

Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier

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

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

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

1. Einleitung	11
2. Entwicklung der Weiterbildung in Österreich	14
3. Entwicklung der Weiterbildung im Ausland	16
4. Nachteile und Befürchtungen im Fall der Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin in Österreich	20
5. Vorteile und Chance durch die Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin	22
6. Hindernisse	24
Literatur	26

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

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

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

1. Einleitung

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

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

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

1 Pichlhöfer, Maier (2015)

2 Rawaf, De Maeseneer (2008)

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

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

Ergänzend und erklärend zu diesen Gegebenheiten ist eine rezente Untersuchung unter Studierenden der MUW anzuführen, deren Ergebnisse zeigen, dass sie die derzeitige klinische Ausbildung in Wien während ihrer Famulaturen, ihrer Tertiale und ihres „klinisch-praktischen Jahres“ als deutlich schlechter als in anderen europäischen Ländern beurteilen.³ Diese Daten sollten wachrütteln, zumal die ursprüngliche Curriculum-Reform des Jahres 2000 (MCW) insbesondere die klinische Ausbildung der Studierenden verbessern wollte. Mit diesem Rückschritt entfernt man sich in Wien im internationalen Vergleich auch immer weiter von den Empfehlungen zur zukünftigen Ausbildung von Gesundheitspersonal seitens hochrangiger Fachgremien wie der Lancet Commission aus dem Jahr 2010.⁴

In der Weiterbildung wurden nur zaghafte und ineffiziente Veränderungen mit Alibi charakter durchgeführt, so dass sich der Turnus, seine „Lehrinhalte“ und das Engagement bei ihrer Vermittlung weder wesentlich noch nachhaltig verbessert haben. Bedenkt man den hohen Stellenwert einer zeitgemäßen Aus- und Weiterbildung für Studierende oder Absolventen⁵ und für die zukünftige Funktionstüch-

3 Setz, Turk, Löffler-Stastka (2016)

4 Frenk et al. (2010)

5 Scharer, Freitag (2015)

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

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

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

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

6 Hoffmann, Wagner, Maier et al. (2011)

7 Pichlhofer, Maier, Badr-Eslam, Risti, Zebrowski, Lang (2017)

8 Kringos et al. (2013)

2. Entwicklung der Weiterbildung in Österreich

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

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

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

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

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

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

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

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

11 Easton, Johnson (2001)

3. Entwicklung der Weiterbildung im Ausland

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

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

¹² <http://euract.woncaeuropa.org/specialist-training-database>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15 Seitz, Turk, Löffler-Stastka (2016)

16 Scharer, Freitag (2015)

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

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

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

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

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

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

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

6. Hindernisse?

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

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

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

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

Literatur

- Pichlhöfer O, Maier M: Unregulated access to health-care services is associated with overutilization - lessons from Austria. *Eur J Public Health* 2015; 25 (3): 401- 403. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku189>
- Rawaf S, De Maeseeneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *The Lancet* 2008;372:1365-7
- Seitz T, Turk B.L, Löffler-Stastka H: Can we still stop the migration of physicians from Austria? An evaluation of clinical internships by students of the Medical University of Vienna *Wien Klin Wochenschr.*2016; DOI 10.1007/s00508-016-1095-5
- Frenk J et al: Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923–58
- Scharer S, Freitag A: Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice. *Wien Klin Wochenschr.* 2015;127(9-10):323-9. doi: 10.1007/s00508-015-0786-7.
- Hoffmann K, Wagner G, Maier M et al: Antibiotic resistance in primary care in Austria - A systematic review of scientific and grey literature. *BMC Infectious Diseases.* 2011;11:330 DOI 10.1186/1471-2334-11-330
- Pichlhoefer O, Maier M, Badr-Eslam R, Ristl R, Zebrowska M, Lang IM : Clinical presentation and management of stable coronary artery disease in Austria. *PLoS ONE* 2017; 12(4): e0176257. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176257>
- Kringos D.et al: The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013; DOI: 10.3399/bjgp13X674422
- Thomson J S, Anderson K, Haesler E, Barnard A and Glasgow N: The learner's perspective in GP teaching practices with multi-level learners: a qualitative study. *BMC Medical Education* 2014, 14:55 <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/55>
- Easton G P & Johnson N: The year in a training practice: what has lasting value? Grounded theoretical categories and dimensions from a pilot study. *Medical Teacher* 2001; 23: 205-211 |
- <http://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database>
- <http://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
- http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf