

## Arbeitsmediziner mangel: Notlösungen, die keine sind

**A**rbeitsmedizin ist, im Gegensatz zur eher kurativen betriebsärztlichen Tätigkeit, Prävention – nach dem Motto: „Vorsorgen ist besser als heilen“. Jeder Arbeitgeber ist verpflichtet, Arbeitsmediziner zu beauftragen, die Experten auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz und der Vermeidung von arbeitsbedingten Erkrankungen sind. Für Betriebe ab 50 Beschäftigten gibt es die sogenannte Präventionszeit, von der Arbeitsmediziner zumindest 35 % zu leisten haben. Kann ein Arbeitgeber die Inanspruchnahme der Arbeitsmedizin nicht nachweisen, muss er mit Strafen rechnen.

Arbeitgeber haben gegenwärtig mit folgenden Unannehmlichkeiten zu kämpfen: Arbeitsmediziner stellen die kostspieligste Variante der Präventivkräfte, zusammengesetzt aus Sicherheitstechnikern, Arbeitsmedizinern und anderen Fachleuten, dar. Außerdem gibt es zu wenig Arbeitsmediziner; dieses Defizit wird sich in den nächsten Jahren noch vergrößern.

Daher werden schon jetzt gelegentlich Um- und Auswege gesucht, die nicht im Sinne des Gesetzes sind, um nur irgendwie die erforderlichen Stunden dokumentieren zu können: Zum einen werden die Arbeitsstunden von Hilfspersonal, insbesondere arbeitsmedizinischen Assistenten, dazuge-

rechnet. Es ist schon richtig, dass aufgrund der gesetzlichen Regelungen für Unternehmen nicht nur die Verpflichtung zur Beschäftigung eines Arbeitsmediziners besteht, sondern auch des für die arbeitsmedizinische Betreuung notwendigen Hilfspersonals. Der Haken daran: Hilfspersonal stellt eine wertvolle Unterstützung dar, kann aber laut Gesetz keine Präventionszeit leisten.

Zum anderem kommt es zu einem Einsatz von Fachleuten, wie Arbeitspsychologen und Ergonomen. Zusätzlich ist die arbeitsmedizinische Fachassistenz anstelle der Arbeitsmedizin argumentierbar. Auch das ist im Gesetz anders vorgesehen: Für Fachleute gibt es den klar definierten Rahmen von bis zu 25 % der errechneten Präventionszeit. Alles über diese Zeit hinausgehende darf und soll natürlich, wenn es denn notwendig ist, geleistet werden, kann aber die erforderlichen 35 % für die Arbeitsmedizin nicht ersetzen.

Tatsächlich finden sich Lösungsvorschläge, die diesen beiden Punkten entsprechen, in der österreichischen Studie von Ines Czásny et al., „Bedarfsanalyse zur mittel- und langfristigen Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Versorgung“. Es stellt sich also die Frage, ob wir unsere Gesetze ändern oder aufweichen sollen, um mit

immer weniger Arbeitsmedizinern auskommen zu können.

In der Mitteilung der EU-Kommission 2017 wird festgehalten: Jeder Euro, den der Arbeitgeber in Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz investiert, zahlt sich doppelt für ihn aus. Und: Es hat sich deutlich gezeigt, dass die EU weiterhin in Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz investieren muss, um an der Spitze zu bleiben und die Arbeitnehmer auch vor dem Hintergrund der sich ändernden Arbeitsformen und neuer Risiken wirksam zu schützen.

Im Umkehrschluss bedeutet das nichts anderes, als dass durch ein Sparen am falschen Ort Kosten entstehen, nämlich volkswirtschaftlicher Schaden durch Erkrankungen oder Unfälle, die die Arbeitgeber und letztlich auch alle Steuerzahler wesentlich belasten. Es bedarf weiterhin der Kompetenz von Arbeitsmedizinern mit guten analytischen und kommunikativen Fähigkeiten, die auch befähigt sind, neugewonnene Erkenntnisse wissenschaftlich aufzubereiten und Maßnahmen zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen zu erarbeiten.

Autorin: Dr. Cornelia Croy

# Ausbildung zur Familienmedizin Family Medicine Education in



Seit über 26 Jahren unterstützt die European Academy of Teachers in Family Medicine/General Practice (EURACT) die Ausbildung von Lehrenden und Mentoren der Allgemeinmedizin (AM) Europas. Mit zunehmender Weiterentwicklung medizinischer Curricula sowohl universitär als auch postgraduell wurde die didaktische Ausbildung und Lehrqualität in der Allgemeinmedizin immer wichtiger. Ein Rückblick auf die heurige Tagung.

Dr. Maria Wendler

2016 fand der erste eigene EURACT-Kongress in Dublin unter dem Titel „Education Doctors for General Practice/Family Medicine 2.0“ statt, dieses Jahr ging der Kongress in Löwen in Belgien unter dem Titel „Family Medicine Education in the real World“ in seine zweite Auflage. 2020 wird der Kongress in Graz stattfinden.

Wie der diesjährige Titel „Family Medicine Education in the real World“ bereits aufzeigt, war der Abgleich zwischen Theorie und Praxis, die Überprüfung der Umsetzbarkeit von Lehrtheorie der Allgemeinmedizin in die Ausbildungsmodelle unterschiedlichster europäischer Länder – und viel wichtiger noch: das Vernetzen und Austauschen von Ideen und Beispielen, wie Allgemeinmedizin praxisorientiert, patientenorientiert, evidenzgestützt und attraktiv dem medizinischen Nachwuchs näher gebracht werden kann – zentrales Thema.

In ihrer Vorreiterrolle in der Ausbildung Allgemeinmedizin zahlreich vertreten waren Inputs aus den Niederlanden, gefolgt von Dänemark, Belgien und Großbritannien, viel wichtiger erschien mir jedoch

die Kreativität der vielen anderen EURACT-Mitgliedsländer. Nämlich deshalb, weil sie unter deutlich schlechteren strukturellen Bedingungen an den Universitäten und in der postgraduellen Ausbildung dennoch um ihren allgemeinmedizinischen Nachwuchs mit einer möglichst qualitätsvollen allgemeinmedizinischen Lehre kämpfen. Außerdem setzen sich die Lehrenden der Allgemeinmedizin in diesen Ländern dafür ein, dass die Wertschätzung der Allgemeinmedizin steigt, die Wichtigkeit einer guten Ausbildung erkannt und die Ausbildung für den Nachwuchs attraktiv gestaltet wird. So beschäftigten sich zahllose „Oral Presentations“ mit Projekten und Ideen aus allen europäischen Ländern, wie Allgemeinmedizin mit einfachen Mitteln den Medizinstudie-

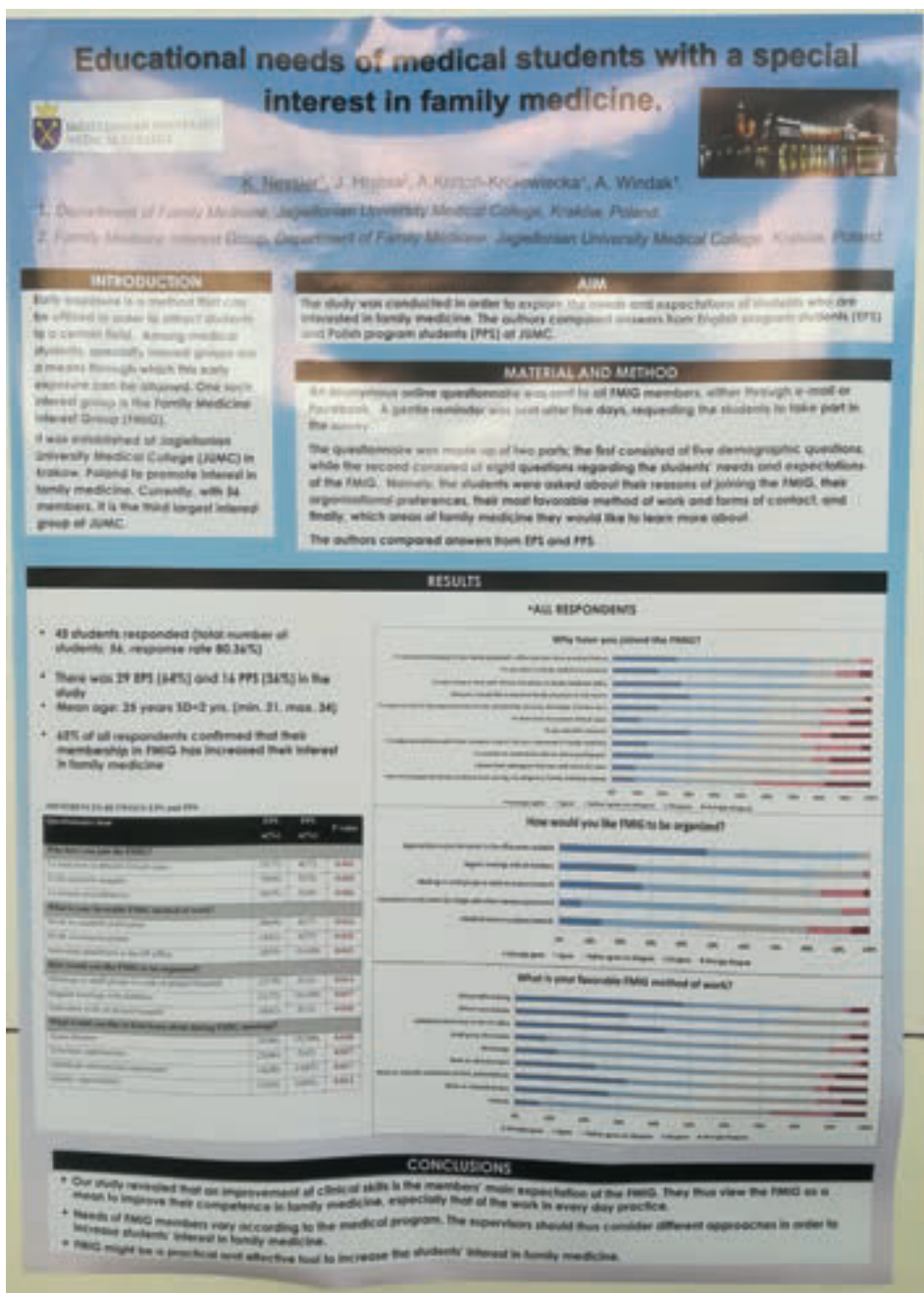
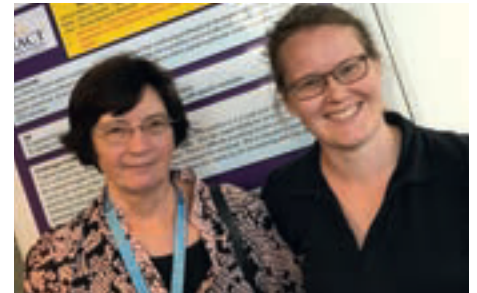
renden oder auch jungen, fertigen Ärzten näher gebracht werden kann.

## Programmübersicht

In den eineinhalb Kongresstagen waren im Programm drei Keynotes und eine Debatte veranschlagt. Die erste Keynote von Prof. Roger Damoiseaux, Utrecht in den Niederlanden, beschäftigte sich mit der Integration von Evidence-based Medicine (EbM) im medizinischen Alltag aus der Sicht von Lehrenden: Wie schaffen wir es, dem Nachwuchs nicht allzu theoretisch beizubringen, was Evidenz ist, wie wir sie verwenden und wie wir sie in die patientenorientierte Entscheidung integrieren?

Dr. Mei Ling Denney aus Großbritannien, oberste Prüferin des Royal College of Ge-

# Praxis im Alltag the real World



zen und evaluieren kann. Zentrales Thema waren hier die Beurteilung der Auszubildenden im Rahmen des „Work-Place Assessments“ und die Umsetzung der Forderung nach einer Wissensvermittlung beziehungsweise Ausbildung im Bereich Patientensicherheit und Qualitätssicherung. Hier wurde ein Pilotprojekt gestartet, in dem die Auszubildenden derzeit noch im dritten Jahr ihrer Ausbildung in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis verpflichtet sind, in acht Monaten ein Projekt in diesem Bereich zu entwickeln. Sie sollen ein Problem in Hinblick auf Qualitätssicherung oder Patientensicherheit in ihrer zugeteilten Praxis finden, dieses analysieren, eine Lösung entwickeln und dann auch umsetzen. War dieses Projekt (QIP) anfangs freiwillig, waren die Rückmeldungen sowohl von den Praxisteams als auch den Auszubildenden so gut und die Ergebnisse zum Teil so überraschend, dass die Absolvierung dieses Projekts nunmehr verpflichtend in die Fachausbildung Allgemeinmedizin (im ersten Ausbildungsjahr, 3.500 Auszubildende pro Jahr) integriert werden soll. Hauptrückmeldung der jungen Allgemeinmediziner (GP) waren vor allem die positiven Erfahrungen und das Lernen von Leadership, Selbstbestimmung, Selbstbewusstsein in der Umsetzung von Verbesserungen beziehungsweise Änderungen und die mit dem Projekt einhergehende Beschäftigung mit den Arbeitsabläufen der Praxis. Inklusiv aber auch der damit verbundenen besseren Integration und der Wertschätzung im Praxisteam.

Die dritte Keynote griff das Titelthema der Konferenz wieder auf „Teaching Family Medicine in the real World“. Prof. Yonah Yaphe aus Portugal gab Einblicke in die Ausbildung der Allgemeinmedizin von drei Kontinenten und hielt ein evidenzunterlegtes Plädoyer für eine patienten- und

neral Practitioners, berichtete indessen in ihrer Keynote darüber, wie man die Theorie der „Generic Competencies“, also berufliche notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten, in die Lehre für Allgemeinmedizin integrieren, sie praktisch umset-



praxisorientierte Ausbildung für Allgemeinmedizin im zukünftigen Berufsumfeld.

Als weiteres spannendes Format im Plenum fand eine Debatte zum Thema „Drei oder fünf Jahre Fachausbildung Allgemeinmedizin“ statt. Nach zwei einleitenden Statements – eines bezog sich auf die zum Teil gegebene Notwendigkeit der fünfjährigen Ausbildung im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen, eines auf die Notwendigkeit der Diskussion über die Ausbildungsqualität, im gleichen Atemzug mit der Ausbildungsdauer – wurde die Diskussion im Plenum gestartet. Über diese Einbindung des Publikums war es sehr

rasch möglich, Einblick in die unterschiedlichsten postgraduellen Ausbildungssysteme in Europa zu bekommen. Rückmeldungen aus den unterschiedlichsten Ländern kamen zu vielen Themen rund um die Ausbildung. Zum Beispiel die Herausforderungen bei Verlängerung der Ausbildung, um eine Gleichstellung zu anderen Fächern zu erreichen, die unterschiedlichsten Modelle der Ausbildungsverlängerung, ob eine berufsorientierte Ausbildung in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis wichtiger sei als eine Verlängerung der Spitalsrotationen. Außerdem gab es Statements zur dringenden Notwendigkeit einer Ausbildung der GP

im späteren Arbeitsumfeld, um dessen Komplexität und Herausforderungen tatsächlich kennenzulernen und entsprechende Fertigkeiten und Selbstvertrauen für die spätere Arbeit zu entwickeln, sowie die Möglichkeiten der Beurteilung von Kompetenzen und Fähigkeiten in der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis beziehungsweise die fehlenden Instrumente und Erfahrungen dazu und vieles mehr. Erwähnt wurden auch die „European Training Requirements for GP/FM specialist training“, die sich derzeit im „Feinschliff“ befinden und zu denen ich im Anschluss einen sehr spannenden Workshop besuchen durfte.

## Kongress-Splitter:

Wenn wir aber über das Lehren der EbM reden, ist es auch die Frage, welche Evidenz das Lehren der Evidenz hat. Und das wissen wir eigentlich noch nicht. Da braucht es noch sehr viel an Forschung.

In der Allgemeinmedizin ist die Anwendung der EbM implizit in all dem, was wir tun, verankert. Es ist nur manchmal schwierig zu erklären, warum wir es tun. Wir müssen also reflektieren, warum wir die Dinge so tun, wie wir sie tun. Das Implizite explizit werden lassen.

### „Isolation in rural and remote areas“:

Ein Arzt kann nie alleine stehen und arbeiten. Man braucht eine Gruppe zur Reflexion. Kollegen – fährt auf Fortbildung! Nutzt eure Teams! Auch sie können mit ihren Erfahrungen in der Reflexion helfen – genauso wie eure Patienten.



### „Adopt a chronic patient“ (Italien):

Studierende „adoptieren“ einen chronisch kranken Patienten und müssen ihn in seiner Krankenkariere zu medizinischen Terminen begleiten und ein Logbuch führen. So lernen sie die Bedürfnisse, Herausforderungen und den Umgang mit Erkrankung patientennah kennen und gewinnen Einblick in das Gesundheitssystem und seine Schwierigkeiten.