11_04_11_rev_JFC.pdf

20 Chenot, Steinhäuser (2013)

3. Finanzierung und Förderung

Die Vergütung des Arztes in Weiterbildung übernahm ursprünglich der Weiterbildner.²¹ Seit dem Inkrafttreten des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) am 1.1.1999 ist die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gesetzlich verankert. Die erforderlichen Mittel werden paritätisch von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung aufgebracht.²² Den Förderungsantrag stellt der Weiterbilder, leitet die erhaltenen Fördermittel jedoch unverzüglich an den Arzt in Weiterbildung (Weiterbildungsassistenten) weiter.²³ Der weiterbildende Arzt selbst erhält keine zusätzliche Entlohnung für seine weiterbildende Tätigkeit, kann aber durch die Beschäftigung einer zusätzlichen Kraft für eine Entlastung in seinem Arbeitsalltag sorgen.²⁴

Zwar war das als Initiativprogramm geplante Projekt ursprünglich auf zwei Jahr befristet, doch erfolgte im Jahr 2000 im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) die Verlängerung auf unbefristete Zeit. Die aktuell gültige Fördervereinbarung besteht seit 2010 und vereint die ursprünglich getrennte Förderung für den ambulanten und den stationären Bereich.²⁵

Mittlerweile basiert die finanzielle Förderung auf der Grundlage der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß §75a des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Diese Förderung wurde zuletzt per 1. Juli 2016 von 3.500 Euro auf 4.800 Euro brutto monatlich erhöht. Zusätzliche Mittel werden für unterversorgte und drohend unterversorgte Gebiete (500 Euro bzw. 250 Euro monatlich) zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2014 wurden so rund 5.000 angehende Allgemeinmediziner gefördert. Dieses Kontingent der geförderten Stellen wurde auf bundesweit 7.500 angehoben.^{26, 27} Zusätzlich wird seit 1. Juli auch die ambulante Weiterbildung anderer förderfähiger Facharztgruppen mit jeweils 4.800 Euro monatlich unterstützt.²⁸ Einige Bundesländer knüpfen im Rahmen ihrer länderspezifischen Weiterbildungshoheit den Erhalt der Förderung an die Bedingung, nach Weiterbildungsabschluss für einige Zeit in Deutschland zu arbeiten.²⁹

21 ÖÄZ (2005)

22 <https://www.kvb.de/presse/presseinformationen/presseinformationen-2016/23062016/>

23 <https://www.kvb.de/nachwuchs/weiterbildung/foerderung-allgemeinmedizinische-weiterbildung/>

24 http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/110512_Weiterbildung_v_11_04_11_rev_JFC.pdf

25 Förderprogramm für Allgemeinmedizin (2015)

26 <https://www.kvb.de/nachwuchs/weiterbildung/foerderung-allgemeinmedizinische-weiterbildung/>

27 <http://www.lass-dich-nieder.de/der-weg/weiterbildung.html>

28 <https://www.kvb.de/presse/presseinformationen/presseinformationen-2016/23062016/>

29 Chenot, Blank (2008)

Der jährlich vom Förderprogramm für Allgemeinmedizin herausgebrachte Evaluierungsbericht ist in seiner aktuellsten Fassung derzeit für das Jahr 2014 verfügbar. Im ambulanten Bereich wurden 4.902 Ärzte in Weiterbildung gefördert, in Vollzeitäquivalenten entsprach das 2.814 Stellen. Der Frauenanteil lag bei 71,76 Prozent und ist somit seit dem Jahr 2010 beinahe konstant.³⁰

Im Jahr 2014 wurden 116 Millionen Euro in die Förderung der ambulanten Weiterbildung der Allgemeinmedizin investiert. 0,24 Prozent davon gehen auf erhöhten Förderbedarf aufgrund von (drohender) Unterversorgung zurück.³¹

Als Ergänzung zur finanziellen Unterstützung wurden weitere Maßnahmen ins Leben gerufen. So wurden infrastrukturelle Maßnahmen ergriffen, Koordinierungsstellen gegründet und Seminarangebote gefördert.³²

4. Weiterbildungsverbünde

Die fünfjährige Ausbildungsdauer in der Allgemeinmedizin kann kaum in einer einzigen Institution absolviert werden. Beschränkt wird die Weiterbildungsdauer an einer Weiterbildungsstätte vor allem durch die befristete Weiterbildungsermächtigung des zuständigen Arztes. Dadurch lernen angehende Allgemeinmediziner unterschiedliche Perspektiven und viele Facetten des späteren Berufes kennen. Um zu verhindern, dass Jungärzte immer wieder von neuem auf die Suche nach Stellen gehen müssen, wurden regionale und überregionale Weiterbildungsverbünde ins Leben gerufen. Darin schließen sich Weiterbildungseinrichtungen aller Art zu Verbünden zusammen, sodass der Übergang von einer Institution zur nächsten ohne Verzögerung abläuft. Dabei wird eine einheitliche Qualität und auch Bezahlung gewährleistet. Als koordinierende und beratende Instanz wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen Koordinierungsstellen für Allgemeinmedizin (KoStA) eingerichtet.³³

30 Förderprogramm für Allgemeinmedizin (2015)

31 Förderprogramm für Allgemeinmedizin (2015)

32 Förderprogramm für Allgemeinmedizin (2015)

33 <http://www.lass-dich-nieder.de/der-weg/weiterbildung.html>

4.1. Koordinierungsstellen

Als Anlaufstellen für die Allgemeinmediziner in Ausbildung wurden im Zuge der seit 1. Jänner 2010 geltenden Fördervereinbarung auf Landesebene Koordinierungsstellen eingerichtet, um die strukturellen Rahmenbedingungen zu verbessern. Dabei arbeiten die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen, Landesärztekammern und Landeskrankenhausgesellschaften zusammen. Die Koordinierungsstellen sind mit der Koordination und Organisation der Weiterbildungsrichtungen betraut. Zu ihren Kernaufgaben gehört die Unterstützung der Weiterbildungsassistenten und der weiterbildungsbefugten Ärzte. Dazu zählt auch die regelmäßige Evaluation der Weiterbildung.³⁴

Mittlerweile wurden in allen 16 deutschen Bundesländern derartige Koordinierungsstellen eingerichtet oder andere Institutionen mit deren Aufgaben betraut. Folgende Aufgaben sind für die Koordinierungsstellen vorgesehen:

- Durchführung von Informationsveranstaltungen,
- Bereitstellung von Informationsmaterial,
- Stellenbörsen für Ärzte in Weiterbildung,
- Beratungen für Wiedereinsteiger/Quereinsteiger,
- Beratung und Initiierung der Weiterbildungsverbünde,
- Organisation der Weiterbildung,
- Evaluation der Weiterbildung.³⁵

Eine Zertifizierung für die Verbundweiterbildungen nach gewissen obligatorischen und fakultativen Standards wurde von der DEGAM im Format Verbundweiterbildung plus ins Leben gerufen. Dabei wird dem allgemeinmedizinischen Nachwuchs eine strukturierte, kontinuierliche und qualitativ hochwertige Weiterbildung garantiert, um damit die Hausarztversorgung für die Zukunft nachhaltig zu sichern.^{36, 37}

34 Förderprogramm für Allgemeinmedizin (2015)

35 Förderprogramm für Allgemeinmedizin (2015)

36 <https://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/public/ziele.jsp>

37 DEGAM (2013)

5. Fazit

Die fortwährenden Bestrebungen, die Allgemeinmedizin zu stärken, und die Bemühungen, den Nachwuchs zu fördern, tragen durchaus Früchte. So konnte sich etwa in der Evaluation der Weiterbildung das Fach Allgemeinmedizin besonders hervorheben. Die Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin zeigen sich deutlich zufriedener mit ihrer Arbeitssituation als die Kollegen aus anderen Fachgebieten.³⁸ Aus österreichischer Sicht stechen vor allem der deutlich längere Ausbildungsabschnitt in der ambulanten Arztpraxis und die großzügige Finanzierung der Ärzte in Ausbildung heraus. Man erkennt in diesen Maßnahmen ein deutliches Bestreben, die Attraktivität des Arztberufes schon in der Weiterbildung zu steigern, um so die langfristige hausärztliche Versorgung zu sichern.

Im Zuge der hierzulande laufenden Diskussion um die genaue Ausgestaltung der Rahmenbedingungen einer verpflichtenden Lehrpraxis dürfen dabei die laufenden Bestrebungen und Entwicklung im Nachbarland Deutschland keinesfalls außer Acht gelassen werden. Einerseits scheinen die dort ausgearbeiteten Lösungen durchaus sinnvoll und funktionell zu sein, andererseits steht man in einem gewissen Wettbewerb zueinander. Absolventen von Medizinstudien haben im Moment die Wahl, wo sie ihre Ausbildung vollenden möchten, und sie werden ihr Urteil über die von der Gesundheitspolitik geschaffenen Rahmenbedingungen mit den Füßen fällen.

38 https://www.hausaerzteverband.de/cms/fileadmin/_migrated/content_uploads/HA8_Weiterbildung.pdf

6. Quellenverzeichnis

- ÖÄZ (2005): Lehrpraxis in Europa, Wünsche und Realität; Österreichische Ärztezeitung Nr. 4; 25.2.2005; Verlagshaus der Ärzte GmbH, Wien
- Böhme, K. (2012): Neue Approbationsordnung: Mehr Lehrpraxen benötigt; Deutsches Ärzteblatt 2012; 109(29-30): A 1483-6
- Schneider, D. (2015): Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland; Zeitschrift für Gesundheitspolitik; 01/2015; S.25-43
- Chenot, J.-F.; Blank, W. A.; (2008): Weiterbildung Allgemeinmedizin? Eine Entscheidungshilfe für Medizinstudenten; Zeitschrift für Allgemeinmedizin; 2008; 84; S. 532-537
- Egidi, G.; Benau, R.; Börger, M.; Mühlenfeld, H.-M.; Schmiermann, G.; (2014): Der Kriterienkatalog der DEGAM für die Befugnis zur Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin – ein Vorschlag zur Einschätzung der Strukturqualität in Weiterbildungspraxen; GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung; Vol. 31(1):Doc8. DOI: 10.3205/zma000900, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009002
- Förderprogramm für Allgemeinmedizin (2015): Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung; Evaluationsbericht für das Jahr 2014; GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Bundesärztekammer

Internetquellen:

- <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/> abgerufen am 1.8.2016
- MWBO 2003 – in der Fassung vom 23.10.2015: Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/> abgerufen am 1.8.2016
- <https://www.kvb.de/nachwuchs/weiterbildung/foerderung-allgemeinmedizinische-weiterbildung/> abgerufen am 1.8.2016
- <https://www.kvb.de/presse/presseinformationen/presseinformationen-2016/23062016/> abgerufen am 1.8.2016
- <http://www.lass-dich-nieder.de/der-weg/weiterbildung.html> abgerufen am 1.8.2016

https://www.hausaerzterverband.de/cms/fileadmin/_migrated/content_uploads/HA8_Weiterbildung.pdf abgerufen am 1.8.2016

http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/110512_Weiterbildung_v_11_04_11_rev_JFC.pdf abgerufen am 3.8.2016

Chenot, J.-F.; Steinhäuser, J. (2013) Erläuterungen zu den Vorschlägen der DEGAM zu der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung; DEGAM; http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/Erlaeuterungen_zum_Vorschlag_zur_neuen_Musterweiterbildungsordnung_der_DEGAM_20130908.pdf abgerufen am 2.8.2016

DEGAM: (2015): Kriterienkatalog für die Weiterbildungsbefugnis für die Facharztausbildung Allgemeinmedizin; DEGAM; http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/Kriterienkatalog%20weiterbildende%20Praxen.pdf abgerufen am 2.8.2016

Ärzteblatt (2016): Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung geht in die nächste Phase; 26.5.2016; <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/67856> abgerufen am 3.8.2016

<https://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/public/ziele.jsp> abgerufen am 4.8.2016

DEGAM (2013): DEGAM-Konzept Verbundweiterbildungplus http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/DEGAM_Konzept_Verbundweiterbildung_plus_130718.pdf abgerufen am 1.8.2016

Thomas Bergmair

**Wissenschaftlicher Mitarbeiter Linzer Institut
für Gesundheitssystem-Forschung**

Lehrpraxisbefragung

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

1. Einleitung	78
2. Allgemeinmediziner	79
3. Basisausbildung	94
4. Lehrpraktikanten	107
5. Fazit	112

Vor dem Hintergrund der nunmehr gesetzlich verankerten verpflichtenden Lehrpraxis in der Allgemeinmedizinerausbildung wurden vom Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Qualitätszentrum bisherige Erfahrungen, zukünftige Erwartungen und notwendige Rahmenbedingungen für die Lehrpraxis erhoben. Eine Befragung der Allgemeinmediziner zielte vor allem auf die bisher gemachten Erfahrungen mit der Lehrpraxis und auf die erforderlichen Rahmenbedingungen für eine Weiterführung ab. Die Befragung der Ärzte in Basisausbildung dient der Erhebung der Potentiale für die Lehrpraxis. Diese Gruppe ist im Moment am unmittelbarsten von den Änderungen in der Ärzteausbildungsordnung der Lehrpraxis betroffen. Als letzte Gruppe wurden all jene befragt, die bereits eine Lehrpraxis absolvierten oder derzeit absolvieren. Von dieser Gruppe sollen aus erster Hand konkrete Erfahrungen und Urteile gewonnen werden, anhand derer man die zukünftige Ausgestaltung der Lehrpraxis-Rahmenbedingungen verbessern kann.

1. Einleitung

Vor dem Hintergrund der nunmehr gesetzlich verankerten, verpflichtenden Lehrpraxis in der Allgemeinmedizinerausbildung wurden im Zuge einer umfassenden Erhebung die bisherigen Erfahrungen, die zukünftigen Erwartungen und notwendigen Rahmenbedingungen für die Lehrpraxis erhoben.

Bei der in den Sommermonaten vom Ärztlichen Qualitätszentrum durchgeführten Befragung mittels des Online-Befragungstools easyresearch der Firma questback wurden über einen Zeitraum von jeweils zumindest zwei Wochen 3.063 Einladungen zur Teilnahme am Online-Fragebogen per Mail versandt. In Summe beteiligten sich die Landesärztekammern der Bundesländer Oberösterreich, Salzburg, Wien, Tirol und Burgenland rechtzeitig an der Befragung. Mit einer Gesamt-Antwortquote von 27 Prozent konnte dabei eine äußerst respektable Rücklaufquote verzeichnet werden.

Die Befragung gliederte sich in drei Empfängergruppen aus jedem teilnehmenden Bundesland:

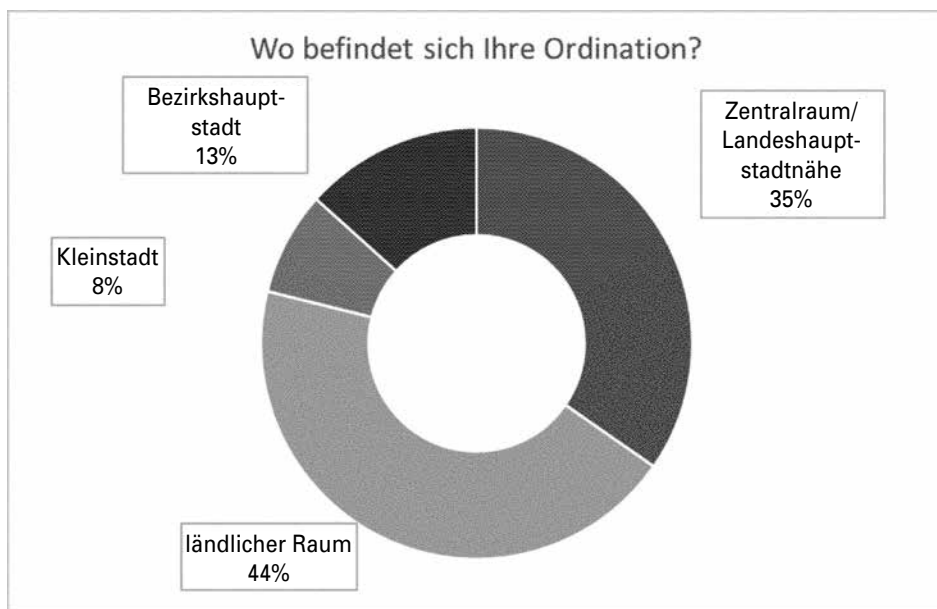
- Allgemeinmediziner,
- Ärzte in Basisausbildung sowie der Basisausbildungs-Absolventen,
- Lehrpraxisabsolventen.

Für die Mitarbeit und Unterstützung dürfen wir uns an dieser Stelle noch einmal beim Ärztlichen Qualitätszentrum sowie bei den Landesärztekammern in Oberösterreich, Salzburg, Wien, Tirol und im Burgenland bedanken.

2. Allgemeinmediziner

Die Befragung der Allgemeinmediziner zielte vor allem auf bisher gemachte Erfahrungen mit der Lehrpraxis und auf erforderliche Rahmenbedingungen für ihre zukünftige Weiterführung ab. Von 1.709 Befragten nahmen 532 Allgemeinmediziner an der Umfrage tatsächlich teil, das entspricht einer Teilnahmequote von 31,1 Prozent. Das Durchschnittsalter der zu 69 Prozent männlichen Teilnehmer beträgt 53 Jahre.

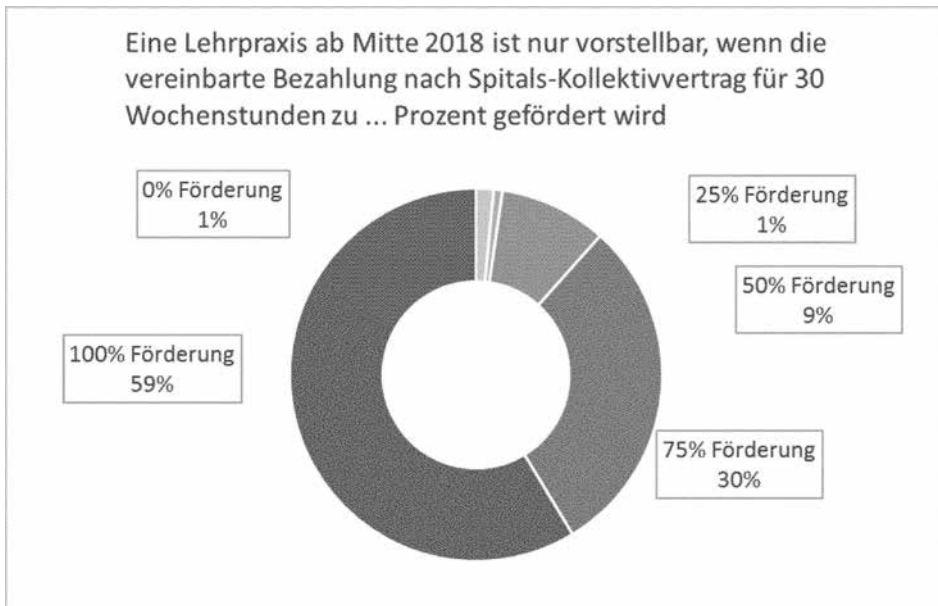
Die Zusammensetzung des Teilnehmerfeldes entspricht der Heterogenität der österreichischen Praxislandschaft. Unter den Teilnehmern sind beispielsweise Praxen ganz unterschiedlicher geografischer Lage, unterschiedlicher Größe und unterschiedlicher Eigentümerstruktur vertreten. So gaben 44 Prozent der Teilnehmer an, ihre Ordination befinde sich im ländlichen Raum, 35 Prozent kamen aus dem Zentralraum oder aus Landeshauptstadtnähe. 14 Prozent gaben an, in einer Gruppenpraxis zu arbeiten. 21 Prozent betreiben eine Hausapotheke.



2.1. Rahmenbedingungen

2.1.1. Förderung

Für 59 Prozent der befragten Allgemeinmediziner ist eine Lehrpraxis nur vorstellbar, wenn die Bezahlung des Praktikanten zu 100 Prozent gefördert wird. 12 Prozent der Befragten wären bereit, zumindest die Hälfte der Bezahlung für den Lehrpraktikanten ohne Förderung aufzubringen.



2.1.2. Infrastruktur in der Ordination

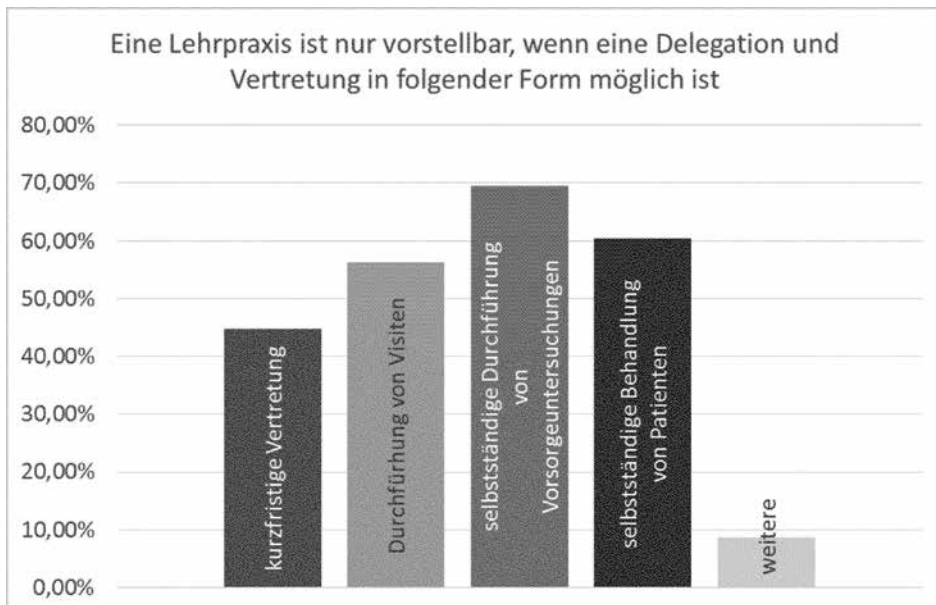
Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den infrastrukturellen Voraussetzungen. Dazu zählen etwa ein zweiter Ordinationsraum mit EDV Ausstattung sowie Untersuchungs- und Behandlungsinstrumente. 91 Prozent der Befragten erklären, eine Lehrpraxis sei nur vorstellbar, wenn die erforderlichen infrastrukturellen Voraussetzungen zumindest teilweise bereits in der Ordination vorhanden sind. 9 Prozent wären bereit, eine komplette Neuschaffung der infrastrukturellen Rahmenbedingungen in Kauf zu nehmen, um einen Lehrpraktikanten aufnehmen zu können.



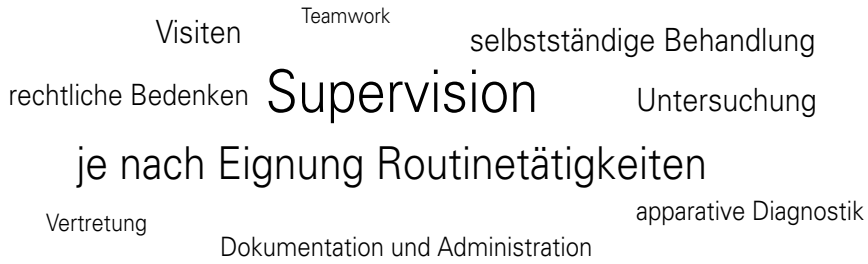
2.1.3. Delegationsmöglichkeit

Rund 70 Prozent der Allgemeinmediziner wünschen sich die Möglichkeit zur Delegation von Vorsorgeuntersuchungen. 60 Prozent sagen, eine Lehrpraxis sei nur denkbar, wenn eine Delegation der selbstständigen Behandlung von Patienten inkl. Medikamentenverschreibung und Überweisung möglich ist. In den freien Wortmeldungen wird betont, dass diese Tätigkeiten nur unter Supervision delegiert werden können und man im Einzelfall immer die individuelle Eignung des Lehrpraktikanten berücksichtigen muss.

Vor allem eine Entlastung bei Routinetätigkeiten und apparativer Diagnostik wird häufig als notwendiges Delegationserfordernis genannt. Unklarheit herrscht bezüglich der rechtlichen Ausgangslage. Vielen Befragten ist unklar, welche Befugnisse die Praktikanten unter ihrer Aufsicht tatsächlich haben und welche rechtlichen und versicherungsrelevanten Konsequenzen eine Delegation von Tätigkeiten hat. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass aufgrund derartiger Unklarheiten den Praktikanten mitunter Tätigkeiten und praktische Lerninhalte verwehrt bleiben, zu deren Durchführung sie eigentlich berechtigt wären.



Weitere:¹



¹ Die Begriffswolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größer abgebildete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.

2.1.4. Andere Bedingungen

Die Frage nach weiteren notwendigen Bedingungen zur Lehrpraxis-Gestaltung wird differenziert beantwortet. Das am häufigsten genannte Kriterium ist eine Sicherstellung der Finanzierung, gefolgt von der Schaffung rechtlicher Klarheit und Sicherheit. Auch eine Honorierung für den Aufwand des Lehrpraxisinhabers wird gefordert. Viele Allgemeinmediziner wünschen sich außerdem die Möglichkeit, Lehrpraktikanten schon vorab kennen zu lernen und die Eignung des Praktikanten zu überprüfen.²



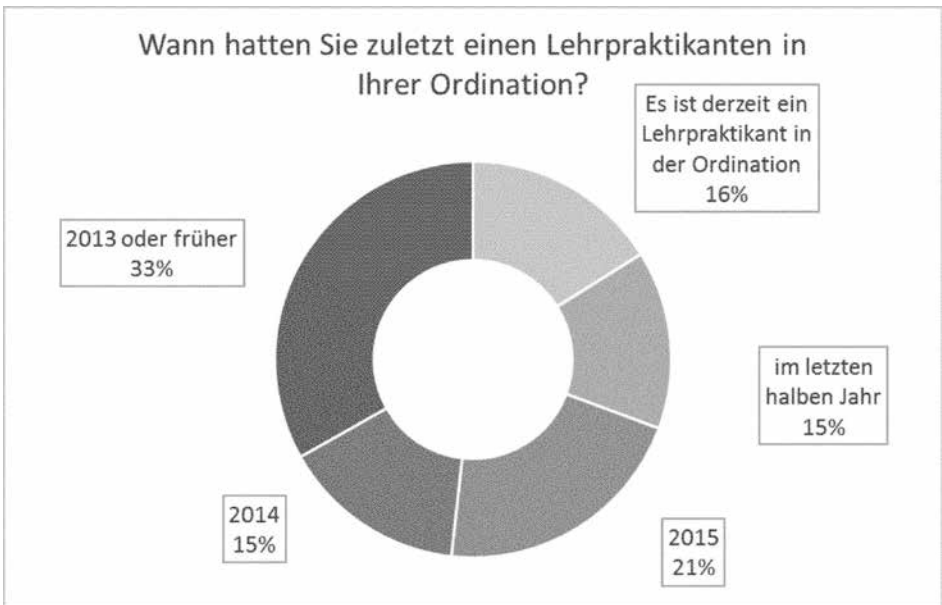
² Die Begriffswolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größer abgebildete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.

2.2. Erfahrungen

40 Prozent aller teilnehmenden Allgemeinmediziner geben an, schon Erfahrung als Lehrpraxisleiter gesammelt zu haben. Etwa die Hälfte der Umfrageteilnehmer betreute den letzten Lehrpraktikanten im Jahr 2014 oder davor. 16 Prozent geben an, im Moment einen Praktikanten auszubilden.

Rund zwei Drittel haben zumindest manchmal eine Förderung für ihre bisher angebotenen Lehrpraxen erhalten, etwa ein Drittel der befragten Allgemeinmediziner bekam noch nie eine Förderung. Diese Erfahrungen wirken sich deutlich auf die Bereitschaft zum Angebot einer Lehrpraxis aus. Während etwa 80 Prozent der bisher geförderten Lehrpraxisanbieter grundsätzlich wieder bereit wären, eine Lehrpraxis anzubieten, sind es bei jenen, die bisher keine Förderung erhielten, mit 60 Prozent deutlich weniger.

Eine Investition in die Lehrpraxis in Form einer Förderung ist also in zweierlei Art und Weise als eine Investition in die Zukunft des Gesundheitswesens anzusehen. Im Zuge der direkten Förderung wird die Ausbildung eines angehenden Allgemeinmediziners als Lehrpraktikant unterstützt. In weiterer Folge erhöht die Erteilung einer Förderung die Wahrscheinlichkeit, dass der Lehrpraxisanbieter auch zukünftige Generationen von Mediziner in seiner Ordination ausbilden wird. Somit werden auch indirekt Ausbildungsplätze langfristig geschaffen und gesichert.



2.2.1. Motivation

Den Allgemeinmedizinerinnen ist es besonders wichtig, Erfahrung weiterzugeben (93 Prozent), sich fachlich auszutauschen (85 Prozent) und aktuelles medizinisches Wissen zu erhalten (68 Prozent). Die Rekrutierung eines Nachfolgers ist für 31 Prozent der Befragten ein wichtiger Aspekt einer Lehrpraxis. 83 Prozent der Befragten geben an, es sei unwichtig oder eher unwichtig, von der Lehrpraxis auch finanziell zu profitieren.

Damit zeigen sich die Allgemeinmedizinerinnen äußerst realitätsnah, wie die folgende Fragestellung untermauert. Die wichtigsten Erwartungen, wie die Weitergabe von Erfahrung oder der fachliche Austausch, werden durchwegs erfüllt, während der ohnehin als unwichtig eingestufte finanzielle Profit kaum möglich ist.

„Das Führen einer Lehrpraxis ist definitiv eine Belastung, sicherlich kein wirtschaftlicher Vorteil!“



Trotz der geringen Erwartungshaltung hinsichtlich eines finanziellen Profits erkundigten wir uns, welche Maßnahmen am ehesten noch dazu genutzt werden könnten, um an der Anwesenheit eines Lehrpraktikanten auch etwas zu verdienen. So wären für die Mediziner noch am ehesten etwaige Mengenausweitungen, etwa bei Vorsorgeuntersuchen, denkbar. Auch bei einigen Routinetätigkeiten oder bei Visiten könnte es unter gewissen Umständen möglich sein, von der Anwesenheit eines Lehrpraktikanten finanziell zu profitieren, wenn sich die Frequenz der Patientenbesuche erhöhen ließe. Gleichzeitig verweisen jedoch viele auf die bestehenden Limitierungen im Kassenvertragssystem und auf den enormen Mehraufwand der Ausbildung, sodass eine finanzielle Profitmöglichkeit von einem Großteil der Befragten von vornherein kategorisch ausgeschlossen wird. Dies sei aber auch gar nicht notwendig, wird oftmals unterstrichen.

„Ich will nicht finanziell profitieren, aber auch nicht finanziell verlieren. Ich will weitergeben, was ich selbst an Erfahrung gewonnen habe – und ich will begeistern für die wunderschöne Arbeit in der Allgemeinmedizin.“



Für welche Tätigkeiten würden Sie den Lehrpraktikanten einsetzen, um von der Lehrpraxis auch finanziell zu profitieren?³

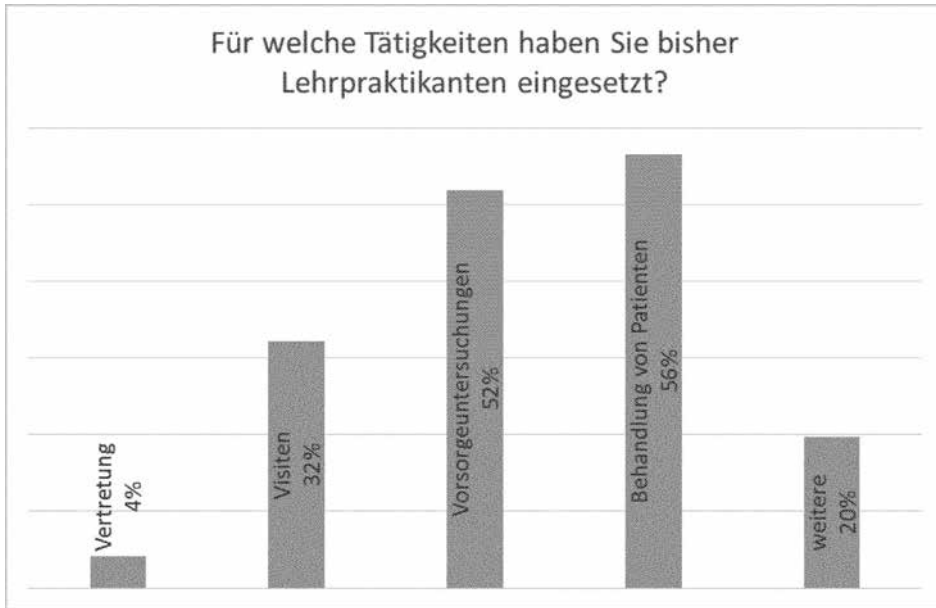


³ Die Begriffswolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größer abgebildete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.

2.2.2. Tätigkeiten

Jene Allgemeinmediziner, die bereits Erfahrung als Lehrpraxisinhaber gesammelt haben, geben an, die Praktikanten für folgende Tätigkeiten eingesetzt zu haben: 56 Prozent ließen ihre Praktikanten selbstständig Patienten behandeln, inklusive Medikamentenverschreibung und Überweisung. Rund die Hälfte der Lehrpraxis-Inhaber setzte Praktikanten zur selbstständigen Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen ein. Nur 4 Prozent geben an, ihre Praktikanten für kurzfristige Vertretungen in der Ordination eingesetzt zu haben, beispielsweise im Krankheitsfall. Die Mediziner betonen erneut, dass sämtliche Tätigkeiten, auch wenn sie von den Praktikanten selbstständig durchgeführt werden, immer unter Supervision stehen oder zumindest eine Erreichbarkeit des Lehrpraxisleiters gegeben ist. Der Einsatz der Praktikanten für Routinetätigkeiten sowie Tätigkeiten aus dem Feld der apparativen Diagnostik wird oft genannt. Auch die Kommunikation mit den Patienten ist ein wichtiger Lerninhalt während der Lehrpraxis.

Diese Angaben überschneiden sich durchaus mit den Erwartungen, die Ärzte in der Basisausbildung an die Lehrpraxis stellen. Wie sich im später folgenden Abschnitt jedoch zeigen wird, wäre die Bereitschaft der Praktikanten, entsprechende Tätigkeiten selbstständig durchzuführen, sogar noch wesentlich höher.



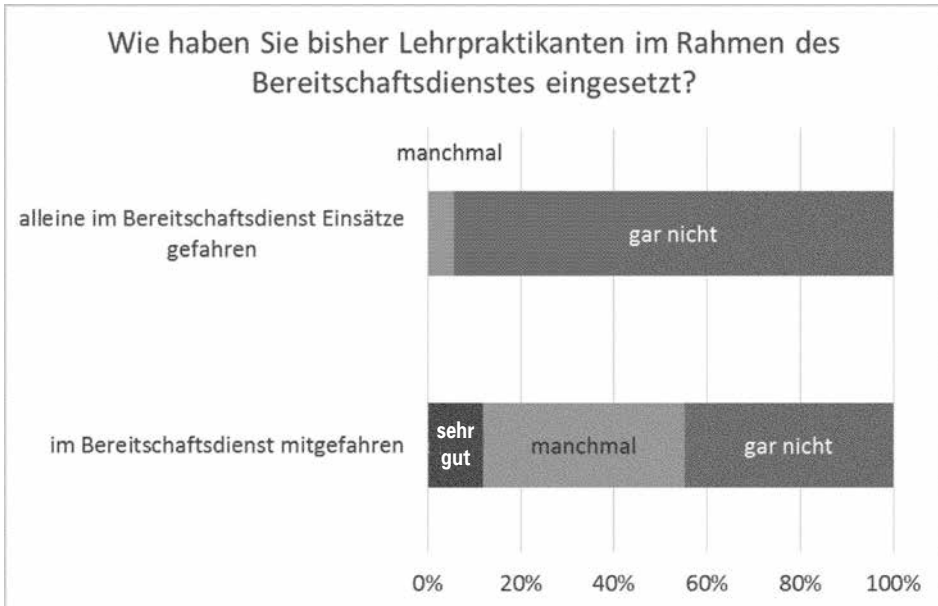
Für welche weiteren Tätigkeiten haben Sie bisher Lehrpraktikanten eingesetzt?



2.2.3. Bereitschaftsdienst

Zu den Aufgaben der niedergelassenen Allgemeinmediziner gehört auch der ärztliche Bereitschaftsdienst. Den Praktikanten steht es dabei frei, bei Fahrten im Zuge des Bereitschaftsdienstes mitzuwirken oder nicht. 55 Prozent der Allgemeinmediziner geben an, Praktikanten seien zumindest gelegentlich mitgefahren. Allein im Bereitschaftsdienst Einsätze fahren konnten die Lehrpraktikanten nur in Einzelfällen. 94 Prozent der Befragten geben an, ihre Lehrpraktikanten wären nie alleine im Bereitschaftsdienst Einsätze gefahren.

Die Erfahrungen, die Allgemeinmediziner machen, wenn sie von Praktikanten begleitet werden, sind dabei durchwegs positiv. Das Interesse und die Motivation der Lehrpraktikanten wäre sehr groß, vereinzelt sei sogar eine Entlastung möglich. Nur in seltenen Fällen wurden negative Erfahrungen gemacht, dann meist bedingt durch Unsicherheit des Praktikanten.

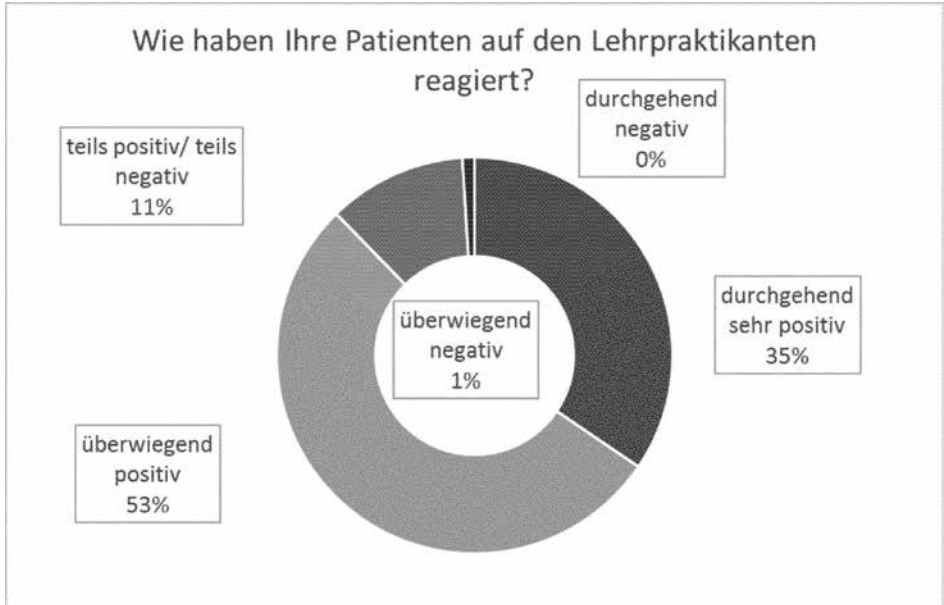


Welche Erfahrungen haben Sie mit Lehrpraktikanten im Rahmen des Bereitschaftsdienstes gemacht?⁴



⁴ Die Begriffswolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größer abgebildete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.

2.2.4. Patientenreaktion



Die Reaktion der Patienten auf Lehrpraktikanten ist zum überwiegenden Teil positiv. 88 Prozent erleben durchgehend sehr positive oder überwiegend positive Reaktionen. 11 Prozent berichten von gemischten Reaktionen der Patienten. Nur ein sehr kleiner Prozentsatz von rund einem Prozent musste überwiegend oder durchgehend negative Erfahrungen machen.

2.2.5. Werden Sie in Zukunft eine Lehrpraxis machen?

In Summe geben 56 Prozent aller Befragten an, in Zukunft eine Lehrpraxis anbieten zu wollen. Dieser Anteil lässt sich mit einer Unterscheidung zwischen bisherigen Lehrpraxisanbietern und Ärzten ohne Lehrpraxiserfahrung noch weiter differenzieren. So besteht die Bereitschaft, in Zukunft sicher eine Lehrpraxis anzubieten, bei 23 Prozent aller bisherigen Lehrpraxisanbieter, aber nur bei rund 6 Prozent der Ärzte, die bisher keine Lehrpraxis anboten. Die generelle tendenzielle Bereitschaft beträgt 69 Prozent – im Vergleich zu 47 Prozent. Wer bereits eine Lehrpraxis anbot, ist also eher bereit, das wieder zu tun. Auch erhaltene Förderungen wirken sich positiv auf die Bereitschaft zur Lehrpraxisführung aus, wie bereits aufgezeigt wurde. Während etwa 80 Prozent der bisher geförderten Lehrpraxisanbieter grundsätzlich wieder bereit wären, eine Lehrpraxis anzubieten, sind es bei jenen, die bisher keine Förderung erhielten, mit 60 Prozent deutlich weniger.

Als Gründe, die gegen ein Lehrpraxisangebot sprechen, werden vor allem finanzielle und zeitliche Ursachen angegeben. Auch das Alter des Arztes, die erforderliche Ordinationsausstattung und der erforderliche Aufwand werden häufig als Gründe angegeben.



Warum nicht?⁵



5 Die Begriffs Wolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größere abgeblendete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.

3. Basisausbildung

Die Befragung der Ärzte in Basisausbildung dient in erster Linie der Erhebung der zukünftigen Potenziale für die Lehrpraxis. Diese Gruppe ist die im Moment am unmittelbarsten von den Änderungen der Lehrpraxis betroffene. Besonders jene Mediziner, die bereits im neuen Ausbildungsschema in der Basisausbildung sind und in die Allgemeinmedizin gehen wollen, werden die ersten sein, die eine verpflichtende Lehrpraxis absolvieren müssen. So sind besonders die inhaltlichen Erwartungen sowie die gewünschten Rahmenbedingungen dieser Gruppe für die Lehrpraxis von unmittelbarer Relevanz. Außerdem lassen die Fragestellungen zu den Entscheidungsfaktoren für und gegen die Allgemeinmedizin einen Rückschluss auf das Image dieser zumindest zahlenmäßig zunehmend unpopulären medizinischen Fachrichtung zu. Von 779 Befragten aus den vier Bundesländern nahmen 137 tatsächlich an der Befragung teil, was einer Teilnahmequote von 17,6 Prozent entspricht. Das Durchschnittsalter der zu 58,4 Prozent weiblichen Befragungsteilnehmer beträgt 29 Jahre.

Obwohl die Befragung grundsätzlich an alle Basisausbildungs-Teilnehmer und Absolventen ausgeschildet wurde, zeigt sich eine deutlich überwiegende Antwortrate angehender Allgemeinmediziner. Dies ist auf das spezifische Interesse dieser Gruppe am Thema Lehrpraxis zurückzuführen. Die Interessenten für Allgemeinmedizin sind damit deutlich überrepräsentiert, was jedoch der Aussagekraft der Ergebnisse in keinsten Weise abträglich ist. Ganz im Gegenteil, ist somit die fachspezifische Teilnahmequote sogar höher einzuschätzen, als die tatsächliche, fachübergreifende Teilnahmequote von 17,6 Prozent aussagen würde.

3.1. Ausbildung

Mit Einführung der Basisausbildung im Zuge der Ausbildungsreform 2015 wurde die Wahl der Fachrichtung bis zum Ende der Basisausbildung aufgeschoben. Unter den befragten Jungmedizinerinnen haben 37 Prozent die Basisausbildung bereits abgeschlossen und geben an, sich bereits in der Ausbildung zum Allgemeinmediziner (73 Prozent davon) oder zum Facharzt (27 Prozent davon) zu befinden. Dazu ist jedoch anzumerken, dass angehende Fachärzte, deren Ausbildungsstellen im Spital noch nicht genehmigt sind, derzeit verstärkt als Übergangslösung in der Allgemeinmediziner Ausbildung verbleiben, um die Zeit zu überbrücken. Die Auswirkung dieses Effekts spiegelt sich in diesen Zahlen zweifelsohne wider, ist aber ohne weitere Hintergrundinformation nicht quantifizierbar.

63 Prozent der Befragten sind zum Zeitpunkt der Erhebung noch in der Basisausbildung. Davon haben sich 81 Prozent bereits für einen weiteren Weg in die Allgemeinmedizin (44%) oder in eine Fachrichtung (39%) festgelegt. Nur 19 Prozent geben an, noch unschlüssig bezüglich ihrer weiteren Ausbildung zu sein.



3.1.1. Entscheidungsfaktoren

Im Zuge der Befragung wurden die relevanten Entscheidungsfaktoren für und gegen die Allgemeinmedizin sowie für und gegen die Facharztausbildung erhoben.⁶ Viele der genannten Argumente wurden sowohl als Vorteil als auch als Nachteil angeführt. So wird beispielsweise die Freiheit der eigenen Praxis von manchen als großer Vorteil gesehen, während andere die große damit einhergehende Verantwortung und das unternehmerische Risiko als Nachteil wahrnehmen.

Die stärksten Argumente für die Allgemeinmedizin sind das breite Spektrum und die Möglichkeit, Patienten langjährig zu begleiten. Als größte Nachteile der Allgemeinmedizin werden Aspekte der Ausbildung, dabei vor allem der bisherigen Turnus-Ausbildung, genannt sowie das geringere Einkommen im Vergleich zu Spitals- und Fachärzten.

⁶ In der Analyse dieser Entscheidungsfaktoren wurden die Antworten kategorisiert und die Häufigkeiten der Argumente verglichen. Zusätzlich wurde eine Gewichtung entsprechend der Reihenfolge der Nennung vorgenommen, da jeder Teilnehmer bis zu fünf Argumente für und gegen die jeweilige Fachrichtung anführen konnte. Auch Mehrfachnennungen waren möglich.

Im Umkehrschluss sprechen für die Facharztausbildung vor allem die hohe Spezialisierung und die besseren Einkommensperspektiven, dagegen sprechen die durch die Spezialisierung bedingte Einseitigkeit sowie die längere Dauer der Ausbildung. Weitere oft genannte Argumente können den Begriffswolken entnommen werden.

Welche Faktoren spielen für Ihre Entscheidung für bzw. gegen eine Allgemeinmedizin-Ausbildung eine wichtige Rolle?^{7, 8}

Pro Allgemeinmedizin



⁷ Gewichtete Antworten nach Ranking:

⁸ Die Begriffswolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größer abgebildete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.

Contra Allgemeinmedizin

eigene Praxis Reputation
 Rahmen- Spektrum
 bedingungen Kompromissmedizin
 Kassenvertrag Teamwork
 Bürokratie Ausbildung
 Turnus Perspektiven
 anschließender FA Belastung
 Lehrpraxis Einkommen

Welche Faktoren spielen für/gegen Ihre Entscheidung, Facharzt zu werden eine Rolle? ^{9,10}

Pro Facharzt



9 Gewichtete Antworten nach Ranking:

10 Die Begriffswolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größer abgebildete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.

Contra Facharzt

Ausbildung Belastung Dauer
 Dienste Verfügbarkeit
 Einseitigkeit Einkommen
 Verantwortung Reputation Anstellung
 Krankenhaus-Umfeld
 Perspektiven Niederlassung
 Work-life-Balance

3.2. Lehrpraxis

3.2.1. Erwartungen

Die Erwartungen der Ärzte in Basisausbildung an die Lehrpraxis drehen sich in erster Linie um das Kennenlernen der Arbeit in der Niederlassung. Für 84 Prozent ist der Einblick in die Arbeit in einer Ordination sehr wichtig. Selbstständiges Arbeiten ist für 61 Prozent sehr wichtig und für 28 Prozent eher wichtig. Das Punktesammeln für eine Bewerbung als Kassenarzt spielt nur eine untergeordnete Rolle. 6 Prozent der Ärzte in Basisausbildung stufen diesen Aspekt als sehr wichtig ein, für 51 Prozent ist er eher oder ganz unwichtig. Als weitere wichtige Punkte sprechen die Mediziner in Ausbildung vor allem die selbstständige Arbeitsweise und die Praxisnähe der Ausbildung an. Dabei sind besonders die Anforderungen an den Lehrpraxisinhaber hoch, von dem eine intensive Betreuung erwartet wird.

Inhaltliche Erfordernisse wiederum betreffen vorwiegend sämtliche Aspekte der Praxisführung, der Arzt-Patienten-Beziehung und den Umgang mit allgemeinmedizinischen Fällen. Diese Aspekte kommen in der Klinik zu kurz und sollen in der Lehrpraxis vermittelt werden.

Rund die Hälfte der Befragten möchte neben der Tätigkeit in der Lehrpraxis aber auch weiterhin Dienste im Krankenhaus versehen können. Dort auch angestellt zu bleiben, wäre dabei für die meisten Ärzte aus der Basisausbildung die bevorzugte Form des formellen Beschäftigungsverhältnisses. Zwar herrschen bezüglich der bevorzugten Anstellungsform bei Hauptverband, Spitalsträger oder Lehrpraxisinhaber nur minimalste Unterschiede, doch besteht eine leichte Präferenz für eine Anstellung beim Spitalsträger. Die niedrigste Präferenz gilt hingegen einer direkten Anstellung beim Praxisinhaber.



Weitere sehr wichtige Erwartungen:¹¹



¹¹ Die Begriffswolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größer abgebildete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.

Folgende Inhalte will ich in der Lehrpraxis lernen bzw. kennen lernen bzw. welche Erfahrung sammeln: ¹²

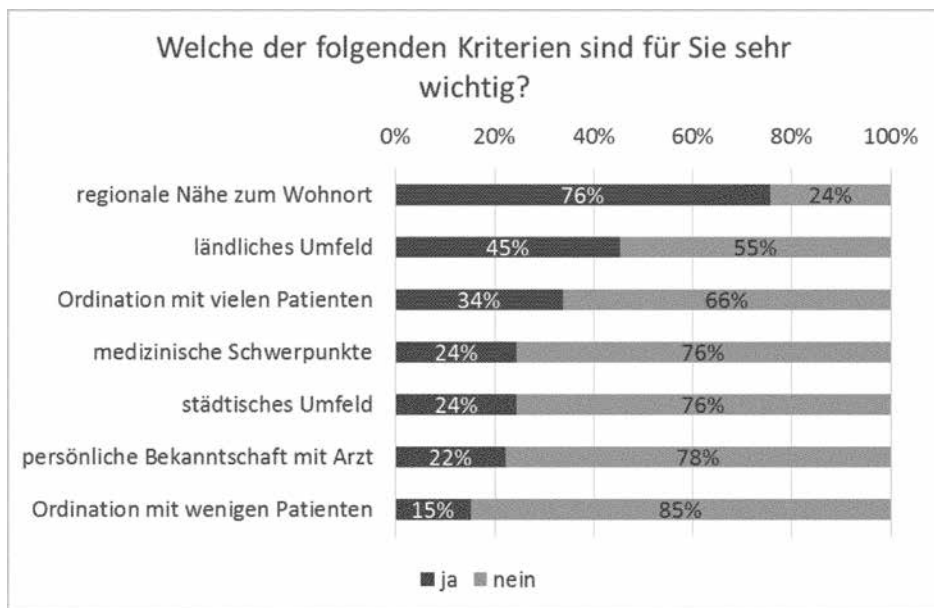


3.2.2. Kriterien

Als wichtigste Auswahlkriterien für die Lehrpraxis wird die regionale Nähe zum Wohnort angegeben (76 Prozent). Interessanterweise ist für 45 Prozent der Befragten ein ländliches Umfeld für die Lehrpraxis sehr wichtig, hingegen wollen nur 24 Prozent der Befragten ihre Lehrpraxis in einem städtischen Umfeld absolvieren. Ebenso viele Jung-Mediziner sehen bestimmte medizinische Schwerpunkte als sehr wichtiges Auswahlkriterium für die Lehrpraxis an. Die am häufigsten genannten Schwerpunkte sind dabei die Sonografie, die (kleine) Unfallchirurgie,

¹² Die Begriffswolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größer abgebildete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.

EKG und die Komplementärmedizin. Ganz allgemein formulieren jedoch auch viele Teilnehmer den Wunsch nach einer breiten fachlichen Aufstellung des Lehrpraxis-Inhabers. Allgemein wird der Mentor als wichtiges Kriterium für die Wahl einer Lehrpraxis angesehen, aber auch ein breites Patientenklientel wird in den offenen Wortmeldungen oft geäußert.

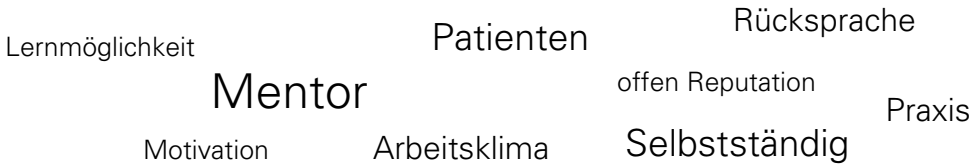


Bestimmte medizinische Schwerpunkte der Ordination: ¹³



¹³ Die Begriffswolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größer abgebildete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.

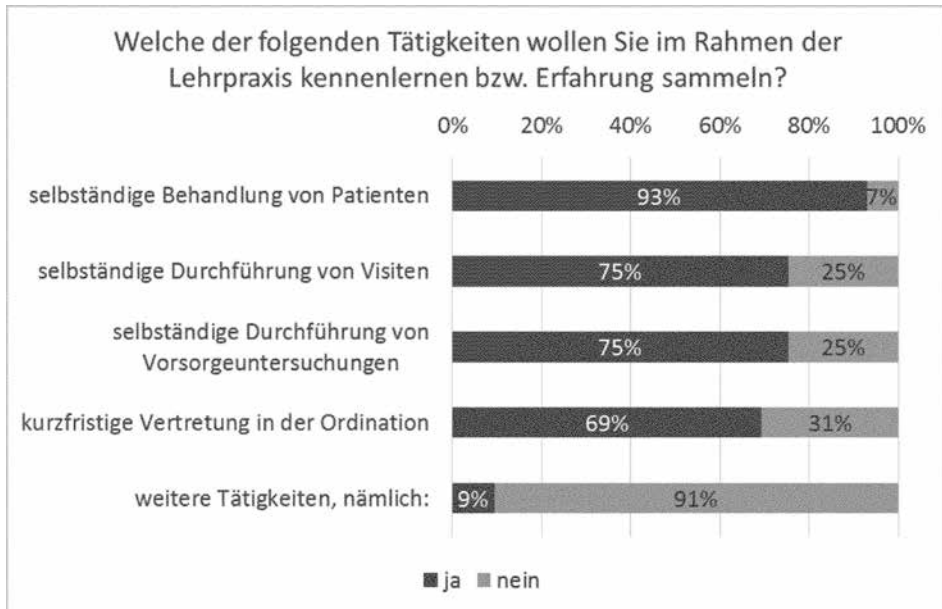
Weitere Kriterien sind: ¹⁴



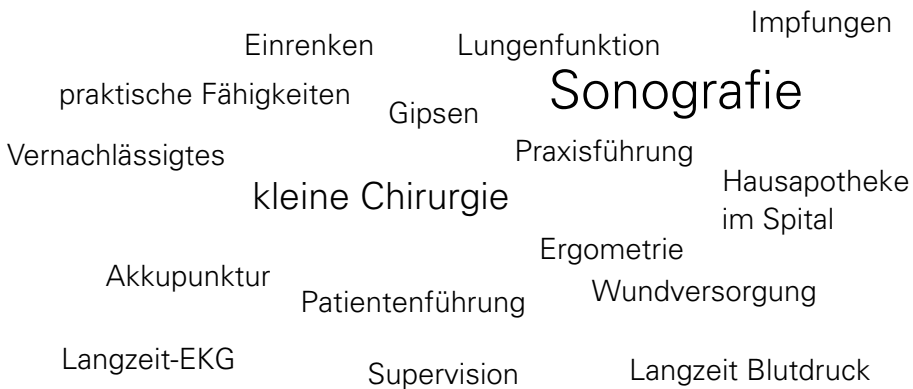
3.2.3. Tätigkeiten

Als beliebtestes Ausbildungsziel ist die selbstständige Behandlung von Patienten anzusehen. 93 Prozent der Befragten geben an, diese Tätigkeit in der Lehrpraxis kennen lernen zu wollen. In der Befragung der Lehrpraxis-Anbieter gaben jedoch nur 56 Prozent der Allgemeinmediziner an, ihre Praktikanten bisher für diese Tätigkeiten eingesetzt zu haben. Eine ähnliche Diskrepanz findet sich auch bei den anderen Tätigkeiten. Es obliegt dabei stets der Verantwortung des Lehrpraxisleiters, zu entscheiden, ob die jeweilige Tätigkeit vom Praktikanten bereits selbstständig durchgeführt werden kann. Die vorliegenden Ergebnisse belegen eine mehr als ausreichende Grundsatzbereitschaft, die individuelle fachliche Eignung muss jedoch im Zuge der Lehrpraxis vermittelt werden. Scheinbar konnte diese erforderliche fachliche Eignung bisher nicht ausreichend gewährleistet werden. Möglicherweise liegt das in der bisherigen Lehrpraxisdauer begründet, wie der folgende Abschnitt zu den Erfahrungen der Lehrpraktikanten verdeutlichen wird.

¹⁴ Die Begriffswolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größer abgebildete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.



Weitere Tätigkeiten, nämlich: ¹⁵



¹⁵ Die Begriffswolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größer abgebildete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.

4. Lehrpraktikanten

Als dritte Gruppe wurden all jene befragt, die bereits eine Lehrpraxis absolvierten. Von dieser Gruppe erhofft man sich aus erster Hand konkrete Erfahrungen und Urteile, anhand derer die zukünftige Ausgestaltung der Lehrpraxis-Rahmenbedingungen optimiert werden kann.

Mit 147 Antworten bei 575 Befragten ergibt sich eine Teilnahmequote von 25,5 Prozent bei einem Durchschnittsalter von 33,6 Jahren und einem deutlich überwiegenden Frauenanteil von 78,2 Prozent. Abermals wiesen die Teilnehmer aus Oberösterreich mit 51,6 Prozent die höchste Teilnehmerquote der Bundesländer auf, Wien lag mit 19,5 Prozent am niedrigsten.

4.1. Erfahrung

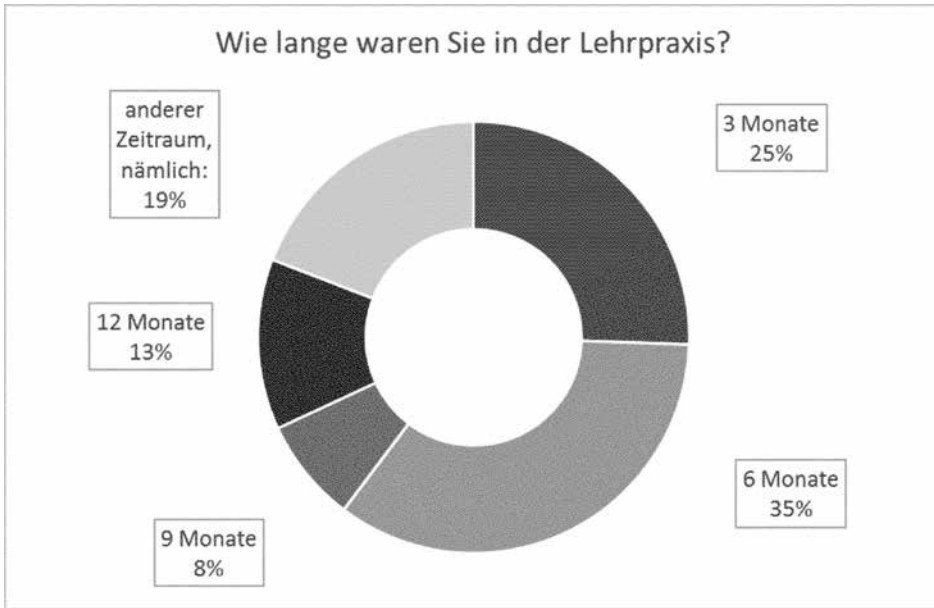
Die Adressdaten der Empfängergruppe wurden von den Standesführungen der Landesärztekammern zur Verfügung gestellt, dennoch gaben 3 Prozent der Befragten an, keine Lehrpraxis absolviert zu haben. Diese Umfrageteilnehmer wurden für die weitere Auswertung nicht berücksichtigt.

Die verbleibenden 97 Prozent bringen ihre Erfahrungen zum Großteil aus einer Lehrpraxis bei einem Arzt für Allgemeinmedizin ein. Etwa 36 Prozent der Befragungsteilnehmer absolvierten eine Lehrpraxis bei einem Facharzt, die restlichen 64 Prozent waren in der Ordination eines Allgemeinmediziners tätig. Rund 60 Prozent der Lehrpraxen wurden gefördert, 30 Prozent geben an, die Lehrpraxis habe keine Förderung erhalten. Der Rest kann keine Angabe dazu machen.

4.1.1. Dauer

Die durchschnittliche Lehrpraxisdauer betrug 6,24 Monate, die längste gemeldete Lehrpraxis betrug zwei Jahre. Ein Viertel der Befragten war für drei Monate in einer Lehrpraxis. In den weiteren genannten Zeiträumen finden sich einige Ärzte, die noch deutlich weniger Zeit als Lehrpraktikanten verbrachten. Vereinzelt wurden auch mehrere Lehrpraxen absolviert, zum Beispiel mit einer Dauer von 4 + 3 Monaten. Mit der mittlerweile erfolgten Festlegung der gesetzlich vorgeschriebenen Lehrpraxisdauer auf sechs Monate hinkt Österreich dem internationalen Vergleich nach wie vor hinterher. Erst bis zum Jahr 2027 soll eine schrittweise Erhöhung auf zwölf Monate stattfinden.

Eine knappe Mehrheit der Befragten absolvierte die Lehrpraxis eher am Ende der Ausbildung (42 Prozent), 39 Prozent geben an, eher am Beginn ihrer Ausbildung eine Lehrpraxis absolviert zu haben. Dabei zeigt sich, dass sich für jene Lehrpraktikanten, die am Ende ihrer Ausbildung in der Praxis waren, die gehegten Erwartungen eher erfüllten.



4.1.2. Tätigkeiten und Erwartungen

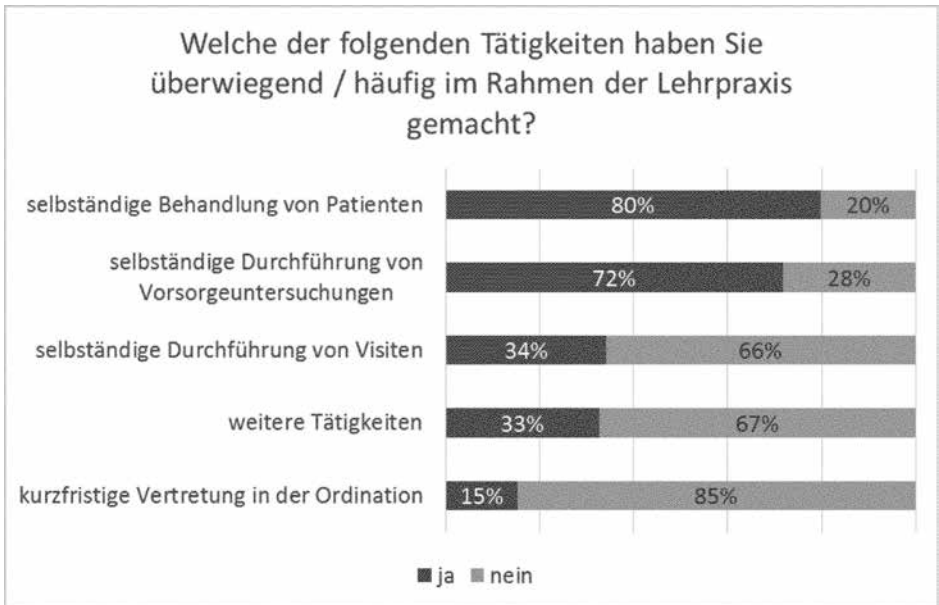
Vor allem das Ziel, im Zuge der Lehrpraxis einen Einblick in die Arbeit einer Ordination zu erlangen, wurde auch tatsächlich erfüllt. 80 Prozent der Befragten geben an, diese Tätigkeit sei häufig im Rahmen ihrer Lehrpraxis gemacht worden. Etwa ebenso viele sehen damit ihre eingebrachte Erwartung als voll und ganz erfüllt an. Der Wunsch nach selbstständigem Arbeiten wurde für 9 von 10 Befragten erfüllt. Dabei wird den Praktikanten eher die selbstständige Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen ermöglicht (72 Prozent) als die selbstständige Durchführung von Visiten (34 Prozent).

„Selbstständiges Arbeiten mit ‚Auffangnetz‘.“

Ganz und gar nicht erfüllt hat sich die Erwartung nach dem gleichen Gehalt wie im Spital. 83 Prozent der Befragten geben an, dieses Kriterium wurde eher nicht beziehungsweise ganz und gar nicht erfüllt. Bei der Sammlung von Punkten für

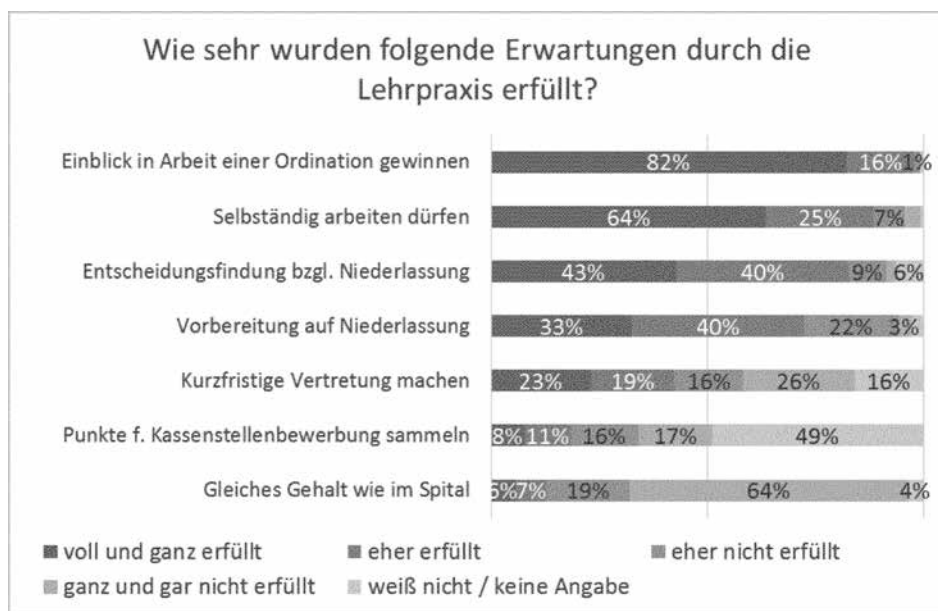
eine Kassenstellenbewerbung enthält sich zusätzlich jeder zweite Teilnehmer explizit seiner Stimme und macht keine Angabe. Ein Aspekt, der die schwindende Bedeutsamkeit dieses Aspekts zusätzlich verdeutlicht. An weiteren Tätigkeiten, zu denen die Lehrpraktikanten eingesetzt wurden, wird die apparative Diagnostik genannt sowie Blutabnahmen, und Patientengespräche. Diese Routinetätigkeiten tragen mit Sicherheit dazu bei, den Lehrpraktikanten ein deutliches Bild von der Arbeit in der Praxis eines niedergelassenen Arztes zu vermitteln.

*„In den drei Monaten in der Ordination habe ich mehr gelernt
als in 2,5 Jahren Turnus in Spital.“*



Weitere Tätigkeiten: ¹⁶

Medikation Administration keine selbstständigen Tätigkeiten
 Kinder Gespräch Behandlung
 Auswärtstermine Untersuchung
 apparative Diagnostik kleine Chirurgie
 Impfen Diagnostik vident Blutabnahme



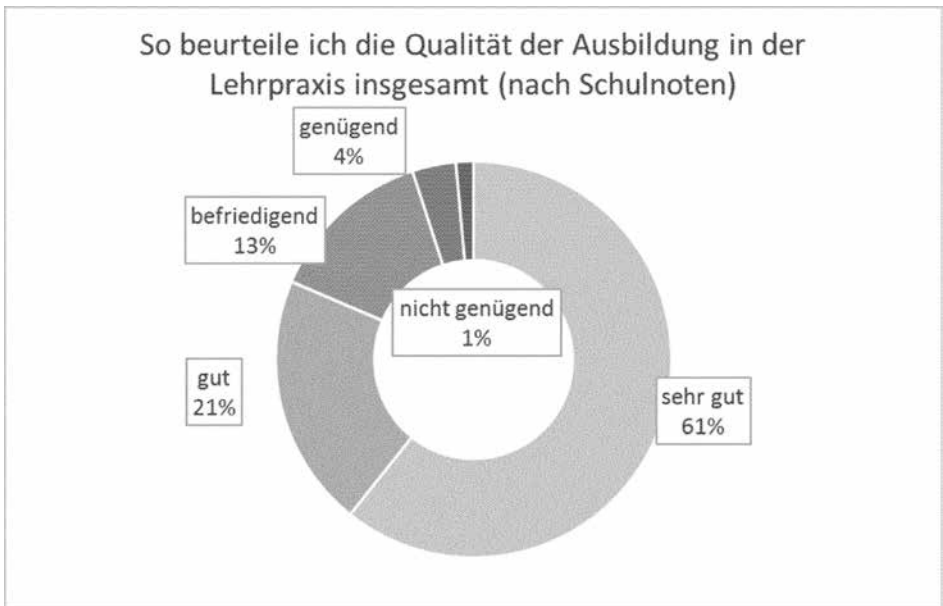
4.1.3. Urteil

Schlussendlich wurden die Lehrpraktikanten ersucht, die Qualität der Ausbildung in der Lehrpraxis nach dem Schulnotensystem zu bewerten. Als Begründung für die Benotung werden die Aspekte Selbstständigkeit, Ausbilder und Rahmenbedingungen am häufigsten genannt. Mit einer Durchschnittsnote von 1,64 kann sich das Ergebnis der Lehrpraxen durchaus sehen lassen. So lag etwa das öster-

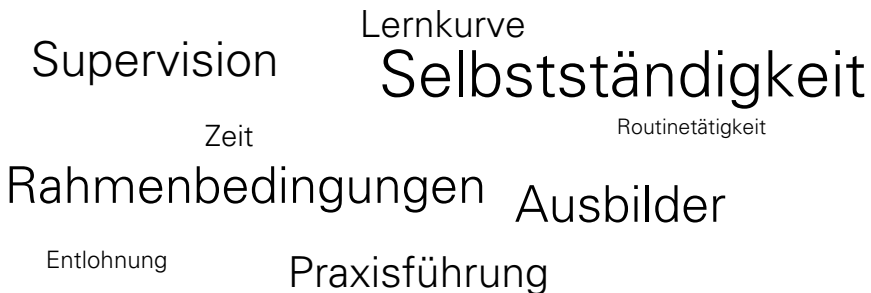
¹⁶ Die Begriffswolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größer abgebildete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.

reichweite Ergebnis der Evaluierung der Fachärzte-Ausbildung zuletzt bei einer Durchschnittsnote von 2,36. An dieser Stelle sei jedoch darauf verwiesen, dass aufgrund methodischer Differenzen die beiden Ergebnisse nur bedingt miteinander vergleichbar sind.

„Letztendlich hätte ich mich ohne Lehrpraxis sicher nicht für die Allgemeinmedizin entschieden.“



Begründung:¹⁷



¹⁷ Die Begriffswolke reiht die kategorisierten Antworten auf offene Fragestellungen nach Häufigkeit der Nennung. Größer abgebildete Begriffe wurden häufiger genannt als kleinere.

5. Fazit

Die Auswertung der umfassenden Befragung zur Lehrpraxis bringt eine Vielzahl an Details zu Tage. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Projekt Lehrpraxis von allen Beteiligten sehr positiv aufgenommen wird. Die erforderlichen Verbesserungen der Rahmenbedingungen wurden in diesem Beitrag klar aufgezeigt, sind aber im Wesentlichen seit langem bekannt.

Deutliches Verbesserungspotenzial zeigt sich in der Aufklärung über Befugnisse und Verpflichtungen der Lehrpraktikanten. Die Einschätzung der eingebrachten Kompetenz des Praktikanten obliegt im Einzelfall natürlich stets dem Ausbilder, doch lässt die Auswertung dieser Befragungen den Schluss zu, dass Lehrpraktikanten aufgrund einer übervorsichtigen Vorgehensweise bestimmte Tätigkeiten vorenthalten bleiben, die sie gerne im Zuge der Lehrpraxis erlernen würden. Jedoch war bisher die Dauer der Lehrpraxis von mitunter nur einem bis drei Monaten schlichtweg zu kurz, um den Jungmediziner den erforderlichen Umfang an selbstständiger Arbeitsweise zu ermöglichen. Die nun festgelegte Dauer von sechs Monaten wird in diesem Bereich bereits Verbesserungen mit sich bringen. Als Schlussfolgerung aus den hier vorliegenden Ergebnissen ist aber die schrittweise Verlängerung der Lehrpraxisdauer auf zwölf Monate im Zuge der Ärzteausbildungsordnung 2015 ganz besonders zu begrüßen.

Die Bereitschaft von Seiten der Allgemeinmediziner, eine Lehrpraxisstelle in der Ordination einzurichten, ist zu einem großen Teil bereits jetzt vorhanden. Man sollte dabei jedoch den Altruismus der Ausbilder nicht über die Maßen herausfordern. So sollten den Lehrpraxisanbietern, die ihre Zeit und Energie aufwenden, um für die Zukunft des Gesundheitswesens die Ausbildung junger Kollegen zu vollenden, zumindest keine Kosten für diesen Dienst an der Gesellschaft entstehen. Wie sich zeigt, ist eine Investition in die Lehrpraxis in zweifacher Art und Weise eine Investition ins Gesundheitswesen. Einerseits wird damit ein einzelner Allgemeinmediziner in Ausbildung direkt unterstützt, andererseits wird zusätzlich eine Lehrpraxisstelle für kommende Generationen gesichert, weil der Erhalt einer Förderung die Wahrscheinlichkeit erhöht, zukünftig wieder eine Lehrpraxis anzubieten.

Die Lehrpraxisabsolventen wurden zusätzlich gebeten, ein Urteil über ihre bisherige Ausbildung zu fällen. Mit einer Durchschnittsbewertung von 1,64 nach dem Schulnotensystem kann sich das Ergebnis der Lehrpraxen durchaus sehen lassen und übertrifft damit etwa die Benotungen der Facharzt-Ausbildung und der bisherigen Turnusevaluierung.¹⁸

¹⁸ Die Ergebnisse sind jedoch aufgrund methodischer Differenzen nur bedingt direkt miteinander vergleichbar.

*Thomas Bergmair im Gespräch mit Dr. Franz Burghuber,
pensionierter Allgemeinmediziner aus Rohrbach*

Die Anfänge der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis – Erfahrungen von Dr. Franz Burghuber

1. Die eigenen Anfänge	114
2. Lehrpraxis	115
3. Erfahrungen mit Lehrpraktikantinnen und Lehrpraktikanten	116
4. Die ideale Lehrpraxis	118
5. Wichtige Inhalte	119
6. Ausblick	120

Am Beispiel von Dr. Franz Burghuber werden in diesem Beitrag die Anfänge der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis dargelegt. Dr. Burghuber gilt als Lehrpraxis-Inhaber der ersten Stunde. Aufbauend auf seinen eigenen Erfahrungen als Lehrpraktikant betreute der heute pensionierte Allgemeinmediziner im Laufe der Jahre nicht weniger als 12 Lehrpraktikantinnen und Lehrpraktikanten. Während anfänglich Urlaubszeit im Turnus angespart wurde, um in einer allgemeinmedizinischen Praxis Erfahrungen zu sammeln, wurde die Allgemeinmedizin im Laufe der Jahre zunehmend stärker in die medizinische Ausbildung integriert, sodass nun spätestens mit der Einführung der verpflichtenden Lehrpraxis für Allgemeinmediziner die praktische Ausbildung in der Arztpraxis fixer Bestandteil des Werdegangs zur Allgemeinmedizinerin und zum Allgemeinmediziner ist. Dennoch sieht Burghuber damit noch lange kein Optimum erreicht – es besteht weiterhin dringender Reformbedarf, um eine qualitative Ausbildung in der Allgemeinmedizin zu gewährleisten.

1. Die Anfänge

Bereits als angehender Allgemeinmediziner erkannte Dr. Franz Burghuber die Notwendigkeit, im Turnus in Steyr zusätzliche Erfahrungen in der allgemeinmedizinischen Praxis zu sammeln. Nur so sah er sich im Stande, sich auf die anstehende Praxisführung nach Erwerb des *ius practicandi* vorzubereiten. Dieses Interesse wurde zunächst durch die freiwillige Mitarbeit bei einem befreundeten Kollegen in der allgemeinmedizinischen Praxis gestillt, wo Burghuber seine Nachmittage verbrachte und dort erste Tipps und Hinweise erhielt, wie die Allgemeinmedizin funktioniert.

Im Jahr 1976 gab es österreichweit nur in zwei Arztpraxen die Möglichkeit, eine Lehrpraxis zu absolvieren. Eine davon ergriff Burghuber schließlich. Er hatte im Zuge seines Turnus acht Wochen Urlaub angespart, um in der Steiermark gemeinsam mit seiner späteren Ordinationsassistentin hautnah zu erfahren, was die niedergelassene Allgemeinmedizin von der Spitalsmedizin unterscheidet.

In dieser sehr lehrreichen Zeit konnte Burghuber einen Einblick in die medizinischen Aspekte der Allgemeinmedizin sammeln, lernte aber auch wichtige wirtschaftliche Aspekte der Praxisführung kennen und erfuhr, was es bedeutet, eine Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen und zu pflegen.

Mit dieser Vorgehensweise erwies sich Burghuber als Pionier. Der Regelfall für angehende Allgemeinmediziner war, nach dem Turnus Erfahrungen durch Vertretungstätigkeiten zu sammeln, aber ansonsten quasi direkt aus dem Turnus in den Praxisalltag zu wechseln.

Diese acht Wochen bildeten einen soliden ersten Grundstein für die Zukunft als Allgemeinmediziner, für Burghuber eine unbedingt notwendige Ergänzung zum Spitalturnus. Zwar war die Dauer von acht Wochen deutlich zu kurz, doch waren sie besser, als gar keine Zeit in einer Praxis verbracht zu haben. Nur durch Fleiß, Interesse und große Lernbereitschaft sowie enorme Geduld des Lehrpraxis-Anbieters war es möglich, in dieser kurzen Zeit ausreichend auf die spätere Tätigkeit vorbereitet zu werden.

1977 wurde schließlich die Praxis in Rohrbach übernommen. Die Anfangszeit in der eigenen Praxis war sehr lehrreich, aber auch sehr fordernd. Zur damaligen Zeit bildete sich rund um Dr. Burghuber eine Kollegenschaft von sechs niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen heraus, die sich regelmäßig zum Erfahrungsaustausch traf und sich fachspezifisches allgemeinmedizinisches Wissen auf eigene Faust

aneignete. Eine strukturierte Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gab es zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Aus dieser Interessensgemeinschaft heraus entwickelte sich schließlich die OBGAM, die weiterhin die Weiterbildung und den Wissens- und Erfahrungsaustausch in der Allgemeinmedizin als Kerninteresse verfolgte. Die damals geknüpften Kontakte pflegt man bis heute. Seit 1980 war Dr. Burghuber immer wieder mit verschiedenen Funktionen in der OBGAM, der ÖGAM und in der Ärztekammer für Oberösterreich betraut. Die Lehrpraxis stellte dabei stets ein (Mit-) Kernanliegen dar, gemeinsam mit dem Ausbau der spezifischen allgemeinmedizinischen Ausbildung. Burghuber war lange Jahre als Präsident und Vorstandsmitglied der OBGAM tätig und wurde 2014 zum OBGAM-Ehrenmitglied ernannt.

2. Lehrpraxis

Schon acht Jahre nach Praxisübernahme wurde 1985 schließlich der erste eigene Lehrpraktikant aufgenommen. Genau wie in der eigenen Praktikantenzeit lief die Lehrpraxis natürlich hoch inoffiziell ab, es gab zu dieser Zeit nach wie vor schlichtweg keine offizielle Regelung für das Betreiben einer Lehrpraxis.

Der erste Lehrpraktikant hatte, genau wie Burghuber selbst und viele weitere nach ihm, seinen Urlaub im Turnus angespart, um auch in der niedergelassenen Praxis praktische Erfahrungen zu sammeln. Für viele Praktikantinnen und Praktikanten war die Allgemeinmedizin wirklich komplettes Neuland. Kaum ein Praktikant oder eine Praktikantin hatte eine Vorstellung davon, da die niedergelassene Allgemeinmedizin im Zuge der Ausbildung kaum Berücksichtigung fand. Im Jahr 1988 erfolgte schließlich erstmals die offizielle Bewilligung zur Lehrpraxisführung in Form eines Bescheides von der Ärztekammer. Das damalige Interesse der Politik an einer Förderung der allgemeinmedizinischen Aus- und Weiterbildung beschreibt Burghuber als „eminent gering“.

Aus der Motivation heraus, sein eigenes Wissen weiterzugeben, betreute Burghuber bis zu seiner Pensionierung im Jahr 2011 in Summe 12 Praktikantinnen und Praktikanten. Da bereits beim Praxisumbau Wert auf entsprechende Räumlichkeiten für Lehrtätigkeiten gelegt wurde, waren im Fall von Burghuber kaum weitere Vorbereitungen im Praxisbetrieb notwendig. Eine umfassende Schulung und Vorbereitung des Praxispersonals auf die zusätzliche Kraft war die einzige erforderliche Maßnahme. Dabei erwies es sich als immenser Vorteil, dass Burghu-

ber die Situation bereits von der anderen Seite als Lehrpraktikant kennen gelernt hatte.

Natürlich gab es damals von offizieller Seite noch keine finanzielle Entschädigung für Lehrpraktikantinnen und Lehrpraktikanten. Vielmehr bezahlte Burghuber seinen Lehrpraktikantinnen und Praktikanten mitunter aus eigener Tasche einen kleinen Lohn – wenn sie nicht ohnehin nur während ihres Urlaubes aus dem Turnus bei ihm in der Praxis waren. Auch Kost und Logis wurden stets vom Lehrpraxisinhaber zur Verfügung gestellt.

Die Reaktionen der Patientinnen und Patienten hat Burghuber durchwegs als positiv in Erinnerung. Diese wurden von den Ordinationsmitarbeiterinnen informiert, dass ein Lehrpraktikant oder eine Lehrpraktikantin dem Arztgespräch beiwohnen wird. Nur vereinzelt bestanden Patientinnen und Patienten darauf, mit dem Arzt allein zu sprechen. Man nahm es durchwegs positiv und mit regem Interesse auf, dass in der Ordination Wissen weitergegeben wird.

3. Erfahrungen

Die Dauer der Lehrpraxis in der Ordination von Burghuber reichte von einigen Wochen bis zu einem ganzen Jahr, der Durchschnitt betrug zwei bis drei Monate. Burghuber machte die Erfahrung, dass man je nach Kompetenz des Praktikanten oder der Praktikantin etwa ab dem dritten Monat Tätigkeiten wie Blutdruckmessungen, Injektionen oder Anamnesen delegieren kann. Wie sich zeigt, muss dabei jedoch mit ganz besonderem Feingefühl vorgegangen werden, da die Patientinnen und Patienten zwar die Anwesenheit eines wissenshungrigen Jung-Arztes oder einer Jung-Ärztin ohne weiteres dulden, aber die persönliche Behandlung durch ihren Hausarzt dennoch bevorzugen. Auch rechtlich bewegte man sich mit dieser Delegation oftmals eher in einem Graubereich, doch nur so konnte ein angehender Mediziner oder eine angehende Medizinerin diese Tätigkeiten erlernen. Mit Fortdauer der Lehrpraxis gibt es zunehmend mehr Einsatzmöglichkeiten. Ab dem sechsten Monat ist in der Regel sogar eine tatsächliche Teilentlastung des Lehrpraxis-Inhabers oder der Lehrpraxis-Inhaberin möglich.

Viele Lehrpraktikantinnen und Lehrpraktikanten kamen genau wie seinerzeit Burghuber bereits mit Ordinationshilfe und/oder Ehepartner in die Lehrpraxis, um den Ablauf des eingespielten Praxisteam in allen Facetten kennen zu lernen.

Besonders in Erinnerung blieb Burghuber ein außergewöhnlich engagierter junger Kollege. Mit ihm erwiesen sich die Gespräche und die Nachbereitung der Fälle als immens befruchtend, er verfügte über großes allgemeinmedizinisches Wissen, hat viel gelernt, hinterfragt und gelesen. Den daraus resultierenden Wissensaustausch empfand Burghuber als sehr anregend. Von einem derartigen Verhältnis kann man in der Lehrpraxis auch als erfahrene Medizinerin oder erfahrener Mediziner noch ungemein profitieren.

Auch weniger erfreuliche Einzelfälle lernte Burghuber im Laufe seiner Karriere als Lehrpraxis-Inhaber kennen. Diese Negativbeispiele begründen sich jedoch durchwegs in der medizinischen Unwissenheit der Lehrpraktikanten und -praktikantinnen im Umgang mit den Patientinnen und Patienten. Burghuber kritisiert, dass es lange Zeit möglich war, eine Promotion zu erlangen, ohne jemals Kontakt zu einem Patienten oder einer Patientin gehabt zu haben.

Eine solche Lehrpraxis diene zuweilen als einzige wirklich realitätsnahe Orientierungshilfe in der Wahl der späteren fachärztlichen Spezialisierung. So berichtet Burghuber etwa von einem Kollegen, der nach einigen Monaten Lehrpraxis bei ihm feststellte, dass er lieber Zahnarzt werden wolle. Dies zeigt deutlich: Die Lehrpraxis dient dazu, die tatsächliche Arbeit kennen zu lernen und um festzustellen, ob einem die Arbeit in der Praxis liegt.

Zwar ist heute die Ausbildung schon im Studium wesentlich praxisbezogener, doch verliert die Notwendigkeit einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis dadurch keineswegs an Dringlichkeit. Ganz im Gegenteil. Die veränderten Rahmenbedingungen in der niedergelassenen ärztlichen Versorgung, die permanente Weiterentwicklung der Arzt-Patienten-Beziehungen und die fortwährende Zunahme des medizinischen Wissens machen eine realitätsnahe praktische Vorbereitung auf die Praxistätigkeit heute notwendiger denn je.

4. Die ideale Lehrpraxis

Was macht aus der Erfahrung von Burghuber eine ideale Lehrpraxis aus? Eine Lehrpraxisdauer von mindestens zwölf Monaten wird international als Standard betrachtet und ist in zahlreichen Ländern schon lange institutionalisiert, wird in Österreich nach derzeitiger Gesetzeslage jedoch erst ab dem Jahr 2027 Wirklichkeit. Die derzeitige Regelung mit höchstens sechs Monaten Lehrpraxis ist für ihn eindeutig zu wenig – das sei „unverantwortlich der Bevölkerung gegenüber“, unterstreicht Burghuber.

Der ideale Zeitpunkt der Lehrpraxis liegt, wie in der Ausbildungsordnung vorgesehen, am Ende des Turnus oder der Basis-Ausbildung. Jedoch gilt: Je mehr Vorerfahrung schon während des Studiums gesammelt wird, desto besser. Neben einer entsprechenden infrastrukturellen Praxisausstattung und einer gehörigen Portion Geduld sollte der Lehrpraxis-Inhaber oder die Lehrpraxis-Inhaberin vor allem über entsprechendes didaktisches Know-how verfügen, um Wissen entsprechend vermitteln zu können.

Auch bei der Förderung und Finanzierung der Lehrpraxis hinkt man in Österreich noch hinter den internationalen Vorbildern hinterher. „Der Lehrpraktikant gehört so honoriert wie der Spitalsarzt!“, argumentiert Burghuber. Ein Konzept, in dem Lehrpraxis-Inhaber oder -Inhaberin die Praktikantinnen und Praktikanten komplett aus eigener Tasche entlohnen, kann sicherlich nicht tragfähig und im Sinne der Allgemeinheit sein. Besonders am Beginn der Lehrpraxis sollte darüber hinaus auch über eine Zusatzhonorierung für die Ausbildungstätigkeit des Praxis-Inhabers oder der Praxis-Inhaberin nachgedacht werden.

„Ausbildung kann nur funktionieren, wenn die Ausbilderin oder der Ausbilder Ressourcen und Zeit zur Verfügung stellt – und dafür sollte man auch entschädigt werden.“

5. Wichtige Inhalte

In den Anfangszeiten seiner Lehrpraxistätigkeit musste Burghuber immer wieder feststellen, dass den Studierenden im Medizinstudium die allgemeinmedizinische Perspektive der Medizin vorenthalten wurde. Auch im Turnus erfolgte die praktische Ausbildung mit Fokussierung auf Spitalsmedizin. Aus medizinischer Sicht lernte man die Allgemeinmedizin außerhalb der Lehrpraxis nicht kennen. Jedoch, so betont Burghuber, erfordert die allgemeinmedizinische Ordination mehr als das Spitalswissen. Immerhin werden im extramuralen Sektor 97 Prozent aller Erkrankungen erfolgreich behandelt. So waren diese vernachlässigten spezifischen allgemeinmedizinischen Kenntnisse anfangs der mit Abstand wichtigste Lehrinhalt. Mittlerweile werden diese Inhalte jedoch zumindest teilweise schon im Studium behandelt.

Die Rolle der Allgemeinmedizin hat sich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verändert. Allein schon, weil finanzielle Ressourcen im Spitalssektor eingeschränkt wurden, wird der niedergelassene Bereich heute stärker wahrgenommen. Es ist dennoch nach wie vor mühsam, in Österreich Verständnis und Wertschätzung für die Allgemeinmedizin zu etablieren. Österreich ist immer noch sehr spitalslastig, daher ist auch die Politik nach wie vor fokussiert auf die Spitäler.

Auch die Patientinnen und Patienten verändern sich. Burghuber erlebte das hautnah. Traten Ärztinnen und Ärzte früher autoritär auf, so hinterfragen Patientinnen und Patienten medizinische Entscheidungen heute zunehmend. Es ist wichtiger, individuell auf Patientinnen und Patienten einzugehen. Anstatt Gesundheitsmaßnahmen zu verschreiben, lautet das oberste Gebot heute, den Patienten oder die Patientin zur Umsetzung von Gesundheitsmaßnahmen zu motivieren.

Ganzheitlich betrachtet nimmt das medizinische Wissen explosionsartig zu. Für die Hausärztin oder den Hausarzt geht es heute zunehmend darum, frühzeitig zu erkennen, was in den eigenen Kompetenzbereich fällt und welche Fälle delegiert werden müssen. Dazu ist es unerlässlich, eintreffende Befunde aus Labors oder von anderen Fachärzten zusammenzufassen und dabei das große Ganze, nämlich die Patientin und den Patienten als Menschen nicht aus dem Blick verlieren. Auch diese Fähigkeit muss den Praktikantinnen und Praktikanten unbedingt weitergegeben werden.

Das medizinische Handwerkszeug der Allgemeinmedizinerin und des Allgemeinmediziners muss daher vor allem das Patientengespräch umfassen. Genau darin nämlich unterscheidet sich die Methodik in der Allgemeinmedizin grundlegend von der fachspezifischen Medizin. Mit der Behandlungsoption „abwartend offen

lassen“ und einer Wiederbestellungsmöglichkeit bietet die niedergelassene Medizin, und besonders die Hausarztmedizin, eine zusätzliche Möglichkeit, die anderen Sektoren des Gesundheitswesens verwehrt bleibt. Darin besteht ein enormer Vorteil der Allgemeinmedizin. Dennoch darf auch die Notfallmedizin keinesfalls außer Acht gelassen und muss in der Lehrpraxis inhaltlich vermittelt werden. Vor allem im ländlichen Bereich ist oft der Hausarzt oder die Hausärztin der erste Ansprechpartner im Notfall und sein Notfallmanagement entscheidet über Leben und Tod eines Patienten oder einer Patientin.

6. Ausblick

Burghuber hat klare Vorstellungen, wie die Zukunft der Allgemeinmedizin aussehen sollte. Als erste Maßnahme muss die Lehrpraxis SOFORT auf zwölf Monate ausgedehnt werden. Auch die Finanzierung muss einheitlich und nachhaltig geregelt werden. Burghuber beobachtet das Vorgehen der Gesundheitspolitik nun seit dem Jahr 1980, im Jahr 2015 wurde erstmals ein sinnvoller Schritt zur Institutionalisierung einer verpflichtenden Lehrpraxis für Allgemeinmedizin gesetzt. Diese Reaktionszeit ist ein Armutszeugnis für die österreichische Gesundheitspolitik.

Außerdem ist es dringend an der Zeit, die verbalen Zugeständnisse an die Allgemeinmedizin, die seit Jahren gemacht werden, auch tatsächlich umzusetzen. Zwar wurde in der Vergangenheit immer wieder betont, wie wichtig die Rolle der Allgemeinmedizin in der Versorgung der Bevölkerung ist, doch wurden diese mündlichen Zugeständnisse in der Realität nie verwirklicht. Diese Misere zeigt sich besonders im Honorierungssystem der niedergelassenen Kassenmedizin. Ohne eine Neiddebatte anstoßen zu wollen, muss darauf hingewiesen werden, dass sich darin eine honorarmäßige Anerkennung der Allgemeinmedizin in keins-ter Weise widerspiegelt. „Der Honorierungsrahmen in der Allgemeinmedizin erfordert schlichtweg Massenbetrieb, um eine einigermaßen angemessene Entlohnung zu erhalten – das ist unwürdig für Patienten und Ärzte.“

„Ich kann keine individuelle Medizin betreiben – im Minutentakt.“

So bringt Burghuber die gegenwärtige Situation auf den Punkt. Wenn die Rahmenbedingungen passen, wenn das vielversprechende Konzept der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis sinnvoll umgesetzt wird, dann wird sich auch die bestehende Nachwuchsproblematik lösen und die Zukunft der hausärztlichen Versorgung in Österreich ist gesichert.

A u f d e n

S t a n d P u n k t

g e b r a c h t

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum jeweiligen Schwerpunktthema der Ausgabe. Darüber hinaus präsentieren uns einige Mediziner ihre Erfahrungen mit der Lehrpraxis aus erster Hand.

Dr. Gert Wiegele

Arzt für Allgemeinmedizin, Obmann Bundessektion AM der ÖÄK

„Alle Beteiligten, auch unsere Patienten/innen, profitieren hoffentlich von dieser strukturierten One-to-one-Ausbildung mit besonderer Praxisbezogenheit – auch in einer bis dato unbekannten Sozialversicherungsrealität.“

Die sechsmonatige Lehrpraxis, entsprechend der neuen ÄÄÖ, ist aus Sicht der BSAM wahrscheinlich die letzte Möglichkeit, den Kollegen/innen nach Studium und Krankenhaus-Ausbildung die Allgemeinmedizin, wie sie in der Niederlassung für eine bestmögliche Primärversorgung notwendig ist, möglichst nahe zu bringen und auch „schmackhaft“ zu machen.

Denn nach wie vor weiß ich, dass unsere Tätigkeit als Allgemeinmediziner, als ehemals Praktischer Arzt, als Hausarzt ganz und gar nicht einfältig im mehrdeutigen Sinne des Wortes ist, sondern ganz im Gegenteil mit großer Vielfalt sehr viele Aspekte und Inhalte von ärztlicher und medizinischer Tätigkeit beinhaltet.

Darüber hinaus bietet die Freiberuflichkeit genug Möglichkeiten der persönlichen Gestaltung des Berufsbildes des Allgemeinmediziners mit speziellen Schwerpunktsetzungen.

Die verpflichtende 12-stündige Lehrpraxisleiter-Ausbildung, von ÖÄK, BSAM und ÖGAM konzipiert, bildet die Ausbildungsordnung mit Rasterzeugnis und verpflichtend zu absolvierenden Inhalten eindeutig ab und gibt sowohl dem/der Ausbildungsarzt/ärztin, als auch dem/der Lehrpraxis-Leiter/in die notwendige Grundlage für diese sechs Monate, an deren Ende der/die junge Kollege/in gut vorbereitet in ein schönes und interessantes Berufsleben gehen kann.

Alle Beteiligten, auch unsere Patienten/innen, profitieren hoffentlich von dieser strukturierten One-to-one-Ausbildung mit besonderer Praxisbezogenheit – auch in einer bis dato unbekannten Sozialversicherungsrealität.

Dass dieser ja vom Gesetz vorgeschriebene essentielle Teil der Ärzte-Ausbildung, wie die universitäre und auch die Spitalsausbildung, vom Staat zu

finanzieren ist, ist evident und auch international Standard, der Versuch, dies auf die niedergelassenen ÄrztInnen bzw. die Ärztekammern abzuschieben, ist ein absolutes No-Go.

Äußerst bedauerlich und manifest folgewirksam ist aber leider die Tatsache, dass diese selbstverständliche Ausbildungsfinanzierung noch immer nicht steht, obwohl vom Gesetzgeber verordnet, und daher viele Kollegen/innen von der Ausbildung zum AM leider Abstand nehmen, da diese Lehrpraxis nicht garantiert und finanziell abgesichert ist.

Und diese fatalen Folgen für das Gesundheitssystem, nämlich keine oder im besten Fall viel zu wenige Allgemeinmediziner/innen, sind der verantwortlichen Gesundheits- und Sozialpolitik nicht bewusst oder sogar bewusst nicht bewusst.

Medizinalrat Hon.-Prof. Dr. Peter Kufner

Arzt für Allgemeinmedizin, Lehrpraxis Co-Referent der ÖÄK

„Inhalte sollen bereits während des Studiums durch einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an allen österreichischen Fakultäten vermittelt werden. Der Zugang zu/die Behandlung von Störungen und/oder Erkrankungen samt Präventivmedizin durch die Allgemeinmedizin ist ein ganz anderer als durch die Facharztmedizin. Die Zusammenarbeit mit Lehrpraxen sollte gesichert sein, um dieses ganzheitliche Denken vermitteln zu können.“

Die Rolle der Allgemeinmedizin sollte zumindest eine patientInnennahe, begleitende, vermittelnde sein. Eine bestmögliche Versorgung sollte bereits in der Praxis der AllgemeinmedizinerIn erfolgen, alle weiteren Fälle sollten gezielt an diverse Fachärzte oder Krankenhäuser überwiesen werden. Das ist allerdings, genau wie vieles andere auch, reines Wunschdenken. Die Politik in Österreich führt immer wieder das skandinavische oder das schwedische Modell der Primärversorgung als Musterbeispiel und Vorbild an. Meine eigene langjährige Erfahrung mit diesem System dort ist allerdings extrem negativ. Ich persönlich kann nicht verstehen, warum das ein erstrebenswertes Vorbild sein soll.

In Innsbruck ist die Allgemeinmedizin in den Semestern 1 bis 4 Pflicht- und Prüfungsfach, und auch in den späteren Semestern laufend präsent. POL (problemorientiertes Lernen) und KPJ (Klinisch- Praktisches Jahr). Insgesamt ist das aber meiner Meinung nach trotzdem immer noch zu wenig. Postpromotionell findet nun ein Teil der Turnusarztausbildung in Lehrpraxen statt, diese Entwicklung ist in meinen Augen sehr erfreulich. Selber habe ich damit aber nur von früher her Erfahrung; seit ich KPJ-Studierende betreue, biete ich das in meiner Ordination aus verständlichen Gründen nicht mehr an.

Ich habe die Allgemeinmedizin an der Medizinischen Universität Innsbruck aufgebaut und auch das KPJ mitgeplant und bin sozusagen von der ersten

Stunde an dabei. Ich bin der Überzeugung, Studierende müssen sich Wissen nach eigenem Interesse abholen, anstatt es aufdiktiert zu bekommen. Nur so ist ein Behalt von Inhalten wahrscheinlich. Auch meine eigene Praxis habe ich für KPJlerInnen zur Verfügung gestellt und war dabei von Anfang an immer besetzt.

Die Studierenden profitieren davon extrem, die LehrpraxisleiterInnen ebenso und auch die PatientInnen fühlen sich in „dieser modernen Praxis“ gut und zeitgerecht betreut. Das Feedback der Studierenden ist zuallermeist sehr positiv. Sie wünschen sich meist sogar noch mehr Allgemeinmedizin im KPJ anstelle von weniger. Meiner Meinung und Erfahrung nach ist das, was ein/e AllgemeinmedizinerIn einer/m StudentenIn vermitteln soll, das Wissensgut jeder einzelnen Praxis, das tägliche Brot der Allgemeinmedizin. „Kurse für Lehrpraxen“ und Refresher, wie sie derzeit entwickelt werden, sind dazu meines Erachtens nach nicht zielführend. Wohl aber gemeinsame Inhalte und Lehrziele.

Die Entwicklungen des KPJ in der Allgemeinmedizin ist insgesamt in den letzten Jahren äußerst positiv zu beurteilen, jedoch stellt nach wie vor das egoistische Denken einzelner AllgemeinmedizinerInnen im universitätsnahen Bereich eine Hürde für das Vorankommen dieser Ausbildungsform dar. Auch die Finanzierung der „Turnus“-ÄrztInnen in der Lehrpraxis ist, so glaube ich, noch nicht geklärt, ebenso wie beispielsweise das konkrete Vorgehen im Falle einer Schwangerschaft. Vertretungsorganisation? Es bestehen also gewisse gewichtige organisatorische Probleme.

Dr. Peter Pircher

Allgemeinmediziner in Frastanz

„Die Allgemeinmedizin ist die Königsdisziplin.“

Meiner Erfahrung nach können in der Lehrpraxis beide Partner voneinander lernen. Die/der LehrpraxisinhaberIn bringt viel Erfahrung ein, die/der LehrpraktikantIn oft die Sicht aus dem Krankenhaus zur Diagnostik und Behandlung einer Krankheit. Die/der HausärztIn muss ihre/seine gewohnten Entscheidungen und Vorgangsweisen stets hinterfragen, begründen, überdenken; so entsteht ein interessanter Meinungsaustausch.

In der ersten Zeit der 6- bzw. 12-monatigen Lehrpraxiszeit werden die meisten PatientInnen gemeinsam angeschaut, untersucht und nachbesprochen. Die/der LehrpraktikantIn lernt die Abläufe und den Arbeitsstil der Praxis kennen. Später arbeitet sie/er selbstständig, für die meisten Tätigkeiten gibt es jedoch ein kurzes Feedback.

Die meisten PatientInnen kennen die/den LehrpraktikantIn im Laufe der Monate und werden gerne von ihr/ihm behandelt, da sie/er sich meist mehr Zeit nimmt und unvoreingenommen an die jeweiligen Probleme herangeht. Ich konnte auch oft feststellen, dass das ganze Team vom Neuling profitiert, der den Praxisalltag belebt.

Die von der/dem LehrpraktikantIn 3- bis 4-mal monatlich im Krankenhaus zu leistenden Dienste werden in der Praxis jedoch durchaus als unangenehm empfunden, weil damit die kontinuierliche PatientInnenbetreuung immer wieder unterbrochen wird und die/der PraktikantIn hin- und hergerissen ist zwischen zwei Arbeitsstellen.

Das bestehende Lehrpraxismodell ist deshalb noch nicht optimal, doch immerhin kommt die/der PraktikantIn durch das bestehende Finanzierungsmodell auf dasselbe Einkommen wie als Turnusarzt im KH.

Verbesserungsfähig wäre im bestehenden Lehrpraxismodell sicher die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Lehrpraxen, zum Beispiel die frühzeitige Koordination der nachfolgenden PraktikantInnen.

Erfolg und Befriedigung in einem Lehrpraxisverhältnis stehen und fallen mit dem persönlichen Engagement beider Partner, es ist ein Geben und ein Nehmen.

Ich möchte den LehrpraktikantInnen, die motiviert sind, eine eigene Hausarztpraxis aufzubauen, besonders ans Herz legen, im Rahmen ihrer Krankenhaus-tätigkeit frühzeitig eine Ultraschallausbildung anzustreben, da diese Ausbildung später kaum nachholbar ist.

Dr. Ernst Panhuber

Arzt für Allgemeinmedizin in Linz

„Die Lehrpraxis stellt für die Lehrpraktikanten eine Einstiegshilfe für die Gründung einer eigenen Arztpraxis dar, und zwar insofern, als ökonomische, medizinische, soziale und organisatorische Aspekte vermittelt werden.“

Ich habe bisher mit der Lehrpraxis nur gute Erfahrungen gemacht. Man bekommt Einblick in die neue Generation der Mediziner und kann langjährige persönliche Erfahrung weitergeben. Die Suche nach Praktikanten gestaltet sich jedoch derzeit schwierig, da durch den Ärztemangel viele Facharztausbildungsstellen frei sind und diese von den JungmedizinerInnen bevorzugt werden. Weiters wirkt sich die Änderung der Ausbildungsordnung für Ärzte mit Juni 2015 nachteilig aus, sodass erst ab Juni 2018 wieder Lehrpraktikanten für Allgemeinmedizin zur Wahl stehen und derzeit nur Praktikanten nach der alten Ausbildungsordnung, also solche, die vor Juni 2015 den Turnus begonnen haben, in Frage kommen. Darüber hinaus gilt seit Jänner 2010 ein neuer Kollektivvertrag für Lehrpraktikanten (ca. 2160 € Entgelt brutto pro Monat ohne Lohnnebenkosten). Diese relativ hohe Entgeltzahlung hält viele Lehrpraxisinhaber davon ab, Lehrpraktikanten einzustellen.

Ich würde mir daher bessere finanzielle Unterstützung von diversen Institutionen wünschen, um das Entgelt des Lehrpraktikanten zu erhöhen und die Inhaber von Lehrpraxen finanziell zu entlasten, jedoch ohne sie dabei zu bevormunden.

Die Lehrpraxis stellt für die Lehrpraktikanten eine Einstiegshilfe für die Gründung einer eigenen Arztpraxis dar, und zwar insofern, als ökonomische, medizinische, soziale und organisatorische Aspekte vermittelt werden. Diese Werte werden in der Krankenhausbildung nicht vermittelt. Das Prinzip des derzeitigen Hausarztes soll weiterhin hochgehalten werden anstatt der geplanten anonymen PHCs, das möchte ich meinen Lehrpraktikanten ganz besonders ans Herz legen.

Die Compliance der Lehrpraktikanten ist meiner Erfahrung nach sehr unterschiedlich, das stellt eine große Herausforderung an den Lehrpraxisinhaber dar. Die Weitergabe von persönlicher medizinischer Erfahrung erfordert differenzierte Didaktik, und vor allem eine Menge Flexibilität des Lehrpraxisinhabers. Externe Supervision bringt hohe Verantwortung mit sich und bedingt ständige Erreichbarkeit.

Die Erfüllung der für einen Lehrpraktikanten vorgeschriebenen 35 Wochenstunden erfordert außerdem viel Anwesenheit und Engagement des Lehrpraxisinhabers, sodass wenig Zeit für seine persönliche Fortbildung übrig bleibt, zumal bei dieser Arbeitsauslastung ein entsprechend hohes Ausmaß an Freizeit zur Verfügung stehen muss, um die nötige Erholung zu erreichen.

Dr. Alexander Mayrhofer

Arzt für Allgemeinmedizin und Wahlarzt für PMR und Osteopathie in Linz

„Hätten wir die Lehrpraxis schon früher gefördert, wären wir jetzt nicht in so einen Versorgungsengpass geschlittert (insbesondere am Land). Natürlich sind auch der Abbau der Bürokratie und eine gesicherte, entsprechende Finanzierung sehr wichtig.“

Schon öfters hatte ich einen Kollegen oder eine Kollegin für die Lehrpraxis in meiner Ordination. Eine Förderung wurde dafür noch nie genehmigt. Dennoch habe ich überwiegend sehr gute Erfahrungen gemacht. Meine Lehrpraxiskolleginnen und Kollegen sind allesamt äußerst motiviert und arbeiten sehr schnell eigenverantwortlich am Patienten.

Auch ich selbst habe im Zuge meiner Allgemeinmedizinerausbildung eine Lehrpraxiszeit durchlaufen. Darin konnte ich das Selbstvertrauen sammeln, das mir im Spitalsturnus fehlte. Dies versuche ich in erster Linie weiterzuvermitteln, stehe aber natürlich jederzeit mit Rat und Tat zur Seite. Jeder Patient und jede Patientin ist anders! Das möchte ich meinen Praktikantinnen und Praktikanten mit auf den Weg geben. Oft ist eine sehr individuelle Kombination der medizinischen und therapeutischen Zugangsweisen notwendig.

Meine Lehrpraktikantinnen und Praktikanten fanden zumeist durch Mundpropaganda zu mir. Auch an die Turnusärztevertreter oder die Ärztekammer kann man sich wenden, wenn man auf der Suche nach einer Praktikumsstelle ist oder eine Praktikumsstelle besetzen möchte. Aufgrund der bürokratischen Vorlaufzeit ist es jedoch nicht möglich, kurzfristig jemanden aufzunehmen. Für die Besetzung der Praktikumsstelle muss bereits etwa 1,5 Monate im Vorhinein angesucht werden.

Sobald die Lehrpraktikantin oder der Lehrpraktikant dann jedoch in meiner Ordination tätig wird, steht eine regelrechte Metamorphose bevor. Anfangs stehen das Erlernen des Ordinations-Programms sowie die Erledigung von Routinetätigkeiten im Vordergrund. In weiterer Folge möchte ich mein eigenes therapeutisches Konzept weitergeben (Ganzheitsmedizin, chiropraktisch/

osteopathische, pflanzliche und homöopathische Aspekte) und zuletzt soll die Praktikantin oder der Praktikant dann bereits selbstständig an der Patientin und am Patienten arbeiten. Das Konzept der Lehrpraxis nimmt Jungmedizinerinnen und Jungmediziniern die Angst, in die Praxis zu gehen, und stärkt das Vertrauen zur eigenständigen Arbeit am Patienten.

Schwierigkeiten in der Lehrpraxisführung bereitete mir dabei die Tatsache, dass kurzfristiges Einspringen nicht möglich ist. Auch die Förderung ist nicht immer gesichert. Aufgrund der diversen Lohnnebenkosten wurde außerdem zumindest bisher ohnehin nur ein Teil der tatsächlich anfallenden Lohnkosten durch die Förderung refundiert. Natürlich ist eine gut eingeschulte Praxiskollegin oder ein gut eingeschulter Praxiskollege auch eine große Entlastung im täglichen Ordinationsbetrieb. Für unwillige (Lehrpraxisgründungs-) Kolleginnen oder Kollegen könnte das durchaus ein wichtiger Aspekt sein, die bürokratischen und finanziellen Hürden zu überwinden.

Der Abbau dieser Hürden und besonders eine gesicherte, vollständige Förderung der Lehrpraxis wären aus meiner Sicht die essentiellsten Angriffspunkte, wenn es darum geht, die Lehrpraxis zu verbessern. Es handelt sich dabei um ein gutes Konzept zur langfristigen Sicherung der medizinischen Basisversorgung der Menschen, insbesondere am Land! Hoffentlich ist es noch nicht zu spät, dieses Konzept auch endlich wirksam umzusetzen.

Dr. Eva Unterweger

Ärztin für Allgemeinmedizin am LKH Feldkirch, ehemalige
Lehrpraktikantin

„Um eine Tätigkeit zu erlernen, sollte man sie zuerst gesehen, dann unter Anleitung durchgeführt und schließlich selbstständig ausgeübt haben.“

Durch die Begleitung und Unterstützung des Allgemeinmediziners in seiner täglichen Arbeit gewann ich in meiner Lehrpraxis einen umfassenden Einblick in alle Tätigkeitsbereiche eines praktischen Arztes/Gemeindearztes (Praxisführung, Hausbesuche, Schuluntersuchungen, Gemeindearztstätigkeiten, Dienstplaneinteilung, Abrechnung mit Sozialversicherungsträgern, Fortbildungen, standespolitische Angelegenheiten etc.).

Die Einführung in die räumlichen Gegebenheiten und organisatorischen Abläufe der Praxis erfolgte durch den Allgemeinmediziner und seine Assistentinnen. Initial wurde die Behandlung von Patienten noch gemeinsam vorgenommen, ich wurde dann aber rasch zunehmend mit selbstständigen Tätigkeiten in der Patientenversorgung betraut – mit jederzeitiger Möglichkeit zur Rücksprache, zur Besprechung von Patientenfällen und zum Informationsaustausch.

Besonders positiv war für mich, dass mir viele Patienten in der Praxis bereits bekannt waren und man dadurch schon einiges an Hintergrundinformation hatte. Über die Zeit kam es zu einem immer besseren Kennenlernen der Patienten. Diese umfassende Betreuung und Begleitung über einen längeren Zeitraum gewährt Einblicke in sowohl medizinische als auch soziale Umstände der Patienten, beispielsweise durch die Betreuung mehrerer Familienmitglieder.

Im Vergleich zur Spitalstätigkeit, wo man immer einer Abteilung zugehörig ist, wird man in der allgemeinmedizinischen Praxis mit verschiedensten Krankheitsbildern aus allen Bereichen der Medizin konfrontiert. Dabei ist oft eine schnelle Einschätzung des Patienten notwendig. Dies ist einerseits die große Herausforderung, andererseits aber genau das Spannende am Tätigkeitsfeld der Allgemeinmedizin.

Das Konzept der Lehrpraxis bietet eine einzigartige Gelegenheit, vom Erfahrungsschatz eines Allgemeinmediziners zu profitieren. Falls man beabsichtigt, selbst in die Praxis zu gehen, ist es eine gute Vorbereitung darauf, was einen erwartet, da sich die allgemeinmedizinische Tätigkeit als Einzelkämpfer von der Teamarbeit im Krankenhaus doch deutlich unterscheidet.

Zur Verbesserung der Lehrpraxis möchte ich anregen, durch eine Rekrutierung mehrerer Allgemeinmediziner eine Auswahl auf beiden Seiten zu ermöglichen. Eine so intensive Zusammenarbeit erfordert eine gewisse Sympathie, und nicht jeder Lehrpraktikant ist für jeden Lehrpraxisinhaber geeignet – und umgekehrt. Des Weiteren müssen gleiche vertragliche und finanzielle Bedingungen für alle Lehrpraktikanten geschaffen werden.

Ich würde jedem, der es anstrebt, als Allgemeinmediziner zu arbeiten, empfehlen, für eine gewisse Zeit in eine Lehrpraxis zu gehen, denn in meinem Fall war es eine sehr wertvolle Erfahrung.



Jan van Huysum, Detail aus «Blumen in einer Terrakottawase», 1725
© UECHESTEIN. The Princely Collections, Vaduz - Vienna



Wann ist es Zeit für eine ganz persönliche Beratung?

Wenn Sie Ihre Anlageziele mit einer maßgeschneiderten Strategie erreichen 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



**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: bergmair@aekoee.at

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

