

Eine österreichische Geschichte ...

Der Turnus zum Facharzt für irgendein Sonderfach dauerte in Österreich für ca. 50% der Ärzte bisher zumindest neun Jahre. Der Turnus zum Arzt für Allgemeinmedizin muss vorausgehen. Das nicht vorhandene *ius practicandi* wird als Grund angeführt. Die Ärzteschwemme vergangener Jahrzehnte hat dazu beigetragen. Der Vorteil für die Spitalsträger war, dass Ärzte längere Zeit kostengünstiger ihre Leistung erbringen mussten. Für manche Fachärzte ergab sich dadurch ein zweites Standbein als Möglichkeit für eine eventuelle Niederlassung im späteren Berufsleben.

Die Allgemeinmedizin kam bei diesem drei Jahrzehnte blühenden System unter die Räder. Vor allem waren aber jene Ärzte, die nichts anderes als Allgemeinmedizin in ihrem Lebensplan im Sinne hatten, benachteiligt. Ihre Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin verschlechterte sich von Jahr zu Jahr. Das Schwergewicht der Zuwendung der Ausbilder lag im jeweiligen Fachgebiet bei den so genannten „Assistenzärzten“, von denen ja Entlastung von zunehmendem Arbeitsdruck zu erwarten war. Der Nutzen einer guten Ausbildung der so genannten „Turnusärzte“ im Unterschied zu den „Assistenzärzten“ würde ja vor allem ihrer späteren Tätigkeit im niedergelassenen Bereich zugute kommen. Respektlosigkeit gegenüber den „Turnusärzten“ war auch von Trägerseite unverkennbar. Die jungen Ärzte mussten ja froh sein, nach langen Wartezeiten endlich arbeiten zu dürfen. Erlebte Geringschätzung des Berufes von Beginn der Ausbildung auf den Universitäten an lässt auch mitgebrachte, erlebte, allgemeinmedizinische Idealbilder bald verblassen. So können sich derzeit zu Ende des Studiums nur mehr 10–15% der Studenten einen Berufsweg als Allgemeinmediziner vorstellen.

Seit mindestens 15 Jahre sind diese Phänomene bekannt. Eine Ausbildungsreform wurde all die Jahre hin und her gewälzt. Die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin sollte qualitativvoller werden. Die gesamte Dauer der Facharztausbildung sollte kürzer werden. Die Inhalte der Ausbildungen sollten den heutigen Erfordernissen angepasst werden. Am Ende sollte für die Allgemeinmediziner eine eigenverantwortliche Tätigkeit möglich sein, kein Learning by Doing – Patientensicherheit vom ersten Tag an. Die psychosoziale Kompetenz sollte bei den Generalisten besonders gut entwickelt werden. Fächer wie Orthopädie und Psychiatrie sollten Eingang in den Turnus der Allgemeinmedizin finden. Dermatologie und HNO sollten weiterhin in der Wahlarztzeit möglich sein, sollten aber nicht zum Flaschenhals werden. Die Lehrpraxis sollte an dem Ort stattfinden, wo zumindest zwei Drittel der Allgemeinmediziner später arbeiten würden. (Derzeitiger Stand der Ausbildungsordnung: Die Ausbil-

dung im Ausbildungsfach Allgemeinmedizin ist in der Dauer von zumindest sechs Monaten in Einrichtungen, die der medizinischen Erstversorgung dienen, insbesondere in für die allgemeinärztliche Ausbildung anerkannten Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen ... natürlich aber auch in dazu berechtigten Ambulanzen zu absolvieren – Letzteres ist nun seit Jahren fast alleinige Realität geworden.)

Doch es wäre nicht Österreich, wenn nicht innerhalb des Standes unter dem Titel „Qualität statt Quantität“ Assistenzärzte in der Fachausbildung als „Turnusärztevertreter“ massiv die Verbesserung der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zu blockieren versuchen würden, um gleichzeitig die Vorausbildung „Turnus AM“ vor dem Turnus zum Facharzt – aus welchen Gründen auch immer – aufrecht zu halten. Dass sich dafür Kollegen stark machen, die den Beruf Allgemeinmedizin nicht aus eigenem Erleben kennen oder die zumindest keine qualitativen Visionen damit verbinden, ist nicht verwunderlich.

Doch vielleicht ist eine neue Ärzteschwemme, von der viele träumen, die Lösung. Oder wenn Hausärzte fehlen, der Einsatz von „Nurse Practitioners“. Patienten halten es zumindest zu 80% für wichtig, einen Hausarzt zu haben. Die Chancen für eine gute Qualität allgemeinmedizinischer Ausbildung hinten zu halten, sollte man sich gut überlegen und sich ernsthaft fragen, ob man nicht dem Ärztestand als Ganzes damit schadet.



© Christian Jungwirth

Dr. Reinhold Glehr

*Dr. Reinhold Glehr
Präsident der ÖGAM
Arzt für Allgemeinmedizin, Hartberg*

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

Ihre Mitarbeit ist willkommen!

Unsere Kontaktadresse: office@oegam.at

Hausarzt, WIE HAST DU DICH Blick auf mehr als 35 Jahre t

1977 war ich noch ein Einzelkämpfer in einer Ein-Mann-Praxis. Fachärzte waren rar und Spitalsambulanzen gab es kaum. Für die Führung der damaligen relativ kleinen Kassenpraxis benötigte ich auch keine Ordinationshelferin. Lediglich eine Putzfrau sorgte für die Reinlichkeit in der Praxis.

Mit meiner Falttaschenkartei in Karteitrögen fühlte ich mich damals schon recht fortschrittlich. Krankenscheine wurden gesammelt, die Leistungen darauf eingetragen und dann in der Faltkartei verwahrt. Zur Abrechnung wurden sie dann nummeriert und gebündelt zur gemeinsamen Verrechnungsstelle gebracht. Es gab am Land auch viele Privatpatienten, meist Bauern. Eines Tages sprach ein Vertreter der SVB (Sozialversicherungsanstalt der Bauern) bei mir vor und bat: „Bitte, bitte schließen Sie mit uns einen Kassenvertrag ab.“ Im Laufe der Zeit wurden diese ehemaligen Privatpatienten schrittweise zu §2-Kassenpatienten gewandelt und nahmen rasch deren Mentalität an. Damals wurde man von den Kassen noch gebeten und galt zumindest als gleichwertiger Vertragspartner. Heutzutage hat man oft den Eindruck, die Kassen verwechseln Vertragsärzte mit Angestellten.

Um mit der Krankenversicherung abrechnen zu können, mussten die Patienten einen Krankenschein vorbeibringen. Oft wurde darauf vergessen. Man musste also den Krankenscheinen „nachlaufen“ indem man einen Mahnbrief versandte oder den Schein telefonisch einforderte – eine mühselige Tätigkeit. Eine Hängekartei mit Lochreibern erleichterte bald die Sortierung nach Krankenkassen und bot die Möglichkeit des Hinweises auf speziell zu bedenkende Erkrankungen wie Allergien, Diabetes, Karzinome etc.



Dr. Peter Pichler

Die Zeiten des Pagers ...

Wenn ich unterwegs war, konnte ich per Anrufbeantworter mitteilen, wann ich wieder erreichbar sein würde. Handy gab es damals ja noch nicht. Erst das Fortschreiten der Kommunikationstechnik machte es möglich, auch unterwegs Informationen zu erhalten. Mittels Telefon-Pager war ich nun auch unterwegs erreichbar und per Piepton wurde ich darauf aufmerksam gemacht, dass ich daheim anrufen möge, um den Grund des Pager-Rufes zu erfragen. Zu diesem Zwecke suchte ich meist die nächstgelegene Telefonzelle auf. So konnte mir wegen eines dringlichen Falles oder einer zusätzlichen am Weg liegenden Visite relativ rasch Bescheid gegeben werden.

Labor gab es im ambulanten Bereich praktisch nicht. In der Ordination wurden visuell Blutzuckerwerte ermittelt. Später kamen die ersten unhandlichen BZ-Messgeräte, die an das Stromnetz angeschlossen werden mussten.

Nach und nach entwickelte sich das Praxislabor. Schließlich konnte ich alle gängigen Laborwerte mittels Nasschemie selbst bestimmen. Aus Rentabilitätsgründen wird nun die Führung eines Praxislabors immer unattraktiver. Der Trend geht unaufhaltsam Richtung Großlabor.

Pflegeberufe gab es extramural praktisch keine. Geistliche Schwestern versorgten bedürftige Patienten. Der Mangel an geistlichen Schwestern war der Grund dafür, dass kurz vor meiner Praxiseröffnung, initiiert von der Pfarre, der Gemeinde und dem Gemeindearzt, eine organisierte Krankenpflege mittels einer mobilen Krankenschwester und einer Pflegehilfskraft etabliert wurde. Darauf aufbauend wurde rasch ganz Niederösterreich mit einem Netz von Sozialstationen überzogen.

Notarztsystem – nicht vorhanden

Es gab bis in die Mitte der 1980er-Jahre noch kein Notarztsystem. Notfälle hatte man selbst zu versorgen und nötigenfalls mit dem Rettungswagen mit Unterstützung eines mehr oder weniger gut ausgebildeten freiwilligen Rettungssanitäters in das Krankenhaus zu bringen. Immer wieder war es als Arzt nötig, den Patienten beim Transport in das nächstgelegene Krankenhaus zu begleiten. Dann etablierte sich langsam das Notarztsystem, das damals noch eng mit den Praktikern zusammenarbeitete. Mittels Ärztefunk – flächendeckend in NÖ – war man mit der Leitstelle verbunden und konnte per Funk direkt mit dem Notarzt in Verbindung treten. Nun bietet das Mobiltelefon ähnliche Möglichkeiten. Das Notarztsystem hat sich aber von den Praktikern abgekoppelt. Eigentlich müsste man sagen, die Praktiker wurden weitgehend zur Seite geschoben. Heute kann es vorkommen, dass in der Nachbarschaft ein Notarzt-Hubschrauber landet und Praktiker über diesen Notfall gar nicht verständigt wurde. Meiner Meinung nach gibt es hier ein wertvolles organisatorisches Verbesserungspotenzial. Oder will man uns Niedergelassene absichtlich fernhalten? Wo bleibt da die allseits verkündete Aufwertung des Allgemeinmediziners?

Wie haben sich die an uns herangetragenen Erkrankungsbilder gewandelt!

Notfälle sind tatsächlich deutlich seltener geworden. Asthmaanfälle zum Beispiel waren früher ein häufiger Grund für Notfallvisiten. Durch die vorbeugende Behandlung mit potenten Asthmamitteln gibt es diesbezüglich kaum mehr dringliche Fälle. Prävention, geeignete Medikamente wie orale Antikoaganzien etc. haben auch

! gewandelt! Hausarztstätigkeit



Die Rolle des Hausarztes unterliegt einem ständigen Wandel

andere Erkrankungen zu gut kontrollierbaren chronischen Erkrankungen mutieren lassen und die Zahl unerwarteter Notfälle deutlich verringern können. Das gynäkologische Klientel ist auf Grund aufwändigerer und exakterer Untersuchungsmethoden zu einer Randerscheinung geworden. Meine Nachfolgerin hat nach der Praxisübernahme den Gynäkologiestuhl verschrottet. Sonografie und Kolposkopie haben ihn in der Allgemeinpraxis obsolet werden lassen. Was zugenommen hat, ist die Begehrlichkeit des Patientenkollektivs. Niemand will länger warten müssen. Dringliche Fälle können ja umgehend die exakteste Zeitplanung durcheinanderbringen. Das Wartezimmer wirkt oft als gut funktionierendes Kommunikationszentrum in einer dörflichen oder kleinstädtischen Struktur. So können Hausmittel und Erfahrungswerte schon in der Wartezeit ausgetauscht werden – eine nicht als zu gering einzuschätzende Informationsquelle. Zunehmend werden unreflektiert spezielle apparative Untersuchungsmethoden verlangt, auch wenn aus dem Ergebnis keinerlei Konsequenzen zu erwarten sind. „Ich will wissen, was ich habe, aber operieren lasse ich mich sicher nicht!“ Die dadurch unnötig entstehenden Kosten kennt der Patient ja nicht. Kostentransparenz gibt es nur für Privatpatienten, aber die gibt es in der Kassenpraxis ja kaum. Wer es sich leisten kann, geht ohnedies zum Wahlarzt. Deren Zahl steigt und steigt und steigt.

Anhaltende Patientenbeziehungen

Es ist schön, Patienten durch einen Gutteil ihres Lebens ärztlich begleiten zu können. „Herr Doktor, ich komme schon seit dem An-

fang zu Ihnen. Ich war unter den Ersten in Ihrer Praxis.“ Nach 35 Praxisjahren behandelt man manchmal schon die dritte Generation. In meinen ersten Praxisjahren betreute ich mit gelegentlichen Kontrollen durch den Gynäkologen meine erste und einzige Drillingsschwangerschaft. Es gab manche Probleme und ich bangte, ob alles gut gehen werde. Nun, nach 32 Jahren, arbeitet eine dieser Drillinge als DGKS und Ordinationsgehilfin in der Praxis mit und hat nebenbei auch wieder Nachwuchs. Es ist einfach schön, das zu erleben.

Andererseits: Manchmal ertappe ich mich, wie ich über den Ortsfriedhof schlendere und mein Blick über die Inschriften mit den Namen und Jahreszahlen auf den Grabsteinen schweift. „Was, so lange ist das schon wieder her?“

Es gibt ja den Witz: Der Doktor wandert über den Friedhof und bemerkt zu seinem Begleiter: „Hier sind Sie, meine gesammelten Werke“. Nun, so abwegig ist der Gedanke gar nicht. Jahre, ja Jahrzehnte habe ich manche von ihnen ärztlich begleitet, manche sehr intensiv – je nach Krankheit – manche nur ganz kurz. Viele ertrugen ihre schwere und letztlich tödliche Erkrankung bewundernswert, einige gaben allzu rasch auf. Meine Werke? Ja, es sind auch ein bisschen meine Werke. Es bleiben berührende, bewundernde, schöne, auch tragische Erinnerungen an Menschen, denen ich nahe stand und die auch mir mit ihrem Schicksal nahe standen.

Wird es den Hausarzt in Zukunft noch geben?

Manchmal frage ich mich, ob es den Hausarzt auch in Zukunft geben wird. Der ist ja nicht nur Untersucher oder Behandler, sondern Arzt in umfassendem Sinn, eben der vertraut gewordene Arzt, der Vertrauensarzt. Die Medizin droht aufgesplittert zu werden; die Arzt-Patient-Beziehung wird technisiert, immer weiter digitalisiert und anonymisiert. Die zunehmende Beziehungsarmut der heutigen Gesellschaft mag mit ein Grund dafür sein, dass die Zahl psychischer Störungen rapide zunimmt. Vergessen wir neben all dem technischen Fortschritt nicht den jeweils einzigartigen Menschen mit seinen individuellen Stärken und Schwächen, dessen wesentlichste Erwartungen an den Arzt nach wie vor unverändert geblieben sind – Zuwendung, Behandlung sowie Anleitung zur Gesundheit. In Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten gab es in den letzten Jahrzehnten gewaltige Fortschritte. Die Punkte Zuwendung, ärztlicher Beistand und wenn möglich Anleitung zur Gesundheit werden heutzutage oft aus zeit- und finanzökonomischen Gründen eher vernachlässigt. Diese sind aber, ebenso wie die anderen Punkte, wesentliche Bestandteile einer erfolgreichen Arzt-Patient-Beziehung.

Dr. Peter Pichler
Wahlarzt für Allgemeinmedizin, Poysdorf

Von Infoabenden für Arztgattinnen zur Schule für medizinische Assistenzberufe

Es begann vor mehr als einem halben Jahrhundert. Das Österreichische Institut für Allgemeinmedizin (ÖlfAM) in Klagenfurt war noch Idee. Der spätere Mitbegründer der ÖGAM und erste Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin in Österreich, Dr. Gottfried Heller, veranstaltete Informationsabende für Arztgattinnen und Arzthelferinnen. Die praktischen Ärzte waren damals bis auf wenige Ausnahmen Männer, deren Assistentinnen zum überwiegenden Teil deren Ehefrauen. Dann, im Jahre 1961, kam das Sanitätshilfsdienstgesetz, das erstmals die Ausbildung zur Ordinationsgehilfin regelte. Die Kurse wurden zuerst vom Land Kärnten abgehalten. Heller und andere Kollegen steuerten das Fachliche dazu bei. Anfang der 1990er-Jahre übertrug das Land Kärnten die Ausbildungskompetenz an das ÖlfAM, das bis zur Zulassung weiterer Anbieter im Jahr 2000 die einzige Ausbildungsstelle für Ordinationsgehilfinnen in Kärnten war.

Auch Fortbildung für Assistentinnen war weiterhin – und ist auch heute noch – ein Arbeitsschwerpunkt des Institutes. 1995 wurde in Kärnten Anerkennung für Fortbildung seitens der Ärzteschaft und im Jahr 2002 das erste strukturierte Fortbildungsprogramm für Assistentinnen in Österreich etabliert. Seit einigen Jahren gibt es auch vom Berufsverband der Arztassistentinnen (BdA) ein Fortbildungsdiplom. Heute ist die Verpflichtung zur Fortbildung auch gesetzlich festgeschrieben.

Mit dem Medizinische-Assistenzberufe-Gesetz (MABG) erfolgten zum 1. 1. 2013 weitreichende Änderungen. Die Berufsbezeichnung „Ordinationsgehilfin“ wurde zu Ordinationsassistentin geändert. Entsprechendes gilt selbstverständlich auch für die männliche Bezeichnung, die selten gebraucht wird, da dieser Beruf auch heute noch fast durchgehend von Frauen ausgeübt wird.

Nach der alten Rechtslage ausgebildete Ordinationsgehilfinnen dürfen den Beruf der Ordinationsassistentin ausüben, soweit sie über die im erstmals gesetzlich verankerten Berufsbild definierten Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen. Das Berufsbild schließt die Blutentnahme aus der Vene (ausgenommen bei Kindern) sowie die Durchführung standardisierter Untersuchungen ein.

Auch die Ausbildung zur Ordinationsassistentin wurde neu geregelt. Die Ausbildungsdauer beträgt jetzt insgesamt mindestens 650 Stunden. Die Anzahl der Unterrichtsstunden stieg von bisher maximal 210 auf mindestens 285 im theoretischen Unterricht. Mindestens 325 Stunden praktische Ausbildung sind entweder berufsbegleitend im Rahmen eines Dienstverhältnisses (sog. duale Ausbildung) oder an Praktikumsstellen zu absolvieren.



© Christian Jungwirth

Dr. Wilfried Tschiggerl

Damit steigen nicht nur die Ausbildungskosten: In einigen Bundesländern wurden schon Kollektivverträge für die neuen Berufe abgeschlossen. Obwohl in den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf von Kostenneutralität die Rede war, wird die niedergelassene Ärzteschaft fordern müssen, dass sich dieser Mehraufwand auch in den Kasenhonoraren abbilden muss.

Neben der Ordinationsassistentin regelt das MABG die Berufe Desinfektionsassistentin, Gipsassistentin, Laborassistentin, Obduktionsassistentin, Operationsassistentin, Röntgenassistentin und Medizinische Fachassistentin (MFA). Damit sind die Sanitätshilfsdienste Geschichte.

Die MAB-Ausbildungsverordnung wurde erst ein Jahr nach dem MABG am 30. 9. 2013 kundgemacht. Die Publikation der Empfehlungen für die Lehrinhalte seitens des Ministeriums wird noch erwartet. Am 1. 10. 2013 begann die Ausbildung in Schulen für medizinische Assistenzberufe in Wien und Innsbruck. In zwei Jahren erfolgt dort die Ausbildung in jeweils drei MAB-Fixkombinationen. Das ÖlfAM begann mit der Ausbildung zum Basismodul am 19. 2. 2014. Ab Herbst 2014 werden Aufbaumodule in allen MAB, ausgenommen Labor- und Obduktionsassistentin, an der Schule für medizinische Assistenzberufe des ÖlfAM durchgeführt werden.

Als etablierter Aus- und Fortbildungsanbieter für die Ordinationsassistentin in Kärnten begann das ÖlfAM auch aus folgenden Überlegungen mit dem Aufbau einer Schule für MAB: Im Gegensatz zu einigen anderen Bundesländern, wie beispielsweise Wien, der Steiermark und Tirol, gibt es in Kärnten keine aus öffentlichen Mitteln finanzierte Schule für MAB. Auch wurde seit vielen Jahren in Kärnten keine Ausbildung zum OP-Gehilfen angeboten. Und: Das Durchschnittsalter bei der Ausbildung zur Ordinationsassistentin liegt bei 35,9 Jahren. Da die soziale Kompetenz der Frauen in dieser Altersgruppe für die Qualität im niedergelassenen Bereich bedeutend ist, bietet eine berufsbegleitende Ausbildungsmöglichkeit optimale Voraussetzungen in der Erwachsenenbildung. Der theoretische Unterricht erfolgt daher (je Beruf) einmal wöchentlich am Nachmittag. Somit sind in der Ausbildung auch Kombinationen von MAB frei wählbar.

Die Aus- und Fortbildung von Ordinationspersonal auf hohem Qualitätsniveau praxisbezogen anzubieten garantiert das ärztliche Engagement – heute wie damals bei den Informationsabenden für Arztgattinnen.

Dr. Wilfried Tschiggerl, Leiter des ÖlfAM
www.allmed.at

Das Redaktionsteam:

Dr. Cornelia Croy, Dr. Barbara Degn, Dr. Reinhold Glehr,
Dr. Susanna Michalek, Dr. Elisabeth Modler,
Dr. Peter Pichler, 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

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



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