

## Impfgespräche

Als Allgemeinmedizinerin gerate ich in Zeiten wie diesen häufig und immer wieder in die Situation, eine Stellungnahme zur COVID-19-Impfung abgeben zu müssen – sei es, um eine Wissensfrage zu beantworten, sei es, um zur Entscheidungsfindung herangezogen zu werden, und gelegentlich auch, um mich einer direkten Kritik zu stellen. Je nachdem übernehme ich damit gleichzeitig eine definierte Rolle: Die der Wissenden in meinem Fach, die der freundschaftlich beratenden Person, zu der man Vertrauen hat, oder man wird stellvertretend für die vielen Experten, die einem bereits gehörig auf die Nerven gehen, zur Zielscheibe.

Ich habe diese Gespräche immer gern geführt. Natürlich habe ich meine eigene Meinung zur Impfung, und ich gebe auch zu, dass ich der Impfung wissenschaftlich vertraue – aber ich möchte immer zuerst hören, was mein Gegenüber zu sagen hat. Denn wenn ich genau hinhöre, sagen verschiedene Personen mit denselben Worten verschiedene Dinge.

„Ich lasse mich nicht impfen“ kann, je nachdem, heißen: „Ich lasse mich noch nicht impfen“, denn: Ich möchte abwarten, bis ein paar Jahre vergangen sind, da ich noch kein Vertrauen in einen Impfstoff habe, der so neuartig ist und der so schnell entwickelt wurde, wer garantiert, dass es da keine Langzeitschäden gibt? Es kann auch bedeuten: Ich bin jung und gesund und deshalb sowieso eher unsterblich als sterblich, da brauche ich mich nicht vor Corona zu fürchten, hieß es doch immer, wozu soll ich mich dann impfen lassen?

Oder: Ich lasse mich aus Prinzip nicht impfen, denn mein Körper gehört mir (Verteidigung, hat mitunter schlechte Erfahrungen gemacht).

Und dann kommt der spannende Teil: Meine Antwort heißt zwar immer gleich, aber sie muss an mein Gegenüber angepasst sein und darf nicht zusätzlich verwirren. Denn viel zu viel Verwirrendes wurde bereits gesagt – aus nachvollziehbaren Gründen, aber es kommt nicht gut an. Wir erinnern uns: Ein Impfstoff wurde speziell für Personen bis 65 Jahren empfohlen, denn man könne nicht sicher sein, dass dieser bei Personen über 65 eine ausreichende Wirkung habe, für diese Personen gebe es einen anderen Impfstoff. Das war auch eine korrekte Information gemäß Herstellerangaben. Dann plötzlich wurde derselbe Impfstoff explizit nur für Personen über 60 empfohlen, inklusive für Über-65-Jährige. Die Über-65-Jährige, die daraufhin mit diesem Impfstoff geimpft wurde, fragt sich natürlich: Bin ich jetzt wirklich geschützt? Sie weiß nichts von den Herstellerangaben, den inzwischen vorliegenden neuen Erkenntnissen und den deshalb angepassten Impfpfehlungen. Darum ist es besonders wichtig, sich Zeit zu nehmen und genau diese Hintergründe verständlich darzulegen.

Anfangs wurde erklärt, dass sich priorisierte Personengruppen unbedingt impfen lassen sollten, egal ob sie bereits COVID-19 hatten oder nicht. Das war gemäß den Herstellerangaben korrekt. Dann wurde – nur aus dem nachvollziehbaren Grund der Impfstoffknappheit Personen, die COVID-19 überstanden haben, die erste Impfung monatelang verweigert, und danach nur eine von zwei Teilimpfungen verabreicht. Originalton aus dem Impfzentrum: Wenn Sie sich jetzt gegen unseren Rat ein zweites Mal impfen lassen, können wir keine Haftung für Impfschäden übernehmen. So etwas wird weitererzählt und führt bei Be-



**Cornelia Croy**

Ärztin für Allgemeinmedizin/Arbeitsmedizin,  
Wien

kannten und Freunden zur Verunsicherung. Das kann mitunter so weit führen, dass sich Leute, je enger es wird, eher zu einem gefälschten Impfbildschirm hinreißen lassen, als dass sie sich impfen lassen. Die dadurch entstehenden Schäden liegen auf der Hand: Die Person bleibt ungeschützt, wird daher wahrscheinlich in nächster Zeit erkranken und andere anstecken. Kommt man ihr auf die Schliche, bekommt sie darüber hinaus noch einen Eintrag ins Strafregister und hat damit bei der eigenen Jobsuche innerhalb der nächsten 10 Jahre massivste Probleme. Nicht umsonst gibt es den englischen Begriff „*health beliefs*“: Gesundheit ist für Menschen teilweise eine Glaubensfrage und muss auch unter diesem Aspekt betrachtet und diskutiert werden. Beim radikalen Impfgegner kann ich sowieso nicht missionieren, aber ich kann ihm Aspekte, die vielleicht nicht für ihn gelten, sondern für andere, aufzeigen. Und die allermeisten, die noch nicht geimpft sind, sind das aus Verunsicherung, nicht zuletzt aufgrund unserer aller zahlreichen widersprüchlichen Meldungen.

Genau hier ist es sinnvoll, möglichst gut, gezielt und umfassend zu informieren. ■

# Eine Turnusärztin in Wien

2015 wurde die „neue Ausbildungsordnung“ eingeführt, mit einer verpflichtenden Lehrpraxis von 6 Monaten für die Ausbildung Allgemeinmedizin, die auf den Turnus im Spital folgt. Wir sprachen mit einer Turnusärztin über ihren Turnus, wie sie diesen erlebte und welche Vor- und Nachteile sich durch die neue Regelung ergaben.

**F**ast alle jungen Turnusärzte treten allerdings noch vor Beginn dieser Lehrpraxis zur Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin an – nicht danach. Diese Möglichkeit wurde auf Wunsch der Turnusärzterevertreter eingeführt, damit man, wenn man einmal die Prüfung nicht besteht, trotzdem weiter angestellt bleiben kann. Der offenkundige Nachteil dieser Regelung: Die Prüfungsfragen sind in diesem Stadium der Ausbildung abstrakt, da die Kandidaten noch keine Gelegenheit hatten, den allgemeinmedizinischen Praxisalltag kennenzulernen. Die Durchfallquote ist leider insgesamt noch immer deutlich höher als jene bei den Facharztprüfungen, freilich auch mit regionalen Unterschieden.

Wir haben eine Turnusärztin befragt, wie sie ihren Turnus in einem Wiener Spital erlebte und beurteilt.

*Anfangs war es nicht leicht, überhaupt eine Turnusarztstelle in Wien zu bekommen. Als es dann endlich klappte, war mein erster Plan, mich in einer Fachrichtung zu spezialisieren.*

*Vom eigenen Studium her empfand ich damals die Allgemeinmedizin als sehr wenig bis gar nicht vertreten, und ich konnte mir daher auch kein besonders genaues Bild von dieser Art der Arbeit machen. Unter meinen Kollegen war das ähnlich: Wurde zu Beginn jungen Turnusärzten die Frage gestellt, wer Allgemeinmedizin machen will, deklarierten sich nur wenige, vielleicht 3 %. Der vorwiegende Grund dafür war das geringere*

*Ansehen der Allgemeinmedizin gegenüber dem Fach.*

*Jedes Mal, wenn man an einer Abteilung neu beginnt, muss man sich neu beweisen, das kostet einige Anstrengung. Ich konnte auch beobachten, dass man als Turnusarzt, der Allgemeinmediziner werden möchte, nie so sehr als Teammitglied akzeptiert wird wie der Assistenzarzt, der sich für ein Fach interessiert.*

*Besonders frustrierend war von Beginn an, dass die Gestaltung der Grundausbildung ganz in der Entscheidung des Hauses lag. Die Einteilung der Rota erfolgte ausnahmslos von nichtärztlichem Personal. Primär wurden Lücken gefüllt, es gab auch Fälle, wo man nach einem Monat schon rotieren musste. Manchmal musste man schon recht früh Nachtdienste machen, ohne Rücksichtnahme auf Wissensstand oder Fähigkeiten. So landete eine Kollegin mit mangelnden Deutschkenntnissen an einer Abteilung, die mit ihr nichts anfangen konnte. Sie war eindeutig überfordert; hätte sie an der anderen Abteilung zuerst einen Platz bekommen, hätte sie eine Chance gehabt.*

## **Wie findet die Lehre statt?**

*Bei der gemeinsamen Morgenbesprechung bzw. Dienstübergabe werden die neuen Fälle vorgestellt. Ansonsten wird die direkte Lehre nicht von den Oberärzten, sondern von Assistenzärzten übernommen – die nächsthöhere Stufe in der Ausbildung, so war es immer im Spital: Der Famulant wurde vom*

*Studierenden im klinisch praktischen Jahr instruiert, der „KPJler“ vom Turnusarzt und der Turnusarzt vom Assistenzarzt.*

*Einmal pro Woche gab es auf den meisten Abteilungen eine kurze Fortbildung, die wiederum von den Assistenzärzten gestaltet wurde. Diese waren auch sehr bemüht, diese Fortbildungen stattfinden zu lassen. Während Corona war das schwieriger; es wurde vielfach auf online umgeschaltet.*

*Als Turnusarzt selbst Verantwortung zu übernehmen, geht in unserem System schlecht. Generell wird auch kein Therapie-vorschlag von Seiten der Turnusärzte erwartet. Da entsteht schon eine gewisse Angst, ob man jemals die Kompetenz erlangt, allein entscheiden zu können.*

*Im angloamerikanischen System, das ich selbst kennenlernen durfte, ist das prinzipiell anders: Dort ist die Lehre fixer Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Ich konnte sehen, mit welcher Freude der Leitende Oberarzt seinen Lehrauftrag durchführte. Dieser verteilte zunächst die einfachen Fälle an die einzelnen Turnusärzte. Ich selbst wurde beispielsweise vom Oberarzt gefragt, ob meine Art der Präsentation des Patienten in Österreich üblich sei und warum ich denn eine Blutabnahme bei Kopfschmerzen vorschlage. Ein älterer Arzt, ein Pulmologe, nahm mich gleichsam an die Hand und trug mir auf, ich solle mir über 2 Wochen ein EKG anschauen, das man dann gemeinsam besprechen würde.*



### **Gab es in Wien positive Beispiele?**

*Gut fand ich an einer Abteilung die Zuteilung des Turnusarztes zu einem Krankenzimmer mit mehreren Patienten. Natürlich ist die Anforderung zu hoch, aber man ist gezwungen, selbst zu überlegen. Letztendlich nützt einem das in den Nachtdiensten. Wenn ein Assistenzarzt direkt einem Turnusarzt zugeteilt wird („Buddy-System“), lernt man auch mehr.*

### **Welche anderen Faktoren hast du als unterstützend, welche als hinderlich erlebt?**

*Wird man als Turnusarzt als Teil eines Teams betrachtet, lernt man automatisch auch mehr. Dass die Turnusärzte untereinander zusammenhalten, ist ebenfalls wichtig. Zum Beispiel gibt es dann immer Zeit für die Mittagspause, weil man sich abwechseln kann. Negativ auf die Lehre wirkte sich an einer Abteilung ein deutlich wahrnehmbares Konkurrenzdenken unter Assistenzärzten aus – diese hatten in der Folge keine Zeit für die Turnusärzte. Viel lernt man im Nachtdienst. Ist man da allein mit der Schwester, hilft es sehr, wenn man jederzeit den diensthabenden Oberarzt anrufen darf, der noch dazu nicht weit weg ist, sondern im Nebenzimmer.*

### **Wie ist es gegenwärtig um das Erlernen der alltäglichen ärztlichen Fertigkeiten bestellt?**

*Es ist schon richtig, die „Alten“, so wie ich, haben noch diese ganzen Fertigkeiten erlernt, weil die Schwestern das damals noch*

*nicht so übernommen hatten: Blut abnehmen, einen intravenösen Zugang setzen, eine vorbereitete Infusion anhängen – ich habe allerdings noch nie eine Infusion selbst zusammengemischt. Bei den „Jungen“, die gerade erst beginnen, liegt es vor allem am persönlichen Engagement während deren Famulatur, ob sie diese Fertigkeiten gut erlernen.*

### **Welche Verbesserungen wären wünschenswert?**

*Besonders wichtig wäre es, die Lehre fix im Dienstvertrag der Oberärzte zu verankern – zum Beispiel: 10 % der Zeit ist der Lehre zu widmen. Momentan ist das nicht der Fall, es fehlen die monetäre Anerkennung und auch die Zeit. Die Lehre ist derzeit kein Kernbestandteil der (ober-)ärztlichen Tätigkeit.*

*Für die Ausbildung zum Allgemeinmediziner fehlt der Allgemeinmediziner als Mentor im Krankenhaus. Die Fachärzte haben wenig Ahnung von der allgemeinmedizinischen Praxis. Dabei gibt es bereits den Allgemeinmediziner im Krankenhaus: Die Stationsärzte, die könnten Mentor spielen. Die kennen den Hausbrauch. Die bräuchten einen Lehrauftrag.*

### **Was hältst Du vom Modell „Salzburger Initiative Allgemeinmedizin (SIA)“, im Rahmen derer junge Kollegen begleitend zu ihrer Ausbildung im Spital einen Hausarzt als Mentor zur Seite gestellt bekommen?**

*Ja, das wäre in jedem Fall gut.*

### **Einen Rat, den du jungen Kollegen geben würdest?**

*Unbedingt versuchen, so viel Zeit wie möglich in den Ambulanzen eingeteilt zu sein. Das meiste lernt man nämlich genau dort.*

### **Wie wäre es, wenn die Lehrpraxis ganz am Anfang des Turnus stünde?**

*Ich selbst kann mir das nicht vorstellen und glaube auch nicht, dass man unmittelbar nach dem Studium bereits die dafür notwendige Kompetenz hätte.*

### **Wie siehst du jetzt deine eigene Zukunft?**

*Mittlerweile bin ich zu dem Schluss gekommen, dass die Allgemeinmedizin schon Perspektive hat. Bestärkt in dieser Richtung haben mich auch Berichte von Assistenzärztinnen, die in einem Fach begonnen haben und dann enttäuscht waren, weil es ihnen zu einseitig erschien, und die planen, stattdessen in die Allgemeinmedizin zu gehen.*

*Auch jetzt, wo mir nur mehr weniger als ein Jahr im Krankenhaus fehlt, erlebe ich es immer wieder, dass ich nach meinen Karrierewünschen gefragt werde. Mittlerweile antworte ich, dass ich in die Allgemeinmedizin möchte. Die Reaktionen, nachdem man die Pandemie erfahren hat, sind: Ja, Allgemeinmediziner brauchen wir tatsächlich. Und dann folgt ab und zu aber immer noch der gut gemeinte Tipp: Auf der internen Abteilung wird bald eine Stelle frei, du hast einen guten Eindruck hinterlassen und hättest daher Chancen – magst du dich nicht vielleicht doch für ein Fach bewerben?*

# Das Lernumfeld während der postpromotionellen Ausbildung

Aus dem vorhergehenden Bericht lassen sich mehrere Einflussfaktoren erkennen, die Ausbildungsqualität und -erfolg (mit-)bestimmen.

Das im Studium erlernte theoretische Wissen sollte auch selbst in den jeweiligen Fächern, mit zunehmender Übernahme von eigener Verantwortung, umgesetzt werden dürfen. Das eigentliche Kennenlernen des Arbeitsalltages in der hausärztlichen Praxis, einschließlich der zeitlichen Komponente dieser Erfahrung (Zeitpunkt, Dauer), ist von wesentlicher Bedeutung. Zu beachten ist auch die Art der Unterstützung, die die Jungmediziner erfahren: Gibt es einen Zuständigen für den persönlichen Unterricht? Ist diese Person in allen Aspekten dafür auch qualifiziert, und bringt sie die nötigen didaktischen Fähigkeiten mit? Sind die Ausbildungsinhalte strukturiert, gibt es definierte Ausbildungsziele und werden diese mit der erforderlichen Sorgfalt überprüft? Sollten Ausbildungsverantwortliche gleichzeitig auch Role Model sein?

Letztverantwortlich für das ärztliche Tun innerhalb eines definierten Faches sind Oberarzt oder Oberärztin; denn hilfsbereite Assistenzärzt\*innen befinden sich selbst noch in Ausbildung. Die anerkannte Autorität in der Disziplin Allgemeinmedizin wiederum müsste selbst aus der Allgemeinmedizin kommen, idealerweise mit Erfahrung im niedergelassenen Bereich – der Stationsarzt oder auch die externe Allgemeinmedizinerin, die als Ansprechpartnerin unterstützt und den Blick dafür schärft, welche Ausbildungsinhalte auf der jeweiligen Station wichtig und insbesonde-

re für die Allgemeinpraxis relevant sind. Diese Allgemeinmedizinerin kann gleichzeitig Mentorin sein. Essenziell ist weiters das Benennen ausbildungsverantwortlicher Personen innerhalb des jeweiligen Faches, an die man sich je nach Situation wenden darf und auch soll – die Erreichbarkeit des Oberarztes im Nebenzimmer ist nicht nur psychologisch, sondern auch rechtlich und im Sinne der Patientensicherheit wichtig. Diese Verantwortung in deren Dienstverträgen mit einer verpflichtenden Stundenanzahl zu verankern und auch zu entlohnen wäre dringend notwendig – aber auch da müssen die Rahmenbedingungen stimmen: eine dafür notwendige Schulung in Didaktik, inklusive niederschwelliger Möglichkeiten zur Weiterbildung in diesem Bereich, müssen als begleitende Maßnahme dazu eingerichtet werden.<sup>1,2</sup>

Bestmöglich für die Prüfung vorbereitet ist man nur, wenn man bereits Erfahrungen in der Lehrpraxis gesammelt hat. Die Auszubildende, die einen Teil der Lehrpraxis unmittelbar nach dem Studium absolviert, hat bei weitem noch nicht dieselbe Kompetenz wie dieselbe Auszubildende, die nach den gesammelten Erfahrungen aus der Zeit im Spital in die Lehrpraxis geht. Die junge Turnusärztin unmittelbar nach dem Studium benötigt Supervision, sie wird vor allem beobachten. Die erfahrene Lehrpraktikantin am Ende ihres Turnus wird auch selbständig diagnostizieren und therapieren können, vorausgesetzt, dass ihr die Zeit und die Möglichkeit zur Refle-

xion und Besprechung mit dem Lehrpraxisinhaber gegeben wird.

Sich als Teil eines Teams, das durchaus auch multidisziplinär zusammengesetzt sein kann, zu fühlen, wirkt sich positiv auf Motivation, Arbeitsmoral und Arbeitszufriedenheit aus und trägt wesentlich zum Lernerfolg bei. Mangelnde Unterstützung sowie mangelnde Anerkennung, indirekt auch durch den bloßen Einsatz als Systemhalter zum Ausdruck gebracht, haben genau den gegenteiligen Effekt. Karrierewünsche für die Allgemeinmedizin sollten respektiert und nicht torpediert werden.

Im internationalen Vergleich ist in Österreich der Anteil der Ausbildung, die junge Allgemeinmediziner in der Lehrpraxis verbringen, immer noch verhältnismäßig gering. Der Schwerpunkt liegt in der Aneignung theoretischen Wissens. Es ist an der Zeit, diese Struktur zu überdenken, um den Nachwuchs in der Allgemeinmedizin bestmöglich zu unterstützen.

Interview und Text: Cornelia Croy

#### Literatur:

- 1 Michels N. et al, Educational training requirements for general practice/family medicine specialty training: recommendations for trainees, trainers and training institutions, EDUCATION FOR PRIMARY CARE 2018, VOL. 29, NO. 6, 322-326 <https://doi.org/10.1080/014739879.2018.1517391> <https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/scientific-papers/educational-training-requirements-general-practice-family-medicine-specialty-training-education.pdf>
- 2 Michels N. et al: Educational Training Requirements for GP/FM specialist training. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, 2018. <https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/european-training-requirements-gp-fm-specialist-training-euract-2018.pdf>