

Pionierzeiten

Das Primärversorgungsgesetz (GRUG) ist da, die ersten Umsetzungsversuche sind im Gange. Dabei werden Fragen und Probleme sichtbar, denen man sich stellen wird müssen.

Das Gesetz bietet einige – wenige – hausarztmedizinische Kooperationsformen an, nämlich Gruppenpraxen und Netzwerke – beide mit hoher Verbindlichkeit und engen Strukturvorgaben. Wenn diese Kooperationsformen nicht zustande kommen sollten, tritt der ebenfalls festgeschriebene Plan B in Kraft, und es sollen selbständige Ambulatorien entstehen, denen wesentliche Merkmale hausärztlich orientierter Einrichtungen fehlen werden.

Wir haben also ordentlich Druck im Rücken: wenn wir Ärztinnen an der Errichtung der geforderten Kooperationsformen scheitern, stehen der österreichischen Bevölkerung eine Reihe von Versorgungsformen ins Haus, die die gewohnte kontinuierliche hausärztliche Beziehungsmedizin nicht mehr gewährleisten. Diese Gefahr ist real, wie sich in einigen Ländern im nördlichen Europa zeigt.

Das ist in der Tat ein dickes Brett. Netzwerke und Gruppenpraxen, die die GRUG-Vorgaben erfüllen, erfordern viel Initiative, einiges an Investition und Risikobereitschaft, hohe Motivation und eine gute Portion Enthusiasmus. Wie sich an bereits existierenden Modellen, – wie dem GHZ „Die Hausärzte“ in Enns – zeigt, kann sich solcher Einsatz lohnen, und es entstehen, dank dem Pioniergeist und dem jahrelangen, intensiven Einsatz einiger Kollegen, zukunftssträchtige, spannende Arbeits- und Versorgungsformen. Wir begegnen dort einer Aufbruchsstimmung und einer Freude am Hausarztberuf, die sich auf den Besucher überträgt und Optimismus erzeugt.

Nachfolgende Teams werden es bereits leichter haben, weil sie von diesen Vorarbeiten profitieren können, ebenso wie – hoffentlich – von Diskussionen, die sich aus den ersten Erfahrungen ergeben. Im Folgenden einige Reflexionen zu ein paar Aspekten:

Gruppenpraxen müssen sich (ebenso wie Netzwerke) aus den ansässigen Vertragsärzten rekrutieren, denn in Österreich gibt es keine Niederlassungsfreiheit für Kassenärzte – und neue Planstellen wird es nach derzeitiger Sachlage nicht geben.

Die Partner müssen zusammenpassen und gemeinsam Neuland betreten wollen. Sie müssen ähnliche Vorstellungen von ihrer Arbeitsweise haben und die nötige Kooperations- und Kompromissbereitschaft. Sollte einer der Partner ausscheiden und seinen Kassenvertrag mitnehmen, fehlt der neuen Einheit eine Planstelle. Wenn er ausscheidet, ohne seinen Vertrag mitzunehmen, muss er (und seine Familie) zu einer unbesetzten Kassenstelle übersiedeln oder umsitzen. Für solche Situationen müssen Lösungen gesucht werden. Ein

Ansatzpunkt ist sicherlich, dass Gruppenpraxen beziehungsweise Netzwerke dort errichtet werden, wo sich geeignete Teams zusammengefunden haben, die gut miteinander können, und nicht dort, wo sie ein Strukturplan nach ganz anderen Kriterien vorgibt.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass eine Immobilie gefunden und adaptiert oder neu errichtet werden muss. Dazu braucht es Investitionsbereitschaft. In wirtschaftlich starken Regionen und den diversen Speckgürteln ist das wahrscheinlich ein überschaubares Risiko, in Abwanderungsregionen aber ein erhebliches.

Auch von Netzwerken wird einiges an Investitionsbereitschaft und Verbindlichkeit erwartet. Ob nun eine gemeinsame Vertragspartnernummer nötig ist oder nicht, ist weiterhin nicht geklärt – und auch nicht, was das für die Beteiligten genau bedeutet. Es braucht EDV-technische Lösungen für den Informationszugang, und es soll gemeinsames, gepoltes Personal geben.

All das klingt einfacher als es in der Praxis ist. Letztlich eignen sich auch diese hochverbindlichen Netzwerke eher für Ballungsräume als fürs flache Land, wo zwischen den Praxen erhebliche Distanzen liegen können. Dort werden deutlich losere Kooperationen nötig sein, schon deshalb, weil die Zahl der möglichen Partner in einem Netz geografischen Grenzen unterliegt und der zeitlichen Verfügbarkeit engere Grenzen setzt.

Zunächst müssen wir jetzt lernen, die richtigen Fragen zu stellen, die sich aus den gewonnenen Erfahrungen ergeben werden, und dann nach geeigneten Lösungen suchen. Kaum etwas ist unlösbar, mit Kreativität und Motivation lassen sich Ideen für viele Situationen finden. Aber das braucht sorgfältige Überlegung und vor allem Möglichkeiten für Kurskorrekturen.

Der Druck durch die hohen Ziele und den engen Rahmen, den das Gesetz vorgibt, muss sinken, die Flexibilität muss steigen, und die Unterstützung für eine Vielfalt kreativer, innovativer und flexibler Formen zusätzlich zu den im GRUG bisher vorgesehenen, muss zunehmen. Dann kann uns eine Reform im Interesse von Patienten und Gesundheitsberufen gelingen, die über einige Insellösungen hinausgeht.



**Dr. Susanne
Rabady**

*Dr. Susanne Rabady,
Ärztin für Allgemeinmedizin in Niederösterreich*

Family Practice Development around

1996 erschien in „Family Practice“ Oxford University Press Vol. 13, No. 4 von Haq et al. die Entwicklung der Allgemeinmedizin weltweit. Bereits vor 21 Jahren wurde das Problem gesehen, dass nicht nur in den Entwicklungsländern, sondern auch in den entwickelten Ländern ein mangelnder Zugang zur Primärversorgung besteht. In der Zeit zwischen 1978 (als die WHO „Health For All“ als eines der wesentlichen Programme in ihre Agenden aufnahm) und Mitte der 1990er-Jahre kam es zu einem starken globalen Trend, Allgemein- und Familienmedizin als Basis der Primärversorgung in den medizinischen Ausbildungen zu etablieren. Bereits 1996 machte dieser Artikel jedoch darauf aufmerksam, dass es gerade in Europa – trotz stark entwickelter Ausbildungsprogramme zum Beispiel in Großbritannien, den Niederlanden und den skandinavischen Ländern – es ebenfalls Länder mit einem limitierten Zugang zu einer ubiquitären Primärversorgung gibt. Vor allem aufgrund einer zunehmend fehlenden Balance in der Ausbildung (mit Tendenzen hin zur Subspezialisierung) und Fehlverteilung von Ärzten zu Ungunsten der ländlichen Regionen und dicht besiedelten Stadtzentren.

So betonen Haq et al. bereits 1996 klar, dass Allgemeinmediziner die einzigen Ärzte sind, die auch dafür ausgebildet sind, mit Patienten jeden Alters umzugehen, allen Patienten gleichermaßen umfassende Versorgung zur Verfügung zu stellen und kosteneffizient und unter Integration von Prävention und Behandlung, sowohl in Entwicklungsländern als auch in entwickelten Ländern, zu arbeiten. Die variierende Qualität der Ausbildung wird damals schon kritisiert, da in vielen Ländern Allgemeinmediziner einfach als „Nichtspezialisten“ weniger bis gar keine spezielle Ausbildung für ihre Tätigkeit bekommen. In ihrer Analyse bezeichnen sie als typisch, dass die Studierenden dieser Länder auch in ihrer Ausbildung wenig Kontakt mit ambulanten Patienten oder Patienten im niedergelassenen Bereich und wenig Unterricht in Primärversorgung und Prävention haben. Somit fehlt den Studierenden die Möglichkeit, entsprechende Fertigkeiten für diesen Beruf zu erwerben. Barrieren und Strategien für eine erfolgreiche Entwicklung der Allgemeinmedizin werden gelistet:

BARRIERS TO FAMILY MEDICINE DEVELOPMENT:

1. Lack of commitment to comprehensive, accessible, primary health care
2. Medical education biased towards subspeciality training in hospital settings
3. Failure to appreciate that family medicine is a speciality
4. Failure to integrate delivery of clinical and community health skills and services
5. Preference for selective over comprehensive care
6. Historical trends toward medical subspecialization
7. Increased dependence on tertiary care technologies
8. Disproportionate funding of tertiary care

9. Preference for urban versus rural health development
10. Low intra-professional status of family physicians
11. Limited training opportunities in primary care
12. Lack of family practice leadership and role models

STRATEGIES FOR SUCCESSFUL FAMILY MEDICINE DEVELOPMENT:

1. Obtain political and financial support for universal access to primary care
2. Integrate clinical and community health care delivery
3. Upgrade the status of general practitioners
4. Develop family physician faculty and clinician role models
5. Develop undergraduate (medical school) curriculum
6. Develop postgraduate (residency) curriculum
7. Engage subspecialists in training and work with family physicians
8. Develop organizations of family physicians
9. Establish speciality board certification with national medical society status
10. Encourage governments to take a more active role
11. Involve leadership of international health organizations
12. Work with leadership of international family medicine organizations

Österreich heute

Betrachtet man die einzelnen Punkte der beiden Tabellen, so erkennt man im Hinblick auf die derzeitige Situation in Österreich: Wir befinden uns gerade auf dem Weg zu einer durchaus bedeutenden Änderung unseres Gesundheitssystems, auf einem Weg, der vor über 20 Jahren bereits als richtungsweisend und notwendig angesehen wurde. Gerade im Bereich der medizinischen Ausbildung ist Österreich nach wie vor als „Entwicklungsland“ zu bezeichnen: So zeigen sich im universitären Bereich zunehmend Tendenzen, die Lehre allgemeinmedizinischer Inhalte zu verstärken – mit Ausnahme der Wiener Universitäten, welche die größte Zahl an Medizinstudierenden mit dem geringsten Anteil verpflichtender allgemeinmedizinischer Inhalte beziehungsweise Praktika aufweisen, während andere Universitäten, wie zum Beispiel Innsbruck, Salzburg, Linz, Graz oder auch Krems, um eine vermehrte Implementierung von Allgemeinmedizin/Primary Care in ihre Curricula bemüht sind. Postgraduell kam es trotz Abschaffung des Turnus als „allgemeinmedizinische Ausbildung“ und der neuen Ausbildungsordnung 2015 zu keiner wesentlichen (vor allem qualitativen) Verbesserung der Ausbildung im Bereich der Allgemeinmedizin, vor allem da nach wie vor der exzessiven Subspezialisierung intramural deutlich der Vorzug gegeben wird. Hier jedoch als positiv zu erwähnen ist die endlich verpflichtende Lehrpraxis in der allgemeinmedizinischen Ausbildung, auch wenn letzten Endes ein „weniger an Ausbildung bei fehlender Spezialisierung“ – wie es bereits 1996 als ungünstig betont wurde – be-

the world – Rückblick und Ausblick



stehen bleibt. Auch die zunehmende Entwicklung in Österreich hin zu einer verstärkten und unreflektierten Inanspruchnahme der spezialisierten, sekundären und tertiären Versorgungsebene und von Wahlärzten in den letzten Jahrzehnten spiegelt sich in den Barrieren zur Entwicklung einer starken Primärversorgung wider. Eindeutig zu sehen sind derzeit jedoch die Signale der politischen Entscheidungsträger und des Hauptverbandes, für das Projekt „Primärversorgung“ in Österreich letztendlich finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen und neue Wege (sowohl gesetzlich als auch vertraglich und finanziell) zu beschreiten; in den Augen einiger unter dem Wermutstropfen, dass das „alte System“ der Primärversorgung – die arbeitenden Hausärzte Österreichs – nicht unbedingt den Dank und die Anerkennung bekommen, die sie für ein motiviertes Weiterarbeiten ebenso benötigen würden.

Die Aufwertung der Allgemeinmedizin in Österreich findet sich somit derzeit lediglich partiell und vor allem am Papier wieder. Erst die weitere und erfolgreiche Umsetzung von neuen Gesetzen und weiteren Pilotprojekten in allen möglichen und in möglichst flexiblen Ausführungen wird zeigen, ob sich Österreich, nach nunmehr 20 Jahren langatmiger Vorlaufzeit, tatsächlich auf den Weg zu einer stärkeren Primärversorgung begibt – Optimismus scheint jedoch angebracht.

Vielleicht ist es hilfreich, nach diesem Realitätsabgleich ein Wunschbild einer zukünftigen Allgemeinmedizin in unserem Land zu entwerfen: Auch in Österreich müsste die Allge-

meinmedizin endlich ein eigenständiges Fach sein – mit einer in Bezug auf Dauer und Spezifität den spezialisierten Fächern gleichwertigen Ausbildung. Nach Fachabschluss wäre die kontinuierliche Absolvierung eines strukturierten Weiterbildungscurriculums einzufordern.

An allen Universitäten in Österreich sollten Institute für Allgemeinmedizin bestehen. Diese Abteilungen sollten zusammen mit der Berufsvertretung der AM/ÖGAM das den spezialisierten Fächern in allen Belangen gleichgestellte Curriculum für die Studierenden und Assistenzärzte entwickeln, die Assistenzärzte in Allgemeinmedizin bei ihrer Masterarbeit unterstützen und Forschungsprojekte unter Einbeziehung von allgemeinmedizinischen Forschungsnetzwerken leiten.

Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren vielfältig und umfangreich geworden.

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Neben der Vermittlung des fachspezifischen Wissens gehört auch die Koordinierung der Rotationen der Assistenten in die entsprechenden spezialisierten Fächer, Lehrpraxen und andere an die Primärversorgung angebotenen Institutionen zu den Aufgaben dieser Ausbildungsinstitutionen.

Der Einstieg in das Gesundheitssystem über die Allgemeinmedizin sollte für die Patienten als sehr sinnvoll und hilfreich erachtet werden. Die Patienten sollten mehr und mehr zu der Einstellung gelangen: Ich wende mich zuerst an meinen Allgemeinmediziner, bevor ich direkt Spezialisten oder Ambulanzen aufsuche, da ich über diesen Zugang die ärztliche Hilfe effizienter, rascher und für mich besser erlebe.

Der lokale Zugang zur Allgemeinmedizin müsste für die Patienten unkompliziert, rasch, ohne lange Wartezeiten und zwölf Stunden am Tag möglich sein, für die restliche Zeit wäre ein allgemeinmedizinischer Notdienst einzurichten.

Die Allgemeinmediziner sollten mit anderen Gesundheitsanbietern in einem gut organisierten Netzwerk, das Spezialisten, Ambulanzen, Spitäler, Therapeuten und Sozialarbeiter miteinschließt, verbunden sein. Allgemeinmediziner, die eine den Subspezialisten gleichge-

stellte Ausbildung und Weiterbildung durchlaufen, wären in diesem Sinne „hochspezialisiert“ und bestens ausgebildet, um ihre Aufgaben als Generalisten in der Primärversorgung zu erfüllen.

Es ist meiner Meinung nach illusorisch zu denken, dass ausreichend

junge Ärzte in Zukunft dafür zu gewinnen sein werden, einen Ausbildungsweg zu wählen, der in Bezug auf die spezialisierten Fächer benachteiligt und „abgewertet“ wird, um dann in einem ähnlich reduzierten Umfeld zu arbeiten.



**Autor:
Dr. Dietmar Rudolf
Kleinbichler**

Arzt für Allgemein-
medizin in Markersdorf,
Niederösterreich



**Autorin:
Dr. Maria Wendler**

Wir sind die 2 % ...

Junge und (potenzielle) zukünftige Allgemeinmediziner_innen treffen sich von 20. bis 22. Oktober 2017 an der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Universität Wien für den JAM17 – den Junge Allgemeinmedizin Kongress.

Das Programm zeigt die breite Vielfalt der Allgemeinmedizin in all ihren Facetten:

Workshops zu Antibiotikatherapie, Ultraschall, Taping oder der Vorsorgeuntersuchung sind genauso Teil des Programms wie unser berühmtes Case- und Career-Café. Dazu werden wir uns mit der Bedeutung des Generalisten befassen und mit Vertretern der Institutionen den Auftrag der Allgemeinmedizin in der neuen Primärversorgung diskutieren.

Das alles findet in einer lockeren Atmosphäre statt, die zum regen Austausch und Vernetzen anregt. Und natürlich darf auch das Social Program am Samstagabend nicht fehlen!

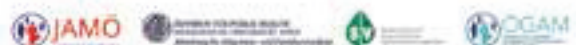
Es gibt noch ein paar Plätze – junge und zukünftige Allgemeinmediziner können sich unter <https://jungeallgemeinmedizin.at> informieren und anmelden.

DIE VERANSTALTUNG FÜR STUDENTEN UND JUNGÄRZTE
INTERAKTIV, PRAKTISCH, UNABHÄNGIG



**JUNGE ALLGEMEINMEDIZIN
KONGRESS 20.10. - 22.10.2017
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN**

MEHR AUF WWW.JUNGEALLGEMEINMEDIZIN.AT



Das Redaktionsteam:

Leitung: Dr. Maria Wendler
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Barbara Degn,
Dr. Reinhold Glehr, Dr. Susanne Rabady

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig!
Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel.: 01/405 13 83-17
Fax: 01/407 82 74
office@oegam.at
office@oegam.at • www.oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.