

Zeitschrift für Gesundheitspolitik

ZGP

Ausgabe 01/2015

Schwerpunktthema

Ärztliche Ausbildung im Wandel



Schwerpunktthema:

Ärztliche Ausbildung im Wandel

Z
GP

Schwerpunktthema

Ärztliche Ausbildung im Wandel

Ausgabe 1/2015

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 (Creativa)

Redaktion: Thomas Bergmair

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser,

Durch die Umsetzung der Novelle im Ärztegesetz wurde die postpromotionelle Ausbildung der Ärzte mitunter grundlegend reformiert und soll nun in neue Bahnen gelenkt werden. Wie gewohnt möchte aber die Zeitschrift für Gesundheitspolitik mehr als nur bereits Erreichtes darstellen. Auch diese Ausgabe soll wieder kritische Anstöße liefern, denn es liegt jetzt in den Händen aller Beteiligten, darüber zu entscheiden, ob mit der Ausbildungsreform tatsächlich eine wesentliche Verbesserung der Ausbildungsqualität künftiger Ärztegenerationen verbunden sein wird.

Die von uns eingeladenen Expertinnen und Experten zeigen aus unterschiedlichen Perspektiven auf, wo sich auch in Zukunft konkrete Herausforderungen stellen werden. Dabei soll nicht nur die österreichische Situation beleuchtet, sondern es sollen auch Erfahrungen aus dem Ausland mit einbezogen werden.

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 wie immer viele anregende Momente beim Lesen

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Neue Herausforderungen an die Ärzteausbildung <i>Thomas Bergmair im Gespräch mit Dr. Peter Niedermoser</i>	9
Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland <i>Dr. med. Dagmar Schneider</i>	25
Das Vorarlberger Pilotprojekt Lehrpraxen – Vorbild für ganz Österreich? <i>Dr. Jürgen Heinzle</i>	45
Erfahrungen aus dem Ausland <i>Thomas Bergmair im Gespräch mit Dr. Elke Maria Ruttenstock, Dr. Yasmin Endlich, Dr. Wolfram Gmeiner und Dr. Clemens Stanek</i>	71
Die Turnusevaluierung in Österreich. Die Ausbildungsqualität aus Sicht der Turnusärzte <i>Mag. Alois Alkin</i>	89
Auf den StandPunkt gebracht <i>Mit Beiträgen von MR Dr. Reinhold Glehr, Dr. Karlheinz Kornhäusl und Dr. Martin Wehrschütz</i>	103

Thomas Bergmair, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Linzer Institut für Gesundheitssystemforschung

im Gespräch mit

Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Ärztekammer für Oberösterreich, stellvertretender Vorsitzender des Bildungsausschusses der Österreichischen Ärztekammer

Neue Herausforderungen an die Ärzteausbildung

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag die männliche oder weibliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

1. Einleitung	10
2. Rasterzeugnisse	11
3. Basis Grundausbildung (Common Trunk)	13
4. Sonderfachausbildung – modulares System	14
5. Allgemeinmedizin	17
6. Ausbildungsstellen	20
7. Herausforderungen der neuen Ausbildung:	21
Quellenverzeichnis	23

Die Ende des vergangenen Jahres beschlossene Novelle im ÄrzteG ermöglicht nun in weiterer Folge Anpassungen in der ÄAO und der KEF und RZ VO, um die ärztliche Ausbildung in Österreich in neue Bahnen zu lenken. Im Expertengespräch mit Dr. Niedermoser, einem im Zuge seiner Tätigkeit als stellvertretender Vorsitzender des Bildungsausschusses der ÖÄK langjährig erfahrenen Mitbegründer des neuen Ausbildungsschemas, werden die bereits durchgeführten und noch geplanten Maßnahmen beschrieben und es wird auf die bevorstehenden Herausforderungen des neuen Ausbildungsschemas eingegangen.

1. Einleitung

1.1. Rechtliche Grundlage

Einleitend sollen die rechtlichen Grundlagen zur Regelung der ärztlichen Ausbildung dargelegt werden.

Ärztegesetz: Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998).¹

Ärzte-Ausbildungsordnung: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 – ÄAO 2006).² Darin wird die Existenz der Sonderfächer sowie deren Abgrenzung verankert. Auch die Festlegung der Spezialisierungen (in Form einer Weiterbildung nach Erlangen der Berufsberechtigung) erfolgt in der Ärzte-Ausbildungsordnung.

Ausbildungsinhalte-Verordnung: Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse (inkl. Mindest-Fallzahlen) und Prüfungszertifikate (KEF und RZ VO)³

1.2. Aktuelle Entwicklung

Die seit 2011 vorbereitete und Ende 2014 schließlich beschlossene Änderung des ÄrzteG bildet somit die Grundlage für eine bevorstehende Änderung in der ÄAO, in der die nähere Ausgestaltung der konkreten Ausbildungsanforderungen umgesetzt wird. Eine derartige Anpassung der Ausbildungsanforderungen ist dringend notwendig, um die ärztliche Ausbildung auf einer Höhe mit dem Stand der Wissenschaft zu gewährleisten. Ein Untätigbleiben würde die Attraktivität des Stand-

1 <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>

2 <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004879>

3 http://www.aerztekammer.at/documents/10431/44620/KEF_RZ_VO_Kundmachung.pdf/c1ec75c1-3fb7-46f5-bd83-f314502d6437?version=1.1&t=1320416218000

orts Österreich als Ausbildungsland massiv beeinträchtigen und die Abwanderung in andere EU-Mitgliedsstaaten verstärken. Diesen Schwachpunkt erkannte man, so dass die Österreichische Ärztekammer nun in enger Zusammenarbeit mit dem Ministerium ein neues Konzept erarbeitet hat.⁴ Die Novelle zum Ärztegesetz erwirkt aufbauend auf der Einführung des klinisch praktischen Jahres im Medizinstudium weitreichende Veränderungen in der postpromotionellen Ausbildung, die in erster Linie eine stärkere Praxisnähe der Ausbildung gewährleisten sollen.⁵

Die letzte Anpassung der Ärzte-Ausbildungsordnung erfolgte per Novelle im Jahr 2006 und liegt damit bereits fast 10 Jahre zurück. Ziel war damals vor allem eine Neustrukturierung der Rasterzeugnisse für Sonderfächer. Zu erlangende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten wurden in einer Breite und Qualität als Voraussetzung für den Abschluss der ärztlichen Ausbildung festgelegt, die rückblickend so weder vermittelbar noch erlernbar war. Eine schon damals lange diskutierte Anpassung der Ausbildung für Allgemeinmediziner wurde nicht angedacht. Wie befürchtet, erwiesen sich tatsächlich viele der festgelegten Ausbildungsziele aus den Rasterzeugnissen in der geforderten Breite und Qualität als nicht vermittelbar – schon gar nicht im vorgegebenen Zeitrahmen. Im Zuge der aktuellen Novelle des Ärztegesetzes und einer in weiterer Folge bevorstehenden Anpassung der Ärzteausbildungsordnung wurde die Ausarbeitung neuer, zeitgemäßer und vor allem tatsächlich umsetzbarer Rasterzeugnisse für Sonderfächer zum primären Ziel der Reform erklärt.

2. Rasterzeugnisse

In Rasterzeugnissen sind jene sonderfachspezifischen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten festgelegt, die im Zuge der Ausbildung im Sonderfach vermittelt werden müssen.^{6, 7}

- Kenntnisse: Der Arzt muss über theoretisches Wissen zu einer Tätigkeit verfügen.

4 http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/II/_00268/fname_365390.pdf

5 http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/JJ_02482/fname_365782.pdf

6 Vgl. § 21 ÄAO.

7 <http://www.aerztekammer.at/rasterzeugnisse>

- Erfahrungen: Der Arzt muss bei der Durchführung einer Tätigkeit dabei gewesen sein.
- Fertigkeiten: Der Arzt muss eine Tätigkeit bereits selbst durchgeführt haben und selbst durchführen können.

2.1. Anforderung an neue Rasterzeugnisse

Im Zuge der Novelle des ÄrzteG hat die zeitgemäße Anpassung der Rasterzeugnisse an die oftmals bereits gelebte Realität – und somit an eine tatsächliche Umsetzbarkeit – die oberste Priorität. Das Bundesministerium für Gesundheit erteilte den Auftrag zur Ausgestaltung der Rasterzeugnisse an die Ärztekammer. In weiterer Folge wurden die wissenschaftlichen Gesellschaften der jeweiligen Sonderfächer beauftragt, die von der Ärztekammer ausgearbeiteten Strukturen insbesondere hinsichtlich der neuen Modularität in den Sonderfächern inhaltlich umzusetzen.

Planung und Strukturierung ¹	
Vorher	Nachher
Bisher erfolgte insbesondere die Abfolge der relevanten Inhalte im Zuge der ärztlichen Ausbildung häufig auf Basis frei werdender Ausbildungsstellen für Turnusärzte sehr oft ohne klar definierte Struktur und Planung.	Soweit möglich, wird zukünftig die Abfolge der Ausbildung einem zu Beginn festgelegten und klar formulierten Ausbildungsplan folgen, wie auch in anderen Ländern. Somit soll sowohl dem Turnusarzt als auch dem Spitalsträger von Anfang an ein besserer Überblick über die Ausbildung geboten werden und die Planbarkeit durch eine zeitlich und inhaltlich vorgegebene Ausbildungsabfolge klar geregelt werden.

3. Basis-Grundausbildung (Common Trunk)

Grundausbildung und Richtungsentscheidung ²	
Vorher	Nachher
Bisher war zumindest auf dem Papier sofort nach dem Medizinstudium eine Entscheidung zu treffen, ob man in die Allgemeinmedizin oder in ein Sonderfach gehen will. Tatsächlich begann man meist den Spitalsturnus, um das <i>lulus Practicandi</i> zu erlangen und gegebenenfalls auf eine frei werdende Stelle zu warten.	In Zukunft wird im Anschluss an das Medizinstudium von allen ÄrztInnen eine neunmonatige Basisausbildung durchlaufen, Grundkompetenzen vermittelt und zur Erkennung der häufigsten Krankheiten befähigt. Danach ist eine Entscheidung über den weiteren ärztlichen Entwicklungsweg zu treffen.

Die neu eingeführte Basis-Grundausbildung stellt in direktem Anschluss an das Medizinstudium eine praktische Ausbildung aller Ärzte dar, die inhaltlich an das klinisch-praktische Jahr im Studium anknüpft. Sie soll auch die bisherigen Gegenfächer ersetzen. Diese Grundausbildung erfolgt noch vor der Festlegung des weiteren medizinischen Werdegangs und betrifft daher sowohl alle Sonderfächer als auch angehende Allgemeinmediziner. In dieser Basis-Grundausbildung sollen die wichtigsten Praktiken für die Grundversorgung der Bevölkerung vermittelt werden. Dies wird durch eine Anlehnung an die laut WHO 20 häufigsten Erkrankungen der Bevölkerung erreicht. Die Dauer beträgt 9 Monate. Der Common Trunk soll, im Gegensatz zu den darauf aufbauenden Schwerpunktausbildungen in den jeweiligen Sonderfächern, grundsätzlich in allen Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten gemäß § 2a KAKuG absolvierbar sein.⁸ Mit Ausnahme von Sonderkrankenanstalten ist dafür keine Anerkennung für die Ausbildungsstätte notwendig.⁹

8 Vgl. § 2a Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz (KAKuG).

9 Vgl. ÄrzteG § 6a.

4. Sonderfachausbildung – modulares System

Die bisher bestehende Problematik war die, dass nach altem Schema in den Rasterzeugnissen zur Ausbildung eines Sonderfaches meist so viele Inhalte verpackt waren, dass sich diese als nicht vollständig vermittelbar herausstellten. Auch in manchen Häusern war die vollständige Ausbildung einzelner Sonderfächer nur unter besonderen Umständen umsetzbar. Auf Basis der Erfahrungen in der Umsetzung dieser Rasterzeugnisse lässt sich nun sagen, dass eine derartig tiefgreifende Ausbildung über das gesamte Spektrum eines Sonderfaches bei nüchterner Betrachtung schlichtweg unrealistisch war.

Diese bisher gelebte Praxis wird im Zuge der neuen Ärzteausbildung nun in ein neues, zeitgemäßes Ausbildungsschema übertragen. Zwar bleibt der vollständige berufsrechtliche Handlungsrahmen nach Abschluss der Sonderfachgrundausbildung in vielen Fächern bestehen, doch bringt eine anschließende Spezialisierung eine stärkere Abgrenzung mit sich.

Sonderfachausbildung ³	
Vorher	Nachher
Bisher durchlief man im Zuge der Facharztausbildung in einem Sonderfach die Ausbildung im Hauptfach, in Pflichtnebenfächern und in einigen Fällen zusätzlich noch in Wahlnebenfächern. Eine zusätzliche Schwerpunktausbildung erfolgte in Form einer weiteren dreijährigen Ausbildung in einem Additivfach.	Die neu aufgebaute Facharztausbildung erfolgt mehrstufig. In einer Sonderfachgrundausbildung wird eine breite fachspezifische Qualifikation erworben, in der Sonderfach-Schwerpunktausbildung erfolgt dann eine Schwerpunktsetzung, in die auch Inhalte aus bisherigen Additivfächern integriert werden. Eine ergänzende Spezialisierung soll auch weiterhin möglich sein.

Allgemein erfolgt die Ausbildung in den Sonderfächern nun in einem modularen, dreistufigen System.

Stufe 1: Die praktische Basis-Grundausbildung erfolgt, wie bereits erörtert, für alle Mediziner in unmittelbarem Anschluss an das Studium. In enger Abstimmung mit den Inhalten aus dem klinisch-praktischen Jahr soll dabei ein breites medizinisches Basiswissen aus unterschiedlichen Fachgebieten vermittelt werden.

Stufe 2: Es erfolgt eine breite Grundausbildung im Fachgebiet (Sonderfachgrundausbildung), um die grundlegend erforderlichen Fähigkeiten des Fachgebietes zu erlernen. Die Bereitstellung dieser Sonderfachgrundausbildung ist Voraussetzung für eine Anerkennung als Ausbildungsstätte. Der Arzt muss entscheiden können: „Das kann ich diagnostizieren und behandeln, ansonsten ist der Kollege spezialisiert.“ Im Gegensatz zum großflächig absolvierbaren Common Trunk und der Sonderfachgrundausbildung werden Schwerpunktausbildungen im jeweiligen Sonderfach nicht immer an allen Abteilungen zur Gänze abgeschlossen werden können. Nicht an allen Ausbildungsstätten werden sämtliche Schwerpunkte eines Sonderfaches ausbildbar sein.

Einzelne Sonderfächer sind unterschiedlich geregelt. Bei internistischen Fächern dauert die Sonderfachgrundausbildung in der Inneren Medizin 27 Monate, die Sonderfachgrundausbildung in der Chirurgie dauert 15 Monate und die Sonderfachgrundausbildung in anderen Sonderfächern dauert 36 Monate. Mit Ausnahme der chirurgischen Sonderfächer besteht nach Abschluss der Sonderfachgrundausbildung vollständiges berufsrechtliches Handlungsrecht für das gesamte Fach.

Stufe 3: Nach der Sonderfachgrundausbildung erfolgt bereits eine Spezialisierung durch die Schwerpunktausbildung im Sonderfach. Der wissenschaftlichen Gesellschaft wurde der Auftrag erteilt, in jedem Fachgebiet 6 Module auf Basis der jeweiligen Sonderfachgrundausbildung sowie ein fachübergreifendes wissenschaftliches Modul zu entwickeln. Aus diesen 7 Modulen muss der Arzt 3 Module auswählen. Dies stellt einen starken Umbruch im Vergleich zur bisherigen Regelung dar. Zwar war eine derartige Spezialisierung schon bisher oftmals die gelebte Praxis, doch musste der Facharzt bisher zumindest auf dem Papier in allen Teilgebieten seines Sonderfaches breit aufgestellt sein. Dies gilt für Fächer wie zum Beispiel Pathologie, Neurologie etc.

Mit dieser Neuregelung ist grundsätzlich eine Reform der Ausbildung gelungen, die der Realität entspricht und zulässt, dass man nicht in jedem Teilbereich seines Sonderfaches spezialisiert sein muss. Die dadurch legitimierten größeren Spezialisierungen in einzelnen Teilgebieten entsprechen vor allem dem Stand der modernen Medizin und ermöglichen eine zukunftsorientierte Ausrichtung der Sonderfächer. Im Zuge der Ausbildung können unmöglich sämtliche Inhalte abgedeckt werden, die verbleibenden Teilgebiete können weiterhin optional im Zuge von Zusatzausbildungen (Spezialisierung) und Fortbildungen im Anschluss an die Schwerpunktausbildung im Sonderfach ergänzt werden. Dadurch kann eine noch tiefere Spezialisierung erfolgen. Diese kann entweder fachspezifisch oder fachübergreifend sein und soll an die deutsche Ausbildungsordnung angelehnt werden. Die Dauer von ein bis drei Jahren wird sich vor allem an inhaltlichen Anforderungen orientieren.

Internistische Fächer

Etwas anders ist der Ablauf bei internistischen Fächern, in deren Gestaltung von Anfang an besonderer Wert auf einen Weg der Vergleichbarkeit mit Deutschland gelegt wurde. Bisher war es so, dass nach heutigem Verständnis jeder Internist die Ausbildung als Allgemeininternist durchlief und dann durch Additivfächer seine Spezialisierung erlangte. So war ein Kardiologe bisher eigentlich ein Allgemeininternist mit Additivfach Kardiologie.

Im Zuge der neu geregelten Ausbildung in internistischen Sonderfächern kann der Internist nun tatsächlich das Schwerpunktfach Kardiologie wählen. Das Sonderfach allgemeine Innere Medizin wiederum bleibt als eigenständiges Schwerpunktfach weiterhin bestehen.

Bei internistischen Fächern durchläuft der Arzt die Stufe 2 der „breiten Grundausbildung“ für einen Zeitraum von 27 Monaten in der Sonderfachgrundausbildung Innere Medizin.

Bereits nach diesen 27 Monaten Sonderfachgrundausbildung darf der Internist zumindest aus berufsrechtlicher Sicht, genau wie bisher auch, alles machen, was Teil der Inneren Medizin ist. Haftungsrechtlich jedoch kann er sehr wohl belangt werden, wenn er etwas macht, wofür er nicht ausgebildet ist.

Im Anschluss daran folgt in Stufe 3 die 36-monatige Schwerpunktausbildung im internistischen Sonderfach, beispielsweise der Kardiologie oder der Gastroenterologie. Mit Ausnahme des weiterhin bestehen bleibenden Sonderfachs Allgemeine Innere Medizin werden die Sonderfächer aus der Inneren Medizin nicht in frei wählbaren Modulen ausgebildet.

Chirurgische Fächer

In den chirurgischen Fächern dauert die Sonderfachgrundausbildung Chirurgie (Stufe 2) 15 Monate, danach erfolgt in Stufe 3, zumeist ohne Aufsplitterung in Module, die 48-monatige Schwerpunktausbildung in einem der Schwerpunkte:

- Gefäßchirurgie (neu)
- Herzchirurgie
- Kinderchirurgie
- Thoraxchirurgie
- Viszeralchirurgie

Das besondere Verhältnis zwischen der Dauer der Sonderfachgrundausbildung und der anschließenden Spezialisierung in der Chirurgie wurde trotz Gegenvorschlag von verschiedenen Seiten von den wissenschaftlichen Gesellschaften so eingefordert. Aus dieser kürzeren Grundausbildung resultiert auch eine eingeschränkte Berufsberechtigung nach Abschluss der Sonderfachgrundausbildung. Im Gegensatz zu den anderen Sonderfächern haben die hochspezialisierten Chirurgen nach der 15-monatigen Sonderfachgrundausbildung Chirurgie nämlich kein vollkommenes berufsrechtliches Handlungsrecht für das gesamte Sonderfach Chirurgie.

5. Allgemeinmedizin

Lehrpraxis für Allgemeinmedizin ⁴	
Vorher	Nachher
Bisher wurde die praktische Ausbildung vorwiegend in Einrichtungen der allgemeinmedizinischen Erstversorgung und nicht in niedergelassenen allgemeinmedizinischen Arztpraxen vorgenommen.	Zukünftig wird der letzte Abschnitt in der Ausbildung zum Allgemeinmediziner verpflichtend in Lehrpraxen oder Lehrgruppenpraxen zu absolvieren sein, um auf die tatsächliche Arbeit als niedergelassener Hausarzt besser vorzubereiten.

Die neu geregelte Ausbildung für Allgemeinmediziner sieht im Anschluss an die Basisausbildung einen 27-monatigen Spitalsturnus nach Curriculum als Äquivalent zur Sonderfachgrundausbildung (Stufe 2) vor. Im Zuge dieses Spitalsturnus werden aller Voraussicht nach folgende Abteilungen durchlaufen:

- Innere Medizin (9 Monate)
- Kinder- und Jugendheilkunde (3 Monate)
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe (3 Monate)
- Orthopädie und Traumatologie (3 Monate)
- Neurologie (3 Monate)
- Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin (3 Monate)
- Wahlfach (3 Monate) aus einem der Fächer:
 - Haut- und Geschlechtskrankheiten
 - HNO
 - Augenheilkunde und Optometrie
 - Urologie
 - Anästhesie und Intensivmedizin
- Eine verpflichtende Absolvierung von Inhalten für Dermatologie und HNO ist hinsichtlich Umfang und Art der Vermittlung noch in Diskussion.

Neu geregelt wurde im Anschluss an den Spitalsturnus eine verpflichtende Lehrpraxis in der Allgemeinmedizin. Die Dauer dieser verpflichtenden Lehrpraxis soll in den Jahren 2022 und 2027 schrittweise von 6 Monate auf 9 und 12 Monate

ausgedehnt werden und dann zumindest teilweise auch in Ambulanzen absolviert werden können. Nach wie vor ist allerdings die Frage der Finanzierung der Lehrpraxis ungeklärt. Eine öffentliche Finanzierung, wie auch in anderen europäischen Ländern üblich, ist in Österreich noch ausständig. Die dafür verantwortlichen Länder scheiterten bisher an der Aufbringung der dafür erforderlichen rund 9 Mio. Euro. Ein Arzt mit abgeschlossenem Studium, der im Zuge seiner Weiterbildung zum Allgemeinmediziner während des Spitals-Turnus bereits Leistung erbringt und ein Einkommen bezieht, sollte derzeit aus Sicht der öffentlichen Hand seine Ausbildung zum Allgemeinmediziner in der Lehrpraxis nahezu unentgeltlich abschließen. Alternativ wird vorgeschlagen, der niedergelassene Mediziner, bei dem die Lehrpraxis absolviert wird, soll den in Ausbildung befindlichen Arzt aus eigenen Mitteln bezahlen – ohne jedoch von der Krankenkasse höhere Mittel zur Verfügung gestellt zu bekommen oder zusätzliche Leistungen in Rechnung stellen zu können. Beispielgebend für eine mögliche Regelung dieser Finanzierungsfrage sei an dieser Stelle das Modell der Vorarlberger Lehrpraxis erwähnt, das in dieser Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik ebenfalls detailliert dargestellt wird.

Aufgrund dieser uneindeutigen Regelung wird es wohl zusätzlich zur bestehenden Nachwuchsproblematik schwierig werden, in naher Zukunft junge Ärzte zu finden, die den Beruf des Allgemeinmediziners anstreben wollen. Viele Kollegen werden sich gegen eine solch ungewisse Zukunft entscheiden, solange die Bezahlung im letzten Ausbildungsabschnitt nicht sichergestellt ist, wenn gleichzeitig als Facharzt in einem Sonderfach sowohl ein sicheres Gehalt als auch ein sicherer Job winken.

Monate	AM	Internist. Fächer	Chirurgische Fächer	Andere Fächer	
72		36 Monate Schwerpunkt Kardio Gastro Lunge Nephro etc.	36 Monate Allgemeine Innere Medizin in Modulen	48 Monate Schwerpunktausbildung in einem dieser Schwerpunkte: Gefäßchirurgie Herzchirurgie Kinderchirurgie Thoraxchirurgie Viszeralchirurgie	27 Monate in 3 Modulen Schwerpunktausbildung im Sonderfach
48	Lehrpraxis				
42	Lehrpraxis				
36					
24	27 Monate Spitals-turnus	27 Monate Sonderfach-grundausbildung Innere Medizin	15 Monate Sonderfach-grundausbildung Chirurgie	36 Monate Sonderfach-grundausbildung	
9	Basisgrundausbildung				

Abbildung 1: Ausbildungsschema Neu

6. Ausbildungsstellen

Um als Ausbildungsstätte eine Ausbildungsstelle zu erhalten, müssen Basisausbildung und Grundausbildung für Sonderfächer oder Allgemeinmedizin angeboten werden. Wenn zusätzlich drei Module aus der Schwerpunktausbildung in den Sonderfächern angeboten werden, handelt es sich um eine Vollausbildungsstätte. Es müssen nicht alle Module angeboten werden, um als Vollausbildungsstätte zu gelten. Aus diesem Grund wird im Zuge der Aus- und Weiterbildung zukünftig eine vermehrte Rotation erforderlich sein. Dies schafft vor allem dienstrechtliche Anforderungen, um Benachteiligungen auszuschließen.

Derartige Rotationen müssen von vornherein planbar sein. Besonders für junge Familien ist es wichtig, bereits am Beginn der Ausbildung über den Rotationsverlauf Bescheid zu wissen. Es muss von vornherein vorhersehbar sein, wann welcher Abschnitt in welchem Krankenhaus absolviert werden kann.

Besonders durch das Kennenlernen verschiedener Krankenanstalten mit unterschiedlichem Versorgungsauftrag wird das Wissen erweitert, und es werden unterschiedliche Zugangsweisen zu Problemen vermittelt. Diese Rotationen werden hilf- und lehrreich sein – und erweitern mit Sicherheit weit mehr als nur den medizinischen Horizont.

Neu und begrüßenswert ist auch, dass sich Ausbildungsstätten nach Vorbild der Schweiz alle 7 Jahre einem Rezertifizierungsprozess unterziehen müssen. Dabei wird überprüft, ob den Anforderungen hinsichtlich Qualitätskriterien, Voraussetzungen und Strukturqualitätskriterien nach wie vor entsprochen wird.¹⁰

Anerkennung von Ausbildungsstätten ⁵	
Vorher	Nachher
Für die allgemeinmedizinische Ausbildung waren Krankenanstalten bisher für einen unbefristeten Zeitraum anerkannt.	Zukünftig werden für über die Basisausbildung hinausgehende Ausbildungsstellen Abteilungen oder Organisationseinheiten für eine Dauer von 7 Jahren befristet. Danach erfolgt eine erneute Antragstellung und eine Überprüfung der Qualifikationen durch die Ärztekammer.

¹⁰ Vgl. § 10 ÄrzteG (7); § 13a.

7. Herausforderungen der neuen Ausbildung

Mit Einführung des klinisch-praktischen Jahres als Teil des Studiums wird an den Unis bereits sehr praxisbezogen unterrichtet. Im Rahmen eines Kompetenzlevelkataloges wurde festgelegt, welche Fertigkeiten ein Arzt nach praktischen Stationen wie der Famulatur oder dem klinisch-praktischen Jahr beziehungsweise nach erfolgter Approbation beherrschen soll.¹¹ Anhand dessen muss festgelegt werden, welche weiteren Kompetenzen für seine ärztliche Ausbildung noch erforderlich sind. Diese sollen dann in der Basisausbildung, die der erste Schritt der postpromotionellen ärztlichen Ausbildung ist, vermittelt werden. Um den Nutzen aus diesen praktischen Ausbildungsschritten zu maximieren, ist eine penible Abstimmung zwischen universitärer Ausbildung und postpromotioneller Weiterbildung erforderlich. An den Universitäten muss gelehrt werden, was nicht nach erfolgter Approbation ausgebildet wird, und umgekehrt. Einer solchen fortwährenden Rückkopplung ist ein besonderer Stellenwert einzuräumen, um den sich laufend ändernden Anforderungen auch in Zukunft gerecht zu werden. Spätestens nach der Basisausbildung trifft die Ärztin die Entscheidung, in welche Richtung sie gehen möchte, und kann dabei auf einen Erfahrungsschatz aus vielen medizinischen Bereichen zurückgreifen.

Wichtig ist, dafür zu sorgen, dass die in den Rasterzeugnissen vorgegebenen Ziele auch tatsächlich umsetzbar und vermittelbar sind. Sowohl die vorgeschriebenen Operationen als auch die notwendigen Fallzahlen müssen erreichbar sein. Es hat keinen Sinn, Rasterzeugnisse nach höchsten medizinischen Anforderungen auszugestalten, wenn eine derartig spezielle Ausbildung in Österreich weder großflächig sinnvoll noch möglich ist. Dies erfordert einen feingefühligen Spagat zwischen medizinischer Qualität und tatsächlicher Machbarkeit.

Eine große Herausforderung besteht in der Schaffung von Strukturen, die gewährleisten, dass geforderte Inhalte auch entsprechend vermittelbar sind. Es wird Aufgabe der Krankenhausträger sein, die erforderliche Rotation zu organisieren und Ausbildungsverbände zu schaffen, um den jungen Ärzten einen reibungslosen Ablauf der Ausbildung ohne Zeitverlust zu ermöglichen. Nur so können die qualitativen und quantitativen Anforderungen aus den Rasterzeugnissen erfüllt werden.

11 <http://kpj.meduniwien.ac.at/fileadmin/kpj/oesterreichischer-kompetenzlevelkatalog-fuer-aerztliche-fertigkeiten.pdf>

Und nur so werden Ausbildungsstätten für junge Medizinerinnen attraktiv sein können.

Zusammengefasst stellen folgende Punkte die größten Herausforderungen an die neue Ärzteausbildung dar und werden schlussendlich bestimmen, ob die beschlossene Reform tatsächlich Verbesserungen herbeiführen kann oder den Istzustand prolongiert.

Qualität der Ausbildung: Die Qualität der Ausbildung muss fortwährend den hohen wissenschaftlichen Anforderungen entsprechen, um den Standort Österreich als Ausbildungsland attraktiv zu halten und weiterhin eine Versorgung auf höchstem Niveau zu gewährleisten.

Auswahl und Vermittlung der Inhalte: Für eine Aufrechterhaltung einer hohen Ausbildungsqualität ist es unerlässlich, Inhalte festzulegen und Abläufe zu planen, um eine aufbauende Ausbildungsstruktur mit planbaren Ausbildungsverläufen sowohl für die Ausbildungsstätten als auch für auszubildende Ärzte zu schaffen.

Umsetzbarkeit der Vorgaben aus den Rasterzeugnissen: Eine besondere Herausforderung liegt in der Sicherstellung der Umsetzbarkeit der Vorgaben in den Rasterzeugnissen. Die Rotation von Ärzten in Ausbildung über unterschiedliche Ausbildungsstätten wird ein unerlässlicher Bestandteil sein, um sich sämtliche Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in den Rasterzeugnissen vorgegeben sind, anzueignen. Von Seiten der Träger ist sicherzustellen, dass die Vorgaben in Form von Kooperationen und Ausbildungsverbänden umgesetzt werden, ohne unnötige Verzögerungen herbeizuführen. Andernfalls werden Ausbildungsstellen unbesetzt bleiben.

Universitäre und postpromotionelle Zusammenarbeit und Abstimmung: Um Ausbildung auf hohem Niveau in effizienter Manier zu bieten, ist es wichtig, auf fortwährende Rückkopplungen zwischen dem universitären und dem postpromotionellen Sektor Wert zu legen. Nur durch permanente Zusammenarbeit und Abstimmung wird es möglich sein, einen optimalen Ausbildungsverlauf sicherzustellen.

Quellenverzeichnis

<http://www.aerztekammer.at/rasterzeugnisse> Rasterzeugnisse der ÖÄK - abgerufen am 11.2.2015

http://www.aerztekammer.at/documents/10431/44620/KEF_RZ_VO_Kundmachung.pdf/c1ec75c1-3fb7-46f5-bd83-f314502d6437?version=1.1&t=1320416218000 Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse und Prüfungszertifikate (KEF und RZ VO) – abgerufen am 11.2.2015

<http://kpj.meduniwien.ac.at/fileadmin/kpj/oesterreichischer-kompetenzlevelkatalog-fuer-aerztliche-fertigkeiten.pdf> Österreichischer Kompetenzlevelkatalog für Ärztliche Fertigkeiten - abgerufen am 11.2.2015

http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/J/J_02482/fname_365782.pdf parlamentarische Anfrage der Abgeordneten Dr. Belakowitsch-Jenewein, Dr. Karlsböck und weiterer Abgeordneter an die Bundesministerin für Gesundheit betreffend offene Fragen zur Ärzteausbildung im Zusammenhang mit der geplanten Novelle des Ärztegesetzes – abgerufen am 11.2.2015

http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/AB/AB_02447/imfname_375080.pdf Dr. Sabine Oberhauser, MAS, Bundesministerin für Gesundheit beantwortet die parlamentarische Anfrage der Abgeordneten Dr. Belakowitsch-Jenewein, Dr. Karlsböck und weiterer Abgeordneter – abgerufen am 11.2.2015

http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/L_00268/fname_365390.pdf Wirkungsorientierte Folgenabschätzung zum Bundesgesetz, mit dem das Ärztegesetz 1998 geändert wird – abgerufen am 11.2.2015

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138> Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztegesetz 1998, Fassung vom 11.02.2015 – abgerufen am 11.2.2015

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004879> Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006, Fassung vom 11.02.2015 – abgerufen am 11.2.2015

Dr. med. Dagmar Schneider

Fachärztin für Allgemeinmedizin,

*Leiterin Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin, Bayerische
Landesärztekammer München*

Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland

1. Vorbemerkung	27
2. Rolle des Hausarztes im deutschen Gesundheitssystem	27
3. Hausarztmangel in Deutschland	28
4. Aktuelle Diskussion zur hausärztlichen Versorgung	29
5. Geschichtlicher Abriss zur Weiterbildung Allgemeinmedizin	30
6. Weiterbildung Allgemeinmedizin aktuell	31
7. Aktuelle Diskussion zur Weiterbildung Allgemeinmedizin	34
8. Maßnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung	35
9. Situation der Allgemeinmedizin an den Universitäten	37
10. Finanzielle Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin	38
11. Lösungsansatz Verbundweiterbildung	39
12. Fazit/Ausblick	42
Literaturverzeichnis	43

Die Weiterbildung zum Allgemeinarzt in Deutschland dauert fünf Jahre und wird mit einer mündlichen Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin bei der zuständigen Ärztekammer abgeschlossen. Zeitliche und inhaltliche Bestimmungen werden durch die jeweilige Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern der Bundesländer vorgegeben. Die Weiterbildung setzt sich aus obligaten und fakultativen Abschnitten in Klinik und Praxis zusammen. Dies beinhaltet einerseits individuelle Freiheiten, andererseits Barrieren, sich die dadurch notwendigen Stellenwechsel selbst zu organisieren. Dies führt nicht selten zu einer über die fünf Jahre hinaus deutlich verlängerten Weiterbildungszeit. Um den Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) eine verlässliche Rotation mit nahtlosen Übergängen zwischen allen Abschnitten zu gewährleisten, haben sich Weiterbildungsverbände als regionale Kooperation von Kliniken und Praxen etabliert.

Die Weiterbildung zum Allgemeinarzt wird seit den 90er Jahren von den Krankenkassen finanziell gefördert, im ambulanten Bereich zusätzlich von den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Trotz dieser strukturellen und finanziellen Maßnahmen wählen wenige junge Ärztinnen und Ärzte die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin. In den letzten Jahren konnte der Trend beobachtet werden, dass lediglich 10 % aller Facharztanerkennungen im Fach Allgemeinmedizin erfolgten. Als Folge können frei werdende Hausarztsitze oftmals nicht mehr besetzt werden. Neben der weiteren Optimierung von Weiterbildung und deren Finanzierung muss die Allgemeinmedizin entsprechend ihrer Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung der Gesellschaft im Studium mehr verankert werden. Auch die politischen Rahmenbedingungen bezüglich Arbeits- und Niederlassungsformen sowie der Vergütungssituation bedürfen weiterer Verbesserung, um die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit zu steigern.

1. Vorbemerkung

An den Anfang eine Begriffsbestimmung: in Deutschland wird zwischen ärztlicher Aus- und Weiterbildung unterschieden: Unter Ausbildung wird das Studium verstanden, das mit dem Staatsexamen und der Approbation als Arzt beendet wird. Unter Weiterbildung wird der Erwerb der Qualifikation als Facharzt nach Erteilung der Approbation verstanden. Ärztliche Weiterbildung erfolgt in Deutschland auf der Grundlage der von der Bundesärztekammer erstellten Muster-Weiterbildungsordnung¹². Entsprechend der föderalen Struktur Deutschlands setzt jede Landesärztekammer die Muster-Weiterbildungsordnung länderspezifisch um. Insofern gibt es Unterschiede der Weiterbildungsgänge in den einzelnen Bundesländern. In meiner Eigenschaft als Leiterin der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin bei der Bayerischen Landesärztekammer werde ich mich – wenn nicht anders erwähnt – in meinen Ausführungen auf die bayerische Situation stützen.

2. Rolle des Hausarztes im deutschen Gesundheitssystem

Die hausärztliche Versorgung im deutschen Gesundheitswesen erfüllt wesentliche Funktionen einer gesundheitlichen Primärversorgung. Grundsätzlich besteht in Deutschland freie Arztwahl und so auch der freie Zugang zur ambulanten spezialistischen Versorgungsebene. Der Sachverständigenrat Gesundheit legte in einem Sondergutachten 2009 eine Analyse des deutschen Gesundheitssystems in Bezug auf die hausärztliche Versorgung vor. Es wurde festgestellt, dass über 90 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland einen Hausarzt haben, im Alter über 65 Jahre sogar 96 %. Dabei handelt es sich in 83 % der Fälle um einen Facharzt für Allgemeinmedizin. Allgemeinmediziner sind die am häufigsten konsultierte Fachgruppe. Es wurde aber auch beschrieben, dass das deutsche Gesundheitswesen noch stark von Mustern der fachärztlich-spezialistischen Versorgung geprägt sei.¹³

12 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf

13 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=192>

Gerlach (2013) beschreibt, dass der Hausarzt in jedem Gesundheitssystem eine sehr wichtige Lotsen- und Filterfunktion hat. Diese Rolle sei zwar wichtig, werde aber quantitativ überschätzt. Die Rolle des Hausarztes gehe über ein reines Lotsen und Filtern weit hinaus: Etwa 90 bis 95 % aller Patientenanliegen würden abschließend in der Hausarztpraxis geklärt. Nur 5 bis 10 % würden an einen Spezialisten überwiesen oder ins Krankenhaus eingewiesen. Der Hausarzt sei also derjenige, der gerade beim multimorbiden und chronisch kranken Patienten einen großen Teil der Versorgungslast trage.¹⁴

Daraus kann abgeleitet werden, dass die hausärztliche Versorgung in Deutschland vor erheblichen Herausforderungen steht. Neben der Zunahme der Versorgungslast durch chronische Krankheit und Multimorbidität aufgrund der älter werdenden Bevölkerung ist hier der drohende und zum Teil schon eingetretene Nachwuchsmangel zu nennen.

3. Hausarztmangel in Deutschland

Der nicht nur in Deutschland zu konstatierende zunehmende Hausarztmangel hat viele Ursachen. Es beginnt bei der demographischen Entwicklung der Bevölkerung und der diesbezüglich problematischen Altersstruktur bei den Hausärzten selbst – mehr als ein Viertel der Hausärzte ist über 60 Jahre alt¹⁵ und wird daher voraussichtlich innerhalb der nächsten Jahre in Rente gehen. Zeitgleich nimmt der Anteil der chronisch kranken und multimorbiden Patienten, die eine Versorgung durch Generalisten benötigen, an der Bevölkerung zu.

Die Reputation der Allgemeinmedizin an den Universitäten ist ein weiteres wichtiges Feld. Zu wenige Studierende wählen nach dem Examen die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin. In Deutschland wurden 2013 lediglich 10 % aller Facharztprüfungen in der Allgemeinmedizin abgelegt.¹⁶ Damit kommen deutlich zu wenig junge Allgemeinmediziner nach, um die in den nächsten Jahren zu erwartenden frei werdenden Stellen in Hausarztpraxen zu übernehmen und weiterzuführen.

14 <http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/aktuelles/presse/presse13/presse054-13.pdf>

15 <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf>

16 <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf>

Die politischen Rahmenbedingungen bzgl. Honorierung, Arbeitsbedingungen mit Aspekten wie Bereitschaftsdienste und bürokratische Anforderungen sowie neue Niederlassungsformen und die Stellung innerhalb der Selbstverwaltung haben ebenfalls einen wesentlichen Einfluss.

4. Aktuelle Diskussion zur hausärztlichen Versorgung

Trotz eines Bündels an Maßnahmen zur Förderung der Allgemeinmedizin auf vielen Ebenen existiert ein Unterversorgungsproblem im hausärztlichen Bereich. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen konstatiert in seinem aktuellen Gutachten 2014 eine gefährdete ärztliche Versorgungssituation insbesondere in strukturschwachen, ländlichen Regionen.¹⁷

Dass die Einschätzungen zum Ärztebedarf zum Teil weit auseinandergehen und die Definition von Bedarf schwierig und komplex ist, soll hier nicht verschwiegen werden. Schmacke geht in seinem Gutachten zur Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland 2013 ausführlich darauf ein.¹⁸

Neben der ungleichen Verteilung der Ärzte zwischen Stadt und Land und innerhalb der Städte zwischen ökonomisch bessergestellten und problematischeren Stadtvierteln bleibt die Verschiebung des Verhältnisses niedergelassener Generalisten zu Spezialisten unbestritten. Während ein Anteil von etwa 60 % an Generalisten für eine funktionierende ärztliche Versorgung der Bevölkerung als notwendig angenommen wird¹⁹, liegt der Anteil aktuell bei etwa 40 %²⁰. Gerlach erwähnt eine Zunahme der Zahl niedergelassener Spezialisten von 1993 bis 2011 um 54 %, während die Zahl der Generalisten um 9 % abgenommen habe.²¹ Er resümiert, dass dem Sachverständigenrat kein Gesundheitssystem auf der Welt bekannt sei, das eine Versorgung mit 90 % Spezialisten und 10 % Generalisten aufrechterhalten könne. Die beschriebene Entwicklung des Quotienten Spezialisten zu Generalisten spiegele jedoch nicht einen Bedarf wider, sondern in hohem Maß die

17 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>

18 Schmacke, (2013)

19 <http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/aktuelles/presse/presse13/presse054-13.pdf>

20 <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf>

21 <http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/aktuelles/presse/presse13/presse054-13.pdf>

jeweilige spezifische Wertschätzung und Durchsetzungskraft unterschiedlicher Arztgruppen, so Schmacke.²²

Angesichts des zu erwartenden Hausärztemangels finden sich in der aktuellen Diskussion Themen wie Entlastung der Hausärzte durch spezifisch fortgebildete Fachkräfte und damit Stärkung der Zuständigkeiten nicht ärztlicher Mitarbeiter, multiprofessionelle Organisations- und Kooperationsformen sowie die Realisierung neuer Versorgungsmodelle. Gleichwohl wird der Hausarzt auch in Zukunft zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Primärversorgung weiterhin seinen zentralen Platz im Gesundheitssystem haben.

5. Geschichtlicher Abriss zur Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kaum ein Fachgebiet hat in den letzten 25 Jahren eine solche Vielzahl von Änderungen im Weiterbildungsangang durchlaufen wie die Allgemeinmedizin. „Allgemeinmedizin“ wurde 1969 als Gebiet in die Weiterbildungsordnung (WO) aufgenommen mit einer 4-jährigen Mindest-Weiterbildungszeit, die 1993 durch eine dreijährige Weiterbildung mit zusätzlich 240 Stunden Seminarweiterbildung ersetzt wurde. Ab diesem Zeitpunkt war es auch für Allgemeinärzte möglich, die Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ zu führen. Ab 1999 galt eine Mindestweiterbildungszeit von 5 Jahren (mit zusätzlich 80 Stunden Seminarweiterbildung). In der WO 2004 wurde der „Facharzt für Allgemeinmedizin“ dann durch den „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ abgelöst. Zu erwerbende Inhalte und zu absolvierende Zeiten wurden deutlich geändert. Seit 2010 gilt jedoch wieder die zu erwerbende Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“. Die zu erwerbenden fachlichen Kompetenzen und Inhalte sind in den zur WO gehörenden Richtlinien ausgeführt.

Die frühere Bezeichnung „Praktischer Arzt“, für die man ab 1989 eine zweijährige „Ausbildung“ in Klinik und Praxis nachweisen musste, konnte auf Antrag mit einer Frist bis 30.09.1995 zum Facharzt für Allgemeinmedizin umgeschrieben werden, sofern sechs Jahre praktische Tätigkeit vor 1993 nachgewiesen werden konnten. Danach konnten Praktische Ärzte im Rahmen einer Übergangsregelung

22 Schmacke, (2013)

bis 31.07.2007 zur Prüfung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin zugelassen werden, wenn sie acht Jahre hausärztliche Tätigkeit nachweisen konnten, und sie konnten so ebenfalls den Facharztstitel erwerben.

Für eine kassenärztliche Niederlassung brauchte man ab 01.01.1994 eine mindestens 3-jährige Weiterbildung (eine Ausnahme galt für prakt. Ärzte, die diese Bezeichnung bis 31.12.1995 erworben hatten (SGB V § 95a Abs. 4)). Seit 1.1.2006 ist jedoch für jede Neuniederlassung der erfolgreiche Abschluss einer fünfjährigen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin Voraussetzung.

6. Weiterbildung Allgemeinmedizin aktuell

6.1. Grundlagen

Bundesweit einheitlich beträgt die Mindestweiterbildungszeit 60 Monate (auf eine Vollzeittätigkeit bezogen). Die Weiterbildung muss unter der Leitung eines zur Weiterbildung nach aktuell gültiger WO befugten Weiterbildungers („Weiterbildungsbefugten“) an einer entsprechenden Weiterbildungsstätte erfolgen. Im Wortlaut der aktuellen Bayerischen Weiterbildungsordnung 2004 i.d.F. 2013 beinhalten die 60 Monate²³:

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin, davon können bis zu
 - 18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (auch 3 Monatsabschnitte) auch im ambulanten Bereich angerechnet werden,
 - 24 Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung,

23 http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO_2004/download/WO%202004_2012%2010.pdf#page=14&pagemode=bookmarks&view=FitB

davon können bis zu

- 6 Monate in Chirurgie (auch 3 Monatsabschnitte) angerechnet werden. Hierauf können bis zu 6 Monate (auch 3 Monatsabschnitte) in Kinder- und Jugendmedizin bei

einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der gemäß § 73 Abs. 1a Nr. 2 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, angerechnet werden.

- 80 Stunden Kursweiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Psychosomatischer Grundversorgung

Obligat sind demnach 18 Monate stationär in der Inneren Medizin. Die weiteren 18 Monate der dreijährigen Basisweiterbildung können in allen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung absolviert werden, als da sind: Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Humangenetik, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Strahlentherapie, Urologie (WO 2004 § 2a (7)).

Die Reihenfolge der zu absolvierenden Abschnitte ist nicht vorgeschrieben.

Ein besonderes Thema ist die Weiterbildung in Teilzeit. Eine Weiterbildung in Teilzeit muss hinsichtlich Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen an eine ganztägige Weiterbildung entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt. Die Weiterbildung kann mit mindestens 12 Stunden pro Woche bis zur Hälfte der in den Abschnitten B und C geforderten Mindestweiterbildungszeit erfolgen. Die Weiterbildungszeit verlängert sich entsprechend (WO 2004 § 4 (6)).

Diese in Bayern als einzigem Bundesland in Deutschland 2013 neu eingeführte Regelung trägt u.a. den Bedürfnissen von Eltern Rechnung, die aufgrund der familiären Situation zeitweise nicht in Vollzeit arbeiten können oder möchten. Eine entsprechende Neuregelung betrifft auch die Anrechnung von Weiterbildungsabschnitten, die kürzer sind als 3 Monate; hier können in Bayern ebenfalls seit 2013 drei solcher Abschnitte auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden.

Eine weitere Möglichkeit, den Facharzt für Allgemeinmedizin zu erwerben, besteht seit 2013 im sogenannten Quereinstieg. Die Übergangsregelung (Bayern) besagt, dass Ärztinnen und Ärzte, die bereits einen Facharztstitel in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung erworben haben, nach 24 Monaten Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung und Absolvierung der 80-stündigen Kursweiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung bei Nachweis aller obligatorischen Weiterbildungsinhalte zur Facharztprüfung Allgemeinmedizin zugelassen werden. Diese Regelung gilt vorerst bis zum 31.12.2015.

6.2. Herausforderungen des Weiterbildungsgangs

So vielfältig die Möglichkeiten des Weiterbildungsgangs Allgemeinmedizin sind, so beinhaltet er doch strukturell spezifische Schwierigkeiten. Anders als in anderen Gebieten, bei denen die komplette Weiterbildung potentiell an einer Weiterbildungsstätte absolviert werden kann (z.B. die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin an einer einzigen Klinik mit Rotation durch die verschiedenen internistischen Abteilungen), müssen sich die Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin immer wieder neue Stellen für die vorgeschriebenen Weiterbildungsabschnitte in den verschiedenen Versorgungsbereichen suchen. Oft ist es schwierig, direkte Anschlussstellen zu finden, Stellenwechsel können mit der Notwendigkeit eines Umzugs verbunden sein, und es kann zu „Leerzeiten“, d.h. Arbeitslosigkeit zwischen zwei Stellen, kommen. Nicht selten verbleiben die Weiterzubildenden länger an einer Stelle, als es nach Weiterbildungsordnung notwendig wäre, bis sie eine neue Stelle gefunden haben. Dies zusammen mit den erwähnten „Leerzeiten“ führt zu einer bis zu doppelt so langen Weiterbildungszeit als vorgesehen.

7. Aktuelle Diskussion zur Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Struktur des Weiterbildungsgangs Allgemeinmedizin spielt somit eine wesentliche Rolle in der aktuellen Diskussion der Weiterbildung. Neben dem Problem der zeitlichen Abfolge besteht ein weiteres Problem darin, dass die nachzuweisenden Weiterbildungsinhalte, die aktuell durch eine Aufzählung vieler Untersuchungs- und Behandlungsverfahren mit bestimmten Richtzahlen festgelegt sind, teils schwer zu erwerben sind.

Der Deutsche Ärztetag hat die Bundesärztekammer (BÄK) 2012 beauftragt, eine Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) vorzunehmen, die mehr an Kompetenzen ausgerichtet sein soll. In einem ersten Durchgang wurden die Fachgesellschaften und Berufsverbände von der BÄK aufgefordert, ihre Vorschläge einzubringen. Bezüglich der Allgemeinmedizin liegt ein Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) vor, der mit dem Deutschen Hausärzterverband (DHÄV) abgestimmt wurde. In Orientierung am Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin und an internationalen Gepflogenheiten wurde vorgeschlagen, die Bezeichnung Familienmedizin mit in die Gebietsbezeichnung aufzunehmen. Danach soll die Bezeichnung zukünftig „Facharzt für Allgemein- und Familienmedizin“ heißen. Im Weiteren wurden in diesem Vorschlag die zeitlichen Vorgaben geändert und die Inhalte in Kompetenzblöcken beschrieben,^{24, 25}

Nach Einholen der Vorschläge von Fachgesellschaften und Berufsverbänden erfolgt aktuell die Abstimmung des ersten Entwurfs der neuen MWBO zwischen Landesärztekammern und Bundesärztekammer.

24 http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/Erlaeuterungen_zum_Vorschlag_zur_neuen_Musterweiterbildungsordnung_der_DEGAM_20130908.pdf

25 http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/DEGAM_MWBO_AM_2013.pdf

8. Maßnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

Das Ansehen des Hausarztes in der Bevölkerung ist nach wie vor hoch: In einer Studie des Meinungsforschungsinstituts forsa vom September 2014 wurde nach der Rolle des Hausarztes gefragt: 94 % aller Deutschen schätzen die Rolle des Hausarztes im Zentrum der Versorgung als besonders wichtig ein. Fast ebenso viele, nämlich 91 %, gaben an, dass sie einen festen Hausarzt haben.²⁶ Auch auf politischer Ebene wird die herausragende Bedeutung der Hausärzte für die Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung der Bevölkerung anerkannt. Angesichts des drohenden bzw. regional bereits eingetretenen Hausarztmangels werden von staatlicher Seite bereits diverse Maßnahmen ergriffen, ob das die finanzielle Unterstützung von Studierenden ist, die sich verpflichten, nach dem Studium ihre Weiterbildung auf dem Land zu absolvieren, ob das die Förderung innovativer Versorgungsmodelle wie z.B. Telemedizin ist oder ob das die finanzielle Unterstützung von Niederlassungen auf dem Land ist oder die finanzielle Unterstützung von Kompetenzzentren Allgemeinmedizin – ähnliche Beispiele verschiedener Größenordnung ließen sich weiter aufzählen.

Aktuell diskutiert wird der Gesetzentwurf für eine Änderung des Sozialgesetzbuches V (GKV- Versorgungsstrukturgesetz („Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VSG)).²⁷ Um auch in Zukunft eine flächendeckende und möglichst gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen, sollen die im GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2012 vorgesehenen Möglichkeiten ausgebaut und ergänzt werden. Die Allgemeinmedizin soll mithilfe verschiedener Vorgaben gefördert werden. So ist eine zusätzliche Finanzierung von Weiterbildungsstellen vorgesehen. Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit mindestens 7.500 betragen. Auch ist vorgesehen, dass die Kassennärztlichen Vereinigungen die zu fördernden Stellen nicht begrenzen dürfen. Geschätzt wird, dass durch die vorgesehene zusätzliche Förderung von Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin in der gesetzlichen Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 25 bis 30 Millionen Euro entstehen. Im Weiteren soll es in Zukunft zulässig sein, reine Hausarzt-MVZs (Medizinische Versorgungszentren) zu gründen. Dies käme dem zunehmenden Wunsch nach kooperativen Versorgungsformen und der Möglichkeit, auch im ambulanten Bereich im Angestelltenstatus tätig zu sein, entgegen. Bisher war es Hausärzten

26 <http://www.allgemeinarzt-online.de/aus-den-verbaenden/a/1677986>

27 <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/v-y/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html>

lediglich möglich, Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften zu bilden, in denen jeder einzelne Arzt seine eigene Zulassung besitzt. „Medizinisches Versorgungszentrum“ bedeutete bislang eine fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung, in der Vertragsärzte und auch angestellte Ärzte tätig werden konnten. Es mussten jedoch immer mindestens zwei Fachrichtungen vertreten sein, was die Umsetzung gerade in ländlichen Gebieten oft schwierig machte. Im Weiteren wird durch das neue GKV-VSG die Fraktion der Hausärzte innerhalb der Selbstverwaltung gestärkt.

Um die Rahmenbedingungen der ambulanten Tätigkeit zu verbessern, wurden von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen ebenfalls bereits diverse Maßnahmen ergriffen. Dazu gehören – nach Bundesländern unterschiedlich – die Aufhebung der Residenzpflicht, der Schutz vor Regressen und die Neuordnung des Bereitschaftsdienstes. (Unter Regress wird eine Strafzahlung verstanden, die von einer Prüfungskommission angeordnet werden kann, wenn ein Arzt – im Vergleich zu seinem Fachgruppendurchschnitt – das durch Festlegung sog. Richtgrößen berechnete Arznei-, Hilfs- oder Heilmittelbudget signifikant überschritten hat. Dies kann für den einzelnen Arzt u.U. eine existentielle Bedrohung bedeuten.) Die ergriffenen Maßnahmen im Einzelnen zu beschreiben, würde allerdings den Rahmen dieses Artikels sprengen.

Nicht unerwähnt bleiben soll die Einkommenssituation der Hausärzte. Im Vergleich mit den niedergelassenen Spezialisten rangieren Hausärzte im unteren Bereich. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2013 gab es bei den Arzteinkommen je nach Fachrichtung große Unterschiede.²⁸ Im Einkommen vergleichbar mit den Allgemeinärzten sind Kinder- und Jugendärzte, die ebenfalls der hausärztlichen Versorgungsebene zugerechnet werden. Durch Add-on-Verträge und Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) hat sich die Einkommenssituation in den letzten Jahren verbessert. Der Sachverständigenrat hält in seinem Gutachten jedoch „entsprechend der Forderung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) eine relative Besserstellung der Vergütung von Hausärzten und anderen beratungsintensiven, patientennah erbrachten Leistungen für erforderlich. Angesichts eines derzeit bis zu einem Drittel niedrigeren Durchschnittseinkommen von Hausärzten bei gleichzeitig höherer Wochenarbeitszeit gegenüber mehreren anderen Facharztgruppen dürften zur Kompensation dieser Nachteile, insbesondere für eine Tätigkeit in schwach strukturierten Regionen, Anreize durch deutliche Vergütungsverbesserungen erforderlich sein.“²⁹ Entsprechende Vorschläge werden derzeit diskutiert.

28 https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/DienstleistungenFinanzdienstleistungen/Kostenstruktur/KostenstrukturAerzte2020161119004.pdf?__blob=publicationFile

29 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>

9. Situation der Allgemeinmedizin an den Universitäten

Für die Wahrnehmung und Wertschätzung der Allgemeinmedizin ist die Repräsentanz des Fachs an den Universitäten von herausragender Bedeutung. In Deutschland ist die Allgemeinmedizin an allen 36 medizinischen Fakultäten mit Lehrbereichen oder Universitätsabteilungen (Institute) vertreten. An 20 Standorten existieren Professuren, an acht Standorten Honorarprofessuren.³⁰ Auch wenn angestrebt werden sollte, dass an allen medizinischen Fakultäten selbständige Lehrstühle bzw. Institute für Allgemeinmedizin eingerichtet werden sollten, besteht mittlerweile eine gute Präsenz der Allgemeinmedizin an den Universitäten. Positiv für die Präsenz war auch, dass 2012 durch die Novelle der Approbationsordnung eine 4-wöchige Pflichtfamulatur in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung eingeführt wurde. Ebenfalls wurde das obligate Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin von einer auf zwei Wochen erhöht. Tendenziell bekommt die Allgemeinmedizin dadurch einen höheren Stellenwert, was sich auf lange Sicht positiv auf die Sichtweise und Einschätzung dieses Fachs und ggf. die spätere Gebietswahl durch die Studierenden auswirkt.

Der Sachverständigenrat führt in seinem Gutachten 2014 darüber hinaus weitere Maßnahmen auf, die zu einer Stärkung des Fachs Allgemeinmedizin ergriffen werden sollten: (a) die Einführung eines Pflichtquartals in akademischen Lehrpraxen für Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr einschließlich einer entsprechenden finanziellen Förderung, (b) die Überprüfung von Zulassungskriterien für Studienplatzbewerber mit dem Ziel einer vermehrten Rekrutierung von Studierenden, die nach Abschluss ihres Studiums bereit sind, eine Weiterbildung bzw. Tätigkeit im hausärztlichen Bereich aufzunehmen und (c) eine finanzielle Unterstützung von Universitäten, denen es gelingt, die Motivation für eine Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin gezielt zu stärken.³¹

Erwähnenswert ist, wie Schmacke in seinem Gutachten 2013 schreibt, dass nach wie vor bei Studierenden große Unklarheit darüber herrsche, was das Spezifische an der Allgemeinmedizin sei – allerdings hätten auch ÄiW oft nur vage Vorstellungen davon und selbst tätigen Hausärzten falle es schwer, das Spezifische der Allgemeinmedizin im Kanon der anderen Fächer zu benennen. Umso wichtiger

30 http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_StudiumHochschule/Sektionsbericht%20Studium%20und%20Hochschule%202014_final.pdf

31 <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>

erscheint, dass die Allgemeinmedizin eine wissenschaftliche Heimat an den Universitäten hat und bietet.³²

10. Finanzielle Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Weiterbildung Allgemeinmedizin wird seit den 90er Jahren finanziell gefördert, im stationären Bereich durch die Krankenkassen (gesetzliche und private Krankenkassen), im ambulanten Bereich durch die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Die Förderbeträge wurden in mehreren Stufen angehoben. Die Förderung im stationären Bereich betrug bis 2010 in allen Gebieten 1020 €. Auf Bundesebene wurde 2009 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), dem Verband der privaten Krankenkassen (PKV-Verband) und der Bundesärztekammer (BÄK) eine Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung getroffen, gemäß der die Fördergelder in allen anrechenbaren Fächern außer der Inneren Medizin auf 1750 € aufgestockt wurden. Damit sollte dem Rechnung getragen werden, dass die Ärzte in Weiterbildung in diesen Fächern meist nur für einen kürzeren Abschnitt tätig sind und somit für die Weiterbilder ein deutlich höherer Aufwand an immer neuen Einarbeitungen und weniger „Nutzen“ anfällt. Der Förderbetrag im ambulanten Bereich wurde zum selben Zeitpunkt von 2040 € auf 3500 € erhöht.³³

Aktuell liegt somit die Förderung im stationären Bereich bei 1020 €/Monat in der Inneren Medizin und 1750 €/Monat in den anderen anrechenbaren Gebieten. Im ambulanten Bereich beträgt sie 3500 €/Monat (hälftig getragen von Krankenkassen und KV). Die Förderung im ambulanten Bereich erhalten neben den allgemeinmedizinischen Weiterbildungsbefugten auch niedergelassene Fachärzte anderer Gebiete, in deren Praxen zukünftige Allgemeinärzte weitergebildet werden. Voraussetzung ist auch hier eine entsprechende Weiterbildungsbefugnis.

32 Schmacke, (2013)

33 <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Allgemeinmedizin-1.pdf>

Grundvoraussetzung für die Förderung ist, dass nur solche Weiterbildungsabschnitte gefördert werden können, die nach Maßgabe der gültigen Weiterbildungsordnung für den Betreffenden notwendig sind. Dies wird von den Ärztekammern geprüft. Die Fördergelder müssen von den weiterbildenden Kliniken bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft und von den weiterbildenden Praxen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen beantragt werden.

Im Weiteren wird für den Besuch von für die hausärztliche Weiterbildung relevanten Weiterbildungskursen zusätzlich ein jeweils einmaliger Zuschuss im ambulanten und stationären Bereich in Höhe von 150 Euro durch die Krankenkassen gewährt, soweit die Kassenärztliche Vereinigung bzw. das Krankenhaus einen mindestens gleich hohen Zuschuss zahlt.

11. Lösungsansatz Verbundweiterbildung

11.1. Verbundweiterbildung

Ziel einer Verbundweiterbildung ist es, die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin attraktiver zu gestalten. Durch Kooperation von Kliniken und niedergelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin und anderen zur Weiterbildung befugten Fachärzten wird Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung eine kontinuierliche Weiterbildung für die gesamte Weiterbildungszeit von fünf Jahren gewährleistet. So können sie die Weiterbildung komplett in einer Region ableisten und müssen sich nicht mehr für jede Weiterbildungsstelle einzeln bewerben und gegebenenfalls umziehen. Sie durchlaufen die Weiterbildung nach einem vorher festgelegten Rotationsplan und erhalten damit langfristige Planungssicherheit.

Die Verbundweiterbildung soll gerade in ländlichen Gebieten die hausärztliche Versorgung stärken. Oft besteht im Anschluss an die Facharztanerkennung die Möglichkeit, eine Praxis zu übernehmen oder als Partner in eine Praxis einzusteigen.

Die Idee, dem allgemeinmedizinischen Nachwuchs eine strukturierte Weiterbildung zu bieten und damit die Hausarztversorgung für die Zukunft nachhaltig zu sichern, stellt eine „Win-win“-Situation für alle Beteiligten dar.

Mittlerweile existieren verschiedene Modelle von Verbundweiterbildung. Das erste strukturierte Gesamtkonzept war die Verbundweiterbildung plus in Baden-Württemberg, die 2009 ins Leben gerufen wurde.³⁴ In Anlehnung an dieses Programm hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) ein Positionspapier zur „DEGAM-Verbundweiterbildung plus“ erstellt. Auf diese Weise wird das Ziel verfolgt, bundesweit eine einheitliche, hochwertige und verlässliche Qualität für Initiativen zur Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin zu erreichen.³⁵

11.2. Weiterbildungsverbände in Bayern

Um den Weiterzubildenden eine kontinuierliche Weiterbildung für die gesamte Weiterbildungszeit von fünf Jahren zu bieten („Weiterbildung aus einem Guss“), schließen sich in einer Region Kliniken, niedergelassene Fachärzte für Allgemeinmedizin und andere zur Weiterbildung befugte Fachärzte zu einem Weiterbildungsverbund (WBV) zusammen. Sie schließen miteinander eine Kooperationsvereinbarung, in der sie sich verpflichten, mit den ÄiW zu Beginn ihrer Weiterbildung einen festen Rotationsplan für alle notwendigen und die von ihnen gewünschten Weiterbildungsabschnitte aufzustellen. So bekommen sie für die gesamte Weiterbildungszeit Planungssicherheit und müssen sich nicht immer wieder neu bewerben. Außerdem garantiert der WBV die Vermittlung aller geforderten WB-Inhalte, eine gesicherte Freistellung zu acht Fortbildungstagen pro Jahr, Bezahlung nach Tarif über die gesamte Weiterbildungszeit, einen festen Ansprechpartner und Koordinator für organisatorische Belange und das Zur-Seite-Stellen eines persönlichen Mentors.

In Bayern gibt es aktuell 67 Weiterbildungsverbände, womit weitgehend Flächendeckung besteht. Interessierte erhalten auf der Homepage der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin Bayern (www.kosta-bayern.de) detaillierte Informationen zu jedem einzelnen Weiterbildungsverbund.³⁶

34 Steinhäuser et al. (2011)

35 http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Konzept_Verbundweiterbildung_plus_130621.pdf

36 <http://www.kosta-bayern.de/weiterbildungsverbuede>

11.3. Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin

Die Implementierung von Verbundweiterbildung gehört zu einer der Aufgaben der Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin. Die Einrichtung von Koordinierungsstellen auf Landesebene war ebenfalls eine Maßnahme der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenkassen und der Bundesärztekammer.³⁷ Die Koordinierungsstellen sind Ansprechpartner für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin sowie für Weiterbilder, sie beraten Quer- und Wiedereinsteiger und arbeiten mit den Lehrstühlen und Lehrbereichen Allgemeinmedizin an den Universitäten zusammen. Ferner ergreifen sie Maßnahmen, um das Thema WB Allgemeinmedizin im Allgemeinen und der Verbundweiterbildung im Besonderen bekannt zu machen und somit für Nachwuchs zu „werben“. Außerdem erfolgt über die Koordinierungsstellen eine jährliche Evaluation der Weiterbildung Allgemeinmedizin.

Koordinierungsstellen gibt es mittlerweile in Deutschland in fast allen Bundesländern. Sie sind teilweise bei den Landesärztekammern und teilweise bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelt. Auf Bundesebene werden die Aktivitäten der Koordinierungsstellen jährlich evaluiert, um die Umsetzung der Fördermaßnahmen und ihren Effekt bewerten zu können.³⁸

37 <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Allgemeinmedizin-1.pdf>

38 http://www.kbv.de/media/sp/FoerdAllgMed_Evaluationsbericht_2013.pdf

12. Fazit/Ausblick

Positiv hervorzuheben ist, dass die Weiterbildung zum Allgemeinarzt in Deutschland eine den anderen Gebieten gleichgestellte Facharztweiterbildung mit entsprechender Weiterbildungsdauer und entsprechender Facharztbezeichnung ist. Sie nimmt im Fächerkanon eine gleichberechtigte Stellung ein. Wesentlich ist eine breite Weiterbildung mit einem obligaten Weiterbildungsabschnitt im ambulanten Bereich.

Auch an den Universitäten nimmt die Allgemeinmedizin zunehmend ihren Platz ein und ist an 75 % der deutschen medizinischen Fakultäten mit Lehrstühlen vertreten.

Positiv zu verzeichnen ist, dass es eine finanzielle Förderung der Weiterbildung gibt, da diese die Weiterbildung im ambulanten Bereich erst möglich macht. Hier findet letztlich der wesentliche Kompetenzerwerb für die spätere Tätigkeit als Hausarzt statt. Wichtig wäre zu erreichen, dass die Höhe der Vergütung im ambulanten Bereich grundsätzlich die Höhe der tariflichen Vergütung im Krankenhaus erreicht, was in Deutschland aktuell nicht überall gelingt.

Gleichwohl bestehen strukturelle Schwierigkeiten, die in einzelnen Regelungen der Weiterbildungsordnung begründet sind, und Probleme in der konkreten Umsetzung der Finanzierung der Weiterbildungsstellen. Aktuell wird an Änderungen bezüglich beider Problemfelder gearbeitet.

Es wurde gezeigt, dass die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ein von vielen „Playern“ im Gesundheitssystem beachtetes Thema ist. Nach der Ausbildung im Studium ist sie der Dreh- und Angelpunkt, an dem sich entscheidet, wie es mit der Entwicklung der Allgemeinmedizin und damit der Zukunft der hausärztlichen Versorgung weitergeht.

Die Zahl der geförderten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin nimmt seit 2011 stetig zu. Wenn sich dies auch noch nicht in den Facharztanerkennungszahlen niederschlagen kann, so lässt dieser positive Trend doch hoffen.

Bei der allgemeinen Aufmerksamkeit auf das Thema Allgemeinmedizin und den vielfältigen Bemühungen stuft Schmacke die Chancen für eine „Renaissance der Allgemeinmedizin“ als grundsätzlich günstig ein³⁹. Gleichwohl bleibt bei allen guten Ansätzen noch viel Entwicklungsarbeit, aber:

Nichts ist so mächtig wie eine Idee, deren Zeit gekommen ist!

39 Schmacke, (2013)

Literaturverzeichnis

Schmacke, N. (2013):

http://www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ippschriften/ipp_schriften11.pdf

Schmacke, N. (2013). Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. IPP-Schriften, Ausgabe 11/2013.

Schmacke, N. (2013). Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland – Potenziale für eine angemessene Versorgung - Teil 1: Die Frage nach dem Bedarf an Ärztinnen und Ärzten. Z Allg Med I 2013; 89 (6): 250-254.

Schmacke, N. (2013). Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland – Potenziale für eine angemessene Versorgung - Teil 2: Die Nachwuchsdebatte. Z Allg Med I 2013; 89 (7/8): 297-301.

Schmacke, N. (2013). Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland – Potenziale für eine angemessene Versorgung - Teil 3: Die Kernpotenziale eines Systemwandels. Z Allg Med I 2013; 89 (9): 344-348.

Steinhäuser J., Roos M., Haberer K., Ledig Th., Peters-Klimm F., Szecsenyi J., Joos S.: Das Programm Verbundweiterbildung plus des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden Württemberg – Entwicklung, Umsetzung und Perspektiven. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2011; 105: 105-109

http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf

<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=192>

<http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/aktuelles/presse/presse13/presse054-13.pdf>

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf>

<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>

http://www.blaek.de/weiterbildung/WBO_2004/download/WO%202004_2012%2010.pdf#page=14&pagemode=bookmarks&view=FitB

http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/Erlaeuterungen_zum_Vorschlag_zur_neuen_Musterweiterbildungsordnung_der_DEGAM_20130908.pdf

http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/DEGAM_MWBO_AM_2013.pdf

<http://www.allgemeinarzt-online.de/aus-den-verbaenden/a/1677986>

http://www.bmg.bund.de/glossar_begriffe/v-y/gkv-versorgungsstrukturgesetz.html

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/DienstleistungenFinanzdienstleistungen/KostenStruktur/KostenstrukturAerzte2020161119004.pdf?__blob=publicationFile

http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_StudiumHochschule/Sektionsbericht%20Studium%20und%20Hochschule%202014_final.pdf

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Allgemeinmedizin-1.pdf>

http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Konzept_Verbundweiterbildung_plus_130621.pdf

<http://www.kosta-bayern.de/weiterbildungsverbuende>

http://www.kbv.de/media/sp/FoerdAllgMed_Evaluationsbericht_2013.pdf

Dr. Jürgen Heinzle

Kammeramtsdirektor Ärztekammer für Vorarlberg

Das Vorarlberger Pilotprojekt Lehrpraxen – Vorbild für ganz Österreich?

1. Einleitung	46
2. Warum ist die Ausbildung in Lehrpraxen für Allgemeinmedizin so wichtig?	48
3. Überblick über die Situation in anderen europäischen Ländern	51
4. Inhalt des Vorarlberger Pilotprojektes Lehrpraxis	57
5. Ausblick	70

Es besteht Einigkeit unter den Experten im Gesundheitsbereich, dass der Ausbildung von angehenden Ärzten für Allgemeinmedizin in Lehrpraxen große Bedeutung zukommt. Der gegenständliche Beitrag zeigt auf, warum diese bisher freiwillige Ausbildungsform dennoch nur sehr eingeschränkt praktische Umsetzung in Österreich erfahren hat. Die soeben beschlossene Reform der Ärzteausbildung sieht vor, dass künftig ein Teil der Ausbildung verpflichtend in der Lehrpraxis zu absolvieren ist. Bereits vor der Reform wurde in Vorarlberg in Zusammenarbeit von Bundesministerium für Gesundheit, Land Vorarlberg, Vorarlberger Gebietskrankenkasse, Krankenanstaltenträger und Ärztekammer für Vorarlberg ein Lehrpraxis-Pilotprojekt entwickelt, welches nunmehr richtungsweisend für ganz Österreich sein könnte.

1. Einleitung

Für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin⁴⁰ war bisher⁴¹ nach Beendigung des Medizinstudiums eine dreijährige praktische Ausbildung (= Turnus) samt Arztprüfung zu absolvieren. Diese dreijährige praktische Ausbildung wurde vorwiegend in für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannten Krankenanstalten absolviert. Seit vielen Jahren bestand aber bereits die rechtliche Möglichkeit, einen Teil dieser praktischen Ausbildung in anerkannten Lehrpraxen von Ärzten für Allgemeinmedizin zu absolvieren (vgl. § 7 Abs. 4 und 12 ÄrzteG in der Fassung BGBl. I Nr. 46/2014).

Als anerkannte Lehrpraxen gelten die Ordinationsstätten jener Ärzte für Allgemeinmedizin, denen von der Österreichischen Ärztekammer die Bewilligung zur Ausbildung von Ärzten zum Arzt für Allgemeinmedizin erteilt worden ist. Eine solche Bewilligung konnte bisher⁴² von der Österreichischen Ärztekammer nur erteilt werden, wenn der Arzt für Allgemeinmedizin über eine zumindest dreijährige Tätigkeit als niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin sowie die erforderliche Patientenfrequenz verfügt und die Ordinationsstätte die zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderliche Ausstattung, insbesondere in apparativer Hinsicht, aufweist. Im Rahmen einer Lehrpraxis darf jeweils nur ein Arzt ausgebildet werden.

40 Im Sinne einer besseren Lesbarkeit des Beitrages wurde entweder die männliche oder weibliche Form von personenbezogenen Hauptwörtern gewählt. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts. Frauen und Männer mögen sich von den Inhalten des Beitrages gleichermaßen angesprochen fühlen.

41 Der Bundesgesetzgeber hat inzwischen eine Reform der Ärzteausbildung beschlossen (vgl. BGBl. I Nr. 82/2014), welche grundlegende Änderungen, insbesondere auch die verpflichtende Absolvierung eines Teils der Ausbildung in einer Lehrpraxis, für jene Ärzte vorsieht, die ihre Ausbildung nach dem 1. Juni 2015 beginnen werden.

42 Dies entspricht der Rechtslage des ÄrzteG in der Fassung BGBl. I Nr. 46/2014. Mit BGBl. I Nr. 82/2014 wurden die Bewilligungsvoraussetzungen wie folgt geändert:

Die Voraussetzungen für eine Bewilligung werden in der Verordnung gemäß § 24 Abs. 1 ÄrzteG festgelegt (diese lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor). Insbesondere muss

- die Ordinationsstätte die zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderliche Ausstattung, insbesondere in apparativer Hinsicht, sowie die erforderliche Patientenfrequenz aufweisen,
- der Lehrpraxisinhaber über eine mindestens 4-jährige Berufserfahrung als niedergelassener Arzt oder als freiberuflich tätiger Arzt im Rahmen einer Ordinationsstätte verfügen,
- der Lehrpraxisinhaber insbesondere über die erforderlichen Kenntnisse und Grundlagen der Gesundheitsökonomie verfügen,
- der Lehrpraxisinhaber durch Vorlage eines schriftlichen Ausbildungskonzeptes nachweisen, dass die in der Ordinationsstätte erbrachten medizinischen Leistungen nach Inhalt und Umfang dem Turnusarzt die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten vermitteln können.

Zudem wird die Bewilligung nur mehr für 7 Jahre befristet erteilt und dann gegebenenfalls in einem Rezertifizierungsverfahren verlängert.

Für Lehrgruppenpraxen gelten im Wesentlichen gleiche Regelungen (vgl. § 12a ÄrzteG).

Im Auftrag von Bundesgesundheitsminister Stöger wurde im März 2011 eine Kommission⁴³ einberufen, die Empfehlungen für eine Reform u.a. der Ausbildung der Ärzte für Allgemeinmedizin erarbeiten sollte. In dieser waren Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der Krankenanstaltenträger der Länder, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Ärztekammer sowie der medizinischen Universitäten an der Erarbeitung der Empfehlungen beteiligt. Dabei war der Focus der Kommission darauf gerichtet, welche Anforderungen (Kenntnisse und Fähigkeiten) an einen künftigen Arzt für Allgemeinmedizin gestellt werden, damit dieser in der Patientenversorgung möglichst wirksam wird. Von der Kommission wurde – neben weiteren grundlegenden Änderungen im Bereich der Ausbildung – u.a. empfohlen, dass die Absolvierung einer verpflichtenden Lehrpraxiszeit am Ende der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin geschaffen werden sollte. Inzwischen hat der Bundesgesetzgeber diese Empfehlung aufgegriffen und die Ausbildung für Ärzte für Allgemeinmedizin u.a. dahingehend reformiert, dass am Ende der Ausbildung das Fachgebiet Allgemeinmedizin im Umfang von sechs Monaten in Lehrpraxen oder Lehrgruppenpraxen niedergelassener Ärzte für Allgemeinmedizin sowie in Lehrambulatorien verpflichtend zu absolvieren ist. Weiters sieht die neue gesetzliche Regelung eine schrittweise Anhebung dieser verpflichtenden Lehrpraxisdauer auf zunächst 9 Monate (am 1.6.2022) und dann auf 12 Monate (am 1.6.2027) vor, regelt aber leider auch, dass ein Teil⁴⁴ davon dann in Spitalsambulanzen absolviert werden kann.

43 Bericht der Ausbildungskommission zur Reform der Ärzteausbildung, März – Dezember 2011

44 In welchem Umfang die zweiten 3 bzw. 6 Monate in Spitalsambulanzen absolviert werden können, ist in der neuen Verordnung gemäß § 24 ÄrzteG (= Ärzte-Ausbildungsordnung) zur regeln; diese lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

2. Warum ist die Ausbildung in Lehrpraxen für Allgemeinmedizin so wichtig?

Durch die Tätigkeit in Lehrpraxen werden angehenden Ärzten für Allgemeinmedizin Einblicke in die tägliche Arbeitsweise im niedergelassenen Bereich, insbesondere im Kassensystem, ermöglicht. Im Hinblick darauf, dass sich die Art der Fälle und Aufgaben zwischen dem intramuralen und dem extramuralen Bereich deutlich unterscheiden, ist eine Tätigkeit in den Lehrpraxen für angehende Ärzte für Allgemeinmedizin von großer Bedeutung.

Im Bericht der angesprochenen Kommission für die Reform der Ärzteausbildung werden die Ausbildungsziele in einer Lehrpraxis für Allgemeinmedizin wie folgt dargestellt:

Allgemeinmedizin ist nur in der Allgemeinmedizin zu erlernen, und diese findet in idealer Weise nur in der niedergelassenen allgemeinmedizinischen Praxis/Hausarztpraxis statt.

Die ambulante medizinische Betreuung beruht zu einem überwiegenden Teil auf der Tätigkeit der Hausärzte. Die Bereitschaft junger Ärzte, den Hausarztberuf zu ergreifen, nimmt jedoch dramatisch ab.⁴⁵ Einer der Gründe dafür ist, dass sich die wenigsten der jungen Ärzte auf Grund der derzeitigen Ausbildung diesen Aufgaben gewachsen fühlen.

- **Abbau von Vorurteilen und Ängsten:** Die Tätigkeit in einer Lehrpraxis stellt eine wichtige Erweiterung der klinischen Erfahrung dar und erschließt den Jungärzten einen anderen Zugang zur medizinischen Versorgung mit anderen Beratungsanlässen und einer anderen Arbeitsmethode. Hier lernen sie, Vorurteile und Ängste zu überwinden, und gewinnen Vertrauen in ihre Fähigkeiten, eventuell selbst eine Allgemeinpraxis zu führen und zu verantworten.
- **Spezielle Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten:** In der Lehrpraxis erwerben Jungärzte Kenntnisse über typische Krankheitsbilder der medizini-

45 Exemplarisch wird diesbezüglich auf die von der Ärztekammer für Vorarlberg im Jahr 2013 durchgeführte Turnusärztebefragung verwiesen, der zufolge 82 % der Vorarlberger Turnusärzte kein Interesse haben, als niedergelassener Kassensystemmediziner zu arbeiten (vgl. dazu „Arzt im Ländle, Juli 2013, Seiten 5 ff.).

schen Grundversorgung, denen sie im stationären Bereich zum Teil überhaupt nicht begegnen. Besonders profitieren sie von der übenden Auseinandersetzung mit folgenden Kompetenzen, die im stationären Bereich in gleicher Weise nicht erlernbar sind:

- Spezielle hausärztliche Kommunikation mit Patienten, bei der die psychosoziale Komponente und die Langzeitbeziehung eine große Rolle spielen.
- Umgang mit Patientenängsten, die kostenintensive diagnostische Absicherung nach sich ziehen.
- Auf gemeinsamen Entscheidungen beruhende Begleitung und Betreuung chronisch Kranker bei den klassischen Volkskrankheiten.
- Diagnosestellung, insbesondere Frühdiagnosen mit Erarbeitung von Diagnoseplänen und Auswahl der am besten geeigneten medizinischen Ebene.
- Behandlung bzw. Erarbeitung von Behandlungsstrategien bei akuten und chronischen Erkrankungen mit Auswahl der am besten geeigneten Ebene.
- Gewichtung der Dringlichkeit und Umgang mit rasch wechselnder zeitlicher Dynamik.
- Koordination der Behandlungsvorschläge von Mitbehandlern im Einvernehmen mit den Patienten.
- Betreuung und Gewichtung von Maßnahmen bei gleichzeitigem Vorliegen gesundheitlicher und sozialer Probleme.
- Effektive Zusammenarbeit mit Hauskrankenpflege, Physiotherapeuten, Altenhelfern etc. mit Berücksichtigung haftungsrechtlicher Aspekte.
- Hilfestellung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung.

Grund für den intensiveren Lerneffekt der allgemeinmedizinischen Lehr- bzw. Ausbildungspraxis im Vergleich zum Spital ist die 1:1-Lernsituation und die ständige Rückkoppelung zwischen Lernenden, Lehrenden und Patient. Die Kontinuität der Betreuung bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten und das Erlebnis wechselnder Krankheitsepisoden bei demselben Patienten sind dabei ein wesentlicher Faktor.

- **Praxismanagement und Teamentwicklung:** Die Lehrpraktikanten lernen viel über die wirtschaftliche und administrative Organisation einer Praxis, lernen Selbstmanagement, Zeit und Aufgaben zu planen, eigenes Stressmanagement und das des gesamten Teams. Die Entwicklung eines Teams mit Mitarbeitern, die einerseits organisatorische, verwaltungsbezogene Tätigkeiten, andererseits medizinische Hilfstätigkeiten durchführen, die Planung und Qualitätssicherung von deren Arbeit wird hier erlernt. Viele junge Ärzte trauen sich verständlicherweise diese Fähigkeiten nicht zu. Sie können diesbezügliche Erfahrung weder im Laufe des Studiums noch im stationären Bereich sammeln, aber auch nicht bei einem kurzen Blick in eine Allgemeinpraxis im Laufe des Studiums.

- **Ökonomische Aspekte:** Auf Grund der faktischen Gegebenheiten wird die direkte Verantwortlichkeit für die ökonomischen Aspekte der medizinischen Tätigkeit vor allem im niedergelassenen Bereich erlebt. Dies erfolgt nicht nur bei der Auseinandersetzung mit dem EKO (Erstattungskodex), sondern auch bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit, Hilfsbedürftigkeit, Pflegegeld, Pflegefreistellung und Ähnlichem.

Obwohl somit der Ausbildung in Lehrpraxen bereits seit langem größte Bedeutung zukommt, absolvieren bislang nur ganz vereinzelt angehende Ärzte für Allgemeinmedizin einen Teil ihrer Ausbildung in Lehrpraxen. Bislang sind nur sehr wenige Ärzte für Allgemeinmedizin bereit, Lehrpraktikanten auszubilden. Hauptgrund hierfür sind finanzielle Hemmnisse. Anders als bei anderen freien Berufen (z.B. Rechtsanwälte, Notare) besteht für Lehrpraxisinhaber nicht die Möglichkeit, durch die Tätigkeit eines Lehrpraktikanten ihre Umsätze wesentlich zu steigern, da im Kassenarztbereich (hier ist der Großteil der Allgemeinmediziner tätig) gedeckelte Honorierungssysteme bestehen, die einer Leistungsausweitung entgegenstehen. Auch die bestehende Bundesförderung für Lehrpraxen ist bei weitem nicht ausreichend, um dem entgegenzuwirken. (Beispielsweise wurden für Vorarlberg für das Jahr 2013 insgesamt 24 Lehrpraxisfördermonate mit einer monatlichen Förderung in Höhe von € 1.345.- vom Bundesministerium für Gesundheit bereitgestellt.) Im Hinblick auf diese Umstände sowie die Tatsache, dass die Ausbildung eines Jungarztes in der Lehrpraxis mit einem nicht unbeträchtlichen Zeitaufwand für den ausbildenden Arzt für Allgemeinmedizin verbunden ist, ist es daher nicht weiter verwunderlich, dass bislang nur ein sehr kleiner Teil der niedergelassenen Ärzteschaft seinen in Ausbildung befindlichen Kollegen eine Lehrpraxisstelle angeboten hat..

Nunmehr wurde vom Bundesgesetzgeber zwar die verpflichtende Lehrpraxis eingeführt und deren Dauer festgelegt, in der Frage der Finanzierung der Lehrpraxen gibt es aber noch immer keine Einigung zwischen Bund, Ländern, Sozialversicherung und Ärztekammer. Hauptargument der Sozialversicherung, sich an den Kosten für Lehrpraxen nicht zu beteiligen, war bisher stets, dass die Sozialversicherung keinen gesetzlichen Auftrag zur Finanzierung der ärztlichen Ausbildung habe. Die Länder wiederum haben argumentiert, dass ihnen keine Zuständigkeit im Bereich der Gesetzgebung und Vollziehung im Bereich der ärztlichen Ausbildung zukomme, eine Zuständigkeit im Bereich der ärztlichen Ausbildung ergebe sich nur im Zusammenhang mit der Funktion als Rechtsträger von Krankenhäusern und beschränke sich somit allein auf den Spitalsbereich.

3. Überblick über die Situation in anderen europäischen Ländern

Ausgehend vom immer stärker spürbaren Ärztemangel kam es im Sommer 2013 in Vorarlberg zu heftigen politischen Auseinandersetzungen zwischen Landesregierung, Oppositionsparteien und Ärztekammer für Vorarlberg über die Wichtigkeit und Notwendigkeit der verstärkten Etablierung von Lehrpraxen für angehende Ärzte für Allgemeinmedizin. Große Unstimmigkeit herrschte insbesondere über die Frage der – auch im Vergleich mit den anderen europäischen Staaten – sinnvollen Lehrpraxisdauer sowie die (politische) Verantwortlichkeit für die Lehrpraxisfinanzierung.

Aufgrund des Ersuchens des Landes Vorarlberg wurde von der Ärztekammer für Vorarlberg über die Österreichische Ärztekammer eine Umfrage initiiert, um aktuelle Daten über die Dauer und Finanzierung der Lehrpraxis in den anderen europäischen Ländern zu erheben. Diese Umfrage ergab folgendes Bild:

Soweit nachstehend aufgelistete Angaben zur internationalen Dauer der Lehrpraxis und deren Finanzierung nicht auf der Umfrage der Österreichischen Ärztekammer (Stand Sommer/Herbst 2013) basieren, wird die Quelle in der jeweiligen Fußnote⁴⁶ angeführt.

46 Quellenangaben / weitere Informationen:

- 1) Umfrage der ÖÄK aus dem Jahr 2010.
- 2) The Vasco da Gama Movement (WONCA Europe Working Group for New and Future General Practitioners / Family Physicians), www.vdgm.eu.
- 3) WONCA Europe Conference, Basel 2009.
- 4) WONCA World Conference, Prag 2013.
- 5) Genau: 24 Monate; lt. Muster-Weiterbildungsordnung können jedoch bis zu 6 Monate in Chirurgie (auch 3-Monatsabschnitte) angerechnet werden.
- 6) mit Ausnahme von Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.
- 7) Genau: Südtirol 44, Rest-Italien 47 Wochen.
- 8) Finanzierung erfolgt teilweise staatlich (vom jeweiligen Kanton abhängig), teilweise über die Stiftung WHM (Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin), ansonsten über den Praxisinhaber.

Land	Dauer in Monaten	Pflicht	Finanzierung
Belgien	24	ja	öffentl. Hand (50 %)
Dänemark	30	ja	öffentl. Hand (ca. 2/3)
Deutschland	185,6	ja ⁶	öffentl. Hand (€ 3.500)
Finnland	334	ja ³	öffentl. Hand ³
Frankreich	2 x 6	nein	öffentl. Hand
Irland	243	ja ³	öffentl. Hand und Dienstgeber ³
Italien	127	ja	öffentl. Hand
Kroatien	123	ja ³	öffentl. Hand ³
Niederlande	242,3,4	ja ³	öffentl. Hand ³
Norwegen	482,3	ja ³	öffentl. Hand ³
Polen	24	ja	öffentl. Hand
Portugal	223	ja ³	öffentl. Hand ¹
Rumänien	152	k.A.	öffentl. Hand ¹
Schweden	48	ja	öffentl. Hand
Schweiz	6	ja	Kantonal abhängig ⁸
Slowenien	24	ja	öffentl. Hand
Tschechien	36	ja	Dienstgeber
UK	12	ja	öffentl. Hand
Ungarn	5	ja	öffentl. Hand (90 %)

Das Bundesministerium für Gesundheit hat hingegen stets argumentiert, dass 6 Monate Lehrpraxis dem europäischen Durchschnitt entsprechen würden. Es hat dem Land Vorarlberg im Herbst 2013 nachstehenden Vergleich der europäischen Länder zur Verfügung gestellt:⁴⁷

47 Abkürzungen:

GP: general practitioner (entspricht grundsätzlich Allgemeinmediziner/in)

1) Laut Bundesärztekammer Deutschland wurde eine Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Ziel die hausärztliche Versorgung zu sichern geschlossen: konkret sieht diese Vereinbarung vor, dass die Kostenträger (Krankenkassen und Verband der Privaten Krankenversicherung) je besetzter Stelle für den ambulanten Bereich € 1.750 Förderbetrag zur Verfügung stellen. Die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung erhöht diesen Förderbetrag je Stelle auf € 3.500. Ärzte, deren Praxis als Weiterbildungsstätte anerkannt ist, können somit Antrag auf Zuschuss in der Höhe von (d.h. höchstens, nicht mindestens) € 3.500 monatlich für ganztägige Beschäftigung stellen.

Postgraduale Ausbildung Ärztinnen/Ärzte mit Schwerpunkt Allgemeinmedizin

Land	Dauer der Ausbildung	System / Ort der Ausbildung	Finanzierung
Belgien	3 Jahre	Ausbildung in Ausbildungsspitalern (Ausbildungsplätze beschränkt)	
Dänemark	Praxisausbildung 1 Jahr (besteht aus zwei Beschäftigungen zu je 6 Monaten in einer Kombination der Fächer Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie oder Allgemeinmedizin). Weitere postgraduale Ausbildung zum Facharzt 48 bis 60 Monate.	Die „weitere postgraduale Ausbildung“ findet in verschiedenen Spitalern statt.	
Deutschland	Aufgrund der föderalen Struktur keine bundesweite Regelung. Verantwortlich für die Regelungen für die Ausbildung der Allgemeinmediziner und sonstigen Fachärzte (z.B. Dauer und Inhalt) und Finanzierung der Ausbildung sind die 16 Bundesländer, viele Aufgaben sind an die jeweilige Ärztekammer delegiert (16 Berufs- und Weiterbildungsordnungen). Dauer der Ausbildung zum Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin i.d.R. 60 Monate (5 Jahre). Davon sehen manche Bundesländer eine 24-monatige Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung vor (z.B. Bayern, Bremen, Hamburg, Saarland), andere nicht (z.B. Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Westfalen Lippe).	Unterschiedliche Regelung (je Bundesland) Ärztekammern erlassen mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörden u.a. Berufs- und Weiterbildungsordnungen, d.h. die Regelungen für Ausbildung für Allgemeinmediziner/innen und Fachärzte und -ärztinnen (z.B. Dauer und Inhalt der Ausbildungen)	siehe ¹⁾

1 http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/II/I_00268/fname_365390.pdf

Finland	2 Jahre praktische Ausbildung in Spitälern und Gesundheitszentren, Facharzt 6 Jahre in Spitälern	in Spitälern und Gesundheitszentren	
Frankreich	Ausbildung größtenteils auf nationalem Level, nationales Institut für Gesundheitsausbildung, starke Praxisausbildung bereits während des Studiums, Allgemeinmediziner/innen Ausbildung 3 Jahre		
Irland	Allgemeinmedizin: 4 Jahre	in einer der 12 Zentren; 2 Jahre im Spital und 2 Jahre general practice (in Zentren), 150 Plätze jährlich	
Italien	Allgemeinmedizin: 2 Jahre, sonstige Spezialisierung und Ausbildung zum Spitalsarzt: 4-6 Jahre an Universität		
Kroatien	1-jährige Praxisausbildung vor Staatsexamen, anschließend weitere Spezialisierung. Seit 2002 haben alle Ärztinnen/Ärzte, die in Praxis Allgemeinmedizin arbeiten wollen, eine Ausbildung in Familienmedizin in der Dauer von 4 Jahren zu absolvieren.		
Niederlande	Allgemeinmedizin: 3 Jahre Ausbildung theoretischer und praktischer Teil		
Norwegen	18 Monate Praktikumsphase i.d.R. in ländlichen Gebieten, davon 6 Monate GP Ausbildung und Spezialisierung limitiert		Ausbildung finanziert durch öffentliche Hand

Polen	<p>13 Monate Praxisausbildung an akkreditiertem Spital, dann Eintragung in die Ärzteliste möglich;</p> <p>Für Studierende mit Studienbeginn Oktober 2012: 13 Monate Praxisausbildung entfällt, dafür praktische Ausbildung laufend integriert.</p> <p>Postgraduale Ausbildungsplätze beschränkt, Spezialisierung 5-6 Jahre, Ausbildung auf mehreren Levels.</p>		<p>Wenn Ausbildungsweg über Vertrag und Angestelltenvertrag gewählt, Finanzierung über staatliches Budget. Ausbildungszentrum.</p>
Portugal	<p>18 monatige Praxisausbildung nach dem Studium, davon 6-monatiges Training bei GP und 1 Jahr im Spital, dann Zulassung zum Arzt.</p> <p>Spezialisierung Allgemeinmedizin: GP und Familienmedizin: 3 Jahre, Public-Health-Medizin 4 Jahre (inkludiert 1 Jahr Public-Health-Kurs)</p>	Siehe Spalte links.	
Schweden	<p>21 Monate in Allgemeinmedizin (in general medical care)</p>	<p>an Universitäten, Uni-Colleges und Programmen, die quer übers Land angeboten werden</p>	<p>Medizinische Ausbildung finanziert durch Staat.</p>
Schweiz	<p>5 Jahre für Facharzt/ Fachärztin für Allgemeinmedizin (davon 1 Jahr stationäre Innere Medizin, 1 Jahr stationäre od. ambulante IM od. Allgemeinmedizin, 1 Jahr ambulante Weiterbildung [kann Praxisassistenten bei FA f. Allgemeinmedizin oder Praxisassistenten bei anderem FA sein], 2 Jahre nach freier Wahl ambulant oder stationär)</p>	<p>Ärzteausbildung</p> <p>an einer der anerkannten Weiterbildungsstätten (Spitäler, Kliniken, Institute, Spezialanstalten, Ambulatorien, Arztpraxen,..),</p>	

Slowenien	ÄK zuständig für Postgraduale Ausbildung mit Zustimmung des BM für Gesundheit		finanziert durch speziellen Fonds
Tschechische Republik	5 Jahre postgraduale Ausbildung	in durch das Bundesministerium für Gesundheit akkreditierten Programmen	
UK	Seit 2005 2 Jahre Training-Programm, dann Spezialisierung zu Facharzt oder GP (seit 2007): 5-7 Jahre Lizenz zum Praktizieren muss alle 5 Jahre erneuert werden		

In diesem Zusammenhang muss festgehalten werden, dass – nachdem die Ausbildung für Allgemeinmediziner aufgrund länderspezifischer sehr unterschiedlicher Strukturen in den unterschiedlichsten Organisationsformen stattfindet – Vergleiche nicht immer einfach sind. Die beiden Aufstellungen wurden daher auch nicht weiter verifiziert; nachdem im Lauf des Oktobers 2013 das Land Vorarlberg die Entscheidung getroffen hat, ein Pilotprojekt für Lehrpraxen in Vorarlberg zu etablieren, das insbesondere auch dazu dienen soll, eine Entscheidungsgrundlage über die sinnvolle Dauer der Lehrpraxisausbildung zu erhalten, bestand hierfür bislang auch keine weitere Notwendigkeit.

4. Inhalt des Vorarlberger Pilotprojektes Lehrpraxis

4.1. Dauer, Anzahl und Finanzierung

Bundesministerium für Gesundheit, Land Vorarlberg, Vorarlberger Gebietskrankenkasse, Ärztekammer für Vorarlberg, Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft als Rechtsträgerin der Landeskrankenanstalten und Stadt Dornbirn als Rechtsträgerin des Krankenhauses Dornbirn haben sich im Laufe des 1. Halbjahres 2014 in einem konstruktiven Verhandlungsklima auf ein 2 Jahre dauerndes Pilotprojekt für allgemeinmedizinische Lehrpraxen geeinigt (das Projekt hat am 1.10.2014 begonnen und endet nach Durchführung einer insgesamt 24-monatigen Ausbildungszeit in jeder der fünf Lehrpraxen) und eine entsprechende Rahmenvereinbarung abgeschlossen.⁴⁸

Dabei wurde vereinbart, dass jährlich insgesamt fünf anerkannte Lehrpraxen (§ 12 ÄrzteG) in Vorarlberg gefördert werden. Je eine Lehrpraxis wird den Landeskrankenhäusern Bludenz, Feldkirch, Hohenems und Bregenz sowie dem Krankenhaus Dornbirn zugeordnet. Nachdem das Pilotprojekt insbesondere Aufschluss darüber geben soll, welche Dauer (6 Monate versus 12 Monate) für die Ausbildung in der Lehrpraxis sinnvoll und notwendig ist, wurde vereinbart, dass in jeder der fünf Lehrpraxen ein Ausbildungszyklus mit einer Dauer von 12 Monaten sowie 2 Ausbildungszyklen mit einer Dauer von je 6 Monaten erfolgen sowie eine Evaluierung durch ein in Deutschland oder der Schweiz ansässiges Institut für Allgemeinmedizin nach Projektende durchgeführt werden soll.

Hinsichtlich der Finanzierung konnte man sich auf folgenden Schlüssel einigen:

Land Vorarlberg:	37 %
Bund:	30 %
Vorarlberger Gebietskrankenkasse:	16,5 % ⁴⁹
alle Lehrpraxisinhaber zusammen:	16,5 %

48 Vgl. dazu die mediale Berichterstattung, u.a. Medical Tribune vom 27.8.2014, Seite 18

49 Diesbezüglich ist zu erwähnen, dass die Finanzierung aus einem speziellen Teil der Mittel der kassenärztlichen Gesamtvergütung erfolgt; über diese Mittel kann die Vorarlberger Gebietskrankenkasse aufgrund vertraglicher Vereinbarungen nur im Einvernehmen mit der Ärztekammer für Vorarlberg verfügen.

(die jährlichen Kosten des Pilotprojektes belaufen sich auf ca. € 270.000.- für alle 5 Lehrpraxen zusammen)

4.2. Auswahl der Lehrpraxisinhaber

Für jede Lehrpraxis findet ein gesondertes und transparentes Auswahlverfahren statt. Die Auswahl der Lehrpraxen erfolgt jeweils – nach vorheriger Benachrichtigung (E-Mail bzw. postalisch) aller niedergelassener Ärzte für Allgemeinmedizin mit Kassenvertrag – mittels Bekanntmachung einer Interessentensuche auf der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg durch ein gemeinsames Gremium der Vertragspartner („Lehrpraxenkommission“). Diesem gehören jeweils zwei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, des Landes Vorarlberg, der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Vorarlberg sowie jeweils ein Vertreter der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mbH und des Krankenhauses Dornbirn an.

Für die Auswahl der Lehrpraxen wurden eigene Reihungskriterien samt Bewertungsschema wie folgt geschaffen:

Nachstehende Grundvoraussetzungen müssen von den Bewerbern um eine Lehrpraxis bis zum Ende der Bewerbungsfrist erfüllt sein, andernfalls wird die Bewerbung nicht berücksichtigt⁵⁰:

- Untersuchung/Behandlung von zumindest 800 Patienten pro Quartal in einem Durchrechnungszeitraum von einem Jahr (herangezogen werden die letzten 4 von der VGKK bereits honorierten Quartale vor der Ausschreibung); bei Teilnahme am Disease Management Programm (DMP) „Therapie aktiv“ zumindest 750 Patienten pro Quartal in einem Durchrechnungszeitraum von einem Jahr.
- Niederlassung als Arzt für Allgemeinmedizin seit mindestens 4 Jahren.
- Absolvieren eines von der Österreichischen Ärztekammer anerkannten Lehr(-gruppen)praxis-Leiterseminares im Ausmaß von 12 Stunden.⁵¹
- Vorliegen eines gültigen DFP-Diploms der Österreichischen Ärztekammer.

50 Diese Grundvoraussetzungen entstammen dem Grunde nach dem Bericht der Ausbildungskommission zur Reform der Ärzteausbildung, März – Dezember 2011.

51 Dieses Kriterium wurde bis zur Wirksamkeit der neuen Ärzte-Ausbildungsordnung ausgesetzt, da dieses Seminar dzt. von der ÖÄK noch nicht angeboten wird.

- Räumliche Ausgestaltung der Praxis dergestalt, dass ein ungestörter Kontakt des in Ausbildung stehenden Arztes mit den Patienten möglich ist (z.B. eigener Untersuchungsraum).
- Vorliegen eines Modells zur strukturierten Vermittlung der Ausbildungsinhalte sowie für die Durchführung eines strukturierten Mitarbeitergesprächs.⁵²
- Ausstattung mit Basisliteratur in der Allgemeinmedizin.
- EDV-Ausstattung und Teilnahme an österreichweiten ELSY-Projekten (z.B. elektronische Kassenabrechnung).
- Ökonomische Vorgangsweise: hinsichtlich der Verordnung von Heilmitteln geht der Arzt zumindest so ökonomisch vor wie der Durchschnitt der Fachgruppe der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin.⁵³
- Keine vorausgehende Kündigung eines Einzelvertrages zu einem Sozialversicherungsträger durch einen Sozialversicherungsträger.
- Keine rechtskräftige Verpflichtung zur Honorarrückzahlung nach Einleitung eines Schiedskommissionsverfahrens vor der paritätischen Schiedskommission in den letzten 5 Jahren vor dem Ende der Bewerbungsfrist.
- Keine rechtskräftige Verurteilung durch ein Disziplinarerkenntnis in den letzten 5 Jahren vor dem Ende der Bewerbungsfrist.
 - Bestehender kurativer und VU-Einzelvertrag als Allgemeinmediziner mit der VGKK.
 - Mindestordinationszeit von 20 Wochenstunden.

Keine Voraussetzung bzw. Bedingung ist die räumliche Nähe der Lehrpraxis zur Krankenanstalt, der die Lehrpraxis zugeordnet ist, d.h., es ist durchaus möglich, dass sich ein Lehrpraxisinhaber mit Ordinationssitz z.B. in Bregenz für die dem Landeskrankenhaus Bludenz zugeordnete Lehrpraxis bewirbt. Auch ist es möglich, dass sich ein Lehrpraxisinhaber für alle ausgeschriebenen Lehrpraxen⁵⁴ gleichzeitig bewirbt. Das Ausschreibungsverfahren hat ergeben, dass dies auch durchaus vorkommt. So haben sich 3 der 7 Bewerber für alle Lehrpraxen beworben.

52 Dieses Kriterium wurde bis zur Wirksamkeit der neuen Ärzte-Ausbildungsordnung ausgesetzt, da dieses Modell dzt. noch nicht vorliegt.

53 Das Erreichen dieses Kriteriums wird wie folgt gemessen: das Einsparpotential gemäß § 6 Abs. 1 Z 3 der für 2013 geltenden Vereinbarung i.S.d. § 10 der Heilmittel-Bewilligungs- und Kontrollverordnung (BGBl II Nr. 473/2004), berechnet pro Patient für das Kalenderjahr 2013 ist geringer als € 5,58.

54 Die Ausschreibung aller 5 Lehrpraxen ist im August 2014 gleichzeitig erfolgt.

Für den Fall, dass sich mehrere Interessenten um eine ausgeschriebene Lehrpraxis bewerben, findet das nachstehende Punkteschema Anwendung:

Lehrpraxenmodell Vorarlberg - Reihungsschema bei Mehrfachbewerbung

Nr.	Kriterien	Anteil	max. Punkte	min.	max.	Punkte pro Einheit
1	Durchführung Totenbesuchen	10%	10			10,0000
2	Durchführung Untersuchungen nach dem UbG	10%	10			10,0000
3	Teilnahme am Bereitschaftsdienst wochentags	10%	10			10,0000
4	Entfernung von einem am Pilotprojekt teilnehmenden KH (7 km Luftlinie)	5%	5			5,0000
5	(Bereitschaft zur) Teilnahme am DMP	10%	10			10,0000
6	Durchführung und Verrechnung von Wundversorgungen (Pos. 290) mit der Kasse in den letzten vier Quartalen vor der Ausschreibung	5%	5			5,0000
7	Dauer des EV in Jahren (über Mindestdauer lt. Ausbildungscurr. von 4 Jahren hinaus)	5%	5	5	20	0,3333
8	Zahl der durchgeführten und mit der Kasse verrechneten Hausbesuche in den letzten 4 Quartalen vor der Ausschreibung	20%	20	200	850	0,0308
9	Zahl der behandelten und mit der Kasse verrechneten Kinder im Alter von 0-10 Jahren in den letzten 4 Quartalen vor der Ausschreibung	5%	5	150	250	0,0500
10	Zahl der durchgeführten und mit der Kasse verrechneten Vorsorgeuntersuchungen (Basis) in den letzten 4 Quartalen vor der Ausschreibung	5%	5	100	250	0,0333
11	Zahl der erbrachten und mit der Kasse abgerechneten Fälle in den letzten 4 Quartalen vor der Ausschreibung (über Mindestzahl lt. Ausbildungscurr. von 800 bzw. 750 bei Teilnahme DMP)	5%	5	3.000	4.500	0,0033
12	Diplome	10%	10			
	Notarzt (aufrecht)	3	1,67			1,6667
	Palliativ	2	1,11			1,1111
	Geriatric	3	1,67			1,6667
	Schularzt	1	0,56			0,5556
	Psychosoziale Medizin	1	0,56			0,5556
	Psychosomatische Medizin	3	1,67			1,6667
	Psychotherapeutische Medizin	3	1,67			1,6667
	Ernährungsmedizin	2	1,11			1,1111
Anteil/max. Punkte		100%	100,00			

Grundsätzlich erhält der Bewerber mit der höchsten Gesamtpunktzahl aus den Ziff. 1 bis 12 den Zuschlag. Liegen allerdings die Punkte eines oder mehrerer Bewerber innerhalb eines Abstandes von 20 % zu den Punkten des Bewerbers mit der höchsten Gesamtpunktzahl, so entscheidet die Lehrpraxenkommission über den Zuschlag (= Bandbreitenregelung). Jeder Vertreter der Lehrpraxenkommission hat eine Stimme, bei Stimmgleichheit hat der vorsitzführende Bundesvertreter das Dirimierungsrecht.

Nachdem die Grundvoraussetzung „Ökonomische Vorgangsweise: hinsichtlich der Verordnung von Heilmitteln geht der Arzt zumindest so ökonomisch vor wie der Durchschnitt der Fachgruppe der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin“ dazu führt, dass 50 % aller Vorarlberger Kassenärzte für Allgemeinmedizin von vornherein als Lehrpraxisinhaber ausgeschlossen sind, die Vertreter der Sozialversiche-

rung und des Landes jedoch nicht bereit waren, auf diese Grundvoraussetzung zu verzichten bzw. diese weniger rigide zu formulieren, wurde aus Sorge, möglicherweise doch nicht genügend Lehrpraxisinhaber zu finden, nachstehende Regelung aufgenommen:

Für den Fall, dass pro Lehrpraxis zwar zumindest ein Bewerber vorliegt, jedoch keiner die Grundvoraussetzung „*Ökonomische Vorgangsweise*“ erfüllt, gilt folgende Vorgangsweise:

- a) Es werden alle Bewerber nach dem obigen Punkteschema gereiht.
- b) Kommt aufgrund dieser Reihung die Bandbreitenregelung zur Anwendung, ist bei der Entscheidung durch die Lehrpraxenkommission das Kriterium der ökonomischen Vorgangsweise besonders zu berücksichtigen.
- c) Kommt aufgrund dieser Reihung die Bandbreitenregelung nicht zur Anwendung, so erhält der „ökonomischste“ Bewerber zusätzlich 20 Punkte und dann wird die Reihung samt allfälliger Bandbreitenauswahl wiederholt.

Nach Zuschlagserteilung durch die Lehrpraxenkommission hat der Lehrpraxisinhaber mit der vorgegebenen Beitrittserklärung der unter Pkt. 4.1. erwähnten Rahmenvereinbarung beizutreten, somit den Inhalt und die Ziele dieses Pilotprojektes anzuerkennen und seine Tätigkeit als Lehrpraxisinhaber danach auszurichten.

Zudem wird aus allen verbleibenden Bewerbungen unter Beachtung der obigen Ausführungen zumindest eine Ersatzlehrpraxis bestimmt, sodass gewährleistet ist, dass bei Ausfall einer Lehrpraxis ein Lehrpraktikant kurzfristig einer anderen Lehrpraxis zugeordnet werden kann.

Ein Blick auf die einzelnen Kriterien, die Punkte bringen, zeigt, dass die Kriterien Durchführung von Totenbesuchen (Ziff. 1), Durchführung von Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz (Ziff. 2), Teilnahme am (in Vorarlberg freiwilligen) Wochentagsbereitschaftsdienst (Ziff. 3) und Teilnahme am DMP⁵⁵ (Ziff. 5) im Verhältnis zu den übrigen Kriterien viele Punkte bringt. Während diese Kriterien nach den ursprünglichen Vorstellungen des Landes Vorarlberg und der Vorarlberger Gebietskrankenkasse sog. „Vorreihungskriterien“ hätten sein sollen (d.h. Bewerber, die diese Kriterien erfüllen, wären unabhängig von ihrer Gesamtpunktezahl immer vorgereiht worden), konnte in den Verhandlungen zumindest erreicht werden, dass diese Kriterien – wie auch alle anderen – in die Gesamtpunktezahl einfließen. Allerdings waren weder das Land Vorarlberg noch die Vorarlberger Gebiets-

55 DMP ist das Disease-Management-Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ der Sozialversicherung.

krankenkasse dazu zu bewegen, bei diesen Kriterien Punkteabstriche zu machen (und diese somit in der Punktezahl den andern Kriterien anzunähern). Die Gründe dürften darin liegen, dass sich das Land Vorarlberg erhofft, dass Lehrpraktikanten, die diese Tätigkeiten in ihrer Lehrpraxiszeit erlernen, später eher bereit sein werden, öffentliche Sanitätsaufgaben durchzuführen⁵⁶ bzw. sich an den (freiwilligen) Wochentagsbereitschaftsdiensten zu beteiligen⁵⁷. Auch die Vorarlberger Gebietskrankenkasse hofft, künftig vermehrt Kassenärzte für das DMP zu begeistern.

Im Übrigen zeigt sich, dass die Kriterien darauf abzielen, dass insbesondere jene Praxen zum Zug kommen sollen, in denen den Lehrpraktikanten ein möglichst umfassendes Tätigkeitsbild eines Allgemeinmediziners vermittelt werden kann (z.B. Wundversorgungen, Betreuung von Kindern, Hausbesuche, Vorsorgeuntersuchungen).

Das Ausschreibungsverfahren wurde im August 2014 durchgeführt und hat Folgendes ergeben:

Insgesamt haben sich 7 Ärzte für Allgemeinmedizin als Lehrpraxisinhaber beworben.⁵⁸ Diese verteilen sich quer über Vorarlberg und somit sehr gut auf die einzelnen Spitalsstandorte, sodass eine räumliche Nähe zwischen Lehrpraxis und Krankenhaus (die zwar keine zwingende Voraussetzung, m.E. aber durchaus sinnvoll ist) in allen Fällen gegeben ist.

Im Hinblick darauf, dass 4 Bewerber die Grundvoraussetzung „*Ökonomische Vorgangsweise*“ nicht erfüllt haben, ist bei einer allfälligen Verlängerung des Pilotprojektes darauf zu achten, dass dieses Kriterium modifiziert wird; dies insbesondere deshalb, da zwei dieser vier „unökonomischen“ Bewerber eine sehr hohe Gesamtpunktezahl vorweisen konnten und somit – im Hinblick auf das in der Lehrpraxis zu vermittelnde möglichst breite Spektrum (Wundversorgungen, Betreuung von Kindern, Hausbesuche, Vorsorgeuntersuchungen) – sehr gut geeignete Lehrpraxisinhaber sind. Im Hinblick auf die geringe Bewerberzahl haben diese beiden Ärzte zwar im Rahmen des Pilotprojektes den Zuschlag für jeweils eine Lehrpraxis erhalten, im Falle einer höheren Bewerberzahl wäre dies jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit nicht der Fall gewesen.

56 In jüngerer Zeit sind immer weniger Vorarlberger Ärzte bereit, Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz sowie Totenbeschauen durchzuführen.

57 Die Zahl der Vorarlberger Sanitätssprengel, die Wochentagsbereitschaftsdienste anbieten, ist im Abnehmen begriffen.

58 In Vorarlberg gibt es insgesamt 157 Kassenvertragsärzte für Allgemeinmedizin; somit haben sich ca. 5 % derselben als Lehrpraxisinhaber beworben.

Abschließend ist zu erwähnen, dass eine allfällige Vertretung des Lehrpraxisinhabers alle Erfordernisse des Lehrpraxisinhabers erfüllen muss; ausgenommen davon ist eine Abwesenheit des Lehrpraxisinhabers von bis zu 5 Tagen.

4.3. Tätigkeitsbereich der Lehrpraktikanten

Der Lehrpraxisinhaber ist zur Ausbildung des Turnusarztes mit dem Ziel der Vorbereitung auf die Tätigkeit als niedergelassener Arzt verpflichtet. Der Lehrpraxisinhaber hat den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten laufend zu überprüfen und dabei zu beurteilen, inwieweit diese dem Turnusarzt in dem in den Rasterzeugnissen für die jeweiligen Fachgebiete angeführten Umfang tatsächlich vermittelt worden sind. Der Turnusarzt ist vom Lehrpraxisinhaber zur persönlichen Mitarbeit heranzuziehen und hat entsprechend seinem Ausbildungsstand auch Mitverantwortung zu übernehmen. Sofern es der Erreichung der Ausbildungsziele dienlich ist, kann der Turnusarzt vom Lehrpraxisinhaber im Einzelfall auch zur Mitarbeit bei dessen allfälligen ärztlichen Tätigkeiten außerhalb der Lehrpraxis herangezogen werden (vgl. § 12 Abs. 3 ÄrzteG).

Kopetzki⁵⁹ hat unlängst aufgearbeitet, in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen die in Ausbildung stehenden Turnusärzte in Lehrpraxen niedergelassener Ärzte tätig werden dürfen. Er kommt im Wesentlichen zum Schluss, dass grundsätzlich auch für Turnusärzte in Lehrpraxen gilt, dass die Art und Intensität der „Anleitung und Aufsicht“ abgestuft auszugestalten ist: dem zunehmenden Ausbildungsstand muss eine abnehmende Aufsichtsintensität gegenüberstehen. Maßgebliche Kriterien sind einerseits der Umfang der Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten des Turnusarztes, andererseits die Gefährlichkeit, Risikoneigung und nachträgliche Korrigierbarkeit der ihm übertragenen Tätigkeiten. Abweichend von der Rechtslage in anderen Ausbildungsstätten bestehe in Lehrpraxen allerdings keine zwingende „Untergrenze“ der Aufsichtsintensität i.S. der ständigen Anwesenheit des Lehrpraxisinhabers. Bei entsprechendem Ausbildungsniveau ist es im Einzelfall auch zulässig, wenn der Turnusarzt außerhalb der Ordinationsstätte ärztlich tätig wird, ohne dass der ausbildende Arzt gleichzeitig am selben Ort präsent ist. Das gilt umgekehrt auch für Tätigkeiten des Lehrpraktikanten in der Ordinationsstätte, während der Praxisinhaber zeitgleich andere Aufgaben außerhalb der Ordination wahrnimmt.

Nachdem im Pilotprojekt zur Zielgruppe der Lehrpraktikanten Ärzte am Ende der Ausbildung gehören, hätten die obigen Vorgaben zum Tätigkeitsbereich der Lehr-

⁵⁹ Kopetzki, Zum Kompetenzumfang der Turnusärzte in Lehrpraxen, RdM 2013/141.

praktikanten aus Sicht der Ärztekammer für Vorarlberg ausgereicht. Bundesministerium, Land Vorarlberg und Sozialversicherung haben jedoch darauf bestanden, den Tätigkeitsbereich der Lehrpraktikanten rigider zu regeln. Im Vorarlberger Lehrpraxisprojekt wurde daher vereinbart, dass der Lehrpraktikant im Rahmen des Kompetenzlevelkataloges⁶⁰ sowie gemäß dem entsprechenden Rasterzeugnis⁶¹ unter Anleitung und Aufsicht des Lehrpraxeninhabers gemäß § 3 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 tätig sein darf. Von der direkten Aufsicht („Draufsicht“) sind jedenfalls jene Fertigkeiten und Kenntnisse ausgenommen, die bereits im Studium vermittelt worden sind. Ab dem dritten Monat obliegt dem Lehrpraktikanten ohne direkte Aufsicht („Draufsicht“) auch die alleinige Durchführung von Tätigkeiten bei Anwesenheit des Lehrpraxisinhabers. Von einer Anwesenheit des Lehrpraxisinhabers kann nur in jenen begründbaren Einzelfällen abgesehen werden, in denen eine Behandlung oder Untersuchung außerhalb der Ordinationsstätte unaufschiebbar innerhalb der Ordinationszeiten erbracht werden muss, wobei der Lehrpraxisinhaber jederzeit erreichbar sein muss. Ab dem dritten Monat kann der Lehrpraktikant auch zur alleinigen Visitentätigkeit unter ständiger Erreichbarkeit des Lehrpraxisinhabers in der Ordination herangezogen werden. Dies allerdings nur bei chronisch Erkrankten und nicht bei Kindern und Jugendlichen. Die Maximalanzahl dieser Visiten darf 10 im Kalendermonat nicht übersteigen.

Die Beschränkung der Visitentätigkeit zeigt m.E. einmal mehr die Sorge der Sozialversicherung vor Mehrkosten durch die Tätigkeit von Lehrpraktikanten.

Aus dieser Sorge heraus hat vor einigen Jahren bereits die Salzburger Gebietskrankenkasse ein Verfahren vor der Landesschiedskommission dahingehend angestrebt, dass festgestellt werden möge, dass Vertragsärzte nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages nicht berechtigt seien, Lehrpraktikanten zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen heranzuziehen und diese mit ihr abzurechnen; ohne eine entsprechende Regelung im Gesamtvertrag sei eine Tätigkeit von Lehrpraktikanten im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht zulässig. Der Verfassungsgerichtshof⁶² hat in dieser Sache letztlich entschieden, dass die Tätigkeit von Lehrpraktikanten sehr wohl ohne gesamtvertragliche Regelung zulässig und die von diesen erbrachten vertragsärztlichen Leistungen auch mit der Sozialversicherung verrechenbar sind.

Auch wenn die Sorge der Leistungsausweitung durch die Tätigkeit von Lehrpraktikanten vor dem Hintergrund des gedeckelten Honorierungssystems der

60 Hierbei handelt es sich um den Kompetenzlevelkatalog der Medizinischen Universitäten Österreichs für ärztliche Fertigkeiten; dieser sieht einen Kompetenzlevel Famulaturreife, KPJ-Reife und Approbationsreife vor.

61 Hierbei handelt es sich um das ÖÄK-Rasterzeugnis „Allgemeinmedizin/Lehrpraxis“.

62 VfGH vom 21.9.2010, B1295/09.

Vorarlberger Gebietskrankenkasse unbegründet ist, ist es nicht gelungen, in den Verhandlungen die Beschränkung der Visitentätigkeit wegzuverhandeln. Letztlich wurde sie kammerseits für die Dauer der Pilotphase akzeptiert, um ein Scheitern dieses Pilotprojektes zu verhindern.

Nunmehr wurde mit 1.1.2015 – offenbar wegen der Befürchtungen der Sozialversicherung – völlig überschießenderweise das ASVG dahingehend geändert, dass zwischen dem Hauptverband für alle Krankenversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer für sich und alle Landesärztekammern bis zum 30.6.2016 eine verbindliche gesamtvertragliche Regelung über den Einsatz von Lehrpraktikanten bei Vertragsärzten und in Vertragsgruppenpraxen abzuschließen ist. Dieser Gesamtvertrag hat insbesondere Art, Umfang und Grundsätze der Verrechenbarkeit jener Leistungen zu regeln, welche von Lehrpraktikanten für Vertragsärzte auf Kosten der Sozialversicherung erbracht werden können (vgl. § 342b ASVG).

Vor dem Hintergrund der völlig unterschiedlichen kassenärztlichen Honorierungssysteme in den einzelnen Bundesländern ist es schwer vorstellbar, dass hier eine für alle Bundesländer sachgerechte Lösung gefunden werden kann. Der Gesetzgeber wäre m.E. gut beraten gewesen, zumindest eine bundeslandspezifische gesamtvertragliche Regelung zuzulassen.

4.4. (Dienst-)rechtliche Regelungen

Dienstzuteilung

Die Lehrpraktikanten werden im Rahmen der verfügbaren Lehrpraxisplätze auf ihr Ersuchen von ihrem Dienstgeber⁶³ der jeweiligen Lehrpraxis dienstzuteilt. Hierfür wurde eine eigene Mustervereinbarung zwischen allen Projektpartnern vereinbart; diese ist vom ausgewählten Lehrpraktikanten, vom Lehrpraxisinhaber und vom Rechtsträger des Krankenhauses zu unterfertigen. Das Dienstverhältnis mit dem Land Vorarlberg bzw. der Stadt Dornbirn bleibt somit während der Lehrpraxiszeit vollinhaltlich aufrecht.

Die Vereinbarung über die Dienstzuteilung sieht vor, dass der Lehrpraktikant mit einem Beschäftigungsausmaß von 75 % der Lehrpraxis dienstzuteilt wird. Der Lehrpraktikant absolviert sodann in einem Durchrechnungszeitraum von 6 Monaten durchschnittlich vier Tage pro Woche in der Lehrpraxis, die wöchentliche Ar-

63 Bei Ärzten in den Landeskrankenanstalten ist dies das Land Vorarlberg, vertreten durch die Krankenhaus-Betriebsgesellschaft, bei Ärzten im Krankenhaus Dornbirn ist dies die Stadt Dornbirn.

beitszeit beträgt in einem Durchrechnungszeitraum vom 6 Monaten durchschnittlich 30 Wochenstunden und umfasst jedenfalls die Ordinationszeiten. Die tägliche Arbeitszeit in der Lehrpraxis ist mit maximal 10 Stunden begrenzt.

Neben der Tätigkeit in der Lehrpraxis hat der Lehrpraktikant durchschnittlich 3 abteilungsübliche Dienste pro Monat in einem Durchrechnungszeitraum von 6 Monaten zusätzlich im Krankenhaus zu absolvieren.⁶⁴

Im Hinblick auf die Dienstplanung hat der Lehrpraxisinhaber die Diensterteilung des Lehrpraktikanten in der Lehrpraxis monatlich im Vorhinein dem Krankenhaus, dem die Lehrpraxis zugeordnet ist, bekannt zu geben; diese Bekanntgabe hat auch allfällige Urlaube oder sonstige gesetzliche Dienstfreistellungen zu enthalten.

Überstunden

Überstunden des Lehrpraktikanten, welche noch im Rahmen der Tätigkeit im Krankenhaus vor Beginn der Lehrpraxistätigkeit angefallen sind, sind vom Rechtsträger des Krankenhauses entsprechend den dienstrechtlichen Vorschriften abzugelten.

Fallen im Rahmen der Tätigkeit als Lehrpraktikant in der Lehrpraxis Überstunden an, werden diese durch Zeitausgleich abgegolten. Dieser Zeitausgleich ist bis zum Ende der Lehrpraxistätigkeit zu konsumieren. Ist dies nicht möglich, so sind die dem Rechtsträger des Krankenhauses dadurch entstehenden Kosten vom Lehrpraxisinhaber zu ersetzen.

Allfällige Überstunden des Lehrpraktikanten, die im Rahmen der Tätigkeit im Krankenhaus während der Lehrpraxiszeit anfallen, werden entsprechend den dienstrechtlichen Vorschriften vom Rechtsträger des Krankenhauses abgegolten.

64 § 7 Abs. 4 ÄrzteG i.d.F. BGBl. I Nr. 82/2014 regelt nunmehr ausdrücklich, dass unbeschadet der Tätigkeit in einer Lehrpraxis zusätzlich auch das unselbständige Tätigwerden entsprechend den bisher erworbenen Kompetenzen in einem Fachgebiet der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses in einer Ausbildungsstätte einer Krankenanstalt zulässig ist. Das Vorarlberg Pilotprojekt Lehrpraxen hat als Vorbild für diese Regelung gedient.

Urlaub

Der Lehrpraktikant hat während des Lehrpraxisprojekts (= der Dienstzuteilung) den ihm zustehenden Erholungsurlaub in einem der Dauer des Lehrpraxisprojektes (6 Monate oder 12 Monate) und dem Beschäftigungsausmaß in der Lehrpraxis entsprechendem aliquoten Ausmaß zu konsumieren. Ist dies nicht möglich, hat der Lehrpraxisinhaber die dem Rechtsträger des Krankenhauses dadurch entstehenden Kosten zu refundieren.

Der Erholungsurlaub ist vom Lehrpraxisinhaber unter Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse des Lehrpraktikanten möglichst zu Beginn der Lehrpraxisstätigkeit festzulegen und dem Krankenhaus, dem die Lehrpraxis zugehört, bekannt zu geben.

Arbeitsunfähigkeit

Der Lehrpraktikant hat im Falle einer Arbeitsunfähigkeit den Beginn und das Ende der Erkrankung unverzüglich dem Lehrpraxisinhaber und dem Krankenhaus zu melden (ab einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von drei Tagen ist die Krankmeldung durch eine ärztliche Bestätigung zu belegen).

Bei Arbeitsunfähigkeit des Lehrpraxisinhabers arbeitet der Lehrpraktikant für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit im Krankenhaus, bis eine Praxisvertretung stattfindet⁶⁵ oder der Lehrpraxisinhaber genesen ist. Bei längerfristigem Krankenstand oder bei Tod des Lehrpraxisinhabers wird der Lehrpraktikant einem neuen Lehrpraxisinhaber zugeteilt. Eine Arbeitsunfähigkeit gilt dann als langfristig, wenn sie zumindest 21 Tage dauert.

Fortbildung

Für die Dauer der Tätigkeit in der Lehrpraxis werden vom Rechtsträger des Krankenhauses keine Fortbildungskosten übernommen. Allfällige Fortbildungen und deren allfällige Vergütung sind zwischen Lehrpraxisinhaber und Lehrpraktikant festzulegen.

⁶⁵ Vgl. letzter Absatz zu Pkt. 4.2.

Haftung

Der Lehrpraxisinhaber ist verpflichtet, für die Tätigkeit in der Lehrpraxis eine ausreichende Haftpflichtversicherung für den Lehrpraktikanten abzuschließen.⁶⁶

Zusätzlich wurde ein Haftungsausschluss dahingehend vereinbart, dass der Rechtsträger des Krankenhauses dem Lehrpraxisinhaber in keiner Weise – aus welchem Titel auch immer – für die vom Lehrpraktikanten im Rahmen der Tätigkeit in der Lehrpraxis zu erbringenden Leistungen haftet.

Auflösung der Dienstzuteilung

Der Lehrpraxisinhaber kann die mit dem Rechtsträger des Krankenhauses und dem Lehrpraktikanten abgeschlossene Vereinbarung unter Einhaltung einer Frist von einem Kalendermonat zum Ende eines Kalendermonates schriftlich auflösen.

Über schriftliches Ansuchen des Lehrpraktikanten hat der Rechtsträger des Krankenhauses die Dienstzuteilung unter Einhaltung einer Frist von einem Kalendermonat zum Ende des Kalendermonates schriftlich aufzulösen. In diesem Fall wird der Lehrpraktikant für die restliche Dauer der Lehrpraxistätigkeit in einer anderen Lehrpraxis oder, sofern dies nicht möglich ist, im jeweiligen Krankenhaus weiter beschäftigt.

66 Die zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs abgeschlossene Rahmenvereinbarung über die Vertragsbedingungen der Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 117b Abs. 1 Z 22a ÄrzteG sieht vor, dass der Versicherungsschutz auch für sonstiges in der Ordination angestelltes ärztliches und nicht ärztliches Personal zu gelten hat. Im Hinblick auf den Umstand, dass es sich bei den Lehrpraktikanten um dienstzugeteilte (und somit nicht beim Lehrpraxisinhaber angestellte) Ärzte handelt und diese Ärztegruppe nicht explizit vom Wortlaut der Rahmenvereinbarung umfasst ist, ist im Einzelfall vom Lehrpraxisinhaber mit seiner Haftpflichtversicherung abzuklären, ob der bestehende Haftpflichtversicherungsvertrag ausreichend Deckung für den dienstzugeteilten Lehrpraktikanten vorsieht; sollte dies nicht der Fall sein, ist vom Lehrpraxisinhaber für einen ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutz zu sorgen. Als ausreichend ist – obwohl in der Rahmenvereinbarung nicht näher konkretisiert – ein Versicherungsschutz gemäß § 52d ÄrzteG anzusehen.

4.5. Kündigung

Ein gemäß Pkt. 4.2. ausgewählter Lehrpraxisinhaber hat die Möglichkeit, das durch die Beitrittserklärung zur Rahmenvereinbarung zustande gekommene Rechtsverhältnis mit den anderen Partnern der Rahmenvereinbarung zum Ende eines Lehrpraxiszyklus unter Einhaltung einer zweimonatigen Kündigungsfrist zu kündigen.⁶⁷ Demgegenüber haben auch die anderen Finanzierungspartner das Recht, das Rechtsverhältnis mit dem Lehrpraxisinhaber unter Einhaltung einer zweimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Lehrpraxiszyklus wie folgt zu kündigen: Die Lehrpraxenkommission wird auf Antrag eines kündigungswilligen Finanzierungspartners einberufen und entscheidet mittels Mehrheitsbeschluss über die Kündigung des Lehrpraxisinhabers, wobei jeder Vertreter der Lehrpraxenkommission eine Stimme hat. Bei Stimmengleichheit hat der vorsitzführende Bundesvertreter das Dirimierungsrecht. Für den Fall eines positiven Beschlusses hat der jeweilige Rechtsträger der Krankenanstalt dem zugewiesenen Lehrpraxisinhaber gegenüber die Kündigung stellvertretend für alle anderen Finanzierungspartner auszusprechen.

Darüber hinaus ist jeder Finanzierungspartner berechtigt, die Kostentragung anteilmäßig einzustellen, sofern ein Lehrpraxisinhaber gegen die Vereinbarung oder eine damit zusammenhängende sonstige wesentliche rechtliche Verpflichtung verstößt. Dem Lehrpraxisinhaber ist die Möglichkeit zu geben, dass er binnen einem Monat ab Bekanntgabe den Verstoß nachweislich beheben kann. Die Einstellung der Kosten ist den Vereinbarungspartnern sowie dem jeweiligen Rechtsträger der Krankenanstalt 3 Monate vor Wirksamwerden schriftlich mitzuteilen. Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat den Lehrpraktikanten, der dieser Lehrpraxis zugewiesen ist, für die restliche Dauer der Lehrpraxistätigkeit einer anderen Lehrpraxis zuzuteilen oder, sofern dies nicht möglich ist, in der jeweiligen Krankenanstalt weiter zu beschäftigen.

67 Im Hinblick auf eine möglichst objektive Evaluierung sollte jedoch jede Lehrpraxis die gesamten 2 Jahre lang ausbilden.

5. Ausblick

Kurz vor Redaktionsschluss haben in allen Lehrpraxen die Turnusärzte ihre Tätigkeit aufgenommen (in vier Fällen beträgt die Ausbildungsdauer 6 Monate, in einem Fall 12 Monate), die ersten Rückmeldungen sowohl der Lehrpraxisinhaber als auch der Turnusärzte sind durchwegs positiv.

Auch wenn im Hinblick auf die inzwischen erfolgten gesetzlichen Festlegungen zur Dauer der Lehrpraxis (6 Monate mit schrittweiser Erhöhung auf 9 und dann auf 12 Monate und bedauerlicherweise der Möglichkeit einen Teil davon in Spitalsambulanzen zu absolvieren) ein Ziel des Vorarlberger Pilotprojektes, nämlich eine fundierte Entscheidungsgrundlage zur (gesetzlichen) Festlegung der sinnvollen Lehrpraxisdauer zu bekommen, vorläufig ein wenig in den Hintergrund gerückt ist, wird dennoch mit großem Interesse der Evaluierung entgegengesehen.

Was die Organisation der Lehrpraxen betrifft, ist – wie den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage entnommen werden kann – offenbar auch das Bundesministerium für Gesundheit davon überzeugt, dass das Vorarlberger Modell Vorbild für ganz Österreich sein kann.

Ob das Pilotprojekt die hohen Erwartungen, die mit ihm verbunden sind, tatsächlich erfüllen kann, muss die Zukunft allerdings erst zeigen. Im Hinblick auf die gute Vorbereitung und das traditionell gute Zusammenwirken aller beteiligten Institutionen im Gesundheitsbereich in Vorarlberg ist jedoch Optimismus angebracht.

**Thomas Bergmair im Gespräch mit
Dr. Elke Maria Ruttenstock
Dr. Yasmin Endlich
Dr. Wolfram Gmeiner
Dr. Clemens Stanek**

Erfahrungen aus dem Ausland

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag die männliche oder weibliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

1. Einleitung	72
2. Dr. Elke Maria Ruttenstock: Kanada/Großbritannien	73
3. Dr. Yasmin Endlich: Australien	76
4. Dr. Wolfram Gmeiner: Schweiz	81
5. Dr. Clemens Stanek: Schottland	85
6. Fazit	88

Der vorliegende Beitrag behandelt die Erfahrungen aus dem Ausland von vier Ärzten, die sich freiwillig auf eine Meldung des Auslandsbüros der ÖÄK bereit erklärten, für einen Artikel zur Verfügung zu stehen. Sie alle haben gemeinsam, dass Sie einen Teil der Ausbildung im Ausland absolvierten. Zwar trieben sie unterschiedlichste Beweggründe in die Ferne, doch hat keiner den großen Schritt in eine fremde Umgebung bereut. Alle vier empfehlen jungen Kollegen einstimmig, eine derartige Erfahrung unbedingt zu machen. Die hier präsentierte Erfahrungen aus Kanada, Australien, der Schweiz und dem Vereinigten Königreich spiegeln jeweils die subjektiven Eindrücke aus dem Ausbildungs- und Arbeitsalltag der Interviewpartner wider.

1. Einleitung

Die hier vorgestellten Ärztinnen und Ärzte absolvierten jeweils zumindest einen Teil ihrer postgradualen Ausbildung im Ausland. In Interviews berichten sie von ihren Erfahrungen, sprechen über Beweggründe für ihre Entscheidungen und zeigen Unterschiede in den verschiedenen Systemen auf. Die gemachten Angaben basieren auf subjektiven Eindrücken und sind abhängig vom Erfahrungsschatz der Interviewpartner. Die Unterschiede im Arbeitsalltag und in den Ausbildungsstrukturen stellen naturgemäß jeweils nur Momentaufnahmen aus den jeweiligen Stationen der vier Interviewpartner dar, vermitteln aber dennoch ein gutes Bild von der Situation in unterschiedlichen Ländern. Aspekte wie die Qualität der Ausbildung oder die Kommunikation innerhalb von Krankenhausstrukturen sind immer auch ein Resultat des Engagements von Einzelpersonen und abhängig von den Beiträgen aller Beteiligten. Außerdem können die Eindrücke in unterschiedlichen Abteilungen sehr verschieden sein. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass bestehende Unterschiede auch von regulativer Seite begünstigt werden können und somit sehr wohl zu einem gewissen Grad plan- und regelbar sind.

Dank gilt an dieser Stelle dem Bereich Internationales der Österreichischen Ärztekammer, besonders Frau Mag. Irene Podest, die den Kontakt zu den Interviewpartnern herstellte.

2. Dr. Elke Maria Ruttenstock: Kanada/Großbritannien

„Ich war mit meiner Ausbildung in Österreich sehr zufrieden. Private Gründe führten mich ins Ausland. Dank der Offenheit des österreichischen Ausbildungssystems ist es mir möglich, meine Ausbildung auch im Ausland fertigzustellen. Ich bin sehr dankbar für dieses Privileg.

Jedes System hat seine Vor- und Nachteile. Das perfekte System gibt es nicht. Während jeder meiner Ausbildungsstationen habe ich immens viel gelernt. Überall gibt es Lehrer, Vorbilder, Chefs und Leader, die einen prägen. Ich bin sehr dankbar für meine bisherigen Erfahrungen.“

Dr. Elke Maria Ruttenstock ist eine 31-jährige Fachärztin in Ausbildung zur Kinderchirurgin. Im Zuge Ihrer Ausbildung absolvierte sie schon zahlreiche Stationen im Ausland. Der Beginn ihrer Facharztausbildung war 2007 an der Abteilung Kinder- und Jugendchirurgie der Grazer Universitätsklinik. Von 2009 bis 2010 erfolgte der erste Auslandsaufenthalt zu Forschungszwecken in Dublin, Irland. Dublin gilt als beliebtes Forschungsziel für Kinderchirurgie-Assistenten aus Graz. Als Senior Research Fellow im Bereich der Grundlagenforschung erlebte Dr. Ruttenstock die Zeit in Irland als äußerst produktiv. Nach einem kurzen Abstecher in der Heimat, wo Dr. Ruttenstock sich nach kurzer Zeit fühlte, als wäre sie nie weg gewesen, ging es vorwiegend aus privaten Gründen nach London, Großbritannien, wo sie auf Anhieb eine Anstellung als Assistenzärztin (Senior Clinical Fellow) erhielt. Dort arbeitete sie das erste Mal klinisch im Ausland. Zwar dauerte es zu Beginn einige Wochen, bis sie sich auf das neue System eingestellt hatte und der sprachliche Fachjargon vorhanden war, aber im Großen und Ganzen erfolgte auch diese Umstellung sehr rasch. London stellte sich mit sechs kinderchirurgischen Abteilungen als sehr guter Lebensort für Dr. Ruttenstock und ihren Partner, ebenfalls Kinderchirurg, heraus. Trotzdem ging auch die Zeit dort zu Ende und nach einem kurzen Abstecher in Linz erhielt Dr. Ruttenstock, gemeinsam mit ihrem Mann, die Zusage für eine Anstellung in einem der renommiertesten und führenden Kinderospitäler der Welt, dem „Hospital for Sick Children“ in Toronto, Kanada. Die Arbeit dort bietet ihnen klinisch, aber auch wissenschaftlich eine einzigartige Chance. Dort befindet sich Dr. Ruttenstock momentan im letzten Jahr ihrer Ausbildung.

Ihre Erwartung war weniger, im Ausland eine bessere Ausbildung als in Österreich zu bekommen, sondern vielmehr war es eine Anforderung an die Ausbildungsstelle, eine Ausbildung zu garantieren, die der in Österreich ebenbürtig ist.

Im Zuge ihrer Auslandsaufenthalte konnte sie den Ablauf der Ausbildung sowohl in Dublin als auch in London und Toronto beobachten. So unterzieht man sich beispielsweise in Großbritannien zu Beginn der kinderchirurgischen Ausbildung einem nationalen Interview, einer Aufnahmeprüfung bestehend aus mehreren Stationen. Ergattert man eine der begehrten Ausbildungsstellen, muss von Seiten der Ausbildungsstätte ein Ausbildungsauftrag wahrgenommen werden. Es gibt in jedem Ausbildungsjahr klar definierte Ziele, die zu erreichen sind. Die Erreichung dieser Ziele wird jährlich von der Ärztekammer überprüft – so dass es beispielsweise auch notwendig sein kann, ein Ausbildungsjahr zu wiederholen. Die Ausbildung findet an zumindest drei verschiedenen Ausbildungsstätten (Zentren) statt, wodurch man unterschiedliche Schwerpunkte kennenlernt und viele neue Erfahrungen sammeln kann. Natürlich ist das besonders für Familien nicht immer ganz einfach. Im Gegensatz dazu ist die Ausbildung in Österreich, wo man zumindest bisher die Möglichkeit hatte, in einem Zentrum „heranzuwachsen“, individueller und man entwickelt eine sehr persönliche Beziehung zur gesamten Belegschaft eines Hauses.

Als besonderen Vorzug der Stationen im Ausland empfand Dr. Ruttenstock aufgrund der hohen Bevölkerungsdichte auch die Vielzahl der kinderchirurgischen Fälle. In Toronto, im größten kinderchirurgischen Zentrum in Kanada, ist sie mit einem Einzugsgebiet von 7 Millionen Menschen konfrontiert.

In Kanada und Nordamerika läuft die Ausbildung in ihrem Fachgebiet laut Dr. Ruttenstock ganz anders ab als in Österreich. Kinderchirurgie ist dort eine Subspezialisierung der Allgemein Chirurgie. Erst nach 4-jähriger Ausbildung in der Allgemein Chirurgie bewirbt man sich national um eine Ausbildungsstelle in der Kinderchirurgie. Diese Ausbildung dauert dann zwei Jahre, in denen man ein höchst intensives, aber auch effektives Training durchläuft. Der Auszubildende operiert praktisch täglich von früh bis spät und ist für gewöhnlich auch der Erstoperaateur.

Ein weiterer großer Unterschied zu Österreich ist, dass das Spitalssystem in all den Stationen, die sie bereits absolvierte, anders aufgebaut ist als in Österreich. Zwar gibt es in allen Abteilungen einen Chef, der die gesamte Abteilung der Chirurgen repräsentiert – jedoch arbeitet jeder Chirurg eigenständig. Man muss sich das so vorstellen, als ob in jeder Abteilung mehrere Primärärzte nebeneinander arbeiten würden. Jeder hat seine Operationslisten, jeder seine eigene Ambulanz und die eigene Sekretärin. Ein Patient wird somit immer vom selben Chirurgen betreut. Dadurch werden bereits während der Ausbildung alle Assistenten darauf vorbereitet, am Ende der Ausbildung in der Lage zu sein, komplett unabhängig und selbstständig zu arbeiten.

Als großen Vorteil des Ausbildungsablaufs im Ausland empfand Dr. Ruttenstock, dass man sowohl in Großbritannien als auch in Kanada in sämtlichen Diensten alleine im Spital ist, mit einem Consultant/Staff in Bereitschaft, und somit gewungenermaßen sehr schnell lernt, selbstständige Entscheidungen zu treffen. Auch die Zusammenarbeit mit KollegInnen aus der ganzen Welt empfindet sie als enorme Bereicherung.

Ein Vergleich mit den jeweils einheimischen Kollegen hinkt natürlich. Dr. Ruttenstock argumentiert, es sei immer leichter, im eigenen System zu arbeiten, mit dem man bereits im Studium vertraut gemacht wird und in dem man schon als Famulant wertvolle Erfahrungen sammeln konnte. Mit der richtigen Arbeitseinstellung komme man aber überall gut zurecht. Natürlich ist ein Vorteil durch die Muttersprache nicht zu verleugnen, als wirkliches Problem empfand Dr. Ruttenstock dies aber nicht. Alle Assistenzärzte wurden gleich behandelt, niemand erhielt eine zweitrangige Ausbildung. So hat sich Dr. Ruttenstock zum Beispiel in London auf die österreichische Facharztprüfung vorbereitet und wurde während dieser Zeit von Kollegen und Consultants tatkräftig unterstützt.

Schwächen in der österreichischen Ausbildung wittert sie vor allem darin, dass Österreich als kleines Land besonders in ihrem Fachgebiet, der Kinderchirurgie, mit verhältnismäßig vielen kinderchirurgischen Zentren ausgestattet ist. Als sehr breitgefächertes Sonderfach birgt die Kinderchirurgie beispielsweise unzählige Herausforderungen durch sehr selten vorkommende angeborene Fehlbildungen. Allein aufgrund der niedrigen Bevölkerungszahl in einem kleinen Land wie Österreich ist es entsprechend schwieriger, dass jeder Assistent auch bei seltener vorkommenden kinderchirurgischen Indexoperationen die notwendigen Erfahrungen sammelt. Man hat dieses Handicap jedoch mittlerweile erkannt und ermöglicht es den Mediziner, Teile der Ausbildung im Ausland an renommierten Ausbildungsstätten zu absolvieren. Im Gegensatz zu Ländern wie Italien, der Schweiz, Großbritannien, Irland etc. sind in Österreich dazu auch keine zeitlichen Grenzen gesetzt. Diese Möglichkeit und die Offenheit für internationale Kollaborationen sieht Dr. Ruttenstock als größte Stärke im österreichischen System. Die im Ausland gesammelten Erfahrungen tragen nicht nur zur fachlichen Qualifikation, sondern auch zur persönlichen Entwicklung bei. Die Tatsache, dass das österreichische Ausbildungssystem offen zu anderen Systemen ist, sollte nicht als Selbstverständlichkeit, sondern als Privileg wahrgenommen werden.

Lernen könne man hierzulande beispielsweise auch vom Stellenwert, der in Großbritannien der Reflexion nach einer Operation oder der Lehre zugerechnet wird. Im Idealfall setzt man sich nach der Operation mit seinem Betreuer zusammen, bespricht die jeweilige Performance und erhält Feedback.

Besonders im Vergleich mit dem Gesundheitssystem in Großbritannien zeigt sich für Dr. Ruttenstock, wie glücklich wir uns mit dem österreichischen Gesundheitssystem (noch) schätzen können. Immer wieder kam es dort vor, dass keine Patienten aufgenommen werden konnten, da alle Betten belegt waren. Operationen mussten verschoben werden, oder Patienten mussten in weiter entfernt liegende Krankenhäuser ausweichen. In vielen Notaufnahmen war eine Wartezeit von einigen Stunden viel eher die Norm als die Ausnahme. Auch die Tatsache, dass die Consultants komplett selbstständig arbeiten, bringt nicht nur Vorteile mit sich. In vielen Bereichen gibt es dadurch kein einheitliches Vorgehen. Für den Assistenten heißt das, er muss die Vorgehensweisen aller Consultants kennen (Beispiel: Operationstechnik, Antibiotikagabe, Nachkontrolle, Visitengänge etc.). Als Consultant hingegen schätzt man die eigene Unabhängigkeit natürlich sehr.

Eine Rückkehr nach Österreich ist für Familie Ruttenstock sehr wohl nach wie vor erstrebenswert. Dennoch rät die junge Ärztin dazu, zumindest ein paar Monate der Ausbildung im Ausland zu absolvieren. „Man lernt immer etwas dazu – und wenn man auch nur zu schätzen lernt, wie gut man es zu Hause hatte.“

3. Dr. Yasmin Endlich: Australien

„Zurückzukommen ist für uns keine Option mehr. Wir haben uns hier sehr gut eingebürgert. Die Arbeit macht Spaß und ich kann flexibel in 2 Spitälern arbeiten. Unsere Kinder sind mitten in ihrer Schulausbildung und fühlen sich sehr wohl. Wir leben am Strand, verbringen viel Zeit draußen und genießen den langen Sommer.“

Dr. Yasmin Endlich ist eine 36-jährige Fachärztin für Anästhesie in Adelaide, Australien. Sie begann ihre Facharztausbildung in einem kleinen Privatspital in Wien, wo sie als erste Assistenzärztin der Anästhesie in ihrem Haus überhaupt eine ausgezeichnete Ausbildung genoss. Das Oberarztteam kümmerte sich sensationell um sie und Dr. Endlich konnte vieles lernen. Der Großteil ihrer Ausbildung fand allerdings in Australien statt. Relativ naiv und blauäugig folgte sie der Empfehlung eines Vorgesetzten, der meinte, Australien sei ein gutes Ausbildungsland für Anästhesie. Weiterer Information bedurfte es nicht.

Seit September 2014 ist ihre Ausbildung abgeschlossen. Derzeit arbeitet Dr. Endlich als Oberärztin für Anästhesie in zwei Spitälern gleichzeitig, davon ein Kinderhospital. Schon während des Medizinstudiums war es ein Traum, zumindest einmal im Ausland gelebt und auch gearbeitet zu haben, um sowohl beruflich als auch privat neue Erfahrungen zu sammeln. Dr. Endlich wollte Medizin in einem anderen Land und Umfeld erleben und ihren Kindern eine zweite Sprache bieten. Schnell war klar, dass es sich um ein englischsprachiges Land außerhalb Europas handeln sollte. Die Familie wollte in ein Land, das politisch sicher, ausbildungstechnisch fortgeschritten und medizinisch führend war. Nachdem Südafrika trotz bestehender Faszination aufgrund der Unsicherheit in diesem Land mit zwei Kindern schnell keine Option mehr war, blieben noch Amerika, Kanada und Australien. Da kam Australien dann an erster Stelle – wobei die Aussicht auf Sonne, Strand und Meer die Entscheidung zusätzlich erleichterte.

Die Ausbildung zum Anästhesisten in Australien läuft komplett anders ab als in Österreich. Das „Training“ wird vom „Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA)“ gestaltet und auch geprüft. Es wurde erst kürzlich überarbeitet und komplett neu umgestaltet.

Um überhaupt zugelassen zu werden, bedarf es einer zweijährigen postgradualen Ausbildung, dem „Postgraduate medical education and training“ (PMET). Dabei handelt es sich in etwa um ein Äquivalent zum österreichischen Turnus. Danach schickt man eine Bewerbung an das ANZCA. Das College interviewt die Kandidaten an zwei fixen Terminen im Jahr und hat eine klar berechnete und strikt begrenzte Anzahl an Ausbildungsplätzen, die an die Besten vergeben werden. Plätze in der Anästhesie sind sehr begehrt und schwer zu bekommen. Dieses strenge Interviewverfahren, gemeinsam mit der Struktur und Fairness, mit der die anschließende Ausbildung aufgebaut ist, zeichnen die Ausbildung in Australien laut Dr. Endlich ganz besonders aus.

War man in diesem Selektionsprozess erfolgreich, so gestaltet das College die Rotation für die Assistenzärzte („Registrars“). So wird sichergestellt, dass das komplette Ausbildungspensum erfüllt wird und auch, dass niemand bevorteilt oder benachteiligt wird. In Adelaide gibt es zum Beispiel sechs Spitäler, die Ärzte ausbilden dürfen, es bietet aber nicht jedes Spital alle Fachrichtungen an. Das heißt, um als Anästhesist das komplette erforderliche Spektrum zu erlernen, muss man durch mehrere Spitäler rotieren. Als Assistenzarzt hat man dabei nur minimales Mitspracherecht und kann zum Beispiel auch für 6 Monate ans andere Ende von Australien, nach Darwin oder nach Alice Springs, geschickt werden, wenn es erforderlich ist.

Das Training/Die Ausbildung besteht aus 4 Teilen:

- 6 Monate Introductory Training: In dieser Zeit erlernt man die klinischen Grundlagen und beginnt damit, simple Narkosen unter Supervision zu geben. Nach diesen 6 Monaten erfolgt eine Bewertung durch den Supervisor of Training des jeweiligen Spitals.
- 18 Monate Basic Training: Das ist die Zeit, in der man sein klinisches und theoretisches Können weiter vertieft, um dann mit dem „primary exam“ abzuschließen. Dieses Examen ist äußerst anspruchsvoll. Es überprüft sehr detailliert das Basiswissen in Physiologie, Pharmakologie, Equipment und Statistik. Hat man bestanden, folgt 6 Wochen später die Einladung zur mündlichen Prüfung.
- 24 Monate Advanced Training: In dieser Zeit vertieft man sein theoretisches Wissen und erweitert seine klinischen Erfahrungen vor allem in den Spezialfächern wie zum Beispiel Anästhesie für Neurochirurgie, Transplantationen, Herz-Thorax oder Kinder. Das „advanced training“ wird mit dem „final exam“ abgeschlossen, das ein sehr breites anästhetisches Spektrum umfasst. Im Anschluss folgt das „medical exam“ wo man zwei Patienten vor einem Prüfer untersucht und dann deren Anästhesietauglichkeit diskutiert. Besteht man diese drei Teile, erfolgt die Zulassung zum mündlichen Examen. Dieses umfasst acht klinische Szenarien, welche strukturiert und genau über einen Tag geprüft werden.

Beide Examen, sowohl das „primary“ als auch das „final exam“ finden zwei Mal im Jahr statt. Alle Kandidaten in ganz Australien beantworten dieselben Fragen. Die mündlichen Prüfungen finden in Sydney oder Melbourne statt.

- 12 Monate Provisional Fellowship training: Dabei handelt es sich um die Übergangszeit vom Assistenzarzt zum Oberarzt. Man bewirbt sich dafür selbst bei den jeweiligen Spitalern. In dieser Zeit kann man sich spezialisieren und vielleicht schon um Oberarztstellen bewerben. Es gibt verschiedenste Fellowships, die Spezialisierungen in zahlreiche Richtungen ermöglichen. Zum Beispiel: Kinderanästhesie, Ultraschall, Neuroanästhesie, Herz-Thorax und viele mehr. Das Fellowship Training beginnt erst, wenn alle anderen Teilaspekte des Trainings absolviert wurden. Dazu gehören zu den oben genannten Prüfungen zusätzlich noch ein Research Projekt (idealerweise eine Publikation), das erfolgreiche Absolvieren des EMAC („early management of an anaesthetic crisis“) und/oder EMST- („early management of severe trauma“) Kurse und natürlich ein vollständiges Log-Buch. Es gibt regelmäßige Kurse für Assistenzärzte, die gezielt auf die Prüfungen vorbereiten, bei denen alle Oberärzte involviert sind. Außerdem finden immer wieder von allen Spitalern organisierte Probeproofungen statt, um die Assistenzärzte zu unterstützen.

Auch Oberärzte sind zur kontinuierlichen Weiterbildung verpflichtet. Das wird auch von den Colleges kontrolliert. Die fortwährende Erlangung einer gewissen Anzahl von Weiterbildungspunkten und -Themen ist auch für Fach- und Oberärzte eine Voraussetzung, um weiterhin als Arzt tätig sein zu dürfen. Diese permanente Weiterbildung aller Ärzte gewährleistet eine konstant hohe Qualität im australischen Gesundheitswesen.

Verglichen mit ihren australischen Kolleginnen und Kollegen war Dr. Endlich zumindest klinisch wesentlich besser auf die Arbeit als Ärztin vorbereitet. Sie hatte während ihrer Studienzeit wesentlich mehr Praktika absolviert und klinische Erfahrung gesammelt. Die theoretische Fundierung war in etwa ausgeglichen.

Der Schritt nach Australien inmitten ihrer Ausbildung war für Dr. Endlich sicherlich ein etwas gewagter. Nach erfolgreichem Facharztabschluss in Österreich wäre es wesentlich leichter gewesen. Die größten Umstellungen waren das Umgewöhnen auf ein komplett anderes Ausbildungssystem, die vielen unterschiedlichen und auch komplizierten Ämter und die komplett anderen Arbeitszeiten.

Während in Wien zwar früher am Morgen begonnen wurde, war der Arbeitstag auch früher erledigt. Im Royal Adelaide Hospital beginnt die Schicht um 8 Uhr morgens und endet entweder um 18:00 Uhr oder in der Spätschicht erst um 20:00 Uhr. Am Wochenende macht man 12 Stunden Schichten, die um 8:00 Uhr morgens beginnen. Nachtdienste beginnen um 19:30 Uhr und dauern bis 08:30 Uhr am nächsten Morgen. Im Regelfall absolviert man als Assistenzarzt 4 Nachtdienste, die hintereinander in 6-Wochen-Zyklen stattfinden. Nach diesen 4 Nachtdiensten hat man dann 4 Tage frei. Für Oberärzte gibt es anstelle von Nacht- oder Wochenenddiensten nur noch Bereitschaftsdienste, bei denen man innerhalb von 30 Minuten im Spital sein muss. Das verbessert die Lebensqualität maßgeblich.

Die Unterschiede im Arbeitsalltag im Krankenhaus machen sich laut Dr. Endlich vor allem in den Arbeitsbedingungen und in den Kompetenzen der Pflegekräfte bemerkbar. Die Arbeitszeiten sind strenger geregelt und werden somit besser geschützt und auch vergütet. Jede Überstunde wird aufgeschrieben und dann auch bezahlt. Oberärzte haben Bereitschaftsdienste anstelle von Nachtdiensten, und die Nachtdienste, die man als Assistenzarzt macht, sind genau festgelegt. Die Arbeitszeit für einen Oberarzt ist aufgeteilt in 70 % klinische Zeit und 30 % nicht klinische Zeit. Das gibt allen die Möglichkeit, andere Stärken zu fördern, wie zum Beispiel Research, Teaching und persönliche Weiterbildung.

Australische Pflegekräfte verfügen über höhere Kompetenzen, als es Dr. Endlich aus ihrer Zeit in Österreich kennt. Sie übernehmen Aufgaben wie Blutabnahmen, Infusionen, Injektionen, Blutdruckmessung und die Administration von Medi-

kamenten. In der Intensivstation übernehmen die Intensivpflegekräfte weitere Aufgaben, wie zum Beispiel arterielle Blutgasabnahmen, den Anschluss zentralvenöser Zugänge und die Adjustage von Infusionen und Ventilatoren. Zusätzlich sind Anästhesiepflegekräfte immer einem OP zugeordnet. Es gibt keine Narkose, ohne dass die Anästhesiepflegekraft im OP ist.

Als großer Vorteil der Ausbildung in Australien erwies sich für Dr. Endlich vor allem die genaue Einhaltung und Überprüfung der Arbeitsstunden. Zusätzlich ist die Ausbildung immens strukturiert, klar geregelt und fair – sodass alle genau dasselbe bekommen. Natürlich gab es auch einige Nachteile. Als besonders gravierend empfand sie die bürokratischen Hürden. Die große Anzahl verschiedener, medizinisch relevanter Behörden, die jährlich ihre Bestimmungen ändern, neue Bedingungen setzen und sich dann oft selber nicht mehr auskennen, empfindet man als ausländischer Arzt schnell als große Belastung. Einerseits sind diese Instanzen natürlich miteinander vernetzt, tatsächlicher Austausch findet aber kaum statt. Dies führt oft zu langen, frustrierenden und fruchtlosen Gesprächen und Diskussionen, wie Dr. Endlich berichtet.

Den Unterschied zwischen öffentlichen und privaten Patienten empfindet Dr. Endlich subjektiv in Australien noch wesentlich deutlicher als in Österreich. Zwar gibt es für jeden zugängliche öffentliche Spitäler, die Krankenversicherung zahlt aber in seltensten Fällen die komplette Behandlung. Durch die immense Aufteilung der verschiedenen Fachrichtungen auf verschiedene Spitäler und das Fehlen eines Krankenhauses mit vollem Behandlungsspektrum kommt es zu sehr starker Spezialisierung einerseits und andererseits dazu, dass viele Ärzte, wie auch Dr. Endlich, in unterschiedlichen Spitälern jeweils in Teilzeit arbeiten. Die Wartezeiten für dringliche Operationen sind dadurch mitunter recht lange. Zum Beispiel gibt es im Ballungsraum Adelaide nur ein spezialisiertes Spital, das 80 Prozent der Traumafälle übernimmt. Dadurch kommt es neben langen Wartezeiten für Patienten oft zu extremen Arbeitsbedingungen in der Nacht. Es gibt auch nur ein einziges öffentliches und ein einziges Privatspital, in denen Herzoperationen durchgeführt werden. Die Wartezeiten für diese doch oft dringlichen Operationen betragen daher im öffentlichen Bereich über 18 Monate. In dieser Zeit verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Patienten oft sehr. Schneller geht es unter Umständen nur im Privatspital. Auch bei Kindern zeigt sich ein ähnliches Bild. Nach 5 Uhr abends gibt es nur das Kinderkrankenhaus, das Operationen an Kindern durchführt. Die Patienten wissen das allerdings oft nicht und werden dann von Spital zu Spital mit der Rettung überführt.

Besonders zeichnet sich das australische Gesundheitssystem durch den hohen medizinischen Standard aus, der in regelmäßigen Abständen von den jeweiligen

Colleges überprüft und verbessert wird. Außerdem wird besonders starkes Augenmerk auf evidenzbasierte Medizin gelegt. Auch Präventivmedizin und Forschung stellen einen wichtigen Bestandteil im medizinischen Alltag dar – so wird beispielsweise der Austausch mit internationalen Kollegen gefördert und es werden weltweit Konferenzen besucht.

Ursprünglich dachte Dr. Endlich, sie und ihre Familie würden für ein Jahr, vielleicht zwei in Australien bleiben und dann weiter- oder zurück nach Österreich ziehen. Mittlerweile sagt sie: „Zurückzukommen ist für uns keine Option mehr. Wir haben uns hier sehr gut eingebürgert. Die Arbeit macht Spaß und ich kann flexibel in 2 Spitälern arbeiten. Unsere Kinder sind mitten in ihrer Schulausbildung und fühlen sich sehr wohl. Wir leben am Strand, verbringen viel Zeit draußen und genießen den langen Sommer.“

Sie rät jedem jungen Mediziner, zumindest einen Teil der Ausbildung im Ausland zu verbringen. Es erweitert sowohl den medizinischen als auch den persönlichen Horizont. Es schafft interkontinentale Beziehungen und einen wertvollen Wissensaustausch.

4. Dr. Wolfram Gmeiner: Schweiz

„Ich bin hier gut integriert, lebe in einer Beziehung und habe einen genialen Arbeitsplatz in einem modernen suchtmedizinischen Ambulatorium in Zürich, wo ich eine sehr akzeptierende und moderne Haltung gegenüber suchtkranken Menschen gelernt habe und mittlerweile auch meinen Assistenten und Psychologen weitergeben kann. Das politische Klima scheint in Österreich noch nicht so weit zu sein, wie ein Besuch einer Klagenfurter Kollegin vor einigen Tagen zeigte. Auch dass Psychotherapie hier komplett von der Krankenkasse übernommen wird, erhöht die Versorgung der Bevölkerung maßgeblich. Zurzeit steht eine Rückkehr nach Österreich nicht auf meiner Agenda.“

Dr. Wolfram Gmeiner ist ein 43-jähriger Oberarzt für Psychiatrie und Psychotherapie in einem Zentrum für Suchtmedizin in Zürich (Schweiz). Er begann nach einer Grundausbildung als Werbegrafiker und Intensivpfleger erst im Alter von 32 Jahren ein Medizinstudium an der PMU in Salzburg. Um keine Zeit mit dem Turnus

in Österreich zu verlieren, entschloss er sich, ins Ausland zu gehen. Zur Auswahl standen ihm Schweden und die Schweiz. Aufgrund eines Austauschjahres in Norwegen waren ihm Schwedisch und Norwegisch bereits geläufig. Trotzdem fiel die knappe Entscheidung schließlich für die Schweiz, um der Heimat näher zu sein. Noch an der Universität absolvierte Dr. Gmeiner ein dreimonatiges Praktikum in einem kleinen Spital bei Basel. Es erstaunte ihn, wie gut integriert dort Studenten waren und wie viel Verantwortung sie übernehmen durften. Sogar ein kleines Gehalt und ein Zimmer wurden zur Verfügung gestellt. Am Anfang war noch nicht klar, ob er in der Schweiz bleiben würde. Als aber die Entscheidung anstand und er die Ausbildungspläne sah, war er von der Klarheit der Anforderungen sofort überzeugt.

Im Zuge der Facharztausbildung in der Schweiz muss man sich nicht sofort für ein Sonderfach entscheiden. Die meisten Jungmediziner absolvieren zuerst ein Jahr Innere Medizin und/oder ein Jahr Chirurgie und treffen ihre Entscheidung erst im Verlauf. Die Curricula sind bei der FMH (der Ärztekammer der Schweiz, die, so betont Dr. Gmeiner, keine verpflichtende Mitgliedschaft umfasst) online gut dokumentiert und es gibt für fast alle Fachrichtungen zentral gespeicherte Online-Logbücher, wo man seine Zeiten, Fortbildungen, Kurse etc. eintragen kann. Das erleichtert den Prozess der Titelanerkennung ungemein, da es viel Papierkrieg erspart.

Dr. Gmeiner befand sich zum Zeitpunkt des Interviews am Ende seiner Facharztausbildung Psychiatrie und Psychotherapie. Er empfand sie als gut strukturiert. Im Verlauf schrieb er eine detaillierte Fallvorstellung, die von einem Gutachter beurteilt wurde. Danach wurde diese Arbeit vor einem hochkarätigen Gremium verteidigt. Für den Titel benötigte er ein Fremdjahr und fünf fachspezifische Jahre.

Kulturell sind sich Schweizer und Österreicher ähnlich, daher war der anfängliche Kulturschock nicht so groß. Es gibt aber natürlich viele Kleinigkeiten, die man lernen muss. Im Krankenhaus fiel auf, dass das Pflegepersonal komplett das Blutabnehmen und die Verabreichung sämtlicher IV-Medikamente übernimmt. Als ehemaliger Pfleger kann Dr. Gmeiner den Ausbildungsstand der Pflege nur loben. Es gibt dort verschiedene Ausbildungsgrade, die anfangs auch verwirren können. Das diplomierte Pflegepersonal durchläuft beispielsweise eine fünfjährige Ausbildung mit Studium.

Ein großer Vorteil in der Schweiz ist zweifelsohne das deutlich höhere Gehalt. Dieses wird zwar durch höhere Lebenserhaltungskosten teilweise kompensiert, allerdings erwiesen sich in letzter Zeit die sinkenden Eurokurse für einen Frankenverdiener als vorteilhaft. Insgesamt berichtet Dr. Gmeiner von deutlich mehr Lebensqualität und kann auch nach reiflicher Überlegung keine Nachteile seiner Ent-

scheidung finden. Vielleicht ist die „langsamere“, kompromissuchende und eher abwartende Mentalität der Schweizer gewöhnungsbedürftig. Titel, zum Beispiel, sind völlig unwichtig, woran man sich als „gelernter Österreicher“ erst gewöhnen muss. Hierarchische Unterschiede auszuspielen gilt als Schwäche, berichtet er. Ein anfänglicher Nachteil waren „nur“ vier Wochen Urlaub, an seinem jetzigen Arbeitsplatz sind es fünf Wochen und zehn Ausbildungstage. Die Arbeitgeber kümmern sich auch um die Einreiseformalitäten und Arbeitsbewilligungen. Nach fünf Jahren hat Dr. Gmeiner nun eine permanente Arbeitsbewilligung erhalten.

Als Absolvent der PMU Salzburg fühlte er sich im Vergleich zu seinen Schweizer Kollegen gut ausgebildet. Vor allem ein Forschungstrimester auf der Mayo Clinic in Rochester, Minnesota wurde ihm hoch angerechnet. Natürlich half ihm auch die pflegerische Ausbildung bei den ersten Nachtdiensten, wo er der einzige internistische Arzt im gesamten Kanton war. Teils war es eine harte Schule, die er aber nicht missen möchte. Die Arbeitszeiten überstiegen nie 12 Stunden am Stück, bei einer wöchentlichen Sollarbeitszeit von 50 Stunden. Weiterbildungszeiten sind dabei aber schon eingerechnet. Ganz allgemein wird Weiterbildung in der Schweiz sehr ernst genommen und auch von den Vorgesetzten eingefordert. Teils stehen bis zu CHF 3.000,- (rund EUR 2.800,-) pro Jahr und Assistent für Kongress- oder Kursbesuche zur Verfügung.

Arbeitszeitgesetze werden eingehalten, der Lohn ist adäquat, Weiterbildung wird ernst genommen, es herrschen flache Hierarchien vor, und Forschung ist immer möglich und erwünscht – auch in kleinen Häusern. Diese Aspekte zeichnen die Arbeit in der Schweiz besonders aus. Wenn Dr. Gmeiner Kollegen aus Österreich trifft, die erst am Anfang ihrer Assistentenzeit stehen, fällt ihm auf, dass viele sehr ausgepowert wirken. Viele seiner ehemaligen Kollegen arbeiten ebenfalls im Ausland und sind dort sehr zufrieden. Es werden deutlich zu wenig Schweizerinnen und Schweizer als Mediziner ausgebildet, man profitiert in der Schweiz sehr stark vom Brain-Drain aus Deutschland.

In der Schweiz ist jeder Mensch für seine Grundversicherung selbst zuständig, nicht der Arbeitgeber oder ein Amt. Es gibt eine Fülle von Krankenkassen, die jährlich gewechselt werden können. Immer wieder scheitern Volksabstimmungen an der Einheitskasse, zuletzt im Herbst des vergangenen Jahres. Die Leistungen sind für alle gleich, zusätzliche Leistungen (Alternativmedizin, Privatabteilung etc.) müssen separat versichert werden.

In Punkto Qualität unterscheiden sich die Gesundheitssysteme in der Schweiz und in Österreich nicht stark. Es gibt ähnliche Probleme, wie zum Beispiel, dass Patienten die Spitalsambulanzen als Hausarztpraxen benutzen und so Ressourcen blockieren. Ein wichtiger Unterschied ist, dass Patienten häufig vom Arzt oder

Krankenhaus direkt die Rechnung bekommen und diese bezahlen müssen – und dann erst bei der Krankenkasse einreichen können (Geldleistungs- oder Kostenerstattungsprinzip). Auch müssen selbst gerufene Rettungstransporte selbst übernommen werden. Ärzte müssen sehr oft „Kostengutsprachen“ bei Versicherungen einholen, bevor eine Therapie begonnen wird. Genau wie in Österreich ist auch in der Schweiz die Arzt-Patienten-Beziehung im ländlichen Bereich noch traditioneller und stärker. Die besonderen Stärken des Schweizer Gesundheitssystems sieht Dr. Gmeiner in der Kostentransparenz und in der direkten Demokratie, begleitet von breiter öffentlicher Diskussion. Allerdings herrscht ein wahrer Dschungel aus Versicherungen und Leistungen, und es gibt eine sehr deutliche Zwei-Klassen-Medizin. Dennoch ist die Grundversorgung, genau wie auch in Österreich, verlässlich gewährleistet und gut.

Am österreichischen Gesundheitswesen kritisiert Dr. Gmeiner, dass man die Verantwortung für Gesundheit größtenteils dem System überlässt und Selbstfürsorge eindeutig zu wenig belohnt wird. Aus der Sicht von Dr. Gmeiner unterrichten im österreichischen Ausbildungssystem trotz aller Bemühungen staatliche Massenunis anhand von Lehrplänen, die nur bedingt mit der KH-Realität zu tun haben. Außerdem ist vor allem die Entlohnung der Assistenzärzte unattraktiv. Durch den fehlenden Turnus ist man in der Schweiz schneller am Ziel, das Gehalt ist kantonal geregelt, es ist keine Willkür erkenntlich. Der Verdienst entspricht, so Dr. Gmeiner, wahrscheinlich eher der zu tragenden Verantwortung und Arbeitslast, gilt allerdings für vertraglich geregelte 50 Stunden pro Woche.

Er rät jungen Medizinerinnen dazu, auf jeden Fall eine Unterassistenz (bezahltes studentisches Praktikum) in der Schweiz zu versuchen. Dabei könne man sich bei Eignung unter Führung auch einmal im Leiten einer Station üben.

5. Dr. Clemens Stanek: Schottland

„Ich wollte ins Ausland gehen, um sofort nach dem Studium meinen Turnus beginnen zu können. In Österreich gab es dafür 2001 noch lange Wartezeiten. Neues zu lernen und einen anderen Zugang zu Medizin auszuprobieren, waren die großen persönlichen Motivatoren für den Schritt in die Ferne. Schottland hatte schon zur damaligen Zeit aufgrund der Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie (welche in Österreich erst 2015 bis 2021 umgesetzt wird) einen enormen Ärztebedarf. Außerdem hatte ich Freunde in Glasgow, die erfolgreich ausgewandert waren und mir den Start erleichterten. Heute würde ich einem jungen Mediziner JEDENFALLS dazu raten, ins Ausland zu gehen!“

Dr. Clemens Stanek, 39 Jahre alt, ist seit 2005 Arzt für Allgemeinmedizin und seit 2007 hauptberuflich als Wahlarzt mit den Schwerpunkten Diabetesmanagement und manuelle Medizin in der Steiermark tätig. Einen Teil seiner Ausbildung absolvierte er in Schottland, bevor er in Österreich seine Ausbildung zum Allgemeinmediziner inklusive Absolvierung einer Lehrpraxis abschloss.

Der Schritt ins Ausland fiel ihm nicht schwer. In Österreich war zur damaligen Zeit sowohl in Kärnten als auch in der Steiermark mit langen Wartezeiten auf Ausbildungsplätze zu rechnen. In Schottland warteten bereits befreundete Kollegen, die schon erfolgreich ausgewandert waren und ihm den Start erleichterten und sozialen Anschluss ermöglichten. In Schottland herrschte damals aufgrund der Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie ein enormer Ärztebedarf. Interessanterweise, so Dr. Stanek, wird dieselbe Richtlinie in Österreich erst 13 Jahre später umgesetzt. Die persönliche Motivation war vor allem, Neues zu lernen und einen anderen Zugang zu Medizin zu erleben. Mit Nachteilen war Dr. Stanek nicht konfrontiert, man wurde als Ausländer absolut gleichberechtigt behandelt und immer wieder aufgrund des Arbeitens in der Fremdsprache motivierend angesprochen. Er ging mit der Aussicht nach Schottland, dort eine intensive allgemeinmedizinische Ausbildung zu erhalten. Diese Erwartung erfüllte sich voll und ganz.

Verglichen mit schottischen Kollegen fühlte sich Dr. Stanek schlechter auf den Berufseinstieg als „arbeitender Arzt am Patienten“ vorbereitet. Es fehlte nach altem Studienplan vor allem die klinische Praxis. In Großbritannien hieß es vom ersten Tag an, selbst klinisch zu arbeiten. Die einheimischen „Junior House Officers“ (JHO, Studienabsolventen im ersten klinischen Jahr) waren bereits exzellent auf den Arbeitsalltag vorbereitet. Die Bibel der Jungärzte war das „Junior House Of-

ficer's Handbook", in dem vom zuständigen Krankenhaus nahezu alle notwendigen Arbeitsabläufe in standardisierten Arbeitsprozessen im Taschenbuchformat festgehalten wurden. Es gab wöchentliche Schulungen sowie ein ständiges Backup von „Senior House Officers“ und „Registrars“, mit denen im Rahmen eines „bedside teaching“ alle Fragen aufgearbeitet wurden. Dieses Rückfragen und das Einholen von „senior advice“ waren wichtige Punkte der Arbeit. Die Hierarchie in Großbritannien ist flach. Jeder arbeitet in einem Team, der Lerneffekt ist groß – es heißt einmal zuschauen, einmal unter Supervision selber machen und beim dritten Mal: „if you feel save, do it on your own.“

Im Unterschied zu Österreich hat der JHO ein eigenes zentrales Arbeitszimmer auf der Station. Er ist mit voller Unterstützung der Schwesternschaft und der älteren Ärzte für die Organisation der grundlegenden Arbeitsabläufe auf seiner Station verantwortlich. Dazu zählen natürlich nicht Blutabnahmen oder Infusionen, sondern zum Beispiel das Schreiben der „blood forms“ nach der Vormittagsvisite, damit der „Phlebotomist“ die nötigen Blutabnahmen durchführen kann. Dadurch entsteht ein starker Lerneffekt, bei gleichzeitig großer Sicherheit durch das Backup der älteren Kollegen.

Die Umstellung auf eine neue Ordnung beschreibt Dr. Stanek als hart, aber herausfordernd und machbar. Die Sprache war keine große Barriere, jedoch wurde im Studium die Zugangsweise an verschiedene Krankheitsbilder nicht in dieser strukturierten Form erlernt, wie sie in Großbritannien praktiziert und gefordert wird. Anfangs musste viel nachgelernt werden – die Unterstützung und Motivation der Kollegen im Krankenhaus empfand Dr. Stanek allerdings als stark, so dass Versäumtes schnell aufgeholt werden konnte.

Die Bezahlung in Schottland entsprach dem Gehalt eines Oberarztes in Österreich – die Ausbildungsqualität war beeindruckend und die Ausbildungsdichte im Vergleich zu Österreich höher. Die Zufriedenheit der Ärzte und Schwestern am Arbeitsplatz hatte oberste Priorität – alles andere kam danach. Erst jetzt, 10 Jahre später, beobachtet Dr. Stanek diese Entwicklungen auch langsam in Österreich. Zusammenfassend lässt sich das Arbeitsklima in Schottland beschreiben als kollegial, wertschätzend, ausbildungs- und praxisorientiert und vor allem äußerst gut strukturiert.

Für Dr. Stanek zeichnet sich die Ausbildung in Schottland besonders durch die soziale Kompetenz der gesamten Belegschaft im Krankenhaus und die flachen Hierarchien aus. Auch die Themen Qualitätssicherung und Teamarbeit stachen besonders heraus, und gutes Backup durch „Senior House Officers“ und „Registrars“ (fortgeschrittene Assistenzärzte) rundeten das für ihn außerordentlich überzeugende Konzept der Ausbildung in Schottland ab. Aus Sicht von Dr. Stanek

fehlt dem Turnusarzt in Österreich der richtige Platz im Krankenhaus (der JHO entspricht dem heutigen Stationsarzt in Österreich). „Der Turnusarzt wird und wurde hierzulande als Systemerhalter missbraucht und selten als zukünftiger Praktischer Arzt gesehen, dem man das nötige Rüstzeug für seine eigenständige Arbeit auf dem Land mitgeben sollte“, spricht Dr. Stanek Klartext

In einem durchgestylten und strukturierten Arbeitsalltag in Schottland arbeitete Dr. Stanek in einem klaren Dreischichtsystem, in dem die Arbeitszeiten von 48 Stunden exakt eingehalten wurden. Wie in einem Schichtmodell in einer Fabrik wusste jeder schon sechs Monate im Voraus über seine Rotation mit geblockten Nachtschichten Bescheid. Für Urlaubs- und Krankenstandszeiten waren alleine im Rotationsschema von Dr. Stanek zwei JHO extra angestellt, damit auch in diesen Fällen der Personalstand nicht unter den Sollstand fallen konnte – in Österreich läuft das tendenziell eher umgekehrt ab.

Als Probleme im österreichischen System sieht Dr. Stanek eine Mangelfinanzierung des extramuralen Bereiches, eminenzbasierte Entscheidungen, starre Hierarchien sowie fehlende Abstimmungen und Aufgabenverteilungen zwischen dem Krankenhaus und dem niedergelassenen Allgemeinmediziner. Im Gegensatz dazu gibt es in Schottland klare Strukturen mit klarer Finanzierung aus einer Hand, gute Qualitätssicherung und evidenzbasierte Medizin bei einer deutlich stärkeren Rolle der GPs (general practitioner). Die Märchen, die in Österreich über Großbritannien kursieren und von langen Wartezeiten und nicht durchgeführten Knie- oder Hüftprothesen berichten, kann er nicht bestätigen. Sehr wohl hat Dr. Stanek aber erlebt, dass Patienten von der Warteliste auf eine Hüftoperation gestrichen wurden, wenn sie zehn Tage vor der Operation geraucht hatten und einen positiven CO-Atemtest vorwiesen. Der Grund dafür: höheres Risiko für Wundheilungsstörungen.

Dr. Stanek entschloss sich, nach Österreich zurückzukehren, um hier seine Ausbildung zum Allgemeinmediziner abzuschließen, da die Anrechnung des britischen „general practitioner“ schon damals nicht klar geregelt war und ein Uniabschluss in Österreich in Kombination mit einem Ausbildungsabschluss in einem anderen EU-Land eher problematisch gewesen wäre. Nicht zuletzt trieben aber auch private Gründe die Rückkehr nach Österreich voran.

6. Fazit

Viele der genannten Vorteile einer Ausbildung im Ausland sollen im Zuge der aktuellen Reform auch hierzulande umgesetzt werden. Die Rufe nach mehr Praxis und besserer Strukturierung im Ausbildungsalltag sind zumindest auf dem Papier bereits in die Wege geleitet und bedürfen nun einer raschen und effizienten Umsetzung. Auch bei den Arbeitsbedingungen wird nun, mit einiger Verspätung, langsam nachgebessert. Ein weiterer mehrmals angesprochener Punkt, die Kompetenz des Pflegepersonals, wird bereits seit einigen Jahren in Angriff genommen, sodass auch hier die Kompetenzen bereits erweitert wurden, um Ärzte stärker zu unterstützen und zu entlasten. Eines allerdings kann wohl keine Reform ersetzen: Einen Einblick in die vielfältigen Herangehensweisen an medizinische Problemstellungen auf der ganzen Welt wird man auch zukünftig nur dann erlangen, wenn man sie selbst erlebt. Darin sind sich alle vier Interviewpartner einig: Sowohl in persönlicher als auch in professioneller Hinsicht stellt ein derartiger Aufenthalt im Ausland eine bereichernde Erfahrung dar, die den Horizont erweitert und die Augen öffnet.

Mag. Alois Alkin

Geschäftsführer Ärztliches Qualitätszentrum, Linz

Die Turnusevaluierung in Österreich

Die Ausbildungsqualität aus Sicht der Turnusärzte

1. Ausbildungsevaluierung	90
2. Maßnahmen in Deutschland und in der Schweiz	90
3. Methodik der Turnusevaluierung in Österreich	91
4. Umsetzung durch das Ärztliche Qualitätszentrum	92
5. Ergebnisse	94
6. Maßnahmen auf Basis der Ergebnisse	99
7. Ausblick	101

Seit Mitte 2011 führt das Ärztliche Qualitätszentrum die Turnusevaluierung als Befragung aller Ärzte in Ausbildung zum Allgemeinmediziner bundesweit durch. Jeweils nach Abschluss eines Ausbildungsteils erhalten die Turnusärzte einen Zugang zum Fragebogen über ein Online-Befragungstool. Aktuell liegen knapp über 10.000 Einzelbewertungen einer Abteilung vor. Diese Bewertungen werden auf Abteilungsebene, auf Krankenhaus-, Bundesland- und Österreichebene ausgewertet. Auf einer Schulnotenskala bewerten die Turnusärzte die Abteilungen durchschnittlich mit 2,72. Die wichtigsten Faktoren für eine gute Bewertung sind die Umsetzung eines guten Ausbildungskonzepts, die Unterstützung durch und aktive Einbindung in die Stammmannschaft sowie selbständige Tätigkeiten. Die Information über die Ergebnisse erfolgt durch die Ärztekammern als Auftraggeber der Befragung. Die Ergebnisse im Zeitverlauf zeigen eine positive Entwicklung. Auf Basis der Ergebnisse werden Auszeichnungen für besonders gute Ausbildungsabteilungen vergeben.

1. Ausbildungsevaluierung

Zur Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin wurden seit Mitte der 90er Jahre in unregelmäßigen Abständen und mit unterschiedlichen methodischen Vorgangsweisen Befragungen durchgeführt, einerseits auf Bundesländerebene durch die Landesärztekammern, andererseits auf Krankenhausebene durch offizielle und informelle Organisationen der Turnusärzte. Berichte dazu sind nicht in wissenschaftlichen Zeitschriften, sondern über die Veröffentlichungen der Ärztekammern oder nur krankenhausintern verfügbar. Dem Autor sind folgende Berichte bekannt: OÖ 2001, 2007, 2008; Vorarlberg 2004, 2006, 2008; Niederösterreich 2009. In den Jahren 2009 und 2010 wurden in den Gremien der Österreichischen Ärztekammer, ausgehend von der Vertretung der Turnusärzte, Möglichkeiten und Ansätze für eine bundesweit einheitliche Befragung diskutiert. Wichtigste Argumente für eine solche Befragung waren die guten Erfahrungen in einzelnen Bundesländern mit der Verwertbarkeit der bisherigen Befragungsergebnisse und zusätzlich ein österreichweites Ergebnis mit Bundesländervergleich.

2. Maßnahmen in Deutschland und in der Schweiz

In der Schweiz gibt es bereits seit 1997 jährliche Befragungen zur Ausbildung.⁶⁸ Die Entwicklung des Fragebogens und der Methodik erfolgte durch die ETH Zürich.⁶⁹

In Deutschland wurde in Kooperation mit der ETH Zürich in den Jahren 2009 und 2011 eine „Evaluation der Weiterbildung“ in allen 17 Landesärztekammern durchgeführt. Aus inhaltlichen und finanziellen Überlegungen veranlasste die Bundesärztekammer in den letzten Jahren eine Neukonzeption. Nach Pilotdurchführungen in mehreren Bundesländern soll 2015 eine nächste bundesweit koordinier-

68 Literatur und Auswertungsberichte unter: <http://www.fmh.ch/bildung-siwf/weiterbildung/allgemein/weiterbildungsqualitaet.html> (17.2.2015).

69 Consumer behavior group am Department of Health Sciences and Technology der ETH Zürich, Leitung Prof. Michael Siegrist.

te Befragung zur Evaluation der Weiterbildung erfolgen. Dafür wurde der Fragebogen verkürzt und stärker auf die spezifische Situation in Deutschland angepasst.⁷⁰

3. Methodik der Turnusevaluierung in Österreich

Die wichtigsten methodischen Festlegungen für die Durchführung der österreichischen Turnusevaluierung sind:

- Der Fragebogen wurde auf Basis bereits erprobter Fragebögen und mit der inhaltlichen Expertise der Turnusärztevertreter erstellt. Dieser umfasst die Ausbildungsorganisation einer Abteilung, die Arbeitsbelastung, die Erreichbarkeit und Unterstützung durch die Stammmannschaft, die Inhalte und Formen der Wissensvermittlung sowie eine Gesamtbeurteilung der Ausbildung an der jeweiligen Abteilung und des Lernerfolgs. Aus Praktikabilitätsgründen wurde für Bewertungsfragen als Skalierung die österreichische Schulnotenskala verwendet.
- Die Turnusärzte erhalten jeweils nach Abschluss eines Ausbildungsteils bzw. bei Wechsel der Ausbildungsabteilung die Einladung zur Bewertung der jeweils zuletzt abgeschlossenen Abteilung, d.h. die Bewertung erfolgt jeweils zeitnah ca. 1–2 Monate nach Abschluss. Daher braucht es ein System der Ersteinladung von Turnusärzten am Beginn der Ausbildung sowie ein System der Wiedereinladungen jeweils nach Abschluss einer weiteren Ausbildungsstelle.
- Zur Bewertung stehen alle Abteilungen einschließlich Lehrpraxen, welche eine Ausbildungsberechtigung für Allgemeinmedizin haben. Dies sind aktuell 1242 Abteilungen an Krankenanstalten sowie zusätzlich die Lehrpraxen von niedergelassenen Ärzten. Um der schnellen Veränderung der Abteilungsstrukturen Rechnung zu tragen, haben die Turnusärzte auch die Möglichkeit, bei jedem Krankenhaus „Sonstige Abteilung“ auszuwählen und den Namen der bewerteten Abteilung einzutragen. Diese „Sonstigen“ Abteilungen werden vom durchführenden Institut einmal jährlich analysiert und ggf. in Abstimmung mit der jeweiligen Landesärztekammer in den Fragebogen aufgenommen.

70 <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.6936> (27.1.2015).

- Die Befragung erfolgt ausschließlich online. Mittels E-Mail erhalten die Turnusärzte das Einladungsschreiben mit einem individuellen Zugangslink zum Online-Fragebogen. Turnusärzte, von welchen die Landesärztekammer keine E-Mail-Adresse hat, erhalten den Zugangslink und Passwort mittels Brief.
- Es ist technisch sichergestellt, dass ein Turnusarzt eine Abteilung nur einmal bewerten kann.
- Eine Auswertung einzelner Abteilungen oder Krankenhäuser erfolgt erst, wenn für die ausgewertete Organisationseinheit mindestens 5 Turnusärzte eine Bewertung abgegeben haben. Dies dient v.a. dem Schutz der Anonymität für die teilnehmenden Turnusärzte.
- Ergebnisse der Auswertung auf Abteilungs- oder Krankensebene werden vom durchführenden Institut ausschließlich der jeweiligen Landesärztekammer zur Verfügung gestellt, auf Ebene der Bundesländer allen Landesärztekammern und der Österreichischen Ärztekammer. Die Entscheidung über die Veröffentlichung oder Weitergabe von Ergebnissen obliegt ausschließlich der Landesärztekammer.
- Die Turnusevaluierung war ab 2011 für drei Jahre geplant, um einen Ausbildungszyklus abzubilden, und wurde 2014 verlängert.

4. Umsetzung durch das Ärztliche Qualitätszentrum

Nach der Ausschreibung und einem Hearing wurde im April 2011 das Ärztliche Qualitätszentrum von der Bundeskurie der angestellten Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer mit der Durchführung der Turnusevaluierung beauftragt.

In der Vorbereitungsphase wurden verschiedene technische Systeme gesichtet und das Online-Tool „easyresearch“ der Firma Questback ausgewählt. Weiters wurde die Abwicklung mit den 9 Landesärztekammern hinsichtlich Textierung der Einladung und regelmäßigen Übermittlung der Adressdaten vereinbart. Auf Basis des Verzeichnisses der Ausbildungsstellen wurden alle Ausbildungsstellen in den Online-Fragebogen integriert. Zum Start wurden eine Homepage (www.

turnusevaluierung.at), eine Serie von Informationsbeiträgen in den Zeitungen der Landesärztekammern sowie ein Werbesujet zur regelmäßigen Schaltung in eben- diesen Zeitschriften entwickelt.



Egal, ob Ihr
Glas halb voll
oder halb leer ist –
sagen Sie es uns!
www.turnusevaluierung.at

BUNDESKURIE
ANGESTELLTE ÄRZTE

Ärztliches
Qualitätszentrum

ÄRZTE
KAMMER
FOR
TIROL

Abbildung 1: Das Werbesujet zur Turnusevaluierung (Bsp. Tirol)

Der Start der Turnusevaluierung erfolgte im August 2011 mit der Aussendung der Einladungen an 5719 Turnusärztinnen und Turnusärzte, davon 1425 bzw. 25 % per Post.

Nach einem Jahr konnten das Ärztliche Qualitätszentrum und die Österreichische Ärztekammer eine erste sehr positive Zwischenbilanz hinsichtlich der Beteiligung der Turnusärzte ziehen. 44 % der bis dahin eingeladenen 6163 Turnusärzte beteiligten sich im ersten Jahr an der Befragung. Bei jenen Turnusärzten, die bereits eine Abteilung bewertet haben und für eine weitere Abteilungsbewertung eine „Wiedereinladung“ erhalten haben, lag die Teilnahmequote im August 2012 bei 78,4 %. Diese Beteiligungsquoten konnten über die mehr als 3 Jahre nicht nur gehalten, sondern sogar noch leicht gesteigert werden (46,2 % bzw. 83,5 %).

Seit Mitte 2012 werden die abgegebenen Abteilungsbewertungen auf folgenden Ebenen ausgewertet:⁷¹

Österreich, Bundesland, Krankenhaus, Abteilung, Ausbildungsfach.

Für eine kontinuierlich durchgeführte Befragung mit einer kontinuierlich steigenden Zahl an auswertbaren Bewertungen wurden in Abstimmung mit den Landesärztekammern spezifische Routinen ausgearbeitet und umgesetzt.

⁷¹ Die Auswertung erfolgt nur, wenn mind. 5 Bewertungen für die auszuwertende Organisationseinheit vorliegen.

- Webreports, welche per Link der jeweiligen Landesärztekammer zur Verfügung stehen und sich ständig aktualisieren, sobald eine weitere Bewertung durch einen Turnusarzt erfolgt ist. In dieser Form haben die Landesärztekammern die Ergebnisse auf Bundeslandebene inkl. Vergleich aller Bundesländer zur Verfügung. Und die Landesärztekammern haben je nach Bestellung auch die Webreports für einzelne Abteilungen oder einzelne Krankenhäuser zur Verfügung.
- Punktuelle Auswertungsberichte, welche sowohl für die Landesärztekammer als auch für die Ausbildungsverantwortlichen in den Krankenhäusern und Abteilungen auf Bestellung zur Verfügung gestellt werden. Z.B. erhalten in OÖ alle Ausbildungsabteilungen jährlich einen Auswertungsbericht.
- Das Ärztliche Qualitätszentrum stellt einzelnen Krankenhäusern oder Abteilungen die Ergebnisse nicht direkt zur Verfügung, sondern nur auf Bestellung bzw. mit Einverständnis der jeweiligen Landesärztekammer (als jeweiligen Auftraggeber der Turnusevaluierung).
- Um den Landesärztekammern einen raschen Überblick über gut und schlecht bewertete Abteilungen zu geben, erhalten diese halbjährlich ein „Abteilungsradar“. Dieses listet alle auswertbaren Abteilungen eines Bundeslandes anhand der Gesamtbewertung.
- Die Österreichische Ärztekammer erhält einmal jährlich einen Auswertungsbericht, in dem die Ergebnisse über die Häufigkeitsauszählung hinaus statistisch bewertet werden hinsichtlich Signifikanz der Ergebnisse und hinsichtlich besonders relevanter Einflussfaktoren auf die Gesamtbewertung der Ausbildung durch die Turnusärzte.

5. Ergebnisse

Den Auftraggebern der Turnusevaluierung ist vor allem an den inhaltlichen Ergebnissen gelegen. Dafür liegen die Ergebnisse sowohl für die verschiedenen Organisationsebenen (Abteilung, Krankenhaus, Rechtsträger, Bundesland, Österreich) als auch für alle inhaltlichen Bereiche der Befragung vor (Gesamtbeurteilung des Lernerfolgs und der Ausbildung, Detailbeurteilungen einzelner Fragestellungen aus dem Fragebogen). Die Ärztekammern haben bisher v.a. die Ergebnisse der Gesamtbeurteilung der Ausbildung öffentlich bekannt gemacht.

5.1. Die Gesamtbewertung der Ausbildung

Auf Basis von aktuell vorliegenden 10242 einzelnen Abteilungsbewertungen bzw. der entsprechenden Anzahl auf Bundeslandebene (zwischen 387 Bewertungen im Burgenland und 2317 Bewertungen in Oberösterreich) ergibt sich folgendes Ergebnis hinsichtlich der Qualität der Ausbildung an den Abteilungen:

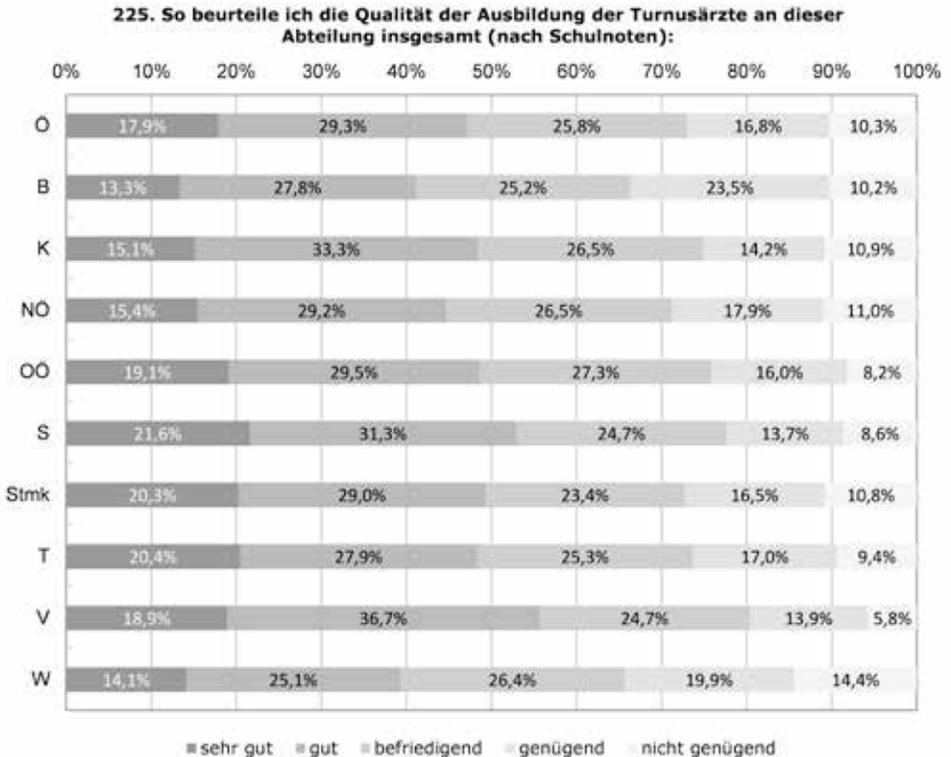


Abbildung 2: Die Gesamtbewertung der Ausbildung im Bundesländervergleich

Der Österreichdurchschnitt liegt bei 2,72 (Konfidenzintervall 2,69–2,74). Die Streuung zwischen den Bundesländern reicht von 2,51 bis 2,96.

Eine Befürchtung hinsichtlich der Verwendung einer Schulnotenskala war die Tendenz zur Mitte, d.h. dass kaum Bewertungen mit „sehr gut“ und mit „nicht genügend“ gegeben werden. Entgegen dieser Befürchtung hat sich gezeigt, dass auf Abteilungsebene die gesamte Bandbreite der Noten vergeben wird und für die auswertbaren Abteilungen der Mittelwert zwischen 1,00 (7 Bewertungen; Konfi-

denzintervall 1,00–1,2) und 4,80 (5 Bewertungen; Konfidenzintervall 3,85–5,00) liegt.⁷²

Aktuell sind 569 Abteilungen mit mindestens 5 Bewertungen auswertbar. Diese Auswertungsquote von 46 % ist auf den ersten Blick sehr niedrig, relativiert sich aber damit, dass sehr viele Abteilungen unter den nicht bewerteten Abteilungen sind, welche nicht zum Pflichtprogramm der Ausbildung zählen.

Turnusevaluierung: auswertbare Abteilungen

	Abt. (ohne Lehrpra- xen)	aus- wert- bare Abt.	Anteil aus- wertba- re Abt.	nicht bewer- tete Abtei- lungen	Anteil nicht bewer- tete Abt.	Anzahl bewer- tete Abt.	Anteil bewerte- te Abt.
B	33	22	67%	9	27%	24	73%
K	98	42	43%	35	36%	63	64%
NÖ	198	63	32%	79	40%	119	60%
OÖ	242	121	50%	79	33%	163	67%
S	97	50	52%	32	33%	65	67%
St	157	70	45%	72	46%	85	54%
T	102	59	58%	17	17%	85	83%
V	58	28	48%	21	36%	37	64%
W	257	114	44%	92	36%	165	64%
Ö	1242	569	46%	436	35%	806	65%

Abbildung 3: Ausbildungsabteilungen Analyse nach Auswertungsmöglichkeit; Stichtag 1.1.2015

72 Für die statistische Auswertung wurden pragmatische Annahmen getroffen hinsichtlich Non-responder-Verhalten, Normalverteilung, T-Test für Mittelwertvergleiche.

5.2. Die Gesamtbewertung im Zeitverlauf

Aufgrund der langen Laufzeit konnten auch die Veränderungen im Zeitverlauf dargestellt und auf Signifikanz geprüft werden.

Bundesland	B	T	OÖ	W	S	Ö	K	St	V	NÖ
Bewertung 2011/12	3,07	2,82	2,74	3,01	2,62	2,77	2,77	2,67	2,49	2,76
Bewertung 2013/14	2,74	2,49	2,53	2,88	2,5	2,66	2,68	2,7	2,54	2,85
Veränderung ^a	-0,34	-0,33	-0,21	-0,13	-0,12	-0,11	-0,09	0,03	0,05	0,09
Signifikanz ^b	***	***	***	*		***				

^a – bedeutet eine Verbesserung, + eine Verschlechterung des Ergebnisses

^b Signifikanz der Veränderung (* = signifikant, *** = hochsignifikant)

Abbildung 4: Veränderungen der Ausbildungsbewertung im Zeitverlauf

Auch für die Abteilungen erhalten die Landesärztekammern eine Analyse des zeitlichen Verlaufs und der Signifikanz der Veränderung: 34 Abteilungen haben sich im Vergleich der Bewertungsperioden signifikant verbessert, 13 signifikant verschlechtert. Eine Bewertung und Analyse dieser Veränderungen hinsichtlich der Kausalität ist nicht Aufgabe des Ärztlichen Qualitätszentrums. Es obliegt den Verantwortlichen in den Ärztekammern, diese Ergebnisse den Ausbildungsverantwortlichen der betreffenden Abteilungen zu übermitteln und ggf. in einer gemeinsamen Analyse Hypothesen zu den Ursachen sowie Maßnahmen abzuleiten.

5.3. Die wichtigsten Faktoren für eine gute Ausbildung

Für die Ärztekammern und die Ausbildungsverantwortlichen in den Krankenhäusern bzw. Abteilungen sind die Einzelfaktoren von besonderer Bedeutung, welche die Gesamtbewertung am stärksten beeinflussen. Diese sind damit auch die prioritären Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen.

Die 10 wichtigsten Faktoren für eine gute Bewertung der Abteilung und des Lernerfolgs durch die Turnusärzte sind:

1. Die Umsetzung eines guten Ausbildungskonzepts
2. Die Erreichbarkeit und Unterstützung durch die Stammmannschaft
3. Teilnahme an Abteilungsbesprechungen (aktiv/mitredend/gesehene Patienten, selbst präsentierend/in die Diskussion über den Verlauf der Patienten eingebunden)
4. Selbständig Untersuchungen durchführen
5. Möglichst wenig Zeit für nicht ärztliche Tätigkeiten
6. Das Bemühen des Ausbildungsverantwortlichen um die Ausbildung
7. Ärztliche Gespräche mit Patienten führen
8. Ambulanztätigkeit unter Anleitung
9. Teilnahme an bedside teaching
10. Abteilungsspezifische Untersuchungen durchführen

6. Maßnahmen auf Basis der Ergebnisse

Es obliegt, wie bereits weiter oben erwähnt, den Ärztekammern und den Verantwortlichen im Krankenhaus, auf Basis der Ergebnisse Maßnahmen zu setzen. Dem Ärztlichen Qualitätszentrum kommt keine Monitoring-Funktion hinsichtlich der gesetzten Maßnahmen zu, daher kann ich hier nur kursorisch ohne Anspruch auf Vollständigkeit über einige Maßnahmen berichten.

6.1. Veröffentlichung der Ergebnisse

Alle Landesärztekammern haben Ergebnisse veröffentlicht, v.a. die Gesamtbewertungsergebnisse auf Bundeslandebene bzw. im Vergleich der Bundesländer.

Bei der Veröffentlichung der Abteilungsergebnisse gehen die Ärztekammern sehr unterschiedliche Wege, darunter die vollständige Veröffentlichung des Abteilungsradars, Berichtsserien über die Ergebnisse der Krankenhäuser eines Bundeslandes oder auch die Zusendung eines Auswertungsberichts an ausgewählte oder alle Ausbildungsabteilungen eines Bundeslandes.

6.2. Gespräche mit Verantwortlichen

Die Ärztekammern haben mit schlecht bewerteten Abteilungen den Dialog gesucht, um die Ergebnisse gemeinsam zu analysieren und Verbesserungsmaßnahmen einzufordern.

6.3. Auszeichnung besonders gut bewerteter Abteilungen

Einige Ärztekammern haben die am besten bewerteten Abteilungen ausgezeichnet durch ein Porträt in den Medien der Ärztekammern oder durch Vergabe eines Ausbildungszertifikats. Auf diese Weise wollen sie die Anstrengung dieser Abteilungen anerkennen. Vor dem Hintergrund eines Wettbewerbs um Turnusärzte ist dies meiner Einschätzung nach ein sehr wirksames Instrument.

Exkurs: Ausbildungszertifikat der Ärztekammer für OÖ⁷³

Die Ärztekammer für OÖ hat zur Auszeichnung besonders engagierter Ausbildungsstellen ein Ausbildungszertifikat geschaffen. Seit 1.10.2013 wird dieses verliehen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Installierung eines oder mehrerer Ausbildungsmentoren als „kompetenter und auch greifbarer Ansprechpartner“ neben dem Ausbildungsverantwortlichen gemäß § 9 Abs. 5 ÄrzteG, gestaffelt nach der Anzahl der beschäftigten Turnusärzten.
- Nachweis einer speziell für Turnusärzte konzipierten fachlich-medizinischen Fortbildung im Ausmaß von mindestens 4 Einheiten pro Monat, die während der Normaldienstzeit angeboten und abgehalten werden.
- Nachweis eines sogenannten „Log-Buches“, welches den Turnusärzten als Leitfaden während ihrer Ausbildungszeit dienen soll.
- Abhaltung eines Feedback-Gespräches zwischen dem Turnusarzt und dem Abteilungsleiter/Ausbildungsmentor am Ende der (Teil)Ausbildungszeit inkl. Dokumentation und Evaluierung im Log-Buch.
- Gesamtbewertung im Rahmen der Turnusevaluierung von 2,00 oder besser. Entweder über den Gesamtevaluierungszeitraum oder für die letzten 2 Jahre vor der Antragstellung. Um Peripheriespitäler bzw. kleine Abteilungen durch die Hürde von 5 Bewertungen nicht zu benachteiligen, wurde für Standardkrankenhäuser die Hürde auf 3 Bewertungen gesenkt.

6.4. Verwendung der Ergebnisse für die Öffentlichkeitsarbeit der Krankenhäuser

Einzelne Krankenhäuser⁷⁴ verwenden die Ergebnisse bzw. die Auszeichnungen für die Werbung um neue Turnusärzte.

73 Information durch die Ärztekammer für OÖ; Bericht über Zertifikatsverleihung in OÖ Ärzte 10/2014.

74 Z.B. http://www.elisabethinen.or.at/job_karriere/turnusaerzte/

7. Ausblick

Aufgrund der anhaltend hohen Beteiligung und der gut verwertbaren Ergebnisse wurde die Turnusevaluierung über den ursprünglich geplanten Zeitraum verlängert und läuft nun auch im Jahr 2015. Mit Anfang 2015 lagen etwas mehr als 10000 Abteilungsbewertungen vor. Dies ermöglicht es dem Ärztlichen Qualitätszentrum, eine kontinuierlich steigende Anzahl an Ausbildungsabteilungen in die Auswertungen einzubeziehen und die Sicherheit und damit die Zuverlässigkeit der Ergebnisse weiter zu erhöhen.

Ab Mitte 2015 erfolgt eine Umstellung der Ausbildungsorganisation⁷⁵, welche auch in der Turnusevaluierung abgebildet werden muss. Da bereits in Ausbildung befindliche Ärzte zwischen dem Verbleib in der bisherigen Ausbildungsstruktur und dem Wechsel in die neue Ausbildungsstruktur wählen können, wird dies voraussichtlich durch eine Zusatzfrage nach der gewählten Ausbildungsstruktur abgebildet. Am interessantesten werden wohl der Vergleich zwischen den beiden Ausbildungsstrukturen sowie die Bewertung der neuen Basisausbildung sein.

Aufgrund des Erfolgs der Turnusevaluierung haben die Ärztekammern das Ärztliche Qualitätszentrum beauftragt, ein Konzept für die Evaluierung der Facharztausbildung zu erstellen. Dieses Konzept wird im Laufe des Jahres 2015 in den Gremien diskutiert und über eine Umsetzung beschlossen. Die gemeinsame Basisausbildung kann dafür in gleicher Weise evaluiert werden, für die weitere Facharztausbildung bedarf es v.a. der Entscheidung, ob eine kontinuierliche oder eine regelmäßige stichtagsbezogene Befragung sinnvoller ist.

So wie die Turnusevaluierung bereits in einigen Bundesländern für die Auszeichnung besonders guter Ausbildungsabteilungen verwendet wird, könnte sie in der neuen Ausbildungsstruktur bei der zukünftig erforderlichen Rezertifizierung von Ausbildungsstellen eine Rolle spielen.

⁷⁵ Ärztegesetz § 6–15.

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.

MR Dr. Reinhold Glehr

Past-Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin; Referent im Lehrpraxisreferent der St. ÄK, Co-Referent im Referat Ausbildung und Qualitätssicherung

„Wichtig ist mir das Bewusstsein, dass die Allgemeinmedizin ein eigenes Fach ist: mit einer besonderen Ausbildung, einer großen Breite und möglichst hoher psychosozialer Kompetenz.“

Grundsätzlich stellt die Ärztegesetznovelle 2014 aus Sicht der Allgemeinmedizin einen Schritt in die richtige Richtung dar, mit dem wichtige Weichenstellungen für die Verbesserung der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin erfolgten. Positiv sehen wir insbesondere die Einführung des Common Trunk bzw. der gemeinsamen Basisausbildung aller Fächer mit anschließender Differenzierung und die verpflichtenden 6 Monate Lehrpraxis in einer niedergelassenen Allgemeinpraxis.

Der Weg zum Facharzt für Allgemeinmedizin nach dem Muster der meisten europäischen Länder wurde durch die verpflichtende allgemeinmedizinische Lehrpraxis und die Differenzierung der Fächer nach der Basisausbildung zwar ein kurzes Stück gegangen, aber der aus nationalen und internationalen Erfahrungen abzuleitenden Ausbildungsdauer von zumindest 54 Monaten mit enthaltenden 12 Monaten Lehrpraxiszeit ist man nur unwesentlich näher gekommen.

Der Preis für die fehlende Verlängerung ist eine Verkürzung der Ausbildung im Fach Kinderheilkunde und eine relativ kurze Zeit für Orthopädie und Unfallchirurgie. Gerade die gute Kompetenz bei der Behandlung von Kindern und beim Umgang mit Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates scheinen uns entsprechend der großen Zahl der Beratungsanlässe sehr wichtig. Inwieweit die Fächer Dermatologie und HNO ausreichend mit den erarbeiteten Ausbildungsmodellen abgedeckt werden können, wird sich zeigen, sollte aber auf alle Fälle evaluiert werden.

Ich kann eine gewisse Skepsis hinsichtlich der österreichweiten Etablierung der verpflichtenden Lehrpraxis nicht verleugnen. Sie gründet auf der Tatsache, dass in der Ärzte-Ausbildungsordnung 1994 bereits folgender Satz zu

finden ist: „Ausbildungen, die nach dem 31. Dezember 1994 begonnen worden sind, sind im Ausbildungsfach Allgemeinmedizin in der Dauer von zumindest sechs Monaten in Einrichtungen, die der medizinischen Erstversorgung dienen, insbesondere in für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannten Lehrpraxen freiberuflich tätiger Ärzte für Allgemeinmedizin [...] zu absolvieren“. Ich hoffe aber, dass diese Skepsis unberechtigt ist.

Die ersten verpflichtenden Lehrpraxismonate – entsprechend der neuen Ausbildungsordnung – starten in drei Jahren. Die derzeit für die allgemeinmedizinische Lehrpraxis zur Verfügung stehenden Mittel sind nicht sehr groß. Eine Aufstockung der finanziellen Mittel sollte bereits jetzt erfolgen, um die erhoffte positive Wirkung für die Berufsentscheidung auch in der Zwischenzeit schon wirksam werden zu lassen.

Die Lehrpraxis-Finanzierungsmodelle in Vorarlberg und Salzburg mit Einbindung von Land und Sozialversicherungen stimmen allerdings hoffnungsvoll. Die „Entängstigung“ junger Kolleginnen und Kollegen vor dem Schritt in die niedergelassene allgemeinmedizinische Praxis ist einer der wichtigen Aspekte. Dies trifft in gleicher Weise für die „Wiedereinstiegsmodelle“ zu, die vor allem für Kolleginnen nach einer Familienpause große Bedeutung haben können. Hier steckt Potential, das derzeit häufig verloren geht. Die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten bei Ärzten unter gut überlegten Regeln ist hier die Voraussetzung.

Es besteht ein europaweites Nachwuchsproblem in der Allgemeinmedizin mit einer Vielzahl von Ursachen. Gerade die fehlende Finanzierungsbereitschaft der Lehrpraxis ist symptomatisch für die mangelnde Voraussicht der Verantwortlichen.

Die Berücksichtigung der Allgemeinmedizin an den Universitäten, das gesellschaftliche Vertrauen in die Zukunft des Berufsbildes „Hausarzt“, die Wertschätzung der Arbeit der Generalisten, vor allem auch ihrer Mitarbeiter und dem Netzwerk um sie herum, das Wissen um die Chancen der Beziehungsmedizin, die Achtung vor der unternehmerischen Verantwortung und vieles mehr sind wichtige Mosaiksteine für eine Lösung des Nachwuchsproblems. Das Reformkonzept „Das Team rund um den Hausarzt“ bietet hier durchaus gute Ansätze.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin wird – unter welchem Titel auch immer – früher oder später über die EU nach Österreich kommen. Dabei geht es

vor allem um die volle Anerkennung als eigenes Fach im Kreise der anderen Fächer. Der Titel alleine löst aber nicht alle Probleme, wie man in Deutschland sehen kann. Doch er ist ein Teil des Mosaiks „qualitätvolle medizinische, soziale, solidarische Grundversorgung“, in dem die Allgemeinmedizin eine zentrale Rolle spielt.

In den letzten 2 Jahren sind insgesamt wesentliche Schritte für die Verbesserung der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung im Allgemeinen und für die Allgemeinmedizin im Besonderen eingeleitet worden. Persönlich hoffe ich, dass die Achtsamkeit bei diesem Reformprozess im Vordergrund steht und bestehende Qualitäten nicht leichtfertig in Frage gestellt werden, damit für die Bevölkerung ein leistungsfähiges und wertgeschätztes Gesundheitssystem auch in Zukunft zur Verfügung steht.

Dr. Karlheinz Kornhäusl

Sektionsobmann Bundessektion Turnusärzte der ÖÄK

„Die Ausbildungsreform stellt einen Paradigmenwechsel dar. Kern ist die Vermittlung praktischer Inhalte – eine gute Ausbildung bedeutet letztlich auch, eine gute berufliche Zukunft vor sich zu haben.“

Die aktuelle Reform der Ärzteausbildung zielt darauf ab, praktische Inhalte zu vermitteln. So müssen Studierende im letzten Studienjahr das Klinisch-Praktische Jahr absolvieren, das ihnen erste Einblicke in den Klinikalltag vermittelt und sie auf die praktische Ausbildung vorbereitet. Auch die Einbindung der verpflichtenden Lehrpraxis in die Ausbildung zum Allgemeinmediziner ist ein wichtiger Schritt, der von uns ja lange gefordert wurde. Allerdings würde ich mir wünschen, dass wir langfristig auf zwölf Monate Lehrpraxis kommen anstatt wie derzeit auf sechs. Für die Kolleginnen und Kollegen kann das nur ein Vorteil sein, und sie können leichter abwägen, ob sie lieber im Krankenhaus arbeiten oder eine eigene Ordination eröffnen möchten.

Die Ausbildung wird auch hinsichtlich des Fächerkanons reformiert und für Allgemeinmediziner durch die Einbeziehung einer verpflichtenden sechsmonatigen Lehrpraxis etwas verlängert. Den Turnus im herkömmlichen Sinn gibt es dann nicht mehr. Alle durchlaufen neun Monate Grundausbildung und entscheiden sich dann, ob sie Allgemeinmediziner oder Facharzt werden möchten. Bei der Facharztausbildung ändert sich insofern wenig, da es auch jetzt schon möglich war, ohne Turnus mit der Facharztausbildung zu beginnen – vorausgesetzt, man hat einen Ausbildungsplatz erhalten. Der dreijährige Turnus war nicht zwingend vorgeschrieben, das wird in der Öffentlichkeit leider oft falsch wahrgenommen. Rein inhaltlich kommt es aber natürlich auch bei der Facharztausbildung zu einem Paradigmenwechsel: Die Gegenfächer fallen weg, die Ausbildung wird modulhaft gestaltet werden.

Meinen Kolleginnen und Kollegen in Ausbildung geht es in erster Linie um drei Dinge: Das erste, was zählt, ist eine gute Ausbildung. Sie bedeutet letztlich Zukunft. Das heißt für uns weg von „arztfremden Tätigkeiten“ und Bürokratiewahnsinn, hin zum Patienten und zur Medizin mit all ihren wunderbaren Möglichkeiten, die sie heute bietet. Das zweite ist eine ausgewogene

Work-Life-Balance. Wir alle sind mit viel Liebe bei der Sache und üben unseren Beruf gerne aus, aber eben nicht bis zur Selbstaufgabe. Spätestens ab 2021 wird kein Arzt mehr länger als 48 Stunden in der Woche arbeiten, und das ist gut so! Deswegen waren und sind die Gehaltsverhandlungen für uns so wichtig, weil hier ein Grundstein gelegt werden muss, um Ärztinnen und Ärzte in das Land zu holen bzw. sie hier zu halten. Es geht darum, Österreich als Arbeitgeber im internationalen Vergleich attraktiv zu machen. Hier sind die Politik sowie die Spitalsträger gefordert, um das entsprechend notwendige Personal zu finden. Womit wir beim – meiner Meinung nach – dritten Punkt wären: unser Gehalt. Auch das ist ein wichtiges Thema. Spitzenleistungen sollen auch adäquat entlohnt werden.

Wie bei jeder Systemänderung, so ist auch hier die Verunsicherung verständlicherweise sehr groß. Natürlich tauchen gerade jetzt viele Fragen auf. Aber genau darin besteht ja auch meine Aufgabe, und letztlich die Aufgabe eines jeden Funktionärs der Sektion Turnusärzte: nämlich Unsicherheit zu nehmen, Zweifel nach Möglichkeit einzudämmen und Fragen zu beantworten. Ich sehe einen solchen Paradigmenwechsel wie einen Flug: Möglich, dass es am Anfang – am Start – Turbulenzen geben wird. Nur wird dieser Flug gewiss ruhiger werden. Und was mich betrifft, so bin ich grundsätzlich ein optimistischer Mensch. Die Ärztekammer hat viele der Dinge, die jetzt auf Schiene gebracht werden, seit Jahren gefordert. Wir hätten also vieles nicht mittragen können, wenn wir davon nicht überzeugt wären.

Dr. Martin Wehrschütz

Vizepräsident ÄK Steiermark und Obmann der Kurie „Angestellte Ärzte“; Vorsitzender des Bildungsausschusses in der Österreichischen Ärztekammer

„Ausbildungsqualität wird ein starkes Attraktivitätsmerkmal für die Krankenanstaltenträger werden.“

Die seit geraumer Zeit regelmäßig an den einzelnen Ausbildungsstätten in Österreich durchgeführte Befragung der Ausbildungsqualität durch die Österreichische Ärztekammer im Rahmen des Ausbildungsradars hat unter anderem auch den deutlichen Verbesserungsbedarf in der Ausbildung der jungen Kolleginnen und Kollegen aufgezeigt. Immer mehr in immer kürzerer Zeit durch immer weniger Personal erledigen zu können, ist oftmals der Trugschluss von Krankenanstaltenträgern, den sie ihren Abteilungen oktroyieren. Dabei müssen sich die erfahrenen Oberärztinnen und Oberärzte in der gegenwärtigen Situation noch mehr und intensiver der Patientenversorgung widmen, die Ausbildung durch diese erfahrenen Kolleginnen und Kollegen leidet dadurch naturgemäß, schlichtweg aus Ressourcenmangel. Durch die Reformierung der Ärzteausbildung, wo es eine Sonderfachgrundausbildung und eine Sonderfachschwerpunktausbildung systematisch gibt, wobei insbesondere in der Sonderfachschwerpunktausbildung modular vertiefend Ausbildungsinhalte erlernt werden sollen, wird den Auszubildenden und den Ausbildnern mehr Zeit eingeräumt, die Modulinhalte auch tatsächlich zu erlernen, zu erfahren und zu üben. Die Ausbildung wird durch die Einzelbestätigung der erlernten Module auch ehrlicher, weil grundsätzlich in sechs Jahren nicht alle Inhalte eines Sonderfaches in der Tiefe erlernbar sind, wie sie heute in diversen Rasterzeugnissen aber abgebildet sind. Die junge Kollegenschaft wird in der Sonderfachgrundausbildung breit und suffizient ausgebildet, die inhaltlichen Vertiefungen erfolgen modular in der Sonderfachschwerpunktausbildung. Die Reformierung der Ärzteausbildung trägt also zur Verbesserung der Ausbildung bei, sie ist aber nur qualitätsverbessernd im Kontext weiterer personaltechnischer und struktureller Maßnahmen.

Mit dem siebenjährigen Rezertifizierungszyklus für Ausbildungsstätten ist jedenfalls eine Erhöhung der Ausbildungsqualität in den Institutionen voraussehen. Die oben genannten zusätzlichen Auflagen zur Erteilung einer Ausbildungsstättengenehmigung sind ebenfalls qualitätserhöhend.

Die Reform der Ärzteausbildung kann trotzdem nur ein Mosaikstein zur Erhöhung der Attraktivität des Arbeits- und Ausbildungsplatzes Österreichs für Mediziner und Medizinerinnen sein. Dazu gehören Rahmenbedingungen wie ausreichendes ärztliches Personal vor Ort, marktkonforme Grundgehälter, lebenswerte Arbeitszeiten, Kinderbetreuungseinrichtungen, Fortbildungsmöglichkeiten und realistische Karrierewege. Weiters die vollständige Übernahme von nicht ärztlichen Tätigkeiten durch die diplomierte Pflege und die finanzielle Abgeltung der erbrachten Leistungen von Ausbildungsoberrätinnen und Ausbildungsoberräten.

Die Frage von mehr zeitlichen Ressourcen, die für die Ausbildung junger Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung steht, ist durch die neue Ausbildungsordnung nur bedingt zu beantworten. Hier sind insbesondere die Träger gefordert, in der Form, wie Ausbildung vor Ort gelebt werden soll, zum Beispiel durch Installierung von Ausbildungsoberrätinnen und Ausbildungsoberräten und das Ermöglichen von Ausbildungsslots während der Tagesarbeitszeit wieder mehr zeitliche Ressourcen für junge Ärztinnen und Ärzte in der Ausbildung zu schaffen.

Die Reform des Ärztegesetzes bringt in ihrer Umsetzung einiges an Herausforderungen mit. Die Übernahme der im Paragraph 15 GuKG verorteten Tätigkeiten durch die diplomierte Pflege österreichweit und deren schriftliche Bestätigung zur Ausbildungsstättengenehmigung ist für die Krankenanstalten-träger herausfordernd, aber längst notwendig. Weiters ist ein Ausbildungsplan seitens der Träger für jede Auszubildende und jeden Auszubildenden bei Beginn der Ausbildung schriftlich vorzulegen. Notwendige Rotationen während der Ausbildung sind vorab zu planen und zu kommunizieren. Die Krankenanstalten-träger mögen sich Attraktivitätskonzepte überlegen, wie Ausbildungsinhalte auch vermittelt werden können. Die Steiermark ist in der Ausbildung ein positives Beispiel, dort hat die KAGES in der Dienstrecht-novelle Ausbildungsoberrätinnen und Ausbildungsoberräte installiert, deren Leistungen auch zusätzlich finanziell abgegolten werden. Damit wird seitens dieses Trägers sicher- und unter Beweis gestellt, dass die Ärzteausbildung ein sehr zentrales Attraktivitätsmerkmal ist.



Wann ist es Zeit für eine Bank, die Sie ein Leben lang begleitet?

Wenn Sie einen Partner suchen, dem Sie jederzeit vertrauen können.
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>

LIG
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

LINZER
INSTITUT
FÜR

aekoee **Ärzt**ekammer
für Oberösterreich