

Bericht vom 6. Primärversorgungskongress

Beim 6. Primärversorgungskongress in Graz Anfang Oktober 2021 spürte man sehr deutlich eine Aufbruchsstimmung, um die Primärversorgung in Österreich auf ein höheres Bedeutungslevel zu heben. In Österreich sind ja nach wie vor die stationären Patientenbetreuungen dominierend – im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern.

Alle Stakeholder und Beteiligten waren sich einig, dass für ein gut funktionierendes Gesundheitssystem die Basisversorgung und die Lotsenfunktion der Hausärzte deutlich gestärkt werden müssen – aus meiner Sicht waren das bei diesem Kongress nicht nur leere Worthülsen: Aus dem im Jahr 2022 geplanten EU-Aufbaufonds fließt ein guter Teil in die Förderung und Attraktivierung der Primärversorgung – die Politik scheint es nun wirklich ernst zu meinen.

Traditionell stehen beim Grazer PV-Kongress die Primärversorgungseinheiten im Vordergrund der Vorträge und Gespräche, jedoch: Auch wenn das selbst für hochrangige ÖGK-Vertreter ambitionierte Ziel von mehr als 130 österreichischen PVE im Jahr 2025 erreicht werden sollte (das angestrebte Ziel von 75 PVE im Jahr 2021 wurde klar verfehlt), würden nur 10 % der österreichischen Hausärzte in solchen Einheiten tätig sein und umgekehrt 90 % in Einzel- und Gruppenpraxen.

Mit Stichtag 1. 10. 2021 gibt es in Österreich 29 Primärversorgungseinheiten (PVE) – davon sind 26 in Zentren organisiert (PVZ) und 3 in Netzwerken (PVN).

Einen zweitägigen Kongress auf einer Seite zusammenzufassen ist ein Ding der Unmöglichkeit, ich möchte demnach hier nur einige bedeutende Aussagen für die Allgemeinmedizin darstellen:

- Die Patientenlotsen- oder -navigatorfunktion der Hausärzte im komplexen Gesundheitssystem wurde mehrfach betont. Aufgrund des „relativen Ärz-

temangels“ (zu wenig Ärzte im Kassensystem bei insgesamt ausreichender Ärzteezahl) spielen allerdings speziell bei dieser Aufgabe zunehmend DGKP und auch Sozialarbeiter eine Rolle.

- Die PVE ist *eine* mögliche Organisationsform: aus Patientenperspektive natürlich attraktiv (Angebotsspektrum, Öffnungszeiten), teilweise auch aus Anbietersicht (Fokus auf Kernkompetenz, Teamarbeit). Eine gewisse Anonymisierung sowie eine noch höhere Patientenfrequenz – das ist meine 4-jährige PVZ-Erfahrung – kann allerdings einen Nachteil darstellen.
- Speziell bei der Versorgung chronisch kranker Menschen im niedergelassenen Bereich ist die Nutzung unterschiedlicher beruflicher Kompetenzen für eine hohe Versorgungsqualität unumgänglich. Hierbei bedarf es teilweise auch standardisierter Algorithmen – strukturelle Behandlungsprogramme wie das mittlerweile etablierte „Therapie aktiv“ machen Sinn, hoffentlich folgen weitere Programme.
- Breiter Raum wurde der in den letzten 1½ Jahren stark beschleunigten Digitalisierung des Gesundheitssystems gegeben: Diese lässt sich definitiv nicht aufhalten, man muss einzig darauf aufpassen, dass gewisse Bevölkerungsgruppen den Anschluss nicht völlig verlieren (digitale Exklusion).
- Eine Novellierung des Primärversorgungsgesetzes ist alsbald geplant: Hier geht es u. a. um eine Betonung der Integration von PVE im RSG (Regionaler



Dr. Ronald Ecker

Arzt für Allgemein- und Sportmedizin,
Marchtrenk

Strukturplan Gesundheit), um Vereinfachung des Ausschreibungsprozesses und um eine weitere Konkretisierung des zu erbringenden Leistungsspektrums.

- Sich durch die Pandemie ergebende Innovationen wurden vorgestellt: Mich hat z. B. eine Google-Brille beeindruckt, die in einem PVZ bereits im Versuchsstadium eingesetzt wird: Visiten durch die DGKP können von Ärzten in hochwertigem Ton und Bild verfolgt werden – für Rücksprachen und Beratungen wäre das für die Zukunft ein wirklich interessantes Tool.
- Nochmals muss betont werden: Auch wenn sich die Versorgungslandschaft in der Primärversorgung wandeln wird, der Hausarzt in Einzel- und Gruppenpraxis wird auch in den nächsten Jahren zahlenmäßig deutlich überwiegen. Ganz sicher intensivieren wird sich in der Primärversorgung die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitssystem.

Österreichische Ärzte im Ausland

Nach dem Medizinstudium und der Ausbildung zum Ius Practicandi stehen einem viele berufliche Möglichkeiten auch außerhalb von Österreich offen. Mit zwei Kollegen durfte ich ein Interview führen.

Die Interviews führte Ronald Ecker

Der eine Kollege – ein Facharzt für Anästhesie – unterstützt zeitweilig Hilfsaktionen in Krisenherden. Der andere Kollege – ein Allgemeinmediziner – hat überhaupt nach dem Turnus seine berufliche Heimat in England und jetzt in der Schweiz gefunden. Welche Entscheidungen dazu geführt haben, wie sie die medizinische Ausbildung in Österreich sehen, wie der berufliche und persönliche Alltag aussieht – diese Fragen beantworten die beiden im Interview. Es folgen spannende Geschichten!

Was war ausschlaggebend für deine Entscheidung, dich nach der Ausbildung zum Allgemeinmediziner als Hausarzt in England zu bewerben? Und wieso hat es dich 11 Jahre später in die Schweiz getrieben?

Dr. Johann Brandmair: Ich war gerade am Ende meines Turnus und hatte schon die Zusage für eine Assistentenstelle auf der Anästhesie, als mich meine Frau auf eine Annonce aufmerksam machte, dass in England gerade Hausärzte gesucht werden. Tony Blair von der Labour Party war an die Macht gekommen und wollte das unter den Tories kaputtgesparte englische Gesundheitssystem NHS wieder mit viel Geld auf Vordermann bringen, dazu benötigte

er jedoch zusätzliche Ärzte.

Das Angebot war sehr großzügig, ich musste einen 2-Jahres-Vertrag unterschreiben. Übersiedelung und Wohnungssuche wurden organisiert und bezahlt. Die ersten 6 Monate erhielt ich eine Ausbildung in einer Trainingspraxis mit vollem Gehalt, dann arbeitete ich als angestellter Arzt für Allgemeinmedizin (Salaried General Practitioner) in einer Gemeinschaftspraxis mit 2 Zweigstellen (5 Ärzte – 3 Partner, 2 Salaried GPs, 1 Practice Manager, 3 Nurse Practitioner, 2 Nurses, 3 Health Care Assistants, 3 Administrators, 8 Receptionists), die gerade dringend einen Arzt benötigte.

Für die Entscheidung England spielte es auch eine Rolle, dass wir damals 2 Kinder im Vorschulalter hatten und es ideal fanden, dass diese schon in jungen Jahren mit Englisch in Berührung kommen.

Obwohl wir uns in England sehr wohl fühlten, vermisste ich doch die Berge und den Alpenraum und sah mich somit nebenbei auch immer wieder nach Jobmöglichkeiten in Österreich um. In Österreich gab es jedoch kein Angebot, das mich wirklich angesprochen hat, hingegen wurde ich von einem Schweizer Headhunter mit einer Gruppenpraxis in Kontakt gebracht, deren Leiter einen Nachfolger

suchte. Ich nahm die Stelle an – mitentscheidend war, dass hier im Kanton Zug eine sehr internationale Klientel ist und ich daher weiterhin viele meiner Konsultationen auf Englisch führen kann.

Muss man zusätzliche Prüfungen absolvieren, wenn man sich als österreichischer Hausarzt in England oder in der Schweiz niederlassen möchte?

Da England 2005 noch zur EU gehörte, wurden alle österreichischen Prüfungen/Diplome anerkannt. In einer Art Prüfungskonsultation musste ich mein fachliches Wissen und meine Englischkenntnisse mündlich und schriftlich unter Beweis stellen. Wie die Situation derzeit nach dem BREXIT ist, kann ich leider nicht sagen.

Der spätere Wechsel in die Schweiz war völlig unkompliziert. Die Diplome werden problemlos und unbürokratisch durch das BAG (Bundesamt für Gesundheit) anerkannt. Es ist nur darauf zu achten, dass einzelne Kantone immer wieder einen Aufnahmestopp für „Nichtschweizer Ärzte“ haben.

Wenn du dich mit Kollegen anderer Nationen vergleichst: Hast du ein gutes Gefühl hinsichtlich unserer österreichischen Ärzteausbildungsqualität?

Während meines Turnus wurde ich nicht



Dr. Johann Brandmair, geb. in Marchtrenk, OÖ, Studium in Graz, im Jahr 2000 Beginn Turnus zum Allgemeinmediziner im Klinikum Wels; 2005–2016 England (County Durham) als General Practitioner zuerst angestellt, dann als Partner in einer Gemeinschaftspraxis; ab 2016 Hausarzt in einer Gruppenpraxis in Steinhausen (Schweiz)

wirklich optimal auf die Hausarztstätigkeit vorbereitet. Mit ein Grund war, dass es zu dieser Zeit noch nicht üblich war, einen Teil der Ausbildung in einer Hausarztpraxis zu absolvieren. Ich habe daher in den 6 Monaten Trainingspraxis in England noch sehr viel dazugelernt.

Kannst du bitte kurz schildern, wie so ein Tag für einen Hausarzt in England und in der Schweiz abläuft. Kannst du vielleicht auch einen Unterschied zu unseren österreichischen Hausärzten nennen?

In England gibt es keine niedergelassenen Fachärzte, es läuft alles über den Hausarzt – Cradle to Grave ist daher absolut wörtlich zu nehmen. Man betreut sowohl Babys als auch alle gynäkologischen Probleme, was für mich gewöhnungsbedürftig war.

Bei der Untersuchung von entkleideten weiblichen Patienten ist immer auch eine Angestellte der Praxis als Anstandsdame (Chaperone) dabei, um einerseits der Patientin etwas die Angst zu nehmen, andererseits auch um den Arzt vor eventuellen Anschuldigungen zu schützen.

Patienten, die eine fachärztliche Abklärung oder Behandlung benötigen, werden mittels detaillierten Arztbriefs an die jeweilige Spitalsambulanz zugewiesen. Patienten können diese Ambulanzen nicht von sich aus aufsuchen. Für Notfälle gibt es an den meisten Spitalern eine A&E- („Accident & Emergency“-)Abteilung, welche die Patienten auch selbst aufsuchen können, aber oft recht lange Wartezeiten haben.

Am Vormittag und am Nachmittag sieht man im 10-Minuten-Takt Patienten, über die Mittagszeit werden Hausbesuche ge-

macht. Es gibt jeden Tag auch einen diensthabenden Arzt in der Praxis, der auch am Abend für dringende Fälle da ist sowie nötige Hausbesuche macht. Nach 8 Uhr abends und an Wochenenden/Feiertagen war aber nur das Out of Hours Centre mit seinen eigenen angestellten Ärzten zuständig.

In der Schweiz sind die Hausärzte meist voll ausgebildete Internisten. Röntgen, Praxislabor, Lungenfunktion und Ergometrie sind Standard. Je nach Kanton haben die Praxen, so wie bei uns auch, ihre eigene Apotheke. Untersuchungen werden sehr großzügig gemacht und auch Zuweisungen zu Fachärzten, um sich abzusichern – der Perfektionismus der Schweizer spielt hier sicher eine Rolle.

Die Patienten sind zwar alle bei einer Krankenkasse versichert, meist jedoch mit sehr hohen Selbstbehalten (diese sind frei vereinbar), was dazu führt, dass unnötige Arztbesuche eher selten sind und man auch wenig Anfragen für Hausbesuche bekommt.

Wenn du nochmals die Entscheidung hättest zwischen Österreich und England, wie würdest du dich mit dem jetzigen Wissen und der jetzigen Erfahrung entscheiden? Könntest du dir irgendwann vorstellen, in Österreich wieder beruflich Fuß zu fassen? Deine Kinder kennen Österreich ja nur von den Ferien!?

Ich habe die Zeit in England als sehr erfüllend empfunden und möchte diese Erfahrung nicht missen. Vor allem die Arbeit im Team einer größeren Praxis, die gut funktioniert, ist sehr bereichernd. Daher würde ich mich jederzeit wieder dafür entscheiden. Da wir nun in der Schweiz sowohl beruflich als auch als Familie fest etabliert sind, steht ein neuerlicher Wechsel nach Österreich derzeit nicht zur Diskussion.

Vielen Dank für das Gespräch! ▶



Dr. Florian Haller, geb. 1980 in Axams, Medizinstudium in Innsbruck, 2007 Turnus zum Arzt für Allgemeinmedizin sowie anschließend Facharztausbildung für Anästhesie. Begeisterter Notarzt, Rettungshubschrauber-Notarzt als berufliches Hobby. Ausbildung für Auslandseinsätze beim Österreichischen Roten Kreuz, 2018 erster Auslandsaufenthalt in einem riesigen Flüchtlingslager in Bangladesch

Das Interview erfolgte telefonisch im Rahmen eines Hubschrauber-Notarzdienstes. Was war für dich ausschlaggebend, neben deinem Brotberuf als Anästhesist als Arzt in einer Hilfsorganisation tätig zu sein?

Dr. Florian Haller: Das hat sich so entwickelt, im Rahmen der Ausbildung zum Leitenden Notarzt kommt man damit in Kontakt. Wenn man ein neugieriger Mensch ist, probiert man gerne neue Dinge aus. Zudem

bereichert ein völlig anderer Zugang zur Medizin – das habe ich mir bereits Jahre zuvor überlegt.

Gibt es Voraussetzungen für solche Einsätze?

Eine fundierte medizinische Ausbildung wird vorausgesetzt. Mindestvoraussetzung ist die Basisausbildung für Auslandseinsätze, die vom Roten Kreuz angeboten wird, 1-mal im Jahr gibt es eine mehrtägige Auffrischungsveranstaltung. In anderen Organisationen ist der Weg etwas anders. Englisch-Kenntnisse sind obligat, Französisch ist erwünscht. Und man muss ein Mensch sein, der sich ganz schnell auf neue Situationen einstellen kann und spontan ist. Weitere Voraussetzung ist noch, dass der Arbeitgeber – hier das Klinikum Wels – solche Einsätze erlaubt; ich habe das Glück, dass das Ordensspital mir mit einer Freistellung sehr entgegenkommt – beinahe unbegrenzt unbezahlten Urlaub gewährt. Außerdem braucht es eine Gattin, die tolerant ist – sie ist übrigens immer die Allererste, die ich frage, wenn es um eine neue Herausforderung im Ausland geht.

Erzähle etwas von deinem fünfwöchigen Aufenthalt in Bangladesch!

Der Job ist wirklich herausfordernd: Ich bin gerade dort angekommen, da hat man mir bereits den Weg in den OP gezeigt, und ich musste unverzüglich mit der Arbeit beginnen. Ich war dort als Anästhesist im OP tätig, um dann jeweils im Anschluss in der Ambulanz als Allgemeinmediziner zu arbeiten. In der Ambulanz kommt –

ähnlich wie bei uns in der ZNA – alles zusammen. Wegen der eingeschränkten Möglichkeiten muss man sich aufs Wesentliche konzentrieren, Absicherungsmedizin gibt es definitiv nicht, man muss Entscheidungen treffen und dazu stehen, als Arzt ist man dort die höchste Instanz. Als österreichischer Arzt ist man ausgezeichnet ausgebildet – das merkt man, wenn man mit Kollegen aus anderen Ländern zu tun hat. Oft braucht es Dolmetscher für die Anamnese. 150 Personen pro Tag in der Ambulanz waren Standard.

Profitierst Du persönlich von solchen Einsätzen?

Definitiv! Sowohl privat als auch beruflich! Die Wertigkeiten sind ganz anders – dort geht es oftmals um vitale medizinische Entscheidungen, in Österreich wird über das Essen im Krankenhaus debattiert. Man lernt wahnsinnig viel über die dortige Kultur, der Kontakt mit vielen Nationalitäten bereichert ungemein. Man lernt, ein Team zu führen – das ist mir übrigens auch hier zugutegekommen: Ich musste innerhalb weniger Tage eine COVID-Ambulanz aufbauen und diese für viele Wochen leiten. Ich möchte die Erfahrungen als Arzt in einem Flüchtlingslager nicht mehr missen!

Sind weitere Auslandseinsätze geplant?

Ja, wenn sich wieder was ergibt, freue ich mich auf die neue Herausforderung. Ich bin schon wieder für einen weiteren Einsatz gemeldet und stehe zur Verfügung.

Vielen Dank für das Gespräch!